



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social et
médico-social public**

Promotion : **2006-2007**

Date du Jury : **décembre 2007**

**Accompagner la diversification de
l'offre du SESSAD, alternative au
soutien spécialisé en milieu ordinaire.**

Justine LEMASSON

Remerciements

Messieurs Dominique Le Meur et Daniel Croizé, directeurs de l'Établissement Public Social et Médico-Social (EPSMS) de Plaintel.

Messieurs Etienne Miossec, Guy Rolland et Jean-Pierre Betuing, cadres socio-éducatifs du pôle adolescence de l'EPSMS.

Toute l'équipe du Service d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) Interm'aide 22,

Mesdames Jacqueline Letonturier du service insertion et Françoise Ronsseray, responsable pédagogique de l'unité d'enseignement.

Monsieur Luciano Legoff, président de l'Association des SESSAD de Bretagne et cadre socio-éducatif du SESSAD du Centre Hélio-Marin de Saint-Laurent de la Mer (22), Madame Marie-Jo Cornillet, cadre socio-éducatif au Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire du Centre Jacques Cartier à Saint-Brieuc (22), Madame Noëlle Robert, responsable de l'Institut Médico-Educatif et du SESSADKerdirect à Lorient (56), Monsieur Michel Forget, cadre socio-éducatif au SESSAD La Passagère à Saint-Malo (35), le SESSAD Mille Sabords à Rennes du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (35).

Sommaire

Introduction	1
1 Le nécessaire ajustement du pôle adolescence à l'évolution des besoins...5	
1.1 La mutation du cadre externe des annexes XXIV à la loi du 11 février 2005 . 5	
1.1.1 Le développement des SESSAD, outil d'individualisation des parcours	5
1.1.2 L'articulation des SESSAD aux dispositifs de scolarisation, garantie d'un parcours de formation.....	8
1.2 La conversion progressive du contexte institutionnel	11
1.2.1 Le constat de l'évolution des usagers.....	12
1.2.2 La diversification de l'architecture IME-SESSAD.....	15
2 Un diagnostic opérationnel du projet du SESSAD au croisement de l'offre et des besoins	21
2.1 L'étude du cadre général du projet de développement	21
2.1.1 Le repérage de la place du SESSAD dans son environnement	21
2.1.2 Le repérage du contexte interne du SESSAD	27
2.2 L'identification des atouts et des obstacles au changement	31
2.2.1 Un appui sur l'expérience du SESSAD, levier au projet d'extension	31
2.2.2 Le sentiment d'insécurité des professionnels, principal verrou au changement..	36
3 Les mesures d'accompagnement à l'élargissement de l'offre du SESSAD 41	
3.1 La stratégie managériale du directeur, fédérateur devant les obstacles	41
3.1.1 Associer l'équipe aux décisions d'organisation interne.....	41
3.1.2 Une proposition de fonctionnement optimal.....	46
3.2 Le positionnement externe du directeur à l'interface des partenariats.....	51
3.2.1 Valoriser l'offre pour un renforcement du réseau.....	51
3.2.2 Des partenariats départementaux au service d'une logique d'ouverture.....	54
Conclusion.....	59
Bibliographie	61
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

EPSMS :	Établissement Public Social et Médico-Social
IME :	Institut Médico-Educatif
SESSAD :	Service d'Éducation et de Soins Spécialisés à Domicile
TCC :	Troubles de la Conduite et du Comportement
DI :	Déficiência Intellectuelle
TED :	Troubles Envahissants du Développement
CLIS :	CLasse d'Intégration Scolaire
UPI :	Unité Pédagogique d'Intégration
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
SEES :	Service d'Enseignement et d'Education Spécialisé
SIPFP :	Service d'Initiation et de Première Formation Professionnelle
SPECIA :	Section de Prise En Charge Individualisée pour adolescents atteints d'Autisme
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
AVS :	Auxiliaire de Vie Scolaire
PPS :	Projet Personnel de Scolarisation
PPI :	Projet Personnel Individualisé
SEGPA :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
ITEP :	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
CSE :	Cadre Socio-Educatif
CFA :	Centre de Formation d'Apprentis
CA :	Conseil d'Administration
GRAFIC :	Groupement Régional pour l'Accompagnement, la Formation et l'Insertion Concertée en Bretagne.
CREAI :	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
GADES :	Groupement d'Armor des Directeurs d'Etablissements Sociaux
PRIAC :	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
CROSMS :	Comité Régional d'Orienteation Sociale et Médico- Sociale
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
CIERA :	Centre Interrégional d'Études et de Ressources sur l'Autisme
ETP :	Équivalent Temps Plein

Introduction

Selon la responsable pédagogique de l'unité d'enseignement de l'établissement public social et médico-social de Plaintel. « *A Saint-Quihouët, on y entre pour (s') en sortir* ». Enseignante spécialisée, elle est également chargée du suivi des adolescents intégrés scolairement, en lycée professionnel ou en centre de formation d'apprentis, à leur sortie de l'institut médico-éducatif. Au cœur du département des Côtes-d'Armor (22), l'implantation rurale de la structure, dédiée à l'accueil d'environ 325 adolescents et adultes présentant une déficience intellectuelle légère et moyenne, ne facilite pourtant pas, a priori, son ouverture sur l'extérieur.

Ancien orphelinat, l'établissement, devenu propriété du département, ouvre ses portes, le 1^{er} janvier 1971 et acquiert un statut autonome en 1985. Il connaît principalement deux directions au long cours, qui correspondent aux différentes évolutions de la fonction: une personnalité charismatique; puis, un éducateur spécialisé, issu de l'interne. Nommés tous deux en 2004, le chef d'établissement se charge désormais du secteur adulte et le directeur adjoint du pôle adolescence. Leur travail de supervision permet de créer une synergie efficace de management, dans une organisation de cette envergure. La mise en conformité des missions de l'EPSMS à la réglementation et la restructuration des supports constituent, du reste, l'ossature principale de ce management. Suite logique, l'évaluation interne des services et le projet d'établissement sont actuellement en cours de réalisation. Adoptée en juin 2007, l'appellation « E.P.S.M.S. Les Mauriers » traduit une rupture avec le passé, illustrant une nouvelle dynamique de service aux usagers et un positionnement dans le dispositif médico-social départemental.

Avec plus de textes en 4 ans qu'en 40 ans, l'évolution législative dans le secteur médico-social va dans le sens d'une intégration optimale des personnes handicapées au sein de la société, conformément à la progression de la demande sociale. Précurseur en la matière, le programme d'action mondiale de l'Organisation des Nations Unies pour la période de 1983 à 1992, rappelle que « *le handicap est fonction des rapports des personnes handicapées avec leur environnement. Il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles, culturels, matériels et sociaux qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside donc dans la perte ou la limitation des possibilités de participer sur un pied d'égalité avec les autres individus à la vie de la communauté* ». En ce sens, la loi du 11 février 2005 met en évidence toute la diversité du handicap au travers d'une définition, incluant l'approche écologique: « *constitue un handicap, ..., toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son*

environnement...¹». « Le handicap c'est donc, avant tout, l'attention portée par la société à l'ensemble de ses citoyens²». Cette conception environnementale traduit une variation dans la classification du handicap, par un passage du modèle individuel (curatif puis réadaptatif) au modèle social : ce ne sont plus les attributs personnels de l'individu qui caractérisent le handicap mais les obstacles à la pleine citoyenneté des personnes. Nous constatons une mutation des politiques publiques de type intégratif, permettant l'incorporation des personnes handicapées dans la collectivité, vers un type participatif qui, lui, renvoie à leur implication dans l'édification du corps social. « Aussi le modèle participatif suppose-t-il de nouvelles logiques d'intervention sociale. Celles-ci consistent moins à adapter ou réadapter l'individu à la société en le reclassant socialement ou professionnellement, qu'à mobiliser l'ensemble des ressources susceptibles de favoriser son implication dans tous les domaines de la vie économique, politique et sociale³».

À l'échelle européenne, les politiques nationales en faveur des élèves ayant des besoins éducatifs spécifiques tendent à renforcer l'intégration scolaire en milieu ordinaire. En rappelant que « *la moitié des enfants handicapés n'a pas accès à la même école que les autres enfants* », le Président de la République a lui-même affirmé qu'il rendrait « *opposable le droit de tout enfant handicapé d'être scolarisé dans l'école de son quartier ... l'éducation adaptée doit contribuer à la scolarisation et le faire en étroite collaboration avec l'école ordinaire* », pour « *que toute personne handicapée soit regardée et considérée comme un citoyen à part entière*».

En parallèle, une modification des populations accueillies, notable dans le secteur de l'enfance handicapée, se manifeste surtout par une diversification des troubles. Le pôle adolescence de l'EPSMS accueille une centaine d'usagers âgés de 12 à 20 ans aux problématiques différentes, regroupant une population hétérogène quant à la nature des déficiences et des troubles associés. Une section d'éducation et d'enseignement spécialisé et une section d'initiation et de première formation professionnelle pour déficients intellectuels moyens ou légers ainsi qu'un service de prise en charge individualisée pour des jeunes atteints de troubles envahissants du développement constituent l'IME. Jusqu'ici, le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile « Interm'aide 22 », pour des adolescent souffrant de troubles de la conduite et du comportement, se situe donc en décalage par rapport aux publics accueillis à l'IME.

¹ Article 2 de la Loi n°2005-102 du 11 février 2005.

² Discours de N. Sarkozy au Congrès de l'UNAPEI le 9 juin 2007 à Tours.

Face à ces nombreux changements, les responsables d'IME craignent certaines conséquences non négligeables pour le secteur médico-social: l'intégration scolaire engendrerait une baisse des effectifs et, seuls les enfants aux pathologies les plus lourdes, obstacles à leur intégration en milieu ordinaire, resteraient orientés en milieu spécialisé. Les IME traversent donc une période charnière qui les oblige à réinterroger leur offre, à proposer de nouvelles formules d'accompagnement au lieu et place de leur accueil en internat. *« C'est maintenant l'usager qui est devenu le point central, autour duquel gravitent les services et prestations, pouvant être effectuées extra muros en milieu ordinaire, par rapport à la période de l'enfance inadaptée où les soins, l'éducation et la scolarité étaient confinés en milieu exclusivement spécialisé... Les gestionnaires et directeurs des institutions du secteur médico-social, de type semi internat ou internat, ont donc raison de s'alarmer devant ces constats, imputables en partie à la politique d'intégration scolaire, et de réviser leurs conceptions des prises en charge ⁴ ».*

Dans une période de promulgation législative propice au changement, de nombreux questionnements, liés à l'application de la loi du 11 février 2005, aux séances d'évaluation interne, au travail en partenariat avec l'Education nationale, aux besoins et aux attentes des usagers, font mûrir, tant aux yeux de l'équipe de direction que de tous les professionnels, une idée de réajustement incontournable à amorcer. *« L'homme ne peut se désolidariser du contexte dans lequel il évolue ; or nous sommes en pleine période de transformation ; donc, plus que jamais, la fonction de direction requiert ouverture ».* *« L'état de changement continu pour répondre de manière adaptée à l'environnement, ... fait partie intégrante d'une conception du management aujourd'hui ⁵ ».* Nous interrogeons le projet de développement du SESSAD TCC en cours au regard du futur projet d'établissement et du risque de déficit d'activité de l'IME. En écho à la loi du 11 février 2005 et aux demandes d'intégration scolaire, l'EPSMS compte en effet élargir la réponse de ce service ambulatoire vers la DI et les TED, par un redéploiement des moyens de l'IME. Aussi, il nous faut nous approprier la problématique relative à une telle mutation, envisagée antérieurement à ce mémoire, en tenant compte des orientations politiques, sociales et de celles menées par la direction. Pour imaginer un repositionnement du pôle IME-SESSAD dans une dynamique d'intégration, nous devons également appréhender la réalité de l'établissement dans sa dimension locale, par rapport au dispositif actuel (CLIS, UPI, autres IME).

³ EBERSOLD S. (cf. bibliographie).

⁴ DUBREUIL B. (cf. bibliographie).

⁵ LAPAUW R. (p.64).

Si la question plus globale de l'ajustement de l'offre des trois services du pôle adolescence à l'évolution des populations renvoie au caractère indispensable d'un renforcement, reste à déterminer dans quelle direction il doit s'opérer, à partir des axes suivants :

- En quoi la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 réinterroge, au niveau départemental, le dispositif « IME-SESSAD » dans ses pratiques? Quelle est sa place aujourd'hui et demain, en lien avec les politiques sociales et en adéquation avec les résultats des études de besoins et de populations?
- Comment passer d'une approche sectorielle à une approche transversale, ciblant les besoins des adolescents orientés vers les trois services du pôle adolescence de l'EPSMS, afin de définir et de mettre en œuvre un pôle commun? Quelle articulation entre ces services pour davantage de transversalité ?
- Comment passer d'un raisonnement en terme de service à un raisonnement en terme de projet personnalisé tout en maintenant une offre globale claire?
- De quelle manière le directeur peut accompagner le projet d'extension du SESSAD et manager l'équipe?

A partir de ces réflexions, il nous importe d'interroger le fonctionnement actuel du SESSAD, son offre, les pratiques existantes, au regard de l'analyse des besoins (données de la CDAPH, liste d'attente du SESSAD), du projet de service, des séances d'évaluation interne, d'entretiens avec les professionnels, de la réalisation de fiches de postes. En revisitant le mode actuel de fonctionnement de la structure, cette thématique permet d'appréhender la capacité d'anticipation et de réactivité du directeur face à des transformations, sa manière de procéder à l'égard des tutelles, l'intégration de son action dans un réseau local. Rattachée à un service, la dimension de projection, de réflexion et de négociation renvoie à la dimension prospective, stratégique et managériale de la fonction. Après avoir décrit le cadrage externe et institutionnel dans lequel l'évolution des populations est constatée **(1)**, nous prendrons en compte l'ensemble des éléments stratégiques du projet nécessaires à la conduite du changement **(2)**, avant d'élaborer des propositions qui, au travers du renforcement du SESSAD, visent le passage d'un raisonnement en terme de service à une conception liée au projet personnalisé **(3)**.

1 Le nécessaire ajustement du pôle adolescence à l'évolution des besoins

En tant que directeur, interface entre l'institution et les politiques sociales, notre mission de veille nous incite à positionner chaque projet dans l'environnement réglementaire, dans le sens de la commande publique et de l'avis des tutelles. Les constats, issus de notre analyse de la situation, font apparaître la dynamique singulière de l'EPSMS qui prend en compte voire anticipe, dans son fonctionnement et ses projets, l'évolution des besoins, afin d'adapter son offre.

1.1 La mutation du cadre externe des annexes XXIV à la loi du 11 février 2005

Au sein de l'EPSMS, la SEES, la SIPFP et le SESSAD sont régis par les annexes XXIV, tandis que la section SPECIA répond au plan quinquennal sur l'autisme. Il convient de replacer l'actualité du pôle adolescence, dans un contexte externe, influencé par la mise en place des recommandations et des outils préconisés par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005.

1.1.1 Le développement des SESSAD, outil d'individualisation des parcours

Les SESSAD qui connaissent depuis ces dernières années une montée en charge significative sont invités à poursuivre ce mouvement, par la loi du 11 février 2005.

A) Les SESSAD, alternatives au placement en établissement

« Contrairement à une opinion répandue les SESSAD ne sont pas nés avec la politique d'intégration. Leur naissance remonte à l'article 73 du décret du 9 mars 1956, modifié par celui du 16 décembre 1970⁶ ». Depuis le 9 mars 1956, le décret n°56-284 fixe le cadre de l'aide aux personnes handicapées, au travers de ses annexes dites XXIV. Créé en 1965, le premier SESSAD déclenche de nombreuses expérimentations, alternatives à l'institutionnalisation, avant que les difficultés des enfants ou des adolescents atteints de

⁶ GILLIG J.M. (cf. bibliographie).

DI ou présentant des TCC ne nécessitent un internat spécialisé. Ne faisant que reconnaître ce qui, par ailleurs, se pratique déjà, les nouvelles annexes XXIV, refondues notamment en 1989 par un décret du 27 octobre, préconisent l'instauration de ces services à domicile, inscrits dans l'évolution des politiques du handicap vers la coordination des actions autour de l'utilisateur.

La plupart d'entre eux émane de redéploiement, par redistribution des places des Instituts Médico-Pédagogiques, des IME ou des Instituts de Rééducation. A partir de ces structures, ils sont amenés à travailler en amont, pour préparer les enfants à d'éventuelles prises en charge institutionnelles. Toutefois, conformément aux vœux émis par la commission d'action sociale du Vè Plan, leur autre spécificité est de ne « *pas dissocier le traitement d'un enfant d'une action concomitante sur le milieu familial et sur l'environnement social* ». Les annexes confirment d'ailleurs ce type de pratique, en soulignant l'importance du travail avec la famille: elles prônent une action éducative et soignante qui doit s'inscrire dans un processus ordinaire de vie et des partenariats. Pris en compte dans son environnement affectif et social, le jeune, atteint d'une déficience ou de troubles, peut alors devenir porteur de son projet personnel. Ainsi, l'approche qualitative et pluridisciplinaire adoptée par ces annexes permet la substitution d'une logique de structure à une logique de trajectoire et conforte les SESSAD dans leur conception environnementale.

« En 1989, la réforme des annexes XXIV, concernant l'accueil des enfants handicapés dans les structures spécialisées, a impliqué les institutions de l'éducation spécialisée dans une proposition d'alliance et un partenariat avec les personnes accueillies et leur entourage... Le travail conduit dans ces services s'inscrit tout à fait dans le sens de la transversalité, du décloisonnement politique, administratif et technique... Pionniers de la prestation de services de proximité, ils sont la figure de proue d'un modèle d'intervention sociale que les textes appellent à généraliser⁷ ».

S'agissant des SESSAD, « *leur essor est principalement dû à la circulaire du 29 janvier 1983 et à celle plus récente du 30 octobre 1989, cette dernière complétant les nouvelles annexes XXIV du décret du 27 octobre de la même année qui assigne aux établissements spécialisés la mission de conforter et de soutenir l'intégration scolaire⁸* » voire de prévenir l'exclusion scolaire.

⁷ VENTELOU D. (cf. bibliographie).

⁸ GILLIG J.M. (cf. bibliographie).

B) L'impulsion donnée aux SESSAD par l'intégration scolaire

Il faut attendre la circulaire plus technique du 29 janvier 1983 pour constater l'impulsion donnée aux services d'aide qui jouent un rôle absolument indispensable, dans le soutien thérapeutique et éducatif à l'intégration scolaire. Le texte précise que les SESSAD doivent être rattachés à un établissement spécialisé soit par conversion de moyens, soit par extension.

Afin de compenser la hausse des intégrations en milieu scolaire ordinaire, bon nombre d'IME, encouragés par les DDASS, vont dès lors se repositionner, en consacrant une partie de leurs moyens à de nouvelles missions. La participation des SESSAD spécialisés à la politique de prévention de l'exclusion scolaire est détaillée par la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989, qui consacre l'existence d'unités mobiles polyvalentes dédiées à l'intégration scolaire des jeunes handicapés. Face à la demande croissante d'un accompagnement à domicile, dans les années 1990, l'essor de ce type de suivi s'accroît, favorisant au maximum le maintien du jeune en situation de handicap dans un milieu de vie familial et scolaire, conformément aux orientations des nouvelles annexes XXIV. Un mode d'intervention aujourd'hui reconnu puisqu'avec 25 000 places en 2004 en France (contre 5 000 en 1985, soit une moyenne annuelle de 1 200 places nouvelles), les SESSAD représentent dorénavant plus du quart de l'offre globale du dispositif d'éducation spéciale. Parallèlement, la volonté de maintien en milieu ordinaire par les MDPH entraîne la diminution significative des notifications vers un établissement (de 92% à 75% entre 1990 et 2003) au profit des SESSAD, pour lesquels les orientations grimpent de plus de 16%.

Afin de répondre aux insuffisances du dispositif social et médico-social en place, la loi du 2 janvier 2002 affirme et encourage le droit des bénéficiaires, notamment leur libre choix entre des prestations à domicile ou en établissement. Interrogeant les dispositifs existants dans l'intérêt des usagers, la loi du 11 février 2005 renforce, quant à elle, les moyens pour leur intégration optimale en milieu ordinaire, tels que les services de soutien global à l'enfant et à sa famille. En introduisant la notion d'individualisation des projets, elle propose davantage de continuité et de souplesse par des modalités de prise en charge, adaptables aux besoins évolutifs de l'enfant. Cette approche globale n'exclut pas l'utilité d'une orientation vers un établissement spécialisé, pour une durée variable, sans pour autant rompre tout lien avec l'espace social commun.

S'ouvre alors au médico-social la perspective d'une plus grande collaboration, qui en fait un dispositif complémentaire, offert et non imposé aux parents. Pour ce faire, le secteur doit accentuer ses efforts d'ouverture et viser le développement de l'ensemble des capacités des usagers.

Depuis quelques années, la mouvance sociale pousse à la refonte des politiques, dans le sens de l'équité et de la compensation. Dès lors, le souhait de reconnaissance des

personnes handicapées passe par la revendication d'accès à tous les droits communs fondamentaux, tels que la scolarisation.

1.1.2 L'articulation des SESSAD aux dispositifs de scolarisation, garantie d'un parcours de formation

La loi du 11 février 2005 renforce l'accès aux structures de droit commun et rend l'Education nationale garante de la scolarisation pour tous les élèves.

A) L'intégration scolaire, enjeu de la politique du handicap

« *La mise en œuvre d'une politique d'intégration amènera nombre d'enfants et d'adolescents, jusqu'alors accueillis dans les établissements spécialisés, à être intégrés dans les structures de l'Education nationale*⁹ ». Cette progression exige la cohérence d'un accompagnement assuré, désormais, par une quantité d'acteurs de cultures et d'appartenances institutionnelles très diverses ; d'autant plus que l'individualisation des parcours scolaires a pour corollaire un développement des modes de scolarisation partagés. Pour cela, la loi du 11 février 2005 facilite les passerelles entre le milieu ordinaire et le secteur médico-social, en substituant la notion de parcours à celle de filière, la logique de service à celle d'établissement.

D'autre part, la circulaire n° 2005-124 du 8 mars 2005 prône la scolarisation en milieu ordinaire et l'accompagnement des enfants autistes, de leur famille et des enseignants, l'intensification de la diversification de l'offre de service en établissement médico-social, spécialement par la création de SESSAD mais aussi par l'offre d'accueil temporaire.

Sous l'effet de ces textes, les parcours passent, en principe, par une scolarisation dans un établissement de l'Éducation nationale (que ce soit à temps partiel ou total, un dispositif individuel ou collectif, un enseignement ordinaire ou adapté), et par le développement des modalités d'accompagnement (suivi thérapeutique et/ou éducatif par un SESSAD, soins médicaux ou de rééducation par des intervenants libéraux, soutien par un enseignant spécialisé ou un AVS). Même si l'enfant a besoin d'un accueil en structure spécialisée, il bénéficie tout de même, dans un établissement de l'Education nationale, d'une inscription censée stimuler l'ouverture et les échanges.

