



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2006

Enfance

**FAVORISER LA SOCIALISATION DES ENFANTS ET
ADOLESCENTS ACCUEILLIS EN IME : ROMPRE AVEC UNE
LOGIQUE D'ENFERMEMENT**

**Mobiliser l'environnement pour accompagner des jeunes
atteints de troubles envahissants du développement**

Eric CHOTARD

*« Tout soutien commence avec humilité
devant celui que je veux accompagner ;
Et c'est pourquoi je dois comprendre
qu'aider n'est pas vouloir maîtriser
mais vouloir servir,
Si je n'y arrive pas, je ne puis aider l'autre ».*

Kierkegaard

Sommaire

S O M M A I R E	1
LISTE DES SIGLES UTILISES.....	1
INTRODUCTION.....	1
1^{ÈRE} PARTIE : UNE LOGIQUE D'ENFERMEMENT NE RÉPONDANT PLUS AUX BESOINS DE LA POPULATION.....	3
1.1 - Les Troubles Envahissants du Développement : le syndrome des jeunes accueillis.....	3
1.1.1 - Une évolution dans l'accueil des enfants et adolescents.....	3
1.1.2 - Une complexité dans le classement des pathologies.....	6
1.1.3 - Prévalence et recherche médicale.	8
1.2 - Des besoins indispensables et repérés pour le projet de vie.....	10
1.2.1 - Une architecture : besoins de lieux identifiés où ils puissent évoluer en autonomie et en sécurité.	10
1.2.2 - Un développement des relations sociales en interne et en externe : une rencontre avec la société.	12
1.2.3 - Besoin d'un projet de vie personnalisé intégrant famille et partenaires.....	14
1.3 - Le directeur confronté à une réalité de dysfonctionnement de l'organisation.....	16
1.3.1 - Une organisation institutionnelle favorisant une vie recluse.	16
1.3.2 - Des modalités d'accueil et de partenariats à questionner.....	20
1.3.3 - L'exigence des parents dans l'approche éducative et thérapeutique.	22
1.4 - Des professionnels insécurisés qui doivent continuer de s'adapter aux évolutions.....	24
1.4.1 - Un modèle analysé comme communautaire.	24
1.4.2 - Un contexte de crise.	25
1.4.3 - Le regard du directeur sur les pratiques professionnelles.	27

1.5 - Le directeur et l'association confronté à l'évolution des politiques.....	30
1.5.1 - Les retards des politiques publiques dans le domaine des Troubles Envahissants du Développement.	30
1.5.2 - La reconnaissance du syndrome conforté par les politiques publiques.....	33
1.5.3 - La politique associative au cœur du système organisationnel.	37
 Conclusion.....	 39
 2^{ÈME} PARTIE : UNE LOGIQUE DE PLATE-FORME DE SERVICES FAVORISANT LA SOCIALISATION.....	 41
 2.1 - Le changement : une modification de l'organisation.....	 41
2.1.1 - Le changement : une priorité du directeur.	42
2.1.2 - Le changement inscrit dans la temporalité des politiques.....	43
2.1.3 - Les opportunités sur l'organisation actuelle.	44
 2.2 - Le directeur confronté à la stratégie managériale.....	 45
2.2.1 - Le rôle du manager dans une dimension stratégique.....	46
2.2.2 - L'incertitude du directeur dans sa vision managériale.	50
2.2.3 - La gestion des paradoxes : entre liberté et sécurité.	51
2.2.4 - Le soutien de l'association : étape indispensable pour la mise en oeuvre.	52
 2.3 - Le projet d'établissement et projet personnalisé : des outils de la loi au service de la mobilisation du personnel.....	 53
2.3.1 - Le projet d'établissement comme référentiel autour de la notion de services.	53
2.3.2 - D'une structure monolithique à une palette de réponses individuelles.	54
2.3.3 - La méthodologie utilisée pour l'élaboration du projet d'établissement.....	59
2.3.4 - Projet personnalisé : concrétisation des objectifs d'action.	60
 2.4 - La conduite du changement : du monolithique à une plate-forme de services....	 62
2.4.1 - Un déplacement vers le village : un environnement plus adapté.	63
2.4.2 - La Gestion prévisionnelle des emplois et compétences : Un outil pour le manager.....	65
2.4.3 - Transformer le tissu social : développement de partenariats.....	69
2.4.4 - Le directeur dans sa mission de gestionnaire financier.....	72

2.5 - Les indicateurs de réussite : les outils d'évaluation.....	74
2.5.1 - Les indicateurs de réussite du suivi des enfants et des adolescents.....	75
2.5.2 – L'évaluation des violences et maltraitances envers les jeunes accueillis.....	76
2.5.3 – L'évaluation du dispositif interne : un indice de qualité.	77
2.5.4 - L'analyse de ma pratique de direction pour conduire ce changement.	79
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ALAHMI	Association Ligérienne d'Aide aux Handicapés Mentaux et Inadaptés
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAAJ	Centre d'Accueil et d'Activités de Jour
CAFS	Centre d'Accueil Familial Spécialisé
CDAPH	Commission des Droits et Autonomie des Personnes Handicapées
CDES	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CASF	Code de l'action Sociale et des Familles
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAI	Centre Régional pour les Enfants, Adolescents et Adultes Inadaptés
CROSMS	Comité Régional d'Orientation Sociale et Médico-Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DSM	Diagnostic et Statistique des Troubles mentaux
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ÉVASION	Évaluation et Analyse des Situations Individuelles pour une Observation Nationale
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FO	Foyer Occupationnel
IME	Institut Médico-Éducatif
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	protection maternelle et infantile
SEES	Section d'Éducation et d'Enseignement Spécialisé
SEHA	Section d'Éducation avec Handicaps Associés
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et d'Aide à Domicile
SIPFP	Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
TED	Troubles Envahissants du Développement

INTRODUCTION

Ce mémoire est l'aboutissement d'un processus de formation et également une rétrospective de la situation depuis mon arrivée à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes en mars 2001. Il a favorisé une prise de conscience du chemin parcouru et à parcourir. Comment à travers une fonction de direction, un établissement médico-social peut-il connaître une évolution ? Quels enjeux sont soulevés ? Qu'est-ce que diriger ? Comment concevoir et exercer ma fonction de directeur ?

Devenir directeur dans un établissement dont la vocation est d'accueillir dès 1965 des enfants et adolescents, atteints des pathologies les plus lourdes associées à une déficience intellectuelle, relève d'un choix personnel mais également d'une connaissance de ce public.

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes se relève d'une affaire judiciaire de maltraitance dénoncée en juin 2000. Le Conseil d'Administration de l'association, après avoir retenu ma candidature au poste de directeur, a démissionné la veille de mon arrivée. Après une période transitoire de 6 mois avec un administrateur provisoire nommé par le Préfet, l'Association Ligérienne d'Aide aux Handicapés Mentaux et Inadaptés (ALAHMI) a repris dans le cadre d'une fusion-absorption la gestion de cette entité en janvier 2002. Son siège social est situé sur le département de Maine-et-Loire et elle administre 5 établissements répartis sur deux sites distants de 80 kilomètres.

Cet établissement est complètement replié sur lui-même derrière les murs de son château. Une image de marque négative se perpétue, liée à son fonctionnement et à l'accueil d'enfants avec des pathologies lourdes : déficience intellectuelle profonde, autisme et troubles du comportement. Tous les facteurs d'aggravation convergent vers le même résultat, à savoir, entraîner un surpeuplement des enfants et adolescents atteints des syndromes les plus complexes.

Dans les années 1980, le choix des administrateurs de l'association précédente exprimait le maintien de l'activité dans un château du 17^{ème} siècle, bordé de douves sèches, entouré par des murs et situé dans un parc de 27 hectares de bois, à l'écart du bourg.

L'organisation d'aujourd'hui, au niveau même de son fonctionnement, est en décalage avec les évolutions des politiques publiques des 20 dernières années. En effet, l'activité de l'établissement repose sur un dispositif accueillant des enfants en internat hebdomadaire et permanent. Les activités de jour ont toujours été secondaires et quelques espaces seulement ont été réservés à des apprentissages de type cognitif.

C'est toute la question de l'importance de la socialisation de ces enfants et adolescents qui se pose alors pour éviter un repli sur eux-mêmes. Il apparaît indispensable de rompre avec l'environnement institutionnel et les pratiques professionnelles actuelles. Celles-ci ne répondent plus aux besoins de la population et peuvent même présenter des freins au développement de l'autonomie et de l'adaptation. Mais comment développer la socialisation entre l'établissement et l'environnement afin d'éviter le repli des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement, dans un contexte liant à la fois le syndrome de la population et la localisation de l'établissement ?

La problématique de ce mémoire pourrait s'énoncer ainsi:

Comment permettre aux enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement de s'inscrire dans leur environnement en passant d'une logique d'enfermement à une logique de services diversifiés ?

L'exposé se déroulera en deux parties. La première a pour objectif de tenter de définir une population au regard notamment d'une classification complexe, de mettre en lumière ses besoins et de montrer les limites actuelles de l'organisation et de son environnement.

La deuxième partie développera le changement organisationnel et ses implications dans le but de répondre aux évolutions des politiques publiques. Elle présentera enfin la mise en œuvre d'un nouveau projet autour de la construction de services au centre du village avec le développement du tissu local.

1^{ÈRE} PARTIE : UNE LOGIQUE D'ENFERMEMENT NE RÉPONDANT PLUS AUX BESOINS DE LA POPULATION.

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est inscrit dans le secteur médico-social et son activité relève de la prise en considération des enfants et adolescents atteints de déficience intellectuelle, souvent associée à des troubles de la personnalité ou à des troubles de la communication. La typologie du public spécifique accueilli à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est considérée par le corps médical comme ayant des troubles autistiques et des troubles associés. Je définirai ce terme ainsi que celui de Troubles Envahissants du Développement à travers un ensemble de définitions et de classifications.

1.1 - Les Troubles Envahissants du Développement : le syndrome des jeunes accueillis.

Je vais, en premier lieu, définir les caractéristiques de la population accueillie à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes, l'évolution de l'autisme à travers les ans et son inscription dans la classification des Troubles Envahissants du Développement.

1.1.1 - Une évolution dans l'accueil des enfants et adolescents.

Les pathologies des enfants et adolescents ont évolué au cours des décennies entraînant des modifications importantes dans la prise en charge.

A – Une population en mutation.

Après avoir reçu une population d'enfants et d'adolescents atteints d'une encéphalopathie puis d'un polyhandicap, progressivement, depuis une dizaine d'années, l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes accueille des jeunes présentant trois caractéristiques principales : 52 % d'entre eux présentent un autisme grave, 26 % une déficience intellectuelle dysharmonique (associée à une psychose), et 22 % une déficience intellectuelle moyenne et profonde. Ces trois catégories découlent d'un tableau déclinant les différentes déficiences intellectuelles des enfants, adolescents et jeunes adultes (cf. tableau n°1) présents aujourd'hui dans l'établissement.

Cette catégorisation a été établie par le médecin psychiatre de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes. Elle est indispensable pour permettre, en interne comme en externe,

de communiquer sur la spécificité de la population. Celle-ci est également importante au regard de la pertinence des indicateurs mis en place par les services de l'État depuis 2005 pour établir des comparaisons entre les structures. C'est pour cette raison que je fais le choix d'additionner les deux premières catégories au regard du problème de personnalité. Je considère ainsi que 78% de la population présente est majoritairement atteinte de Troubles Envahissants du Développement. Cette définition sera développée plus loin dans ce mémoire.

Tableau n°1 : Nosographie des populations accueillies à l'Institut.

◦ La déficience dysharmonique associée à déficience intellectuelle.	Garçons	Filles	Totaux
Déficience harmonique /retard mental léger (50-70)	0	0	0
Déficience harmonique/ retard mental moyen (35-49)	2	0	2
Déficience harmonique/ retard mental sévère (20-34)	1	1	2
Déficience harmonique/ retard mental profond (<20)	5	1	6
Déficience dysharmonique /retard mental léger (50-70) ◦	3	1	4
Déficience dysharmonique/ retard mental moyen (35-49) ◦	1	4	5
Déficience dysharmonique/ retard mental sévère (20-34) ◦	2	0	2
Déficience dysharmonique/ retard mental profond (<20) ◦	1	0	1
Troubles Envahissants du Développement	11	5	16
TED associés à des troubles graves du comportement	6	2	8
Totaux	32	14	46

Si cette population semble se regrouper en trois classifications, elle est, en réalité, très hétérogène à l'intérieur de chaque item. Le CREAI des Pays de Loire (Centre Régional pour les Enfants, Adolescents et Adultes Inadaptés) a réalisé en 2003 une évaluation des besoins des jeunes de notre établissement et de ceux d'un autre Institut Médico-Éducatif de l'association gestionnaire ALAHMI (Association Ligérienne d'Aide aux Handicapés Mentaux et Inadaptés). Ce recueil de données porte sur le degré d'autonomie mais également sur les besoins en terme d'accompagnement. L'étude montre une diversité de déficiences mettant en exergue des individus qui ne peuvent être classés par groupe au vu de la spécificité de leur handicap. Ils sont par conséquent difficiles à prendre en charge collectivement et demandent un accompagnement individualisé.

L'étude s'appuie sur un outil d'évaluation : ÉVASION (Évaluation et Analyse des Situations Individuelles pour une Observation Nationale). Elle a pour intérêt d'estimer l'intensité des réponses professionnelles nécessaires permettant aux enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis, de faire valoir leurs droits et d'exercer leurs devoirs au mieux de leurs potentialités (grille en annexe 1).

Pour chaque item, des résultats croisent le niveau de fonctionnement et le niveau de réponses professionnelles adaptées aux besoins. Les résultats dans les 16 domaines considérés sont très variables et montrent ainsi la diversité des fonctionnements de chaque jeune et adulte accueilli, avec des besoins spécifiques en terme d'accompagnement. Cette disparité est renforcée du fait de la population accueillie aujourd'hui.

B – Une population décalée en âge .

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes présente une spécificité au niveau de la population. L'agrément stipule un âge compris entre 6 et 20 ans. La réalité est toute autre puisque 72 % des jeunes ont dépassé l'âge de 20 ans et bénéficient d'une orientation pour adultes (tableau 2).

Tableau n° 2: Les orientations notifiées par la CDAPH pour les plus de 20 ans.

Orientation des adultes	31-12-2005	31-12-2006	31-12-2007
<i>ESAT</i>	1	1	1
<i>Foyer Occupationnel</i>	11	14	16
<i>Maison d'Accueil Spécialisée</i>	8	8	9
<i>Foyer d'Accueil Médicalisé</i>	4	5	7
<i>Total des jeunes de plus de 20 ans</i>	24	28	33
<i>Total des jeunes de moins de 20 ans</i>	22	18	13

Dans ce mémoire, je me contenterai de ne retenir que la population âgée de 6 à 20 ans puisque les plus âgés intégreront, fin 2007, des établissements pour adultes correspondant à leur orientation et, pour certains, créés par l'association afin de répondre à leurs besoins.

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est confronté à un choix stratégique : se transformer en établissement pour adultes ou maintenir son activité auprès d'enfants et d'adolescents. Au regard des besoins repérés par le schéma départemental, une priorité est inscrite en terme d'accompagnement d'enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. Sur les 15 établissements pour enfants du département, seuls l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes et l'Institut la Monneraie sont centrés aujourd'hui sur ce public. Suite aux échanges avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales sur ce sujet, la continuité de prise en charge de cette population par l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est actée afin de répondre aux attentes exprimées par les familles.

Ma mission première est alors un recentrage de l'organisation sur l'accueil d'enfants et d'adolescents présentant ces troubles. Une définition de ceux-ci s'impose pour s'accorder définitivement sur une classification.

1.1.2 - Une complexité dans le classement des pathologies.

L'histoire de l'autisme nous permet de comprendre l'évolution des termes aujourd'hui employés pour déterminer la typologie du public accueilli. Celui-ci a besoin d'être repéré au niveau d'une classification pour que l'organisation réponde à ses besoins par un accompagnement spécifique. La fonction du directeur d'un établissement médico-social est d'adapter le fonctionnement aux besoins des enfants et adolescents. Ceux que nous accueillons aujourd'hui présentent des traits autistiques au sens médical.

L'appellation d'autisme a été décrite pour la première fois en 1943 par Léo Kanner¹. *« Il avait observé des phénomènes de solitude et d'écholalie, des obsessions pour des routines, une mémoire extraordinaire, une sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limités, une intelligence normale ».*

Attribuant la réalité de l'autisme principalement à l'attitude et à la qualité des contacts des parents envers leurs enfants, il n'a cependant pas exclu la possibilité que certains éléments caractéristiques des premiers aient pu passer, de façon héréditaire, chez les seconds.

Un an plus tard, en 1944, et de façon totalement indépendante, un médecin autrichien du nom de Hans Asperger réalise une autre observation et retrouve les mêmes résultats que Léo Kanner, sauf sur deux aspects : une bonne expression langagière et par contre une motricité globale inférieure.

Chacun des deux auteurs a alors emprunté le terme "autistique" à Eric Bleuler qui l'avait utilisé en 1911 pour parler du retrait social observé chez un groupe d'adultes schizophrènes. Cependant, ni Kanner ni Asperger n'ont associé l'autisme à la schizophrénie.

¹ Psychiatre autrichien émigré aux Etats-Unis qui a observé 11 enfants présentant des symptômes similaires.

A – Apparition du terme : autisme.

Après cette période de découverte, dans les années 50, Bruno Bettelheim développe une théorie définissant les caractéristiques des enfants autistiques par la nature de l'interaction mère/enfant. De son point de vue, un enfant devient autistique parce qu'il ne peut supporter son environnement menaçant qui manque d'amour. Kanner, lui-même, fut tellement influencé par cette interprétation psychogénétique qu'il cessa de considérer la possibilité d'une composante héréditaire de l'autisme.

Le terme "autisme" apparaît pour la première fois en 1968, dans la deuxième édition du manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles mentaux (DSM-II : classification américaine) comme la "schizophrénie infantile".

En 1968, Michael Rutter, le pionnier en matière d'appréhension de l'autisme, déclare que les symptômes apparaissent avant l'âge de 3 ans et il les classe en trois grandes catégories:

- ? - un manque d'intérêt à socialiser avec les autres personnes;
- ? - des perturbations de communication plutôt au niveau qualitatif que quantitatif;
- ? - un manque d'imagination manifesté par des intérêts très limités ou des comportements rituels.

B – De l'autisme aux Troubles Envahissants du Développement.

La notion de Troubles Envahissants du Développement apparaît en 1980. Dans la troisième version du DSM, l'autisme devient maintenant "l'autisme infantile" et est regroupé, avec trois autres troubles, dans une nouvelle rubrique intitulée "Troubles Envahissants du Développement" (TED). Ils sont définis comme un groupe de troubles sévères et précoces, caractérisés par des retards et des déformations du développement, des habiletés sociales, cognitives, et du développement de la communication.

Depuis 1994, le DSM-IV positionne l'autisme comme un trouble parmi d'autres de la catégorie TED :

- ? - l'autisme;
- ? - le syndrome de Rett;
- ? - les troubles désintégratifs de l'enfance (syndrome de Heller), aussi appelés démence infantile ou psychose désintégrative;
- ? - le syndrome d'Asperger;
- ? - les Troubles Envahissants du Développement non spécifiques : cette classification représente un consensus surtout américain.

C – Deux conceptions différentes : l'europpéenne et l'américaine.

Européens et Américains ont deux conceptions différentes sur les critères de classification utilisés pour établir un diagnostic. La communauté médicale française a sa propre classification des maladies mentales (qui situe l'autisme dans la catégorie générale des psychoses infantiles (CCNE, 1996)) et n'utilise pas les classifications diagnostiques internationales, reconnues par la communauté scientifique comme validées et fiables.

La majorité des psychiatres français privilégie l'hypothèse de l'origine psychogénétique et dirige ainsi les enfants vers le secteur psychiatrique pour une prise en charge d'inspiration psychanalytique.

Les autres privilégient l'hypothèse de l'origine organique (conception américaine) des troubles du développement. Les enfants tendent alors plutôt à bénéficier d'une éducation spécialisée adaptée à leurs caractéristiques, leur permettant d'épanouir au maximum leur personnalité.

Je retiens pour l'instant ces deux conceptions en étant persuadé que les avancées médicales des prochaines années changeront nos approches professionnelles.

1.1.3 - Prévalence et recherche médicale.

Les découvertes scientifiques amènent les professionnels à percevoir autrement l'origine de l'autisme et donnent des espoirs aux familles.

A – Les origines de l'autisme : une explication scientifique .

Les analyses varient sur l'origine des Troubles Envahissants du Développement, bien que la plupart des spécialistes s'entendent pour dire que les causes sont multiples. Selon le DSM-IV (1996), les études démontrent que, pour 10.000 personnes, de 2 à 5 cas apparaissent. Cependant, l'opinion publique peut retenir deux théories sur l'origine de l'autisme: l'hypothèse psychogénétique (privilégiée en France, comme nous l'avons vu), et l'hypothèse organique (plutôt envisagée en Amérique du Nord).

Le Docteur Pascaline Guerin énonce que *« le trouble autistique reste une énigme dont les études de recherche ne sont pas encore parvenues à décrypter les différents éléments permettant d'en comprendre les causes et les perturbations résultantes du fonctionnement cérébral. On peut toutefois espérer que les données préliminaires obtenues*

en neuropsychologie, génétique, biochimie ou imagerie cérébrale aideront dans les années à venir à définir des sous-groupes homogènes de sujets autistes en fournissant d'autres dimensions que le seul concept nosographique trop large de trouble autistique »².

En qualité de directeur d'un établissement accueillant ce public, je dois impérativement délimiter l'action au travers de choix de classification. Je définis ensuite pour tous les acteurs (professionnels, parents ou représentant légal) des orientations théoriques pour les actions éducatives, pédagogiques, thérapeutiques, médicales et paramédicales à mettre en place.

Je perçois bien qu'au travers de ce public une certaine imprécision dans l'énonciation des pratiques ne sécurise pas les professionnels et par conséquent les parents, sans oublier l'impact sur l'état psychique et physiologique des enfants et adolescents.

En conclusion, aujourd'hui, la notion de Troubles Envahissants du Développement est venue remplacer celle d'autisme, y compris dans le schéma départemental, même si, pour les spécialistes, de nombreuses classifications existent avec des variantes.

Je me réfère par conséquent à la définition extraite de la DSM IV (en 1996), stipulant que l'autisme constitue la forme principale des Troubles Envahissants du Développement. Ceux-ci peuvent être définis « comme l'expression de déviations sévères du développement de fonctions de base impliquées dans l'acquisition des aptitudes sociales et de l'utilisation du langage et de l'adaptation à l'environnement »³.

D'après ces définitions, je prends le parti de caractériser la population reçue à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes d'enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement, qui peuvent être associés à des troubles sévères du comportement. Toutefois à la complexité de définition s'ajoutent des effets médiatiques sur ce sujet sont nombreux et intéressent particulièrement les familles.

² Médecin psychiatre hospitalier, Unité de diagnostic et de traitement des Troubles Envahissants du Développement, Centre hospitalier de Chartres : Actes du colloque Autismes et Accompagnements au quotidien (Angers – 49) – 24 septembre 2004.

³ *Autisme, Cerveau et développement : de la recherche à la pratique*. ARAPI - Intervention de Catherine Barthelemy.

B - La recherche scientifique : l'espoir des familles.

Les parents d'enfants et d'adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement sont nombreux à adhérer à de grandes associations (SESAME AUTISME, ENVOL, Autisme France.....). Celles-ci ont des relais importants en France et au niveau européen. Elles essaient de faire reconnaître les droits de leurs enfants et sont à l'initiative de discours politiques sur les intégrations à l'école. La difficulté pour la plupart de ces parents est de bien identifier les jeunes dont il est question.

Aujourd'hui les effets médiatiques sur la recherche génétique, notamment avec le TELETHON, renforcent l'espoir des parents de ces personnes, atteintes de Troubles Envahissants du Développement, de voir découvrir la cause du syndrome. Ces parents ont été marqués par les rencontres avec les médecins psychiatres d'une certaine époque qui ont souvent renforcé, sans doute sans le vouloir, un sentiment de culpabilité dans la relation mère/enfant. La souffrance est très importante et la culpabilisation extrême.

La souffrance et la culpabilisation qu'ils ressentent doivent donc être prises en compte dans l'accompagnement de leur enfant. C'est pourquoi la participation des familles est essentielle dans l'intérêt du projet de vie de l'enfant et de l'adolescent et il m'appartient en tant que directeur d'en être le garant tout comme je dois permettre de recenser les besoins de ces derniers.

1.2 - Des besoins indispensables et repérés pour le projet de vie.

Les enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement ont besoin, pour développer un certains nombres de compétences en vue de leur autonomie, de travailler sur un ensemble de repères, d'éléments de socialisation, et de protection.

1.2.1 - Une architecture : besoins de lieux identifiés où ils puissent évoluer en autonomie et en sécurité.

Les enfants et adolescents ont besoin d'avoir une autonomie de déplacement et doivent circuler librement dans l'établissement à travers des espaces sécurisés sans accompagnement systématique d'un éducateur. Vivre dans des locaux adaptés (spacieux avec des accès sécurisés à l'intérieur comme à l'extérieur) permettant une libre circulation entre le jardin et l'habitation ou les lieux d'activités est important. Pour ce faire,

l'aménagement architectural conduit à une organisation favorisant des lieux de déambulation offrant une intimité mais également un guide limitant une errance active. Ces lieux nécessitent aussi des adaptations pour éviter tout risque d'ingérence de corps étrangers. Cette libre circulation impose une adaptation des structures afin de répondre au fonctionnement des enfants et adolescents.

La proximité de l'autre effraie et les locaux doivent répondre à un impératif de conception. Les enfants peuvent se croiser mais en évitant tout contact visuel ou physique entre eux. La largeur des couloirs nécessite une réflexion et des itinéraires différents afin d'aller d'une pièce à une autre sont à imaginer. L'adaptation des locaux est importante pour la vie de ces personnes accueillies. Les troubles du comportement peuvent être limités lorsque l'espace évite toute agressivité. L'aménagement concourt à un mieux-être et le repérage spatio-temporel y contribue également fortement.

La séparation entre les locaux de jour et de nuit préconisée dans la circulaire de 1989 répond également à une réalité de terrain. La structuration de la journée est capitale pour les enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. Elle leur permet de s'apaiser à partir d'une régularité dans l'alternance : apprentissage et vie en hébergement. Cette distanciation de temps et d'espace favorise la structuration de la journée.

