

**ASSOCIATION DE GESTION
D'ASSOCIATIONS DE PARENTS ET
D'ENFANTS INADAPTES. 13 NORD
OUEST**

**INSTITUT MEDICO EDUCATIF
« Les Cyprès »**

**PROJET D'ETABLISSEMENT
2016 – 2020**

**Siège social :
Quartier les Moulédas
Chemin de sans souci
13 300 Salon de Provence
Tel : 04.90.17.03.60 – Fax : 04.90.17.03.61**

Date de création : 28 Novembre 2015

Table des matières

PARTIE 1. ASSOCIATION ET ETABLISSEMENT	4
1.1 L'Organisme gestionnaire. L'Association.....	4
1.1.1 Historique, valeurs et missions :.....	4
1.1.2 Fonctionnement et délégations.	5
1.1.3 L'évolution de la gouvernance. Un nouvel organisme gestionnaire : L'Agapei 13 NO. ...	5
1.2 L'ETABLISSEMENT. Institut Médico Educatif (IME) « Les Cyprès ».	6
1.2.1 Le cadre légal et l'agrément.	6
1.2.2 La conception du déficit intellectuel	8
1.2.3 La conception du « TED » et les particularités de fonctionnement	8
1.2.4 Etude des populations.....	9
1.2.5 Les objectifs poursuivis par l'IME	10
PLAN ACTION 2016 -2020. PARTIE 1	11
PARTIE 2.NATURE DE L'OFFRE.....	12
2.1 Les fondements théoriques à l'organisation de l'IME.....	12
2.2 Les différentes unités de travail.	13
2.2.1 Une section d'éducation et d'Enseignement spécialisé (Sees).	13
2.2.2 Une section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP).	13
2.2.3 Une unité dédiée pour les enfants et adolescents autistes	13
2.2.4 Un internat de semaine.	14
2.2.5 Une unité d'enseignement (UE)	14
2.2.6 Un plateau technique médical et para médical	16
2.2.7 La fonction sociale	18
2.3 Les supports aux interventions	19
2.3.1 Le réseau de partenaires	19
2.3.2 Les ressources matérielles.....	21
2.4 Les différentes phases de l'accompagnement	22
2.4.1 L'admission et la période d'observation.	22
2.4.2 Elaboration du projet personnalisé contractualisé (PPC). La synthèse.....	23
2.4.3 La tenue des équipes de suivis de scolarisation (ESS) à l'IME.	25
2.4.4 La sortie	26

2.5 L'individualisation des parcours	27
2.5.1 Projets d'ateliers. Constitution de groupes de besoins et partenariat.	29
2.5.2 Le fonctionnement spécifique de la section « autistes ».	29
2.5.3 L'organisation spatiale et la référence.	30
2.6. La sécurité, l'hygiène et la prévention de la maltraitance.	30
PLAN ACTION 2016 -2020. PARTIE 2	32
PARTIE 3. RESSOURCES HUMAINES ET GESTION DU PERSONNEL.....	33
3.1 Le management.....	33
3.2 Le fonctionnement des services.....	33
3.2.1 Organigramme.....	33
3.2.2 Horaires d'ouverture et répartition du temps de travail entre services.....	33
3.2.3 Les réunions.....	33
3.2.4 Les remplacements et répartitions.	34
3.3 Les effectifs.....	35
3.4 Les emplois du temps.....	35
3.5 Les fiches de postes.....	36
3.6 Le règlement intérieur.....	36
3.7 Le soutien aux personnels.	36
3.8 L'expression des salariés. Les instances représentatives des personnels. (IRP)	37
3.9 La gestion financière.	37
PLAN ACTION 2016 -2020. PARTIE 3	38
PARTIE 4. PROSPECTIVES. L'IME 2020 - 2025	39
4.1 Evolution des populations.....	39
4.2 Evolution des politiques publiques.	40
4.3 Evolution des métiers.....	40
4.4 Evolution de l'IME	41

PARTIE 1. ASSOCIATION ET ETABLISSEMENT

1.1 L'Organisme gestionnaire. L'Association¹

L'Œuvre des Papillons Blancs de Salon de Provence et des environs est une Association de parents, type loi 1901, affiliée à l'UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents de Personnes Handicapées mentales et de leurs Amis) reconnue d'utilité publique.

L'Association a été déclarée en Préfecture le 12 septembre 1958 et enregistrée à la sous-préfecture d'Aix en Provence sous le n° 2349/58.

1.1.1 Historique, valeurs et missions :

Fin des années 50, de nombreux enfants handicapés pourtant en âge scolarisation, se voient refuser l'entrée dans les classes de l'Education Nationale avec pour seule alternative le placement psychiatrique ou l'isolement social et familial. Les parents désireux de trouver des solutions adaptées vont militer aux travers de la constitution d'associations parentales pour la création d'établissements capables d'accueillir leurs enfants. C'est dans ce contexte qu'en septembre 1958, se crée localement l'association intitulée « L'Œuvre Familiale de Défense et de Protection des Enfants Déficients Mentaux du Pays Salonais ». Sous l'impulsion de son fondateur « Jean Paour », l'association s'engage pour la reconnaissance, le respect, l'aide, la défense des intérêts et d'une façon plus générale la protection des enfants handicapés.

Dès son origine, l'association pour renforcer son action et défendre ses intérêts, développe des relations de collaboration avec l'UNAPEI, l'URAPEI (niveau régional) et l'UDAPEI (niveau départemental).

En 1991, l'association change de statuts et de nom pour devenir l'actuelle « Œuvre des Papillons Blancs de Salon et des environs ». L'association et ses membres partagent des valeurs communes :

- La tolérance et l'acceptation de la différence de l'autre et de sa singularité,
- La solidarité et l'entraide à l'égard des personnes déficientes intellectuelles accueillies et de leurs familles,
- La reconnaissance de l'utilité sociale de l'association, participante à une mission d'intérêt général,
- La reconnaissance des personnes déficientes intellectuelles comme citoyennes à part entière et détentrices de droits fondamentaux,
- Le respect à chaque fois que possible, du choix de vie de la personne déficient intellectuelle.

L'Association se donne comme mission de créer et de développer des établissements et services permettant que des personnes qui du fait de leur handicap mental et/ou la maladie se trouvent exclues, puissent retrouver et exercer des rôles socialement valorisés. L'Association fixe comme objectif que les établissements développent autant que possible l'autonomie des usagers et leur pleine citoyenneté.

¹ Confère projet Associatif disponible au siège et ou à l'Association

1.1.2 Fonctionnement et délégations.

L'Association fonctionne comme toute association type loi 1901. Une assemblée générale annuelle permet d'élire des représentants au conseil d'administration. Une fois le CA constitué, il détermine un bureau et un président. Des commissions composées d'administrateurs permettent en lien avec les services techniques du siège et des établissements d'instruire des dossiers fondamentaux pour l'association comme les travaux (patrimoine) et les budgets. Mr Menaut exerce la fonction de président de l'association depuis 2007.

En 2005, l'Association souhaite se structurer davantage pour faire face à des contraintes toujours plus fortes. Sa responsabilité s'accroît dans un contexte de plus en plus réglementé où le recours juridique se multiplie, se développe. L'association est autorisée à créer un siège, au sein duquel Mr Musiol occupe le poste de directeur général depuis 2014. Le siège centralise les comptabilités de chacun des établissements. Le responsable administratif et financier assure une mission de veille et d'alertes garantes du bon fonctionnement des différentes démarches administratives et financières.

Le directeur général agit par délégation du Président à qui il rend compte régulièrement de l'activité de toutes les structures. Il est l'interlocuteur privilégié pour toutes les instances extérieures. Il assume la gestion complète, dans le respect des orientations définies par l'association, de l'ensemble des services de l'association. De sa place de technicien, il éclaire l'association sur les aspects cliniques, financiers et réglementaires, pour qu'elle puisse assurer des choix politiques en toutes connaissances de causes. Le directeur général délègue une partie de ses attributions aux directeurs d'établissements. Sous son contrôle, ils sont chargés de mettre en œuvre les projets d'établissements et services, en respectant les orientations retenues par l'association, les réglementations et les limites des enveloppes financières arrêtées avec les pouvoirs publics.

L'Association, avec l'appui technique du siège administratif, gère 9 établissements et services². Ce sont, tout au long de l'année, 180 professionnels salariés qui assurent un service de qualité dans l'accompagnement des 347 usagers accueillis dans les différents sites.

1.1.3 L'évolution de la gouvernance. Un nouvel organisme gestionnaire : L'Agapei 13 NO³.

Depuis quelques mois, les Associations d'Arles (Chrysalide) et de Salon se sont rapprochées pour créer une nouvelle association de gestion. Les deux associations sont animées d'une profonde volonté de garantir un accompagnement de qualité aux usagers en se fondant sur les valeurs des associations parentales adhérentes à l'UNAPEI. La création d'un nouvel organisme gestionnaire intitulé Association de Gestion des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés « 13 Nord-Ouest » (AGAPEI. 13. NO.) doit favoriser l'atteinte de cet objectif en assurant la pérennité du mouvement parental, grâce à une nouvelle gouvernance ; à une meilleure représentation sur le territoire ; à un rassemblement d'expériences et de talents.

² Confère annexe 1 : Liste des établissements et services gérés par l'Œuvre de Papillons Blancs de Salon.

³ Confère projet de regroupement associatif disponible au siège et/ou à l'Association.

La nouvelle gouvernance est établie de la façon suivante :

- Le maintien des deux associations de parents qui conservent tout ce qui relève de l'action sociale et familiale.
- Un nouveau conseil d'administration composé de façon égalitaire d'administrateurs issus des Associations de Salon et d'Arles se dote d'un Président. Ce nouveau conseil, appelé conseil de surveillance fixe les orientations politiques au directeur général.
- Des conseils de gestions émanant du conseil de surveillance permettent d'assurer un dialogue de proximité avec les établissements structurés en 4 pôles d'activités, chacun dirigé par un directeur : Travail (Esat et EA⁴). Hébergement (foyer d'hébergement et occupationnel). Enfance et adolescence (IME et Sessad). Foyer médicalisé (Fam).

1.2 L'ETABLISSEMENT. Institut Médico Educatif (IME) « Les Cyprès ».

Coordonnées⁵ : Quartier des Moulédas, chemin de sans souci. 13 300 Salon de Provence.
Courriel : secretariat.ime@pblancs-salon.fr. Tel : 04.90.17.03.50 – Fax : 04.90.17.03.51.

L'institut médico éducatif « Les Cyprès » a été créé en 1959. Il est implanté sur un terrain d'environ 5 hectares, situé sur la commune de Salon de Provence, aux limites de la ville. De compétence Etat, l'établissement est agréé par le préfet depuis le 10 décembre 1958, restructuré par arrêté numéro « 93.16 », le 23 avril 1993, dans le cadre de la mise en conformité des annexes XXIV. Numéro FINESS : 130 782 618. Par décision du 22 octobre 2015, le directeur général de l'ARS autorise la création d'une section « autisme » de 8 places pour enfants avec autisme et autres TED par transformation de huit places « DI ».

L'établissement reçoit des usagers orientés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées (CDAPH) au titre de la reconnaissance d'une « déficience intellectuelle » et/ou de « l'autisme/TED ». Il s'agit d'une mesure de compensation ouvrant droit pour l'utilisateur à une prise en charge complète des frais occasionnés par son accompagnement par l'assurance maladie et à d'éventuelles aides complémentaires notamment financières. Les caisses d'assurance maladie auxquelles sont affiliés les usagers règlent à l'établissement un prix de journée fixé annuellement par la Direction de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). Ce prix de journée varie selon les modalités d'accueil du jeune en internat ou en semi internat. L'ARS assure le contrôle de l'ensemble des prestations de l'établissement : La qualité des installations, la nature des actions développées en lien avec le respect de plusieurs normes, l'efficacité de la gestion financière et budgétaire, la négociation et les autorisations de projets.

1.2.1 Le cadre légal et l'agrément.

En référence au Code de l'Action sociale et des familles, article L 312-1-1, 2, l'IME des Cyprès est un établissement d'enseignement qui assure, en priorité, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs et jeunes adultes en situation de handicap présentant des difficultés d'adaptation. L'établissement est régi par :

- Les lois d'orientation de 1975 prévoient que : « les enfants et adolescents handicapés

⁴ Esat : Etablissement et service par le travail. E.A : Entreprise adaptée

⁵ Voir annexe 2. Plan de situation des structures.

sont soumis à l'obligation éducative. L'état prend en charge les dépenses d'enseignement et de la première formation professionnelle soit de préférence dans des classes ordinaires ou des classes relevant de l'Education nationale, soit en mettant du personnel qualifié à la disposition des établissements ».

- La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, réaffirme que tout doit être fait pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire.
- L'annexe XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, définit les conditions techniques de fonctionnement des structures.
- La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dite loi de la bientraitance, garantit les droits des usagers par l'installation de documents obligatoires (Livret d'accueil. Charte des droits et des libertés. Contrat de séjour. Règlement de fonctionnement. Conseil de vie sociale) et la place centrale des usagers dans l'ensemble des dispositifs les accueillant. Elle installe l'obligation pour les ESMS d'installer une démarche qualité aboutissant au renouvellement de l'agrément tous les 15 ans. Elle redéfinit le cadre de la gestion budgétaire et financière, en favorisant la pluri-annualité et la souplesse avec un contrôle à posteriori du fonctionnement.
- La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce l'accès premiers des personnes handicapées aux dispositifs de droits communs « ordinaires » se traduisant particulièrement pour les enfants à une inscription de droit, dans l'école de quartier. Elle crée le guichet unique pour les personnes handicapées avec l'installation des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et le droit à la compensation du handicap

Au-delà de l'intégration et du respect du cadre réglementaire, l'établissement fait également siennes les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM⁶. Ces recommandations bien que ne faisant pas obligations, font références et doivent être prises en considération car elles fournissent un précieux cadre de réflexions pour assurer l'animation et le développement des actions de l'établissement. Le Copil chargé de l'élaboration du projet d'établissement a fondé son travail sur la recommandation : Projet d'établissement et de service.

Agrément : L'établissement accueille 120 enfants des deux sexes âgés de 6 à 20 ans.

118 personnes présentent comme handicap dominant une déficience intellectuelle sans autre forme de précision. 8 personnes autistes/TED âgées de 6 à 20 ans en semi-internat. Il s'agit de places redéployées, précédemment affectées à l'accompagnement de personnes « DI ». L'IME se compose des sections suivantes :

- Section d'Enseignement et d'Education Spéciale (Sees) de 32 places pour des enfants âgés de 6 à 14 ans. 5 places en internat. 27 en semi-internat.
- Sees de 30 places pour des jeunes âgés de 6 à 20 ans. 5 en internat, 25 en semi-internat.
- Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) de 58 places pour des jeunes âgés de 14 à 20 ans. 10 places en internat, 48 en semi-internat.

⁶ Confère site internet de l'ANESM. Agence Nationale d'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médicaux Sociaux. Voir liste des recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées.

1.2.2 La conception du déficit intellectuel

La Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (connue sous la "CIM-10") publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS), retient que le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. Le modèle conceptuel sous-entendu par la classification internationale intègre modèles individuel et social, dans une perspective systémique qui conçoit le handicap, comme le résultat d'un processus où facteurs individuels et contextuels interagissent pour produire une situation de handicap.

La qualification 'déficit intellectuel', recouvre un public très large. Depuis la déficience légère jusqu'au handicap profond. Les origines, les manifestations des déficits, les troubles associés sont très variées : anxiétés, repli, auto ou hétéro agressivité, troubles de l'humeur, retard du développement, des apprentissages, difficultés relationnelles, de communications, etc.

L'analyse des données de la littérature internationale⁷ met en lumière de multiples facteurs susceptibles d'intervenir dans la survenue de troubles mentaux. Il est nécessaire de rester prudent quant à l'établissement de liens de causalité, beaucoup de ses facteurs pouvant être aussi bien cause que conséquences du trouble considéré ou ne lui être qu'indirectement reliés. Enfin la question des interactions entre l'environnement (y compris relationnel et affectif) et les facteurs de prédisposition génétique reste au cœur des débats.

1.2.3 La conception du « TED » et les particularités de fonctionnement

Les TED (F84) sont classés par la CIM-10 dans les troubles du développement psychologique. Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. Les TED regroupent des situations cliniques diverses, entraînant des situations de handicap hétérogènes. Cette diversité clinique peut être précisée sous forme de catégories ou sous forme dimensionnelle.