Dès que la situation est compatible, la priorité est donnée au dispositif individuel, dans des classes dites « ordinaires » ou adaptées à des élèves ayant des difficultés scolaires

⁹ Circulaire n°83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983 abrogée par la circulaire n°2006-113 du 26 juillet 2006.

ou sociales, complété éventuellement par une notification d'accompagnement. Plus répandus que l'intégration individuelle en Bretagne, les dispositifs collectifs accueillent des jeunes en situation de handicap, dans des classes dédiées (CLIS, UPI) où un enseignement différencié leur permet de suivre, partiellement ou totalement, un cursus scolaire ordinaire. Les critères d'admission dans les dispositifs d'intégration scolaire sont liés à l'âge et à la proximité géographique. Les CLIS et les UPI doivent principalement constituer des espaces scolaires ouverts, afin de préparer progressivement l'élève à être scolarisé de manière autonome. Comparé à l'image stigmatisante du secteur spécialisé, la scolarisation de son enfant dans une classe ordinaire représente un véritable enjeu social pour les parents, qui apprécient la mobilisation des professionnels pour tout maintien en milieu scolaire. Dans les Côtes d'Armor, les établissements scolaires du premier degré scolarisent, individuellement à temps plein, des élèves déficients intellectuels ou psychiques en plus forte proportion que les autres départements bretons. Par ailleurs, si plus de la moitié des enfants et des adolescents handicapés en scolarisation individuelle souffre de déficience intellectuelle ou mentale, cette part diminue avec l'avancée en âge: ils sont sous représentés dans le second degré et leur intégration se déroule davantage à temps partiel. 93% des élèves bretons suivis en SESSAD bénéficient d'une intégration scolaire dont 98% à temps plein dans un établissement de l'Education nationale¹⁰. Parmi eux, un enfant sur trois suit sa scolarité dans une classe spécialisée et plus de la moitié en cycle ordinaire. Seuls 10% des enfants autistes bénéficient d'une intégration scolaire ou d'une formation professionnelle en milieu ordinaire: ce sont à eux que le futur SESSAD est supposé s'adresser.

Avec la disparition de l'expression « éducation spéciale », la législation exige la complémentarité des ressources, afin d'éviter les ruptures dans le parcours, entre l'école ordinaire, référence première, et l'école en milieu spécialisé. *« La loi de 1975 avait fait entrer l'Education nationale dans le secteur médico-social. La loi de 2005 doit pouvoir faire entrer le médico-social dans l'Education nationale. Il est grand temps en effet que ces deux grands domaines de compétences mettent leurs moyens en commun pour coopérer plus étroitement autour des projets personnalisés des élèves handicapés¹¹ »*. Les associations de parents souhaitent *« une meilleure collaboration et un renforcement des passerelles entre milieu ordinaire et milieu médico-social : car il ne s'agit pas d'opposer deux systèmes mais bien d'utiliser leurs complémentarités !¹² »*. Cette idée de complémentarité concerne également les professionnels et leurs compétences : la coopération entre les enseignants affectés dans les services spécialisés et leurs

¹⁰ Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

¹¹ SCHLERET J.M., Le droit à la scolarité, *Réadaptation*, n°523.

collègues des écoles, par des formations convergentes voire communes, vise à faire émerger une culture partagée. Occupant un rôle moteur dans l'intégration scolaire, les collectivités locales se sont emparées de la question, avec l'évolution de leurs responsabilités.

Rappelé par le Président de la République en juin dernier, le droit pour tous les enfants handicapés d'être inscrits à l'école de leur quartier figure déjà dans la loi du 11 février 2005 ; le problème ne semble donc pas être une affaire de textes, mais de moyens.

B) L'impact controversé du droit à la scolarisation en milieu ordinaire

Si la notion de droit opposable, proposée par Nicolas Sarkozy, est appréciée par les parents d'enfants handicapés, ils craignent qu'elle ne soit pas plus utile que la loi de 2005, qui n'a jamais eu, selon eux, les moyens de ses ambitions.

« *Ceux qui pensaient que l'intégration scolaire pourrait être un bon moyen de faire baisser l'offre de services médico-sociaux font fausse route. En effet, l'intégration scolaire est un droit aujourd'hui reconnu, elle ne peut plus se cantonner à reposer sur le bon vouloir d'enseignants accueillants et la combativité de certaines familles. Dès lors, il faut l'envisager en termes qualitatifs, ce qui suppose des moyens¹³* ». Les établissements scolaires manquent d'AVS : seulement 30 % des élèves handicapés du premier degré et 21 % du second degré bénéficient de ce type d'accompagnement¹⁴. Chargés de la coordination de l'équipe de suivi de la scolarisation et responsables de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PPS, « *à la rentrée 2006, les enseignants référents n'étaient pas encore nommés et ceux qui l'étaient avaient plus de 200 dossiers à traiter¹⁵* ». Par manque de temps et de moyens¹⁶, les dix enseignants « référents » des Côtes d'Armor, ne se consacrent pas, dans l'immédiat, aux élèves en établissement spécialisé; seulement à ceux qui viennent de CLIS et d'UPI ou aux situations spécifiques¹⁷. Pour l'instant, le PPS¹⁸ est, dans la plupart des cas, élaboré par l'établissement spécialisé lui-même puis transmis à l'enseignant référent, l'équipe de suivi de la scolarisation n'intervenant qu'en cas de changement important dans le parcours.

¹² LOBRY C., Le droit à la scolarité, *Réadaptation*, n°523.

¹³ DETRAUX J.J. (cf. bibliographie).

¹⁴ Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

¹⁵ LOBRY C., Le droit à la scolarité, *Réadaptation*, n°523.

¹⁶ L'enseignante référente de secteur pour l'EPSMS a en charge 100 dossiers dans le premier degré, 40 dans le second ainsi que 3 IME.

¹⁷ Les nouveaux élèves rentrés, les orientations au collège et les fins de prise en charge.

Tout en s'interrogeant sur la part qu'ils prennent au sein de cette équipe, les responsables des SESSAD craignent un chevauchement des fonctionnements. Le droit opposable soulève non seulement une question éthique, il risque aussi d'entraîner une judiciarisation excessive: bien que les mots « droit opposable » ne soient pas explicitement inscrits dans le texte, « *si un directeur d'école refuse une inscription, les parents peuvent aller en justice... Ce n'est pas nouveau : il y a déjà eu des procès et tous les parents ont gagné*¹⁹ ». Les familles font donc l'objet d'un renversement puisque la tendance est actuellement d'habituer les enfants « valides » à être scolarisés avec des élèves handicapés et non l'inverse. La loi de 2005 ne fait que précipiter ce phénomène : en substituant au terme d' « intégration » celui de « maintien en milieu ordinaire », elle provoque une inversion de logique, qui se traduit notamment par l'inscription des enfants dans une école de référence.

Suscitant parfois l'isolement de certaines familles, le développement de l'intégration scolaire des enfants handicapés est aujourd'hui conditionné, pour une très grande part, par les aides partenariales mises en place. « *Mais dans les faits, nous observons que ce rapprochement ou cette fusion entre les structures d'enseignement ordinaire et d'enseignement spécial est moins le résultat d'une mesure législative ou organisationnelle voulue par un pouvoir politique et administratif, que l'aboutissement d'un dialogue qui s'installe entre des personnes qui veulent s'instituer peu à peu comme des partenaires*²⁰ ». La primauté des dispositifs de droit commun et l'appui du milieu spécialisé peuvent très bien conduire à des solutions de temps partagé autour de l'articulation des projets : tels que le PPI et le PPS, concerné, dès 2008, par le plan de compensation.

L'EPSMS traverse une période de transition, synonyme de changement culturel. En parallèle des évolutions législatives récentes, des orientations en direction de populations spécifiques (TCC, TED) sont adoptées. Dans l'optique d'une actualisation de ses agréments à l'automne, la structure en tient compte dans l'écriture des projets de services, qui se veulent évolutifs par rapport aux besoins.

1.2 La conversion progressive du contexte institutionnel

Afin de superposer l'offre de l'EPSMS aux nouveaux objectifs, la direction, tout en tentant de s'appropriier le passé institutionnel, conduit l'inscription des services vers une

¹⁸ Circulaire n°2006-126 du 17 août 2006.

¹⁹ MOINDROT G., Le droit à la scolarité, *Réadaptation*, n°523.

²⁰ LOBRY C., Le droit à la scolarité, *Réadaptation*, n°523.

conjoncture appropriée. La mise en lien des trois services du pôle adolescence nous paraît envisageable au niveau des usagers et des moyens.

1.2.1 Le constat de l'évolution des usagers

Dans l'optique des projets de services, l'étude de population des psychologues de l'EPSMS et les orientations de la MDPH permettent de renouveler la vision des adolescents accueillis. Elle est approfondie en s'interrogeant sur les populations pour lesquelles les réponses sont inexistantes ou mal adaptées, en terme de prise en charge.

A) Des adolescents aux profils différents

Le SESSAD accueille des adolescents, d'intelligence normale, souffrant de troubles du fonctionnement de l'appareil psychique. Ces symptômes influent principalement sur les sphères de la relation et du comportement, sur les possibilités d'adaptation à la vie en collectivité et dans le cadre familial. La SEES et la SIPFP sont elles agréées pour recevoir des adolescents présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Même si l'origine en est souvent indéterminée, elle peut s'installer d'emblée dans le développement psychique de l'enfant ou, plus tard, dans le cadre d'une maladie mentale, une psychose. Elle peut également renvoyer à des raisons socio psychologiques, en lien avec des facteurs environnementaux (paupérisation, difficultés sociales). Les TED (dont l'autisme), pour lesquels intervient SPECIA, regroupent des troubles touchant trois domaines majeurs du développement : le langage et la communication, les relations sociales, les activités du jeu et des intérêts. La présence simultanée de déficiences intellectuelle et du psychisme, en rapport avec des troubles psychiatriques graves est susceptible d'engendrer une restriction plus importante de l'autonomie. La diversité des handicaps des fonctions supérieures est à l'origine d'une hétérogénéité de la population, difficile à gérer dans ce type d'établissement.

L'évolution des publics montre un accroissement de la déficience légère ou moyenne avec des troubles associés (troubles psychiques, de la personnalité, « border line », pathologies plus complexes, en lien avec des difficultés sociales et familiales, des carences affectives). La majorité des directeurs d'IME déclare avoir connu un changement significatif du public accueilli au cours des dix dernières années : ils évoquent l'accueil d'enfants qui relèvent davantage de l'ASE, de jeunes aux TCC, d'autistes ou de psychotiques, requérant une surveillance médicale importante et un suivi régulier avec la psychiatrie. En ce sens, nous notons une augmentation de la population avec des troubles psychiatriques « *graves chroniques, avec de bons niveaux scolaires mais aucune mobilisation vers le travail, avec des troubles importants du comportement et*

de la personnalité... une diminution des déficiences légères ; les jeunes à TED sont plus nombreux, la présence de pathologies psychiatriques est plus forte²¹ » tout comme « l'accueil de jeunes venant de l'hôpital de jour » ainsi qu'un surcroît de jeunes concernés par des mesures sociales (action éducative en milieu ouvert, tutelle). Reconnaisant le handicap psychique, la nouvelle définition légale entraîne l'émergence de réponses spécifiques ou la mutation des réponses précédemment délivrées, en IME notamment.

Le changement touche en fait divers aspects tels que les parcours antérieurs avec une progression des admissions de sortants du milieu scolaire (CLIS, UPI, SEPGA) et qui, sur les trois dernières années, concernent 57 % des adolescents admis à l'établissement. *« Nous avons remarqué depuis plusieurs années une orientation plus importante d'adolescents perturbés psychiquement et socialement et pour certains en danger familial²² »,* provenant pour certains d'un ITEP ou d'un hôpital psychiatrique. Ces jeunes se caractérisent par un certain retard au niveau des acquisitions mais, de plus en plus, s'y ajoutent des troubles du comportement prenant la forme d'inhibition ou d'agressivité. Même si l'établissement dispose depuis peu d'un pédopsychiatre, l'accueil d'un nombre croissant de situations, à la limite du sanitaire, ne correspond plus à la mission initiale de ses services. Ceci est notamment dû au manque de moyens nécessaires sur le territoire pour assurer la prise en charge sanitaire des adolescents, malgré l'ouverture récente d'un hôpital de jour dans le secteur.

A défaut de places pour les 14-18 ans souffrant de TCC dans le département, nous remarquons que des jeunes, sortis d'ITEP sans solution, sont suivis par Interm'aide 22 par effet de filière. Leur accueil en IME interroge sur la pertinence des réponses ; certains SESSAD DI ont déjà ouvert leur offre à des TCC car la déficience intellectuelle apparaît de plus en plus complexe et variable. Le ralentissement sensible des orientations par la MDPH se traduit notamment par un tarissement des admissions en SEES, par rapport aux demandes de temps partagé. De plus, selon les CSE du pôle adolescence, la moitié des jeunes issus du milieu ordinaire, correspond à un public avec une déficience intellectuelle légère, dont l'orientation ne passe plus aujourd'hui par l'IME mais par l'UPI. Venant de CLIS et orientés, à défaut de places en UPI, à l'IME, 29% d'entre eux sortent d'ailleurs déjà en milieu ordinaire. Le développement des UPI au collège ou au lycée minore en fait le nombre de notifications en IME et recule l'âge à l'entrée. Sur les trois dernières années, les admissions dans les IME costarmoricaains ont reculé de manière générale d'un an en moyenne: de plus en plus de jeunes y arrivent plus tard, suite à une intégration scolaire en CLIS vers 12 ou 13 ans, ou encore en SEGPA ou en UPI à 16 ans.

²¹ Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

²² Ordre de débrayage du personnel de l'EPSMS à l'occasion du CA du 27 avril 2007.

Les adolescents déficients légers, intégrés en lycée professionnel ou en CFA, restent moins longtemps pris en charge que par le passé. Par contre, les difficultés d'orientation, par manque de places ou en attente d'une stabilisation, prolongent l'accueil de jeunes avec une déficience moyenne ou une pathologie plus lourde. Une telle évolution, combinée à l'orientation vers le milieu médico-social en fin de primaire ne permet pas d'envisager, pour les prochaines années, une diminution sensible du nombre de jeunes orientés vers un IME ou un service pour DI et ce, malgré la baisse attendue de la tranche d'âge 0-19 ans²³.

La direction doit être à même d'anticiper l'évolution des problématiques sociales, familiales et culturelles pour adapter les pratiques de l'établissement.

B) L'association accrue des familles

Depuis les années 1990, les parents revendiquent fortement leur implication dans la décision d'orientation de leur enfant, puis tout au long de son accompagnement. Partenaire dans l'élaboration et actrice dans la mise en œuvre, « *la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation*²⁴ ».

Les professionnels notent un accroissement de la part des familles précarisées, concernées par des mesures éducatives et judiciaires, ainsi que de familles séparées, mono parentales ou recomposées. Si l'usager arrive de manière différente dans l'établissement avec des exigences accrues, les CSE déplorent parfois des difficultés de collaboration avec des parents qui s'investissent peu ou pas dans le projet de leur enfant, qui se « déchargent », par habitude d'être « assistés ».

La situation de handicap n'étant pas toujours facile à vivre, ils sont toutefois en attente de renseignements ; le manque de communication représente alors logiquement la principale source d'insatisfaction : plus les voies d'information sont multiples en établissement médico-social ou en SESSAD, plus les parents sont satisfaits. Les représentations fortes et persistantes des familles les font appréhender les IME comme des ghettos dont on ne sort pas. Le comportement des jeunes présentant des troubles de la personnalité engendre, chez les familles, une grande culpabilité ou un rejet défensif. Les professionnels travaillent avec elles pour les aider à assumer, voire à accepter la

²³ DETRAUX J.J. (cf. bibliographie).

²⁴ Ordre de débrayage du personnel de l'EPSMS à l'occasion du CA du 27 avril 2007.

problématique ou la pathologie de leur enfant, à choisir les solutions au plus près de ses intérêts, tout en faisant le deuil de l'image idéale qu'elles se sont construite.

Le projet d'établissement intègre des orientations nationales, régionales et départementales convergentes: la prise en compte des besoins de la personne dans une approche globale, un travail de partenariat face aux situations complexes, la mise en priorité du milieu de vie naturel des usagers comme lieu d'intervention, la notion de parcours pour la continuité de la prise en charge et le droit à l'expérimentation et au retour.

1.2.2 La diversification de l'architecture IME-SESSAD

Depuis son arrivée, la direction vise le décroisement entre les trois services du pôle adolescence, historiquement enclavés tant par la disposition des locaux que par la volonté des professionnels. Ainsi, nous pouvons dire qu'un raisonnement en terme de besoins des populations accueillies guide dorénavant les orientations.

A) Une volonté de décroisement de l'offre

En réponse à l'hétérogénéité des situations de handicap, les orientations impulsées par la direction vont dans le sens d'une diversification du dispositif. Les modalités d'accueil et de prise en charge doivent s'adapter, avec davantage de souplesse, au parcours de l'adolescent et permettre son passage éventuel dans un autre service. Même si au final, c'est la CDAPH qui entérine la proposition de l'établissement, une transversalité dans le sens d'un partenariat interne se met en place au sein du pôle adolescence. Certaines places de la SIPFP sont réservées à des jeunes de SPECIA (activités le mercredi matin, ateliers). Le passage de la SIPFP à SPECIA permet un apaisement des jeunes qui repartent vers des acquisitions en lien avec leurs compétences. Le SESSAD demande parfois une prise en charge à l'IME pour quelques adolescents ayant besoin d'un passage en institution pour s'affirmer. Le service de suite de l'IME oriente des élèves de la SIPFP en lycée professionnel, en CFA. Le suivi d'usagers de la SIPFP, intégrés en milieu scolaire, est envisageable par le SESSAD. La réflexion se fait davantage par « étapes de référence dans le parcours de l'adolescent », en fonction du projet personnalisé de chaque jeune; ce qui évite tout étiquetage, enfermant dans une pathologie ou tout raisonnement marqué en terme d'âge. Au contraire, le recentrage autour de la personne fait apparaître une certaine souplesse : chaque étape est adaptable, l'emploi du temps équilibré et modulable. Inscire la notion de progression en fonction des capacités du

jeune permet de le rattacher concrètement à un groupe, son passage dans un autre groupe ayant lieu en fonction de ses capacités, de son âge ou des places disponibles.

« Leur appartenance à un même groupe repéré dans le temps et dans l'espace contribue à la structuration de l'identité de chaque adolescent ». « L'hétérogénéité nous oblige à constituer des petits groupes pour répondre au plus juste aux problématiques des jeunes et à ne pas mêler les plus jeunes et les plus âgés afin d'éviter les risques d'assujettissement²⁵ ». Les supports de prise en charge suscitent des interactions au sein du groupe de manière à favoriser la communication et la socialisation. Au centre du dispositif, le projet individualisé balise le parcours du jeune dans l'établissement et permet une plus grande diversité dans les possibilités de sorties.

Suite aux lois de 2002 et de 2005, l'équipe de direction accompagne les agents dans le changement culturel, engendré par le repositionnement des projets personnalisés au centre du dispositif ; le travail sur des outils concrets de prise en charge permet alors de prendre en compte toutes les évolutions extérieures.

Actuellement, l'offre est essentiellement structurée par le mode d'accueil (agréments) et l'environnement physique (bâtiments). Lorsqu'une place est disponible, le profil de la personne est évalué, au regard des supports de prise en charge. La stabilité des effectifs tient essentiellement aux visites d'admission et aux partenariats tissés dans le cadre de stages « découverte », qui permettent le choix « éclairé » du jeune et de sa famille. Un accueil de proximité, le plus souvent en externat favorise le maintien des liens familiaux et la prévention ou l'accompagnement des situations de crise. La restructuration du service de la SIPFP entraîne la distinction entre l'internat et le semi internat (mise en place de la prise en charge éducative de journée sur les temps scolaire et professionnel, souvent pour les plus jeunes ou ceux qui ont des difficultés particulières).

L'élaboration des projets d'établissement et de services ne peut s'écarter du patrimoine disponible et de son état de fonctionnement. A ce propos, le CA recommande vivement que la temporalité du projet de réhabilitation architecturale tienne compte de l'évolution des populations et des besoins, de la scolarisation croissante en milieu ordinaire, et, en parallèle, du risque de baisse ou de changement d'activité sur le site (handicaps plus lourds). L'option d'une répartition des usagers par tranche d'âges dans les divers bâtiments facilite l'accueil séquentiel et marque l'évolution des parcours. En moyenne, depuis 2004, cinq jeunes par an bénéficient d'un accueil temporaire à l'EPSMS. De 1995 à 2001, les établissements médico-sociaux ont enregistré un recul de leur internat complet ou de semaine, de 44% à 35% au profit de places en SESSAD, de formules de

semi internat ou d'externat, sachant que la part des familles d'accueil progresse légèrement (8,3% contre 7%)²⁶.

Même si l'enfant demeure, dès que possible, hébergé en famille, les demandes en internat restent stables à l'EPSMS ; ce mode d'accueil ressort même, pour certains adolescents, d'une prescription de la MDPH (à la demande de la pédopsychiatrie voire du juge des enfants). Pour les jeunes, *« l'internat proposé à Saint-Quihouët leur permet d'avoir une certaine sécurité et de pouvoir mobiliser leurs capacités dans les apprentissages. Recréer un certain «chez soi», un espace propre et différencié permet l'éloignement de la cellule familiale sans trop d'angoisse²⁷ »*.

Les structures ne semblent pas avoir intérêt à conserver un nombre excessif de places d'internat : la DDASS demande plutôt de garder des places d'hébergement pour un accueil par rotation. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale reconnaît l'accueil temporaire, comme un support de modernisation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées ; la circulaire n°2005-224 du 12 mai 2005 en fait un axe de développement prioritaire, pris en compte dans la planification, et invite les IME à reconfigurer leurs réponses, en adéquation aux demandes des parents. De plus, l'EPSMS peut opter pour des modalités d'accueil diversifiées, prévues par le Code de l'action sociale et des familles, en fonction de l'âge, des problématiques et des rythmes des jeunes : périodes d'accueil temporaire, internat modulé « à la carte », prises en charge sur les temps de week-end ou de vacances, admissions en urgence en cas de nécessité, accueil partiel, temps partagé avec l'hôpital psychiatrique ou l'Aide sociale à l'enfance. Des offres de ce type apportent une réponse aux parents qui, ayant besoin de répit, ne trouvent pas de relais, en raison de l'absence ou l'insuffisance d'internat sur leur territoire. De la même façon, les familles sans accompagnement ou suivies en SESSAD peuvent avoir besoin de souffler : le mode d'accueil temporaire de jour peut alors répondre à ce besoin.

