



Projet d'Établissement 2014-2019

I.M.E Léonce Malécot

Validé par le Bureau du Conseil d'Administration le 17 mars 2014



La détermination d'hier - L'engagement d'aujourd'hui - L'ambition pour demain

Institut Médico-Educatif Léonce Malécot

12, rue du Pourquoi Pas - 62300 LENS

☎ 03.21.28.40.19 📠 03.21.78.54.60

✉ ime.malecot@apei-lens.asso.fr 🌐 www.apei-lens.org



Sommaire

	Tableau synoptique du projet	2
I	Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement	6
II	Présentation de l'Association gestionnaire	8
	1 - Présentation de l'Association	9
	2 - Les statuts de l'Apei de Lens et environs	11
	3 - Les établissements et services par pôle de direction	12
III	Présentation générale du projet d'établissement	14
	1 - Préambule	15
	2 - La philosophie du projet d'établissement	16
	3 - Les modalités de financement	16
	4 - La référence au schéma départemental	17
	5 - Les missions : textes de référence	18
IV	Les caractéristiques des enfants et des jeunes accueillis	21
	1 - Présentation de la population accueillie	22
	2 - L'évolution du public accueilli	26
V	Les principes éducatifs	27
VI	Le Projet de soins	31
	1 - Les prestations de soins	34
VII	Le projet éducatif et pédagogique	38
	1 - Les prestations éducatives : l'autonomie, la socialisation, la limitation des troubles du comportement qui permettent le « vivre ensemble »	39
	2 - Les prestations pédagogiques : les apprentissages cognitifs	41
	3 - Des prestations renforcées pour l'accompagnement des enfants polyhandicapés, l'accompagnement des enfants autistes	41
	4 - Les fonctions supports	45
VIII	Les moyens d'action	47
	1 - Les locaux, le projet architectural	48
	2 - Les ressources humaines	53
	3 - Organisation des services	56
	4 - Les intervenants extérieurs, les partenariats	58
	5 - Les moyens financiers	60
IX	L'accompagnement des enfants et des jeunes	61
	1 - Admission et accueil	62
	2 - Un fonctionnement par section	62
	3 - Un référent du projet de l'enfant	64
	4 - L'élaboration du projet individualisé	65
	5 - Sortie du jeune de l'établissement	66
	6 - La place de l'utilisateur et de sa famille	67
X	La démarche qualité et l'amélioration continue de la qualité	69
	1 - Préambule	70
	2 - Le développement continu de la qualité	70
	3 - L'évaluation de la qualité	72
XI	Les perspectives, les objectifs d'évolution, de progression et de développement	76
	1 - Les outils de la loi 2002-2	77
	2 - La formalisation des procédures de fonctionnement	78
	3 - Actualiser, redéfinir les projets des sections et les activités de renforcement	79
	4 - La scolarisation	80
	5 - Poursuivre la restructuration et la reconstruction de l'IME Léonce Malécot	81

Introduction

La réactualisation du projet d'établissement de l'IME Léonce MALECOT un défi ?

L'IME Léonce MALECOT est le premier établissement de l'Apei de Lens et environs. Il a été créé par les fondateurs de l'association, ou, pourrait-on dire, que l'association s'est construite autour de ce projet. C'est donc l'établissement par lequel l'aventure associative a commencé, pour l'accueil d'enfants et de jeunes au handicap important qui ne leur permettait pas de trouver leur place (en 1958) dans les rares établissements existants.

L'IME MALECOT c'est aussi, après 55 ans, une culture qui s'est construite avec des jeunes souvent en grande difficulté, avec des professionnels impliqués qui doivent sans cesse composer, inventer, innover. Un savoir-faire qui s'est construit par l'expérience, par une ouverture à son environnement, à des réseaux, une culture qui s'est construite avec et par l'accompagnement des familles.

L'IME Léonce MALECOT est également sur le territoire l'établissement qui accueille des jeunes en grande difficulté dans des locaux qui étaient vétustes, où l'on n'avait pas forcément envie d'y envoyer son enfant. Depuis deux ans, avec les travaux de reconstruction, cette situation a bien changé.

Avec ses 55 ans, L'IME Léonce MALECOT doit faire face à un environnement en mouvement. Il doit veiller à s'inscrire dans de nouveaux cadres institutionnels, dans une démarche qualité avec ses codes, sa rigueur qui ne fait pas toujours « bon ménage » avec la culture médico-sociale. Cette direction a été prise, cette dynamique est partagée quand elle permet de rendre compte de manière plus explicite des pratiques, des réussites, mais également de se fixer des objectifs d'amélioration.