Les troubles du spectre autistique génèrent des fonctionnements particuliers : Les personnes autistes ont une perception spécifique de leur environnement. Elles ont de grandes difficultés à comprendre les interactions sociales et à s'y conformer. Elles manquent de réciprocité sociale et émotionnelle. L'altération de la qualité de communication comporte un large spectre de comportements, du mutisme jusqu'au trouble de la pragmatique. Les personnes ont des intérêts restreints, répétitifs, des préoccupations sensorielles, qui les conduisent à s'accrocher à des schémas immuables. Le fonctionnement cognitif est singulier du fait : d'un fonctionnement préférentiel par le détail (cohérence centrale) dans les contextes sociaux ; de la difficulté à se mettre à la place de l'autre (théorie de l'esprit). Les fonctions exécutives sont altérées avec une difficulté de flexibilité mentale. Sur le plan socio émotionnel, la personne autiste a du mal à décoder les expressions faciales et à exprimer ses émotions. Le langage du

⁷ Rapport 2004 INSERM troubles mentaux « dépistage et prévention chez l'enfant et adolescent »

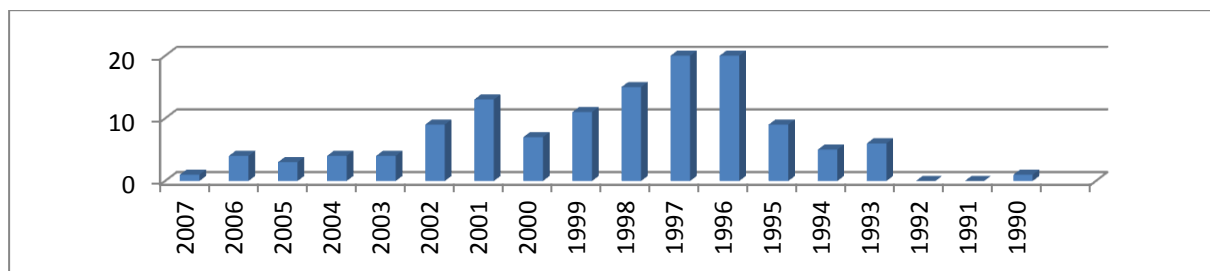
fait de leur manque de compréhension de l'implicite, de la tendance à focaliser sur le détail ou encore de la difficulté à organiser la pensée, rend compliqué l'acte de communication. Le fonctionnement moteur et sensoriel est perturbé du fait : de la modulation du traitement sensoriel (Hyper/Hypo réactivité); de la coordination visio-manuelle, des anticipations des ajustements posturaux, de la planification du mouvement et de l'organisation de l'action pour agir vers un but. L'autisme peut être associé à d'autres pathologies. Pour les plus présentes chez les enfants et les adolescents : le retard mental, les troubles du sommeil, le déficit de l'attention ou l'hyperactivité, les troubles psychiatriques, l'épilepsie, les maladies génétiques monogéniques les plus fréquentes (syndrome de Rett, le syndrome du X-fragile, la sclérose tubéreuse de Bourneville). D'autres pathologies somatiques peuvent coexister avec les TED, comme chez toute autre personne.

1.2.4 Etude des populations

Nous accueillons un public très hétérogène du fait des âges (de 6 à 20 ans et plus) et de la variété des étiologies et des troubles existants.

Caractéristiques des populations

Pyramide des âges (source CA 2014) :



Les écarts d'âges vont de 7 ans pour les plus jeunes, jusqu'à 24 ans pour les plus âgés. Les âges les plus représentés sont ceux de 17 ans et de 18 ans. La population des 15/18 ans, représente plus de 52 % des usagers.

La courbe illustre assez bien, le phénomène d'arrivée de plus en plus tardive à l'IME. Le public présent est un public « âgé » de plus de 15 ans. Nous avons donc un important déséquilibre des âges du côté de l'adolescence et du jeune adulte qui contribue au regard de leur psychopathologie à augmenter les risques de comportements « agressifs » et mobilisent beaucoup de notre énergie.

Les amendements « Cretons » : En 2014, 19 usagers ont atteint ou dépassé l'âge de 20 ans. D'ici à 4 ans, ce sont potentiellement 69 personnes qui auront atteint ou dépassé 20 ans.

Pathologies (source enquête Drees 2014) : Les colonnes doivent être lues sans correspondances entre elles.

PATHOLOGIES		DEFICIENCES ASSOCIEES		DEFIENCES PRINCIPALES	
Trisomie	21	Troubles du langage et de la parole	3	Déficiência mentale sévère	11
Autres pathologies génétiques	19	Dysphasie /Dyspraxie	2	Déficiência mentale moyenne	69
Psychoses infantiles	14	Troubles du psychisme	11	Déficiência mentale légère	43
Autisme	17	Déficiences motrices	2		
Traumatisme crânien	1	Polyhandicap	1		
Accidents périnataux	13	Pluri-handicap	1		
Autres pathologies	3	Déficiência métabolique et intestinale	2		
Aucune pathologie	23	Déficiência auditive	1		
Pathologie inconnue	12	Aucune déficiência associée	100		
TOTAL	123		123		123

Tous les usagers présentent comme handicap dominant un déficit intellectuel mais les manifestations et les composantes de ce déficit sont d'origines extrêmement variées : Maladies génétiques avérées. Accidents péri et postnataux avec des conséquences essentiellement neurologiques. Carences précoces éducatives et sociales graves. Troubles de la personnalité induisant un rapport gravement altéré de la réalité. Troubles envahissants du développement et Autismes.

1.2.5 Les objectifs poursuivis par l'IME

Ils se définissent en intégrant à la fois les objectifs que nous fixent les textes de loi, les orientations éthiques et politiques de l'association ainsi que de la conception que nous nous faisons du déficit intellectuel et de l'autisme.

Chaque personne doit bénéficier de réponses individuelles, construites, mises en œuvre et évaluées dans un processus de partenariat regroupant tous les professionnels agissants au sein de l'IME ou en dehors, la famille et la personne elle-même.

Objectifs : Amener la personne handicapée à un mieux-être, lui permettant en fonction de ses capacités et aspirations de se réaliser personnellement et à pouvoir s'intégrer tant socialement, qu'économiquement dans des dispositifs ordinaires ou spécialisés.

L'intervention va toujours s'articuler autour de trois idées maîtresses :

- 1) La personne est actrice, sujet de sa propre prise en charge et doit participer activement à l'élaboration de son projet individualisé et à sa réalisation.
- 2) Découverte et amélioration et des potentialités. C'est le support à l'action éducative et pédagogique.
- 3) Réduction des souffrances, support à l'action médicale et paramédicale.

**PLAN ACTION 2016 -2020
PARTIE 1.**

Projet	Date de réalisation	Qui
La création d'un nouvel organisme gestionnaire conduit naturellement à de nouvelles négociations d'entreprise. Cela crée des inquiétudes plus ou moins vives qui nécessitent que l'entreprise veille particulièrement à fournir des informations et explications régulières et claires sur les évolutions.	Dès à présent	DG Directeur
La réécriture du projet s'imposait car il était devenu obsolète et ne correspondait absolument plus à la réalité du fonctionnement.	Janvier 2016	Directeur Copil
Réactiver le Copil d'évaluation interne afin de mettre en place une véritable démarche qualité alternant phases d'évaluations avec plan d'amélioration.	Janvier 2017	Directeur Copil démarche qualité
Insérer une procédure explicitant les conditions d'accès au dossier et le recours possible à la personne qualifiée	Septembre 2016	Directeur Copil à venir au sujet de la réactualisation des documents de la loi 2002
Retravailler l'avenant au contrat de séjour en lien avec le projet personnalisé	Au fur et à mesure du renouvellement des projets	Directeur Chef de service Secrétaire
Elaborer un plan au sujet de la bientraitance	Janvier 2018	Directeur Copil à venir sur ce sujet
Rédiger les procédures comptables et administratives	Janvier 2019	Directeur Services siège Secrétaire

PARTIE 2.NATURE DE L'OFFRE

2.1 Les fondements théoriques à l'organisation de l'IME

La déficience intellectuelle n'existe pas en tant qu'une origine singulière ciblée, mais bien en tant que syndrome, c'est-à-dire : « un faisceau de signes divers dont on remarque le groupement et qui dépend d'un mécanisme commun.⁸ » Le dénominateur commun à ce déficit, c'est la difficulté pour celui qui en est atteint à établir des liens, des correspondances, à réaliser des expérimentations.

Nous retenons l'idée que le déficit intellectuel correspond à des états de fixation plus ou moins dysharmoniques à des stades ordinaires du développement, mais sans rapport à l'âge où ils se réalisent habituellement. Il faut donc chercher les sources de réflexions soutenant l'action, dans les théories de la personnalité⁹ et de l'identité¹⁰ que Kardiner synthétise en écrivant : « la personnalité se construit à la fois par le biais de systèmes de structuration interne et de systèmes d'actions et d'adaptations à l'environnement » Cette définition a le mérite de montrer qu'il a plusieurs approches (psychanalytiques, sociologiques, biologiques, psychologiques, culturelles..), pouvant se compléter, pour éclairer ce mécanisme complexe de la construction des personnalités.

L'être humain tout au long de sa vie est dans un processus de maturation à la fois sur le plan physiologique et psychique le faisant passer d'un stade d'embryon à celui de bébé, d'enfant, puis d'adolescent avant de connaître l'âge adulte, puis les étapes de la sénescence. A chaque étape de son développement, il entretient des interactions différentes avec son environnement où il se montre plus ou moins actif, plus ou moins dépendant d'autrui. Il se crée pour chacun un réseau intriqué d'inter relations ou de façon concomitante l'individu se construit sur le plan personnel tout en construisant le monde qui l'entoure.

Vouloir produire du changement c'est donc à coup sûr devoir intégrer la double dimension **de l'un-dividu** et de son environnement tout à la fois. L'état de déficience observée est donc éminemment évolutif surtout à l'époque de plasticité qu'est l'enfance, période par nature, d'importants changements sur le plan personnel et social. **L'environnement à faire évoluer c'est : l'environnement perceptif, humain, temporel, personnel, affectif.**

Toute l'approche institutionnelle va donc être basée :

- Sur une individualisation des interventions par le biais de la détermination des besoins et des ressources de la personne, de son environnement, puis sur la création de situations d'expérimentations lui permettant de modifier, d'enrichir son catalogue de références.
- Sur des tentatives d'évolution de la personne et de son environnement en agissant sur des actions de prise d'autonomie, de restauration ou de soutien de valeurs, d'estime de soi.
- Permettre l'émergence de l'effort central en aidant à l'affirmation d'un projet personnel.

⁸ Rapport INSERM 2004. Troubles mentaux. « Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. ».

⁹ Les théories de la personnalité. Clapier, Valadon. N° 2321. PUF

¹⁰ L'identité. Muccchieli. N° 2288. PUF

2.2 Les différentes unités de travail.

2.2.1 Une section d'éducation et d'Enseignement spécialisé (Sees).

Elle est proposée aux enfants âgés de 6 à 14-16 ans. Il s'agit essentiellement d'actions favorisant le développement de l'autonomie, de l'éveil global et des premières habiletés sociales. Les apprentissages abordés insistent sur le développement psycho moteur et les expérimentations par le biais d'activités :

- D'autonomie : Habillage, toilettes, repas, déplacements en bus de ville.
- De premières stimulations : Semoule, argile, pâte à modeler, jeux de sable.
- De prévention : Domestique, santé, vie affective et sexualité. Attestation de formation aux premiers secours (AFPS). Attestation de sécurité routière (ASSR). Informatique.
- Pédagogiques/manuelles : Perles, « légos technics », sciences et vie de la terre, informatique, pâtisserie, journal. Mosaïque, meubles en carton, jeux de société.
- Corporelles et de prendre « soin »: Activités Physiques et Sportives. Danse, détente, piscine, esthétique, « nursing » à l'infirmerie.
- D'expressions : Contes, théâtre, chant, album de vie, habiletés sociales.
- Créatives : Peinture, land art, petit bricolage.

2.2.2 Une section d'initiation et de première formation professionnelle (SIFFP).

Elle est proposée aux usagers âgés de 14-16 à 20 ans. Il y a sept ateliers : Employés Techniques de Collectivités (ETC) ; Polyvalent ; Espaces verts ; Entretien du Linge et des Locaux (ELL) ; Peinture – décoration ; Cuisine et restauration ; Créatif. Les référentiels des CAP des différents domaines sont pris en compte pour structurer les démarches d'apprentissages dans les ateliers. Les usagers peuvent effectuer des stages dans chaque atelier afin d'apprécier leurs capacités, et intérêts pour différents secteurs d'activités. Ils bénéficient de stages externes soit en secteur protégé pour adultes (Esat et foyers pour l'essentiel), soit en milieu ordinaire de travail. Ces stages permettent d'évaluer et d'affiner le projet de chacun et de préparer la sortie.

2.2.3 Une unité dédiée pour les enfants et adolescents autistes¹¹

Elle accueille les usagers âgés de 6 à 20 ans. L'approche est inclusive, l'IME est lui-même support d'intégrations et d'apprentissages pour les personnes autistes, à l'image de ce que l'inclusion dans les milieux « ordinaires » peut représenter et favoriser pour les enfants déficients intellectuels de l'IME. Les personnes « autistes » ont potentiellement accès à toutes les ressources du dispositif IME « DI » stimulant globalement l'enfant sur le plan social et cognitif. Le traitement dédié repose, sur une grande attention à l'installation de repères structurants et, par des actions ciblées visant à minorer les perturbations des fonctionnements. Pour cela, nous puisons largement dans les outils de l'éducation structurée (TEACCH), sans exclusivité. L'intégration dans tous les milieux sociaux ordinaires est recherchée car elle contribue à l'épanouissement de l'enfant. La famille devra aussi être soutenue dans sa fonction, elle doit avoir un rôle actif.

¹¹ Projet spécifique de la section « autistes » consultable à l'IME.

Les personnes « autistes » disposent donc de toutes les prestations existantes pour les personnes déficientes et elles bénéficient en plus de prises en charge spécifiques, pour traiter les particularités du fonctionnement par des actions ciblées dans les domaines suivants :

- La communication : Outils Makaton et PECS. Groupes d'expressions. Orthophonie.
- Les interactions sociales : Groupes d'habiletés sociales. Travail sur les émotions.
- Les troubles du comportement : Approche fonctionnelle en termes de comportements problèmes. Travail sur la structuration de l'environnement. Prévisibilité, simplification des consignes structuration (emploi du temps imagés, time timer, décomposition du travail en séquences...). Contrôle de nos émissions et stimulations (retrait d'attention en cas de comportement inadapté, récompense des comportements adaptés, lisibilité de l'espace...)
- Cognitif : Approche pyramidale. Utilisation de supports concrets, imagés. Travail sur les routines, accès à des méthodes.
- Sensoriel. Approches corporelles et sensorielles (massages corporels, sophrologie, espace snoezelen, piscine), musicothérapie, psychomotricité.

2.2.4 Un internat de semaine.

Les locaux de l'internat sont situés sur le site de « la Pinède », vieille route de Pélissanne, 13 300 Salon de Provence. Le bâtiment de nuit accueille 20 internes répartis en 14 lits pour des garçons et 6 lits pour des filles.

L'internat complète l'accueil de jour. C'est le projet individuel contractualisé qui détermine les axes de travail développés à l'internat. Les objectifs spécifiques de l'accueil à l'internat sont réexaminés régulièrement, en produisant une évaluation régulière. Nous nous interrogeons périodiquement sur les raisons et l'intérêt de la présence de l'enfant à l'internat.

La fonction de l'internat dépasse largement celle d'une simple prestation d'hébergement et de restauration :

- Il favorise le droit des usagers, car il crée de nouveaux espaces de paroles et de rencontres, propices au développement des mécanismes d'identification aux pairs.
- Il permet d'apporter une réponse concrète aux familles et aux jeunes rencontrant des difficultés à 'vivre ensemble' momentanément ou durablement. C'est un lieu qui ne doit pas se substituer à la fonction parentale, mais au contraire la renforcer, en permettant à chacun d'éprouver sa capacité à pouvoir vivre 'à distance'.
- Il participe aux recherches d'intégration sociale et scolaire.
- Il agit en prévention du sur-handicap ou d'un processus d'exclusion, en offrant un lieu d'accueil adapté, c'est à dire protecteur mais non enfermant.
- Il combine la compatibilité d'exigences de vie collective : respect, écoute, place de chacun créant ainsi les conditions d'un exercice de la citoyenneté ; avec des besoins individuels respectant l'intimité, la singularité de chacun.

2.2.5 Une unité d'enseignement (UE)

Les classes sont conduites par des enseignants spécialisés du premier degré mis à disposition de l'établissement par l'Education Nationale. Une enseignante assure la fonction, de coordinatrice de l'unité d'enseignement. Elle est chargée en lien avec le directeur de l'IME et les autorités académiques de mettre en œuvre le projet pédagogique.

Les enseignements s'effectuent en référence aux programmes officiels de l'Education Nationale et dans le cadre d'une pédagogie adaptée et différenciée. Les enseignements abordés sont :

- Les fondamentaux en maîtrise de la langue (langage oral, lecture et écriture)
- Les fondamentaux en mathématiques (la connaissance des nombres, les quatre opérations, les situations problèmes, la géométrie, les grandeurs et mesures)

Les autres matières sont dispensées de manière transversale ou spécifique par les éducateurs au sein d'ateliers dits éducatifs.

Les enfants bénéficient pour la grande majorité d'une scolarité adaptée (actuellement 100 usagers) soit dans des classes organisées au sein de l'IME, soit dans une classe externalisée de l'IME, soit par des formes d'inclusions individuelles dans des écoles de proximité.

