ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

EXTENSION D'UN SESSAD EN IME POUR JEUNES AUTISTES : OPPORTUNITÉ POUR REFONDER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Daniel MOJICA

CAFDES

2007

Remerciements

« La morale consiste à prendre

l'homme comme une fin et non comme un moyen »

Spinoza, Ethique Vème partie

Je tiens à remercier tous les enfants, familles et professionnels, avec qui j'œuvre chaque jour et qui me transmettent une motivation sans cesse renouvelée, basée sur une richesse de rencontre humaine, qui avec ses hauts et ses bas, donne un sens humain à ma fonction de direction.

Je remercie aussi mes collègues et les formateurs de l'I.R.T.S de Bordeaux, qui m'ont accompagnés dans cette formation, ainsi que ma directrice de mémoire Madame Patricia Besanger.

Enfin j'adresse mes remerciements à mes proches qui ont su m'entourer tout au long de ce parcours, par leur disponibilité et leurs encouragements.

Sommaire

INTRODUCTION 1

1. CONTEXTE ACTUEL DE L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES SOUFFRANT D'AUTISME ET DIAGNOTIC INSTITUTIONNEL DU S.E.S.S.A.D. « SAUTE-MOUTON » 3

1.1. L'environnement réglementaire concernant les S.E.S.S.A.D. 3

1.2. Les textes législatifs encadrant l'action sociale et médico-sociale et l'accompagnement des personnes handicapées 5

1.2.1. Les textes fondateurs : les 2 lois du 30 juin 1975 5

1.2.2. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale 5

1.2.3. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées 6

1.2.4. L'évolution des établissements médico-sociaux au cœur des enjeux de notre société 7

1.3. L'autisme un syndrome aux contours flous dont la connaissance et la prise en charge s'améliore 9

1.3.1. La reconnaissance de l'autisme comme handicap 10

1.3.2. La prise en compte de l'autisme en Aquitaine : le plan d'action régional 2007-2011 13

1.3.3. L'autisme et le contexte Girondin 15

1.4. Saint François-Xavier Don Bosco : une association forte de ses 150 ans d'histoire 16

1.4.1. Bref rappel historique 16

1.4.2. Objet et valeurs de l'Association 17

1.4.3. Une Association qui a d'importants atouts, mais néanmoins des points faibles ... 17

1.5. Le S.E.S.S.A.D « Saute Mouton» : une intervention spécialisée pour l'autisme 19

1.5.1. L'histoire de l'établissement 20

1.5.2. Son implantation 21

1.5.3. La population prise en charge 21

1.6. Une équipe pluridisciplinaire inscrite dans une dynamique de professionnalisation 24

1.7. Une offre de service qui se diversifie pour répondre aux besoins des usagers et de leur famille 25

1.8. Une problématique d'adaptation, de diversification et d'optimisation de l'offre de service, de cohérence et de cohésion institutionnelle 26

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE 28

2. REFONDER LE PROJET D'?TABLISSEMENT À PARTIR DES BESOINS ET DES DROITS DES USAGERS, D'UNE ACTION TERRITORIALISÉE, DANS LE CADRE D'UNE DÉMARCHE MANAGERIALE ENGAGÉE 29

2.1. L'autisme : question ouverte 30

2.1.1. L'évolution des approches théoriques et des modalités de réponse 30

2.1.2. Le modèle psycho dynamique 33

2.1.3. Les modèles cognitiviste, comportemental et social 34

2.1.4. Le Modèle neurologique 37

2.2. Une orientation institutionnelle à soutenir 37

2.3. Associer les familles : une nécessité impérieuse 38

2.4. L'évolution des établissements sociaux et médico-sociaux : logique d'offre de service et d'ouverture territoriale 40

2.4.1. La situation des établissements : un héritage à dépasser 40

2.4.2. Pour diversifier les modes de réponse, promouvoir : le partenariat, le réseau et la coopération 40

2.5. Conduire le changement : la démarche projet 44

2.6. Les différents projets 45

2.6.1. Le projet associatif 45

2.6.2. Le projet d'établissement 46

2.6.3. Le projet individualisé ou personnalisé ? 47

2.7. Pour garantir et optimiser le respect des besoins et des droits des usagers : le choix d'un management participatif 48

2.8. Un outil de management : la gestion prévisionnelle des emplois et compétences 50

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE 52

3. PROMOUVOIR POUR L'I.M.E. UN POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL ADAPTÉ AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS SOUFFRANT D'AUTISME, EN ASSOCIANT LES PARENTS À LEUR ACCOMPAGNEMENT 54

3.1. Une institution renouvelée qui diversifie son offre de service.....55

3.1.1. Ressources humaines et organigramme.....57

3.1.2. Implantation et projet architectural.....58

3.1.3. Le budget de fonctionnement.....59

3.2. Valeurs, principes de référence et sens de l'action.....59

3.3. Modes d'intervention.....61

3.3.1. Principes généraux des accompagnements au quotidien.....61

3.3.2. Modalités de partenariat et de travail en réseau 63

3.3.3. Intervention auprès des familles 64

3.4. Fonctionnement et dynamique institutionnelle 65

3.4.1. L'équipe pluridisciplinaire 65

3.4.2. L'équipe de direction 66

3.4.3. Les réunions 67

3.4.4. Le projet d'accompagnement personnalisé (P.A.P) 69

3.4.5. Les groupes projet.....71

3.4.6. Mobiliser et fédérer le collectif des professionnels 72

3.5. Droits des usagers et politique institutionnelle 74

3.6. La démarche qualité, les modalités d'évaluation etles indicateurs de réussite 75

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE 77

CONCLUSION 79

Liste des sigles utilisés

A.B.A.	Applied Behavior Analysis (Analyse Appliquée du Comportement)
A.N.D.E.M.	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
A.N.E.S.M.	Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
A.R.H.	Agence Régionale pour l'Hospitalisation
A.V.S.	Auxiliaire de Vie Scolaire
C.A.M.S.P.	Centre d'Accueil Médico-Social Précoce
C.D.A.P.H.	Commission des Droits et de l'Autonomie de Personnes Handicapées
C.D.E.S.	Commission Départementale d'Education Spécialisée (devenue CDAPH)
C.E.	Comité d'Entreprise
C.E.R.	Centre d'Education Renforcée
C.F.T.M.E.A.	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
C.H.S.	Centre Hospitalier Spécialisé
C.I.H.	Classification Internationale des Handicaps
C.I.M.	Classification Internationale des Maladies
C.L.I.S.	Classe d'Intégration Scolaire
C.N.A.	Comité National de l'Autisme
C.N.E.S.M.S.	Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
C.H.S.C.T.	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
C.R.A.	Centre Régional pour l'Autisme
C.R.E.A.I.	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
C.R.E.D.O.C.	Centre de Recherche pour l'Etude et les l'Observation des Conditions de Vie
C.R.O.S.M.S.	Commission Régionale d'Orientation Sociale et Médico-Sociale
C.S.T.S.	Conseil Supérieur du Travail Social
C.T.R.A.	Comité Technique Régional pour l'Autisme
C.V.S.	Conseil de la Vie Sociale
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.P.	Délégués du Personnel
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.E.S.S.	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
D.S.M.	Diagnostic and Statistic Manual
E.T.P.	Equivalent Temps Plein
H.P.J.	Hôpital Psychiatrique de Jour
I.M.E.	Institut Médico Educatif

I.N.J.S.	Institut National des Jeunes Sourds
I.R.P.	Instances représentatives du personnel
M.E.C.S.	Maison d'Enfants à Caractère Social
M.D.P.H.	Maison Départementale des Personnes Handicapées
P.A.P.	Projet d'Accompagnement Personnalisé
P.E.C.S.	Picture Exchange Communication Système (Système de Communication par Echange d'Images)
P.P.S.	Projet Personnalisé de Scolarisation
P.R.I.A.C.	Programme Interdépartemental d'Accompagnement
S.E.S.S.A.D.	Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile
T.E.A.C.C.H.	Training Education of Autistic Communication Children Handicapped (Traitement et Education pour l'Enfant Autiste souffrant de Troubles de la Communication)
T.E.D.	Trouble Envahissant du Développement
U.P.I.	Unité Pédagogique d'Intégration
U.V.S.	Unité de Vie Spécialisée

Introduction

L'évolution, dans notre société, du respect des droits et des besoins des usagers, de la prise en compte du handicap en général et de l'autisme en particulier, conduit à revisiter, tant l'évaluation des besoins particuliers de ces enfants et de leur famille, que la mise en œuvre de modalités spécifiques de leur accompagnement.

En tant que directeur d'un S.E.S.S.A.D. nommé « *Saute-Mouton* », accueillant des enfants souffrant d'autisme, il m'est indispensable de bien appréhender les enjeux actuels de fonctionnement institutionnel, de pratique professionnelle et d'offre de service. C'est ce travail de diagnostic que je présente en première partie de ce mémoire, afin que ce S.E.S.S.A.D. soit en adéquation avec les politiques publiques, les orientations associatives, les besoins et les droits des usagers et de leur famille. De plus, aujourd'hui, je dois accompagner son projet d'extension en I.M.E, pour jeunes de 6 à 18 ans souffrant d'autisme, pour répondre aux difficultés d'orientation après l'âge de 12 ans, de ceux qui sont les plus en difficulté et qui nécessitent des prises en charge plus conséquentes (internat, accueil possible toute l'année, soins plus importants, etc…).

Le changement appréhendé, qui est développé à partir d'une approche théorique dans la deuxième partie de ce travail, a pour objectif que l'ensemble de l'I.M.E. puisse asseoir sa cohérence, sa cohésion et son positionnement institutionnel en adéquation avec les exigences d'une offre de service d'accompagnement d'enfants et d'adolescent(e)s souffrant d'autisme. Pour conduire ce changement, le choix de la stratégie de management opérationnel est crucial. Une démarche projet participative permettra la responsabilisation et la motivation de l'ensemble du personnel et garantira, ainsi, la qualité des accompagnements.

Enfin, ma responsabilité exprimée dans une stratégie opérationnelle de direction, présentée en troisième partie, consiste pour moi à veiller, dans le cadre d'une démarche projet participative, à assurer la réussite de ce changement par une organisation et un fonctionnement approprié. Il s'agit aussi pour moi, d'inscrire concrètement dans la vie institutionnelle de cet établissement, une réelle responsabilité individuelle et collective, en référence aux valeurs associatives, d'éthique et de déontologie professionnelle, qui sont indispensables à une véritable qualité d'intervention auprès de l'être l'humain. Je suis bien conscient qu'inévitablement des aléas, difficultés, résistances,… se poseront. Mais je compte pour les dépasser sur la dynamique que suscitera la qualité du projet proposé, l'engagement associatif, le mien et celui de l'équipe de direction, l'adhésion du personnel, des familles et des partenaires.

1. CONTEXTE ACTUEL DE L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES SOUFFRANT D'AUTISME ET DIAGNOTIC INSTITUTIONNEL DU S.E.S.S.A.D. « Saute-mouton »

La première partie de mémoire est consacrée à une approche du contexte et du diagnostic institutionnel. Pour cela, je vais présenter l'environnement réglementaire de l'établissement, la législation en vigueur, les politiques publiques en faveur des personnes handicapées et plus spécifiquement de celles souffrant d'autisme, l'Association gestionnaire, et enfin, le contexte de cet établissement. A partir des constats et des enjeux établis, je propose en conclusion une problématique, une hypothèse théorique et une hypothèse opérationnelle qui forment le cadre orientant la suite de ce travail.

1.1. L'environnement réglementaire concernant les S.E.S.S.A.D.

Le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 (remplaçant les annexes 24 du décret du 9 mars 1956) fixe les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou des inadaptations. Cette réforme préconise une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent. Elle introduit notamment la notion de projet individuel et le travail avec les familles. Les annexes XXIV insistent beaucoup sur les règles de fonctionnement, les équipements, les obligations en termes d'accompagnement au niveau éducatif, pédagogique, thérapeutique, médical, paramédical et la responsabilité des acteurs institutionnels.

Les articles 48 à 52 des annexes XXIV et le titre IV de la circulaire du 30 octobre 1989 définissent le statut, la nature et les missions des S.E.S.S.A.D. comme une structure du secteur médico-social. Les procédures d'ouverture des établissements et des services sont identiques. Les procédures d'orientation des enfants et des jeunes handicapés par les commissions de l'éducation spéciale sont également les mêmes en S.E.S.S.A.D., comme en établissement, sur prescription de la C.D.A.P.H.

Deux statuts sont possibles, selon l'option des promoteurs : un S.E.S.S.A.D. peut être autonome ou bien il peut être rattaché à un établissement. Mais de fait, la plupart des S.E.S.S.A.D. sont en liaison organique avec un établissement ou en tout cas avec une association gérant aussi d'autres services ou d'autres établissements. « *Le rattachement, note la circulaire précitée, facilite l'acquisition de l'assise technique et professionnelle nécessaire ainsi que les contrats entre établissements médico-social et scolaire ».Dans*

les deux cas, sa direction est assurée par un directeur, possédant les qualifications requises, pour une direction d'établissement. Un médecin « assure l'application du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents » (art. 49 des annexes XXIV).

Les annexes XXIV distinguent différentes catégories de S.E.S.S.A.D., de même qu'elles distinguent différentes catégories d'établissements spécialisés. Chaque catégorie correspond à la nature du handicap et à l'agrément de l'établissement ou du service (et parfois aussi à l'âge des enfants). Les différences d'appellation s'expliquent aussi par le fait que les annexes concernant les handicaps sensoriels ont eu une histoire particulière et n'ont pas été publiées à la même date.

Le S.E.S.S.A.D. apporte aux familles conseils et accompagnement. Il favorise l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie. L'âge des enfants et des adolescents pris en charge est compris entre 0 et 20 ans. Ses interventions sont orientées vers la prise en charge précoce, pour les enfants de la naissance à 6 ans et aussi, à partir du moment où l'enfant est scolarisé, vers le soutien à l'intégration scolaire (annexe XXIV, titre VII). En 2005, les places ouvertes en S.E.S.S.A.D., au nombre de 26300, représentaient 25 % de l'offre totale de prise en charge et d'accompagnement, correspondant à 25 % des notifications d'orientation réalisées par les C.D.E.S. (Commissions Départementales d'Education Spéciale remplacées par les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées – C.D.A.P.H., au sein des maisons de personnes handicapées - M.D.P.H. - au 1er janvier 2006)[1].

Ce qu'il faut en retenir, c'est que les interventions du S.E.S.S.A.D. doivent prendre en compte l'environnement de l'enfant. *« Support pour mobiliser l'environnement familial, pour reconnaître les besoins de l'enfant et soutenir sa dynamique, l'intervention au domicile familial est signalée dans 4 suivis sur 10. Plus d'un suivi sur deux a comporté une intervention du S.E.S.S.A.D. dans ses locaux (55%) et au moins une intervention sur deux (52%) dans le cadre du soutien à l'intégration scolaire. Les professionnels des S.E.S.S.A.D. interviennent également sur d'autres lieux, mais de manière plus marginale (4% des suivis)* »[2].

---

[1] D.R.E.E.S., Etudes et résultats, *Les services d'éducation spéciale et de soins à domiciles (S.E.S.S.A.D.), publics et modalités d'intervention* , Mai 2007, n° 574, p.7.

[2] Idem.

Après avoir présenté le cadre réglementaire d'un S.E.S.S.A.D., je vais maintenant aborder l'environnement législatif qui encadre les interventions sociales et médico-sociales, auprès des personnes handicapées.

1.2. Les textes législatifs encadrant l'action sociale et médico-sociale et l'accompagnement des personnes handicapées

1.2.1. Les textes fondateurs : les 2 lois du 30 juin 1975

La loi n° 75-534 dite « *loi d'orientation en faveur des personnes handicapées* » et la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales, toutes deux adoptées le 30 juin 1975, ont joué un rôle essentiel dans la structuration du secteur médico-social, notamment dans la promotion du droit de la personne. Ces deux lois ont contribué à la prise en compte du bénéficiaire des interventions sociales et médico-sociales comme un acteur même des dispositifs qui le concernent. A plusieurs reprises, des modifications ont été apportées à ces deux fois fondatrices, avant que leur révision ne soit réalisée respectivement en 2005 et 2002 (loi du 6 janvier 1986 qui précise les effets de la décentralisation dans le secteur social et médico-social ; loi du 10 juillet 1987 concernant l'insertion professionnelle des adultes handicapés ; loi du 13 janvier 1989, dite communément « *amendement Creton* » qui donne la possibilité aux adultes handicapés de pouvoir être maintenus dans les établissements pour enfants en cas de manque de places après l'âge requis ; loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ouvrant à « *la compensation des conséquences* » du handicap).

1.2.2. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi constitue une avancée considérable pour les publics concernés. A partir des principes fondamentaux de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, le législateur donne quatre orientations :

- Renforcer le droit des usagers qui doivent être placés au cœur du dispositif ;
- Améliorer la planification pour s'assurer de l'adéquation entre besoins et réponses, réformer le régime des autorisations par des évaluations internes et externes. Ainsi la loi introduit le passage du temps linéaire au temps cyclique par des renouvellements réguliers d'autorisation de fonctionnement ;

- Assurer une meilleure coordination des décideurs et des acteurs par des contrats d'objectifs et de moyens ;
- Elargir le champ d'application de la loi par une diversification des modes d'accueil et une promotion donnée aux expérimentations de structures sur des durées limitées.

1.2.3. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Cette loi, qui rénove la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, donne pour la première fois, une définition du handicap : constitue un handicap «toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Code de l'Action Sociale et des Familles, art. L. 114.

Cette loi apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées. Elle met en œuvre le principe du droit à compensation du handicap, en établissement comme à domicile, pour garantir à ces personnes, le libre choix de leur projet de vie. La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée.

La loi handicap reconnaît aussi à tout enfant porteur de handicap, le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile. Elle reconnaît également aux enfants qui ont des besoins spécifiques, le droit de bénéficier d'un accompagnement adapté. Les établissements et services du secteur médico-social complètent le dispositif scolaire ordinaire. La loi prévoit que les parents soient étroitement associés à la décision d'orientation prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) et à l'élaboration formalisée du projet personnalisé de l'enfant, pour garantir la cohérence et la continuité du parcours scolaire.

Le projet personnalisé de scolarisation coordonne le déroulement de la scolarité et l'ensemble des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales, qui viennent compléter la formation scolaire et qui sont nécessaires pour assurer la cohérence et la continuité du parcours scolaire.

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) sont créées. Elles exercent, dans chaque département, une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches, d'attribution des droits, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

1.2.4. L'évolution des établissements médico-sociaux au cœur des enjeux de notre société

L'article 2 du chapitre 1 des principes fondamentaux de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit et fixe les objectifs suivants :
« *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature (…)* ».

La promotion du bénéficiaire participe d'une volonté de développement personnel des compétences, mais aussi d'une recherche de valorisation sociale. Cette préoccupation se traduit par une approche de démarche projet, qui à partir d'un état des lieux de la situation de chaque usager, prend en compte son choix de vie et se donne des objectifs de progrès : c'est le projet individualisé. Cette démarche suggère de trouver les meilleurs compromis possibles entre les compétences personnelles et les exigences liées aux situations sociales. Le projet d'établissement ou de service, dorénavant d'une durée limitée à cinq ans, doit aujourd'hui prendre en compte des exigences en précisant un certain nombre de procédures concernant tant le positionnement de l'établissement ou du service, que la méthodologie d'action déployée afin de délivrer à l'usager des services de qualité. La relation entre les bénéficiaires et le prestataire est construite sur une logique transactionnelle reposant sur une contractualisation : contrat de séjour, projet individualisé, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte des droits des usagers, conseil de la vie sociale, procédure d'accueil identifiée,…

La loi, en mettant l'accent sur les droits fondamentaux de l'usager et en le positionnant au cœur du dispositif, oblige les professionnels à envisager concrètement les conditions d'exercice de ces droits, qui pourront se décliner par des modifications du fonctionnement quotidien, de l'organisation, des aménagements architecturaux,…

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 renforce aussi la recherche de l'adéquation entre les besoins des usagers et les services proposés par une démarche d'évaluation de la qualité.

L'article 22 du chapitre II *(« De l'organisation de l'action sociale et médico-sociale »* ; section 5 *« De l'évaluation et des systèmes d'information »*) de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 précise : « *Les établissements ou services procèdent à l'évaluation qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborée, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil National de l'Evolution Sociale et Médico-Sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur (…). Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci* ».

Les modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension ont été formalisées par le décret n°2003-1136 du 26 novembre 2003 qui précise que la personne morale ou physique détentrice de l'autorisation saisit les autorités compétentes, afin que soit conduite une « *visite de conformité* ». Le dossier de demande de visite de conformité comprend le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, la description de la forme de participation des bénéficiaires, le modèle de contrat de séjour ou de document individuel de prise en charge, le plan des locaux, le tableau des effectifs de l'état du personnel déjà recruté, le curriculum vitae du directeur, et le budget prévisionnel.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur le handicap apporte des changements conséquents qui modifient à la fois la place des personnes handicapées accueillies et les dispositifs d'accompagnement. Permettant désormais la reconnaissance de toute forme de handicap, la loi renforce la responsabilité de la collectivité et donc précisément des établissements d'accueil que nous dirigeons. De ce fait, la prise en compte des besoins et des aspirations de la personne par le biais de son projet de vie, la déclinaison de ses droits, sa prise en charge financière, sont autant d'éléments qui permettent de mesurer les changements dans le secteur.

« *Adapter les réponses aux besoins* » et « *placer l'usager au cœur du dispositif* » sont devenus les fils conducteurs de l'action sociale et médico-sociale. Les véritables enjeux (non exhaustifs), dans une fonction de direction d'établissement, concernent tant le management des équipes pluridisciplinaires et l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, que la prise en compte de l'articulation avec tous les dispositifs existants (soin, scolarité, loisirs,…), la mise en œuvre du droit à compensation (évaluation des besoins, projet de vie, …) et le respect des droits des usagers en commençant par leur participation réelle aux choix les concernant.
Bien que cette évolution marque un tournant majeur dans la prise en charge individuelle sur le terrain, sa mise en œuvre constitue un chantier ambitieux et plus délicat à mettre en place pour des personnes autistes ou atteintes de troubles apparentés. En effet, leur capacité, et surtout leur envie de construire et de formuler un choix de vie, restent relativement limitées.

Ainsi, en tant que directeur d'établissement médico-social, spécialisé dans l'accueil d'enfants souffrant d'autisme, il me semble important de porter mon attention sur tous les champs de réponse aux demandes, même les plus difficiles à déceler.

L'autisme constitue un handicap très lourd, qui interpelle depuis plus de quinze ans les pouvoirs publics, les associations, les établissements et les professionnels en ce qui concerne sa prise en compte spécifique, et la recherche de solutions adéquates à un accompagnement adapté à la diversité singulière de chaque situation vécue. L'approche des orientations des politiques publiques spécifiques à l'autisme constitue un préalable incontournable pour qu'en qualité de directeur d'un établissement médico-social, je puisse œuvrer au mieux à l'adéquation entre l'offre de service proposée, les besoins des usagers et les orientations réglementaires.

1.3. L'autisme un syndrome aux contours flous dont la connaissance et la prise en charge s'améliore

Des avancées en terme de consensus théoriques et de modalités d'intervention se font jour et se traduisent dans notre législation. L'environnement législatif et réglementaire a un impact conséquent dans la prise en charge de la personne handicapée. En ce qui concerne les personnes souffrant d'autisme, les politiques publiques, depuis les années 90, suite à de nombreux rapports, se sont traduites par plusieurs plans d'action nationale, faisant suite à la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 relative aux institutions médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée à l'autisme. Avant d'entrer plus

avant dans la présentation du S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* », il me parait nécessaire de rappeler les grandes orientations nationales, régionales et départementales, qui définissent les missions, les finalités et les objectifs des établissements et services, afin d'assurer une conformité institutionnelle et d'optimiser la qualité des accompagnements réalisés.

1.3.1. La reconnaissance de l'autisme comme handicap

Au milieu des années 1990, plusieurs rapports, parmi lesquels ceux de l'I.G.A.S[3]. et de la D.G.A.S.[4] ont abouti à l'élaboration d'une circulaire AS/EN n°95-12 du 24 avril 1995[5], qui a le mérite de reconnaître **l'insuffisance de l'offre de prise en charge** thérapeutique, pédagogique, éducative et d'insertion sociale et de proposer notamment que les prises en charge des jeunes autistes soient développées « dans un réseau coordonné et de proximité ».

Cette circulaire annonce la mise en place de **plans régionaux d'action sur l'autisme** qui, soutenus par un comité technique régional sur l'autisme, devront élaborer un bilan de l'existant, mettre en œuvre un programme de diagnostic précoce et organiser les prises en charge à mettre en place au regard des différentes classes d'âge concernées.

En 1996, **la Loi n°96-1076 du 11 décembre 1996** « *relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée à l'autisme » reconnaît la situation de handicap dans laquelle se trouvent les personnes touchées par l'autisme et affirme le droit de ces personnes à bénéficier d'une prise en charge adaptée ; « Toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés bénéficie, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques* ».

---

[3] Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *La prise en charge des enfants et adolescents autistes*, Octobre 1994.

[4] Rapport de la Direction des Affaires Sociales, *Propositions sur l'accueil des adultes autistes*, Janvier 1995.

[5] Circulaire AS/EN, *La prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique,* 24 avril 1995, n°95-12.

En 2003, le rapport de Jean François CHOSSY, sur «*la situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives* »[6] reprend les constats de la circulaire de 1995 à propos de l'insuffisance des lieux de prise en charge et propose de mettre en place un accompagnement individualisé et pluridisciplinaire avec une triple composante thérapeutique, pédagogique et éducative. Ce rapport demande d'associer à cette pluridisciplinarité, une transdisciplinarité impliquant des intervenants de pédopsychiatrie, du médico-social et de l'Education Nationale organisés en *« réseau d'accompagnement* » et de créer des petites structures favorisant l'élaboration d'un projet de vie évolutif pour chaque personne accueillie.

Par ailleurs, **la circulaire 2005 /124 du 8 mars 2005**[7] accompagnant la mise en œuvre de ce plan, se donne pour objectif la « *relance quantitative et qualitative de la politique en direction des personnes autistes ou plus largement atteintes de troubles envahissants du développement* ». La relance de cette politique est organisée autour de trois objectifs principaux. Le premier est d'organiser le pilotage de la politique de l'autisme et des T.E.D. par la constitution d'une instance régionale placée sous la responsabilité d'un coordonnateur régional pour faire en sorte que les acteurs qui existent déjà, travaillent en réseau. Le deuxième objectif concerne le diagnostic. La circulaire réaffirme comme la précédente, la nécessité d'améliorer l'accès à un diagnostic fiable et précoce dans le cadre des Centres Ressources Autisme.

Comme troisième objectif, le ministère se propose d'intensifier et de diversifier l'offre des services et établissements médico-sociaux et d'améliorer la qualité des prises en charge. La circulaire insiste sur la vigilance particulière à accorder au nombre de professionnels, à leurs qualifications, ainsi qu'à leur formation aux aspects spécifiques de l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme ou de T.E.D. Il considère le développement des collaborations entre les équipes de psychiatrie et celles relevant du médico-social, comme un enjeu majeur.

L'éducation et la scolarisation des enfants et adolescents autistes, doivent être privilégiées en milieu ordinaire, chaque fois que c'est possible, au moyen de l'intégration individuelle ou collective (C.L.I.S. ou U.P.I.), dans le cadre du projet personnalisé et avec l'aide des services d'accompagnement.

---

[6] Rapport de J.F CHOSSY député de la Loire, remis au premier ministre, *La situation des personnes autistes en France, besoins et perspectives.* Septembre 2003.

[7] Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124, *la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement*.

La détermination des pouvoirs publics, à poursuivre les efforts entrepris envers cette population spécifique, a été clairement réaffirmé au 1er semestre 2007. Ainsi, parmi les mesures envisagées, figurent l'installation le 11 avril 2007, du Comité National de l'Autisme et la création de places supplémentaires dont 250 pour les enfants et 400 pour les adultes. Dans son communiqué de presse[8], le ministère précise : « *Composé des représentants des associations, de professionnels et des administrations concernées, le comité a pour mission d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement* ». Le Dr Amaria Baghdadli, pédopsychiatre au Centre de Ressources pour l'Autisme de Languedoc-Roussillon, est chargée de recenser toutes les méthodes de prise en charge de l'autisme pour mieux connaître leur utilisation et leur degré d'efficacité. «*Les conclusions de ce travail seront remises à l'été, à la nouvelle Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (A.N.E.S.M.), qui diffusera des recommandations sur les différentes méthodes de prise en charge* ». D'après le ministère, « *toutes les régions disposeront, à la fin de 2007, d'un Centre de Ressources pour l'Autisme* », qui permettra « *d'orienter les familles et de leur apporter les informations et conseils nécessaires, de mieux former les professionnels, de procéder à des études pour mieux connaître et comprendre l'autisme sous toutes ses formes* ». L'autisme concerne environ 60.000 personnes et près de 150.000 si l'on envisage les troubles envahissants du développement, selon le ministère.

Les impulsions politiques citées ont des implications très importantes pour les établissements médico-sociaux. En effet, les pouvoirs publics incitent à une meilleure connaissance de la population accueillie pour déceler les besoins de chaque individu, à une meilleure efficience des prises en charge, à un travail de partenariat et de réseau plus développé et plus organisé entre tous les acteurs et à une évaluation régulière des pratiques professionnelles. Cette incitation pour le partenariat et le travail en réseau s'explique par la volonté de dépasser un clivage conflictuel entre deux approches en ce qui concerne l'autisme. En effet, comme l'autisme n'est reconnu comme handicap que depuis 1996, sa prise en charge était alors qu'essentiellement hospitalière, voire psychiatrique (en référence à sa classification dans les maladies mentales). Depuis, en tant que handicap, les prises en charge éducatives se sont développées. Cependant, des approches scindées entre le *tout éducatif* d'une part, et le *tout psychiatrique* d'autre part, persistent encore aujourd'hui. Plusieurs plans nationaux et régionaux ont été mis aussi en place, pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un syndrome autistique.

[8] Agence France Presse publié le 12/04/2007.

1.3.2. La prise en compte de l'autisme en Aquitaine : le plan d'action régional 2007-2011[9]

Environ 2 200 jeunes aquitains souffriraient d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (T.E.D.). Un peu plus de la moitié de ces jeunes (1146) bénéficient d'une prise en charge mise en œuvre par la pédopsychiatrie, les autres (1098) étant généralement suivis par une structure médico-sociale. En Aquitaine, le nombre de places manquantes peut être estimé à 370 dans le médico-social, principalement en I.M.E. et à 280 dans les services de pédopsychiatrie, principalement en hôpital de jour. Par ailleurs, l'étude établit que le nombre de places d'I.M.E. nécessaires, est quasiment équivalent à celui des places manquantes en hôpital de jour.

Seulement 600 jeunes sont scolarisés, soit 60% des jeunes suivis dans le secteur médico-social, proportion très inférieure à la moyenne, tous handicaps confondus, qui s'élève en Aquitaine à 80%. La difficulté à poser un diagnostic relatif au syndrome autistique est toujours d'actualité pour à peu près 300 jeunes qui sont concernés par une modalité de description comme «*T.E.D. sans précision*». Cette situation devrait progressivement se corriger du fait de l'existence du C.R.A. Aquitain, depuis novembre 2005.

Dans le médico-social, un tiers seulement des jeunes autistes (soit 360) sont pris en charge dans des structures dont l'agrément prévoit explicitement l'accueil de publics atteints de T.E.D. Pour près de 64% des jeunes (soit environ 1400 jeunes), une prise en charge conjointe entre la pédopsychiatrie et le médico-social serait souhaitable. Or, seulement 8% des jeunes sont suivis conjointement par un service médico-social et par un service de pédopsychiatrie.

le plan d'action régional 2007-2011 prévoit, pour l'aquitaine des orientations prioritaires qui sont :

- **L'amélioration de l'accès au dépistage et à une prise en charge précoce**
- **L'accompagnement des familles**

Cette mission d'accompagnement des familles doit être assurée notamment :
- Par le C.R.A. ;

[9] Info stat n° 89 et 90, décembre 2006 et Plan d'action régional sur l'autisme D.R.A.S.S d'Aquitaine

- Par les associations de parents qui ont un rôle important à jouer pour réduire l'isolement des familles confrontées à ces troubles, pour les informer des possibilités qui s'offrent à elles et les aider à défendre les intérêts de leur enfant atteint de T.E.D. ;
- Par les équipes soignantes et éducatives auxquelles est confié l'accompagnement de la personne autiste : ce volet concernant le soutien aux familles doit être pris en compte dans les projets individuels ou les contrats de séjour ;
- En développant les possibilités d'accueil temporaire tant dans les structures pour enfants que pour adultes afin de proposer aux familles, des moments de répit ;

- **Formation des professionnels**

Il est donc préconisé :
- D'inciter les structures recevant des personnes autistes, à inscrire dans leur plan de formation continue, une formation autour de l'autisme ;
- D'inviter les écoles de formation à renforcer, dans le contenu des formations initiales des professions éducatives et paramédicales, les apports sur les T.E.D., sous forme optionnelle, par exemple ;
- De mobiliser le C.R.A. en concertation avec l'Education Nationale, pour mettre en œuvre une action de formation spécifique en faveur des A.V.S. affectées à l'accompagnement d'élèves autistes.

- **Développement des structures ou sections spécifiquement agréées pour personnes autistes**

Il est prévu :
- Pour les structures accueillant de façon régulière un petit groupe d'autistes, de revoir leur agrément pour le mettre en conformité par rapport à la population accueillie ;
- Pour les nouvelles structures (ou celles créant une nouvelle section), de prévoir un projet de service adapté aux besoins des publics autistes en termes de temps d'accompagnement, de qualité d'accompagnement, d'aménagement des locaux, etc.…

- **La prise en charge des enfants**

Les réponses en termes de prise en charge devront être organisées de façon à prendre en compte :
- La nécessité de mettre en œuvre des réponses précoces ;
- L'articulation entre la pédopsychiatrie et le médico-social par la formalisation de conventions qui devra être recherchée et facilitée.