Le niveau d'accessibilité (scolarité, formation, emploi, culture, loisirs, transports, systèmes d'information,...) est, en partie, déterminé par l'environnement de l'établissement. Selon les recommandations du bilan d'évaluation interne du CREAL à la SEES-SIPFP, l'emplacement géographique de la structure, son principal point faible, doit être compensé afin d'améliorer la vie sociale des usagers (lignes de bus, commerces et loisirs à proximité).

²⁵ Ordre de débrayage du personnel de l'EPSMS à l'occasion du CA du 27 avril 2007.

²⁶ Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

²⁷ Ordre de débrayage du personnel de l'EPSMS à l'occasion du CA du 27 avril 2007.

Nous sommes effectivement convaincus que l'avenir de l'établissement passe impérativement par une ouverture des services et de leurs actions sur l'extérieur. Parallèlement à la baisse de la capacité d'accueil sur le site, le contexte de réhabilitation des locaux représente une opportunité pour sortir l'internat de l'enceinte de l'institution. La recherche de logements à l'extérieur dans la perspective d'un accompagnement de jeunes majeurs est, par conséquent, à l'ordre du jour. Ce dispositif d'hébergement, sous forme d'appartements autonomes ou d'un pavillon loué, constitue, dans l'idée, un collectif consolidé, en fonction des besoins et des profils des résidents.

Après avoir revisité les missions de chaque service, tant dans leur finalité que dans leurs modes de fonctionnement, la structuration fonctionnelle des trois services de l'éducation spécialisée, lancée dès 2004, conduit à leur mise en lien, par des passerelles. Il règne donc, dans l'esprit des directeurs, la volonté d'impulser un « souffle nouveau », conformément aux évolutions législatives et aux besoins émergents qui questionnent les pratiques professionnelles et l'organisation des services.

B) Une relative transversalité des moyens

L'équipe pluridisciplinaire se compose de professionnels, spécialisés dans les secteurs : socio-éducatif, pédagogique, thérapeutique, médical et administratif. Le CSE coordonne les actions de l'équipe et la sensibilise aux évolutions de prises en charge.

Malgré les transformations de la fonction de direction et des modes de management, le personnel de l'EPSMS, attaché au passé institutionnel, demeure peu mobile et réticent au changement. Dans les années 1990, le fonctionnement démocratique de l'établissement, animé par un groupe de personnes qui s'était octroyé les fonctions stratégique et décisionnelle, a conduit à un comité de pilotage en lieu et place de la réunion de direction.

Dans ses rencontres avec les instances (comité technique d'établissement, CA, organisations syndicales), l'actuelle direction tient à mettre en exergue les références réglementaires et celles de la mission médico-sociale qui régissent la structure. Après avoir établi, en 2004, un organigramme hiérarchique et fonctionnel, repéré par l'ensemble des acteurs institutionnels, internes et externes, les directeurs me confient la réalisation de fiches de postes contribuant à éclaircir la place de chacun.

A l'occasion de deux débrayages lors des CA, ainsi que lors de la séance de restitution de l'évaluation interne pour la SEES et la SIPFP, les personnels soulèvent des problèmes de communication, dénonçant notamment le fait de ne pas être suffisamment écoutés, malgré les différentes instances de participation. Face aux mutations actuelles, des attitudes de résistance se manifestent à titre individuel ou collectif, que ce soit au niveau

des équipes ou des syndicats. « *Nous souhaitons faire entendre notre voix et être consultés sur les différentes orientations de l'établissement. Notre compétence, notre expérience professionnelle doivent être utilisées et mises au service de l'institution*²⁸ ». Cette protestation collective contre le schéma directeur des travaux se trouve relayée et portée par des organisations syndicales influentes et actives. La position de défiance se généralise même à l'égard des décisions des pouvoirs publics et de tout ce qui émane de l'extérieur.

À l'origine d'une méfiance voire d'un blocage systématique devant tout changement, cette tradition institutionnelle forte représente une donnée à prendre en compte en terme de management. L'association du personnel à un comité de pilotage dans le cadre des travaux ou du projet d'établissement et le lancement de projets de vie sociale à l'extérieur évitent par exemple des phénomènes de rupture ou simplement de démotivation. S'agissant de la communication, les équipes déplorent le cloisonnement entre les services et le manque de collaboration entre les secteurs.

Néanmoins, selon les CSE, la question de la mutualisation des moyens ne paraît que peu les mobiliser. Elles ne semblent pas complètement prêtes à un décroisement total: il s'agit davantage de rechercher leur complémentarité dans un premier temps. Les mouvements internes sont en pratique relativement bloqués car le personnel, très peu informé du fonctionnement dans les autres services, reste sur l'image passée. Pour l'instant, la transversalité entre les services s'observe surtout au travers des dossiers : il arrive que le CSE de la SEES-SIPFP nomme le SESSAD « Interm'aide 22 » dans les orientations souhaitées et envoyées à la MDPH, et inversement. Les directeurs tentent de faire du lien et d'inscrire les agents dans une démarche évolutive et un cadre réglementaire repéré de tous.

De nombreux professionnels sont passés d'un service à un autre. Eloigné du site, le SESSAD emploie, paradoxalement, le plus d'agents partageant leur temps entre plusieurs d'entre eux. Les psychologues y font le choix d'un mi-temps, ce qui leur demande plus de dynamique mais aussi un aller retour fondamental en apportant d'autres pratiques vers l'institution. Certaines personnes font aussi évoluer leurs pratiques sans changer de service, à l'instar des éducateurs techniques spécialisés²⁹. S'impose aux établissements le difficile choix entre polyvalence ou spécialisation : certains n'hésitent pas à se positionner stratégiquement dans l'accueil de tel ou tel public (autisme, troubles sévères

²⁸ Ordre de débrayage du personnel de l'EPSMS à l'occasion du CA du 12 janvier 2007.

²⁹ Circulaire du 29 août 2006 interdisant toute dérogation pour l'utilisation des machines dangereuses par les élèves de moins de 16 ans remet en cause le projet pédagogique des ateliers.

des apprentissages,...). Concernant des jeunes initialement orientés en ITEP, le groupe SPECIA évoque un éventuel élargissement de sa prise en charge aux troubles de la personnalité. La commission de réflexion relative aux admissions à l'EPSMS affine déjà les besoins et les possibilités de réponses. Les services s'interrogent sur le rapprochement à opérer avec la santé mentale pour tenir compte de l'évolution des populations accueillies, anticiper les crises et multiplier les relais (conventions avec plusieurs centres hospitaliers spécialisés du département). En apportant un éclairage différent, l'accompagnement par le pédopsychiatre de l'IME peut permettre le maintien en établissement et non l'hospitalisation, par une surveillance préventive de la santé mentale des jeunes. Il peut proposer un accueil temporaire pour des séjours de rupture thérapeutique ou une prise en charge séquentielle en hôpital de jour.

Malgré ces adaptations et ces coopérations, les CSE du secteur de l'éducation spécialisée soulignent les limites rencontrées dans la prise en charge des nouveaux publics : plus précisément, les difficultés de cohabitation des adolescents sur les temps informels, leur violence, l'incompatibilité d'une prise en charge individuelle avec des supports collectifs. La question des pratiques et des moyens est dès lors revisitée: le ratio d'encadrement, le financement du personnel qualifié (prise en charge médicale et de rééducation), l'insuffisance de temps de psychiatre, la difficulté à travailler en réseau (avec le secteur psychiatrique notamment), le manque de places dans le dispositif pour adultes.

L'évolution des prises en charge et des populations nécessite un accompagnement du changement en profondeur. Dans ce contexte mouvant, nous mesurons l'opportunité, la fiabilité et la faisabilité d'un projet d'élargissement qui s'inscrit dans une démarche sociale et médico-sociale départementale. Ce questionnement lie les services du pôle adolescence puisqu'un redéploiement des moyens est envisagé.

2 Un diagnostic opérationnel du projet du SESSAD au croisement de l'offre et des besoins

L'élargissement de la population accueillie par le SESSAD suppose un repositionnement du service, de ses missions et un accompagnement de l'équipe. La première question est de savoir si un certain nombre d'enfants accueillis en établissement ne pourraient pas, sous certaines conditions, bénéficier d'une intégration scolaire.

2.1 L'étude du cadre général du projet de développement

La prise de décision doit intégrer des informations et des critères mesurables³⁰. Les rencontres partenariales (MDPH, conseil général, GRAFIC, inspection académique) complètent les données recueillies lors de notre recherche bibliographique. Des réunions et des journées d'étude (CREAI, GADES) nous offrent l'occasion d'échanger sur des stratégies entre responsables de structures.

2.1.1 Le repérage de la place du SESSAD dans son environnement

En « *garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire* », l'action sociale « *repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes*³¹ ». Afin d'apposer cette étude au contexte local, un approfondissement de la politique régionale et départementale en terme de planification et de statistiques (listes d'attente, orientations de la MDPH,...) nous apporte des indications complémentaires.

A) Un projet en lien avec la planification régionale

Nous souhaitons faire concorder l'extension du SESSAD aux objectifs du PRIAC qui orientent les autorisations du CROSMS. Articulés autour de l'accessibilité géographique et de la diversification de l'offre pour permettre le choix et répondre à la diversité des situations, ces programmes fixent des priorités de financement pour des créations, des extensions et des transformations d'établissements et de services médico-sociaux. Pour la période de 2007 à 2011, le PRIAC breton dresse comme priorité : l'accompagnement dans le milieu ordinaire, spécialement l'appui à la scolarisation, avec le développement des SESSAD, dans la continuité des orientations des schémas de l'enfance de Bretagne

³⁰ CABIN P. (p.115).

(2000-2005). « Si l'on prend l'exemple de la région Bretagne, particulièrement en pointe dans le domaine des SESSAD (troisième rang des régions françaises), l'accroissement de la capacité en places installées entre 1993 et 2001 est de 140% pour les SESSAD et de 11% pour les établissements. Le passage d'une logique d'établissement à une logique de service de proximité implique une couverture territoriale autrement plus dense³²».

L'implantation actuelle des SESSAD implique l'élargissement de leur zone d'intervention ou du profil de la population prise en charge par rapport à celle de référence. Certains prennent l'initiative de créer des antennes délocalisées pour une prise en charge de proximité car l'offre la plus importante se situe bien entendu autour des grandes agglomérations bretonnes. D'autres suivent des enfants présentant à titre principal une déficience autre que celle de leur agrément. Sur les 69 SESSAD en Bretagne, sept ont un double agrément et 17 % des enfants suivis par un SESSAD DI présentent une déficience du psychisme (dont l'autisme).

Au 31 décembre 2006, seize dossiers sont déposés devant le CROSMS pour les enfants et les adolescents en situation de handicap, concernant principalement les populations TED (dispositifs SESSAD et accueil temporaire). L'accompagnement de jeunes présentant des troubles autistiques et apparentés se trouve conforté par l'ouverture de deux SESSAD à Rennes et à Brest, en septembre 2006. Deux SESSAD DI sont également agréés pour le suivi des TED à Saint-Malo et à Lorient.

Entrant dans le champ de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions puis de la loi du 2 janvier 2002, le SESSAD relève donc des dispositions financières correspondantes³³. La généralisation du financement par dotation globale, en 2002, vient apporter une sécurité budgétaire, remédiant à l'imprécision des textes relatifs à ces services diversement financés jusqu'alors. Le SESSAD intervient sur notification de la CDAPH, la prise en charge individualisée se faisant sous forme d'acte pris en charge par la sécurité sociale. Conformément à la coordination pour des soins de qualité voulue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les priorités retenues par la CRAM convergent avec celles du PRIAC, autour de la diversification des prises en charge (accueil de jour temporaire et autres alternatives) pour répondre aux besoins des jeunes et de leurs aidants. Nous envisageons le projet de développement du SESSAD dans la perspective d'un redéploiement. « La mise en place d'actions de soins et de soutien en milieu scolaire ne doit pas entraîner d'accroissement des dépenses à la charge de l'assurance maladie mais s'inscrire dans le cadre d'une autre répartition des moyens en personnel et en

³¹ Loi n°2002-2.

³² Étude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

³³ Loi n°2002-2 et décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003.

*matériel déjà existants*³⁴». Il arrive néanmoins que des fonds spéciaux soient débloqués pour certaines actions telles que des projets de SESSAD pour enfants et adolescents autistes.

En amont des schémas départementaux d'organisation du dispositif médico-social d'éducation spéciale, la DRASS de Bretagne insiste, quant à elle, sur la triple mission des SESSAD (prise en charge précoce, aide à l'intégration scolaire, intégration sociale) mise en œuvre par une prise en charge individualisée et globale de l'enfant ou de l'adolescent sur ses différents lieux de vie (domicile, école, loisirs).

Avec l'évolution des dispositifs et la refonte des annexes XXIV, l'offre médico-sociale régionale se situe au niveau de la moyenne nationale: si l'offre en établissement y est inférieure, le taux d'équipement régional en SESSAD demeure supérieur (2,49 places en moyenne contre 1,63) malgré une plus faible augmentation, ces dernières années. Cela reflète une modification de la prise en charge. En effet, les établissements pour DI opèrent une reconversion vers le développement de réponses spécifiques, telles que la prise en charge à domicile par redéploiement de leurs places vers un SESSAD, ou, par un changement d'agrément, pour l'accueil de jeunes présentant des TCC. *«Entre 1985 et 1996, l'accueil en institution pour enfants et adolescents DI régresse de près de 13 000 places... transférées vers les SESSAD et autres services de prise en charge ambulatoire... ces structures se multipliant presque par cinq. C'est dans les internats pour enfants et adolescents DI qu'on constate une... perte supérieure de trois fois les effectifs de 1985... les baisses les plus importantes se situant dans les établissements d'éducation pour les enfants atteints de DI... dues aux reconversions partielles en SESSAD et requalification de ces établissements participant de plus en plus au soutien thérapeutique à l'intégration scolaire*³⁵». La part de l'ambulatoire varie selon la déficience: elle représente 20% pour la déficience intellectuelle et 17% pour les TCC. En 2001, un jeune breton sur quatre en éducation spéciale est suivi par un SESSAD pour une durée moyenne de 2,5 années.

La Bretagne fait donc partie des régions ayant le plus développé sa prise en charge à domicile. Malgré cela, les responsables de SESSAD constatent que de nombreux enfants doivent attendre un délai d'un à deux ans avant de pouvoir bénéficier d'un accompagnement par un SESSAD. De plus, ces efforts ne permettent pas de couvrir les 569 demandes en attente, témoignant de l'insuffisance de l'offre singulièrement pour la DI. En 2002, 6,2% des places en SESSAD demeurent non financées, soit 122 enfants pris en charge au-delà des places financées. De plus, des jeunes nécessitant une prise

³⁴ Circulaire n°83-4 du 29 janvier 1983, III-2.

³⁵ Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

en charge par un SESSAD sont placés en IME « par défaut », en attente d'une place. 16% des décisions d'orientation les plus récentes, notamment des notifications vers un SESSAD, ne sont pas suivies d'effet en raison de l'absence de places, de l'inadéquation du service aux yeux de la famille ou du profil de l'enfant jugé trop éloigné du projet institutionnel ou de l'agrément³⁶.

L'offre croissante favorise aussi la demande et les décisions d'orientations. Dans le cadre des plans pluri annuels, la création de 5 750 places de SESSAD est prévue ainsi que l'ouverture de 1 000 UPI en collège et en lycée. Ces données dissimulent des disparités, tant géographiques que par type de déficience, qui interrogent quant aux capacités de réponses quantitatives et qualitatives sur un territoire (délai d'attente, réponse de proximité, solution adaptée, durée de prise en charge), à croiser avec les autres réponses (pédopsychiatrie, IME concentrés sur un large espace côtier suivant la densité de population,...). On constate, par exemple, une absence de SESSAD TCC dans le centre Bretagne et une sous représentation des pathologies psychiatriques ou encore des déficiences du psychisme dans ces services.

Pour que le projet aboutisse, la direction doit avoir du poids face aux financeurs et aux contrôleurs et devenir un interlocuteur privilégié au niveau des PRIAC, de la DRASS. L'EPSMS rapproche opportunément sa politique de celle de la DDASS et s'efforce de l'inscrire, aussi fidèlement que possible, dans le schéma départemental. Pour cela, nous étudions les taux d'équipement, afin de situer l'offre du SESSAD, tant au niveau régional que départemental³⁷.

B) La position départementale du service

La DDASS donne un avis sur les projets d'ouverture ou de modification des services dépendant de sa tutelle. Les lois de 2002 et de 2005 accentuant son rôle, le département est, à l'heure actuelle, le niveau géographique le plus pertinent pour analyser la répartition des équipements médico-sociaux. « *Penser un SESSAD implique de raisonner au niveau des intérêts d'une population à partir de l'ensemble de l'offre déjà existante et de ses effets sur l'ensemble du dispositif des établissements spécialisés*³⁸ ». Le maillage des SESSAD et des autres dispositifs sur un territoire (taux d'équipement des établissements médico-sociaux, de psychiatrie infanto-juvénile, capacités de CLIS et d'UPI, nombre

³⁶ VANOVERMEIR S., Déficiences et handicaps des enfants passés par les CDES, DREES, 2006.

³⁷ Etude actualisée des besoins départementaux par la DDASS et étude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne.

³⁸ VENTELOU D. (cf. bibliographie).

d'AVS) conditionne la qualité de l'offre présentée, aussi bien en terme de couverture des besoins que d'adéquation des réponses.

S'agissant de l'organisation de la prise en charge ambulatoire départementale (centre d'action médico-sociale précoce, centre médico-pédagogique, CMPP), nous notons l'importance des listes d'attente, du fait de l'absence de CMPP jusqu'en septembre 2005, influant sur l'évaluation et les prises en charge en amont, sur le taux d'équipement en SESSAD ainsi que sur la fluidité des parcours. Premier département breton pour son offre médico-sociale, au vu de sa population, les Côtes d'Armor sont les moins bien dotées en terme de psychiatrie infanto-juvénile, de CLIS, d'UPI, d'AVS. Ces derniers temps, les créations se sont faites davantage au profit du secteur adulte, ce qui explique le « vieillissement » du secteur de l'enfance handicapée, en terme de patrimoine, d'implantation, de moyens et de personnel.

Conciliant des exigences de qualité et de proximité, le schéma départemental accompagne la réflexion sur la répartition géographique des SESSAD, afin de favoriser le soutien de ces services, pour l'intégration scolaire. Le schéma adopté en 2007 conclue au développement de l'activité des SESSAD, des prises en charge de l'autisme et à la baisse de l'activité en IME pour les « *déficients légers et moyens* ». Les réponses aux besoins s'évaluent, quantitativement et qualitativement, en fonction de l'évolution des places financées et au regard de l'analyse de la sur activité et des listes d'attente.

Avec un taux d'équipement en SESSAD le plus fort de Bretagne, les Côtes d'Armor ont, par conséquent, le moins de places supplémentaires financées: la DDASS conseille à l'heure actuelle le redéploiement des moyens de l'IME vers le SESSAD. La reconversion de places d'établissement en places de SESSAD équivaut à 28% dans le département contre 15% au niveau national. Le département est en situation de sur activité puisque 4 enfants bretons suivis au-delà des places financées sur 10 sont suivis par un SESSAD des Côtes d'Armor. 16 prises en charge se font au-delà des places financées en SESSAD DI (contre 25 au 31 décembre 2006)³⁹. Cette baisse reflète une meilleure adéquation des admissions ou bien une augmentation des réponses des autres dispositifs. Néanmoins, le maintien de la prise en charge en IME alors que l'utilisateur relève davantage d'un accompagnement par un SESSAD révèle le manque de ce type de service pour les adolescents costarmoricens. L'augmentation des listes d'attente entre 2002 et 2005 témoigne de besoins persistants, notamment pour les DI et les TCC: un tiers des effectifs bretons en liste d'attente l'est pour un service de ce département.

Certaines situations correspondent néanmoins à des critères prioritaires d'admission : l'absence de suivi, la continuité des soins, la fin de prise en charge par un établissement

ou un autre SESSAD. Le délai moyen d'attente de 10 mois dans les Côtes d'Armor pour un SESSAD DI se situe en dessous de la moyenne régionale (13 mois), département pour lequel la durée moyenne de prise en charge est de 45 mois contre 3 ans régionalement.

Selon une étude de la DDASS⁴⁰, une appréciation par déficience laisse apparaître une situation contrastée. Concomitante au développement des UPI et des CLIS, la capacité des SESSAD pour DI nécessite un renforcement, tout comme celle des SESSAD dits « TCC », en 2003, ils répondent respectivement à 79% et 73% des besoins. Vu le manque de places en ITEP après celui de Kerbeaurieux (Saint-Brieuc) et le refus de jeunes non scolarisés par les SESSAD, la création d'une section DI avec TCC correspond à une préoccupation départementale.

Cette étude ne fait pas apparaître un besoin qui est de plus en plus souvent signalé et qui pourrait faire l'objet d'un financement à court terme : il s'agit des enfants autistes. Le taux de prévalence est en effet plus important depuis le regroupement sous l'appellation « TED ». Compte tenu de la diversité de leurs pathologies qui complexifie les prises en charge, beaucoup d'entre eux ne trouvent pas de solutions éducatives satisfaisantes. Leur trajectoire est souvent dépendante de l'offre d'équipement existant à proximité, particulièrement dans le secteur de la pédopsychiatrie, des places disponibles dans les hôpitaux de jour et des établissements destinés aux enfants handicapés. Avec seulement 10 places pour adolescents autistes déficients intellectuels proposées par SPECIA pour tout le département, Interm'aide 22 compte remédier partiellement à l'insuffisance de l'offre pour toutes les catégories d'autistes, par l'élargissement de son agrément vers les autistes dits « de haut niveau » et les autistes « moyens » avec retards scolaires importants. En fonction des spécificités de ce public, le schéma départemental recommande la construction de réponses par bassin d'emploi, en les diversifiant, en les adaptant au contexte local et en associant le plus grand nombre de partenaires concernés.

Afin de prendre en compte les besoins des jeunes au-delà de 14 ans, un accroissement des places ambulatoires est nécessaire ainsi qu'un travail en lien avec les départements limitrophes. Le territoire costarmoricain a besoin d'un SESSAD pour des adolescents de 16 à 20 ans qui, en cas de retard massif scolaire, risquent de connaître des situations d'errance (service de suite). Malgré les besoins, un projet d'ouverture de 10 places d'ITEP professionnel a reçu dernièrement un avis défavorable du CROSMS. En l'absence d'une logique précise de territoire, on observe une sorte de « concurrence » entre les

³⁹ Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne (2006).

établissements costarmoricens, pour certaines admissions, selon la zone géographique. La majorité des demandes d'extension ou de création de SESSAD dans le département concerne des services destinés à la DI. Sur les 14 SESSAD départementaux, la capacité installée se répartit pour 63% vers la DI.