La prise en charge scolaire n'est pas systématique. Elle est proposée en cohérence avec le projet global d'accompagnement et avoir du « sens » pour les élèves qui en bénéficient. Le temps scolaire de chaque élève est établi en fonction de ses aptitudes et besoins. Le temps scolaire peut aller de 30 minutes à 12 heures par semaine.

L'école au sein de l'IME. Les élèves sont accueillis au sein de 6 classes. Les classes sont localisées au sein d'un même bâtiment, dit « bâtiment Arc en ciel » afin de former un pôle scolaire. Seule la classe des plus jeunes reste installée dans le pavillon « Coccinelle ». La répartition des élèves dans les classes se fait au regard des critères suivants : Age, type de section d'intégration, niveau scolaire, « profil » de l'élève. L'effectif de la classe peut varier de un élève à un groupe de 7, en fonction du degré d'autonomie de l'élève.

Les classes attribuées aux élèves de la Sees sont au nombre de deux. Une pour les élèves âgés de 6 à 12 ans. Une pour les élèves âgés de 12 à 14 ans. Les classes attribuées à la SIPFP sont au nombre de 4. Une classe pour les 12 – 20 ans, n'accédant pas aux domaines professionnels. Trois pour les classes d'âges 15- 20 ans abordant les domaines du cycle I au cycle III avec pour certains la préparation au CFG¹². Une fois par semaine, chaque atelier à un temps de travail commun avec un des enseignants pour donner du sens aux apprentissages qu'ils soient scolaires ou professionnels.

Les scolarisations à l'extérieur de l'IME.

Lorsque l'enfant est scolarisé à l'école « ordinaire » de façon cohérente, adaptée, il développe des capacités nouvelles de socialisation, de confiance et d'estime de soi, de l'autonomie, c'est pourquoi nous développons les axes suivants :

La classe externalisée au collège Roger Carcassonne de Pélissanne (Clex). Cette classe permet à un groupe d'élève de l'IME de se rendre au collège accompagné de leur enseignante habituelle. Les élèves poursuivent leurs enseignements adaptés, en bénéficiant des activités périscolaires, du centre de documentation et d'information, de sorties et de projets communs avec les collégiens. Les élèves de la Clex peuvent aussi être intégrés dans les classes « ordinaires » pour certaines matières.

¹² CFG. Certificat de formation générale

Les inclusions individuelles partielles en 2015.

- Deux enfants de l'IME, fréquentent à mi-temps avec une notification l'Ulis¹³ du collège d'Arbaud.
- Deux enfants sont intégrés 4 demi-journées dans une Ulis primaire.
- Trois enfants sont inclus dans une Ulis Ted¹⁴ du primaire.
- Un jeune a rejoint un centre de formation pour apprentis (celui de Salon) où il suit avec le soutien de l'IME un apprentissage en alternance.
- Un partenariat renforcé avec le CFAR. FA¹⁵ « Le pied à l'étrier » permet de favoriser l'accès possible à des formations qualifiantes pour certains usagers.

2.2.6 Un plateau technique médical et para médical

Le service médical est placé sous la responsabilité des médecins psychiatre et pédiatre, conformément aux annexes XXIV. Sous la responsabilité de l'un de ces médecins, l'équipe médicale et paramédicale :

- veille à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif de chacun des enfants ou adolescents,
- assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille,
- assure en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants et adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux. »

Le médecin pédopsychiatre : Il est le garant des soins psychiatriques apportés aux jeunes de l'établissement. En collaboration avec la direction, il décide des types de soins à apporter aux jeunes. Sa réflexion et son action, s'appuient sur un courant psychodynamique ancré largement sur une approche psychanalytique du développement de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte et, sur la dimension de psychothérapie institutionnelle, caractérisée par un ensemble de professions et de lieux différents communiquant entre eux. L'objectif principal de l'action institutionnelle et particulièrement du médecin est de permettre que les acteurs puissent donner du sens, et développer la partie soignante propre à chacun, tout en tenant compte du travail de l'autre.

Le travail du médecin pédopsychiatre avec les équipes aide à la compréhension des mécanismes du développement et à l'importance de l'action sur l'environnement. Travailler sur l'appareil psychique c'est comprendre le passé de l'enfant et aider les gens à ce que le présent soit rattaché au futur. Le psychiatre engage chacun à être « du côté de la vie ».

Le travail du pédopsychiatre est aussi de soutenir les familles. Il est à leur disposition pour revenir éventuellement, sur quelque chose qui est resté traumatique, qui est toujours vivant, de permettre et d'aider chacun à avoir une place et d'y assumer au mieux son rôle.

Le travail du pédopsychiatre avec l'équipe de direction consiste en l'élaboration de projets qui vont permettre aux équipes d'avoir les moyens matériels et techniques de réfléchir pour pouvoir agir.

¹³ Ulis. Unité localisé d'inclusion

¹⁴ Ulis Ted. Unité localisé d'inclusion pour des enfants présentant un trouble envahissant du développement.

¹⁵ Centre de formation pour apprenti régional. Formation adaptée.

Le médecin généraliste : A l'admission, il reprend si possible avec les parents, l'histoire de l'enfant, les antécédents familiaux ou personnels, le développement psychomoteur, l'instant du diagnostic du retard, les bilans éventuels pratiqués par le médecin traitant ou services hospitaliers. A ce titre le carnet de santé doit obligatoirement être transmis, sans qu'il ne dispense du dialogue avec les parents. Le médecin veille à déterminer les éventuels handicaps associés, les dépister, particulièrement les problèmes de vue, d'audition, de cardiopathie. Il vérifie l'état vaccinal de l'enfant.

Lors du séjour, il assure la surveillance globale, problèmes infectieux, orthopédiques, de la colonne vertébrale, ORL... Il peut à l'occasion demander le concours de confrères spécialisés, notamment dans le dépistage de troubles sensoriels. Il intègre dans son travail celui de l'équipe éducative et s'efforce d'agir dans la prévention des problèmes aigus, en adaptant des traitements de chimiothérapies, en vérifiant les menus, l'hygiène, tout cela en coordination avec le médecin pédopsychiatre.

L'infirmière : Elle assure la surveillance de la santé globale des enfants et des pathologies spécifiques. Citons au titre de la surveillance générale le suivi des courbes de poids, tailles, des traitements médicamenteux, une attention particulière à tout ce qui touche aux soins corporels, à l'hygiène, aux actions de prévention, à la gestion alimentaire. Les pathologies spécifiques renvoient à des troubles psychiatriques et psychiques, à des maladies génétiques.

Les enfants utilisent l'infirmière comme une « confidente », vers qui ils peuvent trouver écoute et conseils. Le lieu est propice à l'apaisement, à la réassurance notamment par rapport à leur intégrité corporelle. Elle veille à ce que chaque enfant bénéficie d'une visite annuelle. Elle prépare et administre les traitements, participe à l'évaluation et la mise en œuvre des projets individuels. Elle travaille sous la responsabilité technique directe des médecins en lien avec l'équipe de direction et en conformité des orientations des projets arrêtés lors des synthèses. Elle s'appuie à la fois sur une approche systémique pour ce qui concerne les pathologies psychiatriques mais aussi se réfère au programme classique Européen de l'infirmière, pour ce qui relève du physique et de l'anatomie. L'infirmière travaille en lien avec l'ensemble de l'équipe institutionnelle et, en collaboration avec les partenaires médicaux extérieurs.

Le psychologue : Il trouve l'essentiel de son inspiration dans les différentes approches psychanalytiques du développement de l'enfant. Il travaille avec l'équipe institutionnelle, à l'occasion principalement de la synthèse hebdomadaire, pour replacer la situation actuelle de l'enfant dans son évolution et son histoire personnelle. Il participe à l'élaboration du projet, en formulant des hypothèses de compréhension et d'actions. Il peut proposer des bilans, notamment à l'occasion de la synthèse annuelle, pour faire le point sur le niveau d'efficacité intellectuelle évalué par le biais de tests de QI ou encore par l'emploi de tests projectifs, pour tenter d'appréhender la problématique psychoaffective de l'usager.

Le psychologue assure un suivi plus spécifique de quelques enfants ou adolescents par des entretiens réguliers. Il travaille avec les familles, en collaboration avec l'équipe éducative au cours de rencontres à l'occasion de la synthèse pour tenter d'éclairer et de confronter les différentes perceptions que chacun a de l'enfant et de dynamiser les relations enfants-parents-éducateurs. Il est amené à rencontrer les équipes extérieures - Hôpital de jour, Centre médico-psychologique : CMP, unité de psychiatrie infanto-juvénile - agissant auprès des usagers.

Les actions de rééducations :

Les prescriptions d'intervention font l'objet d'une décision arrêtée au cours d'une réunion clinique. En amont de toute intervention, un bilan est réalisé pour déterminer les besoins et les axes possibles d'actions.

La psychomotricité : Ce type de rééducation est proposée aux enfants qui présentent des troubles moteurs, du schéma corporel, des problèmes d'organisation spatiale, de latéralité, de rythme, de coordination, etc..., rendant difficiles les apprentissages scolaires et professionnels. Elle s'adresse également à certains autres dont la faible efficacité et les difficultés de comportement limitent l'attention et l'approche des apprentissages en groupe. Il peut aussi s'agir d'enfants qui ont des difficultés particulières à établir un contact relationnel à autrui, ou plus largement à leur environnement.

Le travail psychomoteur permet d'aborder Le développement du schéma corporel par lequel l'enfant prend conscience de son corps et des possibilités de s'exprimer au moyen de ce corps en mettant au travail : Le tonus. La gestualité. La latéralité. La structuration spatiale. L'orientation temporelle. La conscience de soi, d'autrui

L'orthophonie : Il prend en charge les troubles du langage oral (retard de parole et de langage, articulation, phonation...) les troubles du langage écrit (difficultés d'acquisition de la lecture, de l'orthographe et des activités logico-mathématiques). Il travaille sur l'expression, la compréhension et le raisonnement. Les séances peuvent être individuelles ou en groupe et sont basées sur des exercices techniques ou ludiques.

L'ergothérapie : La rééducation est proposée aux enfants qui manifestent des troubles moteurs, de préhensions, de coordinations, de motricité fine, de difficultés de déplacement. Les moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins s'appuient sur le jeu, la motivation du jeune et l'adaptation de l'environnement, améliorant l'autonomie au sens large de l'utilisateur.

La musicothérapie : Par le biais de l'emploi de la musique de façon active ou réceptive, la musicothérapeute favorise l'expression et la confiance en soi, des usagers.

2.2.7 La fonction sociale

L'assistante sociale concourt à l'épanouissement, l'autonomie et l'intégration socioprofessionnelle de l'enfant ou du jeune handicapé, par le biais d'étayages lui permettant de développer ses potentialités, en le rendant acteur au maximum de ses compétences en lien avec sa famille, et l'équipe institutionnelle.

Elle assure le relais famille/institution, l'écoute de chacun, donne les informations nécessaires, conseille sur l'orientation. Elle soutient les parents dans leur fonction éducative en veillant à ne pas se substituer à eux, toujours en lien avec l'équipe éducative. L'assistante sociale participe à l'ensemble des réunions techniques internes ou externes, à chaque fois que besoin. Son travail est sous tendue par une approche 'systémique'.

L'intervention au niveau des familles : Les interventions auprès des familles se font par le biais d'entretiens sur rendez-vous, au domicile ou à l'établissement. Elles concernent les familles naturelles, mais aussi les familles d'accueil dans les situations d'enfants placés.

A l'admission des enfants. Elle aide à la constitution des dossiers administratifs et médico-sociaux. Tout au long de l'accueil, elle assure de possibles visites à domicile pour faire le point sur l'année écoulée. Elle recueille à cette occasion des renseignements sur les conditions de vie de l'enfant dans sa famille, les éventuels changements, la perception par les parents de l'évolution de l'enfant, leurs attentes vis à vis de l'IME... Elle assure le suivi social de l'enfant en lien avec les autres intervenants sociaux.

A la sortie : Elle aide à la constitution des dossiers destinés à la CDAPH pour l'orientation de l'usager. Elle accompagne le jeune et sa famille dans la recherche d'une place en structure pour adultes, selon l'orientation préconisée.

L'intervention auprès des jeunes : Les interventions auprès des jeunes se font toujours en lien avec leur référent. Ils peuvent être reçus tout seul, ou en présence d'un ou plusieurs membres de l'équipe, ou d'un intervenant extérieur (éducateur ASE, tuteur...) suivant le problème abordé. Elle assure l'accueil du jeune à sa demande ou celle de son référent pour des échanges et recherches de solution aux problèmes existants. Elle les accompagne dans diverses démarches auprès de services extérieurs (juge pour enfants, juge des tutelles), administrations diverses. Elle contribue à l'organisation de vacances, de loisirs à l'extérieur de l'établissement. Elle assure une information collective par le biais d'une activité de préparation à la vie autonome.

2.3 Les supports aux interventions

2.3.1 Le réseau de partenaires

Les soins et rééducations « primaires ».

Le réseau de soins et de rééducations « primaires » est utilisé autant qu'il apporte une solution de qualité aux usagers. On sollicite donc les médecins, dentistes, ophtalmologistes, infirmières, orthophoniste etc, se trouvant à proximité de l'enfant et de sa famille. L'infirmière de l'établissement joue un rôle central en tenant à jour la partie médicale du dossier unique de l'usager¹⁶, en garantissant aux praticiens comme à l'enfant un accompagnement progressif et une présence rassurante autant que de besoins.

Les services de soins spécialisés.

Plusieurs usagers sont suivis par des établissements spécialisés soit dans le cadre de diagnostics (CRA¹⁷, service de génétiques) soit pour des suivis réguliers (ophtalmologie, cardiologie, neurologie...)

En 2015, une douzaine d'enfants bénéficient en complément de l'intervention de l'IME d'actions de soins dans des services de psychiatrie infanto juvénile en CMP, hôpitaux de jours. Depuis plusieurs mois, une réflexion avec les services de la pédopsychiatrie s'organise dans l'idée de construire un partenariat de grande proximité. L'objectif est d'éviter que certaines situations d'usagers ne se chronicisent entraînant des risques d'exclusion.

¹⁶ Conformément à la loi 2002 -02 chaque usager bénéficiant d'un dossier unique. Ce dossier regroupe toutes les informations le concernant et sont consultables par l'usager et/ou ses représentants légaux. A ce titre, les professionnels doivent veiller à une qualité rédactionnelle (précision, neutralité, clarté et lisibilité) ainsi qu'à une traçabilité des événements et décisions)

¹⁷ CRA. Centre ressource pour l'autisme.

Il existe une convention cadre entre l'IME et l'hôpital de Salon. La convention vise à faciliter la coopération entre les parties afin d'assurer aux personnes accueillies dans le pôle enfance un parcours de santé intra et péri hospitalier sans rupture.

Les dispositifs de l'Education Nationale et de la formation professionnelle.

Une convention cadre fixe les conditions d'accueil et de fonctionnement de la classe externalisée au collège « Carcassonne » de Pélissanne. Les conventions individuelles régissent le cadre des inclusions individuelles au sein des classes spécialisées du primaire et du secondaire.

Nous expérimentons en 2015, une nouvelle forme de collaboration avec le CFA de Salon au sujet de l'accompagnement d'un usager. Nous sollicitons le recours au CFAR.FA « Le pied à l'étrier » d'Aix pour favoriser la sortie d'usagers de l'IME vers ce dispositif de formation qualifiante.

Nous nous sommes rapprochés des services de cap emploi qui nous assure la mise à disposition d'un chargé de mission et l'utilisation de leurs bases de données pour rechercher des stages en milieu ordinaire. Cap emploi peut relayer notre intervention auprès des employeurs, pour assurer les montages réglementaires et financiers permettant des abattements de charges pour les employeurs et le financement de formations « certifiantes » aux usagers.

Les entreprises locales et la municipalité Salonaise.

Des conventions ponctuelles avec les entreprises locales permettent d'organiser des stages de découverte et d'évaluation. Nous avons passé deux conventions cadre permettant l'installation de l'alternance entre le milieu de travail et les ateliers de la SIPFP. Le principe est le suivant : Les ateliers de la section assure l'apprentissage de savoir-faire professionnels tels que décrits dans des référentiels métiers et l'entreprise permet la mise en application et la validation de la compétence travaillée.

La première convention existante a été signée avec l'Ehpad¹⁸ de l'Estérel et permet l'accès aux métiers de la cuisine, de l'entretien de locaux, et de l'animation. La deuxième convention a été conclue avec la municipalité de la ville de Salon et permet l'accès aux métiers de la restauration collective, de l'entretien du patrimoine, des espaces verts, de l'entretien des locaux, des services du sport.

Les tissus associatifs sportifs et de loisirs.

Plusieurs enfants sont intégrés dans des clubs de quartier. De cette façon, certains enfants continuent à avoir des lieux de socialisations, de rencontres même en dehors des périodes d'ouverture de l'établissement. L'IME est affilié à la fédération du sport adapté et nous participons à de nombreuses manifestations sportives tout au long de l'année.