Par toutes ces dimensions, l'IME Léonce MALECOT engendre un certain attachement ; attachement des jeunes qui aiment fréquenter l'établissement ; attachement des familles qui apprécient l'attention et le respect qui est donné à leur enfant, à son évolution ; attachement des professionnels qui ont souvent l'occasion de percevoir le sens de leur action et mesurer les effets de leurs missions par l'évolution des jeunes.

La réécriture du projet a donc été en soi un défi, qui j'espère répondra aux questions des lecteurs, qu'ils soient membres de l'association, professionnels, autorité de tutelle. Mais nous savons que ce travail collectif n'est pas parfait, les dernières relectures ont fait émerger des frustrations, sur ou telle partie qui aurait pu être développée, explicitée. Ce projet est donc une actualisation, un état des lieux partagé qui va pouvoir, comme la démarche d'amélioration de la qualité, se poursuivre dans cette nouvelle période de cinq ans qui s'ouvre.

Bertrand FACON,
Directeur du pôle enfance
Apei Lens et environs

Tableau synoptique du projet

IDENTIFICATION	<p>I.M.E. Léonce Malecot Tél. : 03.21.28.40.19 – Fax. : 03.21.78.54.60 E-mail : ime.malecot@apei-lens.asso.fr N° Siret : 775 631 757 000 66 N° APE : 8710B Finess : 620 101 212 Agrément initial, autorisation de fonctionnement 1959</p>
TEXTES DE REFERENCES	<p>Code de l'Action Sociale et des Familles Annexes XXIV Loi du 11 février 2005 « <i>pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées</i> ». Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale. Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 Code du Travail Projet Associatif 2007-2011 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux)</p>
LOCALISATION	Rue du Pourquoi Pas - 62300 LENS
ZONE D'INTERVENTION	Lens et Environs
BENEFICIAIRES	<p>L'IME se réfère à la fois aux annexes XXIV, relatives aux établissements recevant des enfants ou adolescents atteints d'une déficience intellectuelle, et des annexes XXIV ter relatives aux établissements recevant des enfants polyhandicapés. L'établissement se réfère également aux recommandations pour l'accueil et l'accompagnement des enfants porteurs d'autisme. Un principe a toujours mobilisé l'association : tenter de prendre en charge dans les établissements les enfants les plus en difficulté.</p>
ADMISSION	Orientation de la CDAPH
ACCUEIL	Semi Internat - 210 jours par an
CAPACITE	93 enfants dont 10 enfants autistes et 10 enfants polyhandicapés.
FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE	Assurance Maladie

ORGANISME DE CONTROLE	Agence Régionale de Santé
OBJECTIFS	<p>Le projet d'établissement, pour la prise en charge globale de l'enfant, comporte trois dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une dimension pédagogique ▪ une dimension éducative ▪ une dimension thérapeutique <p>qui seront déclinées pour chaque enfant dans le cadre d'un projet personnalisé.</p> <p>La dimension pédagogique est mise en œuvre dans le cadre des activités emmenées par l'équipe éducative spécialisée, mais également au travers d'une Unité d'enseignement avec un enseignant spécialisé mis à disposition de l'éducation nationale dans l'établissement. Cette unité a également développé un partenariat important avec les établissements scolaires du Territoire.</p> <p>Les enfants sont regroupés par tranches d'âge, et non par niveau ou spécificité du handicap. Ce principe d'action nous paraît déterminant pour créer une dynamique de stimulation pour les enfants les plus démunis, mais également une stimulation des capacités de participation des enfants moins déficitaires, au service d'un collectif qui vise l'intégration, l'accès à l'autonomie, la vie sociale, et développe la solidarité et la citoyenneté.</p>
ACTIONS	<p><u>Section des petits : 6-9 ans.</u> Apprendre à vivre ensemble, s'éveiller, découvrir ses potentialités... Au travers d'activités adaptées aux besoins et capacités de chacun, inscrites dans un emploi du temps qui vise à développer des repères quotidiens rassurants et à respecter le rythme de chaque enfant : temps d'accueil, activités d'expression, de découverte de soi et de son environnement, activités d'autonomie pratique, d'éveil culturel et artistique, activités de développement cognitif...</p> <p><u>Section des moyens : 9-12 ans.</u> Développer et approfondir les acquis, s'affirmer dans un groupe, se responsabiliser... Au travers d'activités qui reprennent les domaines abordés dans la section des petits et qui s'adaptent à la maturité et aux savoir-faire acquis, en mettant l'accent sur la socialisation, l'ouverture sur l'extérieur, la notion d'effort soutenu.</p> <p><u>Section des grands A : 12 - 15 ans, et B : 15 - 20 ans.</u> Développer l'autonomie personnelle et sociale, accéder à la notion de travail, préparer l'avenir... Cet objectif se met en œuvre à partir d'activités pratiques qui développent des techniques, visent les notions de rythme soutenu et d'utilité... en tenant compte des potentialités et de la maturité affective de chaque jeune (cuisine, repassage, bricolage, jardinage, théâtre, arts plastiques, stages de préparation à l'activité et l'emploi...).</p> <p>Accompagnement des personnes dans les diverses</p>