Sous réserve de l'obtention des financements, la création de 142 places (dont 85 pour enfants et adolescents et 57 pour adultes) est inscrite au P.R.I.A.C. 2007-2011, pour un coût global de 6 204 031 euros.

1.3.3. L'autisme et le contexte Girondin

En Gironde, en 2006, près de 1185 jeunes souffrent d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (T.E.D.). 565 sont accueillis en pédopsychiatrie, autant dans le médico-social. 55 jeunes girondins sont sans prise en charge. Globalement, de nombreuses structures médico-sociales concourent à la prise en charge des jeunes souffrant d'autisme ou d'autres T.E.D. Souvent l'effectif d'usagers souffrant d'autisme est faible par établissement et ne dépasse pas trois en moyenne.

Deux services (S.E.S.S.A.D.) seulement ont un agrément spécifiant une mission exclusive de prise en charge d'une population autiste. D'autres (4 I.M.E.), un peu plus nombreux, sont destinés en partie ou en totalité à des jeunes présentant des troubles graves de la personnalité dans des sections parfois intitulées U.V.S. (Unité de Vie Spécialisée).

Les jeunes autistes en Gironde présentent des déficiences assez lourdes. Les ¾ ont, en outre, une déficience surajoutée à leur déficience principale. Les déficiences intellectuelles sont les plus représentées (constatées chez 3 jeunes sur 4), et sont le plus souvent qualifiées de retard mental profond. Enfin, les déficiences du langage et de la parole sont également très souvent présentes et concernent plus du tiers de cette population.

Le schéma départemental 2007-2011 d'organisation sociale et médico-sociale de la Gironde – volet enfance et adolescence handicapées –, a élaboré des fiches actions[10], qui proposent la mise en œuvre de modalités d'accompagnement favorisant la scolarisation en milieu ordinaire, l'adaptation des établissements, et les partenariats.

Après avoir caractérisé le contexte national, régional et départemental, relatif à la problématique de l'autisme, je vais à présent, présenter l'association Saint François-Xavier Don Bosco, qui gère le S.E.S.S.A.D. « *Saute-Mouton* », dont j'ai aujourd'hui la responsabilité.

---

[10] Site D.A.S.S. gironde et D.R.A.S.S. aquitaine. Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv.fr>.

1.4. Saint François-Xavier Don Bosco : une association forte de ses 150 ans d'histoire

Pour réaliser le diagnostic institutionnel de cette Association, je m'appuie sur la grille d'analyse, proposée par Joseph HAERINGER[11] et Fabrice TRAVERSAZ, dans leur ouvrage « *Conduire le changement dans les associations d'action sociale* ».

1.4.1. Bref rappel historique

En 1857, l'Abbé Moreau crée à Bordeaux, une association de secours mutuel, pour rassembler les orphelins pauvres et en faire des agriculteurs.
En 1858, son œuvre achète le domaine de Monjous à Gradignan (46 hectares).
En 1933, les Salésiens de Don Bosco prennent en charge la gestion du domaine et des œuvres, et transforment l'orphelinat agricole en centre de formation professionnel, en y apportant leur approche éducative spécifique.
En 1971, l'Association Saint François Xavier est créée pour prendre le relai des Salésiens, dont la présence est maintenue au conseil d'administration.
En 1988, l'Association change de nom et devient l'Association Saint François Xavier – Don Bosco. Elle compte alors 9 établissements.
En 2006, l'Association Saint François Xavier – Don Bosco adapte ses statuts, redéfinit son objet, crée son siège social, précise sa gouvernance associative (les délégations de responsabilité, les modalités de liaison de fonctionnement…, entre les différentes instances, fonctions et missions). Dans le cadre d'une volonté associative de moderniser son fonctionnement et d'inscrire tous ses établissements dans une démarche qualité, l'Association a redéfini son projet associatif et a lancé pour tous ses établissements et services, une démarche d'auto-évaluation, avec un référentiel unique, celui que propose l'A.N.C.R.E.A.I.
En 2007, l'Association compte 11 établissements et services[12], dispose d'un budget global de fonctionnement de 14 millions d'euros, pour un nombre de 200 salariés en E.T.P, ce qui correspond à 266 professionnels. En novembre, un nouvel établissement ouvrira : l'I.M.E. « *Saute- Mouton* ».

[11] HAERINGER J., TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale*. Paris : Dunod, 2001. 264 p. Grille d'analyse présentée à l'occasion d'un séminaire de formation.

1.4.2. Objet et valeurs de l'Association

L'Association Saint François Xavier – Don Bosco a pour objet :

- L'accueil, la prise en charge et l'hébergement d'enfants, adolescent(e)s et adultes en difficultés sociales, handicapés ou inadaptés, qui sont confiés par les services publics d'Etat et les Collectivités Territoriales ;
- La gestion de programmes et d'actions de formation générale, professionnelle et continue en direction de publics jeunes et adultes en difficultés de toutes natures ;
- La mise en place d'actions de prévention et d'insertion visant à conférer aux personnes bénéficiaires, une autonomie sociale et professionnelle ;
- L'aide aux personnes victimes d'infractions et/ou d'accidents et leur accompagnement dans la durée ;
- D'une manière étendue, le recours aux moyens et méthodes permettant aux publics fragilisés, jeunes, adultes ou âgés, de trouver dans le contexte social une place adaptée en rapport avec le besoin d'autonomie et de dignité qui revient de droit à tout être humain ;
- La mise en place d'outils à caractère technique au service des Etablissements prenant en charge ces populations.

Pour concrétiser son objet social dans un cadre de références permettant à tous les acteurs de se repérer dans leurs interventions, l'Association Saint François Xavier – Don Bosco a revisité son projet associatif en 2005[13].

1.4.3. Une Association qui a d'importants atouts, mais néanmoins des points faibles

A. Une solide assise associative : une forte reconnaissance sociale, une grande capacité adaptive, une volonté de développement et de modernisation

L'histoire de l'Association depuis 1857, est liée à la question du passage et des conséquences de la laïcisation et de la professionnalisation, de la préservation de son identité «*d'inspiration chrétienne*» et du maintien de son patrimoine tant spirituel que

[12] En annexe 1, Présentation des établissements et services de l'Association Saint François Xavier – Don Bosco, sous forme d'organigramme général.

[13] En annexe 2, Extrait du projet associatif : les fondements et les missions.

foncier. L'anticléricalisme de la fin du XIXème siècle et de la première moitié du XX siècle n'a pas représenté un danger insurmontable pour l'Association. Des réponses furent trouvées pour chaque moment difficile et paradoxalement, c'est après 1955 (c'est-à-dire à une période où la lutte anticléricale semblait s'effacer) que le personnel religieux perdit ses prérogatives. Depuis, les professionnels laïques sont devenus les seuls intervenants dans les établissements qui ont été restructurés, créés ou rattachés. Ainsi, d'une logique de prise en charge réalisée par des religieux, les Salésiens, dans le cadre de leurs valeurs éducatives (non violence, formation, protection et éducation religieuse), l'Association est aujourd'hui inscrite dans une logique d'aide à référence salésienne, réalisée par des professionnels laïques, dans le cadre de politiques publiques.

L'évolution de la gouvernance associative est un élément important pour comprendre la dynamique sociale en vigueur, au sein de l'Association. Les évolutions de ses statuts, de son organisation juridique et administrative, sont aussi à considérer comme des réponses adaptatives à son contexte environnemental, dans le but de préserver « *la marque des origines catholiques* » et « *son actualisation par la référence au Projet Educatif et Pastoral Salésien, éclairé par l'apport des sciences humaines* »[14] .

L'Association Saint François Xavier – Don Bosco a aujourd'hui, après 150 ans d'histoire, une forte reconnaissance sociale. Le travail mené au sein de ses établissements et services, ainsi que la gouvernance et le fonctionnement associatif (conseil d'administration, direction générale, conseil de direction, siège administratif, etc.), bénéficient d'une très bonne perception de la part des pouvoirs publics.

Ce contexte positif permet à l'association de concevoir une stratégie de développement de ses établissements et services, qui se traduit déjà par de nouvelles créations ou des rattachements d'établissements.

B. Des incertitudes révélatrices d'enjeux : le nombre limité des adhérents, une gestion des ressources humaines à conduire, un dialogue social à améliorer

Le nombre d'adhérents de l'Association se situe autour de 30 personnes (en 2007, 7 nouveaux membres ont été cooptés). Deux membres de droit représentent les Pères Salésiens, dans son conseil d'administration composé d'une quinzaine de personnes. Cette Association qui veut préserver ses valeurs fondatrices et aspire à un développement, se heurte aujourd'hui à des difficultés pour renouveler ses adhérents. La pyramide de l'âge de l'ensemble du personnel constitue, par ailleurs, une donnée urgente à prendre en considération, puisqu'en effet, près de 25 % des salariés partiront à la

[14] En annexe 2, Extrait du projet associatif 2005 de l'Association Saint François Xavier - Don Bosco, *Les Fondements et les Missions.*

retraite d'ici 5 ans. La gestion des ressources humaines constitue donc un enjeu associatif majeur. L'association doit donc envisager une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, pour assurer la pérennisation de la qualité des services rendus aux usagers. De plus, l'Association se heurte à une difficulté de climat social, compte tenu qu'un seul syndicat (S.U.D.) positionné dans une logique d'opposition systématique, est représenté en son sein.

Au-delà de ces difficultés, nous pouvons néanmoins penser, que l'arrivée de nouveaux établissements et services, le changement de nombreux salariés liés aux départs en retraite, devraient permettre une opportunité d'ouverture syndicale plus grande et un meilleur dialogue social. La participation des salariés dans les commissions chargées des auto-évaluations, de la fête des 150 ans de l'Association en septembre 2007, de la tenue du site internet, et la mise en place des «*Conseils de la vie sociale* » au sein des établissements et services … ont amorcé, d'ors et déjà, une réelle dynamique d'échange et de communication.

Ainsi l'association, qui fête aujourd'hui ses 150 ans, doit trouver les réponses pour se pérenniser et accompagner le remplacement de nombreux acteurs de sa vie associative (directeurs, professionnels, adhérents, administrateurs). Elle envisage de promouvoir la création d' établissements, d'adapter et de moderniser sa gouvernance, son organisation, son fonctionnement, sa communication et ses pratiques professionnelles aux évolutions importantes du contexte de notre société (évolution du droit, décentralisation, recherche d'un seuil d'efficacité pour les associations, complexification des problématiques des jeunes accueillis, perte d'intérêt de l'engagement associatif pour trouver des adhérents…), ceci, avec la volonté de conserver les valeurs chrétiennes qui l'ont portée depuis sa fondation.

Après avoir tenté de caractériser le contexte associatif, je vais à présent, m'attacher à décrire celui du S.E.S.S.A.D., dont j'assume la direction depuis septembre 2000.

1.5. Le S.E.S.S.A.D « Saute Mouton» : une intervention spécialisée pour l'autisme

Ce S.E.S.S.A.D., qui a été créé en septembre 1999, est actuellement à un moment charnière de son histoire, qui est son extension en I.M.E. Avant de présenter les caractéristiques de cette modification de son offre de service, il m'apparaît nécessaire de

préciser, en premier lieu l'activité du S.E.S.S.A.D., afin de dégager ses spécificités, son originalité, mais aussi les éléments qui posent aujourd'hui question à ce service.

1.5.1. L'histoire de l'établissement

Le S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* », géré par l'Association Nuage Bleu, a ouvert en septembre 1999, dans le cadre du 1er plan aquitain d'action sur l'autisme (1996-2000), pour un accueil en de 3 à 5 demi-journées/semaine, de 12 enfants (âgés de 6 à 12 ans) souffrant d'autisme. Leur accueil est réalisé en complémentarité obligatoire avec les hôpitaux de jour de deux secteurs sanitaires (Charles Perrens et Cadillac)[15].

L'Association gestionnaire de l'époque «*Nuage Bleu* » avait une très forte fragilité (3 personnes représentaient son conseil d'administration, pas d'expérience de gestion d'établissement conventionné, aucun bien propre…). La première année de fonctionnement fut marquée par le passage rapide de deux directeurs et par le licenciement de trois personnes de l'équipe éducative. Néanmoins, de 2000 à 2004, l'équipe professionnelle du S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* », dans le cadre d'un management participatif, a pu stabiliser son fonctionnement (en accord avec les exigences de la loi du 2 janvier 2002), se former et se qualifier et être toujours au complet dans ses accueils par une file active de 35 enfants par semaine. Dans l'objectif d'être en adéquation avec les besoins des enfants souffrant d'autisme, le S.E.S.S.A.D. s'est engagé dans des relations de partenariat formalisées par convention (notamment les synthèses communes avec les hôpitaux de jour et les référents scolaires), des formations conjointes, une régulation annuelle lors des journées de l'autisme (avec l'Association, les partenaires, les familles,…).

Cependant, la fragilité persistante de l'association «*Nuage Bleu* » s'est traduite par une mesure d'alerte du Commissaire aux Comptes, qui a conduit au transfert de l'établissement vers l'Association Saint François Xavier Don Bosco, en janvier 2004.
L'intégration dans cette association a permis au S.E.S.S.A.D. de bénéficier de la culture associative et professionnelle de l'Association Saint François Xavier - Don Bosco. Ce transfert a assuré le développement et la sécurisation du S.E.S.S.A.D. par l'achat de son lieu d'activité, dans un pavillon situé à Talence, et a permis son autorisation de fonctionner, pour 15 ans à compter d'octobre 2004. L'équipe des professionnels et les

[15] En annexe 5, Description du cadre et du contenu de la prise en charge et des accompagnements du S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* ».

parents ont été et sont toujours informés des enjeux en cours pour le S.E.S.S.A.D. Cela se traduit par leur forte mobilisation pour accompagner l'évolution de l'établissement. Ainsi, lorsque l'Association St François-Xavier - Don Bosco a choisi en 2006, d'engager pour tous ses établissements une autoévaluation, le S.E.S.S.A.D. n'a pas rencontré de difficulté notable pour se mobiliser de manière collective, pour respecter les différents objectifs, pour en saisir le sens et l'inscrire dans une démarche de fond dans son fonctionnement. De même, les enquêtes annuelles de satisfaction auprès des parents, la participation de ceux-ci dans le fonctionnement de l'établissement (à travers le conseil de la vie sociale, la journée nationale sur l'autisme, la réunion annuelle d'échange lors de la rentrée, etc...) et un travail de réflexion régulier avec nos partenaires sur la qualité de la cohérence et de la complémentarité de nos interventions, nourrissent une réelle réflexion. Celle-ci nous permet de percevoir les orientations stratégiques qui s'imposent aujourd'hui, pour maintenir l'adéquation de notre offre de service aux besoins et aux droits des usagers et en conformité avec l'évolution des politiques publiques.

1.5.2. Son implantation

La localisation géographique du S.E.S.S.A.D., en milieu urbain, permet de travailler au mieux les apprentissages d'une socialisation adaptée pour ces enfants. L'établissement bénéficie d'un grand pavillon (400 m2) et d'un grand jardin de 900 m2 acheté et aménagé par l'Association en 2003 et qui répond aux besoins d'espace adapté à la singularité de ces enfants, aux activités proposées, mais aussi à leur sécurité.

1.5.3. La population prise en charge

Les 33 enfants (9 filles et 24 garçons) accueillis actuellement ont été orientés par la M.D.P.H. de la Gironde à partir d'une demande des hôpitaux de jour ayant diagnostiqués[16] pour eux, un trouble autistique. L'âge moyen de ces enfants est de 10 ans ½. Majoritairement, ils sont originaires de l'agglomération bordelaise (25 enfants), et pour les autres du secteur du Bassin d'Arcachon.

En ce qui concerne les déficiences associées à l'autisme, presque tous les enfants accueillis au S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* » ont une déficience intellectuelle et 29 enfants sur 33 ont des troubles du comportement. Un seul a une déficience auditive sévère.

[16] En annexe 3, Description des différentes classifications de l'autisme et T.E.D.

Conformément à l'agrément, ces enfants n'ont pas de polyhandicap, ni de déficience visuelle,…

L'ouverture du C.R.A. de Charles Perrens n'ayant été effective qu'au début de l'année 2006, seulement 4 enfants ont pu jusqu'alors bénéficier d'une évaluation effectuée par ce service. Toutefois, les diagnostics établis par les hôpitaux de jour, en référence à la C.I.M. 10 sont :

T.E.D.	9
Autisme infantile	4
Autisme atypique	7
Autres troubles désintégratifs de l'enfance	4
Syndrome de Rett	4
Syndrome d'Asperger	0
Autres T.E.D. sans précision	9

Les évolutions que nous avons constatées, se traduisent de manière très variable, spécifique et propre à chaque enfant. Pour certains, une évolution peut être perçue dans l'ébauche d'expression et d'intérêt aux autres (adultes ou enfants), dans la sortie de leur isolement d'autostimulation sensorielle de leur corps ou sur les propriétés physiques des objets, dans un début d'échange de regard, dans des contacts visuels moins fuyants, dans des tentatives d'échanges sonores, dans le début de quelques mots, ou de quelques gestes de communication… Pour d'autres, leur évolution peut leur permettre de passer de quelques mots à des phrases complètes et appropriées aux situations, de pouvoir être capable d'imiter, d'apprendre à jouer, à lire, à écrire et à faire semblant, même s'ils ont encore des difficultés à prendre des initiatives et restent souvent dans des thèmes répétitifs. L'évolution de ces enfants ne s'effectue pas sur un mode linéaire et dépend souvent du contexte. La généralisation des acquis et leur permanence est toujours difficile.

Les facteurs d'évolution sont aussi différents d'un enfant à l'autre, dépendant de l'importance des troubles associés, mais également de la précocité du diagnostic, des prises en charge spécifiques éducatives et relationnelles… L'intensité de l'isolement de l'enfant peut diminuer au fil des mois et laisser place à des comportements d'attachement différenciés et des interactions plus ou moins développées avec les pairs. Si le déficit intellectuel n'est pas majeur, l'accession au langage est possible ainsi que certaines acquisitions scolaires. A l'âge adulte, un certain nombre de personnes avec autisme peut

avoir une insertion professionnelle protégée et une très faible proportion peut avoir une vie sociale indépendante avec une insertion professionnelle dite normale. Les formes évolutives les plus favorables sont en général celles d'enfants porteurs d'un autisme dit de haut niveau ou d'un syndrome d'Asperger. Malgré l'évolution actuelle des prises en charge, l'autisme reste dans la majorité des cas, un handicap lourd de conséquences pour l'avenir de l'enfant.

Nous pouvons représenter la situation des enfants accueillis au S.E.S.S.A.D de la manière suivante :

Autisme très sévère : absence de langage, peu de gestes de communication, ne pointent pas, peu de contact visuel, pas d'interaction ou seulement pour satisfaire leurs besoins, souvent présence de déficience intellectuelle.	8
Autisme moyen : début de quelques mots et de courtes phrases, peu de gestes de communication, commencent à pointer, peu de contact visuel, peu d'expressions faciales dirigées vers l'autre, début de partage d'objets et d'expression de leurs affects.	18
Autisme haut niveau : phrases complètes, nombreux gestes de communication, pointent, contact visuel encore fuyant ou trop soutenu, quelques expressions faciales adressées aux autres, expressions surtout des émotions fortes (joie, colère), partagent encore peu ou veulent tout contrôler.	7

La pluralité des caractéristiques de ces enfants et leur évolution potentielle ne peuvent donc absolument pas se concevoir dans une modalité de réponse unique. Ainsi, pour chacun de ces enfants, les synthèses communes avec l'ensemble des partenaires, le projet éducatif personnalisé, le projet personnalisé de scolarisation et depuis peu les bilans du C.R.A., permettent d'ajuster l'ensemble des interventions à leurs besoins, dans une mise en perspective commune de favoriser au mieux leur évolution.

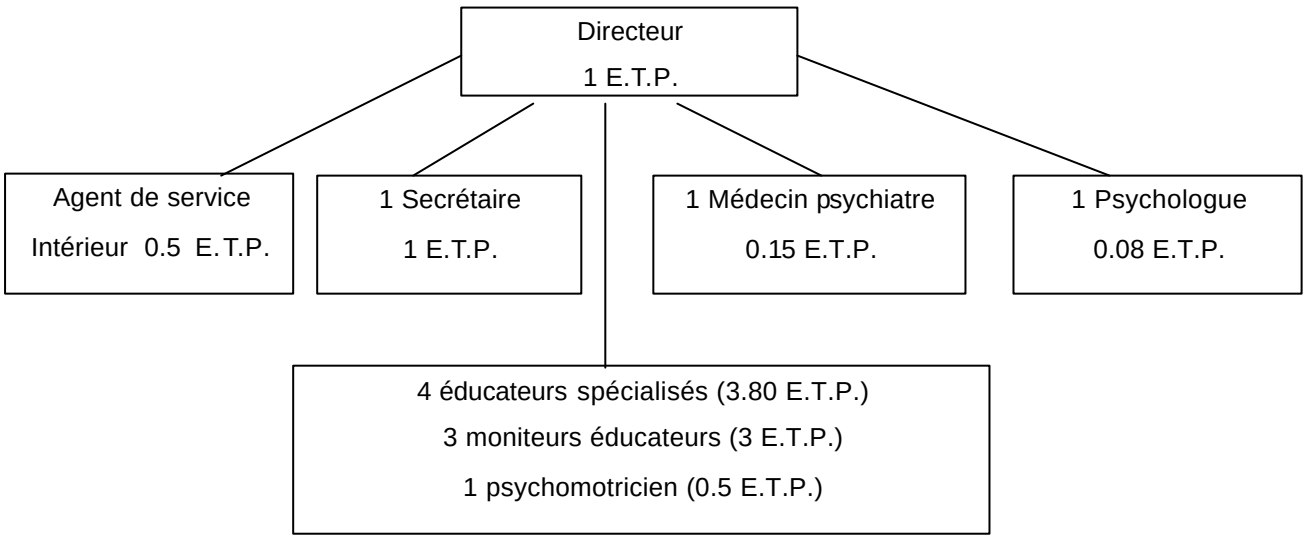
Les partenariats menés auprès des 33 enfants accueillis au S.E.S.S.A.D sont effectués avec :

- 14 H.P.J. (sur 2 secteurs hospitaliers, dont 10 sur l'agglomération bordelaise) ;
- 5 C.L.I.S. différentes accueillant 6 enfants à temps très partiel (de 1 ½ journée à 3 ½ journées / semaine ;
- I.M.E. et 1 structure pour jeunes sourds, pour 3 enfants.

En ce qui concerne les orientations de fin de prises en charge du S.E.S.S.A.D., l'âge moyen des enfants sortants est de 12 ans ½, mais il peut être pour les plus déficients, proche de 16 ans. Actuellement, 7 enfants ont plus de 12 ans. La moyenne annuelle des sorties est de 5 enfants. La quasi-totalité des enfants, ont été orientés en I.M.E. et seulement 2 (depuis l'ouverture du S.E.S.S.A.D.) en I.T.E.P.

1.6. Une équipe pluridisciplinaire inscrite dans une dynamique de professionnalisation

L'organigramme fonctionnel et hiérarchique du S.E.S.S.A.D. est le suivant :



Le ratio d'encadrement éducatif pour 12 enfants accueillis simultanément par 8 professionnels, s'établit actuellement à 1.5, ce qui rejoint les recommandations de la circulaire n°124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de T.E.D. : « *la présence d'un professionnel pour accompagner une personne autiste est souvent nécessaire et les ratios de personnel doivent donc être adaptés en conséquence* ».

Tous les membres de l'équipe possédaient ou ont acquis des compétences complémentaires en animation, en loisir, en approche culturelle, sportive et artistique, en secourisme, etc… Actuellement, 1 éducatrice est formée au P.E.C.S. et 2 moniteurs éducateurs se sont engagés dans une formation d'éducateur spécialisé en V.A.E.
De plus des formations régulières (1/2 journée par trimestre, conjointement avec les hôpitaux de jour, une journée annuelle sur l'autisme et diverses conférences,…)

contribuent à renforcer et accompagner la professionnalisation de l'équipe éducative. La moyenne d'âge pour tous les salariés du S.E.S.S.A.D. est de 38 ans et pour ceux de l'équipe éducative, elle est de 35 ans. La durée d'ancienneté dans l'établissement, qui est ouvert depuis septembre 1999 pour tout le personnel, est de 6 ans ½ (7 personnes sur 13 étaient présentes à l'ouverture) et 3 (directeur, médecin psychiatre et 1 éducatrice) sont arrivées l'année suivante.

1.7. Une offre de service qui se diversifie pour répondre aux besoins des usagers et de leur famille

Le S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* » a toujours été confronté à de graves difficultés, pour l'orientation des enfants, lorsque ceux-ci arrivent à l'âge limite d'accueil prévu par son agrément. Afin d'éviter une rupture de l'accompagnement de ces jeunes adolescents, l'établissement a fait le choix d'assurer une continuité d'accueil bien au-delà des limites de notre agrément (très souvent sans la poursuite du partenariat avec les hôpitaux de jour), en accord avec la D.A.S.S. et la M.D.P.H.

Cette solution par défaut est insatisfaisante pour plusieurs raisons :

- Le S.E.S.S.A.D. est un établissement médico-social spécifique ne pouvant assurer les mêmes prestations qu'un I.M.E.;
- Le S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* » se voyait dans l'obligation de restreindre l'accueil d'enfants de moins de 12 ans, alors même qu'il s'agit de la vocation justifiant son habilitation ;
- La prise en charge d'adolescent(e)s autistes comporte des spécificités propres et nécessite une prise en charge plus importante (internat, repas…)

Face à ces difficultés, une réflexion a associé les administrateurs de l'Association, la D.D.A.S.S. de Gironde, les partenaires du S.E.S.S.A.D. (Secteurs hospitaliers Cadillac et Charles Perrens, Education Nationale…), l'ensemble de l'équipe éducative, les parents des enfants accueillis au S.E.S.S.A.D. Pour compléter cette réflexion, avec l'accord de la D.D.A.S.S., une « *étude de besoin en vue de la création d'un I.M.E pour adolescent(e)s présentant des troubles autistiques* » a été réalisée par le C.R.E.A.H.I. d'Aquitaine. Elle a établi que 44 adolescent(e)s ne bénéficiaient d'aucune prise en charge ou bénéficiaient d'une prise en charge mal adaptée.

Pour faire face à ce besoin, la décision de créer un I.M.E. a été adoptée en Conseil d'Administration de l'Association, puis lors d'une assemblée générale extraordinaire qui s'est tenue le 23 avril 2004. En septembre 2004, le C.R.O.S.M.S. a donné un avis

favorable à l'Association Saint François Xavier - Don Bosco pour ouvrir un I.M.E accueillant 20 adolescents autistes en mixité âgés de 12 à 18 ans. L'I.M.E. « *Saute-mouton* », qui doit ouvrir en novembre 2007, est désormais inscrit dans le P.R.I.A.C, pour un financement étalé sur 3 ans de financement (2007, 2008, 2009)[17]. **Cet I.M.E. sera ouvert 365 jours par an, ce qui permettra de réaliser 5504 journées d'accueil.**

Afin de répondre de la façon la plus adaptée possible aux besoins existants et recensés, l'Association Saint François Xavier - Don Bosco souhaite :

- D'une part orienter son projet vers les jeunes qui trouvent le plus difficilement une solution adaptée à leurs problématiques ;
- D'autre part diversifier les modalités d'accueil pour s'adapter à ces problématiques (semi-internat, internat modulé sur la semaine, famille d'accueil,…).

Son implantation est réalisée par l'achat d'une partie de l'I.N.J.S. (Institut National des Jeunes Sourds) de Gradignan[18] d'une surface de terrain de 12 000 m² dont 2 000 m² de bâti réparti en 3 entités de locaux différents. Compte tenu de l'absence de délai entre la disponibilité (septembre 2007) et l'installation même, celle-ci se fera dans des locaux en l'état. Ces locaux sont certes aux normes, mais il sera néanmoins nécessaire de procéder rapidement à des travaux de rénovation de l'existant et à des travaux liés à un projet architectural visant à donner cohérence et unité des bâtiments. Ces travaux sont programmés eux aussi sur 2 ans. Une équipe pluridisciplinaire de 30 E.T.P. sera aussi constituée sur 2 ans en adéquation avec l'évolution des accueils et du budget de fonctionnement.

1.8. Une problématique d'adaptation, de diversification et d'optimisation de l'offre de service, de cohérence et de cohésion institutionnelle

A l'issu de ce diagnostic, en appui à la fois sur les orientations des politiques publiques, l'activité et l'auto-évaluation du S.E.S.S.A.D.[19], les enquêtes de satisfaction auprès des

[17] Site D.A.S.S. Gironde et D.R.A.S.S. Aquitaine. Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv.fr>.

[18] Plan de l'implantation en annexe 7.

[19] Synthèse de l'auto évaluation en annexe 8.

parents, les réunions du conseil de la vie sociale, les temps d'échanges et de formation avec nos partenaires et avec des associations de parents, nous pouvons établir les constats suivants sous forme de synthèse :

- Alors que les politiques publiques insistent sur le diagnostic précoce et sur la réalisation de bilans réguliers effectués par le C.R.A., seulement 6 enfants sur 33 accueillis au S.E.S.S.A.D. en ont bénéficié ;
- Le partenariat et le travail en réseau rencontrent des difficultés par manque de formalisation engageant tous les acteurs et permettant, aussi, de réguler les éventuels désaccords (sur les théories et les méthodes), et éviter que ceux-ci tournent aux conflits de professionnels, dont les usagers et leurs parents risquent de subir des conséquences délétères ;
- Le S.E.S.S.A.D. ne propose pas aujourd'hui, une diversification suffisante de son offre de service correspondant au cadre légal, aux attentes des familles et aux besoins des enfants (accueil institutionnel exclusif dans une complémentarité quasi unique avec les H.P.J.) ;
- La formation du personnel ne permet pas aujourd'hui, dans le suivi des enfants, de pouvoir suivre les indications du C.R.A. ou d'établir une cohérence avec des prises en charge en libéral, mises en place par quelques parents (T.E.A.C.C.H., P.E.C.S., A.B.A.,…), appliquées par les H.P.J. et de plus en plus envisagées dans l'Education Nationale[20]et souhaitées par le plan régional sur l'autisme d'aquitaine ;
- De l'avis général (professionnels et parents), le P.A.P. (projet d'accompagnement personnalisé) reste dans des intentions trop générales pour pouvoir être vraiment évalué ;
- L'orientation des enfants n'étant souvent pas possible à leurs 12 ans (surtout pour les plus déficitaires), c'est par défaut qu'ils restent parfois jusqu'à leurs 16 ans, ce qui complique beaucoup l'accueil des enfants au S.E.S.S.A.D. compte tenu des écarts importants d'âge entre eux (de 6 ans à 16 ans).

L'ouverture en novembre 2007 de l'I.M.E. pour les adolescent(e)s souffrant sévèrement d'autisme et de T.E.D. par extension du S.E.S.S.A.D., pourra répondre à certaines orientations. Mais cette ouverture d'établissement par étape sur 2 ans (en terme d'accueil des jeunes, d'embauche des professionnels, d'aménagement des locaux…) pose en soi des difficultés prévisibles pour assurer une qualité constante des prises en charge, une cohérence et une cohésion à l'échelle de tout l'I.M.E.

[20] Circulaire 2007-097 du 28 avril 2007, *Autisme et T.E.D. : De la compréhension du fonctionnement autistique à la mise en œuvre de stratégies éducatives et pédagogiques*.

Conclusion de la première partie

A l'issue du travail de diagnostic que j'ai conduit dans la première partie de ce mémoire, je me propose en tant que directeur, de mener ma réflexion, ma recherche théorique et ma stratégie de conduite de changement à partir de :

- **La question centrale :** Comment, à la faveur de l'extension du S.E.S.S.A.D. « *Saute Mouton* » en I.M.E., assurer une cohérence, une cohésion institutionnelle, une qualité d'accompagnement et de prise en charge, en conformité avec les orientations des politiques publiques, et en répondant au mieux aux besoins et aux droits des jeunes souffrants d'autisme accueillis et de leur famille ?

A partir de cette question centrale, je pose :

- **L'hypothèse théorique :** C'est par une approche actualisée de l'autisme, des besoins et des droits des enfants et des jeunes autistes et de leur famille, que le projet d'établissement de l'I.M.E. et de service du S.E.S.S.A.D. (refondé), pourront assurer des réponses conformes aux politiques publiques, et aux orientations associatives, et capables de mobiliser et de motiver tout le personnel.

Enfin, compte tenu de la question centrale et de l'hypothèse théorique traitée, je formule :

- **L'hypothèse opérationnelle :** C'est à partir d'une démarche projet participative et d'un cadre de référence (éthique, théorique, organisationnel et de fonctionnement) que la refondation du projet d'établissement de l'I.M.E. « *Saute Mouton* » et de ses services (S.E.S.S.A.D. et section des adolescent(e)s) permettra à cet établissement d'asseoir sa cohérence, sa cohésion et son positionnement institutionnel, au plus près des besoins et des droits des jeunes souffrant d'autisme et de leur famille.

2. REFONDER LE PROJET D'?TABLISSEMENT À PARTIR DES BESOINS ET DES DROITS DES USAGERS, D'UNE ACTION TERRITORIALISÉE, DANS LE CADRE D'UNE DÉMARCHE MANAGERIALE ENGAGÉE

L'orientation des politiques publiques nous démontre aujourd'hui, que les établissements doivent organiser leur offre de service à partir des besoins des usagers. J'adhère pleinement à ce postulat, qui sert de boussole à mon engagement dans le cadre de la fonction de directeur que j'exerce.

Jean-René LOUBAT nous précise que « *cette nouvelle logique inverse l'ordre des relations : les professionnels gravitant autour du bénéficiaire, faisant des besoins de celui-ci les véritables moteurs du fonctionnement des établissements, bouleversant les pratiques professionnelles en réinterrogeant en profondeur leur méthodologie* »[21]. Dans l'esprit de la circulaire du 8 mars 2005, les *« besoins* » à prendre en compte sont aussi ceux des familles : besoin d'information, de soutien, d'accompagnement, de relais…

Pour appréhender la notion de besoin des usagers, je me réfère à l'ouvrage de Jean-Yves Barreyre et Carole Peintre[22] qui rappellent :

- Que par évaluation des besoins, on ne peut entendre celle qui serait issue de seules observations cliniques, ni d'ailleurs celle qui réduirait les besoins à une seule caractéristique (de santé, administrative…), mais bien celle qui doit résulter d'une « observation partagée » qui appréhende la situation globale de la personne inscrite dans son environnement, et permet de décrire une situation handicapante ;
- Qu'il s'agit donc d'intégrer à la notion de besoin l'ensemble des apports de l'approche situationnelle du handicap : les différentes dimensions de la situation de vie, la réalisation des activités en fonction de l'environnement, et ce en référence à la Classification Internationale du Fonctionnement ;
- Que la notion de besoins intègre également les trajectoires de vie des personnes observées ainsi que leurs attentes : le besoin d'aide exprimé et souhaité peut différer du besoin d'aide déduit de la difficulté observée ou décrite.