Par ailleurs, la notion de mouvement est majeure dans l'accompagnement de ces publics afin d'éviter la frustration et par conséquent les troubles du comportement ou le repli sur soi. Les repères temporels sont mémorisés par la régularité de ces déplacements physiques et peuvent être relayés plus tard par des supports visuels (pictogrammes, photos...).

Le principe de séparation est acté par tous les professionnels. De même, la constitution de service (éducatif, pédagogique, médical, paramédical, thérapeutique) est importante pour le repérage de l'enfant. Celui-ci a besoin de comprendre simplement à travers les espaces, la nature de son apprentissage (soin, développement cognitif...). La notion de déplacement entre le semi-internat et l'internat doit pouvoir se travailler afin de faciliter son insertion sociale et ou professionnelle lorsqu'il sera adulte. Par cette situation de distanciation entre les deux entités, l'accompagnement doit permettre de travailler sur le déplacement en utilisant tous moyens (tricycle, bicyclette, fauteuil roulant, marche à pieds...).

Les enfants et adolescents reçus nécessitent au regard de leur pathologie un repérage précis dans le temps et l'espace. Sur le plan cognitif, le symbolique est inexistant ou très perturbé. Ces difficultés de repérage dans la temporalité perçus par les professionnels au fur et à mesure des accompagnements réalisés nécessitent d'en tenir compte.

Par ailleurs, leur manque d'initiative ou d'intérêt autre que leur stéréotypie (jouer avec un interrupteur de lumière ou un bout de ficelle toute la journée) démontre que l'environnement doit s'organiser autour d'eux pour leur permettre de développer des compétences vers l'autonomie.

1.2.2 - Un développement des relations sociales en interne et en externe : une rencontre avec la société.

Lorsque les personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement bénéficient de stimulations cognitives, j'observe une progression en lien avec leur rythme d'apprentissage. Elles peuvent tout à fait s'adapter à un environnement lorsque celui-ci ne leur pose plus de problème d'angoisse. Par contre, si l'environnement ne peut être utilisé comme ressource, il reste inadapté. Celui-ci ne donne pas alors la possibilité à ces personnes de rentrer dans un processus développant une adaptation du comportement en famille comme en établissement.

Il me semble important d'évaluer les ressources de l'environnement afin qu'elles deviennent des facteurs de progrès permettant l'accessibilité de chacun à tous les dispositifs de la vie. Elles sont les éléments fondamentaux du développement de la capacité d'intégration sociale. La reconnaissance des jeunes comme auteurs de leur devenir est l'objectif recherché.

L'environnement et l'accessibilité sont des éléments participant à la structuration des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement.

Si l'autre peut être effrayant, il n'en n'est pas moins nécessaire. Cependant en interne ce besoin de socialisation, qui évite notamment un repli sur soi, doit se faire au sein de petits groupes en internat comme en semi-internat ne dépassant pas le nombre de 7/8 jeunes avec un encadrement éducatif de trois personnes en simultané. Si une certaine hétérogénéité (diversité de niveau de déficience) peut permettre à l'enfant de tirer profit de l'émulation et la stimulation du groupe. Il est important d'éviter les interférences entre

plusieurs enfants atteints de troubles majeurs du comportement (un seul par équipe) pour éviter des soucis de violence entre eux.

Les jeunes accueillis présentent des troubles du développement dont les conséquences peuvent être visibles. En effet, plusieurs d'entre eux, sans langage, démontrent une incapacité à se tenir debout dans la cour du château. Trois professionnels doivent les soutenir. Les déplacements se font en fauteuil roulant lorsque l'encadrement n'est pas suffisant pour accompagner l'ensemble du groupe. De temps en temps, ils se jettent sur le véhicule et ils le lèchent (ils utilisent en permanence la langue pour toucher les objets préférés) jusqu'à l'intervention du personnel éducatif. Il faut véritablement les détacher du véhicule pour leur faire faire autre chose, alors à ce moment-là ils retombent. Leurs jambes ne les portent plus. En revanche, lorsqu'ils savent qu'une sortie extérieure régulière est prévue dans leur emploi du temps, ils traversent la cour debout sans aucun problème. Ces promenades sont trop rares, mais celles qui ont été organisées en accompagnement individuel se sont toutes bien déroulées. Je constate donc que le corps exprime des désirs chez des sujets ayant peu de centres d'intérêt en dehors des stéréotypes. L'interprétation peut paraître relative mais elle permet peut-être de ne pas négliger l'expression possible d'un besoin.

L'établissement accueille des jeunes plus construits sur le mode de la communication mais dont le langage est absent ou inaudible. Ils présentent également un léger problème moteur (déplacement très lent ou boiterie). L'ensemble de ces troubles peut disparaître lorsqu'ils sont en famille ou en stage dans des établissements (marche normale et langage compréhensible). Ceci semble révéler la nécessité pour le public que nous recevons d'avoir des expériences dans un autre environnement pour éviter une stigmatisation⁴. « *La société moderne se caractérise par la multiplicité et la fluidité des rôles et des participations. La société n'est pas formée de groupes concrets, juxtaposés, auxquels « appartiendraient » les individus, mais de populations qui, selon les situations sociales et leur histoire individuelle, choisissent ou se voient imposer des formes, toujours provisoires, de participations et d'identités. Les individus ne sont pas une fois pour toutes « exclus », moins encore « des exclus ». Il existe des populations en état de fragilité ou de précarité qui ont une forte probabilité de connaître un processus susceptible de les exclure de la vie collective, professionnelle et relationnelle ou de les marginaliser* »⁵. Je partage cette

⁴ LEYENS J-P., CROZIER J-C. *Mauvaises réputations*. Liège : Armand Colin, 2003. 299 p.

⁵ PAUGAM S. *L'exclusion : l'état des savoirs*. Paris : édition la découverte, 1996. p 27.

conception et me rends compte de cette exclusion à l'époque où nous parlons plutôt inclusion mais ceci est en lien avec le fonctionnement de cette organisation.

Les enfants et adolescents recherchent les extérieurs pour découvrir et faciliter leur adaptation aux autres. Les relations avec l'Éducation Nationale sont nécessaires au regard de la loi du 11 février 2005 mais également et surtout parce qu'elles sont les premiers lieux d'intégration après la famille. Pour ce faire, le jeune doit avoir des échanges avec les écoles du village par des participations conjointes. Celles-ci concourent à l'accessibilité à la citoyenneté c'est-à-dire à favoriser l'émergence de nouveaux liens sociaux indispensables afin d'éviter un repli sur soi ou le développement de troubles du comportement. Dans ce but, un accompagnement individuel nécessite de protéger l'enfant et l'adolescent pour sa sécurité.

L'enfant et l'adolescent ne sont pas conscients des dangers. L'environnement peut seul contribuer à les sécuriser s'il est prévu à cet effet. Ces jeunes ont besoin paradoxalement de liberté mais dans des espaces clos ou très encadrés. La découverte de leur univers ne peut se concentrer uniquement sur un espace sans lien avec la société. Par ailleurs, avec un accompagnement adapté, le jeune peut vivre en société grâce aux explorations réalisées au quotidien.

Le travail autour de la protection et de la socialisation engagé par les professionnels est un support de communication dans une collaboration avec les familles.

1.2.3 - Besoin d'un projet de vie personnalisé intégrant famille et partenaires.

L'enfant atteint de Troubles Envahissants du Développement ne peut, par son handicap, adhérer à la notion de groupe et par conséquent l'adulte va le stimuler individuellement pour qu'il tire bénéfice du groupe. Les apports éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, médicaux et para médicaux sont indissociables et complémentaires et c'est par ces différents supports médiateurs que l'enfant va pouvoir progresser.

Mais il est également issu d'une famille, et inscrit dans une histoire familiale. Le fait d'être accueilli à l'Institut Médico-Éducatif ne signifie pas que les professionnels se substituent aux parents. L'enfant handicapé comme tout autre enfant a besoin que soit respecté sa famille et le maintien du lien avec toute la complexité que cela présente.

Depuis 1965, les relations avec les familles ont beaucoup évolué. A l'époque, les enfants arrivaient à l'établissement sans aucun préalable avec les familles. Il y a encore quelques mois, le personnel prenait les décisions incombant normalement aux familles pour le prétendu bien de l'enfant. Le réflexe de penser à la place des parents demeure encore inscrit dans la mentalité de l'ancien personnel. Celui-ci ne s'efforce pas de rechercher en permanence la participation et le consentement parentaux.

Pourtant l'enfant et l'adolescent recherchent en permanence les contacts avec leurs familles et l'expriment à chacun des professionnels par des signes verbaux ou non verbaux (Mademoiselle M. montre une carte postale envoyée par ses parents par exemple). Ainsi, je suis convaincu qu'un enfant ou adolescent, même avec une personnalité complexe, ne peut-être coupé de sa famille. Cette alternance entre l'établissement et la famille (même de très courte durée) est primordiale pour l'équilibre psychologique des jeunes reçus dans l'établissement.

L'internat, seule réponse apportée aujourd'hui, induit une réflexion relative à l'accueil de ces enfants et adolescents. Les professionnels utilisent très souvent la notion de « placement » et rendent ainsi secondaire les retours en famille les fins de semaine. Cette prise en charge d'internat permanent doit être exceptionnelle au moins au niveau d'une conception intellectuelle. Dans certaines situations, la lourdeur des pathologies rend les accueils en famille très difficiles. En tout état de cause, la famille est partie prenante dans le projet de vie de son enfant qui doit se construire avec des partenaires intervenant dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Les enfants et adolescents sont tous suivis par des établissements de soins. Le travail de partenariat ne s'entend que dans la continuité. En effet, les services pour adultes ont une part importante à prendre. Les jeunes dont je parle nécessitent des soins thérapeutiques que seuls les professionnels de la santé peuvent apporter. Les établissements médico-sociaux prennent en charge l'enfant dans sa globalité mais les spécialistes sont présents pour prendre le relais et apporter au personnel éducatif, pédagogique et thérapeutique un éclairage médical. Des échanges entre le sanitaire et le social sont indispensables dans l'accompagnement des jeunes. Le tiers soignant permet d'établir une bonne distance dans une relation entre l'enfant et l'éducateur induit par des accompagnements de longue durée.

Par ailleurs, les enfants et adolescents peuvent développer des relations sociales grâce à une participation à des ateliers dans une école. Les accompagnements par des pédagogues nécessitent également un travail en amont afin que l'enfant soit accepté dans

une classe. L'enfant confronté aux autres peut mieux travailler la question de la dualité, du fait de la notion de groupe et de la présence de l'instituteur mais également de l'accompagnateur.

Le travail de partenariat est impératif afin d'éviter que l'établissement ne soit replié sur lui-même. Les personnes extérieures invitent à une analyse, une évaluation de l'action menée conjointement. Les objectifs de travail découlent des besoins repérés pour les enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. Je suis du fait de ma fonction de directeur à l'interface entre les besoins exprimés ou repérés et la réalité liée au fonctionnement de l'organisation.

1.3 - Le directeur confronté à une réalité de dysfonctionnement de l'organisation.

Le directeur est partagé entre les besoins des jeunes liées au développement de leur autonomie et une organisation fonctionnant dans un environnement inadapté. L'accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique doit être spécifique pour répondre à leurs besoins. Il s'agit dans ce mémoire avant tout d'analyser l'écart entre les besoins et la réalité du fonctionnement. Pourquoi cet établissement dysfonctionne-t-il au regard des attentes exprimées précédemment ?

1.3.1 - Une organisation institutionnelle favorisant une vie recluse .

Le fonctionnement de l'établissement a toujours été organisé autour d'une vie en internat. En effet, les places laissées aux activités cognitives ont souvent été peu investies ou réservées aux enfants n'ayant qu'une déficience intellectuelle légère. Une disparité s'est installée alors entre ces derniers qui étaient très stimulés et les enfants et adolescents les plus en « dyscapacité »⁶ (reconnaissance d'une fonction altérée des capacités), maintenus dans leur groupe de vie sans en sortir de la semaine. Je préfère utiliser ce concept de dyscapacité, plus approprié à la valorisation des quelques capacités des jeunes de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes. J'essaie au travers de ma fonction de direction d'amener les professionnels à travailler sur les compétences des enfants, adolescents et jeunes adultes et non de réduire l'action éducative et pédagogique au simple constat d'incapacités totales.

⁶ Traduction française d'un terme espagnol (les moins valides), énoncé lors d'une présentation européenne sur les handicaps.

J'évoque plus loin dans le mémoire le concept d'émergence emprunté plutôt au cognitivisme, mais dont l'idée principale est une valorisation des capacités.

A mon arrivée en mars 2001, les enfants, adolescents et jeunes adultes les plus lourdement déficients ne sortaient jamais de leur groupe de vie. Ils y restaient 365 jours par an, et présentaient des troubles du comportement plusieurs fois par jour. Le personnel se mobilisait pour protéger la personne contre son automutilation et son hétéro agressivité vis-à-vis du personnel et des autres jeunes. Les professionnels et moi-même n'agissions que dans l'urgence. Les traitements permettaient uniquement de calmer la situation ponctuellement. Il a fallu alors prendre du recul et penser à une autre organisation dans l'intérêt des personnes accueillies mais également des professionnels en perte de motivation.

Après une réflexion interne et depuis trois ans, j'ai mis en place avec la collaboration des cadres techniques une prise en charge éducative, pédagogique, thérapeutique pour tous de 9h 30 à 17h, 4 jours par semaine, au regard des besoins soulevés précédemment. L'évaluation nous démontre que les troubles du comportement n'existent plus pendant la journée. Les jeunes sont stimulés et réalisent des progressions à hauteur de leur capacité. Les professionnels ont depuis un regard plus positif sur le jeune. La thèse insistant sur le fait que les personnes autistes ne peuvent avoir un emploi du temps immuable ne tient pas au vu de cette démonstration. Par conséquent, il faut envisager une organisation et un environnement réfléchis, afin que l'énonciation des consignes et les temps de coordination ne soient pas une source de stress à l'origine des troubles du comportement.

Par ailleurs, les locaux ne permettent pas de distinguer les temps et les espaces pourtant indispensables à l'équilibre de ces enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. En effet, les temps de jour ne sont pas différenciés des temps de nuit.

A – Une infrastructure inadaptée aux enfants atteints de Troubles Envahissants du Développement.

L'organisation même de cet établissement au regard de son architecture ne permet pas de créer des espaces repérés, séparant les lieux de nuit des lieux de jour. En effet, les deux classes sont sous les combles au troisième étage du château. L'ascenseur, dans l'impossibilité de monter jusqu'à ce palier, ne favorise pas non plus l'accessibilité, notamment pour les quelques jeunes qui présentent des mobilités réduites. L'atelier

peinture et papier mâché est, quant à lui, au niveau des douves dans les sous-sols du château. Il est séparé des classes par 20 mètres de hauteur.

La cour du château ne peut servir de cour de récréation car elle est entourée de douves de 11 mètres de profondeur, protégées symboliquement par des balustrades d'un mètre de hauteur. Aucun jeu extérieur n'est présent pour favoriser l'exploration et la détente des enfants.

Ceux-ci ne peuvent circuler seuls dans le château ni aux abords à cause de l'importance des risques et il en est de même pour les adolescents. Or, la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale nous a souvent orienté et notifié des enfants présentant de graves troubles du comportement.

Aujourd'hui, le château ne possède pas de chambres individuelles, ce qui complique les conditions de vie des jeunes. En effet, les chambres collectives reçoivent 3 ou 4 jeunes et nous vivons de vrais problèmes de cohabitation. Depuis plus de 5 ans, nous sommes obligés de construire des séparations dans les chambres pour essayer de protéger les uns contre l'agressivité des autres.

Le manque d'espaces, des locaux mal agencés, des abords non sécurisés, une absence de locaux de jour pour des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement, tous ces éléments ne permettent pas de répondre aux mieux aux besoins des jeunes accueillis. C'est pour ces raisons, que depuis mars 2001, je refuse quelques candidatures pour des questions de sécurité et pour ne pas augmenter de façon importante le nombre d'enfants et adolescents atteints des troubles les plus lourds dans un environnement inadéquat. Celui-ci favorise une vie institutionnelle dans laquelle les services se sont concentrés.

B – Une vie institutionnelle en autarcie .

Je m'interroge sur les effets produits par l'organisation actuelle, comparable à mon sens aux conséquences d'un phénomène d'enfermement, défini par Erving Goffman dans son ouvrage intitulé « Asiles » : « *On peut définir une institution totalitaire comme un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation,*

coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »⁷.

L'organisation privilégie l'emploi de services internes plutôt que le recours aux prestations extérieures. En effet, il y a encore peu de temps, le coiffeur venait à l'intérieur de l'établissement pour 15 enfants, adolescents et jeunes adultes. En annexe 6, je présente un tableau démontrant la faible part de la socialisation suite à une étude sur les projets personnalisés des jeunes.

Depuis l'instauration d'un travail institutionnel sur le thème de la socialisation, une prise de conscience s'est faite. Aujourd'hui, seules deux personnes sont encore coiffées à domicile. Les autres se rendent toutes en ville avec un accompagnement individuel. Je perçois bien une certaine appréhension de la part du personnel. Mais je constate une grande satisfaction lors du retour de l'éducateur et du jeune. Mes préconisations en qualité de directeur ont pour intention d'amener les acteurs éducatifs à un changement de culture professionnelle. Ils doivent quitter leur représentation de l'institution totalitaire (fonctionnement autarcique dans le château) pour mieux répondre aux attentes des enfants, adolescents et jeunes adultes par le recours à la notion de services et de prestations extérieures concourant à la socialisation.

L'établissement a développé ses activités depuis 1965 dans un château du 17^{ème} siècle, bordé d'un parc de 27 hectares ombragés, permettant une vie en micro-société, et favorisant des activités autour de la nature et des promenades dans les bois. Il contente ainsi de nombreux professionnels qui trouvent par les ressources de l'environnement immédiat des accompagnements simples et des distractions pour les enfants, adolescents et jeunes adultes. Par ailleurs, les sorties extérieures se font dans un cadre similaire à celui qui est proposé aux personnes accueillies. Cependant, le fait de rester dans la propriété ne favorise pas les échanges avec l'extérieur. Il ne permet pas non plus de stimuler les personnes vers un autre environnement. Les sorties en ville sont très peu étudiées, ou trop épisodiques, en comparaison avec celles réalisées dans les forêts environnantes. Les professionnels craignent souvent les débordements des enfants et adolescents accueillis et pensent ne pas pouvoir y faire faces seuls.

⁷ GOFFMAN E. *Asiles – Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : 1968. p 41.

Il est vrai que le centre du bourg de 2000 habitants est situé à 2 kilomètres de l'établissement. Les accès piétonniers sont inexistantes et la voie routière est très dangereuse avec ses virages sans visibilité.

De nombreux professionnels pensent que l'environnement actuel correspond aux besoins des jeunes accueillis et que les espaces verdoyants sont des réponses appropriées. Pourtant, comme je l'ai décrit précédemment, certains jeunes montrent des difficultés de déplacement dans le parc alors qu'à l'extérieur de l'établissement ils marchent normalement.

Si, comme je viens de le démontrer l'organisation ne répond plus structurellement aux besoins elle doit également en interroger sur ses missions : les modalités d'accueil et ses partenariats.

1.3.2 - Des modalités d'accueil et de partenariats à questionner.

Je rappelle que l'établissement accueille, aujourd'hui, 72% d'adultes de plus de 20 ans alors que notre mission initiale est d'accueillir des enfants âgés de 6 à 20 ans.

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est réputé pour recevoir les enfants aux pathologies les plus complexes. Mes prédécesseurs ont été contraints d'accueillir des enfants et d'adolescents atteints des troubles les plus graves sans aucune compensation, ni en moyens humains ni en moyens financiers. Depuis, avec les services administratifs (la CDES qui est devenue la CDAPH et la DDASS), nous examinons ensemble les candidatures au vu de nos possibilités d'accueil, afin d'intégrer des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement dans de bonnes conditions et avec le concours de partenaires. De fait, les accueils, même les plus difficiles, se font en concertation. L'image de l'établissement évolue favorablement et les parents ont moins de résistances à envisager une éventuelle admission de leur enfant.

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes ne propose qu'une réponse unique d'internat pour des populations dont les pathologies sont sévères. Les établissements très spécialisés étant rares, les enfants et adolescents ne sont pas scolarisés à proximité de leur domicile, même si cette préconisation avait été inscrite dans la circulaire de 1989 (les annexes 24, développées plus loin dans ce mémoire). Cette question d'éloignement familial est prégnante pour un travail de collaboration avec les parents mais également le secteur psychiatrique.

Venant pour la plupart des services de psychiatrie, ces jeunes y étaient, soit pris en charge à temps plein, soit dans des alternances partagées avec le secteur médico-social. Depuis un peu plus d'une décennie, ces jeunes ne sont plus uniquement les pensionnaires des services de psychiatrie, du fait d'un glissement vers des établissements (Institut Médico-Educatif, ITEP...). Ces derniers sont ainsi amenés à développer des partenariats avec le secteur sanitaire par la contractualisation de conventions.

Au niveau des soins thérapeutiques, des partenariats importants entre éducatif et soins se sont mis en place avec les différents services de pédopsychiatrie. Ils ont permis des avancées importantes entre secteur sanitaire et médico-social mais la tendance a souvent été de déplacer les enfants du sanitaire vers l'Institut Médico-Educatif de Jalesnes afin de régler leurs restructurations internes.

Pour tous les adolescents présents à l'Institut Médico-Educatif de Jalesnes, les prises en charge en pédopsychiatrie se sont arrêtées lorsque l'âge de 16 ans a été dépassé. Les difficultés surviennent alors après cet âge. Ils devraient être pris en charge, partiellement, par le service psychiatrique des adultes mais à cause du manque de places et pour des raisons d'incompatibilité avec les personnes suicidaires ou malades mentales, les relais ne sont pas organisés.

Je ne peux que le regretter. J'essaie avec l'accompagnement des cadres techniques et hiérarchiques de développer des échanges autour de cette question. La cartographie départementale hospitalière ne favorise pas aujourd'hui les rapprochements. Les établissements pour enfants ne sont pas soumis à la même sectorisation que les établissements pour adultes. En effet, les enfants restent soumis à la contrainte territoriale du domicile parental. Pour les adultes logés en foyer, le secteur psychiatrique de référence devient le territoire de celui-ci. Nous devrions aujourd'hui travailler avec les 10 secteurs du département de Maine-et-Loire puisque 75 pour cent des jeunes accueillis actuellement sont dispersés sur le département et habitent à plus de 50 kilomètres de l'établissement.

Lorsque les enfants atteignent l'âge de 16 ans, les soins n'étant plus assurés, l'établissement a du s'organiser pour qu'ils soient prodigués à l'intérieur. Le personnel s'est formé progressivement avec le concours des services de pédopsychiatrie. L'établissement s'est ainsi retrouvé isolé du fait du nombre important de jeunes ayant dépassés la limite d'âge. Les partenaires se sont tous dérobés laissant sans solution des adolescents et jeunes adultes en situation de crise.

Alors qu'aucun autre partenariat n'existe ni avec l'Éducation Nationale ni avec le tissu social, l'établissement souffre vraiment de solitude et de manque d'ouverture sur l'extérieur.

Si tous ces éléments montrent l'inadaptation actuelle de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes pour répondre aux besoins des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement, un regard sur les attentes et les demandes des familles va permettre également de montrer certains écarts.

1.3.3 - L'exigence des parents dans l'approche éducative et thérapeutique.

Les familles des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement sont de milieux socio-professionnels très différents. L'étiologie de ces syndromes n'est pas clairement identifiée, même si différentes écoles travaillent sur le sujet de façon plus ou moins scientifique ou analytique. Les avancées des recherches médicales sont l'espoir de ces familles. En fait, le deuil de l'enfant idéal n'est pas encore entamé pour beaucoup d'entre elles et notamment chez les cadres supérieurs (parents que nous rencontrons régulièrement à l'établissement). La certitude que leur enfant peut « guérir » de ce handicap et sortir de ces Troubles Envahissants du Développement rend souvent les relations complexes avec l'établissement et par conséquent avec le directeur.

Je partage l'analyse de Croizet et Leyens qui montre par leurs recherches que *« certains facteurs accentuent la souffrance provoquée par le statut social. Certaines théories du concept de soi et de l'estime de soi, comme la perspective du soi miroir, considèrent que le concept de soi se développe sur la base des interactions avec les autres. La menace exercée sur le concept de soi par la possession d'une identité sociale dévalorisée par autrui devrait conduire assez directement à une réduction d'estime de soi »*⁸. Ces parents désespérés cherchent alors à faire pression sur les établissements pour que certaines méthodes éducatives soient adoptées.

Ils évoquent régulièrement les écoles comportementalistes (TEACCH par exemple) comme étant le modèle de progression et de réussite pour l'autonomie des actes de la vie quotidienne. Ils sont dans une recherche permanente d'informations et assistent à des

⁸ LEYENS J-P., CROZIER J-C. *Mauvaises réputations*. Liège. Op. cit.

colloques sur ce sujet. Ils sont intellectuellement très bien renseignés et reçoivent des informations par les réseaux de parents.

Je constate qu'au quotidien, la réalité n'est pas si simple, et un diagnostic précis serait souvent très utile pour identifier le trouble exact du jeune. Nous pourrions alors adapter une éducation personnalisée pour chaque type de pathologie. L'autisme, qui est une composante majeure des Troubles Envahissants du Développement, a une bonne résonance médiatique et les témoignages en tous genres séduisent les parents. Certains se rattachent à l'idée que leur enfant est autiste alors qu'aucune évaluation n'a jamais été effectuée. Dans l'attente d'une découverte médicale, les parents fondent leurs espoirs sur des méthodes éducatives comportementalistes et rejettent toutes les approches analytiques.

Ils sont souvent très revendicatifs vis-à-vis du personnel. Ils donnent des conseils et imposent des prescriptions. Le travail avec les familles devient alors très difficile en mettant dans l'embarras les professionnels. La communication est compliquée puisque les parents se situent dans un champ comportementaliste et les techniciens de l'éducation sur un plan analytique. Les points de rencontre sont impossibles du fait de deux cultures opposées.

Je suis confronté à un paradoxe : permettre un travail entre professionnels et familles, les seconds ayant des exigences sur les méthodes éducatives alors que les premiers ne sont pas persuadés de leur propre technicité. Ils sont pris entre le respect du désir des parents et la contradiction avec leur propre projection. Des salariés travaillant sans cadre défini ne peuvent construire une action avec des parents. Ces derniers ont perçu le flou et essaient de s'engouffrer dans la brèche laissée ouverte par l'organisation. Dans cette situation, les parents ne rencontrent plus les professionnels qu'en présence d'un cadre pour éviter des débats stériles et houleux.