	<p>situations de la vie quotidienne si nécessaire. Activités appropriées de manière individualisée et/ou collective. Ouverture sociale et intégration dans la cité.</p> <p><u>Les enfants porteurs d'autisme</u> sont intégrés dans chacune des sections, mais bénéficient de prises en charge spécifiques et individualisées (activité structurée, code de communication, activités conte, balnéothérapie...) par une équipe ayant bénéficié de formations spécialisées.</p> <p><u>Les enfants polyhandicapés</u> ont leur place dans chacune des sections. Ils bénéficient de rééducations et d'activités plus spécifiques (balnéo, snoëzelen, stimulation sensorielle,...) qui mobilisent plus particulièrement l'équipe paramédicale.</p>
PARTENAIRES	<p>Ville de Lens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliothèque • Médiathèque • Associations sportives <p>Ville d'Avion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia • Les Serres <p>Structures sociales et culturelles de Lens, et des communes avoisinantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCAS • Centre Dumas • Foyer Jean Moulin • Le Colisée <p>Ecoles et Lycées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecole Dolto Loison • Collège Jean Zay (Segpa) Lens • Lycée St Paul Lens • Lycée Bréhal • Ecole Carnot • Ecole d'Oppy <p>Rencontres sportives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membres de l'USEP • Faculté de Sport • Sport Adapté • Office municipal des sports • Club de pétanque lensois • Ville de Loison, de Maroeuil <p>Sanitaire et médico-social :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre Hospitalier de Lens • C.H.R • Centre National de ressources handicap rare de Loos (déficients visuels) • Centre National de Ressources Handicap Rare de Laplane (surdité, communication) • Service de pédopsychiatrie de Lens • Réseau Handident

	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Ressources Autisme • Autres structures et établissements médico-sociaux du secteur <p>Administratif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARS • MDPH (participation équipe technique) • Services sociaux • Services de la protection de l'enfance • Services tutélaires <p>Centres de formations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • IRTS Loos et Arras • AFERTES Arras • IFSI Lens - Arras - Béthune • IUT de Tourcoing • CREFO Lens - Liévin • ESTS Lille – Saint-Omer - Maubeuge • CRFPEJE
MOYENS EN PERSONNEL	<p>L'IME comporte une équipe de 65 personnes pour 50,18 Equivalents Temps Plein.</p> <p><u>Une équipe de direction</u> : un directeur et deux chefs de service</p> <p><u>Une équipe d'administration et de gestion</u> : trois assistantes et une comptable (3 ETP).</p> <p><u>Une équipe médicale</u> : un pédiatre, un pédopsychiatre, un médecin de médecine physique.</p> <p><u>Une équipe Paramédicale</u> : composée de 13 personnes dont un psychologue, deux infirmières (1 ETP), des psychomotricien(ne)s, des orthophonistes, des kinésithérapeutes, une ergothérapeute.</p> <p><u>Une équipe socio éducative de 27 personnes</u> : comprenant des éducateurs spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants, des moniteurs éducateurs, des aides médico psychologiques, des auxiliaires d'animation, une assistante sociale.</p> <p><u>Des services généraux</u> : quatre personnes en cuisine (3,5 ETP), trois maîtresses de maison, un homme d'entretien, deux agents de services chargés des transports (1,75 ETP).</p>
MOYENS FINANCIERS	<p>Budget de dotation globale en 2013 accordé dans le cadre d'un CPOM 2010/2015 : 2 622 155 €</p> <p>Nb d'ETP : 50,38</p>

- | -

Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement



I – 1 Méthodologie d'élaboration du projet d'établissement

Le projet d'établissement de l'IME Léonce Malécot trouve ses fondements dans le projet associatif de l'Apei de Lens et environs.