---

[21] LOUBAT J-R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Dunod, 2002. pp. 3.

[22] BARREYRE JY., PEINTRE C. *Evaluer les besoins des personnes en action sociale*. Paris : Dunod, 2004.

Ainsi, je souscris pleinement au postulat de Jean-René LOUBAT, selon lequel pour « *réellement subordonner l'offre de services à une analyse de besoins, il est primordial de mener une approche pour :*

- *Définir la nature exacte de son offre ;*
- *Identifier à quels besoins elle répond et par conséquent à qui elle s'adresse ;*
- *Analyser le système relationnel qui l'entoure, ses contraintes, ses opportunités, ses enjeux et ses acteurs, car la particularité des services qui « nous » intéressent est qu'ils sont également conditionnés par des parties intéressées autres que les bénéficiaires directs : autorité de tarification et de contrôle, commanditaires publics* »[23].

En ma qualité de directeur, il m'apparaît totalement indispensable d'appréhender à partir de la réponse aux besoins des usagers, le positionnement institutionnel de l'établissement, qui par nature est soumis à de très nombreuses contingences : économiques, administratives, légales, sociales, techniques, culturelles,…

Ainsi, nous allons nous attacher à ce stade de notre propos à aborder, en premier lieu, l'actualisation des connaissances et des idées sur l'autisme et les T.E.D. Puis, nous étudierons les conséquences de la prise en compte des besoins et des droits de ces usagers, sur l'orientation des modalités des réponses apportées à l'échelle d'un établissement médico-social et à l'échelle de l'ensemble des acteurs (partenariat, réseau et coopération) et enfin, les modalités pouvant être retenues en matière de management.

2.1. L'autisme : question ouverte

2.1.1. L'évolution des approches théoriques et des modalités de réponse

Léo Kanner, l'un des fondateurs de la pédopsychiatrie aux Etats-Unis, a publié en 1943 une observation d'un groupe de onze enfants chez lesquels existe, depuis le début de la vie, une « *inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations* ». Ce qui les différencie des autres cas décrits jusqu'alors est la précocité des troubles. Kanner retenait comme traits caractéristiques chez ces enfants : leur isolement autistique extrême, leur désir obsessionnel et anxieux de préserver la constance de l'environnement et le caractère limité de leurs activités spontanées. Tout en défendant la spécificité de «*son syndrome* », l'autisme infantile,

[23] LOUBAT J.R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Dunod. pp.117.

Kanner le reliait à la schizophrénie infantile, seul diagnostic officiellement admis par la classification psychiatrique américaine jusqu'aux années 1970.

Au même moment, en Autriche, Hans Asperger décrivait « *les psychopathes autistiques pendant l'enfance* », caractérisés par leur maladresse, des traits de caractère et des bizarreries qui se retrouvaient pour lui « *du débile au génie* ». Aujourd'hui le syndrome d'Asperger caractérise dans les classifications internationales des autistes de hauts niveau intellectuel.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (C.F.T.M.E.A.) publiée en 1988, à côté de l'autisme de Kanner et de ses formes atypiques, sépare les psychoses déficitaires et les dysharmonies psychotiques.
La dixième édition de la Classification Internationale des Maladies de l'O.M.S., C.I.M. 10 parue en 1993 se rallie à la notion de Troubles Envahissants du Développement mais distingue la catégorie de l'autisme atypique faisant référence aux cas associés à un retard mental profond. Elle introduit aussi la notion de Syndrome d'Asperger pour les cas de troubles autistiques sans déficience mentale ni retard de langage. Le D.S.M. IV, paru en 1994 se rapproche nettement de la C.I.M. 10 et les Troubles Envahissants du Développement se regroupent désormais en cinq catégories. Ces quelques points de repères dans le temps témoignent au delà des querelles sémantiques, que c'est la conception même de l'autisme qui s'est modifiée.

Cependant, ces classifications ne rendent pas compte des difficultés techniques du diagnostic et du bilan. Difficultés qui tiennent aux variations « *du type et de l'intensité des symptômes à l'âge auquel ils surviennent, à la présence éventuelle de troubles associés qui peuvent être au devant du tableau et enfin, à l'existence de formes intermédiaires avec d'autres pathologies »*[24].

La démarche de diagnostic, mise en place par les C.R.A. et conjointement associée avec les hôpitaux de jour, les C.A.M.P.S., … aboutit à l'établissement d'un diagnostic nosologique et à la réalisation d'une évaluation individualisée fonctionnelle des troubles et des capacités. Elle s'articule avec la recherche d'anomalies, troubles ou maladies associés et s'effectue dans une relation de collaboration avec la famille.

[24] Informations C.R.E.A.H.I. Languedoc-Roussillon. *Vers une harmonisation des pratiques professionnelles pour le diagnostic de l'autisme*. Octobre 2005.

Comme il existe des variations importantes du type et de l'intensité des symptômes et donc des besoins, au regard de l'existence souvent de troubles associés, la prise en charge nécessite des réponses diversifiées. Or, des approches conflictuelles de l'autisme, fortement médiatisées, ont suscité de violentes controverses qui ont entrainé une déstabilisation forte dans les relations interprofessionnelles et dans les relations parents-professionnels.

Selon des recommandations concernant les pratiques diagnostiques Fédération Française de Psychiatrie/Haute Autorité de Santé :

- Les troubles envahissants du développement (T.E.D.) forment un ensemble hétérogène de troubles parmi lesquels se trouve l'autisme infantile qui en est le prototype. L'autisme infantile se caractérise par la présence de perturbations qualitatives de la socialisation et de la communication, ainsi que par le caractère restreint, répétitif, stéréotypé des comportements, des intérêts, des activités. Le polymorphisme clinique de l'autisme infantile est si important qu'il faut parler non plus d'autisme, mais des autismes.
- Il est préférable d'utiliser pour le diagnostic nosologique, la terminologie employée par la classification internationale des maladies (C.I.M. 10) pour homogénéiser la formulation des diagnostics donnés aux parents et faciliter les comparaisons en recherche (C.F.T.M.E.A.R., D.S.M. IV), la correspondance du diagnostic avec la C.I.M 10 devant être indiquée conjointement et de manière systématique.

L'autisme est, ainsi, à considérer prioritairement comme un trouble psychopathologique précoce du développement global qui intègre tout autant des facteurs biologiques que psychologiques. Nous avons choisi de présenter ici les modèles les plus propices à l'orientation des interventions conduites dans notre établissement, pour répondre au mieux aux besoins de ces usagers. En annexe[25] 4, nous trouverons une approche plus complète de ces modèles avec la contribution des différents auteurs qui les ont structurés, ainsi que la présentation, sous forme de tableau, de la correspondance entre les classifications.

[25] En annexe 4, *Approches théoriques de l'autisme*.

2.1.2. Le modèle psycho dynamique

Ce modèle vise à repérer certains mécanismes présents chez la personne souffrant d'autiste afin de pouvoir mener des actions thérapeutiques et éducatives auprès d'elle. Il apporte un support théorique qui aide à la compréhension des modalités relationnelles de l'enfant autiste.

Un point important du fonctionnement de ces enfants est constitué par l'importance accordée à la notion « *d'auto sensorialité* ». Celle-ci est marquée par la fascination qu'exercent sur l'enfant certaines sensations; l'objet producteur de sensations est alors quasiment identifié à la zone corporelle stimulée. Chaque sens s'attachant de façon dissociée à un objet de stimulation différent, l'enfant perd le sens de l'objet total, comme lieu de sensations différentes, et son psychisme est écartelé entre une multitude d'évènements sensoriels juxtaposés et non coordonnés. Ceci est aisément repérable chez de jeunes enfants autistes qui peuvent s'absorber de longs moments dans des sensations visuelles ou auditives.
L'enfant peut s'éprouver comme dépourvu de monde intérieur et se vivre comme une surface sensible dans un monde plat où l'intérieur et l'extérieur ne sont pas différenciés. Dans un système de ce type, l'enfant peut avoir des réactions de collage à autrui, ou d'utilisation du corps de l'autre comme un prolongement de son propre corps, sans avoir conscience de l'existence propre de cet autre.
« *Chez l'enfant présentant un syndrome autistique, la surface et l'intérieur du corps sont investis d'une manière spécifique, la surface corporelle ne semble pas être source de plaisir, au contraire elle est vécue comme porteuse de trous et de discontinuités, sources d'angoisses. L'intérieur du corps n'est investi et utilisé que d'une manière partielle, aboutissant à des clivages prenant diverses formes, on parle d' « hémiplégie autistique ». D'autres enfants ignorent la partie inférieure de leurs corps et l'usage de leurs jambes*»[26].
L'objectif du travail avec de tels enfants consiste à les accompagner dans l'élaboration d'un monde intérieur et d'une vie mentale, qui va les dégager progressivement de l'auto sensorialité.

« L'aménagement de cet espace psychique n'est possible que si le milieu thérapeutique dans lequel se trouve l'enfant peut assurer une fonction contenante , cette fonction suppose de la part du soignant (infirmier, éducateur, etc.) une réelle capacité d'accueillir, de contenir, de vivre les émotions primitives très inorganisées, ressenties par l'enfant, de

[26] FERRARI P. *Parents et professionnels devant l'autisme*. CTNERHI. pp. 76-80.

les verbaliser et de leur donner un sens pour les lui restituer sous une forme assimilable par lui. Ce n'est que lorsqu'il aura éprouvé dans l'adulte la capacité de contenir ses émotions que l'enfant pourra, secondairement, reprenant à son compte cette capacité de contenance, constituer son espace psychique propre et organiser sa vie émotionnelle »[27] .

Lorsque la qualité des soins et de l'accompagnement dispensé permettent une évolution de l'enfant, celle-ci s'accompagne de modifications dans son comportement :

- La surface de la peau et les orifices corporels deviennent source de plaisir ;
- Il s'établit une relation très étroite, de quasi-exclusivité avec l'adulte, ce qui est très éprouvant pour les équipes de professionnels ;
- L'enfant a des exigences tyranniques et d'intenses angoisses lorsque l'interlocuteur privilégié s'éloigne; il est alors peu sensible aux paroles de réassurance venant d'autres personnes, la personne partie est pour lui anéantie. Peu à peu, en construisant une représentation de la personne absente, appelée « objet interne », il pourra accepter la séparation ;
- L'enfant pourra alors accéder à des activités symboliques telles que les premiers mots ayant valeur de communication, des jeux d'imitation, de « *faire semblant* », etc.… Il pourra découvrir l'activité de penser.

« *Un point essentiel de la visée thérapeutique va donc être d'aider l'enfant autiste ou psychotique à reconnaître l'existence de l'autre dans son altérité et notamment comme être pourvu d'intentionnalité et de pensée* »[28]. Cette démarche est longue et coûteuse en temps et en énergie, et elle est également tributaire des capacités intellectuelles de l'enfant, Frances Tustin dit qu'un important déficit intellectuel chez un enfant autiste ou psychotique entrave, jusqu'à le mettre en péril, le processus d'aide engagé.

2.1.3. Les modèles cognitiviste, comportemental et social

Ces trois modèles font référence aux théories de l'apprentissage, qui s'intéressent aux processus mentaux et qui sous-tendent l'acquisition de l'information. L'intelligence est ici appréhendée comme le développement des processus adaptatifs d'une personne dans son environnement, visant l'émergence de son plein potentiel. Les théories comportementales considèrent que la nouvelle information s'acquiert par apprentissage associatif. Selon le principe universel de causalité, les êtres vivants font une association entre les effets obtenus et une cause antérieure. Lorsque la cause se reproduit,

[27] FERRARI P. *Parents et professionnels devant l'autisme*. CTNERHI. pp. 76-80.

[28] TUSTIN F. *Autisme et protection*. Seuil. pp. 27.

l'anticipation de l'effet permet d'émettre un comportement adapté. Enfin, les théories sociales postulent que l'acquisition ou la modification du comportement chez l'humain est possible par la relation qu'il a avec lui-même ou avec les autres. Il est postulé que l'apprentissage est favorisé par l'observation de modèles. Deux types d'apprentissage par observation de modèles sont possibles : l'apprentissage imitatif (simple reproduction du comportement ou des attentes d'un guide-programme extérieur sans grande contribution des apprentissages conscients) et l'apprentissage vicariant (appropriation des informations pour les appliquer à ses propres actions sans la présence du modèle).

A partir des défaillances cognitives repérées dans l'autisme, deux conséquences sont postulées :

- La première est qu'il faut repérer et supprimer les sensations (souvent des bruits) qui, ordinaires pour nous, peuvent être insupportables pour la personne autiste ;
- La seconde est que pour faire passer un message et éviter qu'il ne soit noyé dans les autres stimuli, deux conditions doivent être remplies : amplifier le message et pour cela le simplifier, diminuer tous les autres stimuli arrivant par le même canal sensoriel ou par les autres canaux.

Dans un second temps, l'objectif du travail visera la diminution progressive de l'asepsie sensorielle, pour amoindrir la souffrance du sujet dans le contexte de la vie ordinaire.

Un autre déficit cognitif est *l'attention.* La personne souffrant d'autisme ne saisit pas, en effet, quel est le point sur lequel on lui demande de fixer son attention. Pour cela, il est indispensable que l'environnement lui soit compréhensible et cette condition ne sera obtenue que par la structuration de cet environnement. Ainsi, elle associera progressivement chaque lieu avec une activité spécifique et le lieu signifiera donc l'activité attendue, c'est-à-dire ce à quoi elle est censée prêter attention.

Un élément supplémentaire s'ajoute, enfin, à ces différentes difficultés : la mauvaise compréhension de la notion de temps et par là, de la succession des événements, qui est génératrice d'un sentiment d'imprévisibilité et donc d'angoisse. Ici encore, on retrouve cette notion de structuration et on peut en conclure que structurer l'espace, le temps ou l'environnement en général, c'est le rendre intelligible en tenant compte des capacités d'abstraction de chacun (si les moyens peuvent être très différents, le principe est le même pour tous).

Un autre déficit cognitif concerne le *stockage de l'encodage,* dans l'étape de mise en mémoire. Les concepts les plus abstraits sont les plus difficiles à construire et à traiter, donc à comprendre et à utiliser. On n'oubliera jamais cela en présence d'une personne autiste. Plus on sera concret, plus elle comprendra.

Le classement séquentiel permet, ainsi, de corréler un concept à un ensemble d'informations reçues successivement ; par exemple : se brosser les dents, c'est prendre la brosse, la mouiller, y mettre du dentifrice, se frotter les dents, rincer et ranger la brosse. Un bon codage implique donc non seulement de reconnaître chaque geste, mais aussi leur succession dans le bon ordre.

On remarque que chez la personne autiste, à degré d'abstraction égal, les noms, les substantifs, apparaissent et sont compris plus facilement que les verbes car leur traitement est plus facile.

Un stade plus complexe nécessite l'encodage d'éléments qui ont une signification différente en fonction du contexte. Je deviens « *tu* » quand c'est l'autre qui parle. Dès lors, comment comprendre et comparer les notions comme «*aujourd'hu*i » ce jour qui hier s'appelait «*demain* » et qui demain s'appellera «*hier* ». Cela devient très compliqué et hors d'atteinte pour la plupart d'entre eux.

L'encodage séquentiel suppose: la nécessité de retenir les séquences dans le bon ordre. Cela implique donc sur le plan éducatif, de décomposer chaque action en étapes successives et de concrétiser ces étapes par des objets, des images, des schémas, des mots écrits ou des rapports verbaux très schématiques, cela encore une fois en fonction des capacités d'abstraction de chaque enfant ou adolescent.

Ces modèles théoriques de perception de l'autisme ont concouru au développement de méthodes éducatives telles que :

- La méthode T.E.A.C.C.H. : faciliter l'acquisition de compétences en structurant l'éducation par une analyse fine des étapes et des moyens de réalisation d'une tâche ;
- La méthode P.E.C.S. : moyens alternatifs et augmentatifs de la communication, le P.E.C.S peut permettre à l'enfant d'apprendre à initier lui-même une communication avec autrui ;
- La méthode A.B.A. : approche éducative par analyse du comportement, associée à une intervention intensive (30 à 40 h/semaine) visant à obtenir la meilleure intégration dans la société.

Actuellement, très peu de professionnels sont formés à ces méthodes. Cependant de plus en plus d'hôpitaux de jour y ont recours et l'Education Nationale commencera cette année à initier les enseignants des C.L.I.S. et des U.P.I. en référence à la circulaire n°2007-097

du 28 avril 2007, autisme et T.E.D. : « *De la compréhension du fonctionnement autistique à la mise en œuvre de stratégies éducatives et pédagogiques* ».

2.1.4. Le Modèle neurologique

Les recherches dans le domaine neurobiologique, orientées vers des directions différentes, s'appliquent à chercher une étiologie somatobiologique à l'autisme.
Un certain nombre de syndromes génétiques ont été identifiés qui s'accompagnent parfois d'autisme (« *X fragile* »), ou passent par un temps d'évolution d'aspect autistique (Syndrome de Willy Prader, Microdélétion22qn, Syndrome de Rett).
Les choses ont bien changé depuis l'époque où soins psychiques et diagnostics génétiques semblaient s'exclure. Il est d'usage aujourd'hui de conseiller une consultation de génétique pédiatrique à tout enfant présentant un retard massif de développement psychique, pour qu'une éventuelle altération génétique soit identifiée. En effet, même si l'enfant n'est pas éligible à un traitement, il est important que les membres de la famille susceptibles d'avoir un enfant atteint, en soient informés.

Les recherches sur la neurochimie cérébrale : De multiples recherches sur la neurochimie cérébrale sont menées dans le monde; ainsi l'hypothèse d'une intoxication interne aux endorphines a été envisagée, sans que pour autant les traitements proposés ne soient décisifs.
Certaines personnes souffrant d'autisme devenues adultes, comme Temple Grandin (« *Ma vie d'autiste* »), Donna Williams (« *Si on me touche, je n'existe plus* »), Sean Barron (« *Moi, l'enfant autiste* ») ont écrit des témoignages sur leurs expériences.

2.2. Une orientation institutionnelle à soutenir

Nous devons admettre avec un esprit ouvert, que la caractérisation du syndrome de l'autisme soulève, encore, aujourd'hui, beaucoup de questions. Du reste, pouvons-nous encore parler d'une origine autistique commune ? Tous ces troubles sévères de l'évolution cognitive et psychique ne peuvent ils pas relever de causes ou d'origines différentes ?
Force est de constater, en effet, que si certains symptômes sont invariants, telle que l'incompétence massive autour du lien social et de la communication, le niveau de développement des aptitudes s'avère, pour autant, être extrêmement variable tant en ce qui concerne les rythmes d'acquisition qu'en terme d'outils nécessaires à ces acquisitions.

Ces questionnements se posent, aussi, au niveau des stratégies thérapeutiques : ainsi, se servir des intérêts autistiques de l'enfant est-ce ouverture ou enfermement ? Utiliser des symbolisations limitées ou partielles, pictogrammes, images, ou des symbolisations non verbales, la langue des signes par exemple, chez un enfant qui vocalise un peu, est-ce lui faire découvrir un plaisir de penser favorisant l'investissement ultérieur du langage, ou au contraire, est-ce court-circuiter tragiquement l'accès au langage commun ?
L'intérêt des évaluations actuelles est considérable car elles permettent, sans se focaliser complètement sur l'un ou l'autre de ces modèles, de repérer les approches les plus favorables au travail éducatif (que cela passe par l'imitation, la motricité ou la perception) et en complément à un accompagnement thérapeutique. Cette indispensable ouverture d'esprit des professionnels pour l'intérêt des apports complémentaires théoriques ou pratiques, concernant la problématique de l'autisme, ne peut faire l'économie de la prise en compte du respect des droits des usagers et de leur famille.

2.3. Associer les familles : une nécessité impérieuse

La présence des familles s'est progressivement affirmée au fur et à mesure de l'évolution des idées, des théories et de notre société. L'usager est de plus en plus positionné au centre du dispositif comme en attestent les textes légaux (loi du 30 juin 1975, annexes XXIV, loi du 2 janvier 2002, loi du 11 février 2005…). Lorsque l'usager principal est mineur ou à un statut de majeur protégé, la loi fait référence à son responsable légal ou à son représentant. Ceci est particulièrement important pour les personnes souffrant d'autisme qui n'ont pas la capacité à consentir aux décisions qui les concernent. De ce fait, nous devons associer les familles à l'ensemble de l'accompagnement de leur enfant, ceci non seulement dans un souci de conformité aux dispositions réglementaires, mais surtout dans le souci de les respecter et aussi de pouvoir produire un service de qualité au profit de leurs enfants et adolescent(e)s, dans une perspective d'accompagnement au long cours.

Une des orientations majeures de la loi du 2 janvier 2002 consiste à valoriser la place de l'usager dans le dispositif qui l'accompagne, en favorisant, aussi bien la connaissance et l'accès à ses droits (information sur ses droits fondamentaux, accès à son dossier, livret d'accueil, etc.), que l'expression de ses attentes (conseil à la vie sociale). L'enjeu est bien aussi de reconnaître aux personnes handicapées et à leurs familles une véritable compétence dans l'analyse de leurs besoins.

En matière d'analyse de besoins et respect des droits, il s'agit donc de systématiser les démarches (enquêtes, entretiens,…) visant à recueillir les avis et l'analyse des usagers et/ou de leurs familles sur la qualité de l'offre de service proposée par l'établissement et le service dans lesquels ils sont accueillis. C'est à partir de cette logique de coopération indispensable avec les familles et nos partenaires, ainsi qu'à partir du souci constant de respecter les besoins et les droits des usagers, qu'en tant que directeur, j'entends diversifier l'offre de service institutionnelle.

Jean René Loubat nous dit : « *Chaque partenaire de l'environnement agit dans la sphère personnelle et culturelle d'un individu, vouloir agir seulement auprès de l'usager, enfant, adolescent, voire adulte, c'est prendre le problème à l'envers. La famille n'est pas un partenaire comme un autre, mais un partenaire génétique qui a des liens essentiels et privilégiés avec l'usager. Un projet établi pour l'usager sans le soutien et les apports de la famille ne peut réussir qu'à placer l'usager dans un double lien* »[29].

De nombreuses associations de parents militent pour faire changer le regard de la société, améliorer la prise en charge, informer le public et promouvoir la création de structures d'accueil au profit de leurs enfants. De manière générale, les positions parentales sont souvent exacerbées par le constat que, compte tenu de l'état de nos connaissances actuelles, l'autisme ne peut pas être soigné et que les professionnels, sensés « savoir », sont eux-mêmes souvent impuissants et démunis face à ce syndrome, a fortiori, lorsqu'ils n'y sont pas formés spécifiquement.

La prise en charge des personnes autistes est encore aujourd'hui notoirement insuffisante et ceci malgré les différents plans nationaux pour l'autisme. Cette situation est d'autant plus insupportable qu'elle conduit à aggraver les parcours de personnes autistes, met à mal les équipes de professionnels, et elle est un facteur supplémentaire de déstabilisation des familles. La qualité de relation entre les institutions, les professionnels et les associations de parents, relève de la responsabilité collective de tous les acteurs. Mais il est crucial que des orientations nationales, comme le guide de bonnes pratiques professionnelles pour l'autisme, qui doit être prochainement réalisé par l'A.N.E.S.M.S, et les positions du comité scientifique national, puissent donner un réel cadre de référence à tous les acteurs (institutionnels, professionnels et parents) pour œuvrer auprès des personnes souffrant d'autisme.

---

[29] LOUBAT J-R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 2005. pp. 221.

2.4. L'évolution des établissements sociaux et médico-sociaux : logique d'offre de service et d'ouverture territoriale

2.4.1. La situation des établissements : un héritage à dépasser

Jean René LOUBAT propose le constat suivant : « *Globalement, l'établissement classique, hérité de grands modèles institutionnels et architecturaux historiques, …, s'avère dépassé ! Il évolue vers une nouvelle variété de services beaucoup plus souples, plastiques, adaptatifs et réactifs qui ne sont plus des lieux d'internements ou de prise en charge, mais qui se manifestent par des sièges techniques et des pools de compétence intervenant auprès de l'environnement du bénéficiaire ou à son domicile de façon personnalisée et contractuelle. Le service considéré devient un dispositif à géométrie variable, susceptible de changer de cap, d'augmenter sa gamme de prestations ou bien de la réduire, de la spécialiser davantage ou bien de modifier les modalités de délivrance de ses prestations ou encore de se déplacer en matière de concept de services* »[30].

Ces évolutions en cours concernant les établissements médico-sociaux, vont ainsi contribuer à permettre une plus grande souplesse d'adaptation et de modulation des réponses à apporter aux usagers. En tant que directeur, je perçois pleinement l'importance d'inscrire l'établissement dont j'ai la responsabilité, dans une dynamique institutionnelle conforme à cette logique d'offre de service. Celle-ci doit s'entendre aussi bien dans le cadre des interventions internes à l'établissement, qu'à celles se réalisant en externe.

2.4.2. Pour diversifier les modes de réponse, promouvoir : le partenariat, le réseau et la coopération

Je dois en tant que directeur, prendre en compte la problématique complexe et spécifique, liée à l'autisme, qui impose un travail en complémentarité, en partenariat et en réseau, afin de pouvoir à partir de compétences et d'expertises multiples, permettre à l'institution de répondre au mieux aux besoins des usagers dont j'ai la responsabilité. Toutefois, si ces notions ont vu leur usage se développer, elles souffrent aussi parfois de manque de rigueur conceptuelle, au point que la référence idéalisée à ces formes

[30] LOUBAT J-R. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Dunod, 2006. pp.119.

d'action, peut se présenter comme un mode incantatoire et prescriptif, se traduisant chez les acteurs, sous la forme d'une nouvelle norme professionnelle. Nous nous attacherons donc à définir ces notions, afin de mieux percevoir la réalité des enjeux qui y sont liés.

- **La notion de partenariat**

Le partenariat, pour le dictionnaire *« Le Petit Larousse »*, est « *un système associant des partenaires sociaux ou économiques* » et le partenaire étant défini comme la« *personne avec qui l'on pratique certaines activités* ».

Le *« Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social »* définit la notion de partenariat comme « *une forme d'interaction équitable entre acteurs (individus ou organisations) qui vise une complémentarité de compétences ou/et de ressources disponibles séparément chez chacun d'entre eux et qui sont jugées toutes nécessaires pour la réalisation d'une action ou d'un projet. La problématique du partenariat correspond à une façon nouvelle d'envisager des réponses à des problèmes, en tenant compte de la complexité de leurs dimensions et de leurs enjeux. […] Le partenariat vise le décloisonnement entre des organisations distinctes, mais concernées à un titre ou à un autre, par un objectif d'action. Le partenariat est considéré en tant que modalité organisationnelle spécifique et originale, qui peut être capable de lier les différentes dimension d'un problème, de les résoudre de front, dans un même temps ».*[31]

François DHUME dans son essai « *Du travail social au travail ensemble* » définit pour sa part le partenariat comme suit : « *Le partenariat est une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action … et élaborent à cet effet un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble* »[32].

- **La notion de réseau**

Le dictionnaire *« Le Petit Larousse »* définit le réseau comme un « ensemble de lignes entrecroisées » et le *« Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social »* comme « *un concept sociologique qui désigne un ensemble de relations entre des acteurs. Ces relations sont diverses : elles peuvent être des relations de collaboration, de soutien, de conseil, de contrôle, d'influence ; les acteurs peuvent être des individus, des groupes ou des organisations. Le réseau se définit par la structure des liens qui se tissent dans toutes les directions, et il renvoie à la métaphore héritée de sa signification en vieux français (rets) qui désignait une coiffe pour les femmes, un filet,*

[31] GUAQUERE D. *Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social.* ESF. pp. 81.

c'est-à-dire un ensemble de lignes entrelacées. Pour les travailleurs sociaux, les expressions travail en réseau, intervention de réseau, désignent des outils qui visent le développement et la mobilisation de ressources disponibles au sein d'un ensemble d'acteurs professionnels ou usagers, dans le but de construire des réponses pertinentes aux problèmes auxquels ils sont confrontés »[33].

Le réseau est donc un groupe quelconque d'individus ou d'organisations, qui sur une base volontaire, échange des informations et des biens, ou élabore des activités conjointes, pendant que l'autonomie de chacun reste intacte. Le fonctionnement en réseau est, ainsi, une alternative au fonctionnement plus traditionnel, hiérarchisé, voire pyramidal, d'une structure. Les informations sont censées circuler plus rapidement. Actuellement de nombreux groupements se sont créés en réseau, sans qu'il existe de forme unique au fonctionnement de ces réseaux.

Dans son ouvrage «*Travailler en réseau* », Guy LE BOTERF[34] identifie trois types de réseau professionnel selon le résultat recherché : 1) *le réseau de support*, d'un acteur individuel ou collectif, 2) *le réseau d'action collective*, 3) *le réseau de partage et de capitalisation* pour la création d'un savoir commun.

Pour l'une ou l'autre forme de réseau, il propose des méthodes pour créer les conditions de d'optimisation des chances d'un travail en réseau, à partir de trois points de passage obligés : savoir, pouvoir et vouloir coopérer. Il préconise de «*s'entendre sur le terrain d'une langue commune, de construire une représentation partagée des situations à gérer* » pour construire « *une compréhension en double piste* ». Puis, il indique la nécessité d'un pilotage pour garantir le fonctionnement du réseau et veiller sur ses objectifs, tout en clarifiant la mission commune (règles de coopération, méthodes de travail, supports documentaires et légitimation par une instance hiérarchique), par le biais d'instance de régulation (réunions de coordination et comité de pilotage). Enfin, la volonté de travailler en réseau devra passer selon lui par une adhésion et une participation actives, en valorisant les contributions individuelles, en mettant en évidence la valeur ajoutée de l'action au moyen de synthèses écrites des avancées.

---

[32] DHUME F. ASH professionnels. *Du travail social au travail ensemble : le partenariat dans le champ des politiques sociales.*, 2001, p.108

[33] GUAQUERE D. *Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social*. ESF. pp. 82.

[34] LE BOTERF G. *Travailler en réseau ; Partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Organisation, 2004. pp.30, pp.69 et pp.72.

- **La coopération**

La coopération, pour le dictionnaire *« Le Petit Larousse* », « *c'est l'action de coopérer* », et coopérer, « *c'est travailler, opérer conjointement avec quelqu'un* ». La coopération est donc l'action de coopérer, de participer à une œuvre, à un projet commun. La coopération est la capacité de collaborer à cette action commune, ainsi que les liens qui se tissent pour la réaliser. La coopération est un mode d'organisation sociale, qui permet à des individus ou des organisations, ayant des intérêts communs, de travailler ensemble, avec le souci de l'objectif général. Elle nécessite un certain degré de confiance et de compréhension. La coopération peut prendre des formes multiples : spontanée, informelle ou formalisée (coopérative, mutuelle). En ce qui concerne la coopération sociale et médico-sociale, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a instauré un nouvel outil : le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (G.C.S.M.S.). Son décret d'application n°2006-413 est paru au J.O du 8 avril 2006. Aujourd'hui, la coopération est présentée par l'administration, comme un atout majeur pour les établissements. La revue T.S.A. Hebdo, du 15 septembre 2006, y a consacré un dossier nommé «*la coopération sociale et médico-sociale : les atouts du G.C.S.M.S.* ». Pour les pouvoirs publics, malgré le constat d'une tendance à la montée en puissance d'organismes gestionnaires de taille importante, le secteur social et médico-social, qui compte 32.000 établissements et services, reste très dispersé, hétérogène et cloisonné. Cette dispersion qui se traduit par un grand nombre de structures de petites tailles, ne permet pas de disposer de compétences spécialisées, faute d'atteindre la taille critique. La coopération a vocation à répondre à la nécessité d'une prise en charge graduée et globale des usagers, d'un décloisonnement du sanitaire, du social et du médico-social, d'un regroupement des moyens et des compétences et de rompre l'isolement des structures et des compétences.

La recherche de partenariats formalisés par des conventions, des mises en réseau entre des équipes et des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales, est un objectif inscrit dans le schéma girondin de l'enfance et l'adolescence handicapée. Mais l'évolution des pratiques ne se résume pas à la signature de conventions. Le décloisonnement suppose que les différents professionnels de chacune des filières (infirmiers, médecins, psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants…) se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. S'il faut un cadre réglementaire pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre différents intervenants, il importe surtout que soit pensée la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes, donc que des formations transversales soient mises en place, car chaque catégorie professionnelle doit

être en mesure d'intégrer la logique d'action des autres. La question des moyens alloués à de tels objectifs est ici, pour moi, déterminante pour permettre un changement réel, dans les différentes cultures professionnelles concernées, porteur alors, d'une concrétisation pérenne dans les interventions auprès de tous les usagers.

Dans sa cinquième mandature (2003-2006), le C.S.T.S. a été chargé de travailler les questions posées par les fonctionnements séparés du secteur social, médico-social et du secteur sanitaire, ainsi que par le cloisonnement entre leurs institutions et leurs professionnels, qui nuisent à la prise en charge globale des personnes et à la continuité des interventions. Pour passer du cloisonnement à l'articulation, les réflexions actuelles portent sur deux concepts: la coopération et la trans-professionnalité. L'enjeu est de trouver les conditions d'une mobilisation des compétences complémentaires, sans les subordonner les unes aux autres. Il s'agit là d'aboutir à une véritable coopération, pas de récuser les spécialités, les expertises, ou de provoquer la confusion des rôles et des repères. Il s'agit plutôt, de faciliter la connaissance réciproque des professionnalités, d'inciter au travail en complémentarité, de préparer aux enjeux communs, de la santé globale dans ses dimensions sociales, sanitaires, mais aussi éducatives, culturelles, voire économiques.