Par ailleurs, l'insistance des familles depuis plusieurs années sur la mise en place des accompagnements éducatifs comportementalistes doit être entendue. Des échanges sur ce thème se sont déjà réalisés. En ce qui me concerne, la question est complexe car les parents demandent une réponse immédiate et, par ailleurs, les professionnels ne sont pas en capacité de mettre en place de nouvelles compétences sans l'apport de formations.

Je ne peux déterminer une pédagogie à mettre en place uniquement sous la pression des parents ni de celle des professionnels dont les objectifs sont souvent diamétralement opposés. Je dois d'abord définir un référentiel théorique cohérent, partant des besoins et réponses adaptées des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du

Développement. Je dois ensuite gérer les attentes différentes et en même temps les résistances du personnel sur une autre conception de travail.

1.4 - Des professionnels insécurisés qui doivent continuer de s'adapter aux évolutions.

En qualité de manager, les ressources humaines sont souvent complexes et en même temps elles déterminent la qualité de l'accompagnement professionnel.

1.4.1 - Un modèle analysé comme communautaire.

Le fonctionnement de cet établissement encore très replié sur lui-même du fait de ses propres fonctionnements (peu de travail de socialisation dans le sens de la relation à l'autre, et peu de travail de partenariat) m'amène à observer une organisation fermée dans laquelle les acteurs cherchent des réponses uniquement en interne. Le système est verrouillé et les lois (règlement intérieur, recours à la force publique...) de la société ne s'appliquent pas. Ce fonctionnement est encore très présent aujourd'hui même si des évolutions se sont opérées.

Au quotidien, la socialisation n'est pas encore un principe assimilé. L'équipe de direction doit favoriser une évolution par une transformation de l'environnement plus propice aux échanges avec la société. Le diagnostic du fonctionnement organisationnel actuel établi par moi-même, au regard d'une analyse faite sur la proportion de socialisation à partir du projet personnalisé (annexe 6) chaque jeune, m'amène à comparer cette réalité avec un modèle communautaire. Je relie ce fonctionnement de l'organisation au concept de communauté défini par Robert A. Nisbet : « *un type de relations caractérisés à la fois par des liens affectifs, étroits, profonds et durables, par un engagement de nature morale et par une adhésion commune à un groupe social* »⁹. En effet, les salariés vivent dans le village de Vernantes mais identifient le site de l'Institut Médico-Educatif, Jalesnes (nom du château), comme étant un codage signifiant son appartenance à un groupe un peu à part. Il n'est fait aucune distinction entre les trois établissements (l'Institut Médico-Éducatif, le Foyer d'Accueil Médicalisé et le Foyer d'Hébergement). Il est par conséquent difficile de fait de repérer les identités professionnelles des uns et des autres. Seul le nom de l'infrastructure est identifié avec des confusions importantes dans les services proposés.

⁹ Robert A. Nisbet. *La Tradition Sociologique*. Paris : PUF, 1984. p. 70.

Cet environnement clos de mur rend étanches les échanges avec la population ne travaillant pas sur le domaine de Jalesnes. Il faut également souligner que le site propose 150 emplois et reste l'employeur principal du Canton. Les 150 autres emplois de la commune sont partagés par 60 petites entreprises.

Vivre dans un environnement clos sans relations extérieures a certainement favorisé une vie en autarcie dans laquelle les professionnels ont fini par édicter eux-mêmes leurs propres règles. Je repère ce fonctionnement comme un dispositif de « micro-société » dans lequel les règles de droit commun ne s'appliquent pas. Le fonctionnement de l'établissement n'avait édicté et formalisé aucune valeur, ni éthique, ni déontologique et encore moins théorique. Chaque salarié était libre de son action tant qu'elle ne dérangeait pas la position du directeur. Le contexte n'était ni balisé, ni sécurisé, et laissait un flou permanent. Les professionnels s'organisaient seuls. Par exemple, lorsqu'un enfant fugait, aucun protocole ne prévoyait le déclenchement d'un signalement auprès de la gendarmerie. Les professionnels se mettaient à chercher seuls l'enfant disparu ou bien, un enfant psychotique, qui s'automutilait jusqu'à s'ouvrir la tête, et restait attaché sur une chaise un après-midi entier au motif que les services de psychiatrie refusaient de l'admettre. Le directeur ne cherchait pas de compromis avec les spécialistes pour recourir à une hospitalisation.

1.4.2 - Un contexte de crise .

Lors de mon arrivée, j'ai été très frappé par un phénomène décrit par d'autres comme ressemblant « à la loi du silence ». Dès que je soulevais auprès du personnel un manquement ou un écart éducatif, j'avais l'impression que les professionnels se soudaient ensemble et se protégeaient mutuellement, de peur que la vérité n'éclate et n'entraîne de fortes sanctions. Cette impression de couvercle étanche posé sur un cratère en ébullition ne présageait rien de bon si l'on supprimait ce fonctionnement.

Mes possibilités de stratégies en qualité de directeur étaient multiples mais, dans ce cas, le faux pas pouvait être irréparable. La première idée envisagée relevait du recours à un tiers (consultant avec une approche psychanalytique) pour évoquer sans la présence du directeur des histoires qui liaient les salariés entre eux. J'étais persuadé que les événements de maltraitance des années 1998-2000 n'étaient pas étrangers à ces comportements. A l'époque, des salariés avaient dénoncé leurs propres collègues à la gendarmerie.

Vu de l'extérieur, je percevais clairement une auto-destruction des salariés entre eux manifestée par un ressenti d'abandon des différents acteurs (direction, Conseil d'Administration, DDASS, CDES...) La direction précédente était continuellement à l'extérieur, l'association était démissionnaire et les instances administratives orientaient sans concertation les enfants aux pathologies les plus complexes sans moyens supplémentaires (sur le plan des effectifs, locaux et financiers). A l'époque, une introspection sur les difficultés réelles ne pouvait être concluante car je percevais de la part des salariés le désir de sortir de cette impasse. La reconstruction semblait être plus aisée en oubliant le passé. La résolution devait s'organiser autour d'une définition de missions, de fonctions dans une cohésion d'ensemble.

Afin d'amener le personnel vers l'avenir, je préconisais de l'associer à un projet de refonte de l'organisation à court terme. Je devais rassurer le personnel sur mes capacités à remettre en mouvement l'organisation. Ils attendaient des orientations mais désiraient surtout des actes concrets. Le projet d'établissement, tenté 3 fois par mon prédécesseur, restait à l'état d'ébauche. En septembre 2002, l'équipe de cadres proposait une refonte complète de l'organisation des journées. Le personnel éducatif d'internat était chargé de créer et animer des ateliers de 9h30 à 17h. Ils venaient compléter l'équipe de pédagogues composée de 4.5 postes. Pour des raisons d'encadrement, j'étais obligé d'y associer ces deux équipes. L'objectif était d'apporter aux enfants et adolescents des stimulations cognitives et pour le personnel une nouvelle mobilisation. La refonte de toutes les équipes de professionnels d'internat s'était réalisée après annonce par moi-même en réunion générale (50 % des salariés changeait de groupe). L'effet de ces changements (du jamais vu d'après certains professionnels) avait favorisé une réussite individuelle et collective impressionnante. Auparavant, tous les indicateurs étaient au rouge (climat social, absentéisme, usure professionnelle...), ils deviendront quelques mois après modifiés de façon significative : moins d'arrêts de travail, montage de projets, engagement individuel, collaboration entre les services.

Tous les enfants, adolescents et jeunes adultes bénéficient maintenant d'activités quotidiennes. La création d'un Centre d'Accueil et d'Activité de Jour (C.A.A.J) destiné aux plus de 20 ans (maintenus au titre de l'amendement Creton) a permis de distinguer l'accompagnement des deux tranches d'âge (moins et plus de 20 ans). Ces deux dispositifs entraînent des effets positifs : une diminution - des traitements médicamenteux - des troubles du comportement et des troubles du sommeil. Des progrès sont déjà apparus du fait de stimulations quotidiennes et le regard des professionnels est devenu positif sur l'évolution du jeune.

Même si les attitudes éducatives ont été modifiées, j'analyse encore aujourd'hui des phénomènes de repli de l'établissement sur lui-même au niveau des pratiques professionnelles.

1.4.3 - Le regard du directeur sur les pratiques professionnelles.

Les salariés ont pour la plupart une représentation unique du travail éducatif : un environnement constitué d'un château avec son parc. Cette perception est vécue pour beaucoup d'anciens comme étant le modèle privilégié de l'action éducative. De plus, le personnel issu lui-même du monde rural conçoit une approche uniquement tournée vers les bois et la nature. Les personnels n'étaient pas qualifiés lors de leur recrutement entre 1970 et 1980 et ils se sont formés en intégrant un centre de formation créé spécifiquement pour leur dispenser une formation éducative de niveau V. L'organigramme de l'Institut Médico-Educatif de Jalesnes présente l'avantage d'avoir un plateau technique éducatif équilibré : il se répartit en trois tiers de façon globalement homogène (tableau n°3).

Tableau n° 3 : Présentant les formations du personnel éducatif.

Qualification du personnel	Educateur spécialisé	Moniteur Educateur	Aide Médico-Psychologique
Nombre de salariés éducatifs	10	15.25	14.2

Grâce à cet organigramme diversifié, je pense que l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes possède une véritable richesse de compétences comparativement aux autres établissements pour enfants ou adultes du département. Le tableau n°4 suivant présente l'ancienneté du personnel éducatif et pédagogique.

Tableau n° 4 : Ancienneté du personnel éducatif et pédagogique.

Ancienneté	0 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	plus de 26	Total
Années	2005-2000	1999-1995	1994-1990	1989-1985	1984-1980	1979-1970	
Nombre de salariés	21	1	7	1	9	9	48

Je constate que 44% du personnel est présent dans l'établissement depuis moins de 6 ans. Le départ des 4 personnes présentes depuis 1970 se réalisera dans les 3 années à venir. La moyenne d'âge actuelle des salariés est de 40 ans. Au fil des décennies, la représentation des personnels sur la socialisation a considérablement évolué même si le travail éducatif et pédagogique à l'extérieur reste encore à bâtir.

Pour cela, les représentations sociales doivent évoluer car elles sont à la base de notre vie psychique et, comme l'énonce Pierre Mannoni, « *c'est à elles que nous faisons le plus facilement et le plus spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement physique et humain. Situées à l'interface du psychologique et du sociologique, elles sont enracinées au cœur du dispositif social* »¹⁰.

En effet, les représentations sociales se situent au croisement de l'individuel et du groupe social d'appartenance. Elles peuvent être pulsionnelles et rationnelles. Elles peuvent faire appel à l'inconscient et à l'imaginaire. Nécessairement, elles recourent à la pensée et par conséquent à la vie mentale du personnel éducatif et pédagogique sur les actions concrètes à mettre en œuvre. La difficulté du directeur dans ce contexte est la modification de cette pensée pour répondre aux besoins des enfants et adolescents accueillis à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes.

¹⁰ Mannoni P. *Les représentations sociales – Que sais-je ?* – Vendôme : Editions du PUF, 1998. p.120.

L'action du directeur est de percevoir les enjeux et d'essayer de les dépasser pour améliorer la qualité du service à rendre aux enfants et adolescents. Je constate que les professionnels ont des représentations sur les jeunes accueillis qui sont proches de celles avancées par Sticker : « *Nous appelons ici construction sociale la façon dont une société élabore et traite un domaine de vie, une population, un type de rapports sociaux, en fonction de la représentation qu'elle s'en fait. Des catégories sont elles-mêmes issues d'un complexe « aller-retour » entre les pratiques et des cadres culturels idéals* »¹¹.

Les professionnels utilisent encore le concept de placement lorsqu'ils évoquent l'admission. Je perçois bien le décalage entre leur perception de l'accueil des enfants et la réalité de la prise en charge. Le partage autour du projet avec le représentant légal est inexistant, du fait même de cette représentation fondée sur une construction sociale inappropriée. Par exemple, je dois souvent réaffirmer les droits des familles pour une demande d'autorisation pour des actes médicaux ou pour le droit à l'image. Dans ces situations, les professionnels décident de toute la vie des personnes présentes à l'établissement. L'internat comme seul mode d'accueil laisse croire aux professionnels que la place des familles est secondaire. Dans cette situation de vie recluse, derrière les murs d'un parc, peu de salariés pensent que les enfants ont le désir de sortir à l'extérieur. Les professionnels n'ont qu'une représentation sociale mais décalée par rapport aux besoins des enfants et adolescents exprimés précédemment. Les salariés ressentent souvent des difficultés dans le travail de socialisation avec des enfants et adolescents. Ils craignent des troubles du comportement dans un environnement moins protégé. La question de la responsabilité individuelle souvent évoquée par eux-mêmes ne favorise pas cette approche éducative.

Après avoir analysé tous les dysfonctionnements repérés au niveau de l'organisation et ne correspondant plus aux besoins des enfants et adolescents, je vais m'interroger maintenant sur la conformité de l'établissement au regard des politiques publiques.

¹¹ STICKER DANS PAUGAM. *L'exclusion : l'état des savoirs*. Op. cit. p. 311.

1.5 - Le directeur et l'association confronté à l'évolution des politiques.

Je suis en qualité de directeur amené à mettre en conformité l'établissement avec l'évolution des politiques publiques. En même temps, je dois tenir compte des questions de temporalité liées aux orientations de l'association.

1.5.1 - Les retards des politiques publiques dans le domaine des Troubles Envahissants du Développement.

La France connaît un retard important dans l'accompagnement des personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement, dont l'autisme est un des principaux composants. L'émergence d'une véritable politique sur ce sujet a été ralentie par les querelles d'école entre les partisans du « tout thérapeutique » et ceux du « tout éducatif ».

La situation de ces personnes intéresse les acteurs de notre société depuis une décennie et une politique volontariste a été élaborée grâce aux avancées de la recherche médicale et au combat des parents en quête de solutions. Cependant, leurs besoins sont particulièrement mal pris en compte, du fait d'un déficit quantitatif de places en institution et de certaines insuffisances dans la qualité des accompagnements.

L'autisme, et plus largement les Troubles Envahissants du Développement, sont devenus une priorité de notre politique médico-sociale grâce, notamment, à l'action déterminée des familles et de leurs associations.

A – Un cadre législatif pensé pour des enfants déficients intellectuels.

Les établissements pour enfants étaient soumis à la réglementation de la loi du 30 juin 1975 qui établit une séparation entre le sanitaire et le social. Celle-ci n'a pas favorisé le rapprochement des discours fondés sur la prévalence de la maladie ou sur la prévalence du handicap. Ce clivage législatif n'a pas non plus encouragé l'organisation des réseaux coordonnant les approches thérapeutiques, éducatives, pédagogiques, et d'insertion sociale.

Par contre, l'article 4 de la loi précise que « *les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une*

éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux par la Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES) (aujourd'hui dénommée la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)). L'éducation spéciale associe des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales; elle est assurée soit dans des établissements ordinaires, soit dans des établissements ou par des services spécialisés ».

La prévention, le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation et l'intégration sociale constituent des obligations nationales permettant une équité de traitement sur l'ensemble du territoire national français. La loi d'orientation du 30 juin 1975 a posé les fondements législatifs pour l'action du secteur médico-social.

B – Un décret réformant le secteur du médico-social pour l'enfance inadaptée.

Le décret du 27 octobre 1989 (remplaçant les annexes 24 du décret du 9 mars 1956) fixe les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés. Depuis la promulgation du décret de 1989 et de sa circulaire, les institutions pour enfants et adolescents sont soumises à l'application des annexes 24, qui donnent des indications en termes de classification en fonction de l'âge et du degré de déficience intellectuelle :

- Une Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés (SEES) assurant les apprentissages scolaires, le développement de la personnalité et la socialisation de l'enfant de 6 à 14 ans.

- Une Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels ou pour les adolescents présentant des troubles du comportement (SIPFP) de 14 à 20 ans.

- Une Section pour les jeunes déficients intellectuels ou présentant des troubles du comportement avec handicaps moteurs ou sensoriels associés (SEHA) de 6 à 20 ans. Des actions thérapeutiques, éducatives, et pédagogiques particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant ou adolescent sont intégrées au sein d'une telle section et s'effectuent éventuellement en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés, si nécessaire. Cette section comporte des personnels répondant aux conditions requises par la prise en charge. Les locaux et les équipements sont aménagés en conséquence.

Les annexes 24 insistent beaucoup sur :

- les dispositifs, règles de fonctionnement, équipements
- les obligations en terme d'accompagnement au niveau éducatif, pédagogique, thérapeutique, médical et paramédical.
- la responsabilité des acteurs institutionnels.
- la notion de Projet Individuel.
- le rôle de la famille dans la prise en charge.

Cette réforme préconise une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent. Elle introduit notamment la notion de projet individuel et le travail avec les familles. En termes de public, par contre elle ne précise pas la catégorie dans laquelle rentrent les Troubles Envahissants du Développement.

C – Une politique tardive en faveur des personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement.

Ainsi, une politique nationale réellement adaptée aux personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement, dont l'autisme, a été initiée depuis 1995. Des schémas régionaux ont été élaborés à partir des propositions faites par des comités techniques régionaux, associant ainsi étroitement les organisations de parents à la concrétisation de plans d'action adaptés aux réalités de terrain.

Il faudra attendre la Loi du 11 décembre 1996, dite «loi Chossy», pour que les personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement soient reconnues comme personnes en situation de handicap. Elles peuvent alors bénéficier officiellement de l'approche médico-sociale et éducative. Mais cette loi a été freinée dans son élan par les sénateurs qui ont introduit une notion financière, « *eu égard aux moyens disponibles* ».

1.5.2 - La reconnaissance du syndrome conforté par les politiques publiques.

Le syndrome des Troubles Envahissants du Développement prend tout son essor dans les politiques publiques, suite à une prise de conscience de la société mais également grâce aux combats des associations de parents.

A – Une prise de conscience de la société française.

La loi du 02 janvier 2002 et le rapport Chossy (besoins et perspectives sur la situations des personnes autistes) commandé par le premier ministre, M. Raffarin, et diffusé en 2003, ont permis une avancée importante dans la prise de conscience de la situation des personnes autistes en France. La loi du 11 février 2005¹² supprime quant à elle la mention concernant la restriction des moyens évoquée dans la loi de 1996. En perspective, plusieurs plans ont été élaborés qui affirment des convictions et font des annonces pour le financement de nouvelles structures.

Le gouvernement est toutefois conscient que, malgré les efforts très significatifs déjà consentis, le nombre de places nouvelles créées depuis 6 ans ne correspond pas encore au niveau nécessaire qui répondrait aux besoins.

L'amélioration permanente des accompagnements pour ces enfants et adolescents est une cause qui nécessite une mobilisation sans relâche, au regard des souffrances que suscite ce syndrome, tant pour la personne qui en est directement atteinte que pour son entourage.

« Il est du devoir des pouvoirs publics de rester particulièrement actifs et vigilants sur ce problème et de poursuivre une action efficace, résolue et dans la continuité, afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes. Le gouvernement et moi-même apporterons un soutien sans faille à ce programme prioritaire, qui s'inscrit dans la logique des deux objectifs de la politique globale du handicap actuellement conduite : favoriser l'intégration en milieu ordinaire des personnes handicapées, développer des accompagnements adaptés pour les plus lourdement handicapées d'entre elles »¹³.

¹² Loi du 11 février 2005, article 90 de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹³ Dominique GILLOT, Secrétaire d'État à la santé et aux handicapés en 2000.

Plus récemment, la circulaire du 08 mars 2005¹⁴, relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou plus largement de Troubles Envahissants du Développement (TED), constitue le point de départ d'une relance quantitative et qualitative de la politique en faveur de ces personnes et de leurs familles. Elle établit un état des lieux réactualisé des réponses qui peuvent être apportées (développement et diversification des prises en charge, individualisation des réponses, soutien des professionnels...). Elle fait aussi un constat sur la mobilisation des acteurs et des outils (en particulier, le développement des centres de ressources sur l'autisme). Ces avancées législatives sont aussi le résultat du combat d'associations de parents.

B – Les associations de parents bousculant les politiques.

Une réclamation européenne n°13/2002, défendue par l'association internationale Autisme-Europe (dont la mission est d'améliorer la vie de toutes les personnes affectées par l'autisme) contre la France en 2002, « *allègue que celle-ci n'applique pas de manière satisfaisante l'article 15 de la charte des droits européens : droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (article en annexe 2). S'agissant de cet article, Autisme-Europe soutient que, si la France s'est dotée d'un droit positif, qui semble pleinement satisfaire aux exigences de la Charte, elle ne garantit pas, en pratique, la jouissance effective et non discriminatoire des droits en question, en raison principalement d'un financement budgétaire distinct et insuffisant* »¹⁵.

Ces grands mouvements associatifs permettent d'interpeller les politiques même si quelquefois les lois ne profitent qu'à une partie des exclus du système républicain. En effet, la loi du 11 février 2005 visant « l'inscription de chaque enfant dans l'école de son quartier », a été influencée par ces mouvements de parents d'enfants autistes (syndrome d'Asperger) qui souhaitaient l'inscription de leur enfant à l'école de la République. Ils ont permis une avancée significative en France en ce qui concerne l'intégration et la socialisation des personnes handicapées. En effet, cette distinction n'a pas lieu d'être puisque la société parle maintenant d'accessibilité à la citoyenneté. La France, qui accusait un retard vis-à-vis des autres pays européens sur le traitement du handicap, en fait une vraie politique d'inclusion.

¹⁴ La circulaire interministérielle n°DGAS/DGS/DHOS/3c/2005/124 du 08 mars 2005.

¹⁵ Réclamation n° 13/2002 examinée par le Comité européen des droits sociaux au cours de sa 191^{ème} session.

C – L'intégration scolaire au cœur de la loi sur l'égalité des chances.

Le principe de l'obligation scolaire se substitue à celui de l'obligation éducative. La loi du 11 février 2005 affirme que les enfants ou adolescents présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé doivent être inscrits dans l'école ou l'établissement d'enseignement le plus proche de leur domicile, lequel constitue alors l'établissement de référence.

« La première dimension de l'intégration républicaine était de l'ordre de la citoyenneté et de la nation. L'école républicaine était portée par le projet politique de fonder la République. L'école intégrait les citoyens dans la mesure où elle avait pour tâche d'affaiblir les particularismes. L'école est une institution de socialisation et un appareil d'intégration sociale. Même les théories de la reproduction ne disent pas autre chose, quand elles affirment que l'école donne à chacun la place qui lui était destinée. C'est l'égalité des chances qu'elles mettent en cause, pas l'intégration ou l'exclusion des individus »¹⁶.

Paugam avait développé cette idée de l'intégration et la loi l'a rejoint dans ses propos. En revanche, la notion de distinction de situation ne devrait même plus apparaître puisque tous les enfants sont inscrits à l'école de leur quartier au nom de l'égalité des chances. La notion de «jeunes intégrés différemment » laisse une place importante au concept de projet personnalisé dans l'élaboration d'adaptations.

D – Les orientations du schéma départemental : une politique locale.

Le schéma départemental a élaboré des préconisations reposant sur 4 points essentiels.

1) La scolarisation des enfants en situation de handicap.

Tous les enfants sont concernés par l'intégration sociale et scolaire. Elle est à développer pour tous, à tous les âges, en tenant compte des possibilités de l'enfant mais aussi de ses difficultés à se maintenir ou à retourner vers le milieu scolaire ordinaire. Dans la mesure du possible et au regard des besoins de l'enfant et des attentes des parents, la scolarisation en milieu ordinaire doit être recherchée avant la scolarisation en milieu spécialisé.

¹⁶ PAUGAM S. *L'exclusion : l'état des savoirs*. Op. cit. p. 108.

Pour accompagner le développement de la scolarité en milieu ordinaire et favoriser la souplesse ainsi que la multiplicité des réponses, le développement des places en SESSAD est une priorité. Il se réalisera d'abord par le redéploiement des places d'Institut Médico-Éducatif existantes, condition indispensable pour que le département bénéficie d'une aide supplémentaire pour la création de nouvelles places de SESSAD. Les SESSAD interviendront dans les différents champs qui constituent l'environnement de l'enfant et apporteront une attention particulière aux relations avec les parents.

2) L'aide à domicile et l'intégration sociale.

Plusieurs éléments sont à considérer en matière d'intégration :

? La cellule familiale, les parents, les fratries...sont les premiers lieux d'intégration.

? Le besoin d'un travail d'accompagnement de l'environnement social et familial de l'enfant pour sensibiliser son entourage, adapter l'environnement physique et faciliter son maintien en milieu ordinaire.

? La prise en compte de l'autonomie pour permettre les séparations, les sorties en groupe.

La consolidation des possibilités d'intégration constitue un premier point de l'aide aux familles, essentiel pour leur permettre de sortir, de faire autre chose, et de maintenir l'équilibre de la famille et de la fratrie.

3) L'accueil en établissement.

L'accueil doit être adapté à l'évolution des besoins des jeunes dans le contexte actuel marqué par une forte volonté de développement de l'intégration scolaire. Les établissements seront ainsi amenés à accueillir des jeunes présentant des handicaps plus importants et à leur proposer des approches plus diversifiées.

L'internat n'est pas la seule réponse à apporter aux questions d'hébergement. Le schéma départemental insiste sur la nécessité de développer le Centre d'Accueil Familial Spécialisé. La création de ce dernier dépend des orientations définies par la politique associative sur laquelle le directeur fonde son action.

1.5.3 - La politique associative au cœur du système organisationnel.

L'association ALAHMI a été créée en 1970 par un médecin généraliste, élu politique et père de trois enfants en situation de handicap. Il recrute pour l'ouverture d'un premier établissement un chef de service qui deviendra le fondateur de toute l'association (3 établissements construits et la reprise de 2 autres en 2002 dont l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes). Il devient Directeur général de l'ensemble dans les années 2000. Parti à la retraite le 30 juin 2006, sa succession reste difficile. Il a construit un système fondé sur une relation de confiance avec les membres du bureau de l'association. Ceux-ci lui donnaient un accord de principe pour toutes les orientations à prendre. Il est reconnu par les organismes de tarification pour ses positionnements au niveau de la prise en charge des personnes présentant des handicaps lourds mais également par le monde associatif.

La difficulté réside dans le fait que l'histoire de l'association, ses valeurs, son éthique n'ont aucune trace écrite. La transmission est d'autant plus complexe que le nouvel arrivant doit se créer sa propre place. Une nouvelle approche permettra d'appréhender les différentes composantes.

Dans cette situation, un changement de culture associative est nécessaire et le Conseil d'Administration (composé de 3 collèges : parents, élus, personnes qualifiées) a une place à prendre en tant qu'instance politique, ce qu'elle n'a jamais fait.