Le projet d'établissement existant est une référence, un référentiel, qui a été en permanence enrichi par l'évolution des agréments (1998/2005/2007), des services, des ouvertures (accueil d'enfants polyhandicapés, création d'un pôle autisme, extensions...). Mais il souffrait peu à peu d'un manque de lisibilité lié à sa constitution « en mille feuilles » aux ajouts de l'histoire d'un établissement né en 1958, premier établissement de l'association, parmi les premiers établissements médico sociaux du département.

L'enjeu autour de la réécriture du projet était donc important ; il s'agissait de garder cette « Culture Malécot », connue et promue par les administrateurs (pour majorité parents d'enfants passés à Malécot), mais également à l'équipe de professionnels dont certains comptent plus de 30 années d'ancienneté. Il s'agissait ensuite de rendre plus explicite ce qui, au fur et à mesure des années et des générations de professionnels, était devenu plus implicite, tout en s'adaptant à un environnement institutionnel et législatif qui s'est fortement modifié (loi de 2005, Création de l'ARS, CPOM, recommandations de l'Anesm).

Les mouvements de départs en retraite et l'arrivée de nouveaux professionnels, la modification importante de l'équipe de direction, l'engagement simultané d'un projet architectural d'envergure, nous ont poussés à faire appel, pour nous aider dans un premier temps, à un consultant extérieur.

Ce consultant, après avoir sensibilisé l'équipe sur les obligations réglementaires du projet d'établissement, a animé des groupes de travail constitués de membres représentatifs de l'ensemble des professionnels.

Ce travail, cette animation durant presque une année, avait pour objectif de mettre à plat les pratiques, reformuler les principes d'actions, identifier des fonctionnements mis en œuvre par les directions successives de l'établissement, mais également par les pratiques professionnelles auprès des enfants particulièrement démunis.

Ce travail, qui ne faisait pas référence aux écrits existants, a permis de faire émerger les principes d'actions, l'évolution de la population et l'évolution des réponses à apporter, les prestations proposées et les compétences développées...

A l'issue de ce premier travail, les fondements du projet, les principes d'actions, les valeurs partagées par l'équipe de professionnels, ont permis de constater la cohérence avec les valeurs définies dans le premier projet d'établissement, et l'exercice qui a permis à chacun de se réapproprier ces valeurs, de partager des représentations, de questionner et d'actualiser des concepts éprouvés depuis de nombreuses années à Malécot.

Cette production a permis d'avoir une première structuration du projet, une architecture à laquelle il s'agissait alors de « donner de la chair », des contenus plus développés avec l'ensemble des membres de l'équipe.

La rédaction a ensuite été prise en charge par le directeur dans un souci d'homogénéité, complétée sur certaines parties et annexes par l'équipe de direction, et des rédacteurs de groupes de travail liés à des parties spécifiques

Ce projet a donc été revu dans sa présentation avec le directeur général, l'administrateur délégué au pôle enfance, l'attaché de direction qualité projet dans un souci d'harmonisation avec les autres projets d'établissement de l'Apei de Lens et environs (objectif qualité CPOM). Il a ensuite fait l'objet d'une relecture par le groupe projet d'établissement, il a été présenté au Comité de la Vie Sociale, puis au Conseil d'Administration pour validation avant sa diffusion.

II -

Présentation de l'Association gestionnaire

**Apei de Lens et environs,
personne morale gestionnaire**



L'Association de parents, de personnes handicapées mentales et leurs amis de Lens et environs, dite Apei de Lens et environs, étend son champ d'action sur 36 communes de l'arrondissement lensois, compte 500 adhérents, accompagne près de 700 personnes en situation de handicap intellectuel, de polyhandicap ou d'autisme et de troubles apparentés, et emploie près de 350 professionnels.

L'Apei de Lens et environs



L'Association de parents, de personnes handicapées mentales et leurs amis de Lens et environs, dite Apei de Lens et environs, étend son champ d'action sur 36 communes de l'arrondissement lensois, compte 500 adhérents, accompagne près de 700 personnes en situation de handicap intellectuel, de polyhandicap ou d'autisme et de troubles apparentés et emploie près de 350 professionnels.

Les statuts de l'Apei de Lens et environs

L'Apei de Lens et environs est une association à but non lucratif fondée conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901, déclarée en sous-préfecture de Béthune le 1^{er} juillet 1958 sous le numéro 5700 (Journal Officiel du 10 juillet 1958).