Le repérage des besoins est toutefois incomplet puisqu'il ne comprend pas les jeunes, actuellement en établissement, pour lesquels une sortie avec un soutien de la part d'un SESSAD est souhaitée. Inversement, les effectifs sont gonflés en SESSAD par ce qui constitue, en réalité, des pré-orientations en institution. La demande d'extension doit tenir compte des autres SESSAD sur le territoire ; les cinq entretiens menés auprès des responsables d'expérimentations similaires dans la région nous font prendre conscience de la diversité des situations (historique, organisation).

Le service définissant ses modalités d'intervention au regard de son environnement, il suppose un réajustement, en fonction des besoins évalués par la direction. Nous en déduisons un positionnement susceptible d'évoluer dans le temps. *« Cette conception déterministe... voit dans les pressions de l'environnement le principal moteur des transformations organisationnelles », permettant « d'asseoir la légitimité des changements internes qui pourraient sinon être vécus comme arbitraires⁴¹ ».*

2.1.2 Le repérage du contexte interne du SESSAD

Guidé par la démarche de contextualisation, le projet de service prend en compte les orientations générales définies dans les annexes XXIV et les lois de 2002 et de 2005, l'environnement médico-social et les besoins des jeunes. Face à la hausse des demandes qui lui sont adressées, le SESSAD redéfinit ses missions, compte tenu de ses valeurs et de son savoir-faire.

A) L'étude préalable au projet d'extension

Partant du constat des difficultés scolaires de jeunes non déficients, à la SIPFP, l'idée première autour d'un foyer externalisé (avec un éducateur technique spécialisé, un enseignant spécialisé,...) ne mobilise qu'insuffisamment le personnel, au début des années 1990. Le SESSAD est donc créé, d'après ce même état des lieux, pour éviter que

⁴⁰ Etude de mars 2007 portant sur les besoins en places nouvelles pour l'ensemble des structures médico-sociales pour enfants et adolescents handicapés à l'exception des centres d'action médico-sociale précoce et du centre médico-pédagogique.

des jeunes, intégrés en lycée professionnel, ne soient stigmatisés par un passage en établissement médico-social. Le service se base alors sur la synergie du pôle adolescence, où l'utilisateur a un statut d'élève et doit s'adapter à l'institution, et du pôle adulte pour un accompagnement vers l'autonomisation et l'insertion. Des éducateurs de l'institut médico-professionnel et du SAVS s'impliquent dans la réflexion. Issus de l'établissement, ces professionnels souhaitent rompre avec les pratiques institutionnelles antérieures, en privilégiant l'analyse transférentielle aux activités d'apprentissage. Malgré la méfiance des familles et des adolescents, au vu d'expériences peu concluantes tant à l'égard des travailleurs sociaux que des thérapeutes, la présence de psychologues se révèle vite indispensable. Au bout de plus de dix années de fonctionnement, l'éducatif et le thérapeutique sont deux supports utilisés en complémentarité.

Ouvert en septembre 1994, le service fonctionne jusqu'en 1995 sur la base de quinze personnes accompagnées. Y sont alors orientées « *toutes les situations incasables dont on ne sait pas quoi faire*⁴² ». En 2006, trente places sont agréées et trente-quatre financées, pour quarante-quatre jeunes suivis actuellement. La liste d'attente montre l'absence d'adéquation entre les besoins et les moyens. La moyenne d'âge des jeunes suivis se situe entre 13 et 14 ans, la majorité d'entre eux étant soit scolarisée, soit en formation. Sur 203 jours d'ouverture par an, la moyenne de prise en charge se situe autour de 22 mois, pour une fréquence de 2,8 actes par semaine par professionnel pour chaque adolescent. Une grille de fonctionnement rend mieux compte de la réalité du travail, d'après la nature des actes, variable selon les interventions (annexe III).

La procédure d'admission fait suite à une orientation de la MDPH pour une durée donnée, au bout de laquelle le bilan débouche sur une demande d'arrêt ou de prolongation de la prise en charge. Les annexes XXIV exigent le bilan trimestriel des actes et la loi de 2002 l'envoi d'un bilan annuel à la MDPH. Le protocole d'admission et le document individuel de prise en charge concourent à accroître la qualité du service rendu. « *Les autorités de contrôle et de tarification exigent une meilleure lisibilité, et les opérateurs sont conviés à se doter de projets explicites et mieux formalisés, véritables contrats d'objectifs à durée déterminée, ainsi que d'un ensemble de documents de communication destinés à clarifier l'offre de service à l'endroit de leurs bénéficiaires. Il leur est également demandé davantage de traçabilité concernant leur activité et leurs procédures professionnelles, ainsi que d'être en capacité d'évaluer la qualité de leurs prestations et de leurs fonctionnements*⁴³ ». Document fédérateur pour l'équipe et écrit de référence pour les

⁴¹ PERRET V., (p.3).

⁴² Entretien avec un professionnel du SESSAD.

⁴³ LOUBAT J.R., (p.2).

usagers et leurs familles, les pouvoirs publics et les instances, le projet de service, constitue une occasion de revisiter le projet initial (missions, valeurs, moyens et logique d'action).

Interm'aide 22 cherche l'adhésion de l'adolescent et celle de sa famille pour un accompagnement éducatif et thérapeutique, un soutien à une intégration dans l'environnement, à la parentalité et à la fratrie, en se servant au maximum de la souplesse et de la mobilité du service. Ces différents aspects étroitement imbriqués demandent des interventions pluri et inter disciplinaires.

Dans le cadre du projet de service, l'idée d'un SESSAD mixte nourrit la dynamique de réflexion, axée sur l'adaptation du service rendu à l'adolescent et à sa famille. Même s'ils se disent désormais prêts et sereins, les professionnels du SESSAD ont, au départ, accueilli avec hostilité le projet de développement, proposé par le directeur adjoint il y a trois ans. Il a voulu que cet avant-projet, au départ seulement destiné à la DI, soit travaillé, en commun, par les trois services du pôle adolescence de l'EPSMS. Par cette démarche participative, nous notons l'implication des personnels, sur la base du volontariat, dans un groupe de travail en mars 2005, autour de l'anticipation d'une extension du service, selon des besoins repérés. Ces professionnels s'accordent tout de suite sur la définition de la déficience intellectuelle, d'origine plus psychosociologique que médicale. Le passage de 30 à 39 places par procédure simplifiée n'apparaît, pas judicieux à l'époque, alors que le service est déficitaire. Le choix se reporte par conséquent sur la demande de moyens additionnels, afin de rééquilibrer la situation.

Le projet non abouti « resurgit », aujourd'hui, modifiant l'agrément initial du service de 30 à 45 places pour la prise en charge future des DI et des TED. La clarification des attendus par la direction auprès de l'équipe favorise l'élaboration de leurs réflexions.

B) L'analyse des entretiens et des réunions

Par une participation aux réunions d'équipes, aux séances d'évaluation interne et par les entretiens menés afin de recueillir l'avis des professionnels, nous nous plaçons en position d'observateur pour nous « *faire une idée du climat, de l'harmonie ou...* » de la dysharmonie qui y règnent « *mais aussi du mode et du style de management qui prévalent, des clivages entre catégories, personnes et idéologies, des zones d'affrontement possibles, des facteurs conflictogènes qui peuvent exister. Bref, l'observation attentive d'une réunion dans un établissement permet aisément d'établir un diagnostic climatique et managérial* ». « *Une réunion est une représentation théâtrale au*

cours de laquelle « l'institution se met en scène », mobilisant pour la circonstance ses acteurs, ses enjeux, ses stratégies et ses tactiques, ses faux semblants et ses rôles convenus⁴⁴ ».

Parmi les quatre types de changement présentés par certains auteurs⁴⁵, le changement prescrit, progressif et imposé apporte des réponses à des contraintes de l'environnement sur une durée de un à trois ans. *« Cependant le changement organisationnel ne pourra être envisagé comme une véritable réponse aux défis de l'environnement externe que dans la mesure où l'organisation dispose d'une réelle capacité de changement⁴⁶ ».*

Les neuf entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels du SESSAD correspondent à une sorte d'enquête de positionnement, pour identifier les diverses représentations des acteurs face à ce changement. Nous les amenons ainsi à s'exprimer sur leur vision du projet, les conséquences envisageables sur leurs pratiques, les liens avec l'IME. *« Permettre une expression implique les personnes, créé des conditions de dialogue qui font apparaître opposition et problèmes réels⁴⁷ ».* A la recherche d'informations précises, cette forme de consultation nous permet d'appréhender les indicateurs de dysfonctionnement ou d'insatisfaction : engagés dans d'autres priorités (projet de service, évaluation, fiches de postes), les agents ne se projettent pas vraiment face à ce projet qui redevient une nouvelle fois à l'ordre du jour. Une certaine dynamique est donc à réactiver à court terme pour servir la crédibilité de l'extension. Percevoir la situation à un moment donné nous aide à mieux cerner la question et à adapter les décisions. La diversité des propos tenus nous sert aussi à relativiser les points de vue, à dépasser les rumeurs et les influences des « leaders d'opinion ». N'ayant pas assisté aux interventions des professionnels, pour des raisons de confidentialité, nous n'avons pas eu l'occasion de confronter nos représentations à la réalité du terrain. Notre présence aux réunions d'équipe hebdomadaire, lieu de restitution et temps d'élaboration de nouvelles hypothèses, apporte tout de même des éléments sur les situations et les démarches de suivi. La réunion de fonctionnement trimestrielle constitue aussi un espace de réflexion dans le but d'affiner les outils du SESSAD.

Bien qu'une partie du personnel revendique le bien-fondé d'une élaboration du projet de service préalablement à toute évaluation, le service mène de front les deux: de la sorte, les séances d'évaluation s'appuient sur le projet de service et renouvellent le dialogue pour son écriture (pratiques, points à améliorer). Pour évaluer une situation et ensuite identifier les pistes d'action, le référentiel Périclès du CREAL invite les acteurs à

⁴⁴ LOUBAT J.R., (p.319).

⁴⁵ AUTISSIER D., MOUTOT J.M., (p.91).

⁴⁶ PERRET V. (p.4).

s'interroger sur leurs pratiques. Une telle démarche valorise l'action conduite, mobilise une dynamique institutionnelle et professionnelle et produit des connaissances pour nourrir la décision. L'évaluation et ses résultats conditionnent le renouvellement de l'autorisation d'après la loi de 2002. Le rapport communiqué aux tutelles, constitue d'ailleurs une condition obligatoire avant tout dépôt de dossier au CROSMS de Bretagne. D'autre part, les demandes de création et de modification de l'agrément (extension, modification du profil des bénéficiaires,...) doivent répondre à six critères définis dans le décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003.

La gestion du changement suppose un diagnostic des points forts et des points faibles du projet. La signification que lui accordent les agents indique les pôles de résistance et les axes d'acceptation qui vont soit guider, soit freiner l'action intentionnelle.

2.2 L'identification des atouts et des obstacles au changement

Ce projet « *ne peut faire l'économie d'une observation et d'une analyse...des zones d'appropriation du changement... et des tensions contradictoires* », des vecteurs favorables et antagonistes, ayant des « *répercussions sur l'action des décideurs*⁴⁸ », des forces et faiblesses de l'offre.

2.2.1 Un appui sur l'expérience du SESSAD, levier au projet d'extension

Changer c'est « *perdre un existant connu pour un avenir incertain justifié par un progrès*⁴⁹ ». Sur quels leviers pouvons-nous nous appuyer pour mener à bien notre action ? Expliquer la manière de particulariser la prise en charge démontre la capacité d'adaptation des professionnels.

A) La continuité d'une prise en charge centrée sur l'adolescent

Occupant une place centrale sur le territoire costarmoricain, l'implantation briochine du SESSAD privilégie un travail initial avec les structures destinées à traiter les troubles psychiques (ITEP, centre médico-pédagogique, unité thérapeutique pour enfants et adolescents, hôpital de jour, maison des adolescents,...). Sa dimension départementale,

⁴⁷ VENTELOU D. (cf. bibliographie).

⁴⁸ PERRET V., (cf. bibliographie).

⁴⁹ AUTISSIER D., MOUTOT J.M., (p.97).

porteuse pour le maintien en milieu ordinaire et la continuité du suivi, évite toute rupture supplémentaire vécue comme un nouvel échec pour le jeune.

Le travail en binôme permet que l'un des deux intervenants prenne le relais de celui qui est absent, en apportant au moins une aide, de l'écoute. Certaines familles refusent le relais par un autre professionnel, ce qui montre l'absence d'interchangeabilité entre eux. Les psychologues à mi-temps sur la SIPFP et le SESSAD contribuent à conserver un suivi dans la prise en charge IME-SESSAD.

Entre collègues, il existe des liens entre les différents dossiers, dont découlent certaines actions de prise en charge. Même en cas de rupture (renvoi de l'école par exemple), le SESSAD poursuit ses interventions et fait ainsi le lien entre les divers endroits concernant le jeune. La dispersion des lieux d'intervention et l'isolement des professionnels sont compensés par des temps de coordination et de régulation, sous la responsabilité du directeur du SESSAD, garant du projet global de l'enfant. « *Cette prise en charge est un exercice continu, individualisé, nécessitant un travail permanent d'une équipe, formée à ce travail spécifique, coordonnée et régulée, du fait de la dispersion des lieux d'intervention (multiplicité des lieux, association de la famille) et de l'isolement des intervenants⁵⁰* ».

Face à l'émergence d'une demande concernant la tranche d'âge 12-13 ans, Interm'aide 22, spécialisé dans l'adolescence, entretient des liens étroits avec le SESSAD rattaché à l'ITEP de Kerbeaurieux (6-14 ans). Si le développement des UPI met la pression sur les SESSAD pour accompagner la scolarisation au-delà de 16 ans, le dispositif permet une prise en charge des 18-20 ans, ce qui offre des possibilités intéressantes pour les jeunes adultes.

Le service ne propose pas d'orientation; néanmoins, la prise en charge débouche pour 44% des jeunes sur des projets scolaire ou professionnel. La limite du SESSAD a longtemps été de ne pas proposer d'apprentissage de la collectivité : désormais des groupes de médiation thérapeutique existent (écriture et contes).

Le protocole de prise en charge éducative et psychologique organise un premier rendez-vous d'accueil des parents et de l'adolescent, avec le CSE, le pédopsychiatre et le binôme référent de la situation. Après un temps de mise en place, il est aujourd'hui pertinent et apprécié par les familles. Le service privilégie une approche systémique, c'est-à-dire qu'il envisage le jeune dans son cadre familial, social et scolaire, pour mettre du lien avec son environnement. Il est un lieu médiateur pour éviter l'exclusion, synonyme de « sanction » sociale qui s'exprime souvent symptomatiquement par l'échec scolaire. Ces éléments contribuent à la stabilité des modalités de prise en charge, découlant du projet de service et du protocole établi par l'équipe.

Le budget attribué étant lié étroitement à l'activité, la suractivité moyenne de quatre places assure une marge de négociation importante. Le taux d'occupation du service de 95% garantit le maintien de l'activité (annexe III). De 1996 à 1999, l'activité génère un sureffectif, sur demande de la commission d'éducation spéciale (ex CDAPH), tolérable sur le plan éducatif et gestionnaire. Ensuite, le nombre de 50 adolescents, atteint en juin 2000, asphyxie le fonctionnement de l'organisation entraînant une dégradation regrettable du service rendu, jusqu'à l'ouverture d'une liste d'attente en septembre 2000. Les objectifs quantitatifs ayant été atteints dès 1997, toutes ces années de fonctionnement montre que le service répond à une demande spécifique de prise en charge d'adolescents TCC. Depuis 1994, la croissance régulière de l'activité du service, impliqué dans une mission novatrice de service public, semble repérée et reconnue par les autorités de tutelle, comme le confirme le financement de quatre places supplémentaires en 2006. Grâce à une enveloppe régionale dédiée à l'autisme, le financement de deux ou trois places devrait être assuré, au regard du comité technique régional sur l'autisme et du Plan autisme qui prévoit, en 2007, la création de 250 places pour les enfants.

Sur le plan budgétaire, le développement du SESSAD représente un véritable enjeu pour les organismes décideurs et payeurs. Il favorise effectivement l'intégration scolaire et amplifie le nombre de prises en charge, sans accroissement des dépenses pour l'assurance maladie. Par comparaison, il est intéressant de constater qu'une place en SESSAD est moins onéreuse qu'une place en établissement. Certains gestionnaires vont jusqu'à considérer que la fermeture de deux places en IME permet d'ouvrir trois places en SESSAD. Revisitée à l'occasion d'un départ en retraite, la répartition des postes place le CSE de SPECIA, personne référente en matière d'autisme au niveau départemental, en relais à mi-temps au SESSAD. Nous comptons sur son expertise pour apporter une vision différente des TED et une adaptation de leur prise en charge. Nous visons une montée en charge progressive du développement du service avec, au final, une baisse du coût moyen à la place.

⁵⁰ VENTELOU D. (cf. bibliographie).

Etant données l'importance de la liste d'attente et la priorité donnée aux TED, nous sommes confiants par rapport au soutien financier de ce projet, en l'appuyant sur les résultats de l'évaluation interne. Reste à analyser les ressources des acteurs du projet, « *la capacité de comprendre et d'utiliser la force des équipes*⁵¹ » devant orienter l'axe de travail du directeur.

B) La garantie d'une souplesse du service

Interm'aide 22 offre un outil qui s'est construit de manière empirique : il présente une souplesse de prise en charge dans les situations complexes, comme des cas sanitaires (trois situations à la limite de la psychiatrie avec des perturbations neurologiques). Il travaille également dans le registre psychotique, sur l'acceptation des parents pour une orientation de leur fille vers un établissement spécialisé. Il accueille aussi deux jeunes atteints du syndrome de « Gilles de La Tourette ». La MDPH participe d'ailleurs déjà aux nouvelles orientations, plusieurs familles d'adolescents autistes ont sollicité le service pour la rentrée de septembre 2007.

La pratique a devancé le projet d'extension du SESSAD puisqu'il accueille deux adolescents autistes de haut niveau et une adolescente déficiente intellectuelle légère, scolarisés en lycée. Faisant suite à des suivis inopérants, ces nouvelles notifications s'intègrent dans le mode de prise en charge et dans le projet de service, sans problème majeur. Il nous faut partir de ces expérimentations pour construire le projet de développement. Cela démontre la capacité d'adaptation du service, grâce à un savoir-faire acquis, qui permet d'ouvrir ces situations à des perspectives de projets individualisés.

En début de prise en charge, les référents s'appuient sur l'aide et les connaissances des psychologues en matière d'autisme qui travaillent également à SPECIA. Le repérage des différences de fonctionnement et d'apprentissage de l'adolescent est progressif et le travail sur l'autonomie plus important que pour les autres adolescents. Tous ces jeunes rejoignent les problématiques de l'adolescence connues par le service, avec une dimension de travail avec la famille, auxquelles se rajoutent les aspects plus particuliers de leurs pathologies. Diversifiant les stratégies de travail sans se substituer aux sujets, ni exclure, le SESSAD peut s'intéresser à des jeunes qui ne sont pas handicapés mais dont la famille est en grande difficulté, aussi bien qu'à des adolescents marqués par une déficience ou qui ne trouvent pas de réponse à leurs besoins. Cette coexistence empêche l'étiquetage, permettant un parcours différent pour chacun, en laissant ouvertes toutes les portes pour l'avenir ; à savoir que si certains usagers suivis au SESSAD avaient été pris

⁵¹ BOTH D., (cf. bibliographie).

en charge à l'IME, ils auraient ensuite été orientés vers un Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

L'intervenant doit se placer à la bonne distance pour être toléré de la part de jeunes non demandeurs, les laisser faire afin qu'ils soient acteurs de leurs projets sans pour autant les insécuriser. En tant qu'espace thérapeutique, un accompagnement peut être proposé aux parents par le psychologue du binôme ou un autre. Le travail d'intermédiaire avec les parents entraîne une rupture avec la pratique institutionnelle: les professionnels doivent se libérer d'un système d'emprise sur l'autre, créateur d'interdépendance.

Service de proximité mobile et intégré dans le tissu social, ses diverses interventions illustrent une volonté d'agir au plus près des lieux de vie de l'adolescent en fonction de son projet. Le professionnel informe et rend compte à ses collègues de l'avancée des suivis qui sont sans cesse à réguler. L'action du SESSAD doit savoir évoluer d'après les besoins du jeune, en mettant l'accent sur tel ou tel aspect de son développement. La prise en charge peut s'interrompre à tout moment, sur décision de l'utilisateur et de sa famille ou des professionnels, elle doit en tous les cas s'adapter aux circonstances (rythme des rencontres plus espacées ou au contraire à intensifier par périodes). Selon le rythme et la progression, l'intermédiaire 22 travaille plutôt dans la gestion des conséquences des troubles que dans leurs causes, dans la médiation en cas de crise plus que dans la distanciation.

Une expérience de douze ans a permis de tester, à l'épreuve de la réalité, l'efficacité du dispositif en binôme, composé d'un éducateur et d'un psychologue référents. La formation de chacun, leurs approches cliniques différenciées et leurs sensibilités disciplinaires complémentaires permettent d'utiliser différents outils : entretiens individuels, familiaux, médiations thérapeutiques, groupes de paroles. Le binôme poursuit sa réflexion dans les réunions hebdomadaires, soumet son travail d'élaboration à la lecture critique de l'équipe, qui fait part de ses interrogations et valide. En tant que support de réflexion, il prend appui sur la réunion d'équipe, temps fort et indispensable, spécialement en cas d'urgence. Il échange avant toute décision ou action; en cas de désaccord ou de manque de recul, la situation est renvoyée à l'équipe ou au pédopsychiatre. Facilitant l'adhésion, ce travail peut cesser, c'est-à-dire qu'on peut différencier les prises en charge selon les besoins et les situations. Le travail en binôme est privilégié au SESSAD en tant qu'outil de prise en charge le mieux adapté, garant du projet du jeune et de la dimension de soins.

Vu la petite taille de l'équipe, les onze personnels apprécient que les réunions se fassent en commun. Cela représente un avantage qui facilite la communication, la circulation de l'information, la délibération collective. Attachés à l'interactivité et à la supervision

d'équipe, ils échangent constamment sur la manière de procéder, « *sans aucune hiérarchie entre les savoirs au sein du service*⁵² ». L'autonomie du service par rapport à l'établissement, et des professionnels à l'égard du service les pousse à revendiquer cette particularité et leur détachement de l'institution. De plus, leur travail nécessite d'oublier les repères acquis précédemment, pour trouver une façon de travailler décloisonnée, ce qui suppose d'être prêt à se remettre en cause en tant que professionnel. L'absence de lourdeur institutionnelle crée une dynamique de créativité, la contrepartie à cette liberté d'organisation étant une disponibilité accrue. Les rendez-vous se prenant plutôt en dehors des temps de classe ou des horaires de travail, il leur faut trouver la bonne amplitude et un rythme de travail adapté.

Jouant un rôle d'interface, le directeur gère les contradictions internes et coordonne les activités, dans un espace ouvert où s'expriment les doutes et les difficultés rencontrées face aux adolescents suivis. « *Tout changement remet en cause les pouvoirs établis dans l'organisation caractérisée par sa structure, son système, son histoire, sa culture qui sont autant de freins au changement et ceci est un blocage important à l'instauration d'actions transformatrices*⁵³ ».