Le départ du directeur général réinterroge obligatoirement la fonction et le rôle de chacun. Le nouveau directeur devra également être vigilant sur ces questions de places. Il devra insuffler un projet associatif afin que l'association ait une cohérence d'ensemble entre les 5 établissements, des délégations claires et des missions bien définies. L'utilisateur devra être au cœur du dispositif et, pour ce faire, sa représentation présente à tous les niveaux de l'organisation : Conseil d'administration, Conseil de la Vie Sociale, lors des rencontres de parents avec les professionnels pour l'élaboration et l'évaluation du projet personnalisé.

La loi du 02 janvier 2002 n'est pas révolutionnaire mais en confirmant les droits des usagers et en introduisant dans le secteur social une logique de projet et d'évaluation de la qualité, elle participe à l'avènement d'une nouvelle donne qui va conduire nécessairement à repenser le management associatif. Jean-René Loubat explicite clairement l'ampleur de l'enjeu :

« L'environnement est en train de précipiter le mouvement en posant des problématiques insurmontables à l'ancien régime : usure des professionnels, obsolescence

des métiers et des fonctions, nouveaux besoins et nouvelles populations, contractualisation, démarche-qualité, exigences accrues en matières de gestion, de communication et de services. Bref, la fonction de gérance qu'ont connue nos secteurs par le passé ne peut désormais suffire à faire face à cette nouvelle donne ; il nous faut authentifier un véritable management : nos établissements ne peuvent plus se contenter de vivre leur fonctionnement, il leur faut désormais le penser»¹⁷.

Il ne suffit pas de constater l'essoufflement d'une manière de diriger, il faut poser les bases d'un management pensé en fonction du fait associatif qui intègre de nouvelles conceptions de gouvernance des établissements.

J'ai analysé le modèle associatif de ma fonction mais en tenant compte de ce qui constitue l'altérité associative. Celle-ci se traduit notamment par le fait que le directeur doit penser et acter un projet managérial qui est précédé par un projet associatif, auquel il doit nécessairement se rattacher.

Le Président de l'A.L.A.H.M.I. (Association Ligérienne d'Aide aux Handicapés Mentaux et Inadaptés) a souhaité que le Directeur d'Association, les Directeurs et les Chefs de service des Etablissements pour enfants et adolescents, proposent au Conseil d'Administration de l'Association un projet de politique d'accueil, à 5 ans, des enfants et adolescents déficients intellectuels et polyhandicapés, dans les structures de l'A.L.A.H.M.I.

L'adoption de ces nouvelles orientations (diversification de services et déplacement des structures pour favoriser des relations sociales dans un autre environnement) permet aux Etablissements d'élaborer des « projets d'établissements et des services » définissant les objectifs ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement, tout en précisant que ces projets sont établis pour une durée maximale de cinq ans, conformément à la Loi du 2 janvier 2002, dite loi de rénovation de l'Action Sociale et Médico- Sociale.

Le président et son Conseil d'Administration me donnent mandat pour penser une nouvelle organisation intégrant l'évolution des politiques publiques et le respect du schéma départemental, afin de développer une offre de services conforme aux besoins des populations sur un secteur de proximité. Je vais permettre ainsi aux professionnels et aux parents de donner des avis sur leurs souhaits de prise en charge des enfants accueillis.

¹⁷ Manager les compétences : le défi de la décennie- les cahiers de l'actif, n° 314-317, juillet-octobre 2002. p. 135.

Conclusion.

L'institut Médico-Éducatif de Jalesnes n'est pas conforme aux nouvelles annexes 24, notamment sur la distanciation des temps de jour et de nuit, ni à l'évolution des politiques publiques. Le projet individuel de l'enfant et de l'adolescent n'a jamais été la priorité puisque la prise en charge s'est toujours organisée autour du collectif. L'organisation est complètement refermée sur elle-même ne laissant aucune place ni aux collaborations ni au développement de relations sociales.

Cette non-conformité me pose un véritable problème m'entraînant dans des injonctions paradoxales. J'assume une responsabilité du fait de ma fonction dont les prises de risque sont importantes, au vu des questions de sécurité. Pourtant, les autorités de tarification ne prennent pas d'arrêté de fermeture puisque l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est le seul établissement sur le département répondant aux besoins de ces enfants spécifiques. Je suis ainsi confronté à accueillir les situations les plus difficiles dans des conditions inadéquates.

Le dernier agrément date de 1983 et correspond à un public présentant une déficience intellectuelle. Depuis, la population a été entièrement modifiée et les accompagnements sont différents. Les moyens humains et financiers doivent tenir compte de l'organisation au vu des attentes des jeunes.

Dans cette situation, la négociation avec l'organisme de tarification sur la valorisation des équipements techniques et humains devient impossible du fait du non renouvellement de l'agrément. Pour sortir de cette impasse et régler les injonctions paradoxales, je dois alors conduire le changement tout en y associant les enfants, les professionnels et les parents. Les préconisations qui s'imposent relèvent de l'adaptation urgente de l'établissement aux dispositions législatives du décret d'octobre 1989 (annexe 24) et de la loi du 11 février 2005. Il est impératif d'élaborer le projet d'établissement et de déposer un dossier devant la Commission Régionale d'Orientation Sociale et Médico-sociale (CROSMS) en respectant les préconisations du schéma départemental.

2^{Ème} PARTIE : UNE LOGIQUE DE PLATE-FORME DE SERVICES FAVORISANT LA SOCIALISATION.

La circulaire de 1989 (annexes 24) annonçait la diversité de services autour d'un Institut Médico-Éducatif et défendait la notion de projet individualisé. La loi du 02 janvier 2002 renforce cette préconisation et bouleverse la logique d'institution pour introduire la notion de service en développant une palette de réponses individuelles. La loi sur l'égalité des chances supprime la distinction de handicap. Cette révolution culturelle induit un autre modèle d'accompagnement des enfants et des adolescents. Je m'efforcerai de mettre en valeur, à partir d'orientations politiques départementales, les modifications non seulement conceptuelles mais également organisationnelles et structurelles. Ceci implique un changement des pratiques professionnelles, découlant des orientations du directeur et validées par le Conseil d'Administration.

2.1 - Le changement : une modification de l'organisation.

Dans la situation de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes, la question du changement est prioritaire. Je dois d'abord me conformer aux évolutions législatives mais surtout proposer un service de qualité pour des enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement.

Le changement peut se définir comme « *un phénomène interactif entre un acteur, un système et un environnement. Ce phénomène est déclenché par un stimulus provoquant une évolution¹⁸* ». En effet, dans cette situation, le changement peut être l'occasion de repenser son activité. Le souhait de l'association ALAHMI, en concertation avec les services de l'Etat, est d'imaginer une activité dans une infrastructure adaptée aux besoins des 13 enfants et adolescents, qui seront encore présents, complétant le dispositif de nouvelles admissions et une diversité de services. Les jeunes adultes trouveront une réponse en 2007 lors de la construction d'établissements, sur le site, correspondant à leur orientation CDAPH. Les éléments du schéma départemental doivent être les bases sur lesquelles la réflexion s'appuiera pour construire un nouveau projet.

¹⁸ Extrait d'un cours d'Anne-Marie Fray. Formatrice en ressources humaines à l'ITS de Tours.

Je rejoins Véronique Perret¹⁹ lorsqu'elle définit le *changement* «comme étant le résultat d'un processus délibéré visant à faire passer l'organisation d'un état constaté 1 à un état désiré 2». Ce processus conduit par conséquent à mobiliser le personnel autour d'une vision différente. C'est la mission à laquelle je dois m'attacher. Ainsi, les professionnels sont confrontés à la rupture avec leurs conduites et leurs valeurs pour instaurer un nouvel ordre des choses. Le management que je vais conduire implique une refonte du projet afin de dépasser la logique d'établissement (loi de 1975) pour atteindre une logique de services (loi 2002). Il s'agit donc de voir comment on passe d'une organisation refermée sur elle-même à une structure ouverte sur l'extérieur ?

2.1.1 - Le changement : une priorité du directeur.

L'établissement, au vu de son positionnement sur le département de Maine-et-Loire, ne peut continuer à attendre et à subir comme il le fait depuis 1965. Il doit anticiper et se réorganiser pour envisager son avenir. L'enjeu est capital car il en va de sa survie pour éviter une fermeture administrative.

Le fonctionnement de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes, comme tout établissement médico-social, est complexe puisqu'il nécessite l'interactivité de plusieurs composantes. La mission doit répondre d'abord aux besoins des enfants et adolescents accueillis, par des accompagnements éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques et médicaux adaptés, nécessitant le recours à des ressources humaines. En parallèle, l'activité doit s'inscrire dans le champ des politiques publiques et entraîner une conformité permanente dans une enveloppe budgétaire cadrée.

Je suis confronté à la gestion des paradoxes : entre la représentation des salariés (Ils attendent de la part de la direction des changements et en même temps, ils expriment une certaine satisfaction dans leur conception de travail) et une évolution des pratiques. Dorénavant, je ne peux plus avoir de réponses dichotomiques car celles-ci sont inefficaces et nient la complexité des phénomènes organisationnels. Je me rends bien compte que le changement entraîne une déstabilisation importante et en même temps une chance de pouvoir se remobiliser sur un autre projet. L'environnement du parc et du château est pour de nombreux professionnels un espace de travail privilégié. En revanche, le fait de penser un déplacement vers le village est intellectuellement difficile à envisager.

¹⁹ Perret V. et JOSSERAND E. *Le paradoxe : Penser et gérer autrement les organisations*. Ellipses : Paris, 2003.

Un changement est possible mais il ne se décrète pas, il se manage par une participation active des personnels. Je m'appuie sur un modèle de conception du changement élaboré par Véronique Perret « *une conception paradoxale* » qui est présenté en annexe 8. Le directeur ne peut penser le mettre en œuvre seul. Si les professionnels ne sont pas invités à la réflexion, une résistance de leur part est à craindre. Le temps d'appropriation des salariés sur un concept de travail différent ou sur les orientations d'un nouveau projet est un temps nécessaire. Un directeur qui ne respecte pas ce temps serait dans l'incapacité de mener son projet de réorganisation à terme. Je dois m'appuyer sur les instances représentatives du personnel pour avoir des garanties de réussite. Des temps d'échanges et de points de vue sur les axes du projet qui prendront en compte les orientations politiques sont absolument indispensables.

2.1.2 - Le changement inscrit dans la temporalité des politiques.

Pour définir un projet, je dois tenir compte en premier lieu des orientations de politiques publiques et départementales pour les années à venir. Le schéma départemental donne des indications précises en matière d'accompagnement des enfants et adolescents déficients intellectuels. Il a divisé en quatre secteurs le département. L'Institut Médico-Educatif de Jalesnes est à la frontière de deux secteurs (le Baugeois et le Saumurois). L'établissement est situé à 17 kilomètres de Saumur et à 15 kilomètres de Baugé.

Le diagnostic partagé du schéma départemental insiste sur le développement de SESSAD sur le secteur de Saumur. En mai 2006, les besoins ont été estimés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées à plus de 50 demandes pour les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle. Les 2 secteurs sont couverts actuellement par trois SESSAD de 10 places chacun.

Les besoins identifiés concernent les enfants âgés de 6 à 14 ans. Actuellement, aucun SESSAD n'intervient à domicile pour prendre en charge de jeunes enfants présentant une déficience intellectuelle, des traits autistiques et des troubles apparentés. Le fait de prendre en charge des jeunes enfants en SESSAD permettrait d'accompagner les parents confrontés à des difficultés d'apprentissage dans la vie quotidienne et « scolaire ».

Je dois tenir compte de ces indications afin d'élaborer un projet s'appuyant sur les politiques publiques et en conformité avec les besoins repérés sur chaque secteur par le schéma départemental. En terme de temporalité, je suis à l'interface entre une association

qui redéfinit ses orientations, les attentes des familles, et la réorganisation des établissements médico-sociaux du département, suite à la planification organisée par le Conseil Général en lien avec les services déconcentrés de l'État.

Le changement de culture de l'établissement doit s'appuyer sur ces nouvelles données tout en s'intégrant dans les orientations du projet associatif. Il est important dans cette dynamique de s'appuyer sur les forces de l'organisation actuelle.

2.1.3 - Les opportunités sur l'organisation actuelle.

A partir des forces et faiblesses repérées, mon action va s'appuyer sur les opportunités qui fonderont les modifications du fonctionnement de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes. En revanche, je dois garder en mémoire les menaces qui planent sur cet établissement.

Les tableaux suivants permettront de se remettre en mémoire ce qui a été décrit majoritairement en première partie.

Forces	Faiblesses
.Personnel qualifié et formations éducatives diverses et bien représentatives.	.Taux d'encadrement faible en dessous de la moyenne départementale.
.Enfants et adolescents exprimant leur besoin de socialisation.	.Environnement mal adapté pour le développement de relations sociales.
.Structure d'internat qui fonctionne 365 jours par an pour des enfants et adolescents atteints de TED.	.Une seule modalité de réponse qui entraîne des éloignements géographiques et des populations les plus âgées chez les jeunes.
	.Problème d'image de marque.
	.Fonctionnement trop replié sur lui-même.
	.Non-conformité avec les politiques publiques et l'évolution du secteur médico-social.

OPPORTUNITÉS	MENACES
.Un premier schéma départemental donnant de nouvelles orientations pour la réorganisation du secteur médico-social.	.Un grand risque de se transformer en établissement pour adultes au vu de l'âge des populations.
.Un besoin de SESSAD sur le Saumurois pour des petits de 3 à 6 ans atteints de TED.	.Une fermeture par arrêté préfectoral si aucune amélioration n'est apportée.
.Une législation récente en faveur des TED. .Un Partenariat à développer avec l'Éducation Nationale autour de la loi 2005-102 du 11 février 2005.	.Une non reprise des déficits à terme.

Dans cette organisation, le changement est indispensable pour l'ensemble des acteurs. Il est d'abord une réponse pour les enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. Le personnel éducatif, pédagogique, thérapeutique, et médical doit les accompagner différemment. Les savoir-faire développés pour des jeunes accueillis sont à transposer dans un nouveau projet puisqu'ils constituent les richesses de cette organisation. L'enfant et l'adolescent sont pris en charge dans une globalité tenant compte de leur développement psycho-moteur.

Pour une amélioration de la qualité de ces accompagnements, je dois concevoir, animer et fédérer un projet où se jouent, à la fois, les personnalités, les valeurs et les compétences techniques. Cette production de savoirs à mettre en commun ne peut se faire que par des espaces de citoyenneté que je décrirai prochainement. Ces différentes notions sont de véritables questions de stratégie managériale.

2.2 - Le directeur confronté à la stratégie managériale.

Un choc culturel est nécessaire pour passer du modèle « communautaire » développé précédemment à une notion de projet personnalisé, intégrant le projet de vie et la diversification des réponses. Le changement d'environnement est indispensable pour créer une mobilisation collective et devenir un vrai levier de changement.

Pour ce faire, le pilotage de l'entreprise sociale repose sur le projet de restructuration, la gestion des ressources humaines et budgétaires mais également sur une stratégie de changement permettant une transformation des pratiques et des réponses personnalisées.

2.2.1 - Le rôle du manager dans une dimension stratégique.

Je dois ouvrir des perspectives, tracer des pistes, affirmer des valeurs. Tous ces éléments sont autant de points d'ancrage pour l'avenir mais aussi de références immédiates pour fédérer et harmoniser au quotidien le fonctionnement des équipes. Ma vision stratégique m'amène à penser une restructuration fondée sur différents axes.

Le premier est de fédérer autour d'un consensus sur une référence théorique et une prise en charge d'enfants et d'adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement.

Le second est la construction d'une culture commune, essentielle pour harmoniser les pratiques.

Le troisième vise à se conformer à l'évolution des politiques publiques en adaptant le fonctionnement de l'établissement et son ouverture vers le développement de liens sociaux dans l'intérêt des jeunes.

Le quatrième est lié à la qualité de l'accompagnement (éducatif, pédagogique, médical, thérapeutique) et à ses répercussions sur le travail avec les familles.

Pour agir sur l'ensemble de ces quatre axes, je dois en qualité de manager, développer à la fois plusieurs compétences. Je m'inspire de J.M Miramon²⁰ sur l'opérationnalité préconisée :

- fédérer : le responsable de projet doit être un « accoucheurs d'idées » et amener les politiques et les décideurs à se les approprier.

- concevoir : c'est mettre en adéquation les moyens techniques et orientations politiques. Je traduis sa stratégie dans les diverses étapes du projet. Concevoir le projet, c'est aussi déterminer sa faisabilité en tenant compte du potentiel existant et de l'environnement local.

- animer : le rôle d'animateur est déterminant pour la mise en œuvre du projet et la vie des équipes en place. Il s'agit de convaincre, de se montrer persuasif et pédagogue. Les personnels ne s'opposent pas au changement, à quelques conditions réalistes près : « ne rien perdre », « savoir où l'on va » et avoir l'assurance que les nouveaux objectifs amèneront une dynamique nouvelle, valorisante. Leur offrir l'opportunité d'être les acteurs du changement, c'est leur permettre de décider eux-mêmes de l'évolution et de l'assumer.

²⁰ MIRAMON JM. *Manager le changement dans l'action sociale*. ENSP : Rennes, 1996. 105 p.

Mon rôle est de concilier la qualité de prise en charge avec les aspects de gestion. Je dois alors rechercher une cohérence entre ces paramètres. Je vise la réalisation d'objectifs et de priorités, d'optimisation des savoir-faire et des savoir-être au service du projet de l'organisation. Celle-ci devient en ce sens une combinaison relativement stable d'éléments humains et matériels en vue d'atteindre certains objectifs. L'enjeu est alors technique et financier pour le directeur.

A – Le directeur manage dans la complexité.

L'équipe de direction de l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est un organe composé de cadres techniques (un psychiatre et 3 psychologues, tous à temps partiel), d'un cadre hiérarchique (chef de service éducatif) et de moi-même en qualité de directeur. Cette composante doit insuffler une logique de changement mais pour ce faire elle doit être organisée autour d'une différenciation importante des fonctions et missions de chacun des cadres qui la constitue. Chacun d'entre nous a une délégation bien définie mais qui manque encore de formalisme. Le directeur est le pilote sur lequel l'organisation toute entière compte pour faire avancer la notion de service à rendre à l'utilisateur et garantir une qualité de réponse.

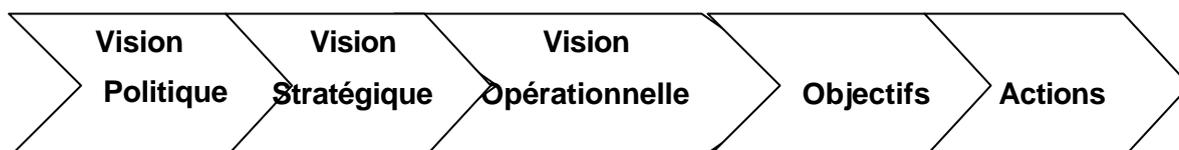
« Le directeur occupe une place déterminante dans le fonctionnement de l'organisation, une position d'interface entre la sphère politique et la sphère opérationnelle ; il est l'homme des articulations et compromis entre des logiques plurielles. La santé, la dynamique, la productivité, la performance des équipes, qu'elles soient de direction ou plus larges, dépendent fondamentalement du juste positionnement managérial du directeur et tout particulièrement de sa capacité à donner de la concrétude à une visée éthico-politique, à construire un projet managérial, à l'explicitier et à le mettre en oeuvre²¹ ».

Le projet managérial et les objectifs doivent être clairement identifiés. La communication des objectifs à court, moyen et long terme doivent être rendus publique régulièrement, dans une approche de management participatif afin que chaque personnel s'approprié la question du changement et accepte d'y participer. Pour ma part, j'énonce et j'affiche les objectifs tous les 6 mois et précise leur temporalité. Différents groupes de travail sont réunis régulièrement sur ces objectifs (mise en place des outils 2002,

²¹ BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Dunod : Paris, 2005. p. 114.

élaboration d'un cadre éthique, réflexion et écriture sur des projets particuliers, présentation par les salariés au directeur de nouveaux projets).

Ces objectifs me mettent en équilibre permanent entre une cohérence d'action et les prérogatives des différents niveaux stratégiques. Je suis à l'interface entre les administrateurs, les cadres de l'établissement et le personnel. La conduite du changement dans le secteur social et médico-social s'identifie à travers le schéma suivant, repris des travaux de Véronique Perret²².



Au niveau de la vision stratégique, je m'appuie sur la loi de « l'égalité des chances » qui devient un vecteur important dans la conception d'un accompagnement différent pour des enfants et adolescents. Toutes ces évolutions sont des impératifs pour dynamiser les personnels et permettre des pratiques professionnelles modifiées, s'inscrivant dans des objectifs de qualité de service. Pour y parvenir, je dois mettre en place une stratégie permettant une participation des salariés quant à l'avenir de l'organisation. La vision opérationnelle est une étape déterminante concernant le travail à réaliser avec les professionnels. Elle nécessite de définir un modèle de participation pour que les salariés soient les acteurs d'un nouveau projet.

B – Le concept de citoyenneté comme modèle de participation des salariés.

Pour travailler sur les objectifs et les actions avec l'ensemble des personnels, je souhaite un management participatif. Pour ce faire, je m'inspire du concept de citoyenneté en entreprise (utilisé par J.M. Miramon, définie plus loin dans ce paragraphe) pour organiser la participation à la conception d'un nouveau projet avec l'ensemble des personnels. Cette participation repose sur une connaissance partagée du projet commun et sur l'inscription de l'ensemble des acteurs dans ce projet.

Je rejoins par ailleurs des psychosociologues (cités par J.M Miramon) écrivant à propos du projet que, de nos jours, ce ne sont pas les contenus, ni la pertinence technique,

²² Perret V. et JOSSERAND E. *Le paradoxe : Penser et gérer autrement les organisations*. Op. Cit.

politique, ou éthique qui importent dans sa mise en œuvre, mais bien plutôt sa reconnaissance au sein de l'entreprise, qui entraîne adhésion, implication et investissement de chaque secteur salarié et usager. Dans ce cas, c'est plutôt la citoyenneté qui par une implication personnelle permet alors aux salariés de modifier la conception actuelle de l'organisation que les acteurs eux-mêmes. Pour une efficacité maximale, les professionnels doivent se fédérer autour de grands axes définis comme étant les fondements de leur action.

« *La citoyenneté implique alors la création des conditions de possibilité de la reconnaissance mutuelle des acteurs dans des instances définies en commun avec leurs objectifs et leur mission. La véritable citoyenneté ne prend sens que dans la reconnaissance de la dignité des acteurs, dans leur capacité d'être humains à construire le sens de leur action*²³ ».

Je suis conscient que les salariés ont quelquefois des difficultés d'échanges avec le supérieur hiérarchique ou un salarié plus qualifié. Le débat doit pourtant exister sans différenciation de qualification. En effet, même dans une approche citoyenne, la parole peut ne pas circuler correctement. Le cadre animateur doit être vigilant sur cet aspect, afin d'éviter qu'une absence de participation à l'esprit du projet entraîne une non adhésion de la part de quelques salariés, ce qui serait néfaste pour l'appropriation de celui-ci.

C'est dans cet esprit que je souhaite amener les professionnels à repenser leur cadre de travail à partir de préambules posés et actés. Chacun peut ensuite construire son action sur ce socle. Cette approche conduit notamment à travailler ensemble sur le projet d'établissement. Je reste bien sûr le garant des orientations validées par le Conseil d'Administration. La déclinaison des objectifs et des actions se construit par les professionnels sous le pilotage du directeur. L'entreprise citoyenne prend alors tout son sens lorsque trois éléments sont réunis : une ouverture de pensée, une gestion adroite, et le respect d'autrui.

La fonction de direction contient cependant une part d'incertitude. Dominique Genlot, évoqué par François Noble dans son ouvrage, « *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* », invite les décideurs à admettre l'incertitude comme étant un élément permanent de la réalité.

²³ MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Op. cit.

2.2.2 - L'incertitude du directeur dans sa vision managériale.

Admettre l'incertitude comme une donnée de fait ne signifie pas que les acteurs en soient réduits à l'impuissance. Cela implique de développer des actions indirectes, de préparer différents scénarios, de s'entraîner à différentes situations possibles, et surtout de se préparer à tout type d'événement.

En effet, la vision du manager est toujours décalée par rapport aux autres acteurs de l'organisation. Le directeur est au carrefour d'informations réunissant les besoins et devenirs des populations, les politiques publiques, les questions budgétaires et en même temps le positionnement des concurrents (autres établissements sur le territoire). Le directeur ne vit pas dans la même temporalité que les professionnels avec lesquels il travaille. La communication est alors indispensable pour permettre à chacun de comprendre les enjeux et de se les approprier même s'ils ne sont pas toujours partagés.

L'incertitude du manager est réelle. Il se sent poussé par des éléments qui contribuent à créer une démarche visionnaire mais, en même temps, le doute est présent en ce qui concerne la pertinence du projet. Et si nous emmenions tous les acteurs dans une mauvaise direction ?

Le projet que j'ai présenté au Conseil d'Administration (et que vous découvrirez dans la partie suivante) sur le déplacement des enfants et adolescents au cœur du village me fait quelque fois douter de la faisabilité et de sa réussite. Je reste pourtant convaincu de la nécessité d'un changement culturel important au regard de l'évolution des politiques publiques et du frein actuel dans les développements de l'autonomie des enfants et adolescents. Alors, la solitude du directeur est réelle même si la réalisation du projet est un vrai challenge. Du fait de ma fonction, les salariés ne critiquent pas toujours les projets et quelquefois ils appliquent la consigne sans aucune discussion. Je suis pris dans un paradoxe entre l'application des ordres et la critique des projets. Mais en même temps, le débat, lorsqu'il arrive, ne tombe pas toujours à propos. Il s'agit souvent d'une question de temporalité entre les salariés et moi-même. Dans cette situation, l'appropriation du projet par les salariés dans une dimension citoyenne peut justement lever les doutes mais, en tout état de cause, je reste le pilote du nouveau projet.

Je suis persuadé de la pertinence de s'entourer de garde-fous qui permettent en même temps une veille, un appui, et une confortation dans nos positions. La gouvernance associative citée précédemment doit pouvoir jouer ce rôle et en même temps les instances représentatives du personnel sont des indicateurs de temps et d'action. Le Conseil de la

Vie Sociale ne doit pas être relégué à la simple obligation posée par le législateur mais par une expression vraie des besoins des usagers.

2.2.3 - La gestion des paradoxes : entre liberté et sécurité.

L'inscription du nouvel établissement et de ses services au cœur du village provoque une révolution culturelle pour les professionnels dans leur action mais aussi pour les habitants amenés à rencontrer les enfants et les adolescents dans les rues et dans les commerces de proximité.