Par le biais d'un conventionnement avec le centre social de la ville de Salon, des usagers de l'établissement sont intégrés dans les activités de loisirs organisées lors de périodes de vacances d'été.

Nous participons ponctuellement à des manifestations caritative ou solidaire comme la course contre la faim, la journée du handicap organisée par handicap international.

¹⁸ Ehpad. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les autres ESMS.

Nous sollicitons les autres structures médico-sociales pour organiser de nombreux stages d'évaluation et de découvertes balisés par des conventions individuelles de stages. Ce sont essentiellement les structures pour adultes Esat et foyers qui sont interpellées.

Les services sociaux spécialisés ou non.

En 2015, 10% des usagers bénéficient d'un accompagnement social par un service de protection de l'enfance (mesure de placement, AEMO¹⁹, SAPMN²⁰) nécessitant des temps d'élaboration et de coordination commun avec ses services. Nous remarquons également depuis 2014, un arrêt de plus en plus récurrent de ces mesures à 18 ans, qui peuvent pourtant se poursuivre jusqu'à 21 ans, dans le cas d'un contrat jeune majeur. Le service social de l'IME devient alors le seul service accompagnant les parents dans leurs difficultés éducatives. Cela implique des rencontres plus régulières, et un accompagnement au plus près de la famille.

2.3.2 Les ressources matérielles

Le cadre bâti.

L'IME s'étend sur un vaste domaine comprenant plusieurs bâtiments repérés par des fonctions spécifiques. Un réfectoire collectif. Un ensemble d'ateliers de SIPFP, un corps de bâtiment scolaire (arc en ciel), un pavillon pour les plus jeunes (coccinelle), le bâtiment dit du pôle médical et enfin l'étage de l'administration. De nombreux espaces extérieurs comprenant des terrains de sport, des zones de jeux-récréation, des jardins d'apprentissages pour les espaces verts complètent l'environnement.

En dehors des groupes dits des 'petits' et celui dit 'autiste' Il n'existe pas de pièces destinées à l'accueil exclusif d'un groupe d'enfants. Ces deux populations (petits et autistes) se caractérisent par des risques importants de confusions. Des repères stables et clairement identifiés favorisent leur construction. Les espaces sont donc repérés par leurs fonctionnalités, comme dans une maison, plus que par la qualité du groupe qui y évolue. Cela favorise les déplacements donc les rencontres et communications entre personnes, mais aussi évite que se créent des zones ségréguées sur le site. Il est aussi un principe commun de vie et d'hygiène (y compris mentale), de ne pas faire n'importe quelle activité dans n'importe quelle pièce.

La restauration. Les repas du midi sont élaborés sur place par l'entreprise adaptée « Gaudinetto ». Les menus sont réalisés à partir d'un plan alimentaire validé par un diététicien. Il y a deux services repas : Pour la Sees de 11H30 à 12H30. Pour la SIPFP de 12H30 à 13H15. Les usagers de l'IME disposent d'une grande salle subdivisée en deux sous-ensembles permettant qu'une cinquantaine d'enfants mangent en même temps. Le pavillon « coccinelle » a sa propre salle à manger.

Les transports des usagers.

L'établissement est dans l'obligation d'assurer les transports de l'ensemble des usagers en veillant à l'équilibre financier du coût général. .

¹⁹ AEMO. Aide éducative en milieu ouvert

²⁰ . SAPMN. Service d'adaptation progressive en milieu naturel

Un prestataire extérieur assure le ramassage des usagers le plus à proximité possible de leur domicile matin et soir. Ce sont 7 mini-bus qui suivent des trajets tout autour de l'Etang de Berre mais aussi sur le nord du département en direction d'Avignon et d'Arles. Nous louons un grand bus avec l'emploi d'un chauffeur, qui permet d'organiser le ramassage des usagers domiciliés dans Salon et sa proche périphérie.

Un parc automobile permet que de nombreuses activités externes à l'IME se réalisent facilement (sortie en ville, marché de Salon, piscine, bibliothèque, ludothèque, randonnée, achat dans les grandes surfaces...). Un bus à la demande (libébus) avec un arrêt installé devant le portail favorise l'apprentissage de l'autonomie dans les transports.

L'entretien des locaux.

Nous disposons d'un ouvrier d'entretien qui assure la maintenance des locaux et des installations. Le nettoyage des locaux est réalisé par un prestataire externe. Une équipe intervient le soir après le départ des personnels et usagers. Les vitrages sont nettoyés à la demande. Lors des périodes de congés, des entretiens de fond sont commandés. Les espaces extérieurs sont entretenus par l'atelier « espaces verts » de la SIPFP, complétés lorsqu'il y a besoin de travaux plus conséquents, par l'emploi d'une société de jardinage.

2.4 Les différentes phases de l'accompagnement

2.4.1 L'admission²¹ et la période d'observation²².

L'enfant est accueilli avec son histoire et sa famille. Nous nous efforçons d'agir dans une continuité en provoquant le moins de ruptures possibles. Si l'enfant bénéficie déjà d'interventions adaptées (rééducations, loisirs, scolarisation), nous proposons aux parents de les maintenir, par un accueil modulé à temps partiel. Nous rappelons qu'à chaque instant, ce sont les parents ou les représentants légaux qui prennent les décisions concernant leur enfant et que pour cela, nous leur apportons notre expertise.

Un livret d'accueil expliquant le fonctionnement de l'IME est remis. Ce document est complété par le règlement de fonctionnement précisant les règles en vigueur et la charte des droits et libertés rappelant les droits fondamentaux des usagers.

Un contrat de séjour est signé dans le mois suivant l'admission de l'utilisateur entre l'IME, l'utilisateur et ses représentants légaux. Le contrat spécifie la nature des prestations et/ou obligations de l'établissement vis-à-vis de l'utilisateur.

L'utilisateur rejoint son éducateur référent. Celui-ci en liaison avec le chef de service élabore un emploi du temps provisoire permettant de procéder à une période d'observation durant 4 à 5 mois, durant laquelle les professionnels vont pouvoir évaluer l'utilisateur dans différents domaines. L'ensemble de ces bilans permettent de réaliser in fine, le bilan d'admission.

²¹ Confère procédure admission disponible au secrétariat de l'IME.

²² Les documents obligatoires transmis en application de la loi 2002-02, sont disponibles au secrétariat de l'IME.

2.4.2 Elaboration du projet personnalisé contractualisé (PPC). La synthèse.

La personne est associée à son évaluation, à la rédaction et à la mise en œuvre de son projet, auxquels sont invités à collaborer toute personne, service pouvant lui être utile. L'examen des réponses aux aspirations et besoins identifiés envisage d'abord la réponse de droit commun « ordinaire » et seulement dans un deuxième temps, la réponse spécialisée si elle paraît plus pertinente pour l'enfant et sa famille. Le «Projet Personnalisé Contractualisé» est rédigé et signé. Le projet devient un référentiel commun qui servira de base à l'évaluation lors de la prochaine synthèse.

Pour la construction des PPC des personnes « autistes » nous réalisons des investigations complètes en respectant les recommandations concernant la construction des projets personnalisés d'intervention. Nous avons créé un document guide synthétique²³ rappelant les domaines que les professionnels doivent contrôler régulièrement conformément aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm et de la haute autorité de santé.

L'élaboration du projet personnalisé contractualisé se réalise en synthèse au rythme minimum d'une fois l'année et nécessite quatre temps :

Premier temps : Équipe Technique : Associe l'ensemble des professionnels y compris des représentants éventuels de services extérieurs. A travers les bilans d'observation une première analyse nous amène à établir des hypothèses et donc des axes de travail prioritaires.

Deuxième temps : Échange avec la famille ou le représentant légal de l'enfant si celui-ci est âgé de moins de 18 ans, et l'équipe technique restreinte. Nous expliquons nos hypothèses et axes de travail. Les parents livrent leur vision, leurs attentes, priorités et compréhension de la situation. L'entretien peut avoir des visées éducatives en soulignant la nécessité d'aménagement de l'environnement, de leur posture et, thérapeutiques en abordant les notions de représentations, d'échecs, de culpabilité. L'entretien conduit à une projection dynamique dans l'avenir.

Troisième temps : L'enfant rejoint sa famille et l'équipe restreinte. Il est reçu avant sa famille s'il est majeur. La personne (en fonction de ses capacités) nous livre ses perceptions. Nous soutenons l'enfant dans la formulation de désirs, de choix et de besoins. Nous lui expliquons nos hypothèses et axes de travail. La personne peut questionner, demander, annoncer un désaccord, solliciter une action.

Nous aboutissons à la rédaction du «Projet Personnalisé Contractualisé» formalisant : les constats partagés, les objectifs généraux de travail et les avis émis par chacun. Chaque acteur du projet conserve le document après signature du représentant institutionnel, du référent, du jeune, de sa famille.

Quatrième temps : La post-synthèse : en réunion d'unité, on finalise le projet personnalisé. On fait le retour à l'équipe de l'entretien familial et du jeune pour que l'ensemble de l'équipe soit au moins sensibilisée à la situation de cet enfant. On précise à partir du sens partagé de son accueil, les indications d'ateliers retenues en définissant le «qui fait quoi ? pour aboutir au final à son emploi du temps.

²³ Voir document en annexe 3. Support à la construction du PAI.

Phase de réunion

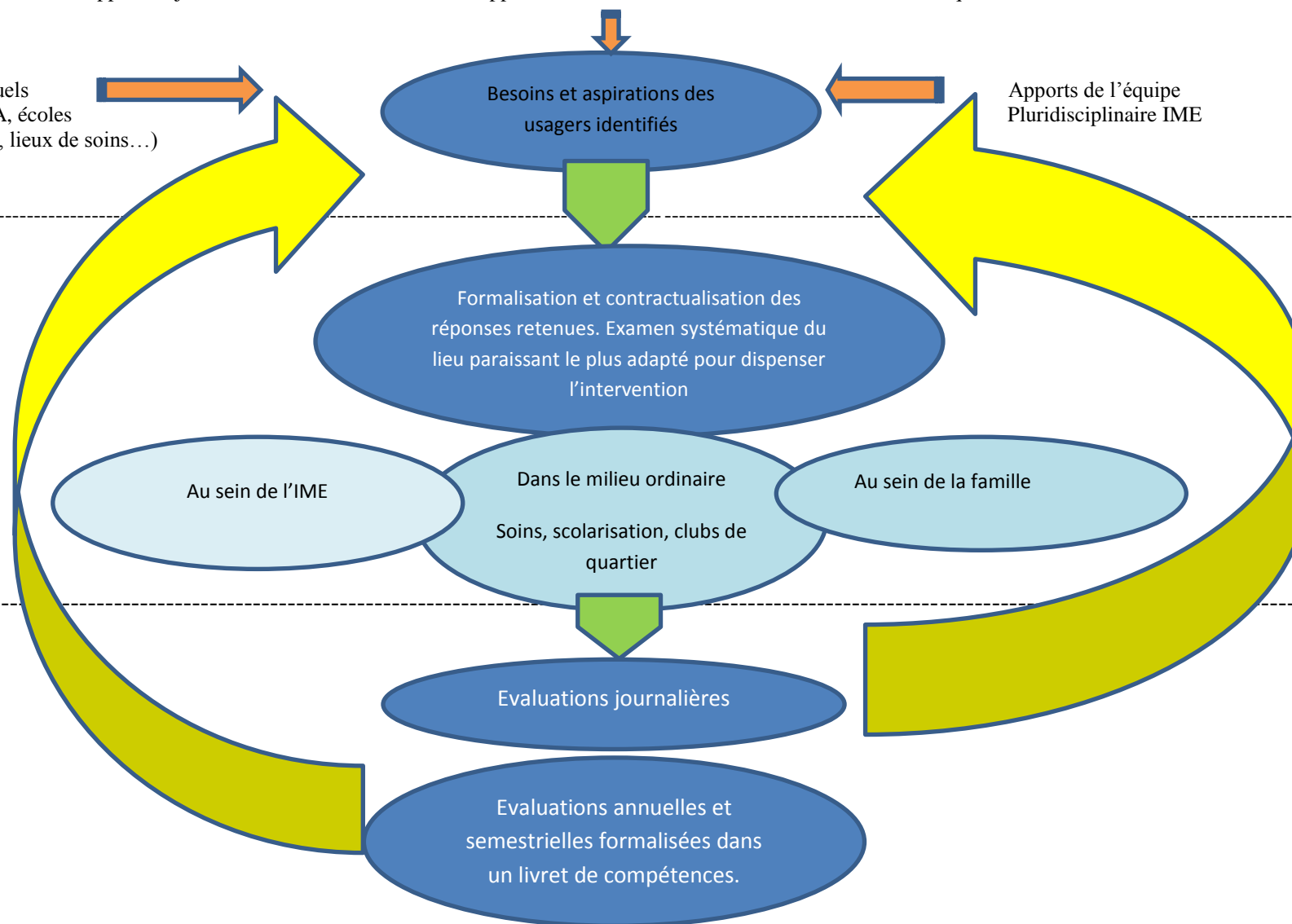
Apport du jeune et sa famille concernant leur appréciation, de leur situation et leurs demandes ainsi que leurs ressources

Apports d'éventuels
Partenaires (CRA, écoles
de quartier, ASE, lieux de soins...)

Apports de l'équipe
Pluridisciplinaire IME

Mise en œuvre

Evaluation



Le PPC est régulièrement évalué des façons suivantes :

- Au quotidien, les professionnels relèvent toute une série d'observations sous forme d'écrits narratifs, descriptifs ou encore sous la forme de grilles, échelles d'observations. Chacun s'efforce d'employer un système favorisant une possible auto-évaluation, tout particulièrement sur la section SIPFP.
- Tous les semestres, les intervenants remplissent le livret de compétences. Ils indiquent dans des grilles d'évaluations pré-établies, synthétisant les démarches d'apprentissages, ce qui semble : non acquis, en cours d'acquisition, possible avec soutien, acquis. Le référent conclut la période par une appréciation générale. On veille à associer l'enfant à l'évaluation, au minimum en en lui disant ce que l'on pense de son travail. Le livret est ensuite communiqué pour informations et compléments portés par les usagers (aux familles et/ou au tuteur si l'enfant est mineur ou adulte protégé, soit directement au jeune majeur). Le document nous est ensuite retourné, signé de l'enfant et de sa famille.
- Au moins une fois par an, l'assistante sociale veille par le biais d'un rendez-vous ou d'une visite au domicile à rechercher l'évaluation, l'expression de la famille.
- Dans le cas d'intégrations (scolarité, soins) ou de services partenaires, nous participons si nous sommes invités, aux réunions de coordination et d'évaluation.
- A l'échéance de la notification CDAPH, nous rendons compte à la commission de l'évolution de la situation de l'enfant. Les parents et les partenaires extérieurs éventuels, sont eux aussi invités à exprimer leur avis sur le projet de l'enfant. A l'issue, la CDAPH décide ou non de prolonger l'accueil dans l'établissement.

2.4.3 La tenue des équipes de suivis de scolarisation (ESS) à l'IME.

Des réunions d'équipes de suivi de la scolarisation sont tenues dans l'établissement. Le directeur adresse une invitation co-signée par l'enseignant référent de l'Education Nationale, à la famille mentionnant le travail de synthèse et la tenue d'une équipe de suivi de scolarisation dans la même matinée. La coordinatrice pédagogique de l'établissement en amont, recueille les informations nécessaires à la tenue de l'ESS.

Le jour de la synthèse, l'enseignant référent rejoint la réunion d'équipe IME. Il lui est fait une présentation synthétique des hypothèses et axes de travail. La famille et l'enfant rejoignent alors la réunion. On initie immédiatement les débats relatifs à la construction du projet d'accompagnement individualisé (PAI). Les débats se centrent ensuite, sur les modalités de scolarisation ouvrant le travail spécifique d'ESS animé par l'enseignant référent. Le PPS est rédigé en séance par l'enseignant référent signé par la famille, l'enfant, ainsi que les personnels présents de l'IME. Le PPS est remis aux usagers, à l'établissement et transmis par l'enseignant référent à la CDAPH. Dans les jours qui suivent, les usagers se voient remettre par le référent de l'IME le document « projet personnalisé contractualisé » formalisant le PAI.

PAI et PPS se distinguent bien, tout en étant clairement articulés. Le PPS est réalisé en totale conformité avec les textes²⁴. Ce fonctionnement évite des processus pouvant être épuisants sur le plan psychique et « chronophages » pour les parents et les professionnels.

²⁴ Voir en annexe 4. Schéma synthétisant l'articulation entre les différents niveaux de projets

2.4.4 La sortie

Dans la 19^{ième} année, la synthèse a pour objet de déterminer avec les usagers la nature de l'orientation paraissant la plus cohérente. Un dossier spécifique de demande d'orientation est adressé à la CDAPH qui statue sur le bien-fondé de la demande en produisant une notification pour le secteur adulte.