2.2.2 Le sentiment d'insécurité des professionnels, principal verrou au changement

Période de transition vers un nouvel état d'équilibre, le changement est avant tout générateur d'anxiété dans la mesure où il est synonyme d'inconnu, d'incertitude pour les individus⁵⁴. Le redéploiement concerne, par définition, les moyens et les publics mais quels sont les obstacles auxquels nous devons nous attendre?

A) Des craintes par rapport au nouveau fonctionnement

Le service doit évidemment justifier d'effectifs suffisants par rapport aux financeurs et ne peut pas indéfiniment compter sur les crédits supplémentaires mais non reconductibles, accordés par la DDASS, depuis deux ans au regard de la suractivité. En début d'année, Interm'aide 22 s'interroge sur le nombre des futures admissions: les fluctuations de la liste d'attente la font passer de quatorze adolescents en 2005 à quatre au 31 décembre 2006,

⁵² Entretien avec un professionnel du SESSAD.

⁵³ PERRET V., (cf.; bibliographie).

⁵⁴ AUTISSIER D., MOUTOT J.M., (p.82).

douze adolescents y sont inscrits à la rentrée 2007. La mise en place de la MDPH correspond en fait à un moment de flottement où la complexité des nouvelles procédures freine le traitement des demandes et des décisions d'orientation. Le service doit composer avec les changements d'Inspecteurs de l'Education nationale, de directeurs de SEGPA ou de collèges qui dirigent les élèves vers le CMPP, où le délai d'attente est moins long.

Sur la base d'un schéma théorique, nous admettons qu'un sureffectif de cinq à sept jeunes demeure cohérent, tant du point de vue éducatif que gestionnaire, soit 35 dossiers. La gestion du sureffectif se doit de rester compatible avec la mission optimisée auprès de l'utilisateur. Certains professionnels interviennent sur l'ensemble du SESSAD, d'autres n'interviennent pas uniquement sur des temps communs. Cela soulève des problèmes d'organisation puisqu'il n'y a aucun psychologue du mardi au jeudi à l'IME.

Les places de SESSAD gérées par la région sont redistribuées au niveau départemental en fonction des quotas, mais les Côtes d'Armor sont déjà bien dotées. Le risque est que ce projet soit assimilé à une démarche déguisée d'un établissement qui s'auto suffit, en orientant vers ses propres services, ou qui fait durer la prise en charge dans une logique financière. Lorsque la création d'un SESSAD spécifique n'est pas envisageable (zone d'intervention à faible population, insuffisance du nombre de personnes concernées), les instances recommandent le conventionnement inter SESSAD plutôt que la polyvalence d'agrément, pour une meilleure garantie de qualité de la prise en charge.

Le schéma départemental préconise des choix de mode d'accueil dans un rayon au plus égal à trente kilomètres ou à trente minutes de trajet. Au SESSAD, les temps de déplacement sont longs et les interventions à l'échelle départementale complexifient les réponses de proximité souhaitées par le schéma. Lorsque le taux de prévalence de la déficience est faible (autisme,...) ou que le territoire est très faiblement peuplé (centre Bretagne), la définition d'une zone d'intervention se révèle difficile.

La diversification dans des domaines méconnus risque de causer des problèmes, non seulement au secteur choisi mais aussi à l'activité principale, qui souffre alors de la dilution des capacités managériales essentielles. « *Il n'y a rien de plus difficile, de plus risqué, de plus dangereux à conduire que d'initier un nouvel ordre des choses*⁵⁵ ». Au vu des besoins en TED, nous devons être attentifs à ce que le projet ne soit pas perçu, comme ne tenant compte que de contraintes économiques ou encore d'un phénomène de mode. Pour que la prise en charge soit réellement assurée, les compétences sur l'autisme doivent « suivre » et la réflexion ne pas s'arrêter aux personnes qui entrent dans les

⁵⁵ PERRET V., (cf. bibliographie).

cases prédéfinies, mais plutôt au vu des caractéristiques de la dixième révision de la Classification statistique Internationale des Maladies (CIM 10).

« Chaque fois que le changement apparaît, le poids de l'histoire est là, comme dans toute institution !... les résistances au changement sont là, parfois marquées par des mouvements sociaux, davantage liés à l'histoire qu'aux événements pour lesquels ils sont montés⁵⁶ ». L'attachement à une institution ne nous semble pas toujours faciliter ce travail extra muros, qui nécessite des références techniques et organisationnelles différentes et dont la logique se révèle parfois opposée à un travail à domicile. Nous savons que les enjeux institutionnels gardent une place importante dans la nature des échanges, des orientations et des décisions prises au nom de l'utilisateur, que ce soit en institution ou en milieu « ouvert ». « Nous rappelons que cet établissement a une vie antérieure, une histoire construite grâce à la créativité de son personnel et son implication dans les différents projets institutionnels impulsés par les directions précédentes... Nous ne sommes donc pas... dans une année « zéro » où il nous faudrait faire table rase du passé en nous remettant essentiellement à elle (la nouvelle direction) en ce qui concerne l'avenir⁵⁷ ».

« Lorsque le projet d'entreprise demeure flou et le contexte peu repérable,... tout changement se trouve alors par essence redouté, parce qu'il remet en cause les micro organisations quotidiennes patiemment mises en place par les acteurs au fil du temps⁵⁸ ».

B) Des inquiétudes quant à l'évolution des prises en charge

Les personnels ne souhaitent pas forcément de retour à la pratique institutionnelle et à la déficience intellectuelle alors qu'ils ont quitté l'IME. « La direction n'a qu'à créer un deuxième SESSAD à part, indépendamment de celui qui existe déjà⁵⁹ ». L'extension du service risquant de les amener à reconsidérer leurs pratiques, certains souhaitent plutôt rester spécialisés dans les TCC. Le service suit une philosophie psychanalytique, par rapport aux symptômes des adolescents, mais la diversification de l'agrément entraîne trois entrées en relation différentes, pour prendre en compte les traits caractéristiques propres à chaque pathologie.

Les entretiens portent sur l'autonomie et les difficultés d'organisation, pour les adolescents autistes, plus fatigables. Les actes répétitifs leur offrent un certain confort, ils

⁵⁶ Document de travail de la direction de l'EPSMS.

⁵⁷ Ordre de débrayage du personnel de l'EPSMS à l'occasion du CA du 12 janvier 2007.

⁵⁸ LOUBAT J.R., (p.319).

⁵⁹ Entretien avec un professionnel du SESSAD.

ont moins besoin de la relation aux autres. Pour un des autistes pris en charge, le travail du service se base plus autour de l'autonomie personnelle. Pour le deuxième jeune suivi, la question de sa capacité d'intégration professionnelle se pose davantage. Ces deux jeunes se situent donc dans une palette large de registres différents d'adaptation sociale, leur accès à la parole et aux affects est plus facile que pour les TCC. Les autistes de haut niveau ou sans DI importante peuvent y être accueillis, se pose la question de la compatibilité entre l'intervention d'une AVS et le soutien du service. Les jeunes souffrant de TCC connaissent des problèmes de concentration, les TED constituent un frein à l'intégration scolaire, aux relations sociales, tout comme le syndrome de « Gilles de la Tourette ».

Pour que la prise en charge actuelle des TCC au SESSAD soit transposable aux TED, il convient de bien définir le type d'accueil (lorsque la demande de prolongation d'intégration scolaire devient plus difficilement envisageable), et le type d'autisme. Les réticences des professionnels sont liées à leur crainte d'avoir un manque de connaissances et de pratique, surtout par rapport aux TED.

Les psychologues constatent que les adolescents DI se laissent guider sans être acteurs de leurs projets et que cette passivité les rassure. Ils ont un positionnement en général statique, en retrait et ont besoin de soutien pour aller de l'avant. Ils sont rarement demandeurs même s'ils connaissent des difficultés, ils vont plutôt se replier sur eux-mêmes, rechercher la solitude (problématique de la déficience, handicap social). Ils ne rejettent pas l'institution comme les TCC puisqu'ils en viennent et qu'un étayage éducatif a déjà été pratiqué. Ils s'inscrivent dans un projet, une demande et voient le SESSAD comme une progression par rapport à l'IME. La jeune fille déficiente intellectuelle n'a pas de problème de comportement, elle maîtrise les codes sociaux. C'est son parcours familial, à l'origine de grandes difficultés scolaires, qui a provoqué son orientation en IME. La stigmatisation laisse des traces puisqu'elle est complexée par son passage en établissement spécialisé, connoté négativement. Le travail consiste donc davantage à lever les étiquetages d'enfants venant d'établissements spécialisés, à les mobiliser. Les partenaires peuvent aussi être différents (CLIS, UPI, institut médico-professionnel,...).

Le développement important des AVS fait baisser la demande vers les SESSAD, la scolarisation en milieu ordinaire ne passe plus forcément par cet accompagnement (services en libéral,...). Intervenir simultanément auprès des jeunes TCC et déficients intellectuels peut interroger et leur renvoyer des idées négatives: la présentation initiale de la population accueillie est alors primordiale et la délimitation du champ d'action doit être précise à l'avance. Il importe de bien en fixer le cadre pour éviter tout envahissement

ou instrumentalisation par les parents, des orientations par défaut. « *Ce n'est pas parce que le service a des savoir-faire qu'il sait tout faire*⁶⁰ », le fait qu'il soit le seul SESSAD départemental pour adolescents risque d'entraîner des demandes pour tous les jeunes « *inclassables* ».

En l'absence de procédure d'essai, si le SESSAD ne parvient pas à accéder aux demandes de parents d'adolescents autistes (utilisation de telle méthode,...), l'arrêt de la prise en charge sera mal vécu. Le travail avec les familles provoque donc des rencontres différentes nécessitant l'adaptation des professionnels. La définition du projet doit se faire avec les parents: ils attendent une aide, demandeurs de communication et de socialisation pour leurs enfants, contrairement aux familles de jeunes déficients intellectuels plus passives. Les parents d'adolescents aux TCC sont dans un jugement négatif, une souffrance, une fuite des professionnels alors que ceux d'adolescents autistes, plus organisés, sont dans le militantisme. Pendant des années, ils ont été confrontés à des réponses par défaut par manque de structure adéquate. Les centres de ressources (CIERA) leur donnent désormais des recommandations (stimulation continue, milieu ordinaire au maximum,...) qu'ils transmettent et revendiquent ensuite auprès des services. Le CSE se méfie donc des pressions fortes autour de l'intégration scolaire, relayées par les commissions plénières où siègent des associations de familles d'autistes. Ce type de service doit se faire une place auprès d'eux, aux côtés de l'école, pour que chacun reste à sa place.

« *Les difficultés de l'action intentionnelle de changement résident dans les mécanismes qui poussent l'organisation à maintenir une certaine permanence*⁶¹ ». En fonction des atouts et des obstacles repérés, le « *déploiement des leviers* » représente un outil précieux d'accompagnement des équipes.

⁶⁰ Entretien avec le CSE du SESSAD.

⁶¹ PERRET V., (cf. bibliographie).

3 Les mesures d'accompagnement à l'élargissement de l'offre du SESSAD

À partir d'une logique de transversalité et de complémentarité entre les services, le pôle adolescence favorise la personnalisation des prises en charge ; nos propositions lient étroitement le renforcement du SESSAD avec le maintien de l'activité à l'IME.

3.1 La stratégie managériale du directeur, fédérateur devant les obstacles

Inscrire de nouvelles pratiques organisationnelles implique une transformation des représentations développées par les agents. Nous comptons nous servir de la dynamique amorcée par le SESSAD pour rebondir, dès la rentrée 2007, sur le projet d'extension.

3.1.1 Associer l'équipe aux décisions d'organisation interne

Stratégiquement le cap a été tenu, respecté depuis le lancement de l'idée, reste à conduire le changement de fonctionnement, en lien avec les équipes concernées : en effet, au-delà, de la dimension technique du passage en CROSMS, le projet doit avant tout être porté par les équipes. « *Le changé reste maître dans la décision finale. C'est le changé qui change*⁶² ».

A) La mobilisation des professionnels

Les organisations qui s'adaptent lentement ont souvent de nombreux résultats à long terme, le facteur temps est effectivement décisif dans ce plan (environ deux ans). Notre positionnement consiste à rechercher la bonne distance, vu l'autonomie de l'équipe, lui laisser une marge de manoeuvre suffisante pour la motiver. La conduite efficace du changement d'orientations rencontre des confrontations, certes constructives, mais incontournables car nous ne maîtrisons pas totalement l'histoire du service. Pour K. Lewin⁶³, la résistance au changement provient de l'attachement aux normes du groupe : tout changement doit être porté par le groupe et agir sur ces normes partagées.

⁶² LEAVITT H.J., (p.112).

⁶³ LOUBAT J.R., (p.202).

Selon la théorie de Blake et Mouton⁶⁴, nous analysons le niveau de maturité de l'équipe comme « *moyenne faible* » concernant le projet de SESSAD mixte: elle maîtrise peu les exigences du travail mais se révèle motivée pour l'accomplir. Il s'agit par conséquent de centrer les interventions autant sur la relation (soutien et encouragement) que sur la tâche (instrumentation et formation).

« *Le leader est conduit à piloter le changement en fonction de l'identification d'opposants et de supporters actifs ou passifs dans le processus... qui ne peut, à terme, se satisfaire de la non implication des hommes chargés de le faire vivre*⁶⁵ ». Même si le coordinateur est le CSE, la capacité de mobilisation et d'influence dépend de notre leadership afin de susciter la participation volontaire des agents au regard des objectifs suivis. Sur les quatre agents à l'origine du projet de service initial et les quatre qui les ont rejoint par la suite, nous identifions les opposants et les partisans au projet. Les professionnels arrivés de l'extérieur, n'ayant pas de vécu commun, ont une vision moins réfractaire du projet d'extension. Selon les trois types d'acteurs identifiés par D. Autissier et J.-M. Moutot, « *pour que le changement se diffuse au plus près du terrain* », nous nous appuyons sur les proactifs favorables au changement. Ces leaders positifs, ayant déjà expérimenté des suivis de jeunes DI ou TED, envisagent le changement comme un souhait de la direction, au vu du contexte interne et externe. La conviction de ce groupe de tête a un « effet boule de neige » sur les autres agents, au vu des résultats et des nouveaux outils déployés. Si « *dans votre établissement vous pouvez compter sur 30% de personnels motivés, cohérents et adhérents à une démarche de changement... alors le changement à des chances de s'effectuer*⁶⁶ ». Une fois que le changement envisagé est expliqué et que ses premiers effets interviennent, la plupart des personnes se rallie aux proactifs ou aux passifs, qui, en attente de résultat, souhaitent être sécurisés.

« *Il a fallu enfin développer des actions afin de convaincre et rallier les indécis*⁶⁷ ». Des actions menées notamment en direction des bastions syndicaux répondent à cet objectif. Prévisibles et utiles pour positiver dans le sens de l'ouverture, les résistances des opposants, qui risquent d'être isolés, font partie du changement et nous donnent l'occasion d'argumenter et d'approfondir le projet.

Comment faire évoluer les dispositifs et les missions du service, s'ils ne tiennent pas compte des potentialités et des réalités des uns et des autres à mettre en œuvre les orientations ? S'agissant de l'adhésion du personnel à un élargissement de la prise en charge, la gestion des intervalles (respect des temporalités différentes), lorsque la

⁶⁴ LOUBAT J.R., (p.245).

⁶⁵ PERRET V., (cf. bibliographie).

⁶⁶ LOUBAT J.R., (p.57).

direction émet des souhaits d'organisation, nous donne des lignes directrices de fonctionnement. Nous gardons toujours à l'esprit l'idée qu'un temps d'appropriation est nécessaire à nos collaborateurs. En effet, il ne suffit pas de passer une commande, encore faut-il qu'elle soit assimilée par les intéressés, d'où la nécessité d'accompagner et d'instaurer des temps d'échanges et d'explication. Nous devons nous assurer de la compréhension des messages à tous les niveaux pour leur bonne application.

Nous constatons que ce n'est pas ce que l'on dit qui est important, c'est ce que l'autre comprend. Si des choix se révèlent erronés, c'est souvent à cause d'une information insuffisante ou non pertinente. Ainsi, nous prenons garde à communiquer notre vision et surtout à la rendre signifiante auprès du personnel, « *en permettant que l'information circule vite et bien dans tous les sens et en étant à l'écoute des difficultés de chacun*⁶⁸ ». Nous attirons l'attention sur les éléments clés du projet, les valeurs associées, nous comparons avec les expérimentations existantes. Notre capacité d'écoute favorise la collecte des données nécessaires à la prise de décision. « *Utilisant la circulation de la parole, l'écoute tolérante qui rassemble,...* », la direction doit donner « *la possibilité d'auto appropriation des décisions élaborées*⁶⁹ ».

M. Crozier et E. Friedberg défendent d'ailleurs l'idée que les individus ne résistent au changement que s'ils ne peuvent pas y préserver ou y trouver leur intérêt. La motivation des agents passe d'une part, par la volonté d'être reconnus dans leur travail et, d'autre part sécurisés. Changer le travail peut le rendre plus motivant, en accroître la complexité, développer des capacités, diversifier des expériences. Nous devons réduire les incertitudes des personnels d'Interm'aide 22, valoriser leurs compétences, respecter leur autonomie. « *Il faut répondre à une contrainte dans les délais tout en permettant aux acteurs de s'exprimer sur la meilleure façon de construire cette réponse*⁷⁰ ». Une fois le changement prescrit réalisé, le cadre étant posé, la question du passage à un changement construit se pose. L'accompagnement mené correspond alors à un changement progressif et volontaire, sur une durée de un à dix ans pour répondre aux évolutions externes, qui amène à changer les manières dont les acteurs se représentent le service. Le travail de veille à mettre en place nécessite une explicitation régulière sur le long terme. « *Il faut amener ces derniers à collaborer pour l'intégration du changement dans les pratiques quotidiennes*⁷¹ ».

Les problèmes que le management doit lever relèvent de la délibération et de la coordination : concilier la satisfaction des membres avec le fonctionnement et les objectifs

⁶⁷ PERRET V., (cf. bibliographie).

⁶⁸ BOTH D. (cf. bibliographie).

⁶⁹ BOTH D. (cf. bibliographie).

⁷⁰ BOTH D. (cf. bibliographie).

⁷¹ AUTISSIER D., MOUTOT J.M., (p.135).

du SESSAD. Tenant compte des logiques individuelles, collectives et organisationnelles, le cadre, clairement connu de tous grâce à la mise en place d'un échancier et de réalisations étapes (tableau de bord de suivi), est un outil efficace pour un rythme de mise en œuvre progressif. À l'intérieur de ce cadre, l'équipe s'exprime librement : nous permettons la participation des acteurs de l'institution pour les installer dans un processus d'élaboration des décisions. « *Un management aux stratégies audacieusement ouvertes met le manager en position de choisir*⁷² ».

Le management participatif se déroule sous forme de concertation avec le personnel quant à l'organisation du service et aux conditions de travail (discussion et analyse autour des situations déjà expérimentées, rencontre avec les équipes de SESSAD aux agréments équivalents). La direction reçoit alors les observations des uns et des autres quant à l'avancée des orientations. L'objectif de départ est de faire le point régulièrement sur le pilotage du projet et d'identifier les ajustements nécessaires. L'adéquation entre la fonction et les missions a besoin d'être revisitée régulièrement afin de mettre en commun les points de vue sur le fonctionnement du service, d'analyser les aspects satisfaisants et insatisfaisants, de clarifier les valeurs et les particularités autour desquelles se fédèrent les membres du service.

Ce travail permet de faire évoluer la pratique d'équipe et favorise la libre expression, d'où émane un partage des interrogations ainsi qu'une collaboration dynamique. Cette forme de consultation sert à mobiliser (implication, situation de chacun et point de vue), en préparation à la décision, pour instaurer un débat et de la pertinence, voire pour une négociation et une remise en cause positive. La clé de l'engagement individuel repose sur la participation aux décisions qui ont, dès lors, plus de chances d'être comprises et de recueillir l'adhésion de l'équipe. Correspondant aux approches traditionnelles, le changement organisationnel est vu comme un processus anticipé, planifié, collectif qui doit faire l'objet d'un apprentissage et d'une forme d'institutionnalisation. La gestion de l'attention se traduit par la capacité à susciter et à maintenir l'intérêt des membres de l'organisation selon des orientations et des buts privilégiés.

« *Une bonne direction consiste à identifier les facteurs essentiels qui permettent à la prestation de fonctionner, et à concevoir des moyens efficaces et pratiques d'en assurer le suivi et la permanence*⁷³ ». La polyvalence accrue des SESSAD renvoie à la question de celle des professionnels, au travers du management des ressources humaines, pour une meilleure utilisation des motivations et des compétences.

⁷² LAPAUW R., (p.147).

⁷³ NORMANN R., (p.63).

B) La gestion des compétences

Dans un contexte de développement du maintien en milieu ordinaire des adolescents handicapés, et compte tenu du rôle capital que les SESSAD y jouent, questionner les pratiques professionnelles s'impose. Les valoriser et les enrichir, voire en initier de nouvelles améliore les réponses apportées aux jeunes et à leurs familles. L'intérêt croissant porté à la formation est précisément fonction de ce devoir d'adaptabilité des institutions, dans un environnement de plus en plus complexe et mouvant.

Fruit d'une négociation avec les équipes et les instances représentatives du personnel, nous élaborons notre plan de formation, dans une véritable stratégie de développement et d'adaptation du service, en conjuguant les besoins individuels et collectifs, au regard du projet d'établissement. Par la formation, il nous faut privilégier l'instauration d'une cohérence du climat et du fonctionnement, seule à même de fournir les conditions préalables et durables du changement.

En outre, il convient de faire davantage confiance aux facultés d'autoformation des professionnels, à leur capacité d'innovation. Être professionnel en SESSAD signifie inventer de nouvelles pratiques accompagnant l'évolution des personnes.

En somme, il est surtout demandé à la formation continue, aujourd'hui, d'être un stimulateur d'idées, un régulateur de système incluant des hommes et des modes d'organisation, apportant les réflexions nécessaires au bon moment. Elle fournit des compétences techniques, relationnelles, inculque des valeurs et sensibilise à des questions vitales pour la réussite du projet. La formation propose des éléments de réponse pour faire évoluer les outils existants (visite à domicile, ateliers thérapeutiques,...), au regard des caractéristiques particulières liées à l'autisme. Dans ce domaine, à l'insuffisance de places en établissements et en services, s'ajoute un manque de formation auquel il est urgent de remédier, selon le schéma départemental. Les autistes ont besoin d'immuabilité, de repères, ils aiment que tout soit ritualisé. C'est pourquoi d'autres supports que le verbal sont recherchés et utilisés (méthode Teacch, aide à la communication, pictogrammes, recours à des emplois du temps très clairs). Pour cela, les personnels du SESSAD peuvent rencontrer des difficultés de prise en charge de l'autisme, y compris en l'absence de déficience. Les professionnels qui ont débuté leurs interventions auprès des TED présentent rarement une formation spécifique à l'autisme.