Après avoir précisé ces notions de partenariat, je vais à présent m'attacher à l'examen du concept de «*projet*», afin d'identifier les leviers qu'il m'appartiendra de mobiliser, pour mener à bien les changements nécessaires au sein de l'établissement que je dirige.

2.5. Conduire le changement : la démarche projet

Dans le secteur social et médico-social, la notion de projet n'est pas récente. Déjà, en 1989, les annexes XXIV, par leurs articles 9 et 29, exigent la production d'un projet d'établissement dans le cadre du réexamen de l'agrément des établissements médico-sociaux. Elles prévoient le recentrage du projet global de l'établissement en direction de la personne bénéficiaire, via le projet individuel. La prise en charge globale de chaque enfant se traduit par l'élaboration d'un projet pédagogique, éducatif, thérapeutique individualisé, auquel participe l'ensemble du personnel. Le projet est par nature révisable chaque année. Le directeur de l'établissement en assure la cohérence et la responsabilité. Plus récemment, l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002 rend obligatoire l'élaboration, tous les cinq ans, d'un projet d'établissement ou de service dans l'ensemble du secteur.

Le terme de projet est donc communément employé dans les établissements du médico-social et du social, sous la forme du projet associatif, d'établissement, de service, individualisé, scolaire ou encore professionnel. Le mot projet est associé à l'idée de se projeter, se jeter en avant, ou encore regarder devant soi… Le projet est lié à la vie et au développement des sociétés et des hommes. On trouve ainsi le projet politique, le projet social, le projet d'entreprise, le projet d'établissement, le projet professionnel… Il relève d'une démarche prospective et trace des perspectives. Il permet d'entrevoir et d'identifier des directions à prendre. Il oblige à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer. Avoir un projet c'est avoir un dessein, une volonté, c'est en d'autres termes donner du sens.

«*Les établissements sociaux et médico-sociaux vivent des «chocs culturels » et sont également amenés à questionner leur propre fonctionnement, leur culture historique, leur éthique et leur pratique professionnelle. Dans ce nouveau contexte, le projet devient à la fois l'enjeu et l'expression des changements en cours, dans les champs du soin, de l'action sociale et médico-sociale* »[35].

2.6. Les différents projets

Il est nécessaire de distinguer d'une part le projet d'établissement du projet associatif, et d'autre part le projet d'établissement du projet individualisé.

2.6.1. Le projet associatif

Le projet associatif est un projet politique alors que le projet de l'établissement est un projet technique, opérationnel. L'association délègue une partie de sa mission à l'établissement qui doit la réaliser sur le terrain. «*Le projet associatif est l'expression d'une personne morale de droit privé, qui entend agir conformément à son objet social et à ses valeurs. Il est avant tout une affirmation politique qui permet à l'association de se définir dans le champ social, il englobe des orientations fondamentales concernant une mission que se donnent les administrateurs et qu'ils partagent avec les adhérents. Il est l'expression d'une éthique et de valeurs qui permettent une identité et des références. Il*

[35] LOUBAT J-R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod, 2005. pp.7.

est souvent porteur d'une histoire et d'une antériorité qui lui confèrent une légitimité et une place dans l'environnement et les politiques sociales »[36].

2.6.2. Le projet d'établissement

L'article 12 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 stipule que « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autres forme de participation* ».

Patrick Lefèvre, pour sa part, nous indique qu'un «*projet d'établissement est une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale et médico-sociale fixés par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires. Le projet est un contenu traduit dans un écrit ou un ensemble de documents à destination interne et externe, c'est aussi un processus de réflexion et de mobilisation interne des acteurs professionnels salariés et bénévoles, usagers et partenaires. Le projet d'établissement constitue une référence institutionnelle qui définit une plate-forme contractuelle, il peut être décliné en projets de service ou programmes. Il est régulièrement évalué afin d'analyser les écarts et de proposer des ajustements* »[37]

Le projet d'établissement doit permettre ainsi, d'apprécier : « *la mission poursuivie par l'établissement ; le service qu'il rend, la pertinence et la qualité de ce service eu égard à une population clairement identifiée quant à ses besoins et caractéristiques ; l'environnement et le réseau relationnel dans lequel il s'inscrit ; la méthodologie générale qui préside à son fonctionnement et notamment sa capacité à personnaliser ses prestations en fonction des bénéficiaires et à les organiser sous forme de projets ; la plausibilité des objectifs opératoires qu'il s'assigne ; la nature et l'adéquation des moyens dont il se dote, tant sur le plan humain que matériel pour accomplir ses finalités ; les*

---

[36] LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Dunod, 2003, 2ième édition. pp.202.

[37] LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Dunod, 2003, 2ième édition. pp.200.

modes d'évaluation qu'il utilise pour apprécier la qualité du service rendu ; les types de communication qu'il instaure avec les bénéficiaires et leurs familles ; son organisation, ses modes d'utilisation et d'engagement des ressources humaines et matérielles ; sa répartition des coûts. La lecture du projet d'établissement doit nous permettre de cerner notamment : l'implication et l'intégration de la structure dans son environnement ; l'articulation avec les services de droit commun ; la prise en compte des besoins et attentes des usagers ; la qualité du service rendu et la qualité de mission ; les changements participant de la mise en œuvre des droits des usagers ; les modalités du suivi et d'évaluation mises en place ; la lutte contre la maltraitance »[38].

2.6.3. Le projet individualisé ou personnalisé ?

La distinction entre le projet d'établissement et le projet individualisé a trait à leur différence de nature : Le premier aborde le collectif tandis que le second se centre sur l'individu. Il traduit, au singulier, la mise en œuvre des actions énoncées dans le projet d'établissement. Le projet individualisé doit répondre aux besoins des enfants et de leurs familles, déterminés dans une logique d'acquisition après une évaluation conjointe entre les parents et les professionnels. Un débat sémantique existe entre projet individuel et projet personnalisé. Pour Jean-René LOUBAT, «*la notion d'individu (étymologiquement ce qui ne peut être divisé) exprime une idée d'unité, tandis que celle de personne, du latin persona, masque et par extension caractère, rôle rend compte d'une singularité, d'une figure. Par conséquent, la personnalisation n'exprime pas du tout la même idée que celle d'individualisation, c'est-à-dire l'action de réduire à une unité indivisible, mais celle d'identifier à une personne, de saisir sa singularité* »[39].

En adéquation avec les caractéristiques des enfants et adolescents que nous accompagnons, il est préférable de retenir le choix de la formulation *« projet personnalisé* ».La notion de projet personnalisé attachée à la personne enfant et adolescent intègre celle d'un passé, d'un changement (du passage de l'enfance à l'adolescence et de l'adolescence à l'âge adulte) en cours et d'autres changement à venir. Il s'agit donc aussi de travailler sur les représentations tant des professionnels que des parents à propos d'une personne qui devient adolescente puis adulte. Cette notion de

[38] BECKER J-C., BRISSONNET C. *Projet d'établissement : Comment le concevoir et le formaliser.* Issy-Les-Moulineaux : ESF, 2005. pp.36.

[39] LOUBAT J-R. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*. Paris : Dunod. pp.173.

projet personnalisé se réfère également à celle d'habitude de vie. La conception est celle d'un projet personnalisé pluridimensionnel, intégrant les dimensions : éducatives, sociales, thérapeutiques, pédagogiques et d'une approche d'activité. Il s'agira aussi de se préoccuper, compte tenu que nous n'intervenons que dans un temps donné, de la mémoire du parcours de chaque jeune. Le projet personnalisé sert, donc, de référence à l'action, à l'évolution et au réajustement de celle-ci.

Pour pouvoir émettre des réponses permettant l'installation progressive de l'amélioration de ces projets personnalisés, une refonte des données organisationnelles et fonctionnelles s'impose. Un nouveau projet de service en synergie avec l'ouverture de l'I.M.E., ne peut que favoriser la motivation des professionnels et leur offrir de nouveaux champs théoriques et pratiques, vis-à-vis desquels ils sont demandeurs. Ainsi, la démarche projet qui m'appartient d'impulser au sein de l'établissement dont j'ai la responsabilité prendra appui sur tous les éléments théoriques que j'ai pu aborder dans ce travail de recherche. Cependant, un autre espace me parait indispensable à appréhender pour un directeur : le management.

2.7. Pour garantir et optimiser le respect des besoins et des droits des usagers : le choix d'un management participatif

En novembre 2002, le C.R.E.D.O.C. (Centre de Recherche pour l'Etude et les l'Observation des Conditions de Vie) a rendu, dans le cadre d'un contrat d'études prospectives (C.E.P.) réalisé sur le secteur social et médico-social à but non lucratif, un rapport[40] identifie, trois grands types d'organisations en fonction de leur mode de management :

- 34 % des organisations sont de type « *stratégique d'anticipation* », soit « *d'apprenante* ». Le management y est en principe participatif, et structuré autour d'un projet et s'appuie sur un fort niveau d'exigence demandé aux professionnels. Ceci impose un questionnement constant de chacun sur sa pratique, et une attitude générale de « recherche » quasi permanente ;
- 39 % des organisations sont de type « *tactique d'adaptation* ». Cela s'illustre par la capacité d'adaptation et la polyvalence, dont doivent faire preuve les

[40] Ce rapport non encore disponible à la documentation française peut être obtenu auprès des syndicats employeurs de l'U.N.I.F.E.D.

professionnels. Les compétences requises, dépassent largement la relation avec l'usager et portent aussi sur la gestion des relations avec les pouvoirs publics et les partenaires ;

- 27 % des organisations sont de type « *conventionnel* » en référence aux pratiques traditionnelles du secteur et aux conventions collectives. Elles considèrent le diplôme comme seul garant d'un niveau de qualification et accorde une assez grande autonomie aux professionnels. Le style de management y est assez peu dirigiste et l'encadrement remplit, avant tout, une fonction de coordination.

Cette étude du C.R.E.D.O.C établit les liens qui peuvent être repérés, entre management, projet institutionnel, critères de recrutement, compétences recherchées et formation.

Observations	**Organisation stratégique**	**Organisation d'adaptation**	**Organisation conventionnelle**
Existence d'un projet	97 %	94 %	36 %
Qualité du projet	Explicite	Peu explicite	Peu explicite, voire inexistant
Participation de tous les salariés	84 %	43 %	1 %
Critères de recrutement	Définis par le projet	Expérience / compétences individuelles	Le diplôme
Attentes envers les personnels	Expertise, recherche, porter le projet	Adaptabilité, souplesse, polyvalence	Maitrise des techniques de base
Répartition des taches	Définie par le projet	Souple, négociée, dépend des programmes	Définie par la qualification
Formation	Plan de formation intégré	Formation individualisée / technique	Formation individualisée / qualif.
Encadrement	Formation	Animation	Coordination

A la question *« quel style de management ?* » Jean René Loubat répond pour sa part : « *Un style de management comprend à fois des attitudes liées à la personne exerçant une fonction managériale, mais aussi et surtout tient au rôle interprété par cette personne au sein d'un système donné. Le management participatif est un management qui s'avère plus approprié à l'univers des services, compte tenu de l'implication importante des opérateurs, dans le domaine de la prestation. La participation peut se jouer dans le cadre des prises de décisions à plusieurs niveaux :*

- *Avant : elle se manifeste par la mise en place de procédure de consultation, afin de préparer les futures décisions ;*
- *Pendant : elle se manifeste encore par de la concertation, introduisant du débat quant à la pertinence de la décision ;*
- *Après : elle se manifeste enfin par une capacité de négociation, c'est-à-dire de remise en cause positive de la décision au cas où sa pertinence n'est plus de mise ou bien au cas ou son application n'est plus de mise »*[41].

2.8. Un outil de management : la gestion prévisionnelle des emplois et compétences

La gestion des ressources humaines est souvent complexe et détermine, en même temps la qualité des accompagnements professionnels. La gestion prévisionnelle des emplois et compétences *« est une méthode conçue pour anticiper les conséquences sur l'organisation des évolutions économiques, sociales, juridiques… Elle vise à adapter les emplois aux nouveaux besoins issus des modifications de l'environnement. Elle assure ainsi la cohérence entre la stratégie de l'établissement ou du service, son projet d'établissement et sa politique en matière des ressources humaines* ».[42] Ses objectifs sont de promouvoir l'adéquation entre les compétences et l'emploi, de mobiliser les potentiels de chaque salarié, de fédérer les aspirations et les engagements autour du développement de l'organisation et d'anticiper les besoins.

- **L'entretien annuel de professionnalisation**

Le directeur a en sa qualité de manager des ressources humaines, la possibilité de développer un système d'évaluation, dénommé entretien annuel de professionnalisation. Celui-ci est un entretien formel et périodique entre un salarié et son responsable hiérarchique direct. Programmé généralement une fois par an, il donne lieu à la rédaction d'un écrit conservé par les deux parties. Le contenu et le déroulement de cet entretien doivent permettre d'évaluer les capacités des salariés à pouvoir assumer les missions qui leurs sont confiées. Ce temps privilégié doit aussi permettre de lever les doutes, les appréhensions de chaque salarié, et en même temps d'établir un bilan de sa carrière et

[41] LOUBAT J-R. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Dunod, 2006. pp. 340.

[42] GUAQUERE D. *Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social.* ESF. p. 144.

de son projet professionnel. L'entretien annuel de professionnalisation sert de recueil d'informations pour la constitution du plan de formation continue. Celle-ci doit permettre une adaptation au poste, renforcée depuis la loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie : « *L'employeur doit veiller à maintenir la capacité des salariés à occuper un emploi au regard de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations* ».

- **Le référentiel de compétence**

Le référentiel permet au manager de gérer une évolution des postes se travail, en fonction d'indicateurs objectifs, afin d'éviter trop de subjectivité susceptible de desservir la légitimité du directeur dans l'affectation des personnes aux postes. « *Le référentiel est un outil destiné à permettre la visualisation des compétences requises pour exercer un métier donné, une compétence étant considérée comme un ensemble de savoirs , savoir-faire et savoir-être directement utiles et mis en œuvre dans le contexte particulier d'une situation de travail* ».[43]

Susciter la participation et l'expression des salariés, percevoir leurs motivations et respecter leurs choix d'évolution professionnelle, dans la mesure du possible, constituent une condition incontournable pour développer leur mobilisation et leur responsabilisation. En tant que manager, je suis aussi conscient qu'il me faudra prendre en compte la complexité d'un « jeu d'acteur », qui se mettra en place inévitablement. Je rejoins Crozier et Friedberg lorsqu'ils énoncent : « *Chaque acteur s'efforcera simultanément de contraindre les autres membres de l'organisation pour satisfaire ses propres exigences (stratégie offensive) et d'échapper à leur contrainte par la protection systématique de sa propre marge de liberté et de manœuvre (stratégie défensive). L'importance respective de ces deux orientations stratégiques variera, bien entendu, dans le temps et dans l'espace en fonction de la situation et des atouts propres à chaque acteur* ».[44]

Engager des évolutions en profondeur nécessite, pour avoir le maximum de réussite, que les acteurs se les approprient et donc, à minima, qu'ils soient consultés, au mieux qu'ils s'associent à leur genèse. Cela passe pour moi, par la mise en place d'un processus de participation au sein de l'établissement, dans le respect du cadre légal et de la mission impartie. Cette participation suggère que les acteurs vont infléchir le dessein initial, de telle sorte que le directeur devra accepter des compromis au regard de ce qu'il

[43] GUAQUERE D. *Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social.* ESF. p. 150

[44] CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système.* Seuil. Paris. 1981. 500 p.

envisageait d'abord. Vouloir accompagner le changement en l'inscrivant d'emblée et sans aucune marge de négociation dans une finalisation déterminée à l'avance, ce n'est non pas être dans une logique de projet, mais dans une démarche de programme puisqu'on demande seulement aux acteurs de réaliser les étapes prévues.

Conclusion de la deuxième partie

L'examen du champ conceptuel relatif à l'autisme, des enjeux liés à la prise en compte des familles, de l'évolution des établissements médico-sociaux, et d'un management participatif dans le cadre d'une démarche projet, confirment les hypothèses que je posais en première partie de ce mémoire.

L'autisme entraine des conséquences majeures parce qu'il atteint le développement des relations en famille et dans les groupes sociaux, et qu'il existe des incertitudes sur ses causes et sur le choix des méthodes thérapeutiques et éducatives. La diversité des tableaux cliniques nécessite la mise en œuvre de programmes individualisés grâce à une évaluation des difficultés et des capacités de l'enfant. Aujourd'hui nous devons nous saisir d'une compréhension du syndrome autistique indépendamment de ses causes à partir d'une perturbation précoce du développement des relations interpersonnelles, en particulier émotionnelles. Les soins visent à respecter les moyens de développement que l'enfant a à sa disposition tout en soutenant les partenaires naturels de l'enfant : famille, milieu social et scolaire. L'intégration et l'association indispensables de ces différents moyens de soin et d'éducation passe par le travail en partenariat et en réseau de structures multiples et complémentaires, mais aussi de manière incontournable, par une réelle collaboration avec les familles

Lors de la création du S.E.S.S.A.D., la pertinence (rapport entre les besoins identifiés et les objectifs fixés) de l'offre de service a été considérée au regard des besoins des usagers dans une complémentarité exclusive avec la prise en charge à temps partiel des hôpitaux de jour. Or, aujourd'hui cette pertinence d'offre de service n'est plus soutenable.

L'enjeu du style de management mis en œuvre est aussi, une donnée cruciale pour l'avenir de l'institution et de la qualité de son offre de service. Au travers de son double rôle de représentant de l'employeur et de garant de la mission de service public, le directeur régule l'engagement humain nécessaire à la relation d'éducation, d'aide ou de soin. Un management de type « *démarche projet participative* » me semble pouvoir

permettre de fédérer autour d'un consensus basé sur un cadre de référence (théorique, éthique, d'organisation et de fonctionnement institutionnel) aux bénéfices de la population accueillie. Cela me permettra aussi d'asseoir au sein du collectif professionnel une culture commune, essentielle pour harmoniser les pratiques et qui soit compatible avec un travail en partenariat et en réseau avec différents acteurs (H.P.J., C.R.A., famille, éducation nationale, autres établissements…) et une ouverture sociale sur notre territoire d'intervention. En outre, l'institution pourra s'adapter au mieux, à l'évolution des politiques publiques, à l'évolution des connaissances et des prises en charge concernant l'autisme et les T.E.D. Enfin, la qualité du service rendu dans le quotidien des interventions sera, dans le cadre de cette dynamique institutionnelle, mieux assurée par une réelle responsabilisation et par un réel engagement de tous les acteurs.

Il m'appartient donc, en qualité de directeur, dans le cadre de l'extension de ce S.E.S.S.A.D. en I.M.E. et dans une démarche projet participative, de refonder le projet d'établissement (à partir d'un projet d'ouverture), pour assurer son positionnement institutionnel dans une réelle pertinence actualisée.

3. PROMOUVOIR POUR L'I.M.E. UN POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL ADAPTÉ AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS SOUFFRANT D'AUTISME, EN ASSOCIANT LES PARENTS À LEUR ACCOMPAGNEMENT

Aujourd'hui, il s'agit pour moi, en tant que directeur, d'assurer le temps de l'action, soit la mise en œuvre du projet de l'I.M.E. « *Saute- Mouton* », au travers la déclinaison concrète du processus de réflexion, d'analyse, et de recherche mené dans le cadre de ce mémoire, lequel a été validé par l'Association gestionnaire.

Dans cette troisième partie, consacrée à l'approche concrète de la mise en œuvre de mon projet de direction, je présenterai en premier lieu, le projet de l'I.M.E., puis son cadre de référence associative en termes de valeurs, de principes et de sens de l'action. Ceci afin d'inscrire l'I.M.E. dans une nécessaire dynamique éthique, qui permettra à tous les acteurs, d'avoir des repères déontologiques, dans leur pratique professionnelle, et à l'institution d'être plus transparente pour les usagers et leur familles, les partenaires et les autorités de contrôle. En effet, la compréhension par tous les acteurs, des modes d'intervention, du fonctionnement et de la dynamique institutionnelle, me parait indispensable à la réussite de la conduite du projet, pour asseoir dès l'ouverture de l'I.M.E., une cohérence et une cohésion institutionnelle.

La démarche de projet participative que je développe dans ce mémoire, nécessite une stratégie et un plan d'action bien précis, un suivi et une évaluation réguliers réalisés dans le cadre d'un comité de pilotage associatif. Ces divers éléments sont la traduction d'une volonté associative affirmée, ainsi que de mon engagement en tant que directeur, pour mener à bien ce projet. Volonté et engagement ne sauraient pour autant être synonymes de rigidité, notamment dans le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs prévus. Ce chemin est balisé, mais laisse aussi d'importantes marges de manœuvre, gages de mobilisation, d'adaptation et de créativité. Il s'agit donc de garder de la souplesse et des jeux de fonctionnement, tout en garantissant le respect des balises annoncées. Dans tout projet il faut tenir compte, en effet, des différents jeux des acteurs qui y sont associés et donc de leur stratégie très personnelle. Leur participation peut permettre aussi d'orienter et réguler ces stratégies personnelles en sollicitant tous les professionnels en terme de responsabilité individuelle et collective pour l'amélioration de nos réponses aux profits des usagers.

3.1. Une institution renouvelée qui diversifie son offre de service

L'I.M.E. « *Saute Mouton* » ouvre en novembre 2007. Il regroupe en tant qu'établissement le S.E.S.S.A.D accueillant les enfants de 6 à 12 ans, souffrant d'autisme et de T.E.D., et une section d'internat modulé pour 20 adolescent(e) s de 12 à 18 ans.

La capacité d'accueil de l'I.M.E. « Saute Mouton » est autorisée comme suit :

S.E.S.S.A.D. pour enfants (6-12 ans) souffrant d'autisme	**Section pour les adolescent(e)s souffrant d'autisme**
- 12 places en ½ journées d'accueil en complémentarité avec les H.P.J. et l'Education Nationale : soit en moyenne 35 enfants accueillis annuellement en file active	- 20 places selon une répartition suivante : **semi-internat** : 12 places **internat** : 8 places, soit 2 nuits par semaine pour chaque adolescent(e) s **famille d'accueil** : 3 places (comprises dans le total des places accordées au titre du semi internat) et 1 week-end pour 8 enfants par roulement sur 5 semaines.

- **Diversification de l'offre de service du S.ES.S.A.D.**

La diversification de l'offre de service du S.E.S.S.A.D. se propose de répondre à l'évolution des besoins des enfants et de leurs familles. On le sait, il est incontournable, aujourd'hui, de proposer une palette d'accompagnements plus diversifiés. Nous devons pouvoir intervenir aussi bien au domicilie familial, qu'en accueil institutionnel dans nos locaux, ou encore en partenariat avec les hôpitaux de jour, les écoles et d'autres lieux de socialisation. Il est donc nécessaire aujourd'hui, de poursuivre cette réflexion vers une refondation actualisée du projet de service du S.E.S.S.A.D. « *Saute-Mouton* ». De plus, le changement de positionnement institutionnel (le passage du statut d'établissement autonome à un statut de service d'un I.M.E) ne sera pas sans conséquence dans la dynamique institutionnelle. Les incidences liées à l'ouverture de l'I.M.E. se traduiront par une mutualisation de certaines fonctions (direction, chef de service, psychologue et assistante sociale) et par une dynamique de réflexion commune visant l'amélioration de la qualité des accompagnements et des liens avec les familles et les partenaires.

- **section des 12-18 ans de l'I.M.E.**

Pour répondre aux graves difficultés d'orientations adaptées à des adolescent(e)s souffrant d'autisme, la section des 12-18 ans de l'I.M.E. ; propose une offre de service diversifiée, ayant pour objectif de : s'adapter aux besoins de chacun, préparer chaque jeune à une vie en collectivité et à l'apprentissage d'une plus grande autonomie, de prendre en considération le besoin de certains parents de bénéficier d'un temps de répit dans la prise en charge de leur enfant. L'accueil en internat modulé est absolument indispensable au regard de la pauvreté de l'offre existante. De plus, l'internat constitue pour ces adolescent(e)s une première expérience d'autonomisation. Il peut également intervenir en complémentarité à une prise en charge en établissements scolaires pour élargir les possibilités de choix de scolarisation ou de première tentative de formation professionnelle.

Ainsi, et pour s'adapter à la spécificité de l'autisme, notre projet prévoit :

- **Un internat modulé sur la semaine** en fonction de chaque projet individuel, avec une possibilité d'accueil temporaire par l'inter secteur psychiatrique[45]. Dans ce cadre, un contrat sera proposé à l'adolescent(e) et sa famille pour fixer les modalités de la prise en charge en internat (nombre de nuitées par semaine, objectifs fixés et temps d'évaluation). L'internat se structurera en petit groupe de type familial avec des lieux collectifs et individuels.
- Au-delà de l'internat, il est également prévu la possibilité d'accueillir les jeunes autistes **en externat ou en famille d'accueil.** Cette dernière possibilité, dont les modalités seront également fixées par contrat, pourrait également intervenir en complément de l'internat.

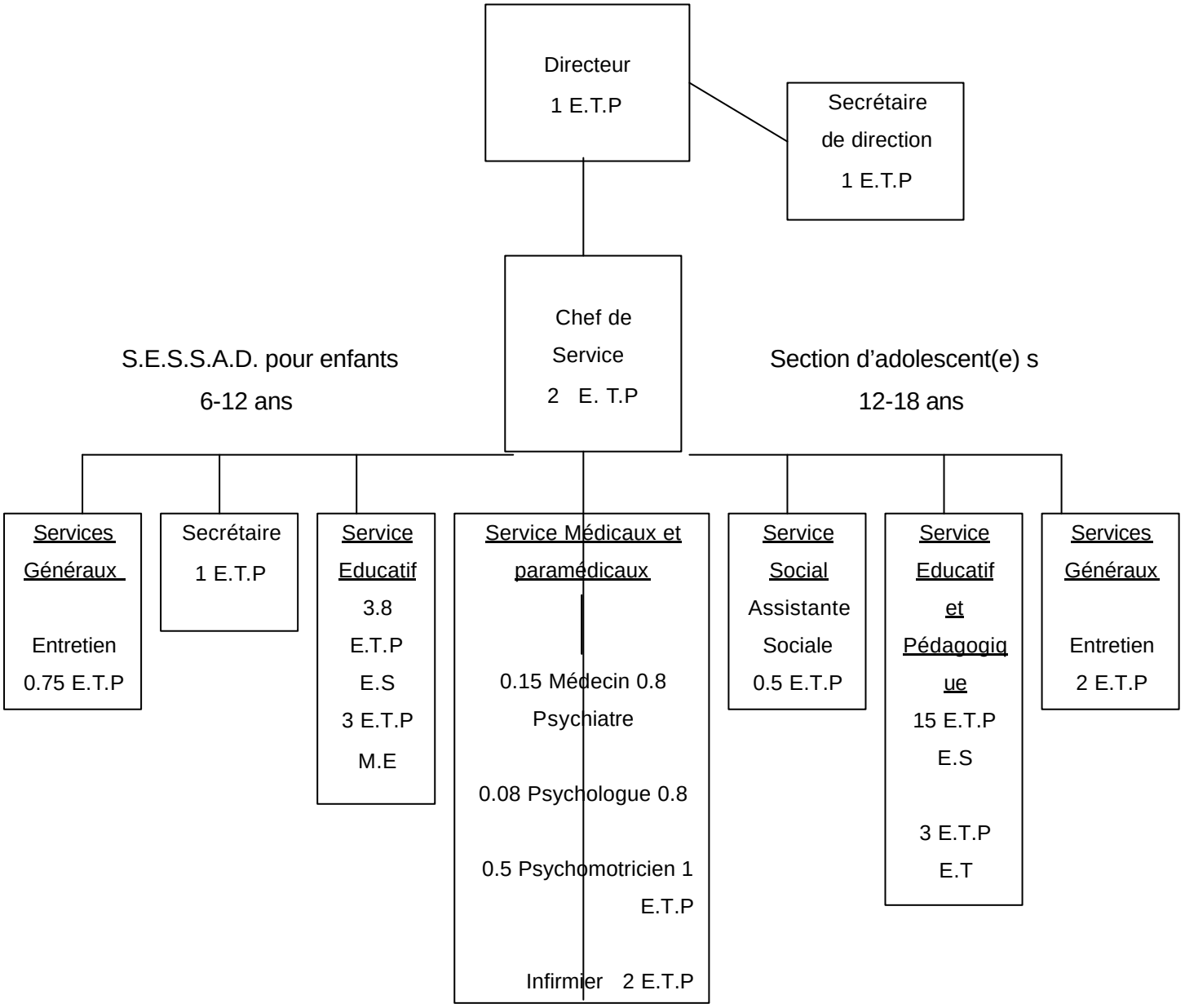
Un travail en partenariat et en réseau, à l'échelle de l'I.M.E., sera réalisé étroitement avec les services de psychiatrie, l'Education Nationale, les lieux de loisirs et de stage pré professionnels afin d'objectiver l'évolution des enfants et adolescent(e)s reçus et d'améliorer la qualité de leur prise en charge. A cet égard, une convention avec les secteurs hospitaliers de Cadillac et de Charles Perrens est déjà réalisée et des conventions avec l'Education Nationale et la ligue de sports adaptés sont en cours de réalisation et devraient nous permettre de nous inscrire dans une dynamique de prise en charge adaptée à cette population. L'ensemble des partenariats et du travail en réseau, permettra : d'éviter les ruptures de prise en charge et mieux répondre ainsi aux difficultés

[45] Décret N°2004-231 du 17 mars 2004, *Définition et organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services*.

éventuelles rencontrées par les jeunes ; de créer de réelles possibilités de collaboration et une complémentarité de chaque prise en charge ; d'objectiver l'évolution des adolescent(e)s ; d'améliorer le soutien apporté aux familles et les perspectives d'avenir.

3.1.1. Ressources humaines et organigramme

ORGANIGRAMME DE L'I.M.E. « *Saute Mouton* » est le suivant :



- Veilleurs de nuit en mutualisation avec l'I.N.J.S ;
- Médecin psychiatre par convention avec le secteur hospitalier Charles Perrens

Cet organigramme tient compte des réajustements liés à la négociation budgétaire avec la D.D.A.S.S de Gironde, il semble cependant important de préciser ici que, pour déterminer le nombre d'E.T.P, notamment pour le personnel encadrant les adolescent(e)s, nous nous sommes basés sur l'organisation générale des journées telles que décrites en annexe, préservant la qualité de l'offre de service de l'I.M.E. Nous avons, à partir du calcul d'heures effectuées dans l'année (en incluant les variations d'activité), pris en compte la législation relative au temps de travail, les dispositions conventionnelles en matière de droit à congés et le temps de préparation prévu pour les personnels éducatifs et paramédicaux.

3.1.2. Implantation et projet architectural

Le S.E.S.S.A.D. conserve son lieu d'activité qui correspond pleinement aux besoins des enfants qui y sont accueillis. L'instance administrative de logistique et la section des adolescent(e)s de l'I.M.E., bénéficieront d'une opportunité liée à la restructuration de l'I.N.J.S. (Institut National pour les Jeunes Sourds) de Gradignan. Le site retenu (12 000 m2 de terrain et 3 000 m2 de bâti) permet ainsi un maintien de l'I.M.E. dans la communauté urbaine de Bordeaux et une proximité avec le S.E.S.S.A.D. et le siège de l'Association. Les bâtiments correspondent au projet de l'I.M.E. Ils offrent la possibilité délimiter des lieux d'activité de journée (cuisine, réfectoire, salles d'activité, salle de classe,…) et une zone bien repérée, plus intime, pour les nuits, les week-ends,… (chambres individuelles, chambres doubles, cuisine familiale,…). L'achat (estimé par le service des Domaines) est autorisé par le préfet, la D.D.A.S.S. de la Gironde et le ministère des affaires sociales[46].

L'installation dans des locaux en l'état est une nécessité compte tenu de l'absence de délai entre la disponibilité de ceux-ci et l'installation même. Il sera néanmoins nécessaire de procéder rapidement à des travaux de rénovation de l'existant (isolation, menuiseries extérieures, peintures…) et à des travaux liés à un projet architectural visant à donner cohérence et unité aux bâtiments. Le détachement des deux bâtiments actuels des autres bâtiments de l'I.N.J.S. ne permet pas en effet de composer un ensemble architectural autonome, signant l'identité d'un établissement par lui-même, ni même offrant tant aux jeunes qu'au personnel un cadre spatial contenant et structurant. Le projet s'appuiera sur le travail réalisé pour le compte de l'I.N.J.S. par le Cabinet A2M, Madame Patricia Maître, architecte-urbaniste, ayant la charge du schéma directeur architectural et technique.

[46] En annexe 7, Plan du site d'implantation de l'I.M.E.

3.1.3. Le budget de fonctionnement

Le P.R.I.A.C. a bien attribué entre 2007 et 2009 un budget global de fonctionnement de 2001920 €[47]. Après négociation avec la D.D.A.S.S. de la Gironde, le budget annuel retenu pour l'I.M.E. est de 1.722.822 €, auquel il faut ajouter celui du S.E.S.S.A.D. : 521.000 €, ce qui établit la totalité du budget alloué à un montant de 2.243.822 €.

Au-delà des caractéristiques du projet de l'I.M.E., il convient de prendre en compte un aspect essentiel du projet d'établissement : faire vivre dans l'institution, les valeurs et références associatives et professionnelles, qui doivent structurer le sens des prises en charge en lien avec la spécificité des besoins des enfants et adolescents souffrant d'autisme et de leur famille.

3.2. Valeurs, principes de référence et sens de l'action

L'Association St François Xavier Don-Bosco, dans son projet associatif 2006 (en référence avec les valeurs salésiennes et l'évolution de la législation : loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et loi n° 2005-102 du 11 février 2005) a mis en avant des valeurs fondamentales qui doivent inspirer l'ensemble des professionnels dans leurs interventions. Le respect de l'usager et de sa famille doit toujours rester au centre des préoccupations de la vie des établissements de l'Association, être la finalité et le sens des pratiques professionnelles. En ce qui concerne le handicap, il est affirmé comme valeur éthique, que la personne handicapée :

- est une personne (enfant, adolescent ou adulte),
- est une personne libre,
- est une personne en évolution,
- doit bénéficier d'accompagnements spécifiques.