A la sortie, nous produisons un « bilan de sortie », sous la forme d'une ultime synthèse. Le dernier livret de compétences est alors reproduit in-extenso et transmis pour conservation, au jeune ou à sa famille. Dès le premier contact, avant même d'envisager l'admission de l'enfant, nous abordons avec lui et sa famille la question de l'avenir, indiquant par la même, le nécessaire travail de projection, de désir sur lequel l'enfant pourra s'appuyer pour pouvoir grandir. Si l'admission est une étape plus ou moins douloureuse car elle entérine un « renoncement » ; la sortie est elle aussi, un instant délicat où chacun va devoir affronter un nouveau milieu avec tout ce que cela peut avoir d'anxiogène. Le temps moyen d'accueil dans l'IME est d'environ 10 ans, il est évident que cela suffit à créer d'importants accrochages affectifs chez les uns et les autres. Si les affects sont naturels et s'ils sont vecteurs de progression au départ, ils peuvent devenir des freins lorsqu'il s'agit de quitter le « cocon institutionnel ». Rappelons que c'est la MDPH qui autorise entrée et sortie d'établissement.

La sortie vers les structures pour adultes handicapés constitue l'essentiel des départs. Cependant, la sortie peut aussi être liée à :

- Une progression des usagers prêts à quitter l'établissement pour poursuivre leur parcours vers le milieu ordinaire. Certains, peuvent après intégration scolaire, suivre un cursus adapté de l'Éducation Nationale, avec éventuellement le relais d'un Sessad. D'autres jeunes à partir de 16 ans, arrivent à suivre un cursus d'apprentissage avec ou sans soutien spécialisé.
- Une aggravation de l'état de santé de l'enfant qui nécessite de revoir son orientation vers un établissement plus adapté.
- A une incapacité de l'établissement à proposer un suivi adapté aux besoins de l'enfant et de sa famille. Dans ce cas, nous nous efforçons de trouver un établissement ou service qui devrait apporter de meilleures réponses.
- Au souhait de la famille ou du jeune majeur d'arrêter le travail institutionnel.

D'un point de vue statistique en 2014, on constate les sorties suivantes :

- Environ 52 % des usagers sortent vers le milieu du travail protégé, Esat.
- Environ 42 % des usagers sont orientés vers des foyers occupationnels.
- Environ 3 % rejoignent le milieu ordinaire de travail soit, en bénéficiant directement d'un contrat de travail avec une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé soit, en concluant un contrat d'apprentissage.
- Environ 2 % arrêtent leur parcours institutionnels en faisant le choix d'éprouver eux-mêmes sans soutien, leur capacité à pouvoir faire preuve d'autonomie.
- Environ 1 % vont connaître à l'âge adulte un épisode de forte décompensation obligeant le recours à des soins psychiatriques renforcés.

Le recours possible à l'amendement « Creton ».

A 20 ans, échéance de l'agrément, l'utilisateur a la possibilité de solliciter son maintien dans l'établissement auprès de la CDPAH considérant que s'il n'est pas sorti de l'IME c'est du fait du manque de places en structures pour adultes et non de sa volonté. Cette demande doit être renouvelée tous les ans, en produisant des justificatifs attestant que la personne recherche

activement une place dans une structure correspondant à sa notification. L'établissement remet un livret spécifique²⁵ « Creton » dans lequel sont rappelés ses droits et obligations.

L'obligation de suivi durant 3 ans après la sortie.

Les annexes XXIV fixent comme obligation que le service social et médico-social assure durant au moins 3 ans après la sortie, un suivi des usagers. Une fois sorti après 20 ans, l'usager ne peut réintégrer l'IME.

L'obligation de suivi suppose uniquement que l'établissement prenne régulièrement des nouvelles, directement ou indirectement de l'usager et puisse être un interlocuteur pour lui, s'il fait appel. Dès lors, l'établissement assure une fonction d'écoute et d'aide en conseillant et en orientant l'usager vers les dispositifs appropriés.

Les mesures de protection « majeur vulnérable ».

Si la mesure de protection n'est pas obligatoire, elle est vivement conseillée (certaines banques l'exigent pour ouvrir un compte au nom du jeune). A partir de 18 ans l'usager est majeur. Il est donc sensé être capable d'accomplir seul tous les actes de la vie civile comme vendre, acheter, emprunter, contracter....La protection vise prioritairement la personne avant ses biens.

Le juge prononce la mesure de protection qu'il estime la plus adaptée au handicap du jeune, variable selon son degré d'autonomie. Il existe trois types de protection du majeur, de la plus légère dite de sauvegarde de justice en passant par la curatelle et enfin la tutelle. Le juge des tutelles adapte le régime au cas particulier de la personne à protéger en décidant que le majeur pourra faire seul certains actes ou au contraire ne pourra les faire qu'avec son tuteur.

2.5 L'individualisation des parcours

« Tout projet d'accompagnement doit reposer sur une évaluation régulière des particularités cliniques, psychopathologiques, cognitives et affectives de l'usager en prenant en compte son âge et les ressources de son environnement²⁶ ».

Chaque personne a une histoire, un environnement, des besoins et désirs différents. Les réponses, pour être adaptées, se doivent d'être singulières. Il y a donc autant de projets 'singuliers' que de personnes présentes. Il s'agit de trouver une organisation collective, qui puisse répondre aux besoins de chacun. Nous travaillons sur le paradoxe des organisations institutionnelles qui par nature sont des organes rigides, puisque soumises à obéir à différentes règles et contraintes, alors que leurs missions sont d'assurer des réponses toutes individuelles, qui elles réclament forcément adaptations.

L'organisation collective doit répondre aux besoins de chacun. Comme illustrée par le schéma page 26, l'institution est structurée pour que des repères apparaissent, mais s'organise pour qu'existe un maximum de souplesse permettant quantité de combinaisons entre les acteurs de la vie institutionnelle et l'environnement ordinaire.

²⁵ Document disponible dans l'IME au secrétariat ou auprès de l'assistante sociale.

²⁶ Extrait d'une intervention du Professeur Aussilloux lors de la formation des formateurs en autismes.

L'IME D'UN POINT DE VUE STRUCTUREL

LES AGES : 6 ans ← 14/16 ans ← 18 ans ← 20 ans ← et plus

Les dispositions scolaires	LES FILIERES « ORDINAIRES »				
	Ulis primaire et de collège		Les Centres de Formations pour Apprentis		Arrêt de la scolarisation. Recherche de : Maitre d'apprentissage Stage en milieu ordinaire Emploi milieu ordinaire
	L'UNITE D'ENSEIGNEMENT DE L'IME				
		La Classe Externalisée collège			
Les classes au sein de l'IME du cycle 1 au cycle 3. Fondamentaux en Français et Mathématiques. Construction en liens avec les ateliers de la SIPFP des supports de travail.					
Les supports éducatifs	Pavillon Coccinelle 6 à 10/12 ans	Pavillon Arc en Ciel 10 à 14/16 ans	SIPFP : 14 à 18 ans Découverte des ateliers préprofessionnels : Employé technique collectivité Atelier Polyvalent Atelier Créatif Entretien linge et des locaux Espaces verts Peinture et décoration Cuisine	SIPFP 18 à 20 ans Choix d'atelier Approfondissement des acquis et préparation à la sortie	Amendement « Creton » Maintien des acquis Recherche de stages et de structures protégées pour le travail, l'hébergement et foyer occupationnel
	Pré-requis	Socialisation			
	Autonomie	Autonomie			
	Socialisation	Expressions			
	Explorations	Activités technologiques			
Manipulations	Activités manuelles				
Eveil corporel et sensoriel	Préventions				
Internat de semaine					
Interventions Médicales et rééducatives et sociales	La médecine et les rééducations de villes. Les services spécialisés de médecine générale, de la psychiatrie infanto-juvénile et adulte.				
	Clubs de quartier sportifs et de loisirs. Installations municipales (bibliothèque, médiathèque...) Centres sociaux, accès aux vacances				
	Services sociaux et de justices. AEMO. SAPMN etc...		Contrat accueil jeune majeur		
			Recensement et carte identité	Services de protection « majeurs vulnérables »	
	Le plateau technique de l'IME : Assistante sociale. Médecin généraliste et pédopsychiatre. Infirmière. Psychologue. Orthophoniste. Psychomotricien. Ergothérapeute. Musicothérapeute.				

2.5.1 Projets d'ateliers. Constitution de groupes de besoins et partenariat.

Les besoins d'un individu, une fois identifiés, vont venir s'additionner les uns aux autres, jusqu'à permettre de dégager un groupe d'individus plus ou moins important ayant des besoins identiques. Ils sont alors réunis pour traiter cette question commune, dans un même atelier, pour lequel ils reçoivent une indication. Chaque activité est repérée au préalable par un projet rédigé indiquant les objectifs, les différentes démarches de progression et les principes de l'évaluation de l'enfant.

L'enfant, tout au long de sa semaine, va évoluer d'une activité, d'un adulte et d'un groupe à l'autre, chacun apportant une réponse spécifique ciblée. La notion d'âges intervient forcément dans la construction des groupes, puisque l'âge à lui seul induit des besoins et centres d'intérêts différents. Nous nous efforçons de réduire au maximum les écarts et ajustons la composition du groupe en fonction de la dynamique de groupe. C'est le programme "besoins/réponses" qui assure la cohérence du projet et non plus seulement, l'adulte ou les adultes qui suivent régulièrement l'enfant. Il est alors indispensable de veiller à l'existence et à l'entretien de multiples liens, afin d'éviter la segmentation excessive des interventions. Si l'importance des pathologies appelle des réponses toujours plus spécialisées, l'individu doit d'abord être appréhendé comme une personne respectée dans son unité, globalité, complexité.

Evidemment, nous n'avons pas la prétention, ni même le souhait, de pouvoir fournir une réponse complète à chacun. Nous deviendrions si cela était possible, une structure forcément aliénante agissant à contrario de l'idéal d'intégration que nous poursuivons. Il existe dans la cité plusieurs services qui permettent de compléter l'action de l'institution. L'approche élargie de « l'utilisateur », nous impose de savoir collaborer au travail de services intervenant dans la famille, à défaut d'intervenir directement sur l'enfant. Nous nous devons de travailler avec eux, à la fois parce que le partage des responsabilités permet d'éviter des confusions toujours préjudiciables à l'évolution de la situation, mais aussi parce que ces services sont plus compétents que nous dans leur domaine. Le travail en partenariat voire en réseau est recherché à chaque fois que nous pensons que cela peut compléter, améliorer les réponses faites à l'utilisateur.

2.5.2 Le fonctionnement spécifique de la section « autistes ».

L'art du traitement institutionnel, repose sur l'ouverture d'espaces différenciés avec des personnes et des activités spécifiques dans et hors institution alors que l'enfant autiste cherche à s'accrocher à des schémas répétitifs. Il faut donc lui rendre supportable les changements, pour cela, nous nous inspirons du modèle de l'assistant personnel existant dans les pays scandinaves. Il soutient la personne handicapée dans ses actes quotidiens dans le respect de ses désirs et l'expression de sa volonté.

Nous avons créé une nouvelle fonction éducative que nous appelons "auxiliaire". Il s'agit d'une personne qui accueille systématiquement l'enfant pour l'aider à structurer le temps et l'espace, par des médiations de types pictogrammes et une simple présence contenante. L'enfant associe l'auxiliaire à une situation rassurante, source de réconfort et de force lorsqu'il doit affronter un changement. L'auxiliaire ne fait pas à la place "de", mais accompagne l'enfant dans les étapes particulièrement difficiles à vivre : passer une porte, entrer dans un groupe, rester assis, produire un travail, se rendre à l'école. L'intervention de l'auxiliaire n'est pas permanente, son action est régulièrement examinée en équipe, afin de ne pas créer une nouvelle dépendance pour l'enfant.

2.5.3 L'organisation spatiale et la référence.

L'organisation spatiale :

Changer régulièrement de lieux, de personnes, d'activités impose des contraintes dans l'organisation et la lisibilité de l'espace Institutionnel. Il n'existe pas de pièces destinées à l'accueil exclusif d'un groupe d'enfants à l'exception du groupe de référence.

Les espaces sont donc repérés par leurs fonctionnalités plus que par la qualité du groupe qui y évolue. Cela favorise les déplacements donc les rencontres et communications entre personnes, mais aussi évite que se crée des zones ségrégatives sur le site. Il est aussi un principe commun de vie et d'hygiène (y compris mentale), de ne pas faire n'importe quelle activité dans n'importe quelle pièce.

Les personnes autistes sont extrêmement sensibles à leur environnement. Le cadre bâti est actuellement le point faible de notre projet. L'établissement manque de locaux adaptés, accessibles et de nombreuses installations sont vétustes. Cet état de fait, représente finalement un atout, car nous sommes obligés par le biais d'un PPFi d'envisager à moyen terme des travaux d'engergure intégrant notamment, la création: D'un espace corporel composé d'une balnéothérapie, d'un espace snoezelen, d'une salle de massages/détentes. Des studios d'autonomie offrant de nouvelles possibilités d'accueil en internat.

La référence:

Chaque usager bénéficie d'un éducateur référent. Au moins deux fois par semaine, en privilégiant les lundis et vendredis, les enfants sont regroupés autour de leur référent (on nomme ce groupe, groupe de référence).

Le référent se définit comme celui qui se préoccupe de l'enfant, il est :

- le contact, le lien privilégié avec la famille, l'extérieur,
- l'interlocuteur privilégié, celui qui collecte et gère les informations qu'il transmet à qui de droit,
- l'autorité, la recommandation qui a devoir de protection,
- il permet le repérage, évite la dispersion,
- il assure une responsabilité dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet de l'enfant. Il en est le garant,
- c'est la mémoire du jeune,

Le référent est désigné arbitrairement. Le choix possible exercé par les adultes ou l'enfant, serait un mauvais point de départ car on prendrait le risque de baser une intervention, dans un rapport d'amitiés ou de filiation plus ou moins artificielle. Le principe de la personne instituée s'inscrit de fait dans un rapport professionnel, pour lequel l'adulte reçoit salaire et a des comptes à rendre.

2.6. La sécurité, l'hygiène et la prévention de la maltraitance.

La sécurité.

La sécurité des usagers et des personnels constitue une obligation et une attention permanente. L'IME et plus particulièrement la partie « internat » du fait de son classement en type J. 4^{ième} catégorie font l'objet de règles strictes. Les locaux font tous l'objet d'une autorisation d'exploitation délivrée par la commission communale de sécurité, examinée tous les 3 ans.

Les locaux d'hébergements disposent d'un système de sécurité incendie contrôlé régulièrement. Les personnels sont formés annuellement au maniement des extincteurs et aux exercices d'évacuation. Des services certifiés réalisent des contrôles réguliers des installations et remettent à l'issue des rapports complets d'inspection. Un registre de sécurité régulièrement actualisé est à la disposition des différentes instances.

Les accès aux sites sont sécurisés avec des accès verrouillés et des terrains clôturés. Des contrats de maintenance (chaudières, gaz, ramonage) complétés par des travaux réguliers entrepris par l'ouvrier d'entretien, garantissent le bon fonctionnement des infrastructures et des équipements. Différents plans établis pour la plupart avec les services hospitaliers permettent d'envisager la gestion de situations de crises : Canicule, froid, pandémies grippales.....

Un veilleur de nuit assure la sécurité et le bien être des résidents ainsi que la sécurité des biens. Afin de garantir la sécurité de ce personnel isolé, une procédure est mise en œuvre au niveau de l'ensemble des lieux d'hébergements. Un cadre de permanence est à la disposition du personnel, en cas de crise ou de difficultés particulières. Il est autorisé à prendre toutes les dispositions qui s'imposent pour assurer la sécurité des usagers, des personnels et des biens.

L'Hygiène.

Le ménage des différents espaces est réalisé quotidiennement par endroit ou bien tous les deux jours par ailleurs. A l'internat l'entretien des locaux repose sur une prestation externe complétant le suivi réalisé par la maitresse de maison. A l'IME, le ménage est confié à une société spécialisée. Les repas sont réalisés par l'entreprise adaptée à l'IME et fournis par un autre prestataire à l'internat. Les personnels et services agissent conformément aux normes HACCP en vigueur.

La prévention de la maltraitance.

Le fonctionnement institutionnel intègre fortement le point de vue de l'utilisateur et de son environnement. Les niveaux de responsabilités, ainsi que les rôles et les fonctions de chacun sont clairs. Les usagers ne sont pas soumis à un regard unique et permanent pouvant générer épuisement et totalitarisme. Des espaces de rencontres, d'échanges réguliers entre professionnels, enfants, familles et environnement favorisent les négociations, les connaissances et les visions partagées. Les projets sont suffisamment précis pour que chacun sache ce qu'on attend de lui et puisse agir avec les moyens nécessaires pour aboutir. Les projets sont variés ce qui permet d'éviter la lassitude, la routine, en permettant des évolutions pour les usagers et les équipes. Le fonctionnement exige un professionnalisme permanent de chacun et s'appuie sur toutes les compétences, les réflexions, les expressions avant l'exécution.