Il paraît nécessaire de recruter du personnel avec de l'expérience ou de lui apporter une formation complémentaire en la matière. Nous proposons des formations courtes mais répétitives et la participation à des journées de formation (Ouest Réseau Autisme) ou à des colloques, des mises en commun de pratiques sur des thèmes précis tels que la

violence ou les familles. Considérée au niveau départemental comme un pôle ressource sur l'autisme, SPECIA peut aussi contribuer à l'enrichissement réciproque des pratiques croisées (formation inter établissement). Le plan de formation permanente peut intégrer cette problématique, en priorité, au travers d'une enveloppe spéciale définie à l'avance. Nous envisageons des dispositifs de réunions cliniques pour apporter des réponses particulières, ainsi qu'un atelier de lecture clinique (texte sur l'autisme, adaptation du projet institutionnel).

Des liens sont à créer et à formaliser par convention entre les centres d'action médico-sociale précoce, les SESSAD, les établissements, en s'alliant à la psychiatrie infanto juvénile. Le centre de ressources de Brest vise l'amélioration de la prise en charge au travers de la formation, l'animation de réseaux, l'information et le conseil. Nous avançons l'idée de journées annuelles de formation pour le service sur un thème et de réflexion inter services et inter secteurs pour le pôle adolescence. Dans un souci de formation et d'information, des équipes de travail et des échanges avec d'autres structures permettent aux agents de communiquer à l'extérieur du SESSAD ou de convier en interne.

« Il n'y a sans doute pas de modèle universel, parce que le choix de la solution dépend aussi de la manière dont les membres de l'entreprise, le groupe humain concerné, la mettent en œuvre ⁷⁴».

3.1.2 Une proposition de fonctionnement optimal

A) La répartition géographique d'un service de proximité

Aucun SESSAD ne fonctionne exactement de la même manière. Un temps de réflexion est laissé aux équipes, concernant la nouvelle organisation, certains points seront à revoir en cours de déploiement. Le questionnement tourne autour de la proximité du SESSAD ou de sa spécialisation, avec la nécessité d'une organisation, de recrutements de professionnels et de partenariats spécifiques, en bref d'une équipe dédiée.

La politique de sectorisation laisse davantage de latitude aux familles dans le choix du suivi pour leurs enfants. Le repositionnement des structures au sein des bassins d'emploi offre un accès à tout type d'établissement sur une même zone. La vocation départementale d'Interm'aide 22 permet un repère des interventions selon une répartition géographique. En conséquence, la part des déplacements dans le temps de travail est

⁷⁴ BERNOUX P. (p.117).

non négligeable dans le cadre d'une extension. En tant que gestionnaire, nous envisageons plutôt deux SESSAD répartis géographiquement, dans un souci d'optimisation des moyens et de rationalisation des coûts. Le partage du département en deux secteurs est/ouest paraît logique, à partir d'un siège administratif à Saint-Brieuc.

Le domicile familial est privilégié comme lieu « repère » pour définir la zone d'intervention du SESSAD, même si le parcours individuel de l'adolescent fait apparaître des changements de localisation. La répartition géographique des dossiers se fait déjà dans la mesure du possible: deux éducateurs travaillent plutôt sur le secteur de Lannion et de Guingamp, les deux autres sur le secteur de Dinan et de Loudéac, selon les zones de résidence des bénéficiaires. En effet, la sollicitation d'un double agrément DI et TCC existe lorsque les effectifs de jeunes suivis le permettent pour mobiliser un deuxième plateau technique et des compétences complémentaires. L'installation d'antennes ou d'annexes différentes dans les SESSAD correspond à une modalité de réponse dans des zones à faible densité. Lorsque cette proximité est impossible, différents sites de fonctionnement sont ainsi fixés pour l'équipe pluri professionnelle. L'agrandissement des locaux briochins peut se faire par la location de bureaux mitoyens au site actuel. Nous pensons installer une annexe à Guingamp pour des raisons pratiques, d'après un repérage de besoins pour la DI dans ce secteur.

Le projet et la réflexion d'équipe ne peut fonctionner au-delà d'une certaine taille d'équipe et d'un nombre de dossiers : les 45 places supposent un fonctionnement en deux équipes. Avec une dimension de projection à cinq ans et une réflexion étape par étape, nous prévoyons une montée en charge progressive sur cinq exercices budgétaires. L'évolution budgétaire se faisant à partir du coût moyen à la place (soit 15 000 euros), cette progression engendre à terme la baisse du coût moyen à la place.

Le passage de 30 à 45 places suppose la mise en route de deux petits SESSAD à taille humaine, validée par le CA, au lieu d'un grand où le fonctionnement serait trop complexe. Le service actuel n'envisage pas l'extension comme un agrandissement mais plutôt comme le parrainage du nouveau SESSAD DI-TED. Même si le SESSAD ne fait qu'un administrativement, il fonctionnerait avec deux entités.

A terme, avec l'organisation par secteur géographique, les deux SESSAD créés en parallèle se réuniraient en un seul.

De manière générale, le personnel pense aborder les nouvelles prises en charge de la même manière, avec un travail de fond semblable, sans pour autant forcément se spécialiser. L'accompagnement étant individualisé, il n'y a pas une recette miracle correspondante à une pathologie : « *le diagnostic ne peut pas rendre compte à lui seul du*

*projet à mettre en place*⁷⁵». Après avoir privilégié l'individuel, la mise en place de groupes sur l'habileté sociale, sur la sociabilité, dans une salle à l'extérieur ou dans les locaux du service est possible, ainsi qu'un travail avec les libéraux formés à l'éducation structurée pour l'autisme. Les demandes d'extension dans les autres SESSAD ne donnent pas lieu à des changements particuliers. Pour le transversal et l'hétérogénéité, Interm'aide 22 prône l'ouverture afin d'éviter le ségrégatif. Source de complexité de fonctionnement, la spécialisation n'est pas judicieuse puisqu'elle suppose une entité globale composée de trois « sous SESSAD » avec trois équipes distinctes et des prises en charge différentes, en fonction des problèmes rencontrés. Peu présent sur le plan éducatif, en tant que responsable, le directeur assure la gestion comptable, la communication, le suivi du travail avec les différents intervenants au regard de l'évolution des orientations et de la prise en charge et la réactualisation du projet, ainsi que des réunions de synthèse sur l'organisation globale, l'amélioration du fonctionnement, la répartition du travail (contacts, liaisons, démarches).

Nous insistons sur l'importance des restrictions dans les critères d'admission du SESSAD. Il n'y a pas de structure dans le département pour accueillir les adolescents autistes : ils vont soit dans une SIPFP, soit à SPECIA. Dans un souci de cohérence avec la pratique actuelle et de pertinence du soutien, la délimitation du champ de cette extension se dirige vers une prise en charge légère en terme horaire, mais essentielle pour la construction de liens autour d'un adolescent « *déjà inscrit dans une démarche de construction d'un projet d'intégration*⁷⁶ ». Le service peut proposer d'intervenir pendant des temps non balisés souvent difficiles à vivre (pauses,...). La réflexion autour de l'extension doit inclure la vérification de la capacité d'accueil et d'accompagnement. Les situations nouvellement reçues vont influencer sur l'organisation du service ; au début, le nouveau SESSAD s'appuie sur l'actuel pour une transmission efficace. Quelque soit l'organisation, lorsqu'il y a double orientation, il faut conserver un lien entre les modes d'intervention des deux SESSAD. Les professionnels peuvent s'adosser sur les réflexions des personnes qui travaillent à SPECIA mais aussi faire preuve d'expérimentation personnelle. La réflexion est bien entendu différente en fonction du degré d'atteinte autistique. La question de l'aide à l'intégration ou d'une forme de participation différente est à approfondir. Interm'aide 22 prend en compte le symptôme mais de manière moins mécanique que s'il intervenait en classe, comme le font, par exemple, ceux qui sont dédiés à l'autisme.

⁷⁵ Entretien avec un psychologue du SESSAD.

⁷⁶ Projet de service d'Interm'aide 22 (juin 2007).

Le service doit donc se mettre d'accord sur ce qui est proposé, communiquer et informer en conséquence. Nous déterminons la faisabilité du projet en fonction des ressources humaines, par redéploiement des moyens de l'IME.

B) L'ajustement des postes

Nous définissons l'encadrement nécessaire au nouveau SESSAD sur la base du fonctionnement et de l'organisation actuels. Le projet d'extension coïncide avec le départ en retraite du CSE, moment particulièrement sensible pour le fonctionnement du service. Grâce à une bonne coopération à l'initiative des deux CSE, un passage progressif de relais, par un travail en doublure, assure une intégration rapide et efficace du nouveau CSE. Cela renforce la prise en charge de septembre à décembre 2007. Le but est de lier ce mi-temps au développement du service pour une période transitoire et de remplacer l'autre moitié par un mi-temps d'éducateur spécialisé (pour les dossiers pris en charge avant par l'ancien CSE), ainsi que par une vacation d'orthophoniste à SPECIA. Le partage de son temps entre SPECIA et Interm'aide 22 rassure les équipes qui peuvent s'appuyer sur son expertise en matière d'autisme. Dès l'avis favorable du CROSMS, le poste sera mis à la mutation. Garant par délégation de la mise en œuvre de ce projet qui se veut évolutif et de la cohérence de la réflexion, le CSE anime les différentes réunions professionnelles, participe aux rencontres interservices de l'établissement, informe le directeur des activités. Il participe au protocole d'accueil et peut être sollicité pour prendre part à une réflexion.

Il est nécessaire d'anticiper une telle position à temps plein avant le développement à 45 places. Chef de projet, ce professionnel doit relier les acteurs entre eux, avoir une connaissance des contraintes de fonctionnement et des organismes partenaires. Sa fonction de représentation l'amène à personnifier le rôle de tiers du service entre les différents lieux sociaux pour expliquer les besoins, les problématiques, aider à concevoir les réponses.

Nous calons donc l'augmentation de l'effectif des équipes sur l'augmentation de l'agrément (annexe IV). S'agissant des psychologues, la hausse plus importante se justifie par des constats relatifs à leur charge de travail et par confrontation avec d'autres SESSAD du grand Ouest qui appliquent un ratio globalement supérieur. Le vote du tableau des emplois est prévu au moment du budget prévisionnel en octobre, en accord avec les projets de service et les nouveaux agréments.

À terme, nous envisageons un transfert de deux postes de l'IME vers le SESSAD pour adapter les moyens à l'activité. Attachée au fonctionnement actuel optimal, l'équipe souhaite, elle, préserver des conditions de travail satisfaisantes et trouver une

organisation qui ne bouscule pas tout ce qui est déjà mis en place. Malgré la particularité du service par son emplacement et la liberté d'organisation de ses membres, nous estimons nécessaire de « reprendre les rênes » en 2008, pour accompagner efficacement le changement. Garant du projet et de sa mise en œuvre, le directeur adjoint souhaite accentuer sa présence, en matière d'information, d'animation et de prise de décision, lors de cette période transitoire jusqu'en septembre 2008, pour le développement, la régulation et la continuité du service (rencontres institutionnelles au SESSAD en fonction des sujets abordés, questions techniques et administratives, représentation du service auprès des instances, préparation du dossier pour le CROSMS,...).

Ce projet nécessite de même le passage à temps complet de la secrétaire, ainsi qu'une réflexion autour du plateau technique vers de nouvelles professions. « *Tout établissement comporte un service social confié à un assistant de service social, si l'établissement compte au moins cent places*⁷⁷ ». Avec l'extension du SESSAD, nous arrivons à ce chiffre, d'autant plus que l'évolution des métiers conduit au constat suivant : les éducateurs font de plus en plus d'insertion et les assistants de service social davantage d'éducatif. Même si les avis sont partagés sur ce point, nous préconisons une étude de besoins, dans les cinq années à venir, afin de pallier à ce manque, de manière complémentaire sur l'ensemble des services du pôle adolescence.

Nous envisageons, à long terme, la constitution d'un noyau dur de professionnels pour l'accompagnement des autistes, nécessitant un plateau technique plus pointu (amplification du temps médical et para médical, neuropsychologue, orthophoniste), pouvant éventuellement servir à tout l'EPSMS. Notre demande d'extension ne précise pas la répartition exacte entre la DI et les TED, pour conserver de la souplesse dans les admissions, en fonction des besoins.

L'un des vecteurs essentiels de la transformation des représentations est l'information et la sensibilisation de tous les acteurs. Le principe du SESSAD est justement d'éviter l'institutionnalisation, cela ne sert à rien de reconstituer un mini établissement qui s'auto suffit avec les mêmes professionnels. A l'inverse, inscrit dans un système d'organisation avec différents partenaires internes à l'institution mais également externes, Interm'aide 22 réfléchit avec l'existant et se tourne vers les autres.

⁷⁷ Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005.

3.2 Le positionnement externe du directeur à l'interface des partenariats

Le service peut s'appuyer sur l'importance d'un réseau efficace et étoffé, ce qui représente un de ces atouts majeurs. La diversité des dispositifs sur un territoire accroît les possibilités d'adéquation des réponses permettant une fluidité des parcours.

3.2.1 Valoriser l'offre pour un renforcement du réseau

Le danger pour ce type de service est l'isolement qui peut le placer en décalage. Malgré la liste d'attente, le projet de prise en charge doit être affirmé et communiqué pour éviter de subir des orientations par défaut. « *Le partenariat restitue l'utilisateur dans un environnement de socialisation et de citoyenneté*⁷⁸ ».

A) La continuité du parcours dans une logique de projet personnalisé

« *Le SESSAD détermine un contexte et mobilise les ressources du milieu qui peuvent être exploitées par les jeunes et leur famille. Cette élaboration va permettre à chacun de définir son rôle et sa mission, tout en reconnaissant ce qui revient aux autres intervenants. Cela donne une place à l'enfant ou à l'adolescent qui peut s'inscrire en tant que sujet dans son projet d'intégration*⁷⁹ ». C'est moins la nature propre du handicap que les caractéristiques de son environnement social et familial qui contribuent à rendre l'intégration possible et accessible. Ce service est donc conçu comme intégré et intégrant pour les jeunes, leurs familles et les autres membres de la société environnante, faisant de chaque projet individuel, une action « sur mesure », ce qui implique une coordination de plusieurs interventions.

Révisable à tout moment, le projet individuel constitue la référence permanente pour le travail des professionnels et sert de base de dialogue avec les parents. Outil complémentaire dans le changement et central dans l'action, il fait le lien entre les logiques et les environnements des différents partenaires. La prestation de compensation entraîne la définition de modalités pour un nouvel accompagnement. Il ne doit pas y avoir opposition entre le domicile et l'institution mais plutôt des possibilités d'aller-retour, constructives pour l'utilisateur et les services. De plus en plus, les frontières tombent entre

⁷⁸ LEFEVRE P. (p.238)

⁷⁹ REMY A., « Les SESSAD en équilibre instable ».

les diverses prises en charge : il convient avant tout de favoriser des parcours, d'instituer des modulations, des relais. Dès l'instant qu'on spécifie, on crée forcément de la ségrégation. Cette vision décloisonnée est permise par le projet individualisé, et non en fonction de l'âge ou du diagnostic.

A l'occasion des groupes d'expression, du CVS, des synthèses, nous recommandons l'adoption d'une stratégie adaptée à l'égard des familles éloignées des politiques publiques : par des espaces libres de parole, une « enquête de satisfaction » pour faire part de leurs remarques et pour vérifier leur adhésion, l'organisation d'échanges entre parents. C'est ainsi que le SESSAD qui aide à l'approfondissement du diagnostic peut, tout en maintenant un lien étroit avec la famille, préparer l'orientation d'un enfant dans l'établissement le plus adapté possible au traitement de ses troubles.

« Les SESSAD sont ainsi porteurs d'une conception de l'intégration, perçue comme la mise à disposition d'une personne d'une masse de dispositifs, lui permettant de prendre sa place parmi les autres. Elle s'inscrit dans une logique de participation de l'utilisateur⁸⁰ ».

B) La coopération pour un parcours d'insertion

« En IME, on essaie de mettre de la norme dans un milieu dominé par la différence. A l'inverse, dans les SESSAD, on travaille à l'intégration de la différence dans un milieu ordinaire généralement normatif⁸¹ ». Lorsque les effectifs sont trop faibles, l'appui sur des structures ou des services complémentaires est possible pour une réponse globale de proximité.

La collaboration du SESSAD avec le service de suite de l'IME correspond à une logique de prestations, ce qui casse l'effet de filière « IME-ESAT » et nécessite un système souple. Ce service de suite permet de rassurer, de consolider l'autonomie par un accompagnement social et scolaire, sur demande du jeune, en attendant qu'un relais soit pris. Le SESSAD propose, quant à lui, un suivi éducatif et thérapeutique renforcé, qui démarre sur la base d'une notification par la MDPH et une sorte de « contrat » entre le professionnel et le jeune dont l'adhésion est requise.

Globalement, du lien s'effectue entre les trois services, au travers des professionnels travaillant à temps partagé, des projets d'usagers créent aussi cette dynamique. Dernière étape vers la sortie, si le SESSAD constitue une progression par rapport à l'IME, cela

⁸⁰ STIKER H.J., « Les SESSAD en équilibre instable ».

⁸¹ DENIS C., journées nationales de formation sur « l'identité des SESSAD » des 18 et 19 novembre 1998, organisées par l'ANCREAI.

repose la question de l'effet de filière. Lorsque l'établissement dispose d'un SESSAD, il l'utilise, comme relais, pour alléger progressivement la prise en charge et préparer la sortie dans la continuité. De toutes façons, c'est la MDPH qui décide en dernier ressort de ces orientations. Nous pensons qu'une évaluation peut ensuite être effectuée par l'IME pour le choix des suivis, d'après la dimension de soins. Une coopération est envisageable entre le SESSAD et l'IME pour des stages en entreprise, un travail sur les orientations professionnelles et les motivations (vérification du projet du jeune, de ses aptitudes à un cursus de formation professionnelle qualifiante). Le temps en SESSAD, pour dédramatiser l'orientation vers une structure spécialisée, est tout aussi propice afin de s'assurer que l'orientation en SIPFP est judicieuse et de décider si l'EPSMS convient ou non le mieux. L'IME peut alimenter le SESSAD DI, au moins pour le début, puisque les jeunes intégrés ont besoin d'un suivi allégé.

25% à 30% des jeunes issus d'IME ou de SEGPA nécessitent des actions d'accompagnement socio-éducatif, de soutien thérapeutique, d'aide à la gestion d'orientation professionnelle, en amont, en cours ou à l'issue du contrat d'apprentissage⁸². La redéfinition et le renforcement des SEES et des SIPFP existantes et le développement des complémentarités entre les SIPFP et les UPI sont déjà à l'ordre du jour, tout comme le développement des liens avec le monde du travail protégé. A partir d'une SEES, l'intégration peut être organisée soit en UPI, soit dans une classe avec l'accompagnement socio-éducatif nécessaire.

Nous observons des exemples de SESSAD parfois pré professionnels qui gardent une disponibilité d'intervention sur les objectifs d'insertion sociale et professionnelle. Ils se tournent davantage vers la préparation à la vie professionnelle par la collaboration avec une SEGPA ou un IME, le suivi conjoint avec GRAFIC Bretagne (dispositif de soutien à l'apprentissage de jeunes en CFA), l'intervention d'un éducateur technique spécialisé ou d'un conseiller en économie sociale et familiale, des mises en situations (ateliers, recherche et suivi de stage en vue d'un apprentissage ou d'une formation professionnelle, visites d'entreprises,...).

Néanmoins, nous regrettons que l'agrément du SESSAD s'arrête à 20 ans alors que les parcours de formation et d'insertion professionnels peuvent aller jusqu'à 25 ans. Le nombre grandissant d'intervenants qui réclament le maintien d'une relation éducative, à l'entrée dans le monde professionnel, montre la nécessité d'une prolongation au-delà des limites actuelles. Lorsque les adolescents atteignent leur majorité, les équipes peuvent en effet leur permettre d'exercer leurs nouveaux droits à la citoyenneté, les soutenir dans

leur confrontation au milieu ordinaire adulte. « *Un jeune qui travaille est inscrit dans un parcours d'intégration, mais n'est pas pour autant sorti d'affaire... la mise en situation professionnelle dans le milieu ordinaire fait simplement parti des modalités d'accompagnement médico-social⁸³* ». Pour cela, nous visons une continuité entre les SESSAD et les SAVS ou les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés mentaux, dotés de missions de soutien au projet de vie de la personne et d'appui à l'insertion sociale et professionnelle, dans le cadre de la loi de 2005. Il est en effet plus facile de demander une dérogation pour une admission en SAVS à 17 ans qu'une prolongation de suivi par un SESSAD à 20 ans. « *Les intervenants des SESSAD sont donc, de fait, aux avant-postes d'un nouvel ancrage de la responsabilité professionnelle face aux défis posés par une jeunesse qui aspire à vivre en démocratie⁸⁴* ».

H.-J. Stiker définit le rôle des SESSAD comme « *préposés à faire du lien* » tant ils sont au carrefour du pédagogique, de l'éducatif, du thérapeutique et du social. À l'interface des différents intervenants, dans un rôle de coordination, le SESSAD propose un lieu d'échanges et de connaissances réciproques, une guidance pour tous les professionnels qui gravitent autour de l'adolescent.

3.2.2 Des partenariats départementaux au service d'une logique d'ouverture

Le processus de changement implique d'agir et de se situer dans l'environnement. Cela nécessite que l'ensemble des acteurs du dispositif identifie les missions et les modalités d'intervention des uns et des autres. Au niveau départemental, nous pensons que l'EPSMS doit développer sa communication externe, pour jouer un rôle de médiateur par rapport aux dispositifs sanitaires et d'intégration.

A) Une position d'accompagnateur du jeune

Interm'aide 22 a dû découvrir le fonctionnement des autres partenaires et trouver un équilibre entre les interventions. Les centres d'action médico-sociale précoce, les CMPP ou les centres médico-pédagogiques, dispositifs proposant des soins sous forme de consultations ou de séances, interviennent en amont (dans le cadre d'un diagnostic par exemple) et peuvent recommander ensuite l'accompagnement par un SESSAD. Par

⁸² Enquête du CREAM Midi-Pyrénées.

⁸³ GAZAL N., « Les SESSAD en équilibre instable ».

⁸⁴ VENTELOU D. (cf. bibliographie).

ailleurs, ils sont sollicités simultanément au SESSAD pour l'accompagnement global du jeune ou à l'issue d'un suivi par un SESSAD. Accessible plus rapidement, le CMPP propose aux parents d'effectuer une démarche vers le service, pour des jeunes non demandeurs au départ. Même s'ils s'orientent tous deux vers les mêmes troubles, le travail y est différent puisque le CMPP propose une aide médicale et paramédicale aux adolescents capables de venir seuls aux rendez-vous, ayant une certaine autonomie ou une distance par rapport à leur mal être.