Les objectifs du projet définissent une vie en dehors d'un parc de château, avec un accompagnement rapproché du fait des comportements des enfants et adolescents. Les déplacements, seuls, en autonomie, ne sont pas envisageables aujourd'hui, et les alentours des bâtiments des nouvelles infrastructures devront être entièrement sécurisés. Le paradoxe oppose la notion de liberté de déplacement avec la sécurisation des enfants et adolescents n'ayant pas conscience du danger. Pourquoi alors installer ces populations dans des espaces plus urbanisés ? Pourquoi favoriser la socialisation de ce public ?

« On sait, de façon la plus simple et la plus authentique, qu'on a affaire à un paradoxe, chaque fois que l'on rencontre une situation dans laquelle il est nécessaire de faire, de dire ou de penser une chose et le contraire de cette chose. On peut dire aussi que le paradoxe s'exprime dans la double obligation de choisir et de ne pas choisir entre deux ou plusieurs solutions à un problème posé »²⁴.

Sur le site actuel, les enfants et adolescents doivent être accompagnés en permanence dans le parc du château. Les portes sont condamnées par des systèmes sophistiqués pour éviter l'errance des enfants et adolescents dans le parc, qui présente des dangers spécifiques au lieu (trous de carrière, douves de 11 mètres, disparition dans les bois...). Il n'est alors peut-être pas forcément paradoxal de modifier complètement l'environnement pour être au cœur de la société et bénéficier de stimulations par une vie en mouvement, plutôt que d'être maintenu dans un espace de nature immuable depuis des années. L'environnement deviendra alors source d'émulations et beaucoup de comportements liés à l'ennui devraient s'atténuer, voire disparaître.

²⁴ BAREL Y. *Le Paradoxe et le système- Essai sur le fantastique social* – PUG : Paris 1989. p. 279.

La valorisation des relations sociales est l'objectif principal de ce projet permettant aux enfants et adolescents d'être en contact avec d'autres, ce lien étant repéré comme un facteur de progrès. Lorsque le jeune M revient de séjours extérieurs à l'établissement, il réintroduit pendant des semaines des comportements d'automutilation pouvant être gravissime (il se met en balancier à partir d'une fenêtre par exemple, recherchant à avoir la tête en bas, restant dans cette position jusqu'à l'intervention d'un tiers pour l'aider à se redresser). Les enfants et adolescents accueillis nécessitent un accompagnement de tous les instants mais, grâce à une émulation extérieure, ils bénéficieront du développement de capacités plus importantes qu'au travers d'un environnement médico-social où enfants et professionnels vivent en vase clos.

En conclusion, le paradoxe énoncé est, je l'espère, source de progrès pour tous les acteurs de l'organisation. Les enfants progresseront grâce à un nouvel environnement et les professionnels auront une autre appréhension de leurs pratiques professionnelles. Mais le directeur doit toujours être en état de veille; il doit adapter, évoluer, mettre en adéquation sans perdre de vue ses valeurs, ses principes, sa légitimité au regard de l'accueil des enfants et adolescents, tout en gardant une certaine fermeté dans ses choix. Diriger, c'est d'abord être disponible, savoir écouter et décider, fédérer, mais aussi anticiper et négocier, communiquer, représenter en tous lieux son établissement, savoir formaliser les réseaux de travail dans lesquels il s'inscrit et conformer ses orientations avec le projet associatif. Le directeur doit initier des démarche-qualité, conduire un processus permettant d'améliorer la prise en charge pour éviter de retomber dans l'archaïsme, longtemps pratiqué à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes.

2.2.4 - Le soutien de l'association : étape indispensable pour la mise en oeuvre.

La fonction de directeur que j'occupe implique une déclinaison de délégation. Les orientations se transmettent de l'Assemblée Générale au Conseil d'Administration et enfin du président au directeur. En revanche, chaque instance a l'obligation de rendre des comptes pour fonder sa légitimité. Lorsque l'instance associative est bien organisée, les rôles de chacun deviennent identifiables et la légitimité prend tout son sens. A contrario, le directeur peut avoir tendance à fonder son pouvoir sur sa propre représentation et alors la délégation de pouvoir perd toute sa légitimité.

Le Conseil d'Administration et son président me donnent quitus pour aborder la mise en œuvre de ce projet avec les salariés mais également pour engager une négociation avec les services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Même

si le principe de la reconstruction de l'établissement est acquis à cette étape, les moyens de fonctionnement, son coût budgétaire et le développement d'une pluralité de services nécessitent un ajustement entre les établissements présents sur le même secteur géographique et leur restructuration. Le tout devant rester cohérent au regard du schéma départemental et des besoins des enfants et adolescents présents sur ce territoire.

La fonction de direction est donc une fonction complexe qui m'amène sans cesse à gérer des temporalités différentes, des paradoxes tout en m'obligeant à accepter une certaine incertitude quant aux orientations que je prends. Toutefois, il m'appartient bien en concertation avec tous les acteurs de définir les orientations de l'établissement pour que les règles soient connues de tous les acteurs (professionnels et parents). Les outils de la loi du 02 janvier 2002 (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) vont permettre d'identifier les conceptualisations, grâce à la transparence des intentions et à la contractualisation.

2.3 - Le projet d'établissement et projet personnalisé : des outils de la loi au service de la mobilisation du personnel.

La loi du 02 janvier 2002 fait une synthèse des droits des usagers et place les directeurs d'établissement et de service dans l'obligation de les mettre en conformité. Ceux-ci doivent élaborer des outils rendus impératifs dans toute organisation médico-sociale. Cette nécessité s'accompagne d'une tâche plus délicate portant sur le respect des droits des usagers (article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles (CAFS)). Ceux-ci sont au centre du projet d'établissement, document sur lequel les orientations en matière éducative, pédagogique, médicale et thérapeutiques sont définies.

2.3.1 - Le projet d'établissement comme référentiel autour de la notion de services.

Le projet d'établissement est un élément indispensable dans la vie de l'Institut Médico-Educatif de Jalesnes au regard des différents textes réglementaires. Il a pour vocation d'affirmer sa position vis-à-vis des instances administratives (DDASS, MDPH...) sur ce qui fonde son action. Il est donc important de mettre en conformité l'établissement en tenant compte de l'évolution du secteur social.

Il est l'occasion de définir, après une évaluation, ce que l'établissement propose en terme d'offre de services. Tous les professionnels peuvent réfléchir, se projeter dans

l'avenir et construire ensemble un projet, autour de valeurs communes, afin de recevoir les enfants et adolescents des années à venir.

Les professionnels se posent souvent, et à juste titre, la question du fondement de leur action, et de leur rattachement aux valeurs déterminées par l'établissement ou les services.

Le projet d'établissement sert de référentiel à tous les professionnels et évite des pratiques individuelles non coordonnées. Il est un idéal vers lequel l'organisation souhaite aller, définit la ou les référence(s) théorique(s) qui l'anime(nt), établit des règles communes permettant ensuite de décliner les projets de groupe ou de service, puis les projets personnalisés.

Il a pour mission de décrire le rôle et la place de chaque professionnel, afin que chacun comprenne mieux ce que fait l'autre et le respecte dans sa fonction, tout en acceptant la pluridisciplinarité.

Le projet d'établissement n'est pas un document finalisé ; il doit, au contraire, vivre et être modifié, si besoin est, après une évaluation fine. Celle-ci devrait être régulière, et le projet n'a de valeur que pour les cinq années à venir. Par ailleurs, il est important qu'il soit porté par l'ensemble des professionnels, associés tous à son élaboration. Ils devront le défendre et veilleront à le mettre en place dans leurs actions quotidiennes. Ce projet est une oeuvre collective dont les salariés sont les acteurs de demain.

Il sert également de base pour définir le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour à l'égard des enfants. Tous ces documents sont des liens entre l'établissement et la famille.

2.3.2 - D'une structure monolithique à une palette de réponses individuelles.

Depuis 1965, l'établissement a toujours fonctionné sur les bases d'une structure monolithique. Il convient aujourd'hui, avec l'appui de la loi du 02 janvier 2002, de développer une diversité de réponses individuelles en terme d'accompagnement pour des enfants et adolescents présents sur le secteur géographique de proximité (annexe 4).

Les préconisations du schéma départemental insistent sur l'intégration scolaire et sociale. La question de l'établissement avec internat ne doit être pensée que dans certaines conditions. Le développement de SESSAD répondant à la loi sur l'égalité des chances doit se réaliser à moyens constants. Les organismes de tarification recommandent

aux organisations comme l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes de réduire leur capacité d'internat pour redistribuer les moyens sur le développement de SESSAD.

La proposition de sa restructuration doit donc répondre aux besoins des populations du secteur et peut prendre cette forme.

1 – Un semi-internat ou unité d'enseignement spécifique .

La finalité de l'Institut Médico-Éducatif permettra à l'enfant de trouver un épanouissement personnel et de promouvoir son autonomie, en fonction de ses capacités.

Une entité, située au cœur du village à 300 mètres des deux écoles de Vernantes accueillera chaque jour 32 enfants (16 internes, 16 externes dont 6 hébergés en famille d'accueil) âgés de 6 à 20 ans. Ils présenteront des Troubles Envahissants du Développement (section SEHA définie par les annexes 24) pour deux tiers, les autres des déficiences intellectuelles (section SEES, SIPFP) plus légères, permettant aux situations les plus lourdes de trouver une émulation grâce aux contacts des enfants et adolescents mieux construits sur le plan de la personnalité.

L'enfant bénéficiera de tous les services de l'établissement, identifiés dans le cadre d'une prise en charge adaptée. Il aura la possibilité de bénéficier d'espaces d'apprentissages à travers le jeu, l'expression, les ateliers, l'enseignement, le sport, les pré-apprentissages, et autour des actes de la vie quotidienne, pour favoriser son autonomie. Des liens avec les écoles seront développés pour répondre individuellement à l'inscription de chaque enfant dans l'école de son quartier. Les établissements médico-sociaux travailleront directement avec les écoles de proximité.

Le jeune profitera de temps et d'espaces appropriés, seul ou en groupe, avec différentes médiations, dans le cadre de rééducations et d'ateliers thérapeutiques afin qu'il soit accompagné à travers les différentes étapes de son développement. Il recevra de la part de tous les professionnels une surveillance continue sur son état de santé et un suivi spécifique individualisé.

Un travail en partenariat avec la famille permettra de mieux connaître l'enfant, et de l'accompagner dans les différentes étapes de sa vie. Chaque membre du personnel veillera au respect des droits et devoirs de l'enfant qui sera reconnu comme citoyen et, par conséquent, auteur et acteur de son projet de vie. Sa participation sera recherchée car il est au cœur du dispositif de prise en charge. Le projet personnalisé partira de ses besoins,

demandes et attentes. Il servira de ligne directrice pour garantir le développement de toutes ses émergences et ses potentiels.

2 – Un internat dénommé « maison de vie ».

Deux « maisons de vie » seront distantes de l'unité d'enseignement spécifique de 300 mètres. Cette distanciation permettra de travailler les questions de déplacement entre le lieu d'enseignement et la « maison de vie ».

Cet hébergement collectif pour 8 enfants ne sera pas la seule réponse puisque l'établissement se dotera d'un Centre d'Accueil Familial Spécialisé, pour répondre à des besoins d'hébergement délocalisés et individuels.

Les objectifs

Ils sont définis pour permettre à l'enfant de trouver un lieu d'accueil sécurisant où il peut être accompagné, guidé, protégé, défendu, éduqué.

Il bénéficie des prestations éducatives, pédagogiques, médicales, paramédicales et thérapeutiques permettant de développer :

- Son autonomie dans les actes de la vie quotidienne.
- Son potentiel cognitif.
- Son insertion sociale et professionnelle.
- Ses centres d'intérêt.
- Ses repères dans le temps et l'espace.
- Un système de communication pour se faire comprendre.
- L'expression de ses émotions et de son affectivité.

Ces objectifs amènent à définir la place de chacun dans le suivi global de l'enfant : la famille, l'équipe médicale, paramédicale, thérapeutique, éducative. Le Directeur est garant de la cohérence de cette action d'ensemble.

3 – L'accueil temporaire comme réponse alternative.

L'accueil temporaire en hébergement est accessible aux enfants fréquentant le semi-internat et pour lesquels les parents souhaitent prendre de la distance. Un travail conjoint et permanent avec les familles est nécessaire afin de maintenir une continuité d'accompagnement. Les enfants hébergés en famille d'accueil viendront en internat pendant les vacances pour laisser se reposer les accueillants.

4 – Un Centre d'Accueil Familial Spécialisé.

Le Centre d'Accueil Familial, composé de 6 familles d'accueil, permettra à des enfants qui ne peuvent rester en famille, pendant la semaine de trouver des réponses différentes et variées autre que l'internat en terme d'hébergement. Un accompagnement quasi-individuel grâce à une unité familiale peut permettre à un enfant de progresser sans être confronté à la vie en collectivité, où la cohabitation est quelque fois difficile à supporter.

Les familles seront salariées de l'Association et seront, par conséquent, épaulées par les équipes pluridisciplinaires du plateau technique de l'Institut Médico-Éducatif. Elles bénéficieront des apports des uns et des autres, de l'analyse de la pratique ou de réunions cliniques. Elles participeront à l'évaluation individuelle de l'enfant, et auront des contacts privilégiés avec la famille naturelle, le tuteur, ou le référent Aide Sociale à l'Enfance.

Les familles d'accueil profiteront aussi des formations du personnel et seront placées sous la responsabilité du chef de service de l'Institut Médico Educatif. Elles pourront également accueillir des enfants et adolescents à la fin de la semaine afin de favoriser une alternative à l'internat permanent.

5 – Un SESSAD spécialisé dans l'intégration sociale de la petite enfance déficiente intellectuelle .

Un SESSAD accueillera 18 enfants de 0 à 20 ans mais sera plus spécialisé dans l'accueil des tout petits de 0 à 6 ans présentant des déficiences lourdes et des Troubles Envahissants du Développement.

Un lieu distinct de la partie unité d'enseignement semble judicieux pour exercer cette activité. Il permet une distanciation avec l'unité d'enseignement. Situé près du centre ville, des locaux de l'association ALAHMI sont disponibles, pour accueillir ce service et permettre de travailler la première séparation avec la famille.

L'objectif du service serait d'accompagner des parents dans cette reconnaissance du handicap et de mettre en place des prises en charge éducatives et de soins (orthophonie, psychomotricité, psychologue, psychiatre) pour préparer tout doucement l'enfant à quitter son milieu familial de façon progressive, et à intégrer un lieu « école » vers l'âge de 6 ans.

Les familles sont souvent seules, ne sachant pas vers qui se tourner, ni comment prendre en charge leur enfant. L'équipe éducative proposera de travailler avec l'enfant sur son autonomie, en le stimulant, en lui apprenant à jouer, ou encore essaiera de le socialiser à hauteur de ses compétences.

Pour une autre partie des enfants, ceux âgés de 6 à 10 ans, il s'agira d'un accompagnement en classe ou CLIS, qui demandera une prise en charge spécifique et des contacts privilégiés avec les écoles du secteur géographique. Le travail consistera à épauler, aider, et accompagner l'enfant dans son parcours scolaire avec la collaboration des équipes paramédicale et thérapeutique. Le travail avec la famille sera également très présent.

Le SESSAD spécialisé pour la petite enfance et les Troubles Envahissants du Développement doit s'entourer d'un réseau de partenaires et de compétences autour de ces enfants.

Trois axes seront pris en compte :

- L'équipe interviendra au domicile des familles avec l'enfant.
- L'équipe interviendra dans les lieux fréquentés par l'enfant.
- L'équipe recevra dans les locaux du SESSAD qui disposera d'un espace pour apprendre à jouer, de lieux pour recevoir l'enfant dans le cadre thérapeutique, et paramédical (orthophonie, psychomotricité...). Ces locaux se situant à 1 kilomètre de l'Institut Médico-Éducatif, les enfants bénéficieront également de tout le plateau technique de la structure (espace snoezelen, pataugeoire, balnéothérapie, psychomotricité...).

Pour éviter des incompréhensions avec les familles, les institutions et les partenaires, il est important que puissent être contractualisées avant toute intervention, les demandes des uns et des autres et les possibilités de réponse par l'équipe du SESSAD.

2.3.3 - La méthodologie utilisée pour l'élaboration du projet d'établissement.

Tout le personnel a été réparti en 8 commissions pendant 3 mois, à raison d'une réunion hebdomadaire, sur tous les thèmes définis préalablement par le comité de pilotage.

Celui-ci s'est réuni ensuite pendant 6 mois, à raison de 2 réunions mensuelles pour valider l'écriture réalisée par les membres de cette instance.

J'ai organisé quatre journées de travail institutionnel pour que le personnel perçoive bien les enjeux. Ces membres ont ensuite participé à des débats sur des thèmes précis, animés par des membres du comité de pilotage. Une lecture lui a été faite sur la trame et le contenu du projet. La dernière étape consiste à ce que chacun s'approprie les objectifs du projet servant de base à l'opérationnalité des actions éducatives, pédagogiques, thérapeutiques et médicales.

J'ai présenté nos différents travaux à trois Conseils à la Vie Sociale pour avis et remarques; ils ont été également présentés trois fois au Conseil d'Administration pour validation et aux instances représentatives du personnel. Ce projet contient plusieurs facettes, présentées précédemment ainsi qu'une réflexion sur l'environnement, mobilisant les professionnels et les membres du Conseil d'Administration.

Un temps d'appropriation par les salariés à une nouvelle conception de travail est important (6 mois). Je définis en parallèle une politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences. La stratégie d'opérationnalité consiste à aider les professionnels à dépasser ce stade de changement. Je suis conscient du bouleversement occasionné par celui-ci. Comment amener les salariés à dépasser cette inquiétude, sachant que l'objectif recherché se traduit par un environnement plus adapté aux besoins des enfants et adolescents ? Une préparation de ce déplacement se prépare afin de réunir les conditions de réussite.

Ce projet permettant la participation de chacun est présenté au Conseil de la Vie Sociale, autre outil de la loi 2002. Sa mise en place dans l'établissement depuis septembre 2002 a été une révolution pour cet établissement dont la pratique professionnelle autour du travail avec les familles n'a jamais existé. Les conflits entre les parents et les professionnels ont été très importants. Ceux-ci s'expliquent par le fait que les salariés se sont souvent substitués aux parents auprès des enfants et adolescents. Cette position ne laissait pas de place aux familles dans l'éducation de leur enfant ni à leur participation dans la construction du projet personnalisé.

2.3.4 - Projet personnalisé : concrétisation des objectifs d'action.

Le projet personnalisé doit répondre aux besoins des enfants et de leurs familles, déterminés dans une logique d'acquisition après une évaluation conjointe entre les parents et les professionnels. Un débat sémantique existe entre projet individuel et projet personnalisé. La différence des deux approches, énoncées par Patrick Marlier²⁵, insiste sur la notion de validation. « *Si l'enfant ou l'adolescent a la compétence pour valider son projet, le concept retenu est celui de projet individuel. Ceux pour lesquels la validation est difficile, la notion de projet personnalisé sera préconisée* ». Je préfère choisir ce dernier terme, plus en adéquation avec les caractéristiques des enfants et adolescents accueillis. De plus en plus, les membres du personnel de l'établissement sollicitent l'avis des jeunes. Je parlerai donc, également plus volontiers, de consentement recherché.

Dans le nouveau projet avec la multitude de services, l'enfant au regard de son évolution, bénéficiera d'une trajectoire non linéaire permettant des changements de régime (internat, semi-internat, famille d'accueil) et d'accompagnement (structure ou ambulatoire). Des réponses appropriées seront apportées tout au long de son parcours de vie. La détermination du projet de vie, l'orientation seront élaborées préalablement entre la famille et la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Des évaluations conjointes avec l'établissement et le service seront réalisées pour déterminer au mieux les besoins de l'enfant et de l'adolescent. La référence théorique définie dans le projet d'établissement rend transparentes à l'attention des familles les pratiques professionnelles développées.

A – Le choix d'une référence théorique : une transparence d'intention.

Au niveau de la référence théorique, j'opte pour une démarche théorique non exclusive utilisant les différents apports (analytiques et cognitivistes) comme des outils. Je réfute le concept de programme (comportementaliste), accessible seulement à un trop petit nombre d'enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. Je préfère utiliser le concept de cognitivisme, plus enclin à laisser une marge d'action plus grande aux professionnels dans leur accompagnement avec les enfants et adolescents. En revanche, cette approche utilise partiellement des apports développés dans les programmes comportementalistes : la grille d'évaluation établit une analyse sur l'acquis, le non-acquis et les émergences (action non maîtrisée par l'enfant alors que la consigne est

²⁵ Patrick Marlier – consultant – *Thème : Méthodologie du projet* - avril 2006

intégrée). Le personnel éducatif repère ces dernières et va construire son action éducative en intégrant dans un premier temps tous ces items. Pour un enfant ou adolescent en dyscapacité, le travail éducatif doit se fonder sur la réalisation d'objectifs précis. L'apprentissage repose sur un modèle de valorisation. Une évaluation trimestrielle est nécessaire pour ajuster le support éducatif.

La complémentarité des deux théories (psychanalyse et cognitivisme), souvent opposées dans de nombreux établissements, répond de façon plus adaptée à la mise en place de chaque projet individuel, en collaboration avec la famille ou le représentant légal. Ainsi le jeune D., un adolescent, atteint de Troubles Envahissants du Développement associés à des troubles sévères du comportement, reçoit un soin thérapeutique analytique (packing : enveloppement humide) et bénéficie de stratégies éducatives cognitivistes (repérage dans le temps et dans l'espace par un système de pictogrammes adaptés). Les professionnels et moi-même percevons bien les avancées de ce jeune dans son parcours de vie grâce à cette complémentarité. Pour y arriver, cela nécessite un accompagnement des professionnels dans cette diversité.

B – Un soutien indispensable aux professionnels pour améliorer leurs accompagnements.

Dans la situation des personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement, des stratégies différentes dans l'accompagnement de ces personnes sont démontrées nécessaires. Je défends, quant à moi, depuis 15 ans, l'idée de cette complémentarité à de nombreux égards. Elle entraîne de la part des professionnels un travail de réflexion en profondeur pour l'accompagnement de ces personnes particulières. Celles-ci nécessitent ainsi des réponses spécifiques avec des résonances personnalisées. Ces personnes si « morcelées » nous emmènent dans une complexité de compréhension qui nécessite une approche originale dans laquelle l'invention et le questionnement sont les « maîtres mots ».

Je rejoins Monsieur Jean-François Chossy (précurseur sur le plan national en matière de débat sur la question de l'autisme et plus particulièrement sur les Troubles Envahissants du Développement) quand il dénonce dans son rapport publié en 2003²⁶ l'état de la situation désastreuse de réponses adaptées en terme d'accompagnement des personnes et déclare que « *la spécificité d'un tel accompagnement éducatif s'appuyant sur*

²⁶ CHOSSY J-F. *La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives*. 2005.

des techniques comportementalistes s'articule très bien avec une prise en charge psychothérapeutique ».

Pour répondre à un travail de qualité et d'opérationnalité, il faut former le personnel, équipe par équipe, sur des stratégies éducatives (référence au cognitivisme pour des personnes atteintes de Troubles Envahissants du Développement) avec un organisme de formation extérieur. Une approche de ce concept doit permettre le recensement des besoins de la personne. Pour cela, il faut partir d'une méthodologie fine d'évaluation, développer l'utilisation des outils éducatifs adaptés à la réussite de la compréhension des consignes dans le but de développer une autonomie relative. Par ailleurs, le directeur doit mettre en place un système de « coaching » avec un spécialiste du cognitivisme. En effet, sur le plan des ressources humaines, lorsque l'établissement investit dans de la formation, le dynamisme des professionnels ne doit pas s'éteindre faute de relance par un tiers extérieur. Celui-ci doit venir questionner en permanence la pratique.

La complémentarité nécessite une gestion des ressources humaines déterminant des choix dans une politique de recrutement. J'évoquerai dans la partie « Mise en œuvre » l'approche d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

2.4 - La conduite du changement : du monolithique à une plate-forme de services.

Les différents services, présentés précédemment doivent permettre aux parents domiciliés sur le secteur géographique déterminé de trouver une réponse évolutive dans la prise en charge globale de leur enfant. A partir du contrat de séjour, il sera possible d'apporter des modifications d'accueil de l'enfant dès que la situation sociale et familiale le nécessitera en partenariat avec les parents et les services de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

L'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes est spécialisé dans la prise en charge d'enfants et adolescents atteints de Troubles Envahissants du Développement. Afin de mettre en exergue les impératifs définis dans le projet, la mise en œuvre repose sur un nouveau modèle d'organisation tirant un trait sur une logique d'enfermement.

Une nouvelle conception de travail est induite par ce profond changement culturel entraînant un passage d'une institution totalitaire (au sens d'Erving Goffman) et

monolithique vers une prestation de service avec une diversité de réponses, passage d'une logique d'assistance ou de réparation à une logique de prestation de service.

Le personnel doit être acteur dans cette modification structurelle, éthique et déontologique. La stratégie du directeur est la mise en œuvre du projet, à partir des orientations du projet d'établissement dans lequel j'ai décrit les différents services en lien avec les besoins repérés par le schéma départemental.

Une fois le changement discuté, négocié, dessiné, je dois garantir sa mise en œuvre et donner les moyens humains et matériels qui vont permettre la réalisation du projet.

2.4.1 - Un déplacement vers le village : un environnement plus adapté.

Le site actuel offre, certes, de nombreux avantages liés à l'espace et à la beauté architecturale mais nécessite des choix politiques et stratégiques au vu de l'adaptation de l'environnement aux besoins des enfants et adolescents accueillis.

Le Conseil d'Administration, après avoir étudié plusieurs scénarios, (implantation sur le site actuel, et aux abords d'une grande ville) a validé l'implantation dans le village de Vernantes, préconisation à laquelle je tenais plus particulièrement. Dans cette situation, je pense que l'établissement et les services répondront mieux à l'évolution des politiques publiques en matière d'intégration scolaire et sociale.

J'ai ensuite sollicité le maire du village de Vernantes pour qu'un recensement de terrains libres soit réalisé sur la commune. Deux terrains sont disponibles et susceptibles de permettre une vraie inclusion sociale au centre du village. Ceux-ci sont suffisamment proches l'un de l'autre pour développer des déplacements à pied par exemple.