Il s'agit donc de mettre en œuvre pour la personne handicapée, le droit au respect de son identité, de son intégrité (physique, morale, affective, patrimoniale, bien-être, vie privée et intimité), de sa liberté, de son évolutivité et enfin de lui assurer le bénéfice des accompagnements spécifiques.

---

[47] Site D.A.S.S. Gironde et D.R.A.S.S. Aquitaine. Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv.fr>.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fait du droit des usagers (charte des droits et libertés des usagers), une question décisive, car c'est au vu de la reconnaissance des droits des personnes en difficulté, que l'action sociale et médico-sociale prend vraiment son sens. Cela implique au minimum, de prévenir la maltraitance, mais aussi d'assurer une réelle qualité du respect des droits des usagers dans le quotidien de leur prise en charge.

Les relations d'aide, de soin et d'éducation ne sont pas des relations égalitaires. Elles induisent par nature, une relation de dépendance, surtout lorsque l'accompagnement aux personnes en difficulté s'organise sur une longue durée, dans des dispositifs et dans des institutions. La relation éducative et de soin postule une vigilance constante pour garantir une « *bonne distance* » dans les interventions professionnelles. L'altérité, c'est la capacité de reconnaître l'autre dans sa différence, mais également dans ce qu'il a de semblable.

L'altérité se travaille, ce n'est pas une posture relationnelle naturelle. C'est la capacité à articuler et à réfléchir sur les différentes attitudes qui sont mises en jeu dans les relations :

- la part de chacun qui s'identifie à l'autre et celle qui ne lui ressemble pas ;
- les différences culturelles ;
- les épisodes de l'histoire de l'usager qui font quelquefois écho chez tel ou tel professionnel ;
- le sentiment de supériorité sur l'autre ou celui d'infériorité ;
- et bien d'autres manières de se situer encore.

L'estime professionnelle est, aussi, au cœur de cette question. Chaque professionnel doit veiller au maintien d'une bonne distance affective avec ses collègues, qui contribue à la qualité des interactions C'est bien sûr, une position idéale que personne ne peut occuper de façon stable. Il est cependant nécessaire, que cette interrogation sous-tende les actions quotidiennes, afin de réaliser un véritable travail au service de l'usager.

L'engagement, les compétences et la responsabilité individuelle et collective de tous les salariés, dans le cadre d'une démarche projet participative, seront pris en compte.

Ce cadre référentiel de valeurs institutionnelles, doit être vivant dans tous nos modes d'interventions. Il m'appartient de veiller à son respect, dans le quotidien des accompagnements.

3.3. Modes d'intervention

Chacune des prestations de service est une déclinaison opérationnelle des missions confiées à l'établissement. La notion de prestation de service suppose une mise à disposition de moyens et de compétences, afin de produire des actions spécifiques qui permettent de rendre le service attendu. La formulation des prestations de service est un enjeu essentiel et fondamental du projet d'établissement. Le développement de cette partie ne correspond pas uniquement au besoin de présenter les spécificités de l'établissement en termes de prestations, ou de clarifier (notamment pour les professionnels eux-mêmes) la nature des actions à engager en direction des bénéficiaires. Elle sert aussi à indiquer les engagements présents et à venir de l'établissement à l'égard des usagers, des partenaires, des autorités, etc.

En ce sens, la définition et la formalisation des prestations de service, s'inscrivent pleinement dans une démarche qualité, puisqu'il s'agit, selon la formule consacrée, d' « écrire ce que l'on fait, faire ce que l'on dit, et vérifier ce que l'on a bien fait ce qui est écrit ». A cette fin, il importe que les prestations soient assez décrites au niveau des moyens mobilisés, pour percevoir leurs portées opérationnelles, pour pouvoir ainsi les évaluer. Dans le projet d'établissement d'ouverture de l'I.M.E., je me suis attaché à décrire chacune des missions de l'établissement et de ses services, en les déclinant successivement en prestations de service, puis en services rendus. Dans ce travail de mémoire, j'ai fait le choix de présenter, non pas la description concrète de chaque offre de service, mais plutôt les enjeux lés aux principes généraux des accompagnements au quotidien, aux modalités de partenariat et de travail en réseau, et à l'intervention auprès des familles.

3.3.1. Principes généraux des accompagnements au quotidien

Pour le S.E.S.S.A.D, les accompagnements des enfants devront évoluer pour intégrer l'ensemble de leur temps et lieux de vie (famille, H.P.J, école, loisirs,…). Ainsi, en complément de l'offre de service actuelle (travail en partenariat avec les H.P.J et accueil institutionnel par ½ journée), de nouvelles compétences devront être acquises pour permettre d'assumer la diversification des accompagnements : partenariat avec l'Education Nationale, partenariat avec la ligue de sports adaptés, travail au domicile familial,…

Pour la section des adolescent(e)s de l'I.M.E, une présentation en annexe V donne le « déroulement type d'une semaine de prise en charge des jeunes autistes et la détermination des besoins en personnel ». Le projet proposé permet une palette d'accompagnement très diversifiée (internat, semi internat, famille d'accueil, classe intégrée, partenariat et travail en réseau,…) pour répondre de manière la plus adéquate aux difficultés spécifiques propres à chaque jeune et à sa famille.

Un des principes fondamentaux est de garantir une richesse de la vie sociale quotidienne, de la vie pédagogique et thérapeutique, pour permettre de répondre à la spécificité d'un projet centré sur une population autiste. Toutefois ces différents temps institutionnels doivent être bien différenciés. Les temps dits d'internat, d'externat, d'accompagnements extérieurs,…s'appuieront sur une structuration toute particulière de l'espace et du temps donnant des repères précis. Ceci procède de la volonté d'instaurer un environnement contenant et structurant, donnant des repères de sens, tant aux accompagnements des jeunes, qu'aux interventions de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, dans le déroulement « type » d'une semaine de prise en charge, il a été distingué l'organisation de la vie sociale (vie quotidienne, nuit, week-end, etc.) et de la vie psycho pédagogique et thérapeutique (atelier, sortie, activité à vocation pédagogique ou thérapeutique,…).
Cette l'ensemble de cette diversité proposée et adaptée à chaque jeune, à savoir l'accueil en internat (lever, toilette, habillage, repas, veillée, nuit,…), le soutien au domicile, l'accompagnement pédagogique, thérapeutique et social,…, qui soutient la dynamique d'évolution au plus près de leurs besoins et le leurs droits. Cette diversité de proposition d'offre de service, en se modulant en fonction des besoins de chaque jeune, constitue la richesse institutionnelle, donnant des marges de manœuvre, qui sont nécessaires à la concrétisation des projets d'accompagnements personnalisés. Le projet d'accompagnement personnalisé est donc la clé de voute opérationnelle, pour atteindre les objectifs d'évolution envisagés en commun avec chaque jeune et sa famille. Il permet à ces jeunes de bénéficier d'accompagnements spécialisés adaptés à leur problématique, tout en liant autant le soin, léducatif, le pédagogique, la socialisation, et l'aide par un personnel de qualité, en nombre suffisant.

Afin d'éviter un risque de repli institutionnel, venant en résonnance avec la problématique de l'autisme, il s'agit pour nous, de mettre en œuvre des propositions d'activités ouvertes sur notre environnement et ainsi de bénéficier de services à vocation socialisante, comme par exemple la médiathèque, la piscine, le centre socioculturel, etc.

Une équipe pluridisciplinaire de spécialistes qualifiés dans leur discipline de base, mais également sur la problématique de l'autisme et ayant des compétences pour mener des

activités d'expression individuelle et collective (artistique, sportive, sociales,…), doit permettre la concrétisation de cette dynamique institutionnelle.

Mais compte tenu de la problématique de l'autisme, il est aussi impératif de s'appuyer sur une ouverture institutionnelle, basée sur une qualité de travail en partenariat et en réseau. C'est donc ma responsabilité de directeur, de mettre en place cette ouverture institutionnelle.

3.3.2. Modalités de partenariat et de travail en réseau

- **Promouvoir une politique de soin optimale**

La complémentarité avec les hôpitaux de jour est une donnée essentielle de l'offre de service actuelle. Or, elle ne peut être exclusive et elle nécessite d'être mieux régulée. Dans le cadre de l'ouverture de l'I.M.E., une renégociation[48] des conventions de partenariat avec les secteurs hospitaliers de Charles Perrens et de Cadillac a permis de préciser les modalités de régulation des prises en charge partagées entre le S.E.S.S.A.D et les hôpitaux de jour. Les éléments essentiels apportés sont : la mise en place, après accord des parties, de procédures permettant de baliser nos champs d'intervention réciproques et la réalisation des synthèses communes, ainsi que des dossiers de prolongation ou d'orientation pour la M.D.P.H. et l'évaluation annuelle par les instances signataires de la convention (direction des centres hospitaliers de Charles Perrens de Cadillac et de l'Association Saint François Xavier - Don Bosco), avec les acteurs de terrain, du partenariat réalisé.

- **Accompagner au mieux la scolarisation**

En accord avec la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, tous les enfants accueillis au S.E.S.S.A.D. sont inscrits à l'école de leur quartier. Cinq enfants seulement sur un total de 33, bénéficient actuellement d'une scolarisation très partielle en C.L.I.S. Pour ceux-ci nous participons, dans le cadre des commissions éducatives, à l'élaboration des projets personnalisés les concernant et nous organisons des échanges très réguliers entre les professeurs des écoles et les référents de chaque enfant au S.E.S.S.A.D. Pour tous les autres qui n'ont qu'une inscription scolaire inactive, nous invitons leur référent scolaire à leur synthèse. Actuellement, nous sommes en négociation avec l'Académie de

[48] En annexe 9, Nouvelles conventions avec les secteurs psychiatriques.

Bordeaux, pour obtenir un poste d'enseignant spécialisé pour la scolarisation des adolescent(e)s en classe intégrée dans l'I.M.E. et l'ouverture d'une C.L.I.S. spécialisée, conventionnée avec le S.E.S.S.A.D.. Cette C.L.I.S. conventionnée permettra l'accueil dans une école ordinaire, de tous les enfants non actuellement scolarisés, par roulement en demi journée par petit effectif. 6 enfants dont 4 du S.E.S.S.A.D. encadrés par 1 professeur des écoles spécialisé (option D), 1 éducateur et 1 auxiliaire de vie scolaire (A.V.S.). De plus, cette organisation permettrait le redéploiement de 0.8 E.T.P d'éducateur spécialisé. Ces 0.8 E.T.P. correspondent au gain entre le ratio d'encadrement du S.E.S.S.A.D. (1 professionnel/2enfants sur 10 demi-journées) et la différence liée à l'accueil dans la C.L.I.S. conventionnée de 4 enfants, accompagnés par 1 professionnel du S.E.S.S.A.D. sur huit demi-journées.

- **Développer une pratique de sport adapté**

Dans le cadre d'une convention, à l'échelle de l'I.M.E., le S.E.S.S.A.D. va pouvoir bénéficier dès septembre 2007, d'un partenariat permettant l'intervention d'éducateurs sportifs spécialisés dans le sport adapté lors de nos activités telles que : natation, activités motrices, football,… L'intérêt est multiple, car il s'agit de bénéficier à la fois de compétences spécialisées dans les apprentissages sportifs et d'être soutenus dans les démarches pour accompagner les enfants dans des activités sportives en milieu ordinaire (club associatif). De plus, ce partenariat ouvre aussi la possibilité pour les parents, de prendre une licence à l'année (28 €) qui permettra à leur enfant d'être encadré dans de multiples activités sportives en dehors des temps d'ouverture du S.E.S.S.A.D. (en soirée, les week-ends et les vacances scolaires).

3.3.3. Intervention auprès des familles

Le redéploiement (gain de 0.8 E.T.P. d'éducateur spécialisé) lié à la mise en place de la C.L.I.S. spécialisée conventionnée avec le S.E.S.S.A.D., va permettre une intervention auprès des familles. Cette intervention est très largement souhaitée par ces dernières du fait des graves difficultés qu'elles rencontrent dans le quotidien avec leur enfant. Cette nouvelle démarche éducative devrait pouvoir aussi contribuer à limiter le recours de parents désorientés, aux divers intervenants en libéral qui peut surajouter des difficultés dans la cohérence globale de l'accompagnement de ces enfants.

Les modes d'intervention, qui forment notre offre de service institutionnel, doivent être articulés et liés entre eux, pour garantir la cohérence d'ensemble du dispositif. Je dois par ailleurs m'assurer aussi, en tant que directeur, que fonctionnement et la dynamique

institutionnelle, qui sont mis en œuvre, prennent bien en compte l'intérêt de chacun des usagers.

3.4. Fonctionnement et dynamique institutionnelle

Dans le cadre de cette présentation du fonctionnement et de la dynamique institutionnelle, il s'agit pour moi, de signifier également, ma volonté que l'intérêt de l'usager prime toujours sur toute autre considération, telle que le confort des professionnels, les habitudes, les positions doctrinales, etc. Dans ce travail, je présente les principaux repères qui sont au centre de la dynamique institutionnelle de l'I.M.E., afin d'assurer une réelle qualité dans nos accompagnements et une souplesse institutionnelle. Ces repères portent sur le sens, les finalités et les objectifs du travail en équipe pluridisciplinaire et en équipe de direction, des réunions, du projet d'accompagnement personnalisé, des groupes projet, de la responsabilité des salariés, de la gestion des ressources humaines, et du dialogue social.

3.4.1. L'équipe pluridisciplinaire

Il s'agit de l'équipe pluridisciplinaire de l'institution, qui se décline en plusieurs équipes spécialisées, dans les différents secteurs de prise en charge de l'I.M.E : S.E.S.S.A.D et section des adolescent(e)s. La notion d'équipe est une notion déterminante dans la prise en charge d'un groupe de personnes autistes, sans laquelle aucune cohérence n'est possible. La maturité professionnelle dont témoigne le fonctionnement de l'équipe, conditionne la qualité de l'offre de service et de l'environnement proposé au sujet. La pluridisciplinarité est nécessaire pour tenter d'appréhender la problématique globale de chaque usager et la manière d'y apporter des réponses. La pluridisciplinarité est l'un des éléments favorisant l'objectivation. La différence de compétence régulée et structurée, permet de pondérer et de dynamiser l'analyse et la compréhension. La séparation des compétences évite la confusion des rôles et des actions entreprises. La culture institutionnelle s'enrichit de la particularité des métiers qui la compose et de leur complémentarité. La distinction des professionnels dans leur savoir-faire rend légitime des positions différentes et permet à l'usager de se repérer entre les intervenants. Entre chaque champ d'intervention, il existe des chevauchements qui sont des zones de conflits de compétences, des espaces de débat et de négociation. Les différentes compétences doivent être, entre elles, dans une séparation articulée et non dans un clivage ou dans une hiérarchisation voire dans un rapport d'hégémonie. En garantissant le respect de

cette séparation articulée des compétences institutionnelles, en tant que directeur, j'œuvre, aussi, pour la qualité de l'offre de service et pour l'intérêt des usagers.

3.4.2. L'équipe de direction

L'équipe de direction a la charge de la conduite du projet d'établissement. C'est pour moi un lieu de réflexion, d'examen des priorités, d'analyse de régulation du fonctionnement, un espace de communication inter-service, avec l'association, les partenaires, les autorités, etc. Elle est le noyau central de la vie de l'établissement, noyau autour duquel gravitent les différentes équipes. Elle impulse la dynamique, les grandes règles de fonctionnement et permet la cohésion des services.

Les chefs de service ont la responsabilité, du fait de la délégation que je leur attribue, du management de leur service. De ce fait, la communication est un élément essentiel au sein de l'équipe de direction. Un échange hebdomadaire, voire plus si nécessaire, est pour moi indispensable avec chacun d'eux, à propos de leurs équipes ou des enfants et des adolescent(e)s, des relations avec les familles et les partenaires. Il est donc important que les délégations soient clairement définies et écrites. Eux-mêmes auront la capacité de développer la responsabilisation des salariés, en déléguant certaines de leurs missions, après concertation. La communication et la collaboration entre eux seront aussi essentielles pour que les réponses apportées soient concertées, adaptées et qu'ensemble, nous dynamisions la vie de l'établissement de manière transversale.

J'ai décidé, en tant que directeur, de faire entrer dans la sphère directionnelle, les deux médecins psychiatres, et les deux psychologues, pour que l'ensemble des secteurs soit représenté et enrichi par des apports pluridisciplinaires. Des réunions trimestrielles nous permettront d'échanger sur nos positionnements et sur le sens que chacun impulse dans son travail. Mon objectif est de faire prendre corps à cette équipe et que chacun, avec ses spécificités, y soit intégré, s'autorise à faire des propositions et fasse évoluer son positionnement dans l'I.M.E. A terme, je souhaite que cette équipe élabore des axes de travail au niveau de l'établissement pour les années à venir, repère les potentialités, soutienne et accompagne l'émergence et l'élaboration de nouveaux projets. Pour les psychologues, cela représente, un changement de positionnement puisque jusque là, leurs zones d'intervention et d'influence se limitaient aux équipes éducatives et plus particulièrement à l'analyse des problématiques des enfants et des familles. Les grandes orientations de l'I.M.E. reposeront sur une réflexion pluridisciplinaire au niveau de l'encadrement, afin qu'une cohérence et une cohésion des cadres, soit un réel repère de

responsabilisation, de motivation et de soutien au travail quotidien des équipes, auprès des jeunes et de leur famille. Ces orientations seront reprises au niveau des équipes dans le cadre de groupe de projet.

3.4.3. Les réunions

Les réunions ont pour objectifs généraux de favoriser la communication, la coopération, la coordination en interne et en externe, pour répondre au mieux, dans une dynamique institutionnelle pluridisciplinaire, aux besoins spécifiques des enfants et des adolescent(e)s souffrant d'autisme et de leur famille.

Je ne peux que rappeler ici le caractère incontournable des réunions de travail, qui dans leur diverses formes, permettent aux professionnels, de s'exprimer sur leurs difficultés et de coordonner leurs actions. Elles permettent également aux usagers, de faire régulièrement l'objet d'une reconcentration des regards de la part de l'équipe pluridisciplinaire de l'I.M.E., mais aussi par la présence des autres référents institutionnels (hôpital de jour, Education Nationale, C.R.A., etc.), de coordonner nos approches de partenariat et de réévaluer régulièrement les Projets d'Accompagnement Personnalisés (P.A.P). Les réunions sont le lieu par excellence, d'échanges d'idées, de prises de décisions, de supervision, d'analyse des pratiques et d'évaluation des interventions. Elles engagent à cet égard, l'ensemble de l'équipe institutionnelle.

La circulaire du 8 mars 2005, insistant sur la qualité des prises en charge, met l'accent sur la nécessité : « *d'organiser pour les personnels des temps de paroles, de soutien psychologique, de supervision, etc.* ».

Cependant, il faut distinguer deux niveaux de communication au sein de l'établissement, qui sont pour moi très importants dans leur complémentarité : l'individuel et le collectif.

- **La réunion institutionnelle**

C'est le lieu qui réunira tout le personnel de l'ensemble de l'I.M.E. et qui permettra un échange de parole « *libre* » à disposition des équipes, pour aborder tous les sujets dont elles souhaiteront débattre, ou qu'elles désireront soumettre à l'institution. Ce peut être également un lieu d'information et de coordination générale. Libre à chaque équipe d'exploiter au maximum, cet outil fondamental et formateur. Elles auront lieu 1 fois par mois, en alternance avec les réunions de synthèse. En complément de ces réunions mensuelles, des réunions à l'échelle de l'ensemble de l'I.M.E. sont prévues. L'ouverture

de l'I.M.E. se faisant en novembre, j'organiserai début décembre 2007 une réunion de l'ensemble du personnel. J'annoncerai alors ma politique dans ce domaine, à savoir mettre en place de manière régulière (chaque trimestre) des rencontres entre tous les salariés. Le but de ces réunions générales est de faire en sorte que tout le monde entende les mêmes choses, au même moment, et prenne conscience de l'appartenance à un ensemble, pour faire évoluer la culture, sensibiliser, échanger et discuter sur un certain nombre de thèmes. Ces réunions de 2 heures, déjà existantes au S.E.S.S.A.D., représentent un exercice particulier pour moi, qui à la fois anime, fait circuler la parole et cadre la discussion selon l'ordre du jour. Je procéderai pour l'I.M.E. à une préparation rigoureuse tant de l'ordre du jour que des idées à développer. Une gestion du temps très précise est nécessaire pour ne pas se laisser déborder ou dévier de l'ordre du jour proposé. La plus grande difficulté est d'instaurer un cadre convivial qui favorise l'échange et la discussion et de faire preuve d'une détermination forte à faire circuler la parole pour que le maximum de personnes s'exprime. L'ordre du jour sera préparé en équipe de direction et les thèmes abordés répartis entre nous. Un ordre du jour détaillé sera remis à chacun des participants, afin de faciliter la prise de parole. Ces réunions générales se révèleront, je n'en doute pas, d'une très grande richesse tant par le fait de s'y rencontrer, de discuter et d'échanger sur le sens du travail de chacun, que dans la prise de conscience des forces vives de l'I.M.E. Elles sont un lieu d'expression des salariés. Comme je le fais déjà au S.E.S.S.A.D., je réserverai chaque fois un temps pour parler de l'Association, de ses projets et de son évolution. C'est donc aussi l'occasion pour moi de rattacher la vie et le travail accompli à l'I.M.E. aux valeurs de l'Association.

- **La réunion de coordination et de service**

Ces réunions concernent chacune des différentes équipes de l'I.M.E. (S.E.S.S.A.D. et section des adolescent(e)s. Elles ont pour but de permettre régulièrement, à chaque équipe, de se rencontrer afin de coordonner leurs interventions, leur emploi du temps, leurs projets, etc. Je suis très conscient que la qualité des conditions de travail (planning, emploi du temps, responsabilisation, reconnaissance,…) contribue fortement à l'engagement des salariés, donc aussi à la qualité du service rendu aux usagers. Compte tenu de la multiplicité des intervenants, cette coordination est indispensable. Sa qualité conditionne celle des actions, sans quoi aucun travail efficace n'est possible. De plus, la préparation des week-ends réunira chaque semaine un chef de service et un éducateur pour préparer, organiser et planifier ce moment. J'ai décidé de la mise en place de cette réunion pour sensibiliser les équipes à la qualité de l'accompagnement de ces temps, rappeler notre mission d'ouverture sociale et culturelle, coordonner l'ensemble, organiser des activités transversales… Il en est de même pour les périodes d'accueil lors des vacances des adolescent(e)s.

- **Les réunions d'équipe : S.E.S.S.A.D. et la section des adolescent(e)s**

C'est un lieu de soutien, d'accompagnement et de coordinations techniques et organisationnelles, pour chacune des équipes, en présence du directeur ou du chef de service. Ces réunions se situent entre la réunion institutionnelle pour tout le personnel de l'I.M.E. (pluridisciplinaire et institutionnelle) et la réunion de coordination réservée au groupe de travail.

- **La réunion de supervision et d'analyse des pratiques professionnelles**

Ces réunions sont assurées régulièrement par le médecin psychiatre et le psychologue, auprès des équipes, dans une démarche de supervision analytique des pratiques, et de la position des intervenants. L'analyse des pratiques se réalise aussi en référence aux bonnes pratiques professionnelles, spécifiques à la problématique de l'autisme, déterminée par l'A.N.E.S.M. et le C.N.A.

- **La réunion de synthèse**

La réunion de synthèse en appelle à la présence de l'ensemble des intervenants concernés par la prise en charge de chaque usager, ainsi que de l'équipe d'encadrement. Le directeur en assume la responsabilité, ou par délégation le chef de service. La réunion de synthèse a pour objet d'évaluer régulièrement l'adaptation des projets d'accompagnements personnalisés proposés, pour ensuite déterminer les propositions psychopédagogiques et thérapeutiques envisagées pour l'année suivante. La présence de tous les référents de chaque enfant ou adolescent(e) (de l'I.M.E. et des autres institutions partenaires), y est donc requise. Un travail de préparation du P.A.P. est réalisé par le coordinateur et les référents de l'I.M.E., avec les familles, avant que celui-ci soit étudié en réunion de synthèse.

3.4.4. Le projet d'accompagnement personnalisé (P.A.P)

Ce document est rédigé après avoir été élaboré dans le cadre d'une réflexion menée entre le coordinateur de projet (le psychologue, les parents, les référents) et si possible, le jeune concerné, puis soumis pour engagement institutionnel, à la réunion de synthèse. Le P.A.P. est lié aux rapports de synthèses, dont il est la conclusion. Il fait l'objet d'une évaluation annuelle. Sa diffusion, à l'attention des intervenants concernés, permet à chacun de ne pas perdre de vue les orientations de travail. Enfin, c'est un document de transparence, en ce qu'il peut témoigner de la nature de la prise en charge auprès des familles, des autorités de contrôle ou de tout autre partenaire. Il reste la mémoire pour les futurs autres intervenants de notre travail mené auprès de chaque usager. Une personne

est responsable de sa coordination : le psychologue. Chacun possède en lui des potentialités qu'il peut développer. Le projet d'accompagnement personnalisé est établi à partir de celles-ci.

Le projet personnalisé est donc l'adaptation des prestations de service d'un établissement aux besoins et attentes de chaque individu. Quelles que soient les difficultés, l'équipe valorise l'enfant ou l'adolescent dans ce qu'il sait faire, ses qualités, ce qui est mobilisable en lui, tout en restant réaliste (pour lui apporter de manière concrète l'aide spécifique qui lui est appropriée) vis-à-vis de la situation et des difficultés qu'il rencontre. Le projet d'accompagnement personnalisé soutend un engagement de la part des différentes parties. Il incite et amène une contractualisation entre l'établissement représenté par l'équipe éducative et la famille qu'il s'agit d'impliquer et d'associer au P.A.P. Un travail de méthodologie, d'élaboration et de mise en œuvre du P.A.P. est à mettre en chantier dans l'établissement : c'est un axe de travail que l'équipe de direction doit mener autant avec l'équipe éducative du S.E.S.S.A.D. qu'avec celle de la section pour adolescents.

- **Le coordinateur des projets d'accompagnement personnalisés**

Le psychologue est pour moi tout à fait approprié pour prendre en charge (par délégation du chef de service) la fonction de coordinateur de projet. Du fait de sa formation, le psychologue a une approche complémentaire au soin, qui permet un lien de cohérence avec nos partenaires comme le C.R.A, l'Education Nationale, … Dans le cadre de la prise en compte des besoins concrets des enfants et des adolescents, il pourra repérer avec les professionnels, les compléments de formation à acquérir de manière individuelle ou collective (formation aux techniques éducatives : T.e.a.c.h., P.e.c.s.,…). Il devra veiller aussi, à mettre en place des éléments objectifs pour mieux cibler les actions, dans le respect des besoins et des droits de chaque personne (enfant, adolescent et famille), pour qu'une fois mis en valeur, ces éléments soient débattus avec les familles et nos partenaires. Ce document, tenu à jour, devra être le garant d'un accompagnement de qualité, en sachant que nous ne sommes, en tant que professionnels, que de passage dans la vie de ces personnes. Cet outil met bien l'enfant et l'adolescent au centre des débats et devrait donner aux synthèses un caractère plus objectif. Concret et opérationnel, le projet individuel prendra aussi tout son sens dans la prise en compte au quotidien de l'adolescent et de ses besoins. De plus, je souhaite pouvoir utiliser ce travail pour fédérer l'ensemble des intervenants autour du projet de chaque enfant et adolescent. On ne peut parler de P.A.P. sans évoquer la place primordiale des référents. Le choix institutionnel a été de mettre en place 2 référents pour chaque enfant au S.E.S.S.A.D. Il en sera de même pour les adolescents. Ces référents apportent un soutien relationnel et

technique à l'enfant ou l'adolescent, au plus près de ses évolutions, besoins, aspirations, et veillent à la mise en œuvre concrète dans le quotidien, de son P.A.P et à sa réactualisation.

- **La notion de référent**

Le référent est chargé de préparer les synthèses, de participer à la rédaction du rapport de synthèse, de se tenir informé des différentes interventions socio-éducatives, scolaires ou thérapeutiques (internes ou externes à l'établissement), centrées sur chaque enfant ou adolescent(e), ou encore d'assurer le lien avec la famille et les partenaires. Si l'on comprend que le référent n'est pas et ne doit pas être la personne qui s'occupe exclusivement d'un enfant ou d'un adolescent(e), afin d'éviter le piège de la toute puissance et des dérives fusionnelles, celui-ci doit toutefois être à même de parler de l'usager et de sa prise en charge à tous les niveaux et de rédiger divers rapports qui peuvent être demandés. Chaque personne prise en charge à l'I.M.E., bénéficiera ainsi de 2 référents. Dans une position dynamique, les référents sont porteurs des aspirations de l'enfant et ont un réel engagement dans l'accompagnent. Régulièrement, ils feront un point avec le chef de service, les autres professionnels, le psychologue coordinateur pour recueillir leur avis afin d'ajuster leur prise en charge quotidienne. Les retours à l'ensemble de l'équipe sont essentiels, gages de la qualité : ils obligent les professionnels à tenir des échéances, valider un projet et l'évaluer. La pluridisciplinarité doit permettre de garantir que toutes les approches indispensables à la qualité de nos accompagnements, soient respectées et mises en cohérence entre elles.

3.4.5. Les groupes projet

Dans le cadre de la diversification de notre offre de service, l'engagement, la participation et la responsabilité de tous, sont requis afin de conduire une refondation de l'ensemble du projet d'établissement de l'I.M.E. et de ses services, d'ici 2 ans. Les groupes projet seront les lieux appropriés aux échanges et débats transversaux et pluridisciplinaires pour questionner l'organisation et le fonctionnement institutionnels, l'offre de service et son adéquation avec la réglementation, les besoins des usagers et les écarts qui pourront être repérés. Pour nous accompagner dans cette démarche projet participative, il a été décidé de faire appel au C.R.E.A.I. d'Aquitaine, pour une mission de 1 an en ce qui concerne la refondation de l'ensemble du projet d'établissement de l'I.M.E., ainsi que pour une formation de 6 jours sur l'autisme en octobre 2007 (juste avant l'accueil effectif des adolescents).

Cette formation permettra aussi de cerner les modalités propres à la réalisation, la mise en œuvre et l'évaluation des projets d'accompagnement personnalisés. La démarche projet participative repose principalement sur la mobilisation du personnel, son implication, et donc sur la stratégie de gestion des ressources humaines pour responsabiliser tous les professionnels.

3.4.6. Mobiliser et fédérer le collectif des professionnels

La gestion des ressources humaines est un outil essentiel à l'émergence de la démarche projet participative et à la qualité des prises en charge et des accompagnements. L'engagement et la responsabilisation des salariés nécessite un certain nombre de pré requis indispensables : avoir conscience des enjeux du projet institutionnel, être associés et impliqués dans les diverses phases de conception du projet d'établissement.

- **Responsabiliser les salariés**

La première étape de cette dynamique passe, selon moi, par une définition des profils de poste et des délégations. Les principales fiches de poste sont déjà réalisées pour servir de référentiel dans la procédure d'embauche. Mais dans un deuxième temps, il faudra les personnaliser en fonction de chaque salarié. Ce sont les chefs de service qui mèneront ce travail. Pour être reconnue, valorisée, chaque personne recevra, selon ses compétences, une délégation pour une responsabilité particulière dans la vie institutionnelle. Les entretiens professionnels du personnel trouvent également tout à fait leur place dans cette dynamique. En effet, Ils permettent aux salariés d'avoir l'avis de leur chef de service et de se dynamiser en se projetant dans l'avenir. Il s'agit là de suivre le parcours de chacun, de l'aider à prendre de la distance et à réfléchir en terme de cheminement professionnel, de faire émerger ses compétences et de le mobiliser sur des axes de travail. Les entretiens seront axés sur trois pôles : le bilan de l'année écoulée en lien avec les caractéristiques de l'I.M.E. déclinées par les chefs de service en fonction de l'originalité de chaque service, les compétences à développer par le salarié pour répondre à cette mission avec engagement réciproque tant vis-à-vis de l'accompagnement du chef de service que de la formation (les résultats attendus seront précisés) et les priorités définies par le salarié par rapport à son plan de carrière. Une synthèse de l'ensemble permettra de définir les perspectives et axes de travail pour l'année à venir. Ces entretiens, feront l'objet de comptes rendus qui seront repris d'année en année.

- **L'accueil des nouveaux salariés**

L'accueil et l'intégration des nouveaux salariés dans l'institution sont des moments clés, essentiels pour poser le cadre, impulser la dynamique. L'implication future du salarié en

dépend. Son accueil participe à la cohérence institutionnelle. Dès l'embauche, je poserai les orientations de travail au sein de l'I.M.E. en précisant les valeurs associatives, les choix d'orientation du projet d'établissement ; les outils opératoires au service des salariés leur permettant de se former, d'être aidé, accompagné, soutenu, … ;les attentes et exigences de l'équipe de direction selon le niveau de recrutement. Un livret d'accueil du salarié rappelant l'ensemble de cette dynamique permettra de compléter cet échange verbal. Des entretiens réguliers avec les chefs de service et moi-même, durant la période d'essai, seront mis en place. Ils faciliteront l'intégration, en reprécisant les orientations institutionnelles et poseront les balises pour les futurs entretiens annuels d'évaluation. Je rencontrerai systématiquement le salarié avec le chef de service en fin de période d'essai pour faire un bilan.

- **Elaborer un plan de formation pluriannuel**

Le plan de formation représente un atout majeur au service de l'élaboration des projets. La formation représente aussi un moyen de combattre les résistances au changement. Elle est source de dynamique dans l'établissement. Le plan de formation donne la possibilité à certains de développer de nouvelles compétences pour poursuivre un projet, de se former pour assumer de nouvelles responsabilités. Il nous permet d'anticiper les évolutions en formant le personnel. En ce qui concerne l'autisme, il faut prévoir des formations assez longues et coûteuses pour aborder les méthodes éducatives comme T.E.A.C.H. ou le P.E.C.S. Une stratégie de solidarité associative est déjà validée par la direction générale et le conseil de direction pour donner une priorité à ces formations pour l'ensemble du personnel de l'I.M.E[49].