Les derniers statuts modifiés de l'Apei dataient de 1993. Un changement de titre et une refonte de ces derniers, votés lors de l'Assemblée Générale de 2004, tiennent compte des évolutions de la société et permettent d'intégrer les éléments d'une modernisation indispensable aujourd'hui. Une nouvelle modification des statuts a été adoptée à l'Assemblée Générale du 11 juin 2011.

Ils prennent en compte la *Charte éthique et déontologique des associations membres de l'Unapei*, élaborée par le mouvement parental et votée à l'Assemblée Générale de l'Unapei en octobre 2002 à l'intention des Associations locales ouvertes à toutes les personnes handicapées intellectuelles et à leur famille.

Ce pacte, ainsi rédigé, lie les membres qui, en prenant leur adhésion, décident de se conformer à ces valeurs.

Son Siège Social est établi au 22, rue Jean Souvraz - 62300 Lens.

Actuellement, **M. Jacques Brelot** est le Président de l'Apei de Lens et environs, et **M. Bruno Masse** en est le Directeur Général.

L'Apei de Lens et environs a pour buts

- D'apporter aux personnes en situation de handicap mental et aux familles ayant un enfant, adolescent ou adulte porteur d'un handicap mental, l'appui moral et matériel dont elles ont besoin, de développer entre elles un esprit d'entraide et de solidarité et de les amener à participer activement à la vie associative.

- D'unir les familles et les amis de personnes en situation de handicap mental, et présentant ou non des troubles associés, y compris des polyhandicaps, ou des troubles envahissants du développement (TED) dont l'autisme.
- De favoriser l'accueil et l'écoute des nouveaux parents, d'assurer la pleine participation des familles et des personnes en situation de handicap mental en facilitant l'accès à la participation, à la citoyenneté et à l'égalité des chances.
- De mettre en œuvre tous les moyens nécessaires au meilleur développement moral, physique ou intellectuel des personnes en situation de handicap mental, quelles que soient la nature et la gravité du handicap, de promouvoir, de gérer tous les établissements et services indispensables pour favoriser leur plein épanouissement par l'éducation, la formation, l'exercice d'une activité professionnelle pouvant générer une activité commerciale, l'hébergement, l'insertion sociale et professionnelle, l'organisation de leurs loisirs.
- De défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes en situation de handicap mental auprès des élus, des pouvoirs publics, des commissions administratives, des autorités de tarification et de contrôle.
- D'organiser toute manifestation, d'informer les élus, les autorités, les médias.
- D'établir des concertations, des adhésions et des coopérations (y compris par le biais de conventions) avec d'autres organismes.

Le projet associatif s'appuie sur une conviction et trois valeurs

Une conviction : "Il y a une richesse en chacun de nous"

LE RESPECT

L'Association revendique le Respect envers la personne humaine quelle qu'elle soit car c'est de là que viennent sa dignité et sa valeur inconditionnelle.