Le maire a proposé à l'Association deux espaces distants de 300 mètres (une petite route desservant les riverains habitant autour) et à 400 mètres du centre bourg. L'emplacement présente une certaine sécurité en milieu semi-urbain et permet de travailler un développement de l'autonomie. En effet, la vitesse est, à cet endroit, réduite du fait de la courbe de la route. Les deux entités ne sont pas visibles de l'une à l'autre car elles sont séparées par des habitations (Voir plan en annexe 5). Cette disposition peut permettre, à terme et en fonction des pathologies des enfants et adolescents, d'assurer les déplacements seuls avec un minimum de surveillance. La municipalité a le projet d'aménager la circulation routière pour que les piétons et les voitures circulent chacun en toute sécurité.

A – La séparation des lieux : un objectif prioritaire.

L'unité d'enseignement spécifique de 2200 m² sera implantée sur un terrain de 13000 m² permettant le développement de tous les apprentissages cognitifs, éducatifs, thérapeutiques et médicaux. Les deux maisons de vie d'une surface de 450 m² chacune seront implantées sur 4500 m².

La séparation des lieux répond à deux objectifs. Le premier consiste à permettre un travail éducatif avec les enfants et adolescents sur la notion de déplacement entre le cognitif et le lieu de vie. En même temps, elle intègre la conformité avec les annexes 24 précisant la séparation des lieux de jour et de nuit. Le second objectif relève d'une réflexion de politique publique et de planification départementale. L'hébergement peut ne plus être préconisé dans quelques années pour les enfants et adolescents. Le département de Maine-et-Loire sera alors contraint à une diminution de lieux d'hébergement sur un territoire. Je pense que dans toute restructuration, le directeur doit essayer d'avoir une vision à long terme (10 à 15 ans) lui permettant de prendre conscience des évolutions possibles, même si les enjeux ne sont pas connus aujourd'hui. Les établissements doivent se reconstruire en pensant des structures évolutives. Ainsi, l'hébergement pour enfants pourrait se transformer en établissement pour adultes ou personnes vieillissantes si les besoins s'en faisaient sentir, sans que la proximité du lieu d'enseignement ne soit un obstacle.

B – L'implantation au cœur des populations : un enjeu ambitieux.

L'implantation des établissements et services au cœur des populations doit se préparer. Les résistances soulevées par le personnel peuvent être aussi soulignées par les habitants.

Les expériences montrent que le temps d'appropriation, suite à des périodes d'information et de communication, sont à privilégier. J'ai organisé avec le concours du maire une réunion d'information pour expliquer la déclinaison de notre nouveau projet mais également l'implantation. Les enjeux stratégiques ont été présentés pour permettre à chaque citoyen de Vernantes de mieux percevoir la réalité des besoins des enfants et adolescents accueillis dans l'établissement et les nouveaux services. La population a répondu en nombre à cette invitation. Un échange s'est produit entre les interlocuteurs et l'espace d'appropriation viendra dans un deuxième temps.

Au cours de la dernière cérémonie des vœux du maire, j'ai été de nouveau convié afin de présenter l'avancée du projet.

Ce déplacement des jeunes du château vers le centre du village est également une révolution culturelle. La communication permet l'information mais en aucun cas elle ne permet l'appropriation, seul le temps peut y parvenir. L'idée de ce déplacement n'est plus aujourd'hui un obstacle pour la population. Certains habitants préfèrent même cette implantation en face de chez eux plutôt qu'un projet de logements dits plus « sociaux ».

Après des temps d'information, de réflexion, de construction de pensée à partir d'un nouvel environnement, comment les salariés vont-ils s'inscrire dans l'organisation de ces nouveaux services ?

2.4.2 - La Gestion prévisionnelle des emplois et compétences : Un outil pour le manager.

Je dois réorganiser l'organigramme du personnel de l'Institut Médico-Educatif de Jalesnes afin de redéployer les moyens entre le semi-internat, l'internat et le SESSAD. Je vais par conséquent m'appuyer sur la gestion prévisionnelle des emplois et compétences. *« Celle-ci est une méthode conçue pour anticiper les conséquences sur l'organisation des évolutions économiques, sociales, juridiques... Elle vise à adapter les emplois aux nouveaux besoins issus des modifications de l'environnement. Elle assure ainsi la cohérence entre la stratégie de l'établissement ou du service, son projet d'établissement et sa politique en matière de gestion des ressources humaines »²⁷.*

Son objectif est la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences répondant toujours à des préoccupations immédiates :

- promouvoir une adéquation entre les compétences et l'emploi ;
- mobiliser les potentiels de chaque salarié et fédérer les aspirations et les engagements individuels et collectifs autour du développement de l'organisation ;
- suivre en temps réel l'évolution des ressources humaines et anticiper les besoins futurs.

Pour mettre en œuvre cette méthodologie, un certain nombre d'étapes sont à respecter au regard du modèle du développement organisationnel (French et Hollman) développant l'idée qu'un temps est nécessaire afin que les salariés s'approprient la notion de changement pour rentrer ensuite dans une phase participative. Ce modèle doit être pour

²⁷ Guide du directeur – *Établissement -Service social ou médico-social-* Édition : DIRECTIONS, 2006. p. 144.

ma part couplé avec le processus de changement développé par M. Lewin. En effet, d'une étape de dégel (sensibilisation, besoin de changement), le salarié s'engage dans une étape de mouvement (étape de transition vers étape de mouvement) pour se diriger vers une étape de cristallisation (élaboration de nouveaux comportements).

Les salariés sont donc passés de cette première étape (réflexion autour du départ du château) pour s'engager dans la deuxième étape (élaboration à partir de ce projet).

Je dois maintenant les accompagner dans cette troisième étape. La mise en œuvre de ce nouveau projet nécessite de rester dans l'enveloppe budgétaire accordée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. La restructuration sera établie sur les bases du budget exécutoire 2005. Je dois par conséquent adapter l'organigramme d'aujourd'hui aux besoins de demain, sachant qu'aucun départ en retraite n'est prévu dans les 3 prochaines années. J'ai en revanche la possibilité de transférer quelques postes de travail sur les établissements pour adultes en construction.

A – Les besoins de personnel suite à la restructuration.

J'ai identifié les besoins en terme de qualification, de nombre d'équivalent temps plein afin d'accompagner les 50 enfants dans des services différents. Le tableau n° 5 reprend succinctement (le détail est précisé en annexe 3) la situation actuelle et ventile par service les besoins en personnel.

Tableau n° 5 : Organigramme du personnel après la restructuration.

REPARTITION DU PERSONNEL	ACTUELLE	FUTURE AVEC DIVERSITÉ DE SERVICE				
	ETPS	ETPS	Semi-Internat	Internat.	CAFS	SESSAD
Éducatif et Pédagogique	40,45	33,2	12	18,2	0	3
Paramédical	1,53	2,28	1,53	0	0	0,75
Médical	2,89	2,89	2,79	0	0	0,1
Thérapeutique	1,7	1,7	1	0	0	0,7
Social	1	0,5	0,5	0	0	0
Agent de service intérieur	6,95	7	3,5	3	0	0,5
Surveillant de nuit	4,2	2,5	0	2,5	0	0
Accompagnateur de transport	0,3	0,3		0,3	0	
Administratif	11,1	11,1	10,5	0	0	0,6
Direction	2,24	3,24	0,5	1,75	0,2	0,79
Totaux	72,36	64,71	32,32	25,75	0,2	6,44
<i>Création de 6 familles d'accueil</i>						

Je dois transférer 7.65 équivalents temps plein vers les établissements pour adultes. Je ne peux concevoir un nouvel organigramme sans y associer les personnels. Comment les accompagner au mieux dans ce changement de cœur de métier (d'une structure monolithique à une diversité de services) tout en leur permettant de participer à leur affectation sur un nouveau service ou pour une autre population (jeunes enfants ou adultes) ? La difficulté à laquelle le directeur est confronté est la mise en adéquation des personnels avec la spécificité des services. Pour réussir au mieux ce passage, je vais m'appuyer sur les outils de gestion des ressources humaines.

B – L'entretien annuel de professionnalisation : un outil de management.

Le directeur a en sa possession en qualité de manager des ressources humaines la possibilité de développer un système d'évaluation, dénommé dans cette situation entretien annuel de professionnalisation. Celui-ci est un entretien formel et périodique entre un salarié et son responsable hiérarchique direct. Programmé généralement une fois par an, il donne lieu à la rédaction d'un écrit conservé par les deux parties.

Cet entretien est un temps fort de communication et de négociation. Il permet de se mettre d'accord : sur ce qui sera fait demain, sur le renouvellement moral du contrat, sur l'analyse des situations rencontrées, sur l'expression d'un avis, et sur l'ajustement des critères d'évolution.

Le contenu et le déroulement de cet entretien, mis en place à l'occasion de la restructuration avec l'ambition d'une continuité, permettront d'évaluer aujourd'hui les capacités des salariés à pouvoir assumer une autre mission demain. Ce temps privilégié doit permettre de lever les doutes, les appréhensions du salarié, et en même temps d'établir un bilan de sa carrière et de lui donner l'occasion de se projeter dans le temps. La restructuration offre une occasion unique pour chaque salarié de s'impliquer vers un autre projet et de répondre à de nouvelles données.

S'offre au personnel le plus ancien de l'Institut Médico-Educatif de Jalesnes la possibilité d'une évolution. La séparation avec la structure du château en déstabilise certains. Ils préféreront rester sur place. Des possibilités sont ouvertes puisque 7.65 postes seront transférés vers les établissements pour adultes.

L'entretien annuel de professionnalisation sert de recueil d'informations pour la constitution du plan de formation continue. Celle-ci doit de plus en plus permettre une adaptation au poste, renforcée depuis la loi du 04 mai 2004 : « *L'employeur doit veiller à*

maintenir la capacité des salariés à occuper un emploi au regard de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations ».

La transformation de cet établissement en différents services va entraîner obligatoirement la formation de certaines personnes en fonction de leur nouveau poste (SESSAD, éducateur en semi-internat : élaboration d'un programme avec évaluation....) défini par des référentiels.

C – Le référentiel de compétence : un outil objectif.

Le référentiel permet au manager de gérer une évolution des postes de travail, en fonction d'indicateurs objectifs, afin d'éviter trop de subjectivité susceptible de desservir la légitimité du directeur dans l'affectation des personnes aux postes.

« Le référentiel est un outil destiné à permettre la visualisation des compétences requises pour exercer un métier donné, une compétence étant considérée comme un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être directement utiles et mis en œuvre dans le contexte particulier d'une situation de travail »²⁸.

A partir de ces deux composantes (entretien et référentiel), tout en restant dans une dimension de mobilisation du personnel, j'essaie maintenant de prendre en compte l'avis du personnel avant une attribution définitive.

Ainsi, les représentants du personnel sont associés à toutes les étapes afin de connaître les objectifs et les échéanciers de changement. Toute nouvelle démarche est annoncée lors des réunions mensuelles.

D – La fiche de vœux : un moyen d'expression des salariés.

Je cherche d'abord à percevoir la motivation des salariés exprimée sur une fiche de vœux et de respecter leur choix dans la mesure où les conditions de qualification et de référentiel sont remplies.

Cette étape est la plus sensible puisque certains salariés seront satisfaits et d'autres déçus. Je reste convaincu qu'avant cette dernière phase, un jeu d'acteur se mettra en place et je rejoins Crozier et Friedberg lorsqu'ils énoncent : *« Chaque acteur s'efforcera simultanément de contraindre les autres membres de l'organisation pour satisfaire ses*

²⁸ Guide du directeur. *Établissement -Service social ou médico-social*. DIRECTIONS p. 150.

propres exigences (stratégie offensive) et d'échapper à leur contrainte par la protection systématique de sa propre marge de liberté et de manœuvre (stratégie défensive). L'importance respective de ces deux orientations stratégiques variera, bien entendu, dans le temps et dans l'espace en fonction de la situation et des atouts propres à chaque acteur²⁹ ».

Après la prise de décision et avant l'annonce définitive à l'ensemble du personnel, chacun sera reçu, par le chef de service et moi-même, afin de lui présenter la décision d'affectation.

Ces nouveaux établissements et services recevront de nouveaux enfants et adolescents. L'organisation devra développer des partenariats afin de permettre le développement complet de ces structures avec le tissu local.

La conduite du changement m'oblige à agir sur certaines dimensions de l'environnement culturel. L'établissement et ses services doivent s'ouvrir sur l'extérieur et le choix de la nouvelle implantation favorise le développement de partenariats.

2.4.3 - Transformer le tissu social : développement de partenariats.

Ainsi, l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes a été sollicité en 2003 par les deux écoles de Vernantes (publique et privée) pour participer au défilé carnavalesque annuel. Un groupe de 10 jeunes y ont participé et, depuis, les effectifs ont plus que doublé. Un partenariat avec la ferme pédagogique de l'établissement et une classe de l'école publique s'est construit autour d'échanges d'animaux. Les rencontres se sont réalisées tous les trimestres. L'établissement a accueilli plusieurs fois des écoles primaires entières dans le but de faire découvrir aux enfants la faune et la flore. Des enfants et professionnels de l'établissement les ont accueillis sans aucun souci.

Les prémices du partenariat nous amènent à une réflexion sur une collaboration plus intense et plus systématique. Comment organiser des passerelles entre les écoles et l'unité d'enseignement spécifique ?

²⁹CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Édition du Seuil : Paris, 1981. 500 p.

A - Nouveau paradigme culturel : entre école et unité d'enseignement.

Contrairement à d'autres établissements médico-sociaux, le public reçu ne peut participer entièrement à l'école. Même si son inscription est obligatoire, son maintien à temps complet est impossible du fait des troubles de la personnalité. Je rejoins le député Guy Geoffroy lorsqu'il affirme : « *Que le monde médico-social va se voir reconnaître, dans ce nouveau cadre, une mission complémentaire qui ne saurait être considérée comme accessoire*³⁰ ». Par ailleurs, l'établissement scolaire de référence devient celui qui est le plus proche de l'Institut Médico-Éducatif. Depuis plusieurs mois, à mon initiative cette fois, j'ai réuni les deux directrices d'école afin d'étudier les liens possibles entre nos entités et nos désirs de collaboration.

Grâce à la nouvelle implantation du projet qui fait tomber les murs, les volontés d'intégration et d'accessibilité deviennent plus faciles. Ce nouvel établissement et ses services démontrent, outre la proximité, une possibilité de partenariats, impossible antérieurement du fait de notre situation d'enfermement (symbolique et réelle).

Nos réflexions sont parties de la loi du 11 février 2005, un chantier nouveau pour ces directrices d'école et une vraie découverte puisque les orientations départementales n'étaient pas encore redescendues jusqu'à elles. En m'appuyant sur des textes et des perspectives données par les services de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, nous nous sommes entendus sur le principe que les enfants reçus à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes puissent intégrer peu avec des variantes l'une des deux écoles. L'idée retenue est de favoriser le développement des relations sociales plus que l'apport cognitif des programmes. Un enfant doit pouvoir s'intégrer dans une classe sur un temps court et pour un apprentissage précis. Par exemple, il peut assister à un cours de peinture, au montage d'une exposition, ou s'initier à la découverte des sciences de la vie. Le principe élaboré est la personnalisation des modalités d'intégration de l'enfant à l'école. Dans cette perspective, nous rejoignons bien le principe de la loi : « *L'égalité des chances et l'accessibilité à la citoyenneté* ».

Je précisais précédemment que la construction d'une unité d'enseignement spécifique remplace le concept d'école spécialisée ou spéciale et doit être un lieu d'apprentissage cognitif. Pour lutter contre ce choc culturel et permettre une réussite dans ces échanges, je dois compléter le dispositif. Je vais donc demander le détachement auprès de l'Éducation Nationale d'un instituteur spécialisé afin de travailler les liens avec l'école. Cette personne favorisera dans un premier temps ces immersions afin qu'elles soient couronnées de réussite.

³⁰ GEOFFROY G. *Études et perspectives*. P 47. Directions n° 25 – décembre 2005. 50 p.

B - Le directeur à l'interface dans le partenariat.

Les directeurs d'école sont confrontés également à des enfants présentant des retards d'acquisition importants. Au cours de nos réunions de réflexion, j'ai proposé que l'unité d'enseignement spécifique puisse accueillir à l'inverse des enfants en difficulté pour une prise en charge partielle sur une thématique identifiée (travailler l'appropriation du schéma corporel chez un enfant non latéralisé par exemple). Pour chacune des situations, évoquées ci-dessus, l'avis des parents sera recherché. Le projet personnalisé de scolarisation rentre bien dans ce cadre précis. L'objectif est de maintenir un enfant dans son milieu de compétence en lui donnant toutes les chances de pouvoir dépasser les obstacles à son apprentissage cognitif. Un autre service peut y répondre différemment, il s'agit du SESSAD dont je ne développerai pas la mise en œuvre dans ce mémoire.

Dans cette situation, nous restons bien dans l'esprit de la loi 2005-102 et nos réflexions sont encouragées par l'inspectrice d'académie chargée de l'intégration scolaire sur le département. Cette conceptualisation de partenariat dans les deux sens est innovante et contribue à lever des réticences de la part des personnels des établissements. L'idée est neuve et nécessite des changements culturels importants chez les professionnels dans l'appréhension de leur métier. Ce concept de partenariat devrait apporter des bénéfices considérables aux enfants.

D'autres écoles de Saumur sont intéressées par cette originalité et aimeraient y participer également. L'unité d'enseignement spécifique de Jalesnes se place forcément à l'interface du réseau mais je dois rester vigilant en ce qui concerne les différences de culture de métier, l'éthique de chacun d'eux et la mise en place des outils de veille et d'évaluation sur la permanence du système. Les conditions sine qua non d'un partenariat nécessitent l'implication et la réciprocité des acteurs dans les actions à mener. Je pense également au respect des logiques d'intervention de chacun.

D'une situation d'enfermement, nous devenons tout à coup une organisation ouverte permettant aux uns et autres de coopérer ensemble. Mais comment peut-on le formaliser ?

C - La coopération : un texte réglementaire attendu.

Une convention doit être passée entre les entités pour définir les prestations, les attendus, les évaluations, et les impacts financiers, s'ils existent. La question des transports est également à régler. Quels sont les systèmes envisageables ?

Depuis la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002, incitant à une plus grande coopération entre établissements et services, peu de textes

réglementaires apportaient des dispositions susceptibles de nourrir cette ambition. La loi était pourtant explicite : un objectif global (« *favoriser la coordination, la complémentarité, garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés* ») et des modalités ouvertes.

Etait attendu depuis 4 ans un texte jetant les bases juridiques de ces «groupements de coopération », pour éviter les structures, pesantes, de type GIE ou GIP. Le décret du 6 avril 2006 répond à cette attente en ouvrant des perspectives originales.

Le décret détaille les objets et missions potentiels des nouveaux « *groupements de coopération*³¹ » :

- ? Exercer directement des actions sociales ou médico-sociales.
- ? Créer et gérer des équipements ou services d'intérêt commun, ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités.
- ? Faciliter des actions concourant à l'évaluation de l'activité et à la qualité des prestations (développement de procédures, références ou recommandations) de ses membres.
- ? Définir ou proposer des actions de formation pour le personnel de leurs différents membres.

Le sujet devra être abordé avec les représentants de l'Éducation Nationale. Cependant, nous pourrions envisager, pour des raisons de simplification administrative de constituer un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et y associer plusieurs établissements médico-sociaux du territoire de Saumur avec les écoles du même secteur. D'autres partenaires pourraient se joindre au groupement (psychiatrie, manifestations artistiques...).

En conclusion, une bonne collaboration doit être étayée par un ensemble de règles écrites précisant les moyens d'évaluation et financiers. Mais, au préalable, chaque entité doit avoir une assise financière équilibrée, lui permettant de fonctionner seule le cas échéant.

2.4.4 - Le directeur dans sa mission de gestionnaire financier.

La contrainte imposée au directeur dans le cadre de cette restructuration est le développement d'une offre de services, différente et diversifiée dans une enveloppe financière, équivalente à celle autorisée pour le budget exécutoire 2005. Je suis confronté à

³¹GACOIN D. Consultant. *Un groupement AD hoc pour coopérer*. pp. 32-33. Directions n° 32– juillet-août 2006. 50 p.

un nouveau paradoxe entre un établissement dans un château nécessitant des travaux importants, mais dont les charges sont minimales et la reconstruction de bâtiments plus adaptés mais plus lourds financièrement. L'exercice est alors périlleux puisque les investissements, du fait de la reconstruction vont peser sur le groupe 3 et par conséquent sur le budget global. Le budget prévisionnel présenté ci-dessous répond aux nouveaux décrets budgétaires du 22 octobre 2003 définissant une répartition par groupes fonctionnels.

Tableau n° 6 : Budget prévisionnel.

Dépenses	Budget exécutoire 2005	Proposition de budget des nouveaux services				Différence de coût
		Semi-int. + internat	CAFS	SESSAD	totaux	
groupe 1	547000	520000	0	26550	546550	-450
groupe 2	3169000	2489000	171119	185000	2845119	-323881
groupe 3	256550	544000	0	32733	576733	320183
total	3972550	3553000	171119	244283	3968402	-4148

Produits	Budget exécutoire 2005	Proposition de budget des nouveaux services				Différence de coût
		Semi-int. + internat	CAFS	SESSAD	totaux	
groupe 1	3554400	3275000	171119	243613	3689732	135332
groupe 2	383150	76000	0	0	76000	-307150
groupe 3	35000	202000	0	670	202670	167670
total	3972550	3553000	171119	244283	3968402	-4148

Dans cette situation, la réduction de l'activité de l'internat génère des économies substantielles. Les enfants et adolescents vivront dans des conditions de vie et d'apprentissage de qualité. Celles-ci ne dépendent pas uniquement de l'aspect architectural mais y participent. Je dois rester vigilant sur la nature des prestations et surtout sur la mise en place d'évaluations, seuls outils permettant de mesurer l'efficacité entre l'action mise en place et le bénéfice retiré par l'enfant et l'adolescent.

La reconstruction est possible financièrement à la condition d'un engagement de trois financeurs :

- Le contrat plan région pour : 20%.
- Les subventions exceptionnelles des services de l'État : 40%.
- Le recours à l'emprunt pour l'association : 40%.

Le produit de la vente du château (une fois libéré par les enfants) viendra réduire les charges financières liées à l'emprunt. L'association est propriétaire et le Conseil d'Administration accepte le reversement du solde restant (une fois remboursés les emprunts courants) à l'Institut Médico-Éducatif de Jalesnes.

En tout état de cause, le fonctionnement du nouvel établissement doit permettre des réductions de frais structurels (chauffage, assurance, impôts fonciers...) ainsi que des économies au niveau de la masse salariale. Le fonctionnement d'un internat permanent est important en charges de personnel, du fait d'une ouverture quotidienne de 365 jours par an.

En revanche, la diversité de réponses d'hébergement collectif (16 places) et individuel (6 places en famille d'accueil) à un coût inférieur à celui d'aujourd'hui ne met pas en jeu une baisse de qualité, bien au contraire. La réduction des effectifs permettra aux cadres hiérarchiques d'être plus disponibles pour les salariés et les enfants. Le recrutement d'un deuxième chef de service renforcera cette qualité et permettra de travailler par objectifs afin d'améliorer la progression de l'enfant et de l'adolescent dans son développement. Des évaluations de l'action individuelle et collective devront être mises en place sur plusieurs axes.

2.5 - Les indicateurs de réussite : les outils d'évaluation.

Pour les professionnels et les équipes des services et établissements médico-sociaux, la réponse pertinente aux besoins des usagers est une préoccupation constante. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 situe bien l'utilisateur comme acteur principal de son projet de vie. La réflexion sur les méthodes et outils existants pour mieux évaluer les besoins des différents enfants et adolescents contribue à donner aux équipes quelques repères utiles à leur action au quotidien. Une mesure doit être prise entre les axes fixés par le projet d'établissement et la déclinaison de l'action par chaque salarié.

Il existe de nombreuses définitions mais je m'appuie sur une définition officielle définie par le décret n°98-1048 du 18 novembre 1998 : « *Évaluer une politique, c'est apprécier son efficacité en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre* ».

L'évaluation s'appuie sur des éléments de méthode. En effet, le niveau d'atteinte des objectifs n'est qu'un élément de l'évaluation, il convient de prendre en compte les effets d'une politique et d'une action et de mesurer ceux qui sont inattendus.

Pour autant, les objectifs indispensables à la structuration d'un projet constituent les éléments de référence sur lesquels l'évaluation s'appuie afin d'analyser objectivement les résultats obtenus, de les apprécier, et d'aider aux décisions à venir.

La loi 2002-02 impose aux établissements et services une double injonction : procéder à l'évaluation interne et externe de leur activité et du service rendu. Pierre Savignat, dans un récent article, soulignait que « *ces démarches sont différentes dans leurs logiques, leur formulation et leurs méthodes, et plaident en faveur d'une adaptabilité de ces outils aux spécificités du secteur médico-social³²* ».

2.5.1 - Les indicateurs de réussite du suivi des enfants et des adolescents.

Afin de définir un projet personnalisé, des évaluations doivent être réalisées, tant au niveau éducatif que pédagogique, sur les apprentissages de l'enfant ou de l'adolescent,. Les enfants doivent pouvoir bénéficier d'un diagnostic (médical, éducatif, pédagogique, comportemental, de leur degré d'autonomie et de leur besoin d'accompagnement) établi par des tiers spécialistes, avant l'entrée, pendant le séjour à l'établissement, et à la sortie de l'Institut Médico-Éducatif.

Des grilles d'évaluations adaptées seront mises en place pour mieux cibler les progrès et les émergences des enfants ; elles serviront de bilan et de préparation au projet personnalisé.

L'intérêt est de choisir un mode d'évaluation qui aura une portée plus large que la grille de l'établissement et même de l'Association (MAP : inapproprié à notre public, Évasion : en annexe...)

Il permettra des comparaisons, mais également une adaptation des structures aux populations.

Dans ce même esprit, l'Association met en place, en collaboration avec l'établissement et les parents, une commission de travail, afin d'étudier des solutions de prises en charge adaptées pour les enfants actuellement accueillis, en recherche de places dans les types de structures pour adultes.

³² PLACIARD J.C. *Évaluation des besoins des usagers : sens, méthodes et outils*. Édition Weka : Paris, septembre 2005. p. 27.

2.5.2 – L'évaluation des violences et maltraitements envers les jeunes accueillis.

La circulaire « n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitements notamment sexuelles dans les institutions sociales et médico sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables » vient renforcer notre vigilance sur les risques de maltraitance, et elle donne des indicateurs qui nous alertent sur des risques potentiels.

La loi 2002-73 du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, dans son article 89, vient garantir une protection à tout professionnel ayant dénoncé des faits de violence sur les personnes accueillies. La législation nous incite à une grande vigilance et à rompre la loi du silence.