- **La prévention de l'usure professionnelle**

La qualité de la vie institutionnelle (climat social, fonctionnement, organisation, responsabilisation des salariés…) est un des éléments qui doit contribuer, selon moi, à la prévention de l'usure professionnelle. Mais, cette qualité de vie institutionnelle et professionnelle, peut parfois ne pas suffire. D'autres éléments sont indispensables pour prévenir l'usure professionnelle. Pour être efficace, les moyens à mettre en œuvre dans ce domaine, doivent avoir été discutés, concertés, avec les instances représentatives du personnel, dans le cadre de leur participation à l'élaboration du projet d'établissement. Il m'apparaît que ces moyens doivent s'organiser autour d'axes complémentaires. Outre la qualification, la formation, le soutien, la motivation, la responsabilisation…dont j'ai déjà

[49] En annexe 11, Cahier des charges demandé pour les premières formations.

parlé, l'évolution en termes de mobilité et de carrière professionnelle, est un aspect dont je tiendrai compte. Il est important, qu'une volonté associative (voire inter-associative), favorise la mobilité professionnelle. Il ne s'agit pas pour moi de l'imposer, mais de dire à tous, qu'il est possible qu'ils soient soutenus dans leur projet de mobilité et de carrière professionnelle.

- **Le dialogue social et les instances représentatives du personnel**

J'ai le souci de faire participer le plus possible les représentants des salariés à la réflexion sur la vie de l'I.M.E. Au-delà de la consultation minimale fixée par les textes, je les interpellerai régulièrement pour recueillir leurs demandes, leurs avis et propositions afin d'impulser communication, concertation et souplesse. Ils contribuent eux aussi, par leurs propositions concernant les salariés, à améliorer la vie de II.M.E. Leurs remarques et questionnements sont un précieux feed-back pour moi, quant à la dynamique du personnel.

3.5. Droits des usagers et politique institutionnelle

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, a développé de manière significative la reconnaissance des droits des usagers. Elle a fait notamment obligation à toute institution, de se doter d'instances représentatives et d'un ensemble de textes et de documents, permettant de présenter, d'expliquer et de garantir les droits des usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, contrat de séjour, projet individualisé). Bien entendu, pour l'ouverture de l'I.M.E., nous avons déjà mis en place ces différents outils et documents. Il s'agira pour nous, d'actualiser ces outils, en fonction de l'évolution de ce projet singulier : institution spécialisé pour l'accueil d'enfants et d'adolescent(e)s souffrant d'autisme. Pour l'I.M.E., la question des droits des parents fait l'objet d'une politique globale en la matière, c'est-à-dire annoncée et apte à intégrer tout un ensemble de supports oraux et écrits dans une cohérence et une même finalité institutionnelle : plaquettes, C.V.S., contrat de séjour, P.A.P., enquête de satisfaction, cahier de liaison, entretiens avec les référents, livret d'accueil, réunion institutionnelle avec les parents, visite et accueil lors de l'admission, réunions générales des parents. Là aussi, il faut œuvrer pour améliorer le respect de leurs droits. Les parents doivent être respectés dans leur autorité parentale. La collaboration et le respect des parents passent par une multitude de petits détails du quotidien auxquels il faut être très vigilants (autorisations, décisions, informations régulières), mais aussi par leur pleine participation à l'élaboration et à l'évaluation de chaque P.A.P.

L'admission est un moment essentiel pour fixer les modalités et le cadre des relations avec les parents. Dès le départ, il faut que soient signifiés aux usagers et à leur famille, leurs droits et que soient affirmés que leur collaboration et leur expertise seront sollicitées et que nous avancerons pas à pas, dans une démarche commune. La procédure d'admission devra préparer le point de départ de l'accompagnement, délimiter et expliciter les interventions et instaurer la confiance initiale nécessaire. En affirmant ces principes dès l'admission, je situe le cadre et je veux permettre que s'instaurent des relations de collaboration, et non des rapports de pouvoir. De même que je rencontre tous les parents lors de l'admission, je vais, lors de la sortie de l'enfant ou de l'adolescent(e)s, faire un bilan avec chacun d'eux pour recueillir leur avis quant à la qualité de la prestation, de l'accueil, du respect de leur droit. Ce bilan, avec l'enquête annuelle de satisfaction, me permettront aussi, d'asseoir la démarche qualité sous l'angle du regard des usagers, en complément des avis du conseil de la vie sociale. Je pourrais alors, lancer de nouveaux axes de travail ou réajuster ceux déjà utilisés.

3.6. La démarche qualité, les modalités d'évaluation et les indicateurs de réussite

- **La démarche qualité**

La démarche de projet telle que je l'ai développée dans ce mémoire est très proche de la démarche qualité. Démarche de projet pour optimiser l'accompagnement des enfants, des adolescent(e)s et de leur famille, et démarche qualité procèdent de la même dynamique.
La démarche qualité implique, par une approche progressive de mettre en évidence la philosophie de l'action, le système de valeurs propre à l'institution, les missions qui lui sont dévolues, les attentes des usagers et de l'environnement. La deuxième étape est celle de la construction «*d'un référentiel de qualité : c'est la traduction stratégique et technique en termes de garanties à l'usager, au client, en termes de priorités d'action, d'accompagnement. Puis viennent la mise en évidence des systèmes d'information, d'action et d'évaluation et la mise en conformité de l'organisation actuelle à travers la clarification du métier et des compétences ; la qualité d'une prestation reposant pour une grande part sur la compétence des acteurs* »[50].

[50] LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social.* Paris : Dunod, 1999. pp. 59.

En favorisant l'évaluation des pratiques professionnelles et en promouvant une culture de l'évaluation, je vise à développer une démarche d'amélioration continue au sein de l'I.M.E. et de ses services. L'implication de l'ensemble du personnel par une démarche projet participative en garantit son appropriation et permet d'en espérer sa pérennisation.

- **Les modalités d'évaluation**

Au delà des réunions de synthèse dont nous avons souligné l'importance dans l'évaluation des P.A.P., il convient d'appliquer d'autres modes d'évaluation :

- **La mise en place d'un dispositif participatif de pilotage**, de mise en œuvre et d'évaluation. Un comité de pilotage associatif (2 administrateurs, directeur général, directeur de l'I.M.E., attaché de direction, etc.), assurent le pilotage stratégique de l'ouverture de l'I.M.E. et garantit la cohérence de l'ensemble du projet, à l'échelle de l'Association et au respect des orientations retenues. Le plan d'action pour l'ouverture de l'I.M.E.[51] a été validé par ce comité. ;
- **L'autoévaluation** réalisée tous les 5 ans en interne et tous les 7 ans en externe ;
- **L'enquête de satisfaction annuelle** pour chaque service, réalisée dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale ;
- **Les avis du Conseil de la Vie Sociale** ;
- **L'évaluation annuelle du projet de l'établissement et des services**, dans le cadre de son rapport d'activité ;
- **L'évaluation individuelle des professionnels**, par des entretiens annuels s'appuyant sur la fiche de fonction, leur projet de formation, les engagements mutuels, ... ;
- **L'évaluation annuelle des modalités de partenariat et de travail en réseau**, prévue dans les conventions ;
- **Le comité technique** (composé d'administrateurs, de professionnels de l'Association et d'institutions partenaires, de représentants des familles) accompagne l'évolution du projet de l'I.M.E., notamment par la réalisation de journées annuelles de l'Autisme, qui ont pour mission d'interroger nos pratiques de prise en charge, nos connaissances sur l'autisme, … ;

[51] En Annexe 12, Plan d'action pour l'ouverture de l'I.M.E.

- **Quelques indicateurs de réussite**
    - Respect des besoins spécifiques, de la place, des droits,… des enfants et des adolescent(e)s dans l'organisation et le fonctionnement institutionnel,
    - Prise en compte effective par le projet collectif des différents projets personnalisés,
    - Organisation de l'information et aide à la participation à la vie collective des usagers dans l'établissement et dans leurs lieux d'intégration sociale,
    - Participation effective des familles dans les projets d'accompagnements, les décisions et les dossiers d'orientation ou de prolongation concernant leur enfant, ainsi que dans la vie institutionnelle (C.V.S., réunions, entretiens, journées de l'autisme, comité technique,…),
    - Responsabilisation collective et individuelle, motivation, qualification et formation,… du personnel ainsi que soutien de celui-ci,
    - Climat social : qualité des relations avec les I.R.P.
    - Ouverture de l'établissement vers l'extérieur : inscription dans la vie locale, régulation effective des partenariats, du travail en réseau,…
    - Repérage et correction des situations pouvant être à l'origine de comportements de maltraitance : amplitudes de travail trop importantes pour le personnel, absence de transmission précise des consignes,...

Conclusion de la troisième partie

J'ai élaboré une stratégie basée sur la refondation du projet d'établissement, qui prendra corps à travers une démarche projet participative au sein de l'I.M.E. C'est une dynamique évolutive qui mettra l'établissement dans une démarche de projet, de recherche, et d'adaptation à l'évolution des politiques sociales, des besoins des enfants, des adolescent(e)s, de leur famille et de leur environnement. Elle pose avant tout, la question du sens des actions menées dans l'institution. Elle questionne les acteurs, les fondements des actions, mais aussi l'organisation et ce qu'elle induit. Elle nécessite adaptation, responsabilisation, formation et implication de chaque personne qui sera actrice du changement, dynamisée par une volonté forte, clairement posée de ma part. C'est un défi important, mais je suis persuadé de la nécessité d'engager tout le personnel dans cette démarche. C'est à ce prix que l'accompagnement des enfants et des adolescent(e)s sera de qualité, tant au S.E.S.S.A.D. qu'à l'I.M.E., dès son ouverture.

Je privilégie aussi, par cette démarche, la cohérence et la cohésion entre les deux services de l'I.M.E. De plus, le positionnement institutionnel vis-à-vis des partenaires,

mieux formalisé, va permettre d'adapter et diversifier les réponses, en fonction de l'évolution des besoins de chaque enfant et adolescent(e) et de leur famille.

La démarche projet participative développée dans ce mémoire est peut être idéalisée. C'est pourtant grâce à cette approche, consistant à rechercher la participation des professionnels, à valoriser leurs compétences, à instituer un cadre structurel autour de valeurs éthiques et déontologiques, que j'ai pu fédérer les professionnels, lors de la crise d'ouverture du S.E.S.S.A.D. En tant que directeur, je soutiens que le management participatif semble constituer la modalité la plus favorable à l'initiative des professionnels, la construction interactive des pratiques et la construction symbolique structurante de l'imaginaire institutionnel. Mais ce style de management n'exonère pas du rapport d'autorité. Quel que soit l'effet des régulations formelles, l'imaginaire institutionnel anime les interactions individuelles et les phénomènes collectifs. La vitalité de toute communauté humaine recèle aussi une violence qui peut la déchirer. Garant de la réalisation de la mission institutionnelle, de la civilité, des modalités relationnelles et de coopération professionnelles, du respect des personnes dans leur singularité…, le directeur doit parfois manifester l'autorité qui lui est conférée lorsque ces modalités sont mises à mal. Mais être porté par des valeurs et des convictions partagées avec les autres acteurs institutionnels, constitue pour moi, autant une nécessité qu'une volonté.

Conclusion

Une conclusion pour surtout ne pas conclure, telle est ma position de directeur à la fin de ce mémoire.

Le S.E.S.S.A.D. « Saute Mouton » est aujourd'hui à une nouvelle étape de son histoire : son extension en I.M.E. pour enfants et adolescent(e)s souffrant d'autisme et de T.E.D., tout en assurant aussi une amélioration tangible de son offre de service pour répondre au mieux aux besoins et aux droits de ses usagers et de leur famille.

C'est cette référence aux besoins et aux droits des usagers, qui a servi de boussole tout au long de ce travail, comme elle l'est dans ma fonction de direction. Il n'y a pas de projet sans acteurs. Les acteurs ici sont les usagers, les professionnels, les partenaires et il n'y a pas de projets sans organisation. L'institution donne un cadre et une structure d'appui à l'existence et à la convergence des projets et notre société en tire et en donne une légitimité politique, en assurant une cohérence d'ensemble dans son projet de politique sociale.

Dans une telle dynamique, les légitimités d'usage et les légitimités de compétence professionnelle se tissent entre elles pour en garantir l'efficacité.

Sortir des conflits entre les acteurs qui interviennent auprès des personnes souffrant d'autisme, est une urgence prise actuellement en compte dans les politiques publiques. Mais cet objectif ne veut pas dire nier les places différentes des acteurs et la richesse de leurs contributions spécifiques. Sortir positivement des conflits d'opposition, c'est il me semble savoir accepter et gérer la conflictualité en tant que richesse propre aux acteurs en présence. C'est aussi être dans une veille institutionnelle pour assurer une optimisation constante de l'offre de service (adéquation aux politiques sociales, à l'évolution des connaissances,…).

Il s'est agi pour moi, d'accompagner l'ouverture de l'I.M.E., par un modèle institutionnel susceptible de s'adapter à l'évolution des besoins et des nouvelles exigences de notre société. En phase avec les politiques sociales et les orientations départementales, ce projet représente un support sur lequel pourront s'appuyer les transformations futures nécessaires pour garantir à l'établissement une dynamique d'évolution indispensable à son avenir. La réalisation du plan d'action décrit dans ce mémoire, n'est par conséquent, pas une fin en soi. Ce projet n'est qu'une étape dans la dynamique de conduire une adéquation de l'établissement aux besoins et aux droits des usagers souffrant d'autisme

et de leur famille. Il doit être évolutif, doit permettre d'anticiper et prévoir, au nom de l'intérêt général, les évolutions nécessaires de son offre de service, d'où l'importance de la démarche qualité et d'évaluation.

P. Lefèvre[52] écrit : « *Diriger devient un véritable métier qui ne tiendra plus à la seule légitimité de compétence sur un champ spécialisé, le directeur devrait à terme, être en mesure de diriger dans une diversité de domaines. Cela pourrait autoriser des évolutions positives, multipliant les apports nouveaux et favorisant l'innovation et par ailleurs, limitant le risque trop grand de reproduction institutionnelle* ».

Le directeur doit trouver la « bonne distance » pour remotiver lorsque les énergies baissent, pour sécuriser lorsque les tensions naissent et pour insuffler le dynamisme nécessaire à la conduite des projets tout en maintenant son établissement dans une constante ouverture vers une adaptation réaliste à son environnement.

Cette mise en œuvre d'accompagner le changement, n'est pas un exercice linéaire qu'il suffit de planifier adéquatement, pour que toutes les étapes se déroulent harmonieusement (et que chaque élément prévu tombe au bon moment). Elle emprunte davantage à l'image de l'escalade où le premier de cordée doit non seulement se préoccuper de bien arrimer les crampons au rocher, mais veiller à ce que chacun de ceux qui le suivent (et qui ainsi dépendent de lui et de son jugement) puisse franchir, à son rythme, les étapes qui conduiront la totalité de l'équipe au sommet. Il n'est pas exclu qu'il doive redescendre pour porter main forte et encourager celui qui n'a pas encore l'assurance du grimpeur expérimenté.

Cette démarche intégrante s'appuie donc sur un climat de confiance que le directeur a, pour moi, la responsabilité d'initier, de construire et d'alimenter. Il ne doit jamais la considérer comme un acquis, au risque de se retrouver avec l'impossible tâche de porter seul son changement.

---

[52] LEF?VRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris : Dunod, 2ème édition, 2003. pp. 13.

Bibliographie

OUVRAGES

- AMY M-D. *Comment aider l'enfant autiste : approche psychothérapeutique et éducative*. Paris : Dunod, 2004. 193 p.

- BARREYRE J-Y., PEINTRE C., *Evaluer les besoins des personnes en action sociale*, Paris : Dunod, 2004. 256 p.

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

- CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système.* Seuil : Paris, 1981.500 p.

- DHUME F. A.S.H professionnels. *Du travail social au travail ensemble : le partenariat dans le champ des politiques sociales*. 2001. pp.124.

- FRITH U. *L'énigme de l'autisme*. Odille Jacob, 1996. 250 p.

- GUAQUERE D. *Guide du directeur, Etablissement-Service social ou médico-social*. E.S.F.

- GOLSE B., DELION P., *Autisme : état des lieux et horizons,* Ramonville Saint-Agne : Eres, 271p.

- HAERINGER J., TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations d'action social.* Paris *:* Dunod, 2002. 241 p.

- JANVIER R., MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, 2002. 207 p.

- LE BOTERF G. *Travailler en réseau ; Partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Organisation, 2004.

- LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. 2e ed. Dunod, 2003. 405 p.

- LEVI-STRAUSS C. *Anthropologie structurale*. Paris : Pocket, 2003. 480 p.

- LOUBAT J-R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002. 295 p.

- LOUBAT J-R., *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 2005. 354 p.

- LOUBAT J-R. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2006. 391 p.

- MIRAMON J-M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : E.N.S.P, 2001. 105 p.

- PEETERS T. *L'autisme, de la compréhension à l'intervention*. Paris : Dunod, 1996. 229 p.

- ROGE B. *Autisme, comprendre et agir : santé, éducation, insertion*. Paris : Dunod, 2003. 212 p.

- ROGER, MIS?S et GRAND (ouvrage collectif BARREYRE J-Y., FERRARI P., BURSZTEIN C. et al.), *Parents et professionnels devant l'autisme*. C.T.N.E.R.H.I, 1997. 236 p.

- TUSTIN F. *Autisme et protection*. Seuil, 2003. 186 p.

- TUSTIN F. *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris : Points. 183 p.

REVUES

- Données D.R.E.S.S. - Etudes et résultats - n° 574.

- Données D.R.E.S.S. -Etudes et résultats- n° 574 mai 2007. *Les services d'éducation spéciale et de soins à domiciles (S.E.S.S.A.D), publics et modalités d'intervention*. pp.7

- Informations C.R.E.A.H.I. Languedoc-Roussillon. « *Vers une harmonisation des pratiques professionnelles pour le diagnostic de l'autisme. Octobre 2005* ».

- Info stat n° 89 et 90. D.R.A.S.S d'Aquitaine. Décembre 2006.

- T.S.A Hebdo n°1080. *Coopération sociale et médico-sociale : les atouts du G.C.S.M.S*. 15 septembre 2006.

RAPPORTS ET PLAN

- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. *La prise en charge des enfants et adolescents autistes*. Octobre 1994.

- Rapport de la Direction des Affaires Sociales. *Propositions sur l'accueil des adultes autistes*. Janvier 1995.

- Rapport de CHOSSY J-F député de la Loire et remis au premier ministre. *La situation des personnes autistes en France, besoins et perspectives*. Septembre 2003.

- *« Plan d'action régional sur l'autisme »*. D.R.A.S.S Aquitaine.

RÉGLEMENTATION :

- La loi n° 75-534 dite « *loi d'orientation en faveur des personnes handicapées* » et la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales, toutes deux adoptées le 30 juin 1975.

- La loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 relative aux institutions médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée à l'autisme.

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- La loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie.

- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- Le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 (remplaçant les annexes 24 du décret du 9 mars 1956) fixant les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou des inadaptations.

- Le décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la « *Définition et organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services ».*

- La circulaire AS/EN n°95-12 du 24 avril 1995 relative à «*La prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique ».*

- La circulaire D.G.A.S/D.G.S/D.H.O.S n°2005-124 du 8 mars 2005 relative à « *La politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement ».*

- La circulaire n°2007-097 du 28 avril 2007 relative à l'« Autisme et T.E.D : De la compréhension du fonctionnement autistique à la mise en œuvre de stratégies éducatives et pédagogiques ».

SITES INTERNET :

- Site D.D.A.S.S. gironde et D.R.A.S.S. aquitaine. Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv.fr>.
- Site D.D.A.S.S. gironde et D.R.A.S.S. aquitaine. Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv.fr>.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Les établissements et services de l'Association Saint François Xavier - Don Bosco…… p. II

ANNEXE 2 : Extrait du projet associatif 2005 de Saint François Xavier – Don Bosco……. p. III

ANNEXE 3 : Les classifications de l'Autisme et des T.E.D. ……. p. IV

ANNEXE 4 : Approches théoriques de l'autisme ……. p. VI

ANNEXE 5 : Cadre et contenu de la prise en charge et des accompagnements du S.E.S.S.A.D. « Saute Mouton »… p. XI

ANNEXE 6 : Déroulement type d'une semaine à l'I.M.E. et besoins … p. XIII en personnel

ANNEXE 7 : Plan de l'I.M.E. …….. p. XIX

ANNEXE 8 : Synthèse de l'auto évaluation du S.E.S.S.A.D. ……. p. XXI

ANNEXE 9 : Convention avec les secteurs de pédopsychiatrie …….. p. XXVI

ANNEXE 10 : Convention de prestations de service avec la ligue de sport adapté …….. p. XXX

ANNEXE 11 : Proposition de formation sur la connaissance de l'autisme et de sa prise en charge par la C.R.E.A.I. d'Aquitaine ……. p. XXXV

ANNEXE 12 : Plan d'action pour l'ouverture de l'I.M.E. ……..p. LXXXIII

ANNEXE 1 : ***Les établissements et services de l'Association Saint François Xavier - Don Bosco***

Organigramme Général

ANNEXE 2 : ***Extrait du projet associatif 2005 de Saint François Xavier – Don Bosco***

- ✓ **Les fondements**

Dans le champ d'intervention qui lui est propre, l'Association considère comme essentiel de contribuer, avec les moyens dont elle pourra et voudra disposer, au développement et à l'évolution des personnes et de l'environnement dans lequel elles s'inscrivent, en assurant :

- La restauration, l'éducation et la formation de la personne dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses aspects physiques, intellectuels, psychoaffectifs et spirituels ; le développement de la personnalité, dans une perspective d'accès à la liberté et à la responsabilité, est un enjeu éthique supérieur qui justifie la mobilisation des moyens ;
- La prévention auprès des personnes et des familles, pour identifier et dégager des potentialités permettant d'anticiper l'évolution et l'accentuation des difficultés ; la personne est prise dans son environnement familial et social dont il faut utiliser les ressources pour l'inscrire durablement dans le tissu social ;
- La médiatisation sociale, pour construire une relation harmonieuse et libre entre l'individu et la société qui l'environne ; le maillage et le remaillage social à travailler sans cesse, engagent l'Association à donner du sens et produire de la cohésion au cœur même de la société ;

L'exercice de la souveraineté associative, expression citoyenne par excellence, appelle des prises de positions face aux difficultés des personnes et du corps social ; acteur social, l'Association veille à analyser, décrire, proposer et mettre en œuvre des moyens en faisant appel à la responsabilité collective des décideurs institutionnels ; elle inscrit avec audace la créativité et l'innovation dans ses réponses sociales, en s'adaptant aux contraintes sans les subir.

- ✓ **Les missions**

De son double héritage de fondation diocésaine et d'institution salésienne, l'Association a conservé l'actualité du message de Don Bosco et une inspiration humaniste et chrétienne éclairée par l'apport des sciences humaines. Et c'est dans cet esprit qu'elle se propose de mener à bien un certain nombre de missions essentielles :

- Se mettre en priorité au service des plus démunis et des plus faibles parmi les jeunes, notamment ceux qui souffrent de troubles affectifs et d'inadaptation scolaire et sociale ;
- Promouvoir et contribuer à l'épanouissement de l' « Homme » dans ses dimensions affectives et spirituelles, en prenant pour base de son projet une conception de l'homme ouverte à l'espérance et à la promotion de sa liberté et de sa responsabilité ;
- Développer les conditions d'une éducation à la liberté, à la responsabilité, au sens communautaire et à l'enrichissement des activités de loisirs et de culture visant à permettre à chaque jeune de se structurer et de se renforcer en vue de son insertion dans la cité et dans le monde du travail ;

Mettre en œuvre une formation générale et professionnelle qui tient compte des capacités propres à chaque personnalité et des difficultés relationnelles ou affectives qui en oriente le cours ;

- S’attacher à certaines valeurs contribuant à développer dans l’activité quotidienne un climat de simplicité, d’authenticité, d’écoute de l’autre dans sa différence et dans les conflits, de compréhension lucide de l’autre ;
- Rechercher la convergence entre les activités de soins et l’action d’insertion sociale et professionnelle. La diversité des établissements et de leurs activités procèdent de cette intention commune.

ANNEXE 3 : ***Les classifications de l’Autisme et des TED***

La définition aujourd'hui retenue s'appuie sur la conception princeps de Kanner. Actuellement, trois classifications s'articulent entre elles pour tenter une approche la plus précise de ce que l'on appelle désormais les autismes : le DSM-IV, la CIM-10, de la CFTMEA.

CIM 10 (OMS-1993)	**DSM IV Association Américaine de psychiatrie (1994)**	**CFTMEA Classification Française des troubles mentaux enfants et adolescents R-2000 (4ème révision)**
F84 : **Troubles envahissants du développement**	**299.xx : Troubles envahissants du développement**	**Axe 1 : Psychoses**
Autisme infantile (dont psychose infantile, syndrome de Kanner, trouble autistique)	**Troubles autistiques**	**Autisme infantile précoce type Kanner**
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	**Troubles envahissants du développement non spécifiés** (dont autisme atypique)	**Autres formes de l'autisme infantile**
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	**Troubles désintégratifs de l'enfance**	**Psychoses précoces déficitaires et dysharmonies psychotiques**
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés		**Psychoses précoces déficitaires**
Syndrome de Rett	**Syndrome de Rett**	**Psychoses précoces déficitaires**
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	**Syndrome d'Asperger**	**Syndrome d'Asperger**
Autres troubles envahissants du développement		**Dysharmonie Psychotiques et Psychoses précoces déficitaires**

ANNEXE 4 : ***Approche théorique de l'Autisme***

Les contributions des psychanalystes :

Mélanie Klein : Dans les années 1930, à une époque où la psychiatrie considérait que seuls les adultes pouvaient être psychotiques, elle accomplit un travail fondateur dans la reconnaissance et le traitement de la psychose infantile, sans toutefois la différencier de la schizophrénie infantile, certains cas qu'elle décrit dans ses articles seraient à l'évidence des enfants qui seraient aujourd'hui reconnus comme autistes.

Margaret Malher : A la même que Mélanie Klein, elle travaille aux Etats-Unis et consacre la plus grande partie de son œuvre à l'identification et à l'étude des psychoses infantiles à partir des théories psychanalytiques freudiennes classiques qu'elle a développées. Elle pose l'autisme de la toute première enfance comme normal. Ce serait des perturbations traumatiques survenant à cette période qui fixeraient le développement de l'enfant à ce stade, elle parle alors de psychoses symbiotiques, qui maintient un lien délirant à une mère archaïque.

Donald Winnicott : Dans les années 50, il utilise le terme de *dépression psychotique* pour évoquer une dépression primitive qui empêche un développement affectif et intellectuel normal. Cette dépression interviendrait suite à des situations de séparation mère/enfant qui provoqueraient un traumatisme chez le nouveau-né. L'autisme se développerait pour lutter contre cette dépression psychotique et la souffrance générée, c'est une forme de défense de protection que l'enfant met en place. Il utilise l'expression de «soins maternels suffisamment bons » pour définir les conditions nécessaires au nourrisson pour sortir de cet état d'autisme normal. Ces soins maternels constituent un nourrissage satisfaisant qui va bien au-delà de l'apport de nourriture mais qui y inclut toutes les stimulations affectives, sensorielles, motrices et cognitives. En l'absence de ce nourrissage ou, ce qui est plus fréquent, s'il est mal adapté ou si l'enfant ne peut l'utiliser (à cause d'un blocage, d'un traumatisme ou d'un déficit qui l'empêche de le recevoir), l'enfant reste ou régresse à un stade où il est dominé par la sensation. Le développement de ses fonctions affectives et cognitives s'arrête ou se détériore.

Bruno Bettelheim : Dans les années 50, il utilise le terme de *dépression psychotique* pour évoquer une dépression primitive qui empêche un développement affectif et intellectuel normal. Cette dépression interviendrait suite à des situations de séparation mère/enfant qui provoqueraient un traumatisme chez le nouveau-né. L'autisme se développerait pour lutter contre cette dépression psychotique et la souffrance générée est une forme de défense de protection que l'enfant met en place. La psychanalyse a cependant été assimilée aux USA à une position psychanalytique. Frappé

par les réactions de repli total de certains déportés devant un environnement radicalement désespérant, Bettelheim, dans les années 60, fit le lien avec le repli autistique et choisit de tenter de guérir l'autisme par un environnement qui restaure une confiance. Par ce fait, il se substitua aux parents en accueillant à temps complet des enfants dans son « école orthogénique ». S'il décrit qu'il considère que ce ne sont pas les parents qui ont créé l'autisme, il semble cependant avoir eu un préjugé négatif sur leur responsabilité involontaire, ce qui a marqué durablement l'évolution des idées.

Frances Tustin : Elle nous donne cette définition de l'autisme : « autisme signifie littéralement que le sujet vit en fonction de son propre –soi-. Pour l'observateur, un enfant autistique parait centré sur lui-même puisqu'il montre peu de réactions au monde extérieur. Cependant, ce qui peut sembler paradoxal c'est que l'enfant qui est dans cette situation a très peu conscience d'être un –soi -». Une séparation mère-enfant, une perte du sein alors que l'enfant n'a pas encore constitué la différenciation dedans/dehors est vécue comme un arrachement de la bouche avec le mamelon qui provoque une perte du sentiment d'existence trouvé dans le contact, un « trou noir », vécu d'annihilation, d' « agonie primitive » pour reprendre l'expression de Winnicott. Frances Tustin considère, comme l'a développé Margaret Malher, que l'autisme de la première enfance est un état normal. Ces phénomènes autistiques normaux seraient des sortes de sensations issues de dispositions innées qui ne sont pas encore la perception du monde extérieur, mais qui peuvent y aboutir si les conditions nécessaires sont réunies. Frances Tustin nous dit que l'autisme normal est un état antérieur à la pensée alors que l'autisme qu'elle qualifie de pathologique en opposition au premier est un état qui s'oppose à la pensée. Elle décrit le recours aux « objets autistiques » -objets fétiches durs- et aux « formes autistiques », accrochages à des sensations internes ou à des stimulations sensorielles comme garants d'un sentiment d'existence.

Donald Meltzer : Pour lui, le monde autistique est caractérisé par la bi-dimensionnalité, qui ne permet que des relations adhésives et une temporalité circulaire qui rend compte des stéréotypies. Ni le self, ni l'objet n'ont de compartiments internes pouvant contenir des objets sur lesquels pourrait s'exercer l'identification projective, premier code d'échange véritable. Il décrit le « démantèlement » psychique comme forme de refuge dans un clivage passif de l'ébauche du self selon les axes sensoriels. Les conséquences en sont dramatiques car pour lui, « le temps passé dans l'autisme est perdu pour la maturation ».

Geneviève Haag : En France, elle a souligné l'importance des clivages des parties gauches et droite du corps, ce que l'on peut rapporter à l'absence de la dimension externe de la projection, ainsi que l'existence de mouvements maniaques ou pervers prolongés dans la sortie de l'autisme.

Didier Houzel : Il met l'accent sur les « angoisses de précipitations » dans l'autisme.

Claude Bursztejn : Il décrit d'autisme comme un syndrome qui associe de manière systématique des troubles des interactions sociales, des anomalies du langage (voire son absence) et des jeux symboliques (faire semblant) ainsi que des conduites répétitives stéréotypées. Pour lui, l'autisme et les psychoses infantiles relèvent plus certainement du champ des troubles majeurs de la personnalité que de troubles envahissants du développement. En effet, dans le syndrome autistique et les psychoses infantiles, sont affectées à la fois, la constitution de l'identité du sujet et ses rapports à la réalité extérieure.

Les théorisations lacaniennes :

Elles soulignent la difficulté d'assumer une position de sujet. Mais en posant la question de l'apport de la psyché des parents à la construction symbolique de l'enfant, en supposant l'échec d'un circuit pulsionnel passant par l'objet, elles exposent d'une part à plus décrire ce qui est en défaut pour se construire, que ce qui permet au patient de rester vivant et, d'autre part, centrent l'attention du psychothérapeute sur la psyché maternelle.

Modèle cognitiviste et conceptions « éducatives » :

Certains cognitivistes, quant à eux, ne tiennent aucun compte du psychisme sur les apprentissages.

Utah Frith : La pathologie neurologique dont Utah Frith fait l'hypothèse exclut le dysfonctionnement affectif et émotionnel dans l'expression des sentiments et de la relation. Pour elle, la mentalisation, la capacité à « penser l'esprit d'autrui » repose sur ce qu'elle appelle « l'entretissage des informations », entretissage qui serait indispensable à l'obtention des «tissus cohérents ». Faisant référence à la pathologie du système nerveux central auquel elle attribue la source des dysfonctionnements autistiques, elle suggère que « la dysfonction n'affecte qu'un processus central –et un seul- à savoir, l'instinct de cohérence ». Elle met également l'accent sur le fait que l'un des signes les plus précoces permettant de différencier l'autisme d'autres pathologies mentales serait le déficit d'attention conjointe entre l'enfant et la mère. A savoir que le bébé ne sait pas qu'il peut partager avec sa mère la pertinence d'une demande. Ainsi, il ne la regarde pas et ne cherche pas à pointer du doigt l'objet réclamé. Elle y situe l'origine de l'incapacité à reconnaître «l'existence d'une pensée chez les autres » et elle en déduit que ceci est la principale raison qui empêche la mère de prendre part à l'état mental de son enfant. C'est donc uniquement dans une pathologie neurologique et ses conséquences mentales qu'elle localise le handicap autistique de la communication.

« Le problème de l'autisme n'est pas un problème périphérique… Il n'implique pas l'appareil sensoriel, mais l'appareil mental… Les explications psycho dynamiques n'ont aucun sens ». Elle en conclut, à l'impossibilité d'un dépistage précoce et à l'inutilité de toute thérapeutique. Ses descriptions mettent l'accent sur un déficit de la « théorie de l'esprit », c'est-à-dire sur l'incapacité de percevoir l'esprit d'autrui comme distinct du sien. En résulteraient une incapacité au mensonge et au jeu, une naïveté désarmante et une impossibilité à comprendre les règles du jeu social.