En cas d'urgence, l'intervention du pédopsychiatre de l'IME est précieuse puisqu'il est également présent dans d'autres dispositifs tels que la maison des adolescents et l'hôpital de jour pour adolescents, partenaires costarmoricains; d'autant plus que le faible taux d'équipement départemental entraîne l'absence de consultation pédopsychiatrique en urgence. Le partenariat entre les différents intervenants (établissements, Aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse, maison des adolescents,...) consiste à accroître le lien avec la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale par des conventions d'interventions inter secteurs, afin de prendre en compte les troubles psychiatriques dont souffrent certains enfants orientés dans le secteur médico-social.

Afin d'optimiser le soutien apporté par les SESSAD aux élèves de ces dispositifs, la coopération avec l'Education nationale est décisive, tant pour définir l'implantation géographique de ces dispositifs que pour mettre en œuvre des projets d'accompagnement. Même s'il a signé une convention avec l'Inspection académique le 18 mai 1995, le service n'a pas pour partenaire exclusif l'Education nationale. Il doit pouvoir apporter des réponses éducatives et thérapeutiques à des jeunes qui ne relèvent plus de la scolarité obligatoire, dans l'incapacité de s'inscrire dans les structures de soins existantes. Pour autant, il doit résister à la pression scolaire : un accueil à l'école conditionné par un suivi du SESSAD « pervertit » en quelque sorte le contrat entre l'adolescent et l'Interm'aide 22³⁶. Pour l'instant, il n'y a pas de prise en charge en terme d'acquisition au SESSAD, ni d'accompagnement pédagogique. L'emploi d'un enseignant spécialisé risque de décharger l'Education nationale et d'augmenter les cas de déscolarisation des adolescents pris en charge par le SESSAD. L'intégration scolaire se réduisant au fur et à mesure de l'avancée dans la scolarité, l'effort doit notamment porter sur les UPI. Leur développement interroge les services en matière de préparation à l'insertion sociale et professionnelle, objectif final à toute intégration. Il convient de penser les dispositifs de pré qualification et de qualification (à l'exemple de GRAFIC Bretagne) et les mesures d'accompagnement psycho social nécessaires à un parcours réussi. Nous

tenons tout de même à souligner le fort taux d'intégration scolaire pratiqué par l'EPSMS (un jeune en 2005, trois en 2006 et huit en 2007), son équipe pluridisciplinaire possédant un réel savoir-faire en la matière. On peut imaginer que des écoles envoient sur des temps spécifiques de prise en charge des élèves à l'IME pour un partenariat réciproque.

Avec une fonction de passeur entre les familles et les institutions, le SESSAD, structure autrefois privilégiée pour l'aide à l'intégration scolaire doit désormais composer avec d'autres acteurs. L'éclatement de son domaine d'intervention oblige le service à rentrer en relation avec une multitude de partenaires aux logiques distinctes, aux méthodes parfois peu conciliables.

B) Le SESSAD, témoin de l'environnement du jeune

La baisse des orientations laisse entrevoir des difficultés de recrutement dans les années à venir, d'où l'importance du réseau en amont à la CDAPH (relations avec les autres établissements, SESSAD ou UPI). En tant qu'organisme prescripteur et orientateur, la MDPH constitue un partenaire incontournable, véritable « baromètre » de l'activité de l'établissement. Toutes les SIPFP n'ont pas le même niveau ou la même spécialisation. L'EPSMS doit développer une stratégie de communication sur son image notamment en siégeant aux commissions techniques de la CDAPH, afin de limiter les orientations par défaut. Nous souhaitons que le SESSAD ait une vocation de conseil, en amont, en « éclairant » le processus de décision de la commission. La rédaction de projets et de bilans pour la MDPH suscite des allers-retours permanents, tout au long de la prise en charge, positionnant déjà l'éducateur comme interface entre le SESSAD, les partenaires, l'adolescent et sa famille.

Les éducateurs constatent un mauvais repérage du service et des interventions par les partenaires extérieurs : ils sont considérés à tort par l'Education nationale comme des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, de l'action éducative en milieu ouvert ou des assistants sociaux. Pour l'illustrer, un PPS décrit le rôle de l'éducatrice du SESSAD comme du « *cadrage éducatif sur le plan de la discipline*⁸⁵ ». Le service est un partenaire pour une réflexion commune sur la situation du jeune mais pas un outil ou un chargé de mission. Un travail sur la communication doit être effectué au niveau du service afin d'en repreciser les fondements et de le repositionner régulièrement. Nous pensons organiser un rappel en début d'année à destination des acteurs du réseau (directeurs de SEGPA, assistants sociaux,...). Les éducateurs notent un manque de

communication entre la MDPH, les enseignants référents, le secteur sanitaire, la maison des adolescents.

Le service doit davantage provoquer la rencontre des familles que par le passé où les situations étaient connues à l'avance, maintenant tout passe par la MDPH avec très peu d'éléments à l'entrée en SESSAD. *« Encore faut il que les MDPH, commanditaires des mesures d'accompagnement de la personne handicapée, n'étouffent pas la marge de manoeuvre des SESSAD. Car c'est bien cette capacité de s'orienter librement dans le réseau social et médico-social qui représente sa marque de fabrique⁸⁶ ».*

Par des conventions de partenariat, les services médico-sociaux semblent amenés à constituer des centres de ressources, en complément des établissements ordinaires, dans la proposition de parcours personnalisés modulables. La nouvelle variété de services, beaucoup plus souples, adaptatifs et réactifs, qui ne sont plus des lieux d'internement ou de prise en charge, se manifeste par des sièges techniques et des « pools » de compétences intervenant auprès de l'environnement du bénéficiaire ou à son domicile, de façon personnalisée et contractuelle. Cette configuration *« ressemble à une marguerite de prestations ayant pour cœur une « cellule de promotion sociale », chargée d'identifier la situation du bénéficiaire, de réaliser un check up de ses besoins, de ses atouts et de ses compétences et de planifier un projet personnalisé de développement⁸⁷ ».* Le service considéré devient un dispositif à géométrie variable, susceptible de changer de cap, de modifier la gamme et les modalités de délivrance de ses prestations, de la spécialiser davantage ou de se déplacer en matière de concepts de services : tel est le cas de SESSAD qui proposent un véritable accompagnement à la carte, s'orientant délibérément vers le conseil.

A l'avenir, ces cellules pourraient être habilitées à établir de véritables diagnostics de situation et à susciter des réseaux de prestations autour d'un bénéficiaire devenu « client » par les systèmes de compensation. *« Parallèlement au secteur sanitaire, certains établissements médico-sociaux peuvent très bien constituer des « pôles ressource », susceptibles d'accueillir temporairement, de manière séquentielle ou ponctuelle, des personnes bénéficiaires, de diffuser de l'information et des conseils, de proposer des interventions et des accompagnements à la carte, à l'instar de... « plates-formes de services »⁸⁸ ».*

Grâce au savoir-faire capitalisé, les établissements opèrent une mutation en pôles de ressources recentrés sur des tâches plus spécialisées. De la même manière, l'apparition

⁸⁵ Entretien avec un éducateur spécialisé du SESSAD.

⁸⁶ PAQUET M., « Les SESSAD en équilibre instable »

⁸⁷ VENTÉLOU D. (cf. bibliographie).

de métiers de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, loin de déqualifier les fonctions existantes, les recentre sur un corpus technicien. La notion d'établissement, en tant que lieu séparé de socialisation, est fortement interrogée par le développement de services ou de dispositifs plus souples, plus mobiles, pensés à partir de la notion de réseau. Les structures délaissent par conséquent l'hébergement au profit d'autres prestations d'animation, d'aide à la participation sociale, de l'accueil d'activités socioculturelles, d'apport de connaissances et de compétences.

Le SESSAD a une place de médiateur à tenir, au travers d'une information globale sur les possibilités de prise en charge et du lien qu'il sait tisser entre les espaces scolaire, spécialisé et socioprofessionnel, « *Cette nouvelle configuration... appelle à « une globalisation des réponses » et à passer « d'une logique centrée sur la personne handicapée à une logique de territoire, au profit de la personne... Si le SESSAD peut être considéré comme un témoin de cette évolution, les nouveaux réseaux qui émergent tendent à questionner sa légitimité⁸⁹»*. Une des orientations du projet d'établissement porte d'ailleurs notamment sur la mise en cohérence de la communication interne ainsi que l'accentuation des échanges entre le SESSAD et l'EPSMS.

⁸⁸ LOUBAT J.R., (p.140).

⁸⁹ TERRAL D., DELUCQ A., « Les SESSAD en équilibre instable ».

Conclusion

Véritable moteur de communication et de changement, le développement du SESSAD apporte une ouverture à l'établissement, l'occasion d'un nouvel équilibre. Son expérience se révèle précieuse pour l'IME (individualisation, accompagnement des familles). A l'inverse, la stabilité de l'IME permet un transfert de moyens vers le SESSAD.

Plus le temps en institution est long plus la sortie est difficile, il convient de permettre des passages entre l'établissement et l'extérieur le plus souvent possible. Pour le président du Conseil Général des Côtes d'Armor, « *Grâce à la PCH, des personnes de plus en plus nombreuses vont faire le choix de rester chez elles plutôt que d'intégrer un établissement. Cette évolution va nécessiter l'adaptation des services d'aide à domicile à la prise en compte des spécificités des personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment en termes de formation et de qualification des intervenants*⁹⁰ ». Outre les nombreux aménagements internes, nous nous intéressons aux notions de groupement et de coopération dans notre secteur, dès que les projets le permettent (formation, prise en charge...). Il s'agit, notamment dans le cadre des groupements de coopération sociale et médico-sociale, de mettre en place de nouvelles méthodologies d'intervention, centrées davantage encore sur l'utilisateur et prenant mieux en compte les ressources de son environnement naturel. Ainsi, le décret du 6 avril 2006 relatif au fonctionnement des groupements de coopération sociale et médico-sociale suscite de fortes attentes. A Poitiers, le réseau de santé destiné à la prise en charge des adolescents développe une unité d'intervention en collège et lycée avec des adultes relais qui repèrent les adolescents en souffrance. Mis en place à l'IME La Passagère à Saint-Malo, un dispositif d'intégration et d'inscription dans des activités décloisonnées pour des jeunes ayant des troubles graves de la personnalité et de la relation, des difficultés permanentes en groupe illustre notre propos, à la recherche d'une transversalité accrue entre les trois services du pôle adolescence de l'EPSMS .

Le rôle du directeur adjoint est de créer du lien entre les trois services du pôle adolescence, par exemple avec une réunion de secteur des CSE de la SEES et de la SIPFP, de SPECIA et du SESSAD. Correspondant à l'évolution de l'IME vers une plateforme ressource, l'idée d'une dotation globale pour l'IME et le SESSAD répond à une logique de parcours et de prises en charge complémentaires (UPI, SIPFP, SESSAD). « *Cette convention pluriannuelle et la dotation globale commune à un ou plusieurs IME ou SESSAD voire ITEP... sont susceptibles de permettre de façon très réactive des*

⁹⁰ Entretien accordé par Claudy Lebreton à l'UNAPEI.

redéploiements de moyens structurels ou conjoncturels entre l'IME et le SESSAD pour prendre en compte l'importance relative de la politique d'intégration scolaire mise en œuvre par l'organisme gestionnaire⁹¹» L'évolution d'un EPSMS « multiservices », dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 nécessite une dynamique interne considérable, la dimension institutionnelle est à retravailler en parallèle pour éviter l'éparpillement des services. Une stratégie d'information est aussi à mettre en place, pour connaître les projets des autres structures déposés au CROSMS.

Le mouvement d'adaptation aux nouvelles politiques va vraisemblablement faire passer l'EPSMS de la notion de service à la notion de plateau technique. S'il est utilisé comme tel, en appui à l'intégration scolaire et sociale des jeunes, il conservera un rôle à jouer dans la dynamique interne et externe à l'établissement. Dispositif ressource, nous envisageons sa conversion progressive en tant que prestataire technique. L'évolution des prises en charge vers la notion de plateau technique, en appui au SESSAD, permet d'anticiper tout déficit d'activité et d'accentuer un rôle d'organisme ressource, repéré par les instances départementales. Le plan handicap psychique à venir, consacre, dans certains départements, des ITEP ou des IME, comme de véritables centres de ressources. Selon nous, l'IME a sa « carte à jouer » pour les jeunes dans l'intermédiaire entre SPECIA et le SESSAD, à partir d'un savoir-faire sur l'autisme. Pour eux, la solution peut résider dans un accueil à la SIPFP en préparation ou en accompagnement à l'intégration. Nous imaginons des prises en charge à temps partiel : deux jours par semaine à l'IME (pour les prises en charge psychologiques par exemple) et deux autres en intégration scolaire. Malgré l'absence d'UPI professionnelle dans le département, un dispositif SESSAD-IME est donc à mettre en place, compte tenu de l'accroissement des flux et de l'évolution des troubles. Pour cela, nous devons associer le personnel aux évolutions, afin d'éviter un cloisonnement vers la DI. La position de rejet des professionnels de la SIPFP par rapport au syndrome de « Gilles de La Tourette » inquiète les CSE, quant à leur éventuelle intervention autour de la déficience sociale.

⁹¹ Circulaire n°2006-216 du 18 mai 2006.

Bibliographie

❖ Textes législatifs et réglementaires :

- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, Circulaire n° 83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983, Mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés, ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement, Bulletin Officiel n° 8 du 24 février 1983, abrogée par la circulaire n° 2006-113 du 26 juillet 2006, Abrogation de circulaires ministérielles et de notes de service, Bulletin Officiel n° 31 du 31 août 2006.
- PREMIER MINISTRE, Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV ... au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés,... Journal Officiel du 31 octobre 1989.
- Circulaire interministérielle n°89-17 du 30 octobre 1989, Modification des conditions de prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale, Bulletin Officiel n°45 du 14 décembre 1989.
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel n°2 du 3 janvier 2002, p.124.
- MINISTERE DE LA SANTE, Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Bulletin Officiel n°2003-43 du 20 au 26 octobre.

- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Décret n°2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation, ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, Journal Officiel n°276 du 29 novembre 2003, texte n°25.
- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, Journal Officiel n°6 du 8 janvier 2005.
- Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel n°36 du 12 février 2005, page 2353.
- MINISTERES DE LA SANTE ET DE L'EDUCATION NATIONALE, Circulaire n° 2005-124 du 8 mars 2005, Politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement, Bulletin Officiel n°15 du 14 avril 2005.
- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Circulaire n°2005-224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 8 avril 2006, texte 49.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire n°2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluri annualité budgétaire et à la dotation globale commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.
- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, Circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006, Mise en œuvre et suivi du projet personnalisé de scolarisation, Bulletin officiel n°32 du 7 septembre 2006.

- MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, Circulaire n°2006-139 du 29 août 2006, Enseignements généraux et professionnels adaptés dans le second degré, Bulletin officiel n°32 du 7 septembre 2006, étendue aux IME, IMRPO, ITEP.
- MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DGAS-SDB5 n° 2006-467 du 27 octobre 2006 relative au calcul des prix de journée modulés en fonction des modes d'accueil pour les établissements et services médico-sociaux accueillant des mineurs et des jeunes adultes handicapés, Bulletin officiel n°2006-11 du 15 décembre 2006, p.167-172.

❖ **Ouvrages :**

- LEAVITT H.J., 1969, *Managerial psychology*, University Chicago Press, 1958. Traduction française : *Psychologie des fonctions de direction dans l'entreprise*, Hommes et techniques.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1981, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Editions du Seuil, 500 p.
- BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, 4^e ed., Paris : Seuil, 382 p.
- LAPAUW R., 1993, *La pratique du management des entreprises sanitaires et sociales*, Toulouse : Privat, 165 p.
- NORMANN R., 1994, *Le management des services. Théorie du moment de vérité dans les services*, Paris : Inter éditions, 257 p.
- POULET B., 1995, *Les outils du manager : pour motiver ses collaborateurs, organiser, contrôler et mettre en oeuvre un projet d'équipe*, Paris : Editions Demos, 188 p.
- MIRAMON J.M., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, 2^e ed., Rennes : ENSP, 128 p.
- LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de Chef de Service dans les organisations sociales et médico-sociales: responsabilités et compétences, environnements et projets, stratégies et outils*, 2^e ed., Paris : Dunod, 416 p.

- AUTISSIER D., MOUTOT J.M., 2003, *Pratique de la conduite du changement, comment passer du discours à l'action*, Paris : Dunod, 248 p.
- BRULIARD L., 2004, *Handicap mental et intégration scolaire*, Paris : L'Harmattan, 163 p.
- CABON P. CHOC B., 2005, *Les organisations. Etat des savoirs*, 2^e ed., Auxerre : Sciences Humaines Editions, 435 p.
- GILLIG J.M., 2006, *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*, 3^e ed., Paris : Dunod, 241 p.
- LOUBAT J.-R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 391 p.

❖ **Etudes :**

- LOISY J., novembre 1994, *Points de repères sur les SESSAD aujourd'hui*, Dijon : ANCREAI, 60 p.
- CREA I Bretagne, 2002/2003, *Guide de projet de service SESSAD pour les enfants handicapés ou troublés, reconnus et orientés par la CDES*, Rennes : CREA I de Bretagne/association régionale des SESSAD, 12p.
- CREA I Midi-Pyrénées, janvier 2005, *Etude-action sur le devenir des jeunes en situation de handicap*, Toulouse : CREA I, 144 p.
- DRASS Bretagne, février 2005, *Rapport d'évaluation du Centre Interrégional d'Etude et de Ressources sur l'Autisme*, Rennes : DRASS de Bretagne, 88 p.
- LE DUFF R., mai 2006, *Etude des besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne*, Rennes : CREA I de Bretagne, 53 p.
- CREA I Bretagne-CROSMS-DRASS, juin 2006, *Evaluation annuelle 2005 de l'évolution de l'équipement au regard de l'état des besoins tel qu'il ressort des schémas départementaux et des schémas et synthèses régionaux fenêtre personnes handicapées*, Rennes : CREA I Bretagne-CROSMS-DRASS, 69 p.

- DRASS Bretagne, juillet 2006, *Les dispositifs pour personnes handicapées en Bretagne au 31 décembre 2005*, Rennes : DRASS de Bretagne, 131 p.
- LE DUFF R., RAYNAUD P., mai 2007, *Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention*, Paris : DREES. 8 p.

❖ **Revues :**

- SOLERE-QUEVAL S., WAGNER S., DORE R., et al., janvier-avril 2003, « Intégration scolaire et handicap mental », *Les Cahiers de l'Actif*, n°320/323, pp.11-188.
- MATHIEU L., ROLLIER Y., BROUDIC J.Y., et al., mai-juin 2003, « Travail en réseau et territoires d'action », *Les Cahiers de l'Actif*, n°324/325, pp. 11-168.
- SAVY J., septembre-octobre 2005, « Le droit à la scolarité », *Réadaptation*, n°523, pp.7-55.

❖ **Articles de périodiques:**

- BOTH D., juin 1989, « La perception de la fonction de direction », *Lien social*, n°36.
- ROUDIL C., 1992, « Adolescents en situation de refus ou d'exclusion scolaire. Une expérience de prise en charge dans le cadre d'une institution spécialisée », *ANPASE EMERGENCES*, n°10, pp.13-26.
- KOSMALA E., février 1992, « A domicile », *Le Nouveau Mascaret*, pp. 4-7.
- GUILLOTEAU J.P., octobre 1992, « Les SESSAD », *Mouv'ance*, pp.5-12.
- RINALDI J., juillet 1993, « De l'embarras des équipes devant la création d'un SESSAD ou le SESSAD une « nouvelle » politique sociale de la gestion du malaise... », *Mouv'ance*, pp.5-16.
- RINALDI J., juin 1994, « Les vertus des SESSAD et SESSD », *Lien social*, n°263, pp.5-8.

- ZUCMAN E., juin 1994, « Les soins et l'éducation spécialisée à domicile », *Lien social*, n°263, pp.8-13.
- BENLOULOU G., MERCIER C., avril 1996, « La spécificité des SESSAD », *Lien Social*, n°348, pp.4-6.
- PLANTET J., avril 1996, « Les SESSAD ou SSESD », *Lien Social*, n°348, p.7.
- TREMINTIN J., décembre 1998, « Les SESSAD misent tout sur la famille », *Lien social*, n°465, pp.4-6.
- PLANTET J., décembre 1998, « Où en sont les SESSAD ? », *Lien social*, n°465, pp.7-8.
- VACHON J., janvier 1999, « Les SESSAD au rythme des familles », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2102, pp.21-22.
- FELDSTEIN M., juillet 2000, « Les SESSAD appréciés à leur juste valeur », *Le mensuel du Snapei*, n°130, p.8.
- DETRAUX J.J., novembre-décembre 2000, « L'intégration au niveau scolaire : pour un modèle interactionniste », *Les Cahiers de l'Actif*, n°294/295, pp.29-42.
- EBERSOLD S., juillet-septembre 2003, « Intégration scolaire, dynamiques de scolarisation et logiques d'accompagnement », n°99, pp.17-32.
- GILLIS A., janvier 2004, « La pédopsychiatrie maltraitée », *Le Monde*, p.15.
- LE DUFF R., février 2004, « Les besoins de prise en charge par les SESSAD de Bretagne », *A propos de*, n°1, pp. 1-6.
- LE DUFF R., mars 2004, « La scolarisation des enfants et adolescents handicapés en Bretagne », *A propos de*, n°2, pp. 1-8.
- LE DUFF R., avril 2004, « Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001 en Bretagne », *A propos de*, n°3, pp. 1-8.

- BARREYRE J.Y., BOUQUET C., PEINTRE C., avril 2005, « Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements et services médico-sociaux », *Etudes et résultats DREES*, n° 396, pp. 1-8.
- VANOVERMEIR S., février 2006, « Déficiences et handicaps des enfants passés par les CDES », *Etudes et résultats DREES*, n°467, pp.1-8.
- LE DUFF R., février 2006, « Evolution des publics, adaptation des dispositifs : l'exemple des IME et IEM Volet 1 : Evolution du dispositif en Bretagne », *A propos de*, n°17, pp.1-7.
- VENTELOU D., septembre 2006, « Concilier prestation de services et délibération démocratique », *Directions*, n°33, p.47-48.
- PERRIER M., novembre 2006, « Les SESSAD en équilibre instable », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2480, pp. 21-22.
- MARABET B., décembre 2006, « Les jeunes atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement en Aquitaine », *Info stat*, n° 89, pp.1-6.
- PLANTET J., mars 2007, « La difficile prise en charge de l'autisme », *Lien social*, n° 834, pp.8-10.
- , mai 2007, « La montée en charge des Sessad, alternative à l'établissement », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2509, p. 40.