Différents paramètres sont à observer et à analyser régulièrement pour éviter tout dérapage. On peut noter, comme facteurs indicatifs de risque de violence, les caractéristiques suivantes :

- La fermeture de l'institution sur elle-même (fonctionnement autarcique),
- L'opacité du fonctionnement de l'institution ou d'une partie de l'institution,
- Le manque de respect des droits des parents, l'emprise sur les enfants,
- Les difficultés récurrentes avec le personnel (licenciements, plaintes, renouvellement rapide des effectifs, sous-qualification, sous-effectif, arrêt maladies à répétition, etc.),
- La multiplicité des incidents (accidents, fugues, violences entre enfants, etc),
- La faible présence des cadres de direction sur le site,
- La diminution du temps de présence des adultes auprès des enfants,
- Le sureffectif alarmant des accueils,
- La promiscuité de population d'enfants et de jeunes trop hétérogènes,
- Les informations négatives sur l'institution, recueillies lors de contacts avec les parents ou avec des tiers,
- Le manque de projet éducatif clair.

Pour éviter ces risques, je dois, à mon sens, inscrire les items suivants dans notre guide de bonnes pratiques quotidiennes :

- Respect de la place et de l'intimité des enfants et des jeunes dans l'organisation collective de la structure,
- Prise en compte par le projet collectif des différents projets personnalisés,
- Organisation de l'information et participation à la vie collective des mineurs,

- Participation effective des parents dans les organes décisionnels ainsi que dans l'organisation de la vie de la structure,
- Qualification et formation du personnel ainsi que modalités de soutien de celui-ci,
- Ouverture de l'établissement vers l'extérieur,
- Rappel de l'interdiction des violences dans les règlements intérieurs.

En décembre 2001, j'ai été invité par les services de l'État à évaluer l'établissement au regard de risques de violence et maltraitance. J'ai présenté une analyse à partir des facteurs indicatifs présentés ci-dessus. Le constat de l'époque révélait une situation alarmante puisque tous les indicateurs étaient réunis pour conforter une situation de maltraitance. Ces paramètres me servent de tableaux de bord que j'observe régulièrement. Pour atténuer ces appréhensions, j'entraîne le personnel vers de nouvelles pratiques autour de trois notions importantes : l'autonomie, la responsabilité et l'engagement professionnel.

2.5.3 – L'évaluation du dispositif interne : un indice de qualité.

Le secteur social et médico-social prend acte de la nécessité d'une qualité de service. L'évaluation instaurée par la loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale est un préalable à la notion de transparence afin de lutter contre les phénomènes de maltraitance dans les établissements. Je partage la définition donnée par certains auteurs traduisant bien cette perception de l'évaluation: *«L'évaluation, enjeu de pouvoir entre les acteurs, peut être : un instrument de légitimation ou de critique, un instrument de clarification ou d'opacité, un instrument d'exclusion ou d'intégration »*.³³

L'évaluation interne et externe sont inscrites dans la loi du 02 janvier 2002, mais elle sont indispensables pour mesurer l'écart entre les objectifs définis par le projet d'établissement et la réalité.

A- Une évolution des pratiques managériales.

L'évaluation ne pourra s'instaurer, dans les établissements et services sans, au préalable, une évolution en profondeur des pratiques managériales. La loi 2002-02, rénovant l'action sociale et médico-sociale, confirme les droits des usagers et introduit dans notre secteur professionnel une logique de projet, d'évaluation et de qualité. Elle participe à

³³ FRAISSE, BONNETI et DE GAULEJAC – *citation reprise dans l'ouvrage de Jean AFCHAIN : Les associations d'action sociale* – Dunod : Paris, 1993. p. 20.

la refonte d'un management des établissements et services d'après Francis Batifoulier et François Noble³⁴.

J'utiliserai, pour ma part, l'évaluation comme opportunité afin de développer une véritable gestion par objectifs et je l'emploierai comme un outil de pilotage du projet d'établissement. Elle devient alors l'occasion d'une réflexion partagée sur les finalités de l'accompagnement éducatif, pédagogique, thérapeutique et médical et sur les moyens à mobiliser. Cette approche conduit à raisonner en terme de progrès et d'amélioration de la qualité par un effort continu. Pour obtenir ce résultat, je dois communiquer aux personnels en toute transparence les attendus de cette méthodologie.

Je dois pouvoir faire accepter l'évaluation comme le levier d'un progrès à construire au bénéfice commun des personnes accompagnées, des professionnels, et de l'établissement. L'évaluation doit être perçue comme un moyen au service du changement, loin de toute intention de contrôle et de sanction. Elle doit amener à modifier certains processus de travail ou à formaliser des modes opératoires lors de réflexions partagées avec le souci constant de l'intérêt commun.

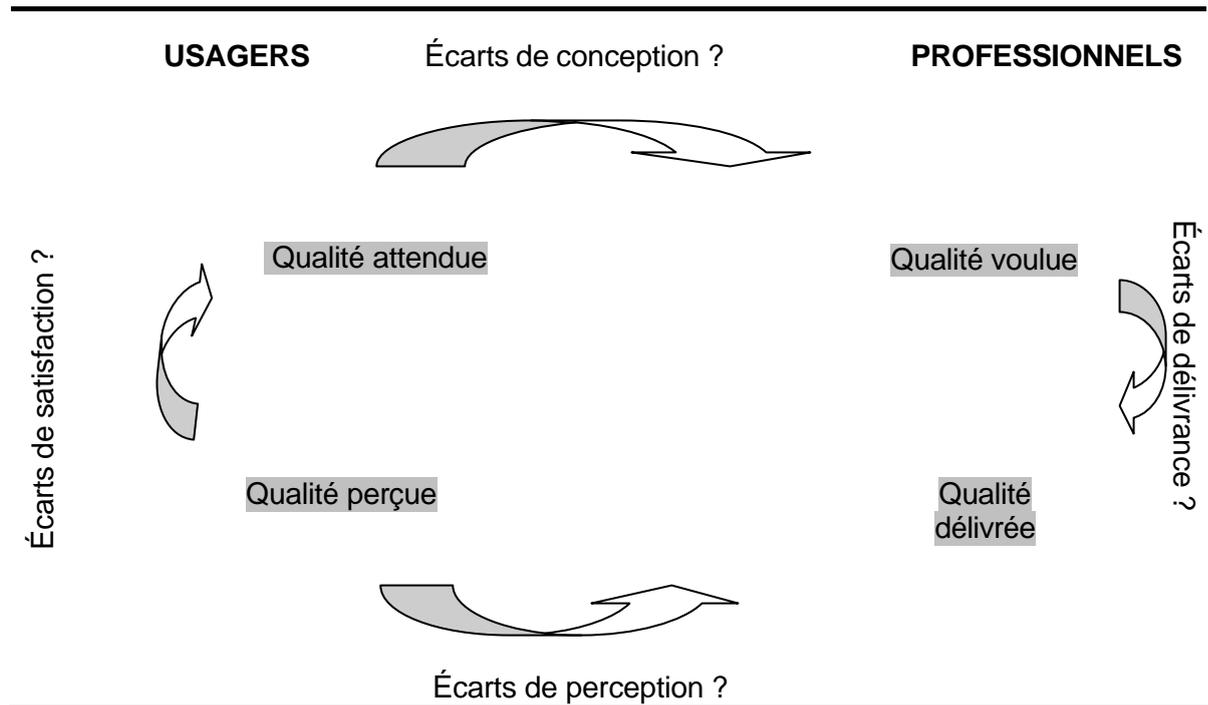
Les équipes s'efforceront alors de mieux comprendre les modes de fonctionnement de l'enfant pour établir un accompagnement adapté et mieux définir le projet personnalisé. En effet, une évaluation annuelle et individuelle permet de mesurer ensemble l'action quotidienne dans le dispositif institutionnel.

B – L'établissement, inscrit dans une démarche d'évaluation.

Je souhaite que l'établissement rentre dans un processus d'évaluation, à partir d'un référentiel développé par le CREAL des Pays de Loire. Un groupe de 10 personnes-ressources sera constitué. Dans le même esprit de citoyenneté développé précédemment, les salariés, les enfants et leur représentant doivent être entendus afin de mesurer l'écart entre les intentions et la réalité. Cette dimension d'évaluation a comme premier objectif d'en corriger les effets négatifs. Une évaluation proche de nos déclarations d'intention ne pourra que rendre service à l'enfant et à l'adolescent. Je reprends un schéma élaboré dans

³⁴ BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Dunod : Paris, 2005. 248 p.

le guide méthodologique de la DGAS³⁵ (Direction Générale de l'Action Sociale) pour illustrer mon propos.



Si les finalités de l'évaluation sont nombreuses, celles-ci sont avant tout une aide à la décision du maintien, de l'amélioration ou d'un arrêt d'une politique ou d'une action. C'est aussi un moyen pour l'administration de rendre compte de son action aux élus et aux citoyens avec le souci d'une bonne gestion de l'argent public. L'évaluation est également un processus d'apprentissage collectif. Les acteurs qui sont associés à l'évaluation d'une politique publique comprennent mieux sa logique et ses objectifs.

2.5.4 - L'analyse de ma pratique de direction pour conduire ce changement.

La théorie de la citoyenneté développée dans ce mémoire est peut-être idéalisée mais c'est pourtant grâce à cette approche, consistant à rechercher la participation des professionnels, à valoriser leurs compétences, à instituer un cadre structurel autour de valeurs éthiques et déontologiques, que j'ai emmené les professionnels vers un autre projet. J'ai ainsi réussi à les fédérer en définissant leur rôle, leur fonction et leur champ d'intervention afin qu'ils construisent, de façon sereine, leurs actions éducatives. J'ai ainsi tiré définitivement un trait sur des pratiques dichotomiques : entre ce qui était fait et non avoué, et ce qui se faisait sans véritablement fondement idéologique. J'ai réussi à casser

³⁵ DGAS. *Démarche qualité – Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire* – Guide méthodologique. 2004. p.10.

les murs en les remplaçant par un cadre contenant en définissant notamment un référentiel théorique unanime (approche analytique et approche cognitive), en apportant une formation technique pointue, et un savoir-faire auprès de ces publics en dyscapacité.

La première restructuration de cet établissement que j'ai conduite en 2002 (l'inscription de tous les enfants dans des activités) a conforté les professionnels dans une dimension de changement. Une prise de conscience s'est faite, prouvant qu'au-delà des intentions, un bouleversement culturel était engagé. J'ai développé des projets sur des temporalités différentes (court, moyen et long terme) afin que le personnel ne soit pas retenu par un seul changement mais que le mouvement général entraîne l'ensemble de l'organisation dans une refonte totale. Les plus réfractaires ne pouvaient résister longtemps puisque tous les fondements de l'établissement étaient remis en cause. Les négociations avec les délégués syndicaux (inter-associatif) m'ont été d'une aide précieuse. Ils ont adhéré très rapidement à l'ensemble du projet que je présentais. Je dépassais alors les limites de l'établissement (très renfermé) pour recueillir un avis d'élus plus large que celui des seuls interlocuteurs de l'organisation. L'effet médiatique sur la restructuration de cet établissement a sans aucun doute été relayé par ces canaux de communication auprès des autres établissements, associations et pouvoirs politiques.

En l'interne, j'ai donné confiance aux professionnels en réglant des problèmes matériels par des actions concrètes de recherche de fonds auprès d'un mécénat d'entreprise. Celles-ci ont abouti et ont permis à l'enfant et l'adolescent d'apprendre dans de meilleures conditions (site informatique avec écran tactile, tondeuse électrique, ferme...). Par ces réalisations concrètes, j'ai donné au personnel le désir de devenir acteur dans une vraie dimension citoyenne où les idées, projets peuvent être soutenus quelle que soit la qualification du personnel mais avec une seule contrainte : une formalisation écrite sur les objectifs recherchés et des moyens d'évaluation.

En conclusion, les professionnels, grâce à l'originalité du projet vont passer d'une responsabilité collective à une responsabilité individuelle. Le passage d'une logique d'enfermement à une plate-forme de services où qualité et évaluation vont être les lignes de guidance. Le projet d'établissement a été et reste une vraie opportunité afin de fonder une démarche de changement. Je suis conscient que la problématique de ce mémoire interroge sur la capacité des salariés à dépasser leurs représentations d'accompagnement des enfants et adolescents dans un autre environnement, avec un développement de liens sociaux comme objectif prioritaire. La concrétisation des partenariats avec l'Éducation Nationale sera un vrai levier, dont l'origine est le souhait des uns et des autres de collaborer ensemble.

CONCLUSION

Les institutions évoluent et c'est bien là l'enjeu de la fonction de direction. Celle-ci amène à conduire le changement dans une organisation médico-sociale. Le directeur est à l'interface de plusieurs composantes de temps et d'acteurs. Tout en respectant les orientations définies par l'association employeur, il manage une gestion financière, des ressources humaines et une mission d'utilité publique qui vient recouvrir l'idée d'innovation sociale³⁶. J'entends par ce concept une universalité de prise en charge qui produit des effets sur tous les citoyens et non pas uniquement sur les enfants accueillis par le secteur médico-social. Lors de mon développement dans ce mémoire sur les interactions entre l'école et l'unité d'enseignement, j'entends bien m'approprier par un dispositif complémentaire les enjeux qui se jouent autour de la loi du 11 février 2005 sur l'inscription de tous les enfants à l'école de leur quartier. Cette avancée législative doit être, même si de nombreuses résistances existent, un support de coopération des institutions elles-mêmes pour réussir la dimension citoyenne.

Je prends conscience que l'exercice solitaire du pouvoir n'est plus de mise et je partage le diagnostic de Patrick Lefèvre sur la fonction de direction « *C'est un lieu de réflexion, d'examen, d'analyse du fonctionnement institutionnel, d'élaboration stratégique*³⁷ ». Le directeur n'est plus un électron libre, il se réfère aux orientations du Conseil d'Administration, il est relié à la pluralité des acteurs associatifs (professionnels, organisme de tarification, Maison Départementale des Personnes Handicapées). Cette expérience de 5 années m'a appris à écouter, composer, communiquer, évaluer, travailler en équipe. J'ai observé que les leviers d'action étaient souvent liés entre eux. De mon point de vue, la fonction de direction est complexe du fait d'une pluralité de compétences. L'attention continuelle portée aux politiques publiques, surtout depuis ces dernières années, oblige à adapter l'organisation à ces évolutions pour une garantie de la qualité de service auprès de l'enfant et l'adolescent. Celles-ci amènent des bouleversements dans les pratiques professionnelles et le directeur doit être en capacité de les gérer. Le projet de restructuration que j'ai mené à bien peut encore connaître des rebondissements entre la phase initiale conceptuelle et l'ouverture réelle des services. Je suis conscient de ne pas être dans la même temporalité que les salariés et je vais les accompagner, aidé des cadres techniques et hiérarchiques, lors de la prise de leurs nouvelles fonctions dans un

³⁶ BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Op. cit.

³⁷ Patrick Lefèvre. *Guide de la fonction de direction*, Dunod : Paris, 2003. 290 p.

autre environnement. Une évaluation sera réalisée, tous les trois mois dans un premier temps pour mesurer l'écart entre le projet et sa réalité. Je souhaite ensuite que les professionnels puissent prendre leur indépendance au niveau de leur engagement et de leur responsabilité dans la coordination du projet de vie de l'enfant et de l'adolescent³⁸.

Pour achever ce travail de restructuration, et en finir avec cette identification à un établissement clos de mur, un nom reste à inventer puisque le nom « Jalesnes » appartient au château. Un système de concours est organisé en interne afin que chaque salarié puisse donner son assentiment au nom qui sera choisi et commencer tout doucement à s'approprier le changement qui aura lieu à la rentrée scolaire 2007.

³⁸ LOUBAT J-R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Op. cit. p. 221.
Coordination de projet en annexe 9.

BIBLIOGRAPHIE

Enfants et Adultes atteints de Troubles Envahissants du Développement

1) Ouvrages :

- CROIZET J-C. et LEYENS J-P. « *Mauvaises réputations, réalités et enjeux de la stigmatisation sociale* ». Lièges : Armand Colin, 2003. 299 pages.
- CHAUVIÈRE M. et PLAISANCE É. *L'école face aux handicaps*. PUF : Paris, 2000. 250 p.
- Goffman E. *Asiles - Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Présentation de Robert Castel. Les éditions de minuit. Paris : Traduction en 1968. 439 p.
- PAUGAM S. *L'exclusion : l'état des savoirs*. Paris : édition la découverte, 1996. 583 p.
- STIKER H-J. *Pour le débat démocratique : la question du handicap*. Éditions du CTNERHI : Paris, 2000. 150 p.

2) Revues et articles :

- Autisme, cerveau, et développement : de la recherche à la pratique – 23-24 juin 2003. Colloque au Collège de France. Paris. 165 pages.
- Autismes et Accompagnements au quotidien – 24 septembre 2004. Colloque à Angers. 112 pages.

3) Rapports :

- CHOSSY J-F. *La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives*. Septembre 2005. 73 p.

- Geoffroy G. *La scolarisation des enfants handicapés : conséquences sur les relations entre les institutions scolaires et médico-sociales*. Député de Seine et Marne : parlementaire en mission du 1^{er} avril - 30 septembre 2005.

4) Site Internet :

- Explorer l'autisme : « *un regard sur les origines génétiques de l'autisme* ». National Alliance for Autism Research - Brilliant Content. - info@exploringautism.org
- Fédération française de psychiatrie - En partenariat avec la Haute Autorité de santé - Juin 2005 Mis en ligne le dimanche 30 octobre 2005
<http://www.autisme.net/historique.html>

Fonction de direction

1) Ouvrages :

- ANDESI sous la coordination de Daniel Guaquère et Hélène Cornière. *Être directeur en action sociale aujourd'hui : Quels enjeux ?* Éditeur ESF : Paris, 2005. 196 p.
- BAREL Y. *Le Paradoxe et le système- Essai sur le fantastique social* – PUG : Paris, 1989. 329 p.
- BATIFOULIER F. et NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Dunod : Paris, 2005. 248 p.
- BOUTINET J-P. *Anthropologie du projet*. PUF : Paris, 1999. 350 p.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Édition du Seuil, 1981. 500p.
- FRAISSE, - BONNETI et DE GAULEJAC – *citation reprise dans l'ouvrage de Jean AFCHAIN : Les associations d'action sociale* – Dunod : Paris, 1997. 270 p.
- GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies, méthodes*. Dunod : Paris, 2002. 330p.

- LAFAYE C. La sociologie des organisations. Édition : Claire Hennaut, Lusson, 1996. 128 p.
- LEFÈVRE P. *Guide de la fonction de direction*, Dunod : Paris, 2003. 290 p
- LOUBAT J-M. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Dunod : Liège, janvier 2002. -258 p.
- MANNONI P. *Les représentations sociales – Que sais-je ? –* Vendôme : Editions du PUF, 1998. 125 p.
- MIRAMON J-M. *Manager le changement dans l'action sociale*. ENSP : Rennes, 1996. 105 p.
- PLACIARD J-C. *Évaluation des besoins des usagers : sens, méthodes et outils*. Édition Weka : Paris, septembre 2005. 142 p.
- ROBERT A. Nisbet. *La Tradition Sociologique*. Paris : PUF, 1984. 409 p.
- PERRET V. et JOSSERAND E. *le paradoxe : penser et gérer autrement les organisation*. Ellipses : Paris, 2003.

2) Revues et articles :

- GACOIN D. Consultant. *Un groupement AD hoc pour coopérer*. Directions n° 32– juillet-août 2006. 50 p.
- Guide du directeur – *Établissement -Service social ou médico-social-* Édition : DIRECTIONS, 2006. p144.
- *Manager les compétences : le défi de la décennie-* les cahiers de l'actif, n° 314-317, juillet-octobre 2002.

3) Rapports :

- DGAS. Démarche qualité – *Évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire –* Guide méthodologique. 2004. 40 p. Disponibilité : <http://www.sante.gouv.fr>

- GEOFFROY G. *Études et perspectives*. P 47. Directions n° 25 – décembre 2005.
50 p.

Textes réglementaires :

Codes :

Code de l'Action Sociale et des Familles

Lois :

- Loi N°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi N°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- La loi 2002-73 du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale.
- Loi N°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.
- Loi N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Décrets :

- Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 : remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et ter au décret du 9 mars 1956.

Circulaires :

- La circulaire interministérielle n°DGAS/DGS/DHOS/3c/2005/124 du 08 mars 2005.
- Réclamation n° 13/2002 examinée par le Comité européen des droits sociaux au cours de sa 191^{ème} session.
- La circulaire « n° 2001-306 du 3 juillet 2001 relative à la prévention des violences et maltraitances.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Grille ÉVASION CREAL.

ANNEXE 2 : La charte sociale européenne révisée.

ANNEXE 3 : Répartition du personnel après restructuration.

ANNEXE 4: Carte du schéma départemental.

ANNEXE 5 : Plan de Vernantes.

ANNEXE 6 : Évaluation de la part de socialisation dans le projet actuel.

ANNEXE 7 : Échéancier de mise en œuvre du projet.

ANNEXE 8 : Le changement : une conception paradoxale.

ANNEXE 9 : Rôle du coordinateur de projet.

Les personnes handicapées

Evaluation des situations individuelles de besoins estimes

EVASION

Temps de passation:

LES PROFESSIONNELS AVANT D'ENSEIGNER LE DISCIPLINNAIRE

I - RESSOURCES FONCTIONNELLES

Dimension SOMATIQUE

1 - Initiales du nom et du prénom :

Fonction :

2 - Initiales du nom et du prénom :

Fonction :

Dimension PSYCHIQUE

1 - Initiales du nom et du prénom :

Fonction :

2 - Initiales du nom et du prénom :

Fonction :

II - ADAPTATION DANS LA VIE INDIVIDUELLE ET SOCIALE

1 - Initiales du nom et du prénom :

Fonction :

2 - Initiales du nom et du prénom :

Fonction :

CREAI Pays de la Loire

«Le Sillon de Bretagne» - 8, Av. des Théophrastes - CP 30406 - 44304 St-HERBLAIN Cedex
Tél. : 02 28 01 19 19 / Fax : 02 51 78 67 79 / e-mail : info@creai-nantes.asso.fr

Ministère de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées
DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

Date d'ouverture : 19

Type d'agrément (MAS, FAM, FO/FV) :

Code FINESS : (9 chiffres)

Nombre de places installées : places

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

N° d'ordre de la personne :

(Affecter un n° à chaque personne et conserver le tableau de correspondance)

Sexe (F/H) : Année d'entrée dans l'établissement : 19

Date de naissance : / / 19
(jour / mois / année)

Appareillages et aides techniques utilisés habituellement par la personne :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -

Fiche descriptive

Eric CHOTARD - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2006

MODALITES DE CODAGE du niveau de fonctionnement (sans appareillage, ni aide technique)

☞ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant à la situation de la personne

- A - Il n'y a pas de dysfonctionnement, ou alors il serait accidentel
- B - Il n'y a pas actuellement de dysfonctionnement mais une fragilité est perçue dans ce domaine
- C - Il y a un dysfonctionnement discontinu mais qui ne met pas en jeu les fonctions vitales
- D - Il y a un dysfonctionnement permanent mais qui ne met pas en jeu les fonctions vitales
- E - Il y a un dysfonctionnement discontinu qui met en jeu les fonctions vitales
- F - Il y a un dysfonctionnement permanent qui met en jeu les fonctions vitales
- PID - Pas d'information disponible

MODALITES DE CODAGE du niveau de réponse professionnelle nécessaire

☞ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant au niveau de réponse professionnelle estimée nécessaire

- 1 - Attention de principe (hors contrôle systématique)
- 2 - Attention permanente avec soins habituels immédiats (soins de confort, manipulations, mobilisations, adaptations,...) et contrôle systématique
- 3 - Attention permanente avec intervention immédiate du personnel infirmier ou médical ou paramédical

PID - Pas d'information disponible

LES RESSOURCES FONCTIONNELLES DE LA PERSONNE		
INDICATEUR	A - Information soignée	CODE
1 Système sanguin et immunitaire <small>(Chap III, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
2 Système endocrinien, nutrition et métabolisme <small>(Chap IV, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
3 Système nerveux <small>(Chap VI, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
4 Système circulatoire <small>(Chap IX, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
5 Système respiratoire <small>(Chap X, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
6 Système digestif <small>(Chap X0, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
7 Système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif <small>(Chap XIII, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
8 Appareil génito-urinaire <small>(Chap XIV, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
9 Peau et tissu cellulaire, sous-cutané <small>(Chap XII, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
10 Œil et annexes <small>(Chap X0, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
11 Oreille et apophyse mastoïde <small>(Chap VIII, CIM 10)</small>	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
12 Proprioception, sensibilités (agnosie, hyperesthésie,...). Sensibilités proprioceptives (muscles, viscères) et extéroceptives (tactiles)	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	

Se référer à l'extrait de la CIM 10 pour la définition de chaque rubrique

MODALITES DE CODAGE du niveau de fonctionnement

☛ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant à la situation de la personne

- A - La personne n'a pas de difficulté dans ce domaine, ou alors ce serait accidentel
- B - La personne n'a pas de difficulté actuellement mais une fragilité est perçue dans ce domaine
- C - La personne a des difficultés partielles mais qui ne représentent aucun risque pour elle ou pour les autres
- D - La personne a des difficultés massives mais qui ne représentent aucun risque pour elle ou pour les autres
- E - La personne a des difficultés partielles qui représentent un risque pour elle ou pour les autres
- F - La personne a des difficultés massives qui représentent un risque pour elle ou pour les autres

PID - Pas d'information disponible

MODALITES DE CODAGE du niveau de réponse professionnelle nécessaire

☛ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant au niveau de réponse professionnelle estimée nécessaire

- 1 - Attention de principe
- 2 - Prise en compte permanente avec réponse collective suffisante
- 3 - Prise en compte permanente avec nécessité de réponse individuelle épisodique (éducative ou accompagnement de la vie quotidienne)
- 4 - Prise en compte permanente avec nécessité de réponse individuelle épisodique pluridisciplinaire intégrant l'approche éducative, psychologique, voire psychiatrique
- 5 - Surveillance active et réponse individuelle permanente
- 6 - Surveillance active et réponse individuelle permanente pluridisciplinaire intégrant l'approche éducative, psychologique, voire psychiatrique

PID - Pas d'information disponible

INDICATEUR	5 - 10 - 15 - 20 - 25 - 30 - 35 - 40 - 45 - 50 - 55 - 60 - 65 - 70 - 75 - 80 - 85 - 90 - 95 - 100	CODE
FONCTIONNEMENT INTELLECTUEL		
13 Etre vigilant	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
14 Fixer son attention	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
15 Mémoriser	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
16 Se repérer dans l'espace	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
17 Se repérer dans le temps	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
18 Repérer les différences	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
19 Regrouper en catégories	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
20 Repérer des liens	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
21 Comprendre des messages (oraux ou non)	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
22 Produire des messages codés	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
23 Réaliser des apprentissages	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	

MODALITES DE CODAGE du niveau de fonctionnement

☛ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant à la situation de la personne

- A - La personne n'a pas de difficulté dans ce domaine, ou alors ce serait accidentel
- B - La personne n'a pas de difficulté actuellement mais une fragilité est perçue dans ce domaine
- C - La personne a des difficultés partielles mais qui ne représentent aucun risque pour elle ou pour les autres
- D - La personne a des difficultés massives mais qui ne représentent aucun risque pour elle ou pour les autres
- E - La personne a des difficultés partielles qui représentent un risque pour elle ou pour les autres
- F - La personne a des difficultés massives qui représentent un risque pour elle ou pour les autres

PID - Pas d'information disponible

MODALITES DE CODAGE du niveau de réponse professionnelle nécessaire

☛ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant au niveau de réponse professionnelle estimée nécessaire

- 1 - Attention de principe
- 2 - Prise en compte permanente avec réponse collective suffisante
- 3 - Prise en compte permanente avec nécessité de réponse individuelle épisodique (éducative ou accompagnement de la vie quotidienne)
- 4 - Prise en compte permanente avec nécessité de réponse individuelle épisodique pluridisciplinaire intégrant l'approche éducative, psychologique, voire psychiatrique
- 5 - Surveillance active et réponse individuelle permanente
- 6 - Surveillance active et réponse individuelle permanente pluridisciplinaire intégrant l'approche éducative, psychologique, voire psychiatrique

PID - Pas d'information disponible

<i>FONCTIONNEMENT EMOTIONNEL</i>	
24 Prendre en compte la réalité externe	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
25 Exprimer des émotions	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
26 Contrôler ses émotions	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
27 Gérer la tension entre désirs et contraintes de réalité	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
28 Etre capable d'agir	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
29 Pouvoir fonctionner sur différents registres d'humeur	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
<i>FONCTIONNEMENT RELATIONNEL ET SOCIALISATION</i>	
30 Exprimer des désirs	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
31 Avoir conscience de ses besoins	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
32 Faire des choix	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
33 Adapter ses réponses relationnelles	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
34 Adapter sa conduite à l'environnement	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
35 Utiliser des codes sociaux	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
36 Utiliser ses potentialités	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire
37 Utiliser les ressources disponibles de l'environnement	Niveau de fonctionnement
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire

MODALITES DE CODAGE du niveau de fonctionnement
(avec appareillages et aides techniques)

☞ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant à la situation de la personne

- A - La personne fait seule totalement et habituellement (1)
- B - La personne ne fait pas toujours seule (1)
- C - La personne ne fait jamais totalement seule (1)
- D - La personne ne fait jamais seule même partiellement
- PID - Pas d'information disponible

(1) se poser la question :
que ferait la personne s'il n'y avait pas d'aide humaine ?