Alan Leslie : Il fait l'hypothèse que le bébé normal naîtrait équipé de compétences fondamentales liées à certains concepts concernant le temps, l'espace et la causalité. En 1987, dans la Psychological Review, il va s'expliquer sur ce qu'il appelle «la théorie de l'esprit », à savoir la capacité de représentation et la compréhension du « faire semblant ». Il va décrire la pathologie autistique comme une extrême difficulté, voire une incapacité de représentation et la compréhension du « faire semblant ». Il va décrire la pathologie autistique comme une extrême difficulté, voire une incapacité à s'introduire dans ce monde de la représentation, puis dans celui de ce qu'il nomme méta représentation, (que nous pouvons mettre en parallèle avec l'accès au symbolique des psychanalystes). Mais ce qu'il appelle le monde de l'esprit découle exclusivement du fonctionnement mental. Cette méta représentation se ferait par découplage, c'est-à-dire par un passage de la compréhension du discours littéral à celui de la compréhension de ce qui sous-tend l'état mental du locuteur, permettant ainsi de percevoir le fond de sa pensée. Leslie fait donc état d'une organisation mentale dans laquelle les compétences innées feraient défaut ou seraient dans une situation de blocage paralysant les étapes de représentation dans l'évolution des processus mentaux. La méta représentation, nous dit aussi Uta Frith, est ce que « savoir que l'on sait » serait à « savoir » ou bien encore être capable de lire entre les lignes ou percevoir le latent du discours.

Théo Peeters : Il indique que les autistes ne peuvent rajouter du sens à ce qu'ils perçoivent concrètement et ont des difficultés « à lire les visages », à déceler les émotions.

Eric Schloper : Ancien disciple de Bettelheim, il devient son détracteur. Il conteste les thèses psychogéniques sur l'autisme et critique son maître à propos du rôle des mères dans l'étiologie de cette entité. Il est à l'origine d'un programme d'Etat (TEACCH).
« Le programme de la Caroline du Nord pour le traitement et l'éducation d'enfants autistes ou ayant des handicaps de la communication apparentés, TEACCH est le seul programme universitaire à la dimension d'un état pour cette population aux Etats-Unis, le Teacch a été institué dans la période suivant immédiatement la Deuxième Guerre mondiale ». Le programme Teacch fait partie du modèle cognitiviste, il est l'un des plus connu et se développe maintenant très largement en France. Eric Schopler a proposé de comprendre l'autisme comme un handicap définitif en partie éducable par une méthode comportementale –dont il faut souligner qu'elle se devrait d'être non violente- et d'intégrer des apports pédagogiques, considérant qu'il n'y a ni défense ni refus, mais une incapacité de l'enfant. Les parents y sont associés comme thérapeutes.
Un enseignement structuré est utilisé en insistant sur l'usage de stimulations et de repères visuels. Les parents sont inclus dans cette démarche éducative et emploient à leur domicile les mêmes outils afin notamment de diminuer les comportements gênants et de pouvoir accéder avec leur enfant à un meilleur niveau de vie sociale. Les parents deviennent les co-thérapeutes de leurs enfants et au cours du déroulement du programme éducatif individuel, ils sont tour à tour formateurs et formés par les professionnels. Ceci implique également un soutien émotionnel mutuel entre parents et professionnels.

Dans la perspective proposée par les chercheurs cognitivistes, c'est la méthode éducative qui est avant tout proposée comme principale mesure.

Bernadette ROGÉ : elle résume les objectifs et les outils du programme TEACCH comme ceci : « Eduquer un enfant autiste suppose d'abord que l'on donne du sens à son environnement, que l'on rende clair et explicite ce qui est obscur, que l'on indique la voie dans un dédale d'informations incohérentes. Structurer l'espace et le temps, clarifier les tâches en les adaptant, en les fractionnant et en les organisant, concrétiser une consigne et une indication par le biais d'un repère visuel, c'est conférer du sens à l'information et c'est permettre à l'enfant d'apprendre et d'aimer apprendre. …C'est aussi fournir des outils d'adaptation et de communication, et c'est ainsi donner l'impulsion pour accéder au partage des expériences sociales et à l'intégration. En somme, privilégier les apprentissages chez une personne qui spontanément ne le ferait pas, c'est ouvrir la perspective d'un projet de vie dans lequel il y a la place pour l'autonomie et la participation.
Il existe d'autres courants de pensée (les principales techniques de prises en charge sont en annexe), qui proposent des modèles d'approche du syndrome autistique et des psychoses infantiles. Ces modèles basés sur des études scientifiques sont encore en devenir et sont très difficiles d'accès par les connaissances qu'ils demandent, nous ne ferons que les citer dans cette réflexion.

ANNEXE 5 : ***Cadre et contenu de la prise en charge et des accompagnements du SESSAD Saute Mouton***

La procédure d'admission prévoit une visite de l'établissement (avec remise du livret d'accueil et explication du fonctionnement de l'établissement et de ses missions) et deux temps d'entretiens avec le directeur et le médecin psychiatre pour les parents et leur enfant.
Le jour de l'admission, le contrat de séjour est signé et la chartre des droits des usagers leur est donnée, ainsi que le règlement de fonctionnement. Les deux référents, désignés pour chaque enfant accueilli au SESSAD, rencontrent les parents et leur explique leur mission (lien régulier avec les parents et les autres référents de l'enfant des autres institutions, formalisation après un travail en équipe pluridisciplinaire et négociation avec les parents, du projet personnalisé annuel de prise en charge, le cahier de liaison… .
Le premier projet éducatif personnalisé est effectué dans les 2 mois suivant l'admission.
Pour les années suivantes, nous réalisons les projets éducatifs personnalisés dans les 2 mois après la rentrée de septembre. Ce temps permet, suite aux synthèses communes, aux entretiens avec les parents et à temps d'observation des enfants dans les différents ateliers et sorties, de proposer (après négociation) aux parents un projet éducatif personnalisé annuel, présentant les objectifs et le sens visés, dans la participation de leur enfants aux activités, sorties et même séjours proposés.

Les demi-journées d'accueils sont organisées à partir des besoins et intérêts de chacun des enfants, en lien direct avec son projet éducatif personnalisé et les interventions des autres partenaires des prises en charge partagées :
A leur arrivée, un temps d'accueil libre (1h), leur permet avec la disponibilité de tous les professionnels (et avec les sollicitations lorsque cela se justifie), de pouvoir choisir une activité individuelle ou collective avec les autres enfants. Dans ces temps se jouent, pour ces enfants, l'apprentissage des bases du partage, du relationnel, de l'autonomie, d'une prise d'initiative, d'expression de ses intérêts,…,.
Après ce temps d'accueil, un temps collectif de réunion (1/4) présente les différents ateliers et sorties prévues pour le reste de la demi-journée et tente d'initier des échanges à partir de propositions d'enfants ou d'adultes
Suite à la réunion, les enfants participent aux ateliers et sorties (1h) prévues, qui peuvent être très variées sur leurs thèmes (peinture, musique, dessin, conte, terre, bricolage, jeux, patinoire, escalade, informatique, périscolaire,…), sur leurs modalités (individuelle, en petit groupe, expression, réalisation et éveil recherchés, objectif d'apprentissage structuré, avec aide puis sans aide,…).
A la fin des ateliers ou au retour à l'institution, nous proposons un goûter où les enfants sont sollicités pour nous dire, désigner, pointer,…, leurs choix et préférences.
Avant leur départ, un temps de jeux extérieur (toboggan, balançoire, vélo,…) ou en intérieur en fonction de leurs intérêts leur est proposé.
Certaines sorties extérieures (visant une intégration dans des groupes de socialisation), nécessitent une sortie sur toute la ½ journée, avec un gouter à l'extérieur. En accord avec les parents et les

partenaires, nous pouvons aussi réaliser des sorties à la journée et des mini séjours de deux jours (avec nuitée) à une semaine. Pour beaucoup de ces jeunes, c'est souvent leur première expérience de séjour à l'extérieur de leur famille.

Objectifs visés : Par ces propositions très variées d'ateliers et de sorties, nous visons comme objectifs, le développement de différents domaines d'acquisitions (compétences sociales, éveil et expression verbale ou non, autonomie,…). Mais comme la singularité de chacun de ces enfants est à prendre absolument en compte, chaque activité s'adresse tout autant à chaque participant, qu'au groupe en présence.

Le quotidien est le lieu de l'expérience éducative (autonomie sur le plan de l'hygiène, adaptation aux situations dans l'établissement et à l'extérieur). Accueillir un groupe d'enfants autistes ou atteint de troubles envahissants du développement nécessite une organisation spécifique dans laquelle sont clairement déterminés les dimensions spatio-temporelles du lieu d'activité. L'activité éducative ne se limite pas à de simples propositions d'activités, elle s'étend au respect subjectif de chaque enfant, à l'apprentissage des attitudes quotidiennes (dire bonjour, acquérir de l'autonomie au niveau de la propreté, participer aux tâches de rangement,…). Une demi journée au SESSAD est scandée par des temps forts, qui on fonction de repère, de cadre et dont le contenu s'élabore et se questionne au cours des réunions pluridisciplinaires du lundi matin.
L'apprentissage de la propreté fait partie des situations bien difficiles pour beaucoup de ces enfants et qui nécessite de notre part une réflexion très approfondie, ouverte à nos partenaires et aux parents pour, en commun, leur proposer une aide.
Tout est donc proposé en fonction des besoins de chacun des enfants et nous pouvons utiliser autant le langage, le geste, les pictogrammes ou les objets lorsqu'ils n'en sont pas encore à l'image. Ainsi, sans tomber dans de l'activisme ou l'éducatif forcené, nous n'attendons pas pour leur proposer une activité, l'émergence de leur désir. Nous avons repérer que souvent le premier désir de ces enfants, ou du moins celui qu'ils nous montrent, est que rien ne bouge et que rien ne change parce que tout changement leur est difficilement compréhensible et qu'il peut être vécu par eux comme une véritable catastrophe.
Si l'on ne veut pas que ces enfants se chronicisent ou se robotisent, nous devons assumer une prise en charge partagée entre le soin et l'éducatif, où s'articulent les paramètres de leur monde interne et externe. Nous pouvons dire que par la recherche de cohérence dans nos approches conjuguées avec nos partenaires et les parents, le soin est à la fois dans nos exigences éducatives, dans notre travail de compréhension, de leurs angoisses, dans nos propositions d'activités.

ANNEXE 6 : ***Déroulement type d'une semaine de prise en charge des jeunes autistes et détermination des besoins en personnel pour l'IME***

Composition des groupes

	C. Groupe 1	**D. Scolarisation** **E. Composition :** **F. 1 enseignant spécialisé + 1 éducateur spécialisé pour 5 jeunes.**
	G. Groupe 2	**H. Atelier pré-professionnel et apprentissage de la vie quotidienne** **I. Composition :** **J. 1 éducateur technique + 1 éducateur spécialisé pour 5 jeunes**
3 **3**	**K. Groupe 3**	**L. Atelier approche corporelle et sportive.** **M. Composition :** **N. 1 psychomotricien + 1 éducateur spécialisé pour 5 jeunes**
	O. Groupe 4	**P. Atelier d'éveil et d'expression.** **Q. Composition :** **R. 1 infirmier + 1 éducateur spécialisé pour 5 jeunes**

20
Adolescent(e)s

Organisation d'une journée type en semaine :

7 : 0 0 - 8 : 0 0		Soins d'hygiène des 8 adolescent(e)s internes. *Personnel de nuit : 2 éducateurs spécialisés en mixité.*			
8 : 0 0 – 9 : 0 0	Organisation des activités par groupe	**Temps d'accueil des 12 adolescent(e)s semi-interne. Goûter.** *Prise en charge par la première équipe (7 personnes) : 1 éducateur technique, 1 infirmier, 4 éducateurs spécialisés, 1 psychomotricien, 1 enseignant spécialisé.*			
9 : 0 0 - 9 : 1 5		S. Regroupement de l'ensemble des enfants et des adultes			
9 : 30 - 10:30		T. Groupe 1	U. Groupe 2	V. Groupe 3	W. Groupe 4
10:30 – 11:00		**Récréation**			
11:00 – 12:00		X. Groupe 1	Y. Groupe 2	Z. Groupe 3	AA. Groupe 4
		12 h : Fin de prise en charge des adolescent(e)s par un certain nombre de professionnels des ateliers (l'éducateur technique, l'enseignant spécialisé, l'infirmière). Ces derniers reprendront leur intervention à 14 heures. *Restent 4 éducateurs spécialisés et arrivent 2 autres éducateurs spécialisés soit 6 personnes*			
12:00 – 14:00		**Déjeuner.**			
		14 h : Fin de prise en charge par la première équipe restante *Arrivée de la seconde équipe composée du même effectif que celle du matin.*			
14:00-15:30		**Groupe 1**	**Groupe 2**	**Groupe 3**	**Groupe 4**

15 :30- 16 :00		**Récréation**
16 :00-17:00		**Groupe 1** | **Groupe 2** | **Groupe 3** | **Groupe 4**
17 :00-18: 00		**Temps de sorties semi-internat. Goûter.** 18 h : Fin de prise en charge par la seconde équipe. Arrivée de l'équipe de soirée composée de 4 professionnels (2 éducateurs techniques cuisine + 1 éducateur spécialisé+ 1 infirmier)
18 :00-19:00	Soirée	**Préparation du repas**
19 :00-21:00		**Dîner**
21 :00-22 :00		**Soins d'hygiène. Coucher des adolescent(e)s.** *22 h : Fin de prise en charge par l'équipe de soirée et arrivée de l'équipe de nuit.*
22 :00- 7:00	Nuit	**Présence de 2 personnels qualifiés (2 éducateurs spécialisés)**

Commentaires généraux :

➢ Il est à remarquer la présence de personnel infirmier dès 8 heures, pendant la matinée, l'après midi et en soirée. Il pourra ainsi procéder à l'administration des médicaments le matin et le soir ainsi qu'aux soins paramédicaux de façon générale. Il prendra également en charge les urgences éventuelles (blessures, crise d'épilepsie…), sera en contact avec les acteurs de santé externes qui interviennent auprès des enfants. Il interviendra également au sein de l'atelier d'éveil et d'expression où il pourra, conformément à leurs compétences définies dans le décret précité, réaliser des activités à visée socio-thérapeutique. Cette présence est, pour nous, une priorité organisationnelle.

Commentaires spécifiques à certains moments de la journée :

➢ 8 heures- 9 heures 15 :

Le temps d'accueil du matin a pour objectif de permettre, outre la restauration matinale, aux adolescent(e)s de s'adapter, sans précipitation, à l'institution et aux adultes qui vont les prendre en charge. La spécificité du trouble autistique rend ce temps d'adaptation quotidien nécessaire.

La rencontre qui suit d'un quart d'heure de l'ensemble des enfants et des professionnels a pour objectif, quant à elle, de permettre aux adolescent(e)s de se familiariser à la présence d'un groupe de personnes de taille moyenne (30) que l'on retrouve traditionnellement dans les organisations scolaires et professionnelles. 7 personnels, participant aux ateliers, encadreront les 20 jeunes.

➢ 9 heures 30 -12 heures / 14 heures-17 heures, activités par groupe :

Du fait de la spécificité de l'autisme, il est prévu que les adolescent(e)s changeront de groupe après chaque pause (récréation et déjeuner). Cette solution a pour objectif de ne pas altérer leur faculté de concentration, laquelle est très limitée. Ne prévoir qu'une seule activité le matin ou l'après midi risquerait d'être générateur de crises. Raison pour laquelle chaque activité a une durée totale comprise entre 1 heure et 1 heure 30 maximum. Cette solution permet également aux personnels en charge de ces ateliers de se ressourcer, garantie fondamentale pour maintenir une qualité de prise en charge.

➢ Le temps des repas

Le temps du déjeuner : 12 heures-14 heures.

Afin de respecter la législation relative au temps de travail, il nous est impossible de conserver un effectif de 7 ETP pour le temps du déjeuner. Ainsi, un certain nombre de professionnels des ateliers (l'éducateur technique, l'infirmier, le psychomotricien et le professeur des écoles spécialisés) partent en pause déjeuner. Restent 4 éducateurs spécialisés et en arrivent 2 autres qui continueront leur journée au sein des ateliers.

Encadrement : 6 ETP assureront l'encadrement de ce temps de repas.

Le temps du dîner : 19 heures - 21 heures.

Le soir, le repas est directement réalisé par les éducateurs techniques cuisine avec l'éducateur spécialisé, l'infirmière et l'ensemble des internes. Ce fonctionnement a pour objectif de mener avec eux un travail sur l'autonomie. Il semble également indispensable dans la mesure où, le plus souvent, une personne autiste ne s'alimente que si elle a identifié et intégré cette phase de préparation. De plus, ce temps de soirée risque d'être empreint d'une certaine agitation chez les jeunes d'où la nécessité d'un encadrement minimal pour assurer leur sécurité.

Encadrement : 4 ETP pour 8 enfants.

➢ La psychologue interviendra ponctuellement sur les ateliers et prendra en charge certains adolescent(e)s pour des entretiens spécifiques, la réalisation de tests ou dans le cadre d'un isolement par suite de crise si besoin. Il en est de même du psychiatre qui interviendra sur les groupes et en individuel si besoin en sus des missions qui lui sont dévolues.

La nuit : 21 heures- 8 heures.

Il est prévu, pour assurer ces temps de nuit, la présence de deux éducateurs spécialisées en mixité. Cette dernière est tout d'abord indispensable dans la prise en charge d'adolescent(e)s autistes.

De plus, face à la spécificité des troubles autistiques, aux problématiques d'insomnie très importantes chez ces enfants, pouvant se trouver en crise en pleine nuit, il est indispensable tant pour la qualité

de prise de charge que pour la sécurité des enfants et des personnels, de recourir à du personnel qualifié. Il sera rémunéré selon le principe des heures d'équivalence.

Organisation d'une journée type de week-end

7 : 0 0 – 8 : 0 0		Toilette des 8 adolescent(e)s. Soins d'hygiène. *Personnel de nuit : 2 éducateurs spécialisés en mixité.*
8 : 0 0 – 9 : 0 0		Petit-déjeuner *Prise en charge par la première équipe (4 personnes) : 4 éducateurs spécialisés.*
1 0 : 0 0 – 1 2 : 0 0	Organisation de la journée.	**Organisation d'activités de préférence à l'extérieur par des sorties à la journée. Pour les adolescent(e)s pour lesquels il est difficile d'organiser une sortie à la journée, activités in situ.**
1 2 : 0 0 – 1 4 : 0 0		Déjeuner. *Fin de prise en charge par la première équipe.* *Arrivée de la seconde équipe composée du même effectif.*
1 5 : 0 0 – 1 8 : 0 0		Poursuite des activités matinales. *Fin de prise en charge par la seconde équipe.* *Arrivée de l'équipe de soirée composée de 4 professionnels (4 éducateurs spécialisés)*
1 8 : 0 0 – 1 9 : 0 0	Soirée	Préparation du repas
1 9 : 0 0 - 2 1 : 0 0		Dîner
2 1 : 0 0 - 2 2 : 0 0		**Soins d'hygiène. Coucher des adolescent(e)s.** *Fin de prise en charge par l'équipe de soirée* *Arrivée de l'équipe de nuit.*
2 2 : 0 0 - 7 : 0 0	Nuit	**Présence de 2 personnels qualifiés (2 éducateurs spécialisés).**

Remarques :

Il est important de noter que pendant ces périodes de week-end, l'IME fonctionnera essentiellement avec des éducateurs spécialisés. Pour faire face aux besoins paramédicaux de base, les services ponctuels d'une infirmière libérale seront requis dans la matinée et en soirée.

Organisation d'une journée type de période d'allégement d'activité :

Remarques liminaires :

Dans l'organisation générale de l'année au sein de l'IME, il semble indispensable de prendre en considération des périodes d'activités moins intenses, notamment lors de certaines vacances scolaires. En effet, nous pouvons supposer que l'effectif sera quelque peu réduit sans envisager cependant une fermeture définitive de l'IME sur ces périodes. Une telle orientation serait contraire à notre agrément CROSM qui habilite l'IME Saute Mouton à accueillir les jeunes autistes sur 365 jours, ce qui était en conformité directe avec les demandes de la DDASS de Gironde, la CDA, l'ensemble de nos partenaires, l'étude réalisée par le CREAHI. De plus, ce serait méconnaître les difficultés des familles :

- à trouver des solutions d'accueil hors cadre familial
- à prendre en charge par eux-mêmes leur adolescent(e) au-delà d'une certaine durée.

Dès lors, sur les 52 semaines qui composent une année, nous avons envisagé une réduction d'activité sur 6 semaines (4 semaines durant les congés d'été et 2 semaines en cours d'année).

Prévoir une réduction d'activité plus importante présenterait le risque de n'être réalisable en raison des difficultés susmentionnées.

De ce fait, nous avons prévu, durant les périodes de réduction d'activité, d'accueillir environ 4 jeunes selon l'organisation suivante :

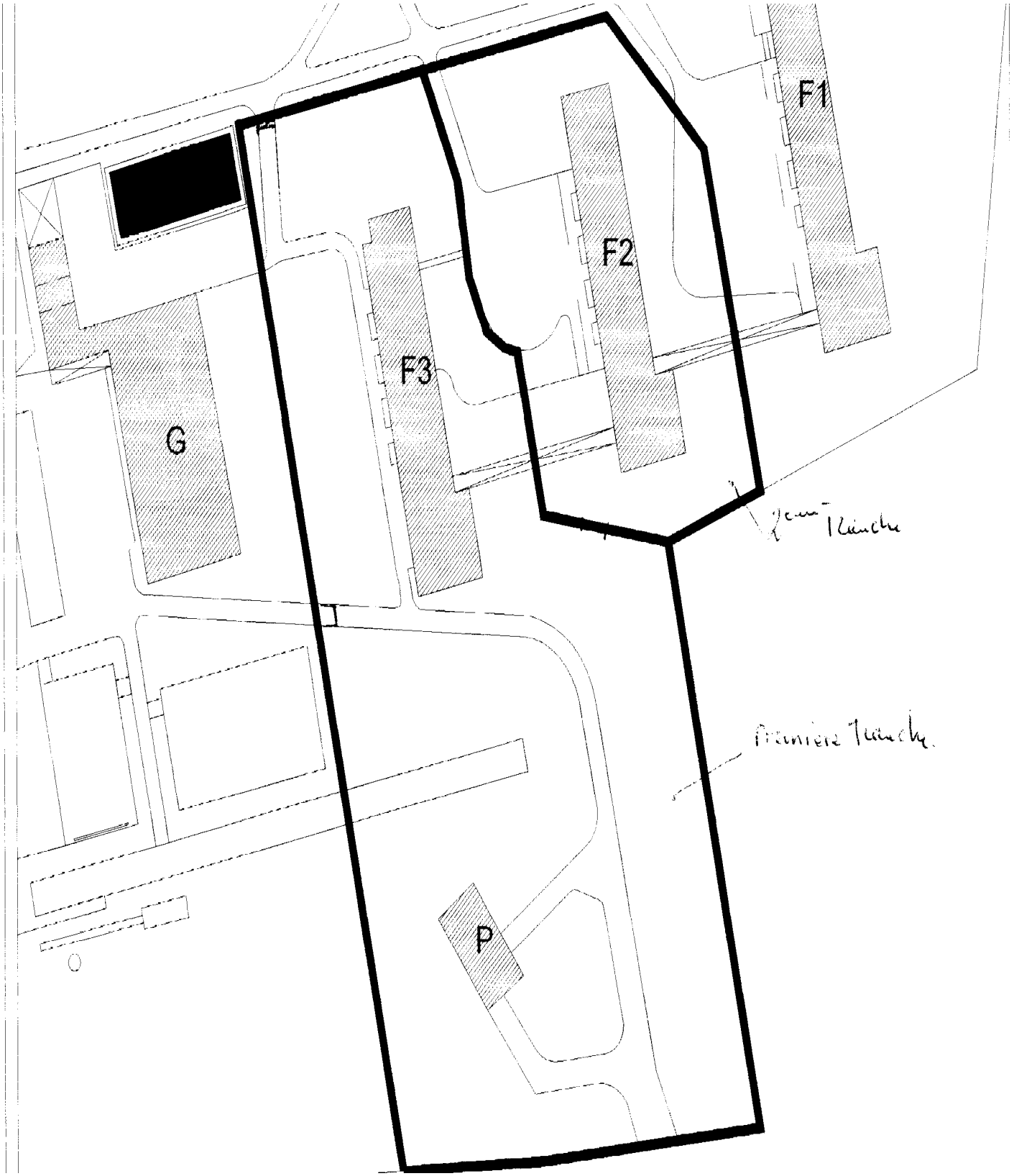
7 : 0 0 – 8 : 0 0		Lever et soins d'hygiène des 4 adolescent(e)s. *Personnel de nuit : 2 éducateurs spécialisés en mixité.*
0 8 : 0 0 – 9 : 0 0		Petit-déjeuner *Prise en charge par la première équipe (2 personnes) : 2 éducateurs spécialisés,*
1 0 : 0 0 – 1 2 : 0 0	Organisation de la journée.	**Organisation d'activités de préférence à l'extérieur par des sorties à la journée. Pour les adolescent(e)s pour lesquels il est difficile d'organiser une sortie à la journée, activités in situ.**
1 2 : 0 0 – 1 4 : 0 0		Déjeuner. *Fin de prise en charge par la première équipe.* *Arrivée de la seconde équipe (2 éducateurs spécialisés)*
1 5 : 0 0 – 1 8 : 0 0		Poursuite des activités matinales. *Fin de prise en charge par la seconde équipe.* *Arrivée de l'équipe de soirée composée de 2 professionnels (2 éducateurs spécialisés)*
1 8 : 0 0 – 1 9 : 0 0	Soirée	Préparation du repas
1 9 : 0 0 - 2 1 : 0 0		Dîner
2 1 : 0 0 - 2 2 : 0 0		**Soins d'hygiène. Coucher des adolescent(e)s.** *Fin de prise en charge par l'équipe de soirée* *Arrivée de l'équipe de nuit.*
2 2 : 0 0 - 7 : 0 0	Nuit	**Présence de 2 personnels qualifiés (2 éducateurs spécialisés)**

Commentaires :

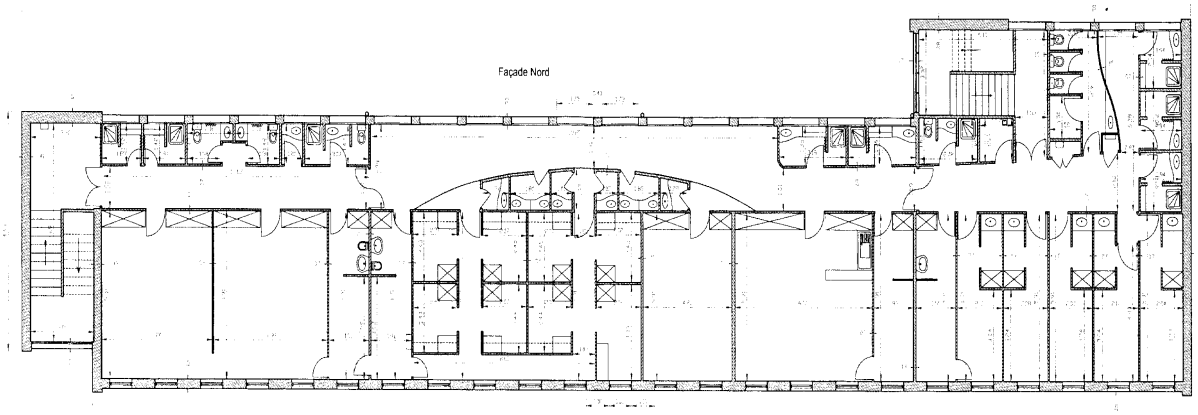
Nous avons requis ici une organisation identique à celle des week-end en terme de catégorie de personnel requise.

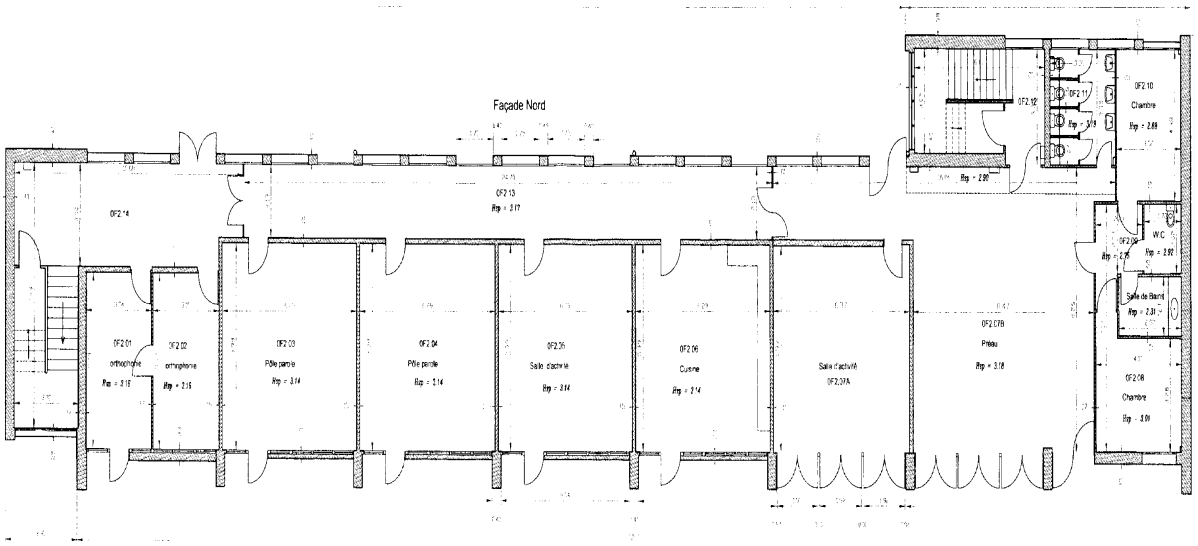
Néanmoins, pour le personnel de nuit pendant les week-ends, nous nous sommes basés sur la présence de 2 personnes d'encadrement pour 8 jeunes ; pendant les périodes de réduction d'activité, nous requérons également de 2 adultes pour 4 jeunes. Cette disposition trouve son fondement dans la forte probabilité que les jeunes qui restent lors de ces périodes sont les plus difficiles à prendre en charge. Au-delà même de cet aspect, en cas de survenue d'un éventuel problème avec un jeune, d'une crise, il semble important que deux adultes soient présents pour assurer tant la sécurité.

ANNEXE 7 : ***Plan d'implantation de l'I.M.E sur Gradignan, par achat d'une parcelle de l'I.N.J.S :***



Présentation des plans d'1 bâtiment, en sachant que l'ensemble comprendra 2 bâtiments de même superficie, plus 1 bâtiment d'accueil administratif :





ANNEXE 8 : ***Synthèse de L'auto évaluation du S.E.S.S.A.D. "Saute-mouton"***

Directement issu de la loi 2002, le processus d'auto évaluation concerne tous les établissements de l'Association.

L'évaluation interne est obligatoire tous les 5 ans. L'auto évaluation du S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton" a débuté en mai 2006 pour s'achever en avril 2OO7.

L'évaluation externe est obligatoire tous les 15 ans. L'évaluateur externe est agréé par les tutelles et choisi par l'Association. L'évaluation externe aura lieu fin 2009 au S.E.S.S.A.D.

Principe de L'auto évaluation :

S'engager dans un processus d'évaluation demande en premier lieu d'en clarifier la dimension éthique. « En pratiques sociales, l'éthique de l'évaluation réside dans la promotion et l'intérêt de la défense des personnes. Principe corollaire les évaluateurs doivent veiller à ne pas aggraver les situations. »

L'éthique de l'évaluation doit permettre que le jugement mette en valeur les éléments positifs, c'est-à-dire de trouver du valorisable dans chaque existant. Pour autant il ne s'agit pas de gommer les éléments négatifs mais de pondérer un jugement à travers ses éléments positifs et négatifs. Ce choix est un moyen de consacrer plus d'attention aux ressources mobilisables pour réduire ou résoudre un problème. Cela indique qu'il est bien question dans l'évaluation sociale ou médico-sociale de réduire les difficultés des personnes (usagers ou salariés) ou d'un collectif. L'évaluation telle qu'elle est pratiquée au S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton" doit s'appliquer à mettre en valeur les aspects positifs de la qualité des prestations ou de l'évolution de l'usager dans son parcours de vie.

Recourir à une ou des méthodes caractérisent l'évaluation professionnelle, c'est-à-dire tenter de comprendre la réalité au-delà de la perception intuitive

Dans l'évaluation on peut observer qu'il existe trois angles d'approche :

- gestionnaires
- professionnels
- usagers.

C'est la somme de ces points de vue qui donnera une évaluation plus juste. C'est la différence qui créer le mouvement. En démocratie, c'est l'écart qui fait la différence, qui oblige à s'expliquer, à justifier, à motiver. La disparité est plus créative que l'uniformité. L'évaluation est une véritable instance de débat où différents regards se rencontrent par un échange contradictoire. C'est un débat d'intérêt différent et contradictoire.

Evaluer c'est observer les rapports d'usages et où l'usage est préalablement construit par un concepteur de service.

Nous sommes dans un jeu de représentations : de l'utilisateur, de l'usager et du besoin.

Il s'agit de légitimer une organisation et d'expliciter le professionnalisme, le projet d'établissement, des méthodes et techniques, et les diverses compétences.

La démarche Qualité :

Le processus de la démarche qualité, dont les fondements sont la conformité, l'amélioration continue du service et enfin l'innovation, est de promouvoir et de favoriser la dynamique de la qualité au sein de l'établissement.

La démarche qualité vise à la satisfaction de l'usager L'évaluation, l'enquête de satisfaction viennent vérifier la démarche en prenant la mesure des effets et en enregistrant les écarts.

La place des parents et du conseil de vie sociale :

Ils sont les premiers concernés par l'évaluation du potentiel, des compétences et des difficultés de leur enfant. Leur avis, leurs observations sont à prendre en compte. Ils sont partenaires et associés et en capacité d'améliorer le diagnostic d'une équipe sur les besoins de leur enfant.

Le Conseil de Vie Sociale :

Parents, administrateurs et professionnels participent à cette instance où sont débattues des questions qui concernent le fonctionnement général de l'établissement. Cette instance donne un avis sur les décisions qui concernent l'organisation générale. Au S.E.S.S.A.D. le C.V.S. a réalisé une enquête de satisfaction puis en a fait la synthèse, ce qui nous a permis de repérer des besoins pour les parents, dans l'évaluation des prestations de l'établissement.