❖ **Comptes-rendus de congrès publiés :**

- « Les SESSD, une nouvelle culture professionnelle, des compétences à développer », in CREA I ILLE DE FRANCE, *Séminaire de rencontres et de confrontations de l'ARGAM*, 1992, Rosny sous Bois: CREA I Ile de France, 1992, 5 p.
- « SESSAD », in ANCREAI, *Assemblée Générale ANCREAI*, 1993, Dijon : Bulletin d'informations du CREA I Bourgogne, 1993. N°118. 8 p.

- FAUCHEUX F., « Les SESSAD dans les différentes annexes XXIV Spécificités des services d'éducation et de soins à domicile », in CREAM LANGUEDOC ROUSSILLON, *Journées Nationales des SESSAD*, 1994, Montpellier : CREAM Languedoc Roussillon, 1995, 4 p.
- « Les SESSAD dans la région Languedoc Roussillon », *Journées Nationales des SESSAD*, 1994, Montpellier : CREAM Languedoc Roussillon, 1995, 16 p.
- « SESSAD - Tarification - Indicateurs d'activité », *Journées Nationales des SESSAD*, 1994, Montpellier: CREAM Languedoc Roussillon, 1995, 10 p.
- DENIS C., « L'identité des SESSAD », in CREAM NORD-PAS-DE-CALAIS, *Journées nationales de formation*, 1998, Lille : CREAM Nord-Pas-de-Calais, 1998,131p.
- PERRET V., mai 1996, « La gestion du changement organisationnel : Articulation de représentations ambivalentes », *5ème Conférence Internationale de management stratégique* [en ligne], pp.1-22. [visité le 2 juillet 2007], disponible sur Internet : www.stategie-aims.com/lille/com5402.pdf.
- DUBREUIL B., « Education spécialisée : un champ professionnel avec des compétences propres devant des défis à relever », *Journées interrégionales des IME, IEM Bretagne Pays de Loire*, [en ligne], pp.1-11. [visité le 17.04.2007], disponible sur Internet: http://www.creaibretagne.org/IMG/pdf/Intervention_de_M._Dubreuil-2.pdf

❖ Mémoires :

- GALLAT T., 2005, *D'une logique de filière à une logique de parcours : pour un accompagnement personnalisé à partir d'un IME*, mémoire pour le CAFDES : ENSP Rennes, p.1-125.
- BETUING J.P., 2007, *Le projet individuel comme outil de recentrage et de valorisation de la place de l'utilisateur Comment passer d'une logique d'organisation du travail centrée autour des préoccupations des professionnels à une logique d'organisation du travail centrée autour de l'utilisateur par la biais du projet individuel*, mémoire pour le CAFERUIS : AFPE Bruz, p.1-87.

Liste des annexes

Annexe I – La description des services de l'établissement

Annexe II - L'évolution de la conception de l'accueil à l'EPSMS

Annexe III - L'activité du SESSAD Interm'aide 22

Annexe IV - La proposition d'une nouvelle organisation du service

Annexe V - Des exemples de parcours personnalisés

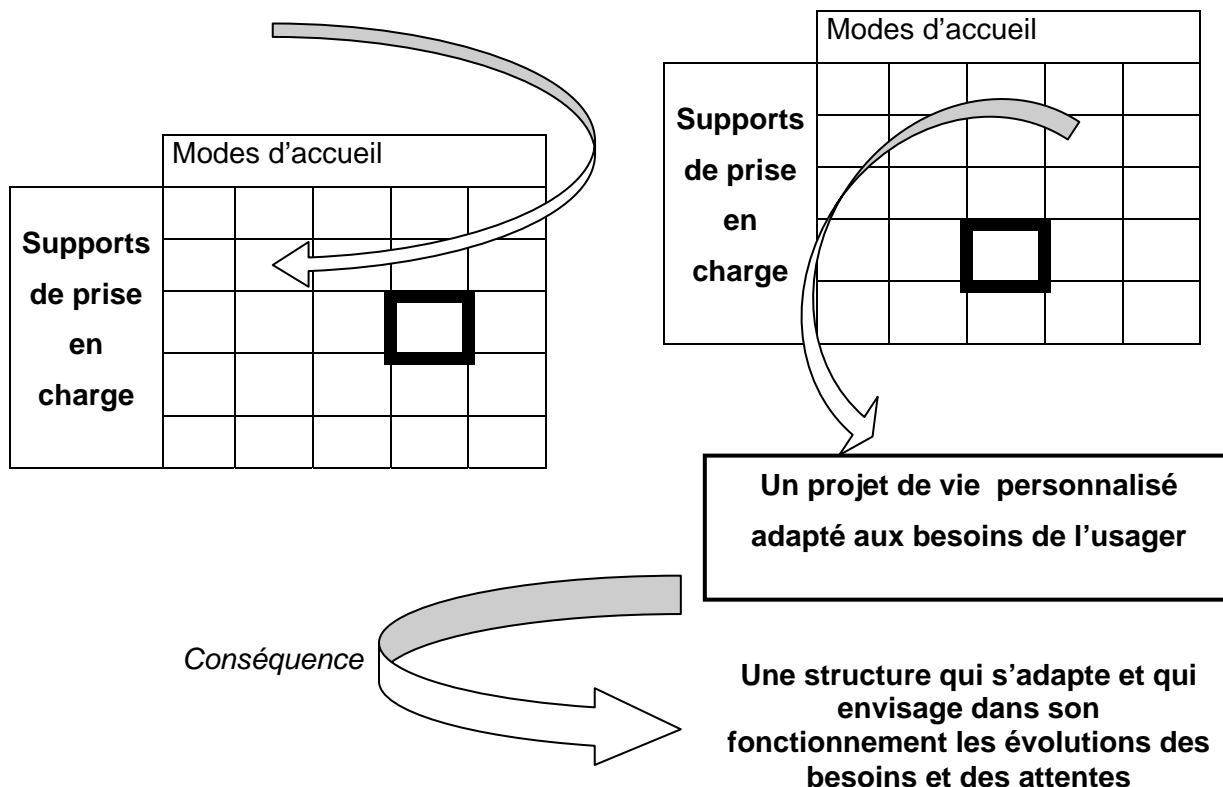
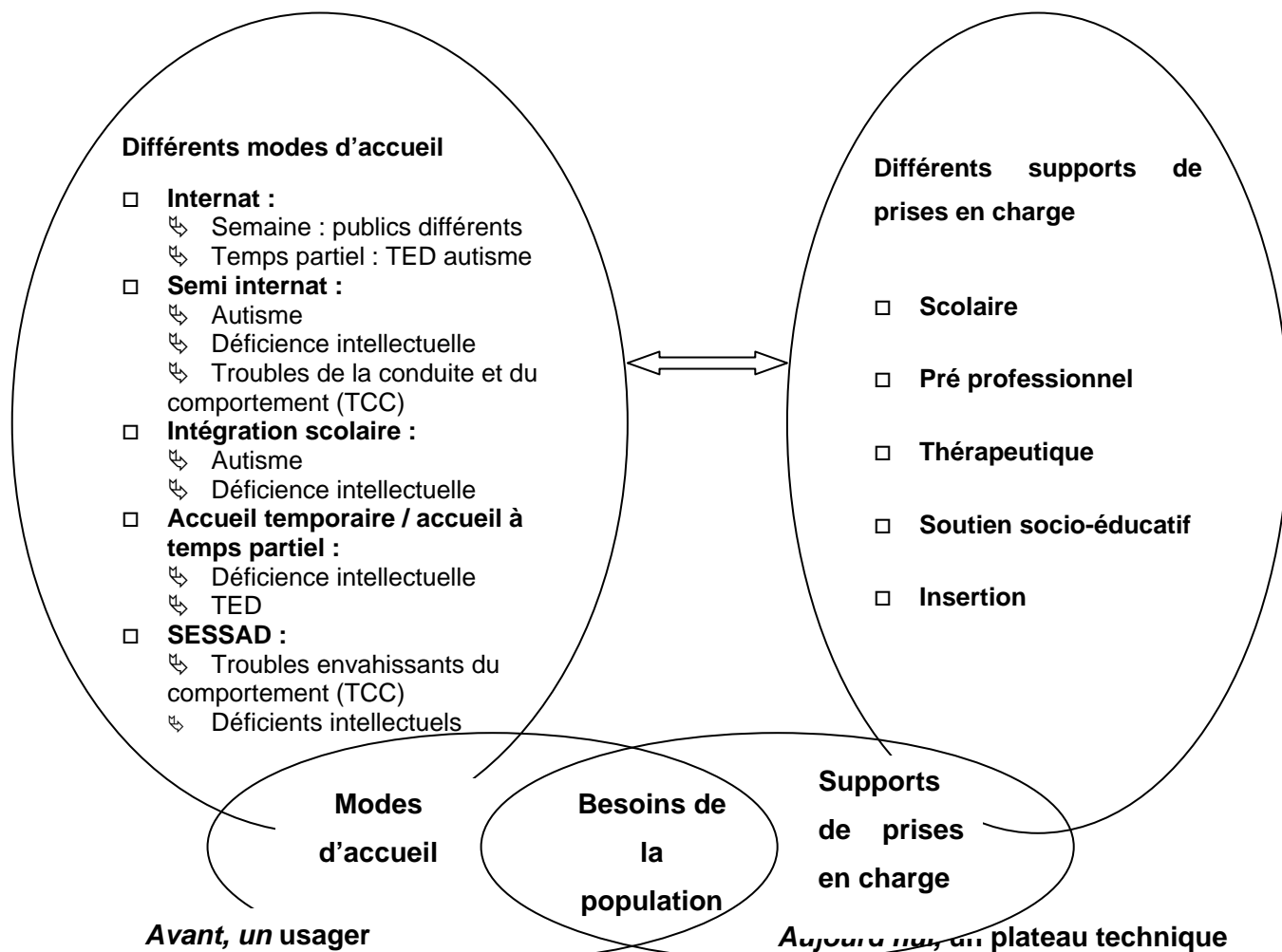
Annexe VI - Un modèle de grille d'entretien

Annexe I - La description des services de l'établissement

Services du secteur adolescence (12-20 ans) Annexes XXIV	<i>Nombre de places</i>	<i>Missions</i>	<i>Population accueillie</i>	<i>Modalités de prise en charge</i>	<i>Financement</i>
SEES-SIPFP Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle	55 places : 22 internes, 26 semi internes, 7 en intégration scolaire	Accompagnement médico-éducatif visant à la meilleure intégration socioprofessionnelle possible en milieu ordinaire et protégé de travail.	A partir de 12 ans en SEES et 14 ans en SIPFP	Internat de semaine et externat. Prise en charge en 3 cycles : accueil, formation et insertion.	Prix de journée
SPECIA Section de Prise En Charge Individualisée d'adolescents atteints d'Autisme ou de troubles envahissants du développement	10 places agrémentées, en internat de semaine 13 places financées en 2007	Promouvoir le bien être de l'adolescent et optimiser ses capacités.	Difficultés de communication d'adaptation à l'environnement	Projet éducatif individualisé : prise en charge pédagogique, psychothérapeutique, (ré) éducative et soins dans une unité spéciale mais au sein de l'EPSMS. 22 activités hebdomadaires	Prix de journée
SESSAD Section d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile Interm'aide 22	35 adolescents souffrant de troubles de la conduite et du comportement 36 places théoriques	Prise en charge éducative et soins psychologiques, aide à l'insertion et soutien à l'intégration scolaire. Reconnaissance des besoins, réintroduction de liens sociaux, élaboration du projet personnalisé.	Adolescents de tout le département scolarisés ou non, apprentis, salariés, dépendants de la PJJ, ...	Continuité et souplesse dans le protocole de prise en charge : entretien d'entrée, travail relationnel des 2 référents (éducateur et psychologue) en « binôme thérapeutique » : autant auprès de l'adolescent que de son environnement. Déplacement des équipes à proximité du lieu de scolarisation ou de domiciliation et travail en réseau.	Dotation globale et supplément en 2006

Services du secteur adulte	<i>Nombre de places</i>	<i>Missions</i>	<i>Population accueillie</i>	<i>Modalités de prise en charge</i>	<i>Financement</i>
ESAT Etablissement et Service d'Aide par le Travail	130 travailleurs pour un agrément de 123 places	Intégration professionnelle des travailleurs à un poste de travail adapté, développement de liens sociaux.	Personne reconnues travailleurs handicapées	10 corps de métiers et 14 ateliers. Contrats de 31h30 par semaine	Dotation globale
SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	87 personnes de l'ESAT (76 en suivi extérieur et 11 en foyer)	Accompagnement et hébergement, si besoin, interventions ponctuelles sur d'autres demandes. Soutien pour libérer le temps d'encadrement de l'ESAT, pauses, transport, ... Favoriser au maximum l'autonomie.	En majorité des travailleurs de l'ESAT	4.40 postes d'aides médico-psychologiques au foyer et un éducateur spécialisé coordonateur, 1 animateur socio-culturel. Equipe d'accompagnement composée de 10 éducateurs pour 9 postes et d'1 éducateur pour le sport à temps partagé avec l'ESAT.2 psychologues à temps partiel.	Prix de journée pour foyer et dotation globale pour accompagnement
Projet SATRA Service d'Accueil et de TRavail Adapté Passage en CROSMS en janvier 2007, ouverture en janvier 2008	15 places	Actions sur le temps libéré			Lien avec SAVS / au financement départemental

Annexe II - L'évolution de la conception de l'accueil à l'EPSMS



Annexe III - L'activité du SESSAD Interm'aide 22

Mouvements notés depuis l'ouverture

Années	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2003	2004	2005	2006
Entrées	6	22	17	8	14	20	19	9	13	6	17
Sorties		1	12	8	10	11	10	12	9	8	14
Effectifs	6	27	32	32	36	45	54	32	34	35	34

Une photographie statistique du service pour l'année 2006

ACTIVITE DU SESSAD EN TERME D'ACTES

Adolescents	Famille	Familles d'accueil	Collèges	Partenaires extérieures	Réunions	Ecrits	Supervisions individuelles et d'équipe	Réflexion en binômes	Total
1402	954	53	141	403	109	40	30	810	3942

Contacts direct et indirects

Contact avec les adolescents : 35,57 %
 Contact avec les familles : 24,20 %
 Contact familles d'accueil : 1,34 %
 Contact Structures scolaires : 3,58 %
 Contact partenaires extérieurs : 10,22 %

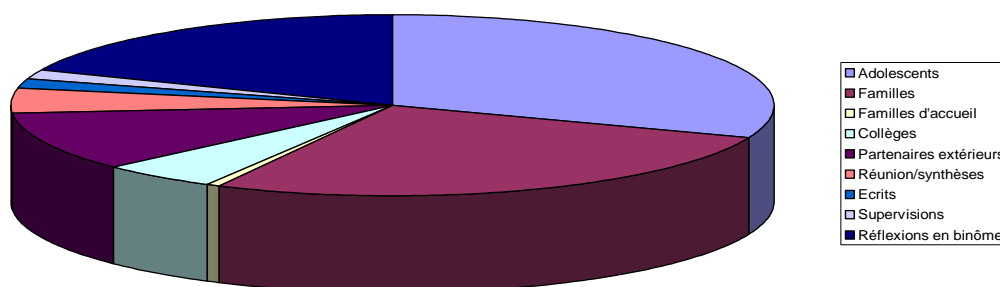
Total : 74,91%

Réflexion – Ecrits - supervisions

Réunion d'équipe synthèses : 2,77 %
 Ecrits – rapports – P.I.I – Bilans : 1,01 %
 Supervisions individuelles et d'équipe : 0,76 %
 Réflexion en binôme : 20,55 %

Total : 25,09%

Répartition des actes 2005



En résumé :

- 35 % des actes en contact avec les adolescents.
- 25 % des actes en direction des familles.
- 14 % des actes vers l'environnement de l'adolescent.
- 20 % des actes de réflexion en binômes (éducateur/psychologue).

Ces chiffres quasi identiques au bilan de l'année précédente montre la stabilité des modalités de prise en charge découlant du projet de service et du protocole établi par l'équipe.

Pour reprendre les termes du bilan 2005 : ces chiffres traduisent le projet du service du SESSAD. Un travail en direction de l'adolescent, mais aussi de son environnement (familial, scolaire, social), pour mettre du lien, retisser par la parole la trame d'un environnement dont l'adolescent s'est peu à peu plus ou moins coupé, mais aussi un travail de réflexion important en binôme et en équipe de façon hebdomadaire, garant de la dimension de soins du service.

Les garçons sont largement majoritaires (5 filles sur 37).

Les jeunes de 13/15 ans sont au nombre de huit cette année, moins nombreux et nous constatons un vieillissement de la moyenne d'âge (en rapport avec la durée des prises en charge).

Parcours scolaires et professionnels :

Scolarisés (collège – E.G.P.A. – E.R.E.A. - M.F.R.) : **10/37**.

En formation après la troisième (L.E.P. – Lycée – Apprentissage) : **13/37**.

Autres (déscolarisé – Mission Locale – M.G.I.) : **11/37**.

Salarié : 3/37.

Implantation géographique :

Grand Saint-Brieuc : 45%

30% d'entre eux dans l'ouest et le sud ouest du département (Lannion, Guingamp, Paimpol)

25% à l'est et au sud est (Dinan, Lamballe, Loudéac)

Ouest du département 9/37.

Est du département 11/37.

Sud du département 3/37.

L'état des actes effectués par le service en 2002, 2003, 2004 et 2005 permet de comparer année par année l'agrément (30 dossiers) et le nombre de dossiers réellement pris en charge :

31 en 2002

32 en 2003

plus de 34 en 2004

35 en 2005

34 en 2006.

L'évolution chiffrée des résultats en acte, du coût de l'acte annuel (multiplication du nombre d'actes moyen envisagé par la durée d'ouverture par l'effectif pris en charge, rapport de ce produit divisé par les charges annuelles), la tarification se faisant d'après le principe du forfait séance moyen

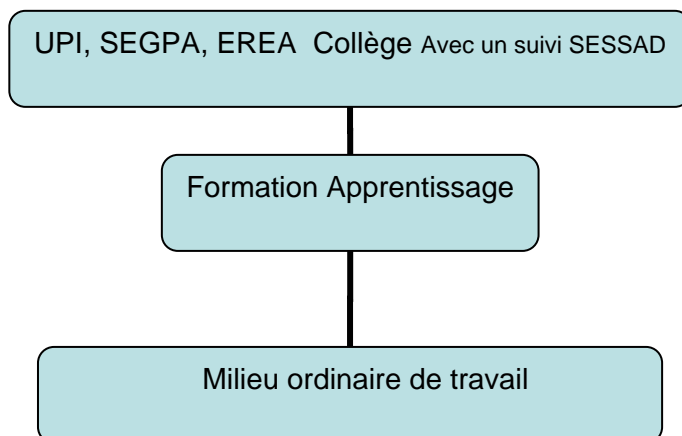
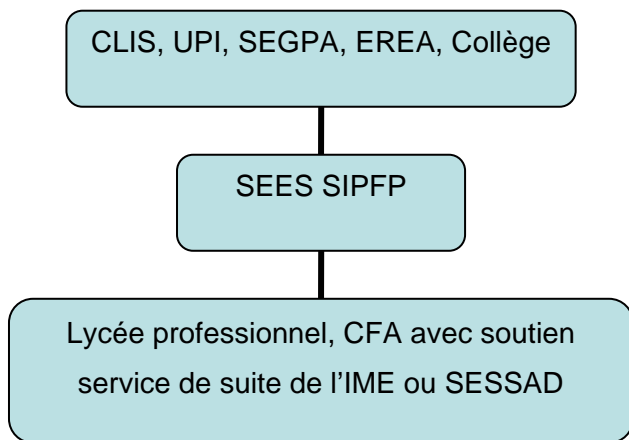
Annexe IV - La proposition d'une nouvelle organisation du service

Organisation pour 30 places	Organisation pour 45 places
0.25 ETP directeur, 1 ETP CSE, 0.75 ETP secrétaire, 4 ETP éducateur spécialisé ou moniteur éducateur, 4 fois 0.50 ETP psychologues, 0.20 ETP pédopsychiatre.	0.50 ETP directeur, 1 ETP CSE, 1 ETP secrétaire, 6.5 ETP éducateur spécialisé ou moniteur éducateur, 3 ETP psychologue + 0.40 ETP pédopsychiatre +

0.5 ETP ES et 0.25 ETP psychologue pour 4 ou 5 places au départ

A terme, chaque équipe peut être composée de 0,20 ETP de pédopsychiatre, 4 fois 0,50 ETP de psychologue et 4 ETP d'éducateur spécialisé.

Annexe V - Des exemples de parcours personnalisés



Annexe VI - Un modèle de grille d'entretien

Les professionnels du SESSAD et de l'IME de l'EPSMS

- Depuis combien de temps travaillez-vous à l'EPSMS ? Quel y a été votre parcours ?
- Comment compareriez-vous votre activité entre les différents services de l'EPSMS dans lesquels vous intervenez ? (Prise en charge, jeunes accueillis, fonctionnement du service,...)
- Quels sont pour vous les avantages et les difficultés de travailler dans chaque service ?
- Quelle analyse faites-vous en terme d'étude de population pour les jeunes accueillis au SESSAD ? (Scolarisation,...)
- Quelle analyse faites-vous du partenariat avec les familles et avec l'Education Nationale ?
- Quelle analyse faites-vous de la liste d'attente au SESSAD actuellement? (âge, origine géographique, situation familiale, sociale et scolaire)
- Comment adaptez-vous votre pratique au SESSAD aux autistes Asperger ?
- Avez-vous noté une évolution au niveau des populations accueillies ces dernières années, si oui comment la caractériseriez-vous et quelle a été, en conséquence, l'évolution de votre pratique professionnelle?
- Comment adaptez-vous votre pratique au SESSAD aux autistes Asperger ?
- Que pensez-vous du développement du SESSAD et de la diversification de son offre vers des populations DI ou souffrant de TED?
- Dans quelle mesure pensez vous que cela va changer vos pratiques ? De quelle manière pensez-vous les adapter : souhaitez-vous les diversifier ou vous spécialiser?
- Quelles améliorations seraient à proposer par rapport au fonctionnement du service et quels nouveaux partenaires?

Les responsables d'autres SESSAD ayant déjà diversifié leur agrément

- Pouvez-vous revenir sur le contexte et la mise en place de l'extension du service ?
- Quelle a été l'adaptation des professionnels aux expérimentations des nouveaux suivis?
- Quelle collaboration avec le CAMSP ou l'IME (transversalité entre les services)? les autres partenaires ?
- Y a-t-il une liste d'attente ? Quelle est la durée moyenne de prise en charge ?
- Quelle est la composition de l'équipe du SESSAD ?
- Quelle est l'organisation du service ? (spécialisation en terme d'âge (diversité 0-16 ans) ou de pathologie, sectorisation géographique des interventions)
- Quels sont les principaux partenaires du service ? Quelle collaboration avec l'EN ?
- Constatez-vous une évolution des populations ?
- Quels sont les projets du SESSAD ou les évolutions à venir ? (améliorations éventuelles)