MODALITES DE CODAGE du niveau de réponse professionnelle nécessaire

☞ Pour chacun des domaines, reporter la lettre correspondant au niveau de réponse professionnelle estimée nécessaire

- 1 - Pas d'intervention humaine
- 2 - Attention et intervention humaine ponctuelle
- 3 - Attention et intervention humaine régulière
- 4 - Prise en charge permanente
- PID - Pas d'information disponible

INDICATEUR		CODE
47 Entretien son linge (trier, laver, sécher, ranger)	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
48 Prendre soin des espaces privés individuels	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
49 Gérer ses démarches administratives et son budget	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
50 Gérer ses occupations sociales à l'intérieur de l'établissement	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
51 Gérer ses occupations sociales à l'extérieur de l'établissement	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
52 Recueillir, utiliser et transmettre l'information	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	
53 Utiliser la lecture, l'écriture et/ou le calcul dans le quotidien	Niveau de fonctionnement	
	Niveau de réponse professionnelle nécessaire	

ANNEXE 2 : Charte sociale européenne révisée.

Droits des personnes handicapées : Fiche d'information sur l'article 15 de la Charte sociale européenne révisée



Droits des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté

En vue de garantir aux personnes handicapées, quels que soient leur âge, la nature et l'origine de leur handicap, l'exercice effectif du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté, les Parties s'engagent notamment:

1. à prendre les mesures nécessaires pour fournir aux personnes handicapées une orientation, une éducation et une formation professionnelle dans le cadre du droit commun chaque fois que possible ou, si tel n'est pas le cas, par le biais d'institutions spécialisées publiques ou privées;
2. à favoriser leur accès à l'emploi par toute mesure susceptible d'encourager les employeurs à embaucher et à maintenir en activité des personnes handicapées dans le milieu ordinaire de travail et à adapter les conditions de travail aux besoins de ces personnes ou, en cas d'impossibilité en raison du handicap, par l'aménagement ou la création d'emplois protégés en fonction du degré d'incapacité. Ces mesures peuvent justifier, le cas échéant, le recours à des services spécialisés de placement et d'accompagnement;
3. à favoriser leur pleine intégration et participation à la vie sociale, notamment par des mesures, y compris des aides techniques, visant à surmonter des obstacles à la communication et à la mobilité et à leur permettre d'accéder aux transports, au logement, aux activités culturelles et aux loisirs.

Toutes les dispositions de la Charte sont applicables aux personnes handicapées. L'article E de la Charte révisée, la clause de non-discrimination, stipule que : « la jouissance des droits reconnus doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation ». Toute discrimination, notamment celle fondée sur le handicap, se trouve ainsi interdite. Cela suppose l'égalité d'accès des personnes handicapées aux droits garantis par la Charte. L'article E interdit non seulement la discrimination directe, mais aussi toutes les formes de discrimination indirecte que peuvent révéler soit les traitements inappropriés de certaines situations, soit l'inégal accès des personnes placées dans ces situations et des autres citoyens aux divers avantages collectifs.

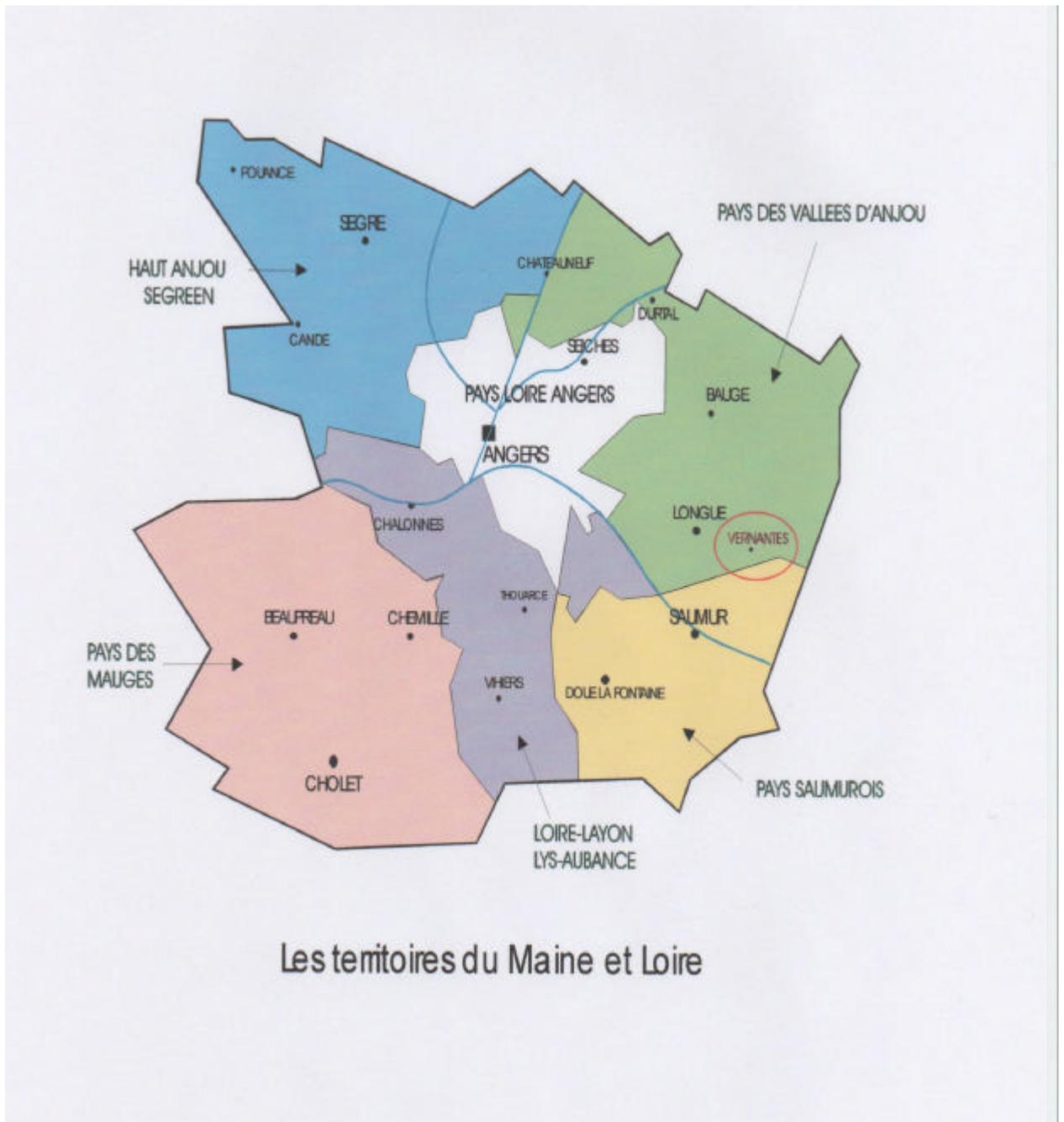
La Charte garantit à l'article 15 des droits spécifiques pour les personnes handicapées.

L'article 15 vaut pour tous les types de handicap - physique, mental et intellectuel. Son but est globalement d'assurer l'exercice effectif des droits à l'autonomie et à l'intégration sociale. L'idée sous-jacente à l'article 15 est que les personnes handicapées doivent jouir pleinement de la citoyenneté.

ANNEXE 3 : Répartition du personnel après restructuration.

REPARTITION DU PERSONNEL	Actuelle	FUTURE AVEC DIVERSITE DE SERVICES				
	ETP	ETP	S.-Int	Int.	CAFS	SESSAD
AIDES MEDICO PSYCHOLOGIQUE	15,2	10,2	0	10,2	0	0
EDUCATEURS DE JEUNES ENFANTS	1	2	1	0	0	1
EDUCATEURS SCOLAIRES	2	2	2	0	0	0
EDUCATEURS SPECIALISES	10	10	4	4	0	2
EDUCATEURS SPORTIFS	0,5	0,5	0,5	0	0	0
EDUCATEURS TECHNIQUES	1	1	1	0	0	0
MONITEURS EDUCATEURS	10,75	7,5	3,5	4	0	0
TOTAUX	40,45	33,2	12	18,2	0	3
PARAMEDICAL						
ORTHOPHONISTE	0,25	1	0,5	0	0	0,5
KINESITHERAPEUTE	0,28	0,28	0,28	0	0	0
PSYCHOMOTRICIEN	1	1	0,75	0	0	0,25
TOTAUX	1,53	2,28	1,53	0	0	0,75
MEDICAL						
PSYCHIATRE	0,25	0,25	0,15	0	0	0,1
GENERALISTE	0,2	0,2	0,2	0	0	0
INFIRMIERES	1,69	1,69	1,69	0	0	0
AIDES SOIGNANTES	0,75	0,75	0,75	0	0	0
TOTAUX	2,89	2,89	2,79	0	0	0,1
THERAPEUTIQUE						
PSYCHOLOGUES	1,7	1,7	1	0	0	0,7
SOCIAL	1	0,5	0,5	0	0	0
AGENTS DE SERVICE INTERIEURS	6,95	7	3,5	3	0	0,5
SURVEILLANTS DE NUIT	4,2	2,5	0	2,5	0	0
ACCOMPAGNATEURS DE TRANSPORT	0,3	0,3	0	0,3	0	
SERVICES ADMINISTRATIFS	11,1	11,1	10,5	0	0	0,6
DIRECTION						
DIRECTEUR GENERAL D'ASSOCIATION	0,24	0,24	0	0,2	0	0,04
DIRECTEUR	1	1	0	0,75	0	0,25
CHEFS DE SERVICE	1	2	0,5	0,8	0,2	0,5
TOTAUX	2,24	3,24	0,5	1,75	0,2	0,79
Totaux généraux	72,36	64,71	32,32	25,75	0,2	6,44
<i>création de 6 familles d'accueil</i>						

ANNEXE 4 : Carte du schéma départemental.

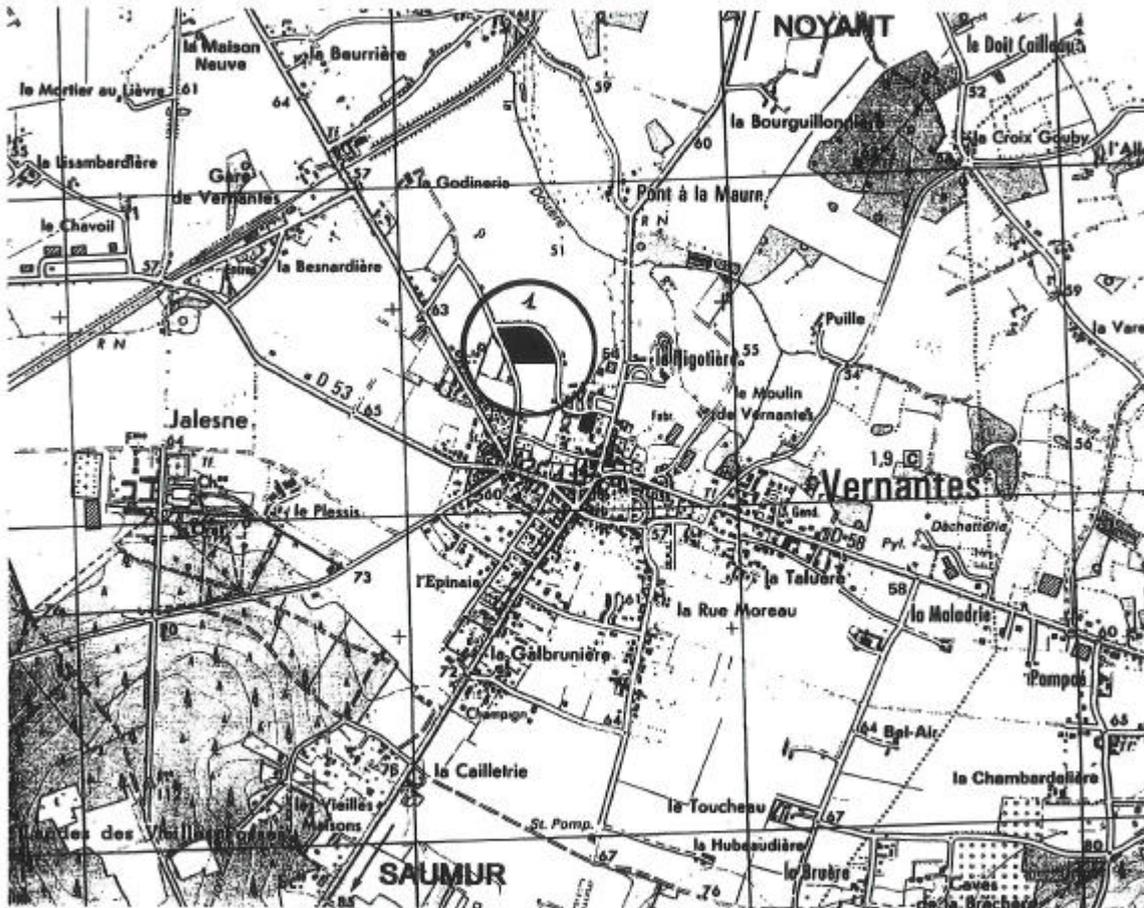


ANNEXE 5 : Plan de Vernantes.

ANNEXE 5 : Plan de Vernantes.

(Échelle : 1/15000)

- 1) Implantation du semi-internat.
- 2) Implantation des deux « maisons de vie ».

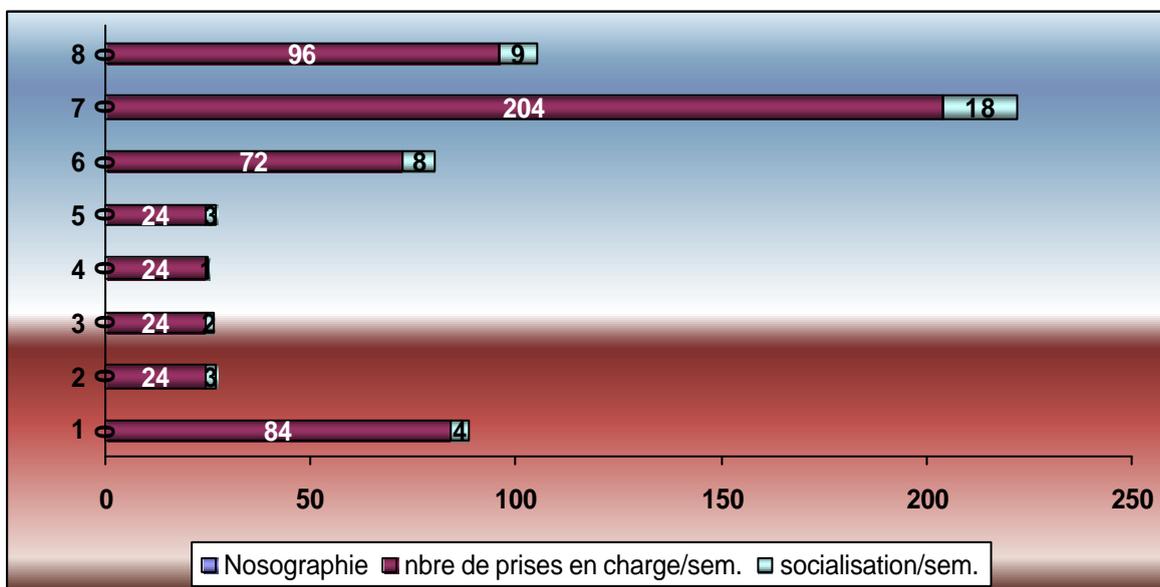


ANNEXE 6 : Évaluation de la part de socialisation dans le projet actuel.

(Données recueillies d'après le projet personnalisé de chaque enfant,
puis cumulées par nosographie)

Légende	Nosographie	Nombre de prises en charge/sem.	Socialisation hebdomadaire
1	Déficience dysharmonique /retard mental léger (50-70) + psychose	84	4
2	Déficience dysharmonique /retard mental léger (50-70) + T. graves du comportement.	24	3
3	Déficience dysharmonique/ retard mental moyen (35-49) + psychose	24	2
4	Déficience dysharmonique/ retard mental profond (<20) + épilepsie grave	24	1
5	Déficience dysharmonique/ retard mental sévère (20-34) + psychose	24	3
6	Déficience harmonique/ retard mental sévère (20-34)	72	8
7	Troubles envahissants du Développement	204	18
8	Troubles envahissants du Développement associés à des T. graves du comportement.	96	9

Chaque jeune est inscrit dans 12 ateliers (éducatif, pédagogique, thérapeutique) par semaine. La part de la socialisation dans le projet reste infime comme nous le percevons sur ce tableau et sur ce graphe.



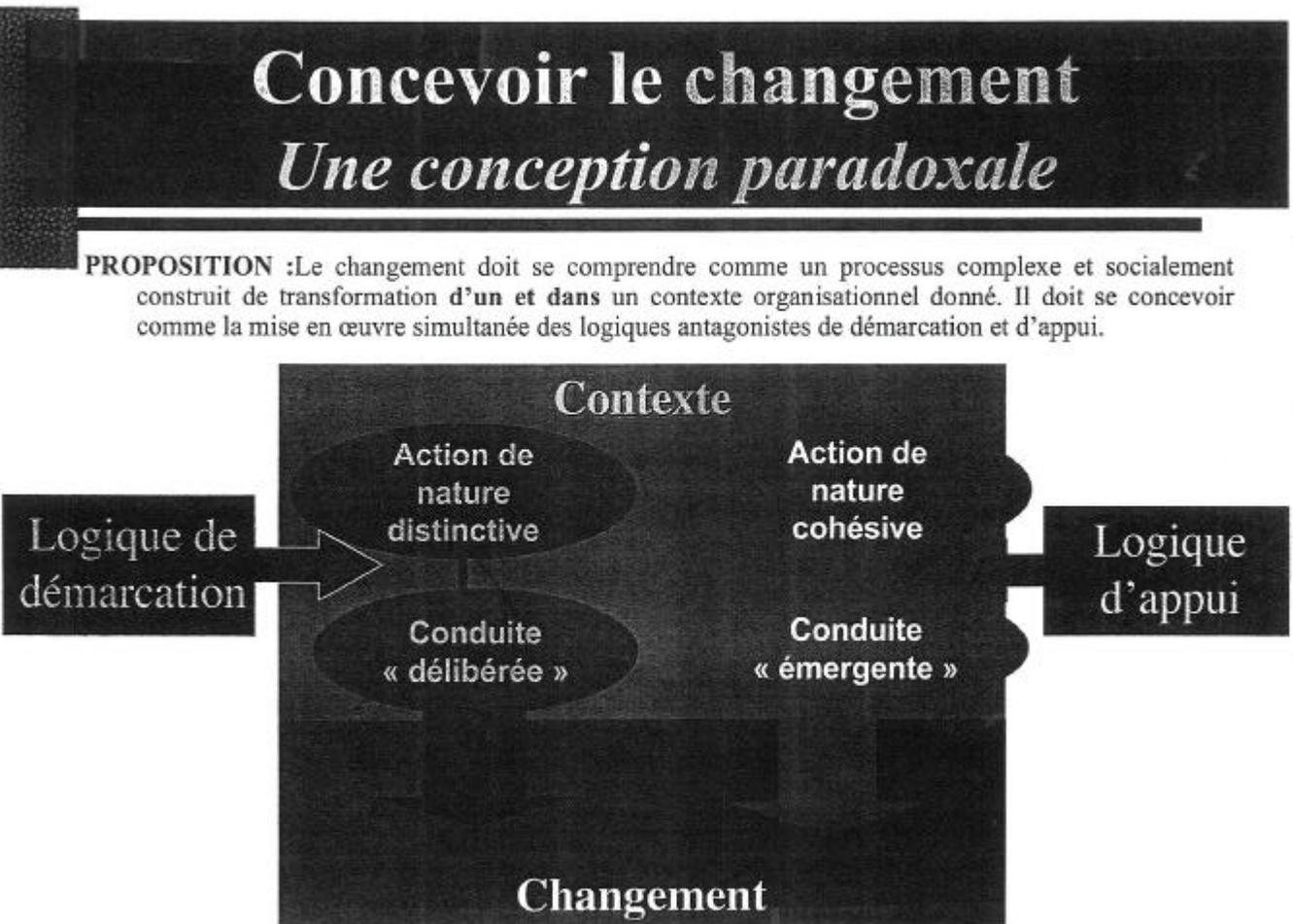
ANNEXE 7 : Échéancier de mise en œuvre du projet.

Actions	Acteurs	Terme
Projet d'établissement : réflexion en commission	tous les salariés	Fin 2003
Écriture du projet d'établissement	10 personnes représentant les différentes fonctions	Janvier à juin 2004
Validation	Conseil de la Vie Sociale	Mars 2004
	Conseil d'Administration	Mai 2004
	Instances du personnel	Juin 2004
Remise du projet d'établissement	A chaque salarié	Juillet 2004
Travaux sur outils de la loi	10 personnes représentant les différentes fonctions	de septembre 04 à décembre. 2005
Présentation devant le CROSMS	Président, directeur général et directeur	Juin 2005
Appropriation du nouveau projet	tous les salariés	6 mois : fin décembre 2005
Travaux sur organisation	salariés concernés	Janvier 2006 à juin 2007
Entretien annuel de professionnalisation	tous les salariés	Janvier 2006 à juin 2007
Fiche de vœux pour recueillir le souhait du salarié	tous les salariés	Novembre 2006
Validation des affectations	le directeur	Décembre 2006
Ouverture des nouveaux services	tous les salariés	Septembre 2007

ANNEXE 8 : Concevoir le changement : une conception paradoxale.

(Extrait de l'ouvrage de Véronique PERRET).

ANNEXE 8 : Concevoir le changement : une conception paradoxale.
(Extrait de l'ouvrage de Véronique PERRET).



ANNEXE 9 : Le rôle du coordinateur de projet.

(Extrait de l'ouvrage de J-R LOUBAT : Instaurer la relation de service.)

ANNEXE 9 : Le rôle du coordinateur de projet.

(Extrait de l'ouvrage de J-R LOUBAT : Instaurer la relation de service.)

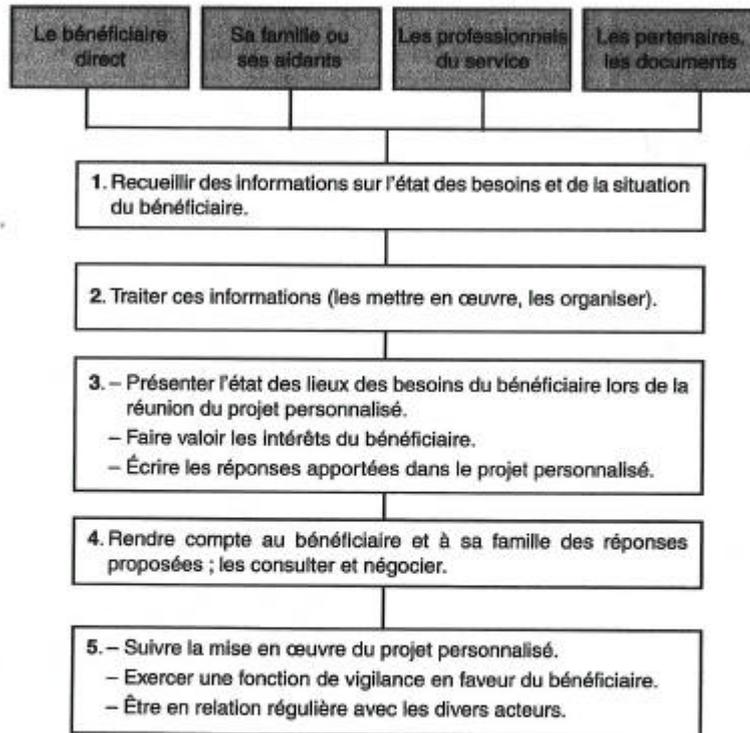


Figure 3. Le rôle du coordinateur de projet.