En matière d'accompagnement de personnes très dépendantes, le risque de maltraitance est très élevé. Les adolescents autistes sont très naïfs socialement, au point qu'ils sont particulièrement exposés dans leur expérimentation de l'autonomie à être l'objet de multiples abus. Nous avons donc la responsabilité de lutter efficacement contre tous les risques de maltraitance en étant particulièrement vigilant aux « glissements » d'attitudes, de propos des aidants ; en procédant régulièrement à des campagnes de sensibilisations auprès des autres usagers, des personnels et des familles ; en multipliant les regards, les réflexions portées sur l'enfant et sa famille

PLAN ACTION 2016 -2020
PARTIE 2.

Projet	Date de réalisation	Qui
Etablir clairement une procédure permettant de s'assurer du suivi des usagers durant 3 ans après leur sortie.	Septembre 2017	Directeur
Locaux vétustes et inadaptés. En particulier : manque de sanitaires. Locaux de l'internat uniquement collectifs. Création d'un restaurant pédagogique, balnéo, snoezelen. PPFI à établir	Octobre 2016	Directeur Agapei Organisme d'appui
Installer un dispositif de veille et de rappel au sujet de la publication des RBPP	Janvier 2018	DG Directeurs
Créer une véritable base de documentation permettant le maintien et le développement des connaissances des salariés. Constituer une bibliothèque.	Janvier 2019	Confier la mission à des salariés.
Revisiter avec les acteurs concernés l'ensemble des procédures concernant la sécurité alimentaire et d'hygiène. A prévoir dans le plan de formation.	Septembre 2017	Directeur
Formaliser tous les projets d'ateliers en les portant à la connaissance de l'ensemble des personnels. Réinterroger la pertinence de l'atelier « polyvalent » aux termes imprécis voire redondants avec l'atelier espaces verts.	Janvier 2017	Directeur Educateurs techniques
Veiller à développer l'expression et la participation des usagers en les préparant à s'exprimer lors de la synthèse, en leur donnant une place très active dans l'évaluation de leurs projets. Procédure à travailler.	Septembre 2018	Directeur Equipes éducatives
Poursuivre les réflexions sur la question des temps de transports excessifs pour de nombreux usagers. Examiner clairement cette question lors de la synthèse.	Janvier 2016	Directeur ARS Sociétés bus
Un document d'évaluation des risques trop généraliste, qui n'a pas recueilli, lors de sa création, l'avis des professionnels de l'IME. Elaborer un nouveau DUERP de façon participative.	Début octobre 2015	Copil DUERP

PARTIE 3. RESSOURCES HUMAINES ET GESTION DU PERSONNEL

3.1 Le management

La gestion de l'organisation est l'art d'ajuster des méthodes à des situations confuses, instables, l'art de la combinaison des diversités. Dans notre secteur, la faible standardisation des actes, du à leur nécessaire adaptation aux singularités du public et l'investissement personnel qu'exige le travail auprès des personnes, impliquent que les salariés contribuent fortement à la définition de leur action, engagement redoublé par la nécessité du travail en équipes. Une organisation hiérarchique est donc nécessaire mais insuffisante pour avoir une organisation flexible, adaptative aux besoins des usagers. L'influence et le système d'autorité sont plus basés sur l'expertise et les connaissances, que sur la position hiérarchique.

3.2 Le fonctionnement des services

3.2.1 Organigramme²⁷

Le directeur agit par un système de subdélégations adressées par le directeur général. Le directeur assure la responsabilité hiérarchique de tous les services à l'exception du secteur pédagogique. Il est secondé par le chef de service sur l'ensemble du domaine éducatif, internat compris. Le directeur agit sous la responsabilité technique du médecin pédopsychiatre qui coordonne les équipes médicales et paramédicales pour toutes les questions relevant du soin. Il travaille en synergie avec le coordinateur pédagogique sur le secteur scolaire constitué de personnels mis à disposition par l'Education Nationale. Il travaille en lien très étroit avec l'assistante sociale et la secrétaire de direction.

3.2.2 Horaires d'ouverture et répartition du temps de travail entre services.

Le semi internat accueille les usagers du lundi au vendredi, de 8H50 jusqu'à 16H20. Tous les salariés à l'exception de ceux travaillant à l'internat sont présents durant le temps de présence des usagers.

L'internat accueille les usagers de 16H30 à 8H30 du lundi soir au vendredi matin. Seuls les personnels agissant à l'internat sont présents en précisant qu'il existe une veille de nuit debout de 22H00 à 7H00.

3.2.3 Les réunions

Un enjeu primordial : Créer du sens, l'exprimer, le faire passer. Les informations ne suffisent pas à faire fonctionner un système, il faut que l'information prenne un sens partagé. La conscience de la finalité est indispensable, autant aux éléments de base qu'à la totalité.

La question de la communication, de la maîtrise de l'information permet les coordinations et les réflexions indispensables pour que la vision globale du projet soit connue de tous et pour

²⁷ Voir organigramme dans l'annexe 5.

éviter que le découpage des interventions liés aux équipes pluridisciplinaires ne rime avec « saucissonnage » du projet et du sujet. Les actes de paroles, de narrations entre acteurs dans et hors institution constituent un des fondements essentiel à la qualité des prises en charges.

Les personnels sont amenés à participer à plusieurs types de réunions soit entre 8H00 et 9H15, soit entre 16H30 et 18H00. On distingue :

- Les réunions générales à thèmes : Le directeur ou un autre professionnel peuvent animer cette réunion. Tous les personnels sont réunis une fois par trimestre, pour des informations ou des réflexions concernant le projet d'établissement, les évolutions associatives, réglementaires.
- Les réunions de synthèses : Le référent et les personnes agissantes auprès de l'enfant sont réunies pour élaborer en équipe pluridisciplinaire avec l'association des usagers, le projet personnalisé contractualisé (PPC) une fois par an pour chaque personne suivie.
- Les réunions d'équipes en unités permettent de partager le contenu des PPC, d'aborder l'actualité des usagers, d'engager des réflexions sur des projets, problèmes, difficultés à la hauteur de l'unité.
- Les réunions médicales et paramédicales. Deux fois par mois, les médecins et les rééducateurs se retrouvent pour travailler à l'adaptation et à la cohérence des projets thérapeutiques.
- Les réunions de la commission d'admission. Tout au long de l'année, le directeur, le chef de service, l'assistante sociale, le médecin et le psychologue étudient les demandes d'entrées. A l'issue, le directeur prononce les admissions.
- Les réunions de bilan et de préparation hebdomadaires. Tous les vendredis matins, le directeur réunit le chef de service, l'assistante sociale, le psychologue, la secrétaire de direction et la coordinatrice pédagogique pour examiner les différentes situations qui se sont produites durant la semaine dans les différents services et partager les orientations de travail de la semaine à venir.
- Des réunions de travail liés à des thèmes particuliers intéressant l'ensemble de l'établissement (les évaluations, la violence, la rédaction des documents internes de la loi 2002-02...) sont organisées autour de « Copil » chargés de produire des documents institutionnels et éventuels plans d'actions.

3.2.4 Les remplacements et répartitions.

Nous procédons au remplacement des personnels à chaque fois que cela est possible. C'est à dire, que nos finances permettent de payer le CDD et à condition que nous ayons trouvé une personne apte à occuper le poste. A chaque fois, que l'absence est prévisible (demande de congés, départ en formation) nous demandons au salarié de proposer au chef de service une répartition de son groupe de travail.

En cas d'absence d'un professionnel ; les salariés présents récupèrent sans attendre leur groupe habituel et rejoignent leur lieu de travail. Un cadre, ou un personnel désigné pour cela, passe alors dans les différents groupes avec les enfants dont l'éducateur est absent, afin d'identifier les possibilités d'accueil existantes. De cette façon, chaque professionnel peut informer le chef de service de sa capacité ou non à pouvoir intégrer des usagers dans son activité. Nous sommes attentifs à ce qu'il existe un minimum de cohérence dans cette répartition, c'est-à-dire qu'elle soit accessible à l'utilisateur sans perturber le fonctionnement du groupe accueillant.

Des éléments structurels conduisent aux recours fréquents à des répartitions :

- Notre ratio d'encadrement initial est très faible, ce qui provoque rapidement des situations de tensions en cas d'absence du salarié.
- L'entreprise privilégie le nombre de départ en formation des salariés. Pour cela, le plan de formation n'intègre pas le coût de remplacement du salarié en formation.
- Les salariés disposent d'importants droits à congés (jours RTT et congés anciennetés) qui se cumulent aux congés payés et trimestriels déjà intégrés dans le calendrier d'ouverture.

3.3 Les effectifs

Tableau des effectifs 2014	Structure de l'emploi CA 2013
Direction /administration = 2,9 ETP	Direction /Administration 7,2 %
Médical/para médical = 5,4 ETP	Paramédical /Médical 13,4 %
Services généraux = 5,923 ETP	Services généraux/Restauration 14,7 %
Service éducatif= 26,10 ETP	Socio éducatif 64,7 %
Service pédagogique 7 ETP mais pas au budget	Pas intégrés au budget
Total = 40,323 ETP	Groupe 2 divisé par ETP alloué en 2013, 47 377 €, soit 62% des dépenses de fonctionnement

Commentaires :

Les dépenses en personnel représentent 63 % de nos dépenses, là où les moyennes s'établissent à 75% pour des ESMS²⁸ de notre catégorie. Ce ratio indique à la fois un équilibre et la maîtrise du GVT²⁹, mais tout autant le peu d'effectif en personnels. Notre taux d'encadrement par usager (hors personnels de l'Education Nationale) n'atteint pas 34% alors qu'il est constaté en moyenne au plan national des ratios d'encadrement en IME supérieurs à 60%.

La structuration permet de constater les faiblesses des moyens dévolus au services généraux (moyenne nationale supérieure à 18%) ainsi qu'aux personnels médicaux et para médicaux (moyenne 14,5 % au plan national). On peut remarquer, que l'essentiel des moyens sont bien alloués pour les personnels assurant l'encadrement des usagers (64,7% à l'IME pour une moyenne nationale de 58%). Le renforcement alloué à l'autisme permet la création de deux nouveaux postes à temps plein d'AMP pour un montant de 53 000 € dès 2016.

3.4 Les emplois du temps

La convention collective 1966, fixe les conditions de travail. Les accords d'entreprise concernant la réduction du temps complètent les sources des droits et de l'organisation du travail. Les salariés à temps plein travaillent 37H000 par semaine, au prorata pour les temps partiels. La semaine de travail s'organise du lundi au vendredi inclus.

²⁸ ESMS : Etablissements sociaux et médico sociaux.

²⁹ GVT : Glissement vieillesse et technicité.

Les droits à congés sont composés des jours trimestriels (9 ou 18 jours, en fonction de la catégorie socio professionnelle), de 25 jours de congés payés, éventuellement de jours d'anciennetés, ainsi que de 12 jours RTT.

Chaque salarié dispose d'un emploi du temps fixant la répartition du temps de travail hebdomadaire et fixant le volume annuel du temps effectif de travail à réaliser. Chaque salarié suit l'évolution de son compteur horaire et le fait valider par le directeur avant transmission au siège.

3.5 Les fiches de postes³⁰

Les fiches de poste sont toutes en cours de rédaction et/ou de réactualisation. Elles seront réexaminées au plus tous les deux ans, dans le cadre d'un entretien professionnel entre le directeur et le salarié concerné.

3.6 Le règlement intérieur³¹

Comme toute entreprise employant plus de 11 salariés, un règlement à l'attention des salariés est rédigé et remis à chacun, à l'embauche dans l'entreprise.

3.7 Le soutien aux personnels.

Le plan de formation.

Il est établi à la hauteur de l'entreprise par le jeu de la mutualisation des cotisations de chaque établissement. A partir des orientations générales déterminées par le conseil de surveillance, le directeur fixe les orientations générales de travail pour l'année à ses personnels qui alors établissent leurs demandes. Courant octobre, une commission fixe les formations retenues en distinguant les formations collectives réalisées dans les locaux de l'entreprise et les formations individuelles. Le plan est alors soumis à l'avis du CE avant d'être appliqué.

Entretien obligatoire.

Il est obligatoire d'organiser un entretien avec chaque salarié, au moins tous les 2 ans, pour parler de son évolution professionnelle. Cet entretien remplace et unifie plusieurs bilans et entretiens obligatoires suite à un congé ou une longue absence ainsi que le bilan d'étape professionnel qui devait être fait à partir de 45 ans. Cet entretien ne doit pas porter sur l'évaluation du travail du salarié et se distingue donc des éventuels entretiens annuels d'évaluation. Au bout de 6 ans de présence, cet entretien permet de faire un état des lieux récapitulatifs du parcours professionnel du salarié dans l'entreprise permettant notamment de vérifier que le salarié a bien bénéficié d'un entretien professionnel tous les 2 ans ; suivi au moins une action de formation ; bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle ou acquis des éléments de certification par la formation ou la validation des acquis de l'expérience.

³⁰ Classeur répertoriant l'ensemble des fiches de postes, disponible dans le bureau du directeur.

³¹ Règlement intérieur disponible au siège et/ou dans l'établissement.

Entretien de management :

Au minimum tous les 2 ans, chaque salarié dispose d'un entretien avec le directeur. L'objectif est de pouvoir prendre en considération les remarques et critiques de chaque salarié au sujet de son poste ou plus globalement du projet du service dans lequel il agit. Ce dialogue favorise par une meilleure connaissance des aspirations, satisfactions et insatisfactions de chacun, la résolution des sources de tensions ou de conflits possibles. Le contenu de cet entretien permet notamment de faire un état des lieux en fixant des points d'amélioration de la relation managériale, de revenir sur les événements vécus durant l'année, de prendre en considération les évolutions du poste pour actualiser chaque fiche de poste.

Analyse des Pratiques Professionnelles :

Une fois par mois, sous l'égide d'un psychologue extérieur. L'analyse des pratiques repose sur le postulat que l'expérience professionnelle est source de construction de savoirs. La notion d'analyse des pratiques désigne une méthode de formation ou de perfectionnement fondée sur l'analyse d'expériences professionnelles, récentes ou en cours, présentées par leurs auteurs dans le cadre d'un groupe composé de personnes exerçant la même profession.

Les services de santé au travail.

Tous les salariés bénéficient selon les périodicités en vigueur, d'une visite médicale du travail. Les services de santé au travail ont pour mission préventive de veiller à la protection de la santé des salariés. Ils évaluent leur aptitude à exercer leur fonction sans risque pour leur santé.

3.8 L'expression des salariés. Les instances représentatives des personnels. (IRP)

Il existe un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), un comité d'entreprise (CE) et des délégués du personnel (DP). Ces instances élues ou nommées par les professionnels se réunissent une fois par mois avec le Président de l'Association, assisté du directeur général. Il existe aussi des représentants syndicaux au titre de 4 (Sud, CFDT, CGE/CFE, CGT), chargés particulièrement de négocier les accords d'entreprises.

3.9 La gestion financière.

Les services identifient, évaluent et font connaître leurs besoins à la direction qui les prend en compte dans la mesure du possible dans l'élaboration du budget prévisionnel et dans l'adaptation du plan pluriannuel d'investissement.

Le budget prévisionnel et les comptes administratifs sont présentés par la direction générale, le responsable administratif et financier et le directeur d'établissement au conseil de gestion puis au conseil de surveillance, avant d'être envoyés et soutenus auprès des services de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) en respectant les échéances réglementaires. Un plan pluriannuel d'investissement est élaboré et un suivi régulier est opéré en lien avec les services comptables du siège.

Le contrôle, la traçabilité des dépenses et la comptabilité de l'établissement sont assurés par les services du siège. Les comptes de l'établissement sont supervisés et validés par un commissaire aux comptes, au même titre que l'ensemble des établissements avant d'être présentés à l'assemblée générale.

**PLAN ACTION 2016 -2020
PARTIE 3.**

Projet	Date de réalisation	Qui
45% des usagers ont plus de 1H30 de transports par jours Certains peuvent connaitre jusqu'à 3/4H00. Progressivement à l'occasion des nouvelles d'admissions traiter prioritairement les demandes de proximité	Dès présent à	Directeur Commission d'admission
La fréquence des réunions devrait être améliorée car elles sont insuffisantes. Ce point fera partie des éléments qui seront soumis à la négociation lors de la remise à plat des accords.	Janvier 2016	DG
Poursuivre les efforts auprès de l'ARS pour renforcer les équipes : Encadrement des enfants. Equipe thérapeutique. Maintenance. Administration et direction. Travail régulier avec l'ARS à l'occasion de la présentation des budgets, de propositions de projets, de réponses à des appels à projets.	Dès présent à	Agapei DG Directeur
Préciser le protocole d'accueil de chaque nouveau salarié. Chaque nouveau salarié est accueilli par la secrétaire de direction qui lui remet en plus de son contrat de travail, le règlement intérieur, son emploi du temps, sa fiche de poste ainsi qu'un livret d'accueil, spécifique au salarié.	Janvier 2017	DG Directeur Service RH du siège Secrétaire
Actualiser et compléter les procédures de fonctionnement interne.	Janvier 2018	Directeur Secrétariat Copil
Difficultés de transmissions des informations. Création d'un réseau interne informatique et téléphonique	Mars 2016	Directeur
Poursuivre les réflexions et aménagements pour apaiser les temps de repas et de récréations propices à la survenue de comportements problèmes et de violences. Création d'une mission spécifique confiée à un groupe d'éducateurs qui deviennent référents de cette question.	Septembre 2015	Agapei Directeur Référents missions

PARTIE 4. PROSPECTIVES. L'IME 2020 - 2025

L'axe majeur du développement de la structure repose sur l'adaptation des moyens au regard de l'évolution des publics.