Bilan synthétique de l 'auto évaluation de l'établissement :

Le S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton" pour son évaluation interne a utilisé le logiciel PERICLES (Pour une Evaluation Référencée et Interne, Conforme à la Loi, des Etablissement ou Service) fourni par L'ANCREAI (Association Nationale des CREHAI) à tous les établissements de l'Association.

Le PERICLES aborde l'évaluation à partir de 3 grands thèmes (divisés en 13 plans) :

- Le service rendu à l'usager
- Le projet et les droits
- Les ressources

Le travail de synthèse qui suit aborde les points qui intéressent plus particulièrement le Conseil de vie sociale c'est à dire tout ce qui touche directement à la prise en charge des enfants.

PLAN 1 : PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE

Les missions de l'établissement font l'objet d'une diffusion et l'organisation générale du projet est conforme aux textes. Le projet participe au schéma départemental, et respecte les valeurs humaines

Les améliorations doivent porter sur :

¦ Le document d'informations générales, la mise en place d'un livret d'accueil associatif.

¦ L'achat de livres et armoires fermant à clé.

¦ L'ouverture vers d'autres méthodes.

¦ Un travail de questionnement sur la prise en charge globale.

PLAN 2 : CONNAISSANCE ET RESPECT DU DROIT DES USAGERS

Le droit des usagers est respecté, les textes législatifs sont appliqués et la mobilisation autour de la promotion des personnes suivies et accueillies est effective.

Les améliorations doivent porter sur :

¦ La façon de procéder en cas de blessé.
¦ La mise en place des procédures.
¦ Des formations ainsi que des exercices incendies pour l'ensemble du personnel.

PLAN 3 : DIMENSION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES INTERVENTIONS

La dimension des interventions (admission, accueil, action de prise en charge), laisse apparaître une démarche structurée, dynamique en constante amélioration. La participation valorise les compétences, encourage et soutient les initiatives (par exemple l'affichage de dessin à la demande de l'enfant). Les potentialités de l'environnement sont intégrées dans les actions collectives à travers les sorties à la piscine, bibliothèques, parcs, tramways. Chacun bénéficie de conditions d'accueil adaptées et respectueuses de sa personne. Les habitudes de vie des enfants sont reconnues et prises en compte dans l'organisation de l'accueil ou du suivi : entretien avec la famille, avec les partenaires, présentation des enfants par les partenaires lors des pré-synthèses. L'équipe constate qu'une amélioration peut être apportée concernant les critères d'évaluation du projet personnalisé et le temps consacré à celui-ci en équipe hebdomadaire les difficultés liées à la cohabitation sont reconnues, traitées et prévenues dans le but d'harmoniser la vie collective. Les réunions avec les référents favorisent la mise en œuvre des médiations de cohabitation. Les limites à la cohabitation sont identifiées et prises en compte au cours des réunions du lundi matin lorsqu'il y a mise en danger ou violence.

Les améliorations doivent porter sur :

¦ Les critères d'évaluation du projet individualisé.
¦ Temps consacrés au projet individualisé.

PLAN 4 : ASSOCIATION DES USAGERS

L'usager et son représentant sont impliqués et associés dans l'élaboration du projet personnalisé. Un dispositif initial et continu d'aide à la décision est offert. La place des aidants, des familles, des proches est clairement reconnue et définie par les intéressés.

Les points d'améliorations devrait porter sur :

¦ l'organisation et la contractualisation des fréquences de rencontre avec les parents.

¦ Une méthodologie de conception et d'évaluation du projet de l'enfant.

PLAN 5 : REGISTRES DES INTERVENTIONS

L'évaluation des registres d'interventions est assurée efficacement dans l'ensemble. Le projet d'établissement décrit précisément les actions. Les réunions pluridisciplinaires, le cahier de synthèse, le cahier de réunion sont des outils qui permettent d'intégrer ces actions au cœur du projet de la structure. Les actions diverses telles que les sorties (parc, courses, expositions, manifestations sportives, piscine, escalade, patinoire, mini séjour…), scolarisation externe, partenariat associatif sont des outils aidant à la participation sociale de chaque enfant. Les moyens humains mis en œuvre sur le plan éducatif et social sont un adulte pour deux enfants. Ce taux d'encadrement vise et permet :

- Une grande variété dans les propositions d'ateliers.
- Un respect du potentiel et des capacités de chaque enfant.
- Une mixité des adultes éducateurs.
- Une spécialisation du projet adapté aux T.E.D.

Dans son ensemble le registre éducatif et social apporte les réponses adéquates aux besoins de la population accueillie dans l'établissement. D'un point de vue général, le projet d'établissement détermine les moyens employés pour l'évaluation des actions. L'articulation du travail avec l'ensemble des partenaires facilite la confrontation de l'ensemble des actions menées. Le registre pédagogique révèle un besoin de formations aux méthodes d'enseignement périscolaire : besoin d'achat de matériel et d'aménagement d'une salle spécifique pour le périscolaire. Il faudrait par ailleurs améliorer la communication avec l'Education Nationale et former le personnel… On constate que l'approche pédagogique propose un dispositif permettant de diversifier les propositions qu'il s'agisse de la prise en charge, du bilan ou de l'évaluation.

L'établissement est en conformité avec les normes de sécurité générale.

Les modèles théoriques en matière de soins sont utilisés de façon pragmatique et non dogmatique. Les synthèses communes, le dossier C.D.A., les enquêtes de satisfaction auprès des familles, ainsi que le projet individuel encadrent l'utilisation des modèles théoriques.

Le registre thérapeutique laisse apparaître une diversité d'interventions bénéfiques à la qualité de la prise en charge.

Les points d'améliorations devrait porter sur :

¦ Une observation plus régulière par le médecin psychiatre dans l'objectif d'une amélioration du suivi thérapeutique des enfants.

¦ La communication entre les différents intervenants concernés par les enfants

PLAN 6 : INTERVENTION D'ETAYAGE ET DE SUPPLEANCE

Sur le plan du suivi thérapeutique des enfants ou de la communication avec les parents, des rencontres régulières ont lieu. Le cahier de liaison et le téléphone sont également des outils facilitant la communication parents-professionnels.

Des objectifs partagés d'aide ou de suppléance sont négociés et énoncés dans le projet individuel de l'enfant. Un travail complémentaire avec les partenaires sociaux est également négocié dans l'intérêt de l'enfant dans le cadre d'objectifs précis s'articulant autour d'une démarche d'interventions en partenariat et en réseau (synthèse commune, contrat de scolarisation, M.D.S.I., A.S.E., etc).

Ce registre montre que des rencontres régulières entre les parents et les professionnels ont bien lieu et qu'une collaboration avec les partenaires et différents interlocuteurs de la prise en charge permet une approche diversifiée et objectivée de chaque situation

PLAN 7 : COHERENCE DES INTERVENTIONS

Le parcours antérieur de chaque enfant admis est pris en compte à partir des éléments d'informations recueillis dans le dossier C.D.A. au cours des pré-synthèses et des entretiens préalables avec les familles. L'ensemble de l'information permet la conception d'un projet d'intervention cohérent. La décision de poursuivre les actions engagées et de valider l'orientation de l'enfant dans l'établissement relève en premier lieu du pouvoir des parents. Les pré-synthèses, le dossier de la C.D.A., les différents entretiens avec les parents examinent la pertinence des actions engagées.

L'ensemble des interventions est cohérent, propose de la continuité, des alternatives et un suivi.

Les points d'améliorations devraient porter sur :

¦ Systématiser les rencontres avec les partenaires dans le respect de la conformité de la procédure. Négociation avec les partenaires par le biais d'une convention.

¦ Envisager à chaque orientation un accompagnement préalable pour la présentation de l'enfant dans son futur établissement.

¦ Le suivi des enfants durant la deuxième et la troisième année de leur départ doit être amélioré.

PLAN 8 : PREVENTION ET TRAITEMENT DE LA MALTRAITANCE

La vigilance de l'établissement quant au climat, aux stratégies d'intervention et aux indices de détérioration s'opère par une observation quotidienne sur le terrain. La promotion de l'amélioration dans l'organisation est réalisée au cours des réunions hebdomadaires et réunion avec le C.V.S. Concernant le chapitre du traitement des situations de maltraitance, l'établissement complètera les réponses par des procédures inscrites dans le manuel qualité.

Elaboration des protocoles de signalement et traitement des situations de maltraitance.

L'augmentation sensible du nombre de synthèses à effectuer (2 par semaines) a pour conséquence de diminuer le temps d'analyse des pratiques. L'ensemble des professionnels souhaite que l'organisation du temps des réunions hebdomadaires soit repensée et réorganisé (1ère étape réalisée en juin et juillet 2006 par une formation du C.R.E.A.I.).

PLAN 9: RESSOURCES ARCHITECTURALES ET LOGISTIQUES

L'établissement est bien situé sur le plan des possibilités d'actions socialisantes mais la proximité des maisons entres elles pose parfois problème à nos voisins. Même si les bâtiments et les espaces sont adaptés, le jardin mériterait d'être réaménagé. L'entretien et la maintenance sont sous la responsabilité de l'Association et la communication est parfois difficile. Il y a besoin d'un cahier de liaison. La situation géographique de l'établissement permet de travailler l'autonomie et la socialisation, le matériel est adapté et suffisant mais peut néanmoins être complété.

¦ Améliorer le stationnement devant la structure afin de réduire les risques au moment des départs et arrivées des enfants en taxi.

¦ Réaménager le jardin (revêtement, pelouse synthétique) l'esthétique intérieure est à revoir au niveau des peintures et de la protection des murs. Pose d'un chauffage central pour réduire les risques liés au chauffage électrique.

¦ Il est nécessaire de se doter d'une armoire de rangement dans la salle principale ainsi que de vélos adaptés.

CONCLUSION :

La synthèse de l'évaluation interne souligne la qualité du travail des professionnels, le respect du cadre législatif par la conformité de l'ensemble du projet. Les professionnels de l'établissement ont pour la plus grande majorité participé à l'auto évaluation. Celle-ci aura duré un an. Le processus a permis de relever d'une part des manques ou des dysfonctionnements, mais également de mettre en valeur l'ensemble des missions et le fonctionnement général de l'établissement. Pour exemple des améliorations doivent être apportées sur la formation des professionnels, sur la finalisation des procédures (pour la mise en place du manuel de qualité) ou sur la communication avec le service d'entretien de l'Association. Des points forts sont aussi à relever au niveau des valeurs humaines, du respect du droit des usagers, de la dynamique de la valorisation des compétences, d'une grande ouverture sur l'extérieur…L'Association doit décider prochainement des modalités de diffusion des résultats de l'auto évaluation. La synthèse de l'auto évaluation du S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton" sera restituée à l'Association courant septembre 2007.

ANNEXE 9

S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton"

CONVENTION

de partenariat pour la prise en charge d'enfants et d'adolescents
souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement
entre le Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens
et l'Association Saint François-Xavier Don Bosco

ENTRE

Le Centre Hospitaliser Spécialisé de Charles Perrens, situé 121 rue de la Béchade – 33076 BORDEAUX CEDEX - Représenté par son Directeur, Monsieur A. DE RICCARDIS.

ET

L'Association Saint François-Xavier Don Bosco, située 181 rue Saint François-Xavier – 33170 GRADIGNAN, représentée par son Président, Monsieur Alain CLOUTOUR.

D'autre part,

VU la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social,

VU la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique,

VU la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière,

VU l'ordonnance n°96.346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,

VU le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique,

VU l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement,

VU la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale,

VU la circulaire du 18 juillet 1996 relative à la mise en œuvre de l'ordonnance n° 96.346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,

VU la lettre du 14 septembre 1999 de la C.R.A.M.A. concernant la structure S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton",

VU la loi n°2002.2 du 02 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale

VU la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits, des chances à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

VU la circulaire du 08 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de T.E.D. (troubles envahissants du développement)

Dans le cadre de la prise en charge d'enfants et d'adolescents souffrants d'autisme et de troubles envahissants du développement par l'I.M.E. "Saute-Mouton", il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 – Objectifs

La présente convention est destinée à la réalisation des objectifs suivants :

- Favoriser un accompagnement médico-social adapté à des enfants et adolescents de 6 à 18 ans, présentant des troubles autistiques, en complément de la prise en charge thérapeutique assurée par les différents hôpitaux de jour pour les enfants et adolescents dépendant du Centre Hospitaliser Spécialisé de Charles Perrens.

- Etablir une coordination et une relation privilégiée de partenariat avec le Centre Hospitaliser Spécialisé de Charles Perrens, dans le cadre de la démarche mise en place par l'Association Saint François-Xavier Don Bosco, qui s'inscrive dans une perspective de prise en charge globale des enfants et adolescents souffrants d'autisme et de troubles envahissants du développement et repose sur un réseau d'acteurs ressources.

ARTICLE 2 – Modalités de fonctionnement

L'Association Saint François-Xavier Don Bosco s'engage, en fonction des différentes autorisations administratives qui seront délivrées, à accueillir, dans son I.M.E. "Saute-Mouton" :

- en moyenne 12 enfants de 6 à 12 ans présentant des troubles autistiques qui bénéficient, au S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton", d'une prise en charge thérapeutique à temps partiel. Neuf demi-journées au maximum par semaine doivent être réparties entre les différents partenaires, le

S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton" devant assurer une moyenne de 3 (au minimum) à 5 (au maximum) demi-journées par semaine, en fonction de ses disponibilités d'accueil. L'Association Saint François-Xavier Don Bosco pourra ainsi mettre en œuvre des activités médico-éducatives en complémentarité avec les soins prodigués avec les secteurs de pédopsychiatrie. Le Centre Hospitalier Spécialisé de Charles Perrens s'engage à assurer la continuité de la prise en charge thérapeutique durant l'accueil de l'enfant au S.E.S.S.A.D. "Saute-Mouton".

- dans la section "adolescents" de l'I.M.E. (12-18 ans) en moyenne 20 enfants présentant des troubles envahissants du développement en internat ou en semi-internat sur 365 jours annuels. Lors des deux premières années suivant l'admission en section "adolescents", le Centre Hospitaliser Spécialisé de Charles Perrens s'engage à participer au moins aux deux synthèses annuelles concernant chaque adolescent et à rester disponible en fonction des besoins jusqu'à ses 18 ans.

ARTICLE 3 – Modalités de transport

Les transports vers le Centre de Soins et au départ de celui-ci sont pris en charge par la C.P.A.M. de la Gironde, sous couvert d'une prescription médicale.

Les autres transports peuvent bénéficier d'une prise en charge sécurité sociale, les médecins des hôpitaux de jour ou ceux de l'I.M.E. devant en faire la demande.

ARTICLE 4 – Coordination thérapeutique et éducative

Afin d'assurer une coordination thérapeutique et éducative, il est prévu deux synthèses au maximum par enfant par année de prise en charge (une dans chaque institution) ; des rencontres régulières seront mises en place en fonction des besoins. Les référents et les médecins psychiatres des enfants de chaque institution doivent assurer une communication régulière et soutenue tout au long de la prise en charge des enfants et des adolescents jusqu'à leurs 18 ans.

Une réunion annuelle permettra de réguler et d'évaluer la qualité du partenariat réalisé.
En cas de difficulté, les parties s'engagent à se réunir autant que de besoin.

Après accord de l'ensemble des parties, les principales procédures de coordination thérapeutique et éducative (synthèse commune et retour, élaboration du dossier M.D.P.H. pour prolongation ou orientation, etc.) seront annexées à cette convention pour servir de cadre de référence.

<u>ARTICLE 5</u> – Durée :

La présente convention est conclue pour une année. Elle sera renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une des parties en respectant un préavis de trois mois.

Fait à Gradignan, le

Le Président de l'Association François-Xavier Don Bosco

A. CLOUTOUR

Le Directeur du C.H.S. de Charles Saint PERRENS

A. DE RICCARDIS

ANNEXE 10

Convention de prestations de service

Entre :

D'une part : Ligue Sport Adapté d'Aquitaine Maison des Sports 119 Boulevard Wilson 33200 Bordeaux

Représenté par Mr RIBERT, Agissant en qualité de : Président

D'autre part : L'Association Saint François Xavier Don Bosco (l'institution) 19 Rue Henri de Montherlant 33400 Talence

Représenté par Mr CLOTOUR Agissant en qualité de Président

Article 1 : Objet de la convention

L'institution et la Ligue du Sport Adapté conjuguent leurs efforts et leurs moyens pour répondre au mieux au développement de la pratique d'activités physique et sportives adaptées auprès de personnes handicapées mentales accueillies dans l'institution.

Pour aider l'institution dans la réalisation de son programme d'activités, la Ligue du Sport Adapté propose, sous la forme de prestations de service, la mise en place d'un projet d'Activités Physiques et Sportives qui comprend

L'évaluation des attentes, des besoins et des moyens disponibles

La conception et l'élaboration (rédaction et propositions) d'un projet

La recherche et la mobilisation de partenaires pour la réalisation du projet L'animation de séances d'Activités Physiques et Sportives La mise en place d'une évaluation des actions

Article 2 : Exécution de la convention

La Ligue du Sport Adapté s'engage à mettre à la disposition de l'institution les moyens humains et techniques nécessaires à l'exécution de la prestation définie dans l'article 1.

Ces moyens comprennent notamment les interventions d'agents d'animation et de promotion pour l'encadrement d'Activité physiques et Sportives. Ces agents d'animation interviendront en enseignement et ou en animation des séances d'activités physiques et sportives.

L'institution assurera l'encadrement éducatif des groupes pendant ces séances.

L'institution et la Ligue du Sport Adapté arrêtent un programme précis des séances. Ce programme fait l'objet d'une annexe à cette convention.

Article 3 : Durée

Cette convention prend effet le 1 octobre 2007 pour cesser le 30 mars 200$.

Si la mission n'est pas achevée à cette date, les parties pourront décider d'en prolonger l'exécution pour une durée qui sera fixée par un avenant à la présente convention.

Si une partie souhaite mettre fin à l'exécution de la convention avant le terme initialement prévu, elle devra motiver sa décision et avertir l'autre partie en respectant un préavis de 30 jours.

Article 5 : qualifications et obligations du personnel intervenant

Les agents de la Ligue du Sport Adapté sont légalement qualifiés pour concevoir, enseigner et animer des programmes d'activités physiques sportives adaptées aux personnes handicapées mentales.

Au cours de leurs interventions auprès des usagers de l'institution, les agents de la Ligue du Sport Adapté sont soumis à l'application du règlement intérieur de l'institution, ainsi qu'à l'obligation de discrétion sur tous les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

La Ligue du Sport Adapté désigne Mr Jean-Robert Gartmann (Conseiller Technique National) comme référent d'encadrement de ses salariés.

L'institution désigne Monsieur MOJICA, Directeur de l'institution pour le suivi du projet,

Article 6 : Participation financière

Les interventions techniques et pédagogiques proposées par la Ligue du Sport Adapté sont gratuites.

L'institution participera aux frais de fonctionnement du personnel mis à disposition.

A ce jour, ces frais de fonctionnement sont évalués à une base forfaitaire de 8.12€ par journée d'intervention sur site.

L'institution réglera à Ligue du Sport Adapté le montant de la participation en fin de mois.

Si L'institution sollicitait de nouvelles prestations non prévues, sa participation financière pourrait être réévaluée.

Article 7 : Assurance

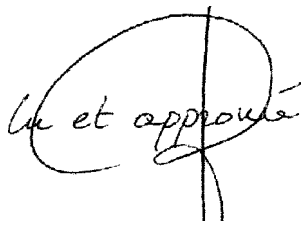
L'institution déclare avoir contracté pour la période concernée et pour les activités proposées par la Ligue du Sport Adapté une assurance couvrant en responsabilité civile chacun des participants pendant les séances d'activités physique.

L'institution est chargée de s'assurer des non contre-indications médicales à la pratique sportive pour chacun des participants aux activités physiques et sportive.

Fait à Bordeaux,

Le .9 juillet 2007

Pour la Ligue du Sport Adapté	**Pour l'Association Saint François Xavier bon Bosco**
Mr RIBERT	**Mr CLOTOUR**
Président	**Président**



Chaque page paraphée et signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

ANNEXE 11 : ***Proposition de formation sur la connaissance de l'autisme et de sa prise en charge par la C.R.E.A.I d'Aquitaine***

Formation Permanente : n° d'existence 72 33 00588 33

Date de déclaration : 4 avril 1984

Proposition de formation sur le thème :

« Connaissance de l'autisme et de sa prise en charge »

Association Saint François-Xavier Don Bosco

181 rue Saint François Xavier

BP 112

33170 Gradignan

Directeur Général : Monsieur Michel LABARDIN

Le CREAHI d'Aquitaine se propose d'effectuer une action de formation pour la future équipe en charge de l'Institut Médico-Educa pour jeunes autistes situé à Gradignan sur le thème de **« Connaissance de l'autisme et de sa prise en charge ».**

Le contexte

Dans la volonté de compléter l'offre de service en faveur des jeunes autistes, **l'Association Saint François Xavier Don Bosco** présenté au CROSMS une demande d'autorisation pour un projet d'établissement « **Institut médico-éducatif jeunes autistes »**. C dernier service est une création (semi-internat). Il complète l'offre de service déjà proposée par l'association dans le cadre d'u SESSAD spécialisé pour enfants autistes.

Cette demande ayant obtenu l'autorisation demandée, puis le financement, l'Association Saint François Xavier Don Bosco ouvre c nouvel IME en fin d'année 2007 et, dans cette perspective, procède au recrutement de sa nouvelle équipe.

Afin de préparer ces nouveaux professionnels à leur mission l'Association sollicite le CREAHI d'Aquitaine pou concevoir une formation adaptée.

La méthodologie

La formation s'adresse à l'ensemble du personnel de ce nouveau service.

Elle mobilisera des éléments de connaissances théoriques et des auditions-débats d'acteurs en exercice dans la régior professionnels de services existants et représentants d'associations d'usagers.

Les contenus ainsi proposés seront mis en rapport avec le projet initial de création du service présenté au CROSMS afin de favorise l'appropriation des professionnels de celui-ci et son enrichissement grâce à la personnalisation introduite par la formation.

La démarche proposée valorise une dimension participative et inter-active des stagiaires. Il sera demandé à chacun d'eux de tenir ur prise de notes personnelles des séances ; celles-ci seront utilisées dans les séquences d'échanges et de mises en commun. De plu un secrétariat sera demandé pour chaque séance afin de servir de support à l'enrichissement ultérieur du projet de service .

Intervenants

Réalisation et coordination pédagogique :

Thierry DIMBOUR, Directeur du CREAHI d'Aquitaine.

Intervenants :

Thierry DIMBOUR, Directeur du CREAHI d'Aquitaine

Bénédicte MARABET, Conseillère Technique du CREAHI d'Aquitaine

Professeur Manuel BOUVARD, Pédo-psychiatre, Chef de service au Centre Hospitalier Charles Perrens (Bordeaux) responsable du Centre Ressource Autisme

Danielle QUOIX, Présidente de Sésame Autisme Aquitaine (Talence)

Rita THOMASSIN, Formatrice spécialisée sur les questions de l'autisme

Mohamed BARAKE, Psychologue, Psychanalyste (Bordeaux)

Equipe de l'IME "Le Landié" (Casseneuil - 47)

Calendrier et programme de la formation

Dates	Contenu	Intervenants
Jour n°1 Lundi 5 novembre 2007 9h-12h	- *Présentation détaillée du programme et situation de l'expérience des stagiaires* dans l'action médico-sociale en général d'une part, au regard de la prise en charge de l'autisme d'autre part. - *Le projet de l'IME tel que présenté au CROSMS en 2007 (*acquis, questions et pistes d'amélioration)	**Thierry DIMBOUR**, Directeur du CREAHI d'Aquitaine
14h-17h	Situer le projet de l'IME dans ***la politique générale de prise en charge de l'autisme en France*** - *politique générale (circulaire du 08/03/05), action régionale (CTRA) ;* - *état des lieux, y compris études en cours (DGAS)* - *situation* en Aquitaine, et en Gironde	**Bénédicte MARABET** , Conseillère technique du CREAHI d'Aquitaine

Jour n°2 Mardi 6 novembre 2007 9h-12h 14h-17h	***L'autisme et les Troubles Envahissants du Développement (TED)*** - Définitions : approche clinique, épidémiologique, étiologique. - La question du diagnostic, place du syndrome dans les diverses classifications. - L'évaluation et ses méthodes. - Les différents courants théoriques. - Les préconisations de l'Agence **Le Centre régional Ressources Autisme** - Missions - Moyens	**Professeur** **Manuel BOUVARD** Pédo-psychiatre Chef de service Centre Hospitalier Charles Perrens Bordeaux, Responsable du Centre Ressources Autisme Et ses collaborateurs
Jour n°3 Mercredi 7 novembre 2007 10h-17h	**Expériences de terrain. Témoignages d'équipes professionnelles (1)** Auditions-débats de représentants d'une équipe en exercice : les références théoriques sous-jacentes au projet, l'organisation globale du projet d'établissement ou de service, les pratiques (éducatives, pédagogiques, thérapeutiques, sociales…), la coopération pluridisciplinaire, les relations avec les familles, les partenariats…	**IME Le Landié** **Casseneuil (47)**

Dates	Contenu	Intervenants
Jour n°4 Jeudi 8 novembre 2007 9h-12h 14h-17h	***« Spécificités de la relation avec la personne, ou l'enfant, autiste »*** - Développement déviant et dysharmonique, particularités fonctionnelles, cognitives et sensorielles - Gestion des troubles du comportement : définition, analyse, outils d'observations, plan d'intervention **La prise en charge de l'autisme :** - Organisation institutionnelle - Bases pédagogiques - Projet éducatif individuel	Rita THOMASSIN Formatrice spécialisée
Jour n°5 Vendredi 9 novembre 2007 9h-12h	***Le point de vue des usagers : parole d'associations.*** Auditions-débats avec des représentants d'associations de parents d'enfants autistes autour, notamment, des thèmes suivants : Pourquoi une association ? Quel soutien aux parents ? L'articulation avec les professionnels.	Danielle QUOIX Présidente, Sésame Autisme
14h-17h	***Relation avec les familles*** Partenariat familles/professionnels	Rita THOMASSIN Formatrice spécialisée

Jour n°6 Vendredi 16 novembre 2007 9h-12h	***Ré-appropriation personnelle des éléments de la formation par les stagiaires.*** - Sollicitations pour un échange autour de quelques mots-clés tels que : implication, relation, rencontre, communication, (se) défendre, (se) permettre, (se) protéger, éprouver, ressentir, être, faire, … - Animation des réactions libres et des commentaires des stagiaires afin de permettre un débat sur les enjeux de la relation éducative.	Mohamed BARAKE Psychologue, Psychanalyste
14h-17h	***Ré-appropriation des éléments de la formation par l'équipe :*** analyse critique des contenus et valorisation de compléments techniques à apporter au projet de service initial. ***Evaluation de la formation.***	**Thierry DIMBOUR**, Directeur du CREAHI d'Aquitaine Rita THOMASSIN Formatrice spécialisée

Lieu et date de la formation

La formation se déroulera principalement dans les locaux de l'Institut Médico-Educatif à Gradignan de 9h à 12 et de 14h à 17h.

Proposition financière

Coût pédagogique :

Le coût pédagogique forfaitaire de la journée de formation (6 heures) est de 1 100,00 €uros

L'Association Saint-François-Xavier Don Bosco soutenant le CREAHI à travers la Contribution Volontaire, un abattement de 20 % es accordé.

Soit pour 6 jours de formation un total coût pédagogique de 5 280,00 €uros

Coût des déplacements :

Forfait pour les intervenants extérieurs 250,00 €uros

un coût des déplacements total est de 250,00 €uros

LE COUT TOTAL DE LA FORMATION EST DE 5 530,00 €UROS.

La durée de validité de cette proposition est de 4 mois, soit jusqu'au 19 novembre 2007.

Les stagiaires

Le nombre définitif des stagiaires participant à la formation et pour lesquels une attestation de présence sera demandée, devr impérativement être communiqué au CREAHI, par l'intermédiaire des annexes à la convention qui sera établie.

Une attestation de stage de ces personnes sera délivrée sur simple demande, à la fin de l'intervention seulement si cette même annex est bien retournée et correctement remplie.

Je soussigné, représentant l'Association Saint-François-Xavier Don Bosco donne mon accord pour l'exécution du présent devis, à la suite duquel une convention de formation suivra.

Fait à , le

Cachet et signature

ANNEXE 12 : ***Plan d'action pour l'ouverture de l'IME***

PLAN D'ACTION

	Responsabilité	juil-07	août-07	sept-07	oct-07	nov-07	déc-07
Gestion des ressources humaines							
Élaboration des fiches de poste	D. Mojica. V. Lepront	→					
Réalisation organigramme hiérarchique et fonctionnel	D. Mojica.	→					
Étude des offres d'emploi actuellement disponibles	M. Labardin, D. Mojica, G. Viel, JC Lasternas						
Offre d'emploi à élaborer + publication en interne et externe	D. Mojica, V. Lepront		→				
Information du Comité d'entreprise sur l'ouverture de l'IME	M.Labardin				→		
Information du CHST sur l'ouverture de l'IME	M.Labardin			→			
Transmission aux futurs salariés du règlement intérieur de l'Association	D. Mojica					→	
Élaboration du règlement de fonctionnement de l'IME	D. Mojica. Futur CSE			→	→		
Conseil de la vie sociale : soumission au CE de candidats parmi les membres du personnel							→
Élaboration du plan de formation d'ouverture (formation collective + projet d'établissement)	D. Mojica	→					
Information du Conseil de direction sur la plan de formation d'ouverture	M. Labardin	→					
Étude sur le financement du plan de formation d'ouverture	M. Aussant			→			
Avis du CE sur la mise en place du plan de formation d'ouverture	M. Labardin			→			
Élaboration du plan de formation 2008 (formation individuelle)	D. Mojica				→	→	
Réflexion à mener sur le recrutement potentiel de travailleurs handicapés	M. Labardin. D. Mojica. CSE			→			

Avis du CE sur le règlement de fonctionnement	M.Labardin				→		
DUE, Convocation visite médicale d'embauche	L. Monier				→		
	Responsabilité	juil-07	août-07	sept-07	oct-07	nov-07	déc-07
Projet architectural							
Evaluation des domaines			→				
Achat. Réalisation actes notariés	M. Labardin		→				
Proposition d'affectation des salles des bâtiments	D. Mojica	→					
Détermination de la mission de l'architecte, Mme Maistre. Une étude globale du projet pour la restructuration finale et une étude pour une occupation effective en novembre	Michel Labardin						
Élaboration du programme des premiers travaux à effectuer	Mme Maistre						
Esquisse générale du projet	Mme Maistre				→		
Avis du CSV sur les travaux prévus	D. Mojica				→		
Visite des locaux par les membres du bureau	M. Labardin				→		
Avis du CHSCT	M. Labardin				→		
Commission de sécurité	M. Labardin					→	
Avis du CE sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels	M. Labardin				→		
Politique générale de l'établissement							
Mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002	D. Mojica. CSE			→			
Mise en conformité avec la loi du 11 février 2005+ circulaire 8 mars 2005	D. Mojica. CSE			→			
Élaboration projet d'établissement d'ouverture	D. Mojica. CSE			→			
Avis du Conseil d'administration sur le projet d'établissement d'ouverture	M. Labardin			→			
Avis du conseil d'administration sur les outils de la loi du 2 janvier 2002	M. Labardin			→			

Avis du comité d'entreprise sur le projet d'établissement d'ouverture	M. Labardin			→		
Refondation du projet d'établissement à partir du projet d'ouverture	D. Mojica. CSE					
	Responsabilité	juil-07	août-07	sept-07	oct-07	nov-07
Politique générale de l'établissement (suite)						
Définition des liens du futur IME avec le siège administratif (service du personnel, service comptabilité,,,)	M. Labardin,D.Mojica	→				
Tableau de bord associatif relatif à l'activité	D. Mojica. CSE					
Envoi projet d'établissement + livret accueil aux partenaires (MDPH, Hôpitaux de jour, CRA,,,,)	D. Mojica				→	
Négociation Budget ouverture + effectif complet 2008	M. Labardin.D. Mojica		→			
Dépôt budget 2008	MN Vigot				→	
Négociation Budget 2008	M. Labardin.D. Mojica					
Travail avec les partenaires						
Convention avec le secteur hospitalier Charles Perrens, Cadillac	M.Labardin. D.Mojica	→				
Convention avec Charles Perrens pour la mise à disposition d'un médecin psychiatre	M.Labardin. D.Mojica				→	
Convention sport adapté	M.Labardin. D.Mojica	→				
Convention éducation nationale (CLIS)	M.Labardin. D.Mojica				→	
Convention CPAM	M.Labardin. D.Mojica				→	
Convention INJS(mutualisation)	M.Labardin. D.Mojica				→	
Avis CE sur la participation à des actions de coopération	M.Labardin.				→	
Projet d'aménagement des locaux						
Devis équipement des locaux	E.Nevery		→			
Installation équipement	S.Ivanez				→	
Convention produit entretien	E.Nevery					→
Nettoyage général	A voir? Incotech				→	

Contact EDF, France Telecom, Opérateur Internet	E.Nevery. S. Ivanez				→	
Aménagement salle Snowselen	E. Nevery				→	
Commande véhicule	E. Nevery				→	
	Responsabilité	juil-07	août-07	sept-07	oct-07	nov-07
Démarches administratives						
Visite de conformité	M. Labardin. D.Mojica					→
Arrêté d'ouverture	Préfecture			→		
Permis de construire chalet + serre	Mme Maistre					
Étude procédure d'admission	D.Mojica				→	
Assurance	M.Palacios					
Management du projet						
Information mensuelle Bureau/ CA	A. Cloutour, M.Labardin.					
Assemblée générale extraordinaire	A. Cloutour				→	
Comité de pilotage associatif (G. Viel, JC Lasternas, D. Mojica, Michel Labardin, V. Lepront et possibilité d'élargissement en fonction des problématiques traitées)	M. Labardin					
Groupe projet IME/SESSAD (D. Mojica, CSE, cadres institutionnels)	D. Mojica					
Information mensuelle Conseil de direction	M. Labardin					
Communication						
Mise à jour site Internet	B.Borne					
Programmation d'une démarche de communication (presse spécialisée, ASH, Directions,,,)	Comité de pilotage associatif					