4.1 Evolution des populations

Une demande d'accueil s'accroissant pour des jeunes enfants et puis au-delà de 16 ans.

Nous constatons un étirement des âges lors de la demande d'entrée à l'IME :

- Un public très jeune (moins de 10 ans) présentant des troubles sévères empêchant l'accès à une scolarité même adaptée dans les dispositifs de l'éducation nationale.
- Un public âgé de 16 et plus ayant bénéficié jusqu'à lors des formes de scolarisation adaptée mais qui n'offre pas pour partie d'entre eux de débouchés autres que la SIPFP.

Le public a donc tendance à la fois à présenter des troubles de plus en plus sévères et à un effectif majoritairement de grands adolescents. La conjonction des deux produits une difficulté à ce que ces usagers soient réellement prêts à 20 ans à quitter l'établissement avec un projet clairement établi en structure adultes. **Nous pensons qu'il serait indispensable de créer une section 18/25 ans pour travailler plus longtemps avec ces publics qui ne sont pas prêts à 20 ans.**

L'existence d'un important effectif âgé de 20 ans et plus.

D'ici à 4 ans, 69 usagers auront atteint ou dépassé 20 ans. L'établissement pour enfant sera alors gravement déséquilibré puisqu'il accueillera essentiellement des adultes en restreignant en même temps les admissions puisque les « Cretons » sont comptabilisés dans l'effectif. Le phénomène « Creton » est lié aux manques de création de places en secteur adulte. A un public présentant des troubles plus sévères comme l'autisme ou les troubles psychiques qui ont du mal à trouver des places dans le secteur adulte « commun ». A une culture sociétale Française, où il est difficile de trouver des formes d'inclusions pérennes dans la société pour les personnes handicapées qui restent donc « figées » dans les dispositifs spécialisés.

Il est possible alors d'envisager que l'administration décide de modifier l'agrément pour transformer en partie des places enfants en places adultes. Pour échapper à ce scénario au-delà d'espérer la création de nouvelles places - vœux pieux dans un environnement de plus en plus contraint sur le plan économique- **il conviendrait que l'ensemble des structures travaillent à la constitution de véritables réseaux favorisant l'articulation entre dispositifs spécialisés et ordinaires qui auront comme effets de mieux répondre aux aspirations de nombreux usagers tout en permettant d'accompagner plus de personnes .**

Des publics avec des problématiques sévères.

L'accueil d'enfants présentant des troubles sévères au-delà de la « simple déficience » impose que l'établissement fasse un important effort d'acquisition de nouvelles technicité en se tenant clairement informé de l'évolution des pratiques en lien avec les recommandations de la haute autorité de santé et de l'Anesm³².

Le plan de formation est donc un enjeu majeur puisqu'il permet d'investir pour préparer les adaptations à venir. A ce titre, il faut investir dans la maîtrise des approches cognitives et l'ouverture aux neurosciences.

³² Anesm. Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des Etablissements et Services Médico-Sociaux.

4.2 Evolution des politiques publiques.

Le conseil de l'Europe rappelle régulièrement la France à son engagement de devoir « désinstitutionnaliser » les personnes handicapées. La loi fixe comme objectifs de permettre à chaque personne accueillie de pouvoir bénéficier d'un lieu d'intégration dont la forme la plus aboutie est celle d'une intégration dans les tissus sociaux ordinaires. Ce type d'intégration, ne peut cependant pas, être envisagé pour tous. La France légitime ainsi l'existence des lieux adaptés, permettant à chacun de trouver les conditions indispensables à une forme d'intégration. Si le droit général s'applique à tous, on reconnaît aux personnes handicapées des droits particuliers venant en compensation de leurs difficultés, qui vont permettre de réunir les conditions de l'exercice d'une citoyenneté. L'évaluation de ses difficultés se fait au regard des problèmes que rencontre la personne pour agir avec la plus grande autonomie possible dans son environnement, qui ouvre droit aux mécanismes de compensation.

Dans ce contexte, l'IME n'est plus délimité par sa structure et personnels mais bien davantage par son réseau. L'établissement organise et développe un « tissu » permettant de favoriser de véritables parcours originaux pour les personnes handicapées permettant de façon plus ou moins durable de véritables formes d'inclusions dans les dispositifs ordinaires. L'IME n'est d'ailleurs plus considéré comme spécialisé, mais comme un établissement concourant avec d'autres à l'éducation et la formation d'enfants et adolescents. L'IME doit donc poursuivre la recherche de conventionnement en direction :

- **De lieux de soins spécialisés** compte tenu de l'aggravation des pathologies accueillies.
- **Du monde des entreprises pour favoriser la formation et l'emploi.**
- **Les collectivités territoriales et centres de loisirs afin de veiller à ce que les usagers ne se trouvent plus isolés lorsque l'IME est fermé.**

La loi 2002- 02 fixe comme objectif à l'IME de s'adapter aux besoins des publics accueillis, sans s'engager par ailleurs à fournir des moyens supplémentaires à l'établissement. On est passé d'une logique où pour chaque type de handicap il existait un dispositif spécialisé à des dispositifs sensés pouvoir accompagner un plus large public. **Alors qu'une partie des publics présente des troubles psychiques avérés, l'IME doit améliorer sa capacité soignante dans un contexte de raréfaction des moyens sanitaire.**

4.3 Evolution des métiers

Les métiers éducatifs évoluent nettement au-delà de l'accompagnement direct des usagers, vers des formes plus indirectes d'ingénierie de projets et des missions de coordinations entre acteurs de l'accompagnement.

Dans le paysage à venir, alors que la convention collective essaie d'être réformée, on peut imaginer que la structuration de l'emploi évoluera de la façon suivante :

- Des métiers éducatifs centrés sur la prise en charge directe des usagers de type AMP par ailleurs mieux formés puisque la formation initiale aborde l'enseignement de la psychopédagogie.
- Des métiers éducatifs liés à l'ingénierie constituant l'évolution à venir de l'éducateur spécialisé.

- Le moindre recours dans les structures « enfants » à l'emploi de moniteurs éducateurs qui occupent un espace intermédiaire entre les deux métiers cités plus haut, offrant peu d'intérêt en termes de valeur ajoutée.
- Le renforcement des équipes par l'ajout de Conseiller en Economie Sociale et Familiale complètent l'apport des assistants sociaux et des éducateurs techniques par un enseignement très pragmatique de l'autonomie de vie au quotidien.
- L'emploi de nouveaux techniciens : Des juristes alors que l'accès aux droits et la responsabilité des acteurs et de plus en plus prégnante dans la société. Des informaticiens dans un monde où la technologie est utilisée couramment et devient donc un outil indispensable à maîtriser pour son autonomie mais aussi ses relations sociales.

4.4 Evolution de l'IME

Le financement

Dans un contexte de diminution de la dette publique, les budgets alloués par les pouvoirs publics sont de plus en plus limités, voire reconduit en diminution années après années. En tous cas, ils ne suffisent plus à assurer le développement de la structure.

Il faut donc trouver de nouvelles sources de financement sans pour autant renier le principe d'accueil de tous les usagers au nom de la solidarité nationale sans considération financière. Plusieurs pistes peuvent être explorées :

- La création d'une nouvelle entité juridique de type fond de dotation permettant d'accéder à des fonds privés pour financer les actions des structures de l'association.
- L'utilisation d'actions financées par différents organismes d'états publics ou privés comme : Certaines actions familiales de la CAF. Les aides débloquées par la région pour certaines formations. Les aides proposées par les municipalités pour le financement en partie d'un permis de conduire ou l'accès à un logement social. Les aides du conseil départemental pour l'accès au sport et aux loisirs. Les négociations avec la MDPH pour financer par le biais du recours à des compléments d'allocations des projets spécifiques de congés.

La qualification des usagers

Les usagers de l'IME après un parcours de soins, d'éducation et de formation long en moyenne de 10 ans, se voient uniquement reconnaître comme évolution de leur parcours, le passage du statut d'enfant handicapée à celui d'adultes handicapées. Il y a là, une anomalie profonde faisant qu'en aucun cas, on ne reconnaît officiellement l'acquisition de compétences aussi ténues soient-elles. Il y a dans le principe actuel du statut d'handicapé, une profonde dévalorisation par la non reconnaissance des capacités de l'usager mais aussi de la valeur réelle du travail entrepris par les structures.

Nous travaillons au développement d'attestation de compétences par :

- La création d'un livret de compétences délivré par l'établissement et reflétant semestre après semestre la progression des usagers. Nous nous rapprocherons des services de l'éducation nationale qui a installé ce type de livret dans les Ulis collège et Lycée avec l'idée de produire un document commun reconnu par les instances académiques.
- Nous avons déjà la possibilité d'avoir recours à des formes d'alternance entre les ateliers de la SIPFP et la mise en application en entreprise permettant d'évaluer les acquisitions par le biais d'un livret d'apprenti adapté. Pour obtenir une reconnaissance

officielle, c'est à dire par l'Education Nationale ; il faudrait que les démarches de formations dispensées par l'IME soient certifiées comme conformes par un Lycée d'enseignement professionnel ou un CFA. Dans cet objectif, nous essayons de développer des conventions avec ce type de structures.

Une fois obtenu le triptyque « IME – Entreprise – Lieu d'enseignement professionnel » le tout relié par l'utilisation d'un livret de l'apprenti adapté ; on pourrait mobiliser la division examens et concours du ministère pour que les usagers se présentent à un examen de CAP uniquement dans les domaines travaillés. L'utilisateur se verrait reconnu comme maîtrisant une partie du socle de connaissances d'un métier qu'il pourra continuer à développer par la suite notamment par l'accès à la VAE.

Evolution de l'internat en studios et lieu de répit et la création d'un pôle de services à domicile.

L'internat à l'heure actuelle n'offre que des accueils collectifs et ne permet pas aux jeunes d'expérimenter réellement une autonomie de vie. Il conviendra de développer des studios d'autonomie ainsi que des hébergements en habitat naturel en ville, adossés à des services ambulatoires.

A ce titre, il serait opportun de réfléchir à un projet de création d'un pôle de services « à domicile » accessibles aux enfants et aux adultes constitué :

- Du Sessad déjà existant
- D'un SAVS/Samsad pour soutenir les usagers dans un milieu de vie ordinaire.
- D'un service d'intégration professionnelle. Un chargé d'insertion pourrait démarcher régulièrement les entreprises locales pour favoriser l'emploi de personnes handicapées dans les entreprises. Ce chargé d'insertion pourrait répondre à des projets de l'IME et de l'ESAT tout en s'étayant sur les services de cap emploi.

Nous avons des demandes régulières de séjours de répits, formulés par les usagers (jeunes et familles). Ce type de structures est limité dans le département et pour pallier au manque de place, nous avons recours parfois à l'hospitalisation de WE qui pallie à l'urgence, sans être adaptée pour autant.

Il serait pertinent, alors que nos installations sont inemployées durant de longues périodes, d'envisager les utiliser par le recours à la réglementation de l'accueil temporaire à 90 jours. Ce projet apporte un véritable service répondant à des besoins immédiats. Il est cohérent d'un point de vue économique car les installations sont utilisées au maximum. Il peut s'avérer être un levier intéressant sur le plan des ressources humaines, en permettant que des personnels puissent faire des choix différents d'emplois et de périodes de travail.

« Le futur, nous n'avons pas à le deviner mais à le permettre. »

Saint

Exupéry

ANNEXES

AU PROJET IME

ANNEXE 1. LISTE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES GERES PAR L'AGAPEI NO 13.	44
ANNEXE 2. PLAN DE SITUATIONS DES STRTUURES.....	45
ANNEXE 3. SUPPORT A LA CONSTRUCTION DU PAI.....	46
ANNEXE 4. ARTICULATIONS ENTRE LES DIFFERENTS NIVEAUX DE PROJETS	55
ANNEXE 5. ORGANIGRAMME INSTITUT MEDICO EDUCATIF LES CYPRES.....	56

ANNEXE 1.
LISTE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES GERES PAR L'AGAPEI NO 13.

UNE STRUCTURE ASSOCIATIVE COMPOSEE DE 10 ETABLISSEMENTS ET SERVICES :

265 salariés accompagnent les usagers dans leur projet de vie et assurent un service de qualité dans l'accompagnement des 441 usagers accueillis sur les différents sites.

Site des mouledas (chemin de sans souci):

- **L'Institut Medico-Educatif (I.M.E) « Les Cypres »**
120 enfants scolarisés de 6 à 20 ans
- **L'Etablissement Spécialisé d'Aide au Travail (E.S.A.T) « Les Cigales »**
120 travailleurs handicapés qui travaillent sur différentes activités
- **L'Entreprise Adaptée(E.A)« Gaudineto »**
11 salariés dont des personnes ayant une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapés (RQTH)
- **Le Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M) « La Sauvado »**
25 personnes handicapées vieillissantes hébergées en internat avec l'accompagnement de 5 personnes en externat.
- **Le Siège Administratif**
Direction Générale et les services administratifs et financiers.

Site de la Pinède (Vieille route de Pelissanne):

- **L'internat « La Pinède »**
20 enfants scolarisés à l'I.M.E
- **Le Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (S.E.S.S.A.D) « Les Cypres »**
19 enfants accompagnés afin de leur permettre de réintégrer ou de les maintenir dans leur milieu de vie familial.
- **Le foyer de vie « Lou Calen »**
46 adultes déficients intellectuels hébergés et accompagnés dans leur projet de vie.

Centre ville (210 boulevard Foch):

- **Le foyer d'hébergement de la « Sousto »**
25 travailleurs handicapés hébergés et accompagnement de 5 travailleurs en logements individuels en ville.

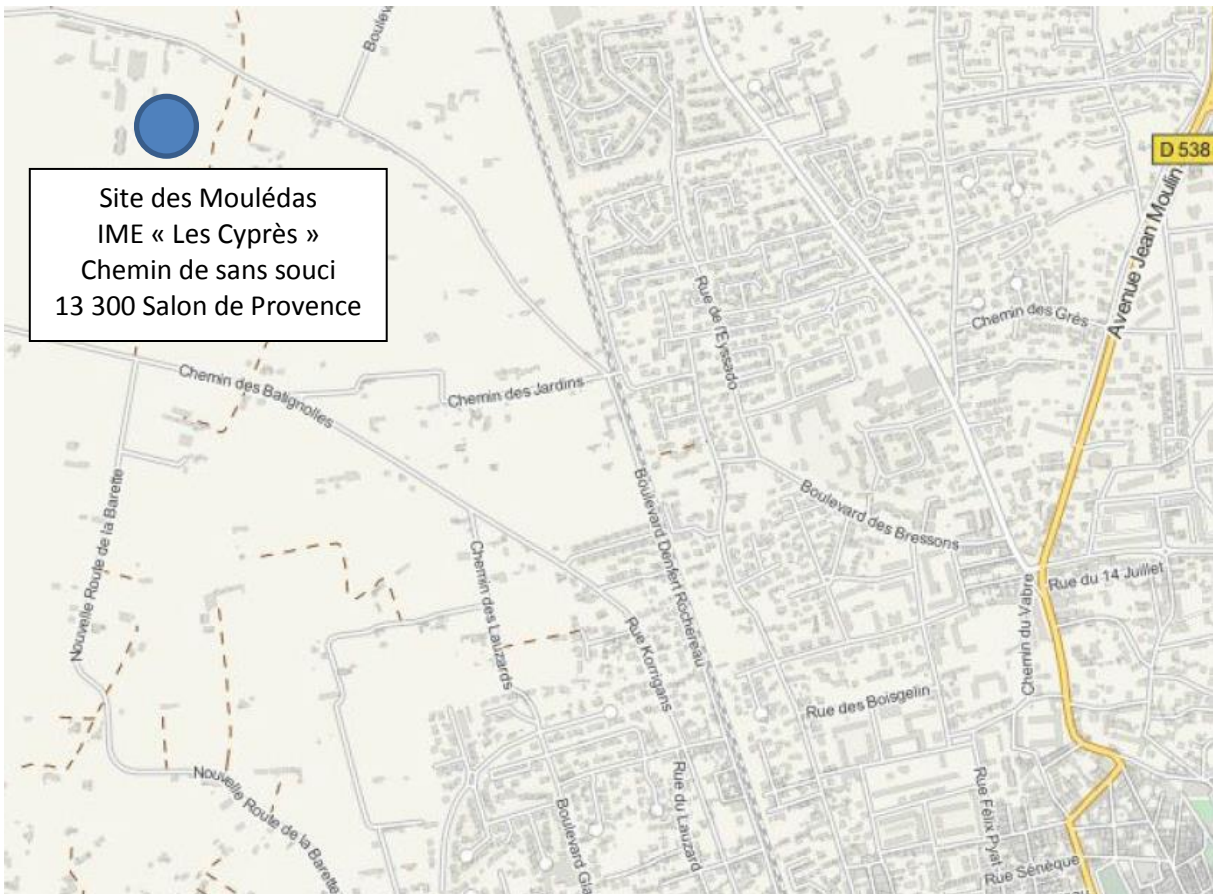
Arles et son environnement :

- **Foyer de vie occupationnel « Mas St Pierre ».**
94 adultes déficients intellectuels. 70 personnes hébergées et 24 sont accueillis en externat.

ANNEXE 2.
PLAN DE SITUATION DES STRUCTURES.



Site de la Pinède. Sessad et Internat des Cyprès
Vieille route de Pélissanne.
13 300 Salon de Provence



Site des Moulédas
IME « Les Cyprès »
Chemin de sans souci
13 300 Salon de Provence

ANNEXE 3. SUPPORT A LA CONSTRUCTION DU PAI.

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXES DU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Communication et interactions, sociales et socialisation							Préalable :
Habiletés aux jeux (B6 tour de jeux, initier, maintenir mettre fin à une relation aux jeux). Habiletés ou interactions sociales dans différentes situations (créer et entretenir des relations familiales, avec des pairs, avec des professionnels, des personnes étrangères et ultérieurement des relations intimes. Habiletés ou interactions sociales dans différents lieux (initier, maintenir et mettre fin aux échanges à la maison, à l'école, dans les différents établissements d'accueils et cabinets libéraux)	Echelle de Communication précoce ESCP : De 3 à 30 mois						Le développement de la réciprocité des échanges verbaux nécessite des activités ciblant le jeu fonctionnel ou symbolique, de l'imitation, de la compréhension des règles sociales en formant l'environnement. Penser à accompagner l'enfant dans des situations sociales ordinaires (écoles, magasins). On recommande d'utiliser les techniques éducatives structurées. Des séances individuelles ou en petits groupes permettant d'expérimenter des situations de partage, tours de rôles, attention à l'autre, reconnaissance et prise en compte des émotions, des pensées et émotions à l'autre (théorie de l'esprit

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXESNDU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Cognitif						Préalable :	
Suivi du développement de l'attention, de la mémoire, de la représentation dans le temps et l'espace, de l'anticipation et planification des actions du processus de pensée et langage. La recherche des modalités particulières du fonctionnement (forces, émergences et faiblesses de la personne sur lesquelles le projet personnalisé pourra s'appuyer. Une évaluation complémentaire réaliser tous les 2/3 ans précisera l'âge développemental comparativement à son âge chronologique.	Par un psychologue formé: BECS (quel que soit son niveau intellectuel et du langage, il faut évaluer les fonctions qui se développent entre 4 et 24 mois étalonné avec des enfants jusqu'à 10 ans). WIPPSI III (0-6ans). WISC IV (6-16 ans). KABC (3-13 ans). PEP III (6-12 ans) et AAPEP (ados et adultes)					Prévoir une évaluation neuropsychologique complémentaire à l'aide d'outils standardisés adaptés à l'âge et aux capacités de langage de la personne. Il s'agit de favoriser les capacités cognitives (attention, mémoire, représentation du temps et de l'espace, anticipation, planification, processus de pensée, langage). On recommande : L'utilisation des techniques d'éducation structurée. L'utilisation initiale des entres d'intérêts des enfants. L'intervention thérapeutique (ortho, psychomot, psycho...). Des activités éducatives et pédagogiques dont les activités ludiques, culturelles, artistiques en tenant compte de son âge chronologique. La structuration de l'environnement pour aider à connaître les activités proposées et planifier les actions. NB: Si l'enfant ne s'exprime pas oralement, il est recommandé de l'aider à construire ses propres modalités de raisonnement à partir de tout autre moyen de communication.	

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXESNDU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Sensoriel et moteur							Préalable :
<p>Repérage des troubles sensoriels comme pour tout enfant et orientation le cas échéant vers des consultations médicales spécialisées (ORL, Ophtalmo...). Repérage des modalités sensorielles préférentielles. Repérage des réponses inhabituelles à certaines expériences sensorielles, tactiles, proprioceptives, auditives, visuelles, gustatives, olfactives. Suivi du développement : Acquisition motrices globales (coordination, dynamiques générales, équilibres, postures). Motricité fine et coordinations Visio manuelles dont le graphisme. Schéma corporel (connaissance du corps, latéralité, capacités d'initiatives). Organisation spatio temporelle. Praxies et gnosies. NB: En cas de particularité du développement moteur (ex, marche sur la pointe des pieds) un avis diagnostique peut être sollicité auprès d'un médecin spécialisé.</p>							<p>Les pratiques d'intégrations sensorielles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité mais pour certains enfants montrant des particularités sensorielles ou motrices les pratiques ci-dessous peuvent apporter des bénéfices en termes d'attention, de réduction du stress ou de comportement inadapté aux stimulations sensorielles. En cas de troubles praxiques et posturaux interférant dans les activités quotidiennes installer de la psychomotricité et/ou ergo pour favoriser le développement de la motricité et favoriser les aménagements de l'environnement permettant d'éviter les sur ou sous stimulations (bruit, lumière, tactile...). Si importante hypersensibilité un travail d'atténuation ou de modération de cette sensorialité doit être réalisée. Si hyperacousie entraîne une souffrance, installation de filtres auditifs. Les APS, les activités musicales, les activités avec les animaux ne peuvent pas être considérées comme thérapeutes mais elles participent à l'épanouissement personnel et social.</p>

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXESNDU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Emotion et comportement							Préalable :
<p>Suivi du développement psycho affectif par une évaluation psychologique. Evaluation de la reconnaissance et de l'expression des émotions. Identification des intérêts spécifiques, ces derniers peuvent être un moyen de développer ses capacités dans d'autres domaines. Identification des comportements alimentaires particuliers et leur condition de survenue (restriction de la ration, de la diversité de l'alimentation selon le goût, l'odeur, la texture ou couleur). Identification des comportements problèmes et conditions de survenues (stéréotypies envahissantes, automutilation, agressivité, ingestion d'objets non comestibles...). Identification de nouveaux signes pouvant être liés aux effets indésirables de traitements médicamenteux. Prise en compte du retentissement de la puberté sur le comportement dans ses dimensions affectives et sexuelles.</p>	<p>Evaluation fonctionnelle du comportement en cas de comportement problème. NB : Les comportements problèmes doivent être prévenus par la mise en place d'un système de communication, par l'adaptation de l'environnement, par l'anticipation des situations entraînant habituellement un comportement problème.</p>						<p>En cas de changement de comportement brutal ou inexplicé, la recherche d'une cause somatique et fortement recommandée, de changement pouvant être le signe d'une douleur sous-jacente. En cas de problèmes, les transmissions écrites des observations faites en séances sont réalisées de manière rapprochée (une à plusieurs fois par semaines) afin d'ajuster les objectifs fonctionnels visés. Une évaluation complémentaire est réalisée tous les 2/3 ans pour la recherche systématique des symptômes ou pathologies psychiatriques fréquemment associées aux TED (troubles anxieux, dépression, déficit de l'attention, hyper activité). Pour les enfants dont les évaluations mettent en évidence des signes de souffrance, d'anxiété ou de dépression on recommande: Utilisation des techniques d'éducation structurée. Des thérapies cognitivo comportementale pour les hauts niveaux. L'installation de jeux de rôles, de groupes de paroles ou encore le recours à des psychothérapies individuelles. Le traitement du comportement problème. On recommande de rechercher avec les parents et l'entourage, les comorbidités somatiques ou des phénomènes douloureux. Le contexte d'apparition de ce comportement problème et sa</p>

							<p>ou ses fonctions pour déterminer les facteurs déclenchants, les maintenant ou les renforçant. On peut avoir recours à des techniques comportementales, à des apprentissages par la valorisation des comportements attendus, par des associations de médicaments en complément. Le recours au lieu calme/retrait doit rester une procédure d'exception. Dans ce cas, établir une procédure compatible avec la sécurité et dignité des personnes. Sexualité: Les ados doivent recevoir un enseignement adapté. Des programmes spécifiques et adaptés (groupes de compétences sociales, ateliers portant sur la vie affective et sociale) assurés par des professionnels formés.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXESNDU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Somatique							Préalable :
<p>Evaluer à chaque fois qu'une pathologie est suspectée. Evaluer au moins une fois par an par un somaticien et un dentiste et plus fréquemment en cas de prescriptions médicamenteuses. Evaluer au moins tous les six mois, en cas de syndrome de Rett</p>							<p>Il faut être attentifs aux manifestations parfois atypique de l'expression de la douleur. Les conditions de mises en œuvre des examens et traitement peuvent nécessiter des adaptations qu'il est nécessaire d'anticiper avec l'aide de l'entourage professionnel et familial. Les actions de prévention et de promotion de santé sont : Vaccination y compris saisonnières. Observance des conseils d'hygiène de vie. Dépistage du risque carieux. Il est recommandé d'apprendre à l'enfant à mettre des mots ou des images sur des sensations, ses ressentis (échelles visuelles d'intensité de la douleur). Apprendre à connaître et à désigner les différentes parties du corps et à répondre à des consignes simples utilisées lors d'une consultation. Les traitements médicamenteux : Certains traitements sont nécessaires au traitement des pathologies associées comme l'épilepsie et d'autres peuvent avoir une place non systématique et temporaire. Toute prescription visant les troubles psychiatriques doit s'accompagner en parallèle de la recherche des facteurs qui contribuent à leurs survenues ainsi qu'à la poursuite d'interventions globales non médicamenteuses. Les parents peuvent s'opposer à la prescription pour leur enfant, sous réserve que ce refus ne risque pas d'entraîner des conséquences graves</p>

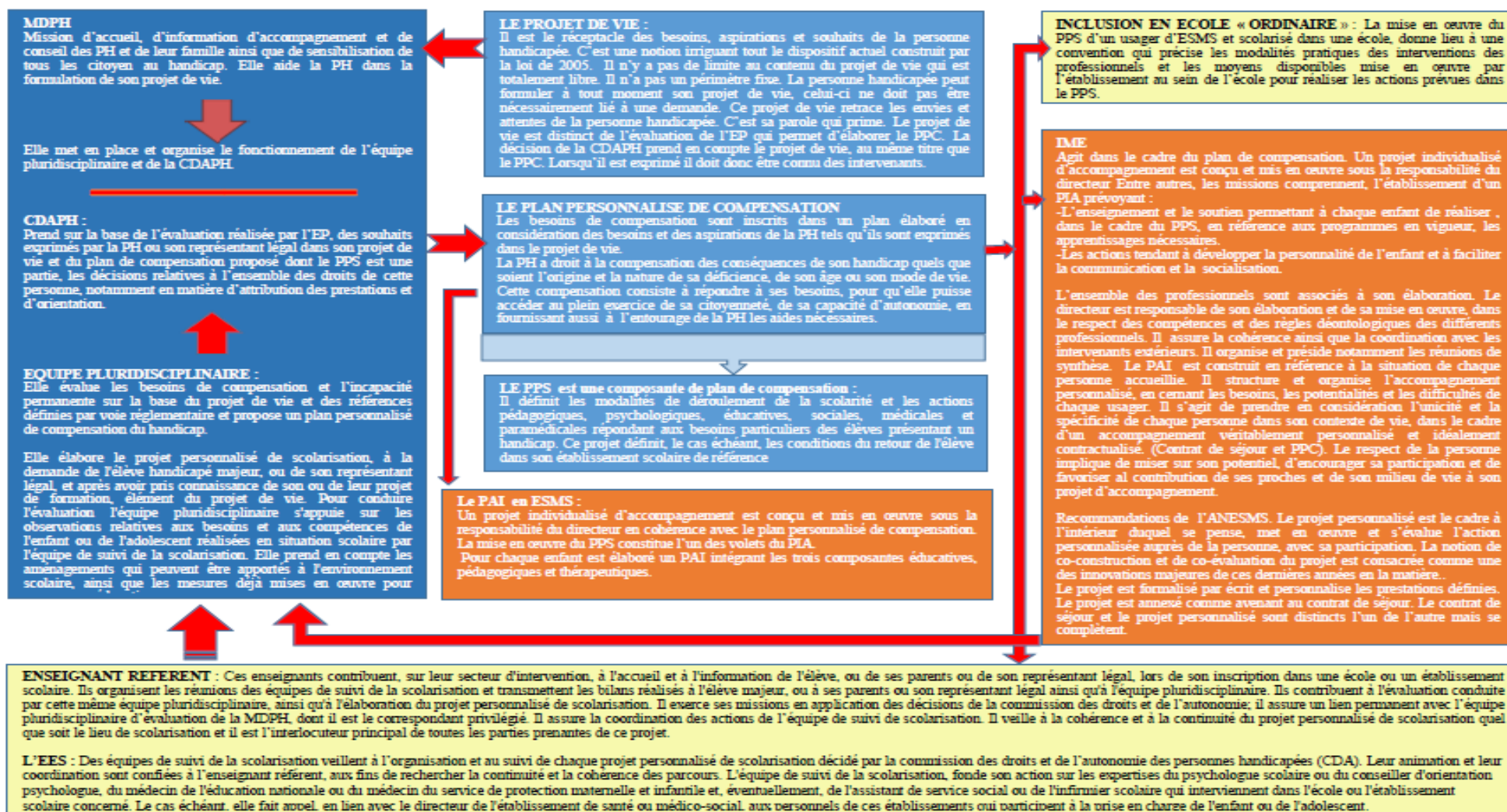
							pour sa santé. L'admission d'un enfant ne peut être conditionnée à la prise d'un traitement. En cas d'agressivité mettant en danger les autres personnes de l'établissement des solutions doivent être recherchées avec la famille pour assurer la protection de tous. A l'adolescence, la question de la pertinence de la prescription de contraceptifs doit être posée.
--	--	--	--	--	--	--	---

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXES DU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Autonomie dans les activités quotidiennes							Préalable :
L'évaluation suit le développement des capacités fonctionnelles en fonction de son âge, en particulier les capacités liées : Entretien personnel (se laver, prendre soin de son corps, aller aux toilettes, s'habiller, boire, manger, prendre soin de sa santé, veiller à sa sécurité). La vie domestique (réaliser des tâches comme faire les achats, préparer un repas, faire la ménage). La vie communautaire, sociale et civique (participer à des activités de loisirs, à la vie sociale, citoyenneté, jouir des droits humains). Cette évaluation est complétée par des échanges avec la famille pour repérer les difficultés quotidiennes et les moyens d'y faire face.							Les activités (habillement, toilettes, courses, ménages, repas, transports) doivent faire l'objet d'apprentissages spécifiques puis d'entraînement en situation de vie en tous lieux.

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXESNDU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Apprentissages en particuliers scolaires et pré-professionnels.							Préalable :
L'évaluation s'appuie sur les évaluations des acquis scolaires et de formations professionnelles. Les épreuves sont adaptées en fonction des capacités de chaque élève, existantes et à développer.	PEP de 6 à 12 ans. AAPEP pour ados et adultes.						On recommande : l'augmentation progressive du temps de scolarisation pour atteindre dès que possible le même volume horaire que n'importe quel enfant. L'accompagnement par un professionnel formé. Le recours à du tutorat par d'autres élèves si volontaires et encadrés par l'équipe. Donner en accord avec les parents, une info à l'école sur les caractéristiques des personnes avec TED. Si besoin, accompagnement spécifique lors des stages.

LES DOMAINES A EVALUER	OUTILS STRUCTURANT LES OBSERVATIONS CLINIQUES	RESULTATS DES ITEMS	AXESNDU PPI				RECOMMANDATIONS RAPPEL
			Objectifs fonctionnels à atteindre. Réalistes et atteignables	Désignations des intervenants : Educateurs, thérapeutes, enseignants, parents....	Moyens proposés Types, activités, techniques ...	Echéances de réévaluation avec critères Concrets d'évaluation	
Environnement familial.							Préalable :
L'organisation des interventions doit être compatible avec le fonctionnement de la cellule familiale. Il est nécessaire d'être attentifs aux éléments suivants : Composition de la famille, organisation et relations intra familiales. Connaissances et compétences des parents concernant les TED. Compréhension du diagnostic et de l'évolution du développement de l'enfant. Besoins et ressources de l'ensemble des membres de la famille. Préservation de l'équilibre et de la qualité de vie des familles. Ressources de la famille pour faire face au stress. Soutien social sur lequel peut compter la famille. Satisfaction vis à vis du projet mis en œuvre ou envisagé.							

ANNEXE 4. ARTICULATIONS ENTRE LES DIFFERENTS NIVEAUX DE PROJETS



ANNEXE 5
ORGANIGRAMME INSTITUT MEDICO EDUCATIF LES CYPRES