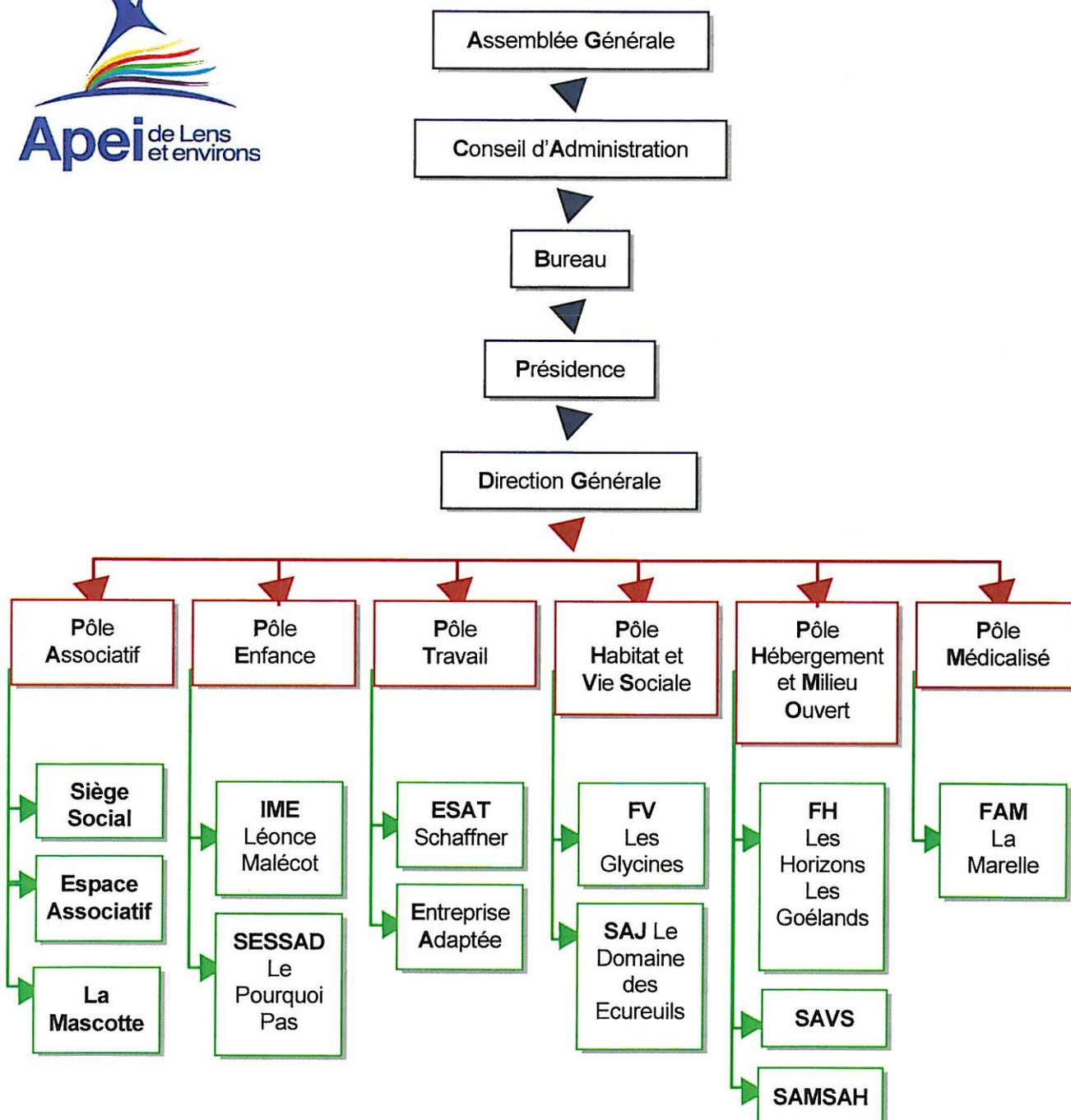
LA SOLIDARITE

Parents, amis, personnes handicapées, professionnels : une « Communauté de destins », qui développe un élan coopératif et/ou bénévole pour reconnaître et promouvoir la personne handicapée en tant que personne à part entière.

L'ACTION

L'action est à la fois valeur en soi et véhicule d'autres valeurs, tels le Respect et la Solidarité. Tel acte posé l'est forcément au nom d'une philosophie de valeurs.

L'Apei de Lens et environs Aujourd'hui



Les établissements et services par pôle de direction

Pôles	Etablissement / Service Adresse	Directeur	Catégorie	Compétence	Capacité autorisée
ASSOCIATIF	Siège social et Espace associatif 22, rue Souvraz 62300 LENS	Bruno MASSE (Directeur Général)			
	Service associatif La Mascotte 11 rue Nelson Mandela 62 160 GRENAY	Jean-Marc ROYE (CdS chargé de direction)			
ENFANCE	IME Léonce Malécot rue du Pourquoi Pas 62300 LENS	Bertrand FACON	Institut Médico- Educatif	ARS	93 enfants 6-20 ans
	SESSAD Le Pourquoi Pas 1ter, rue Prosper Mérimée 62300 LENS	Bertrand FACON	Service d'Education Spécialisé et de Soins à domicile	ARS	30 enfants 0-10 ans
TRAVAIL	ESAT Ernest Schaffner 281, rue de Londres 62300 LENS BP 76 - 62302 LENS Cedex	Didier MONTREUIL	Etablissement et Service d'Aide par le Travail	ARS	273 travailleurs handicapés
	EA 281, rue de Londres 62300 LENS	Didier MONTREUIL	Entreprise Adaptée	DIRRECTE	17 ouvriers
HABITAT ET VIE SOCIALE	Foyer de vie Les Glycines 34 bis, rue Napoléon Lebacq 62160 GRENAY	Nadine LANCEL	Foyer de vie	C.G	36 adultes + 2
	SAJ Le Domaine des Ecureuils 18, rue Voltaire 62160 BULLY-LES-MINES	Nadine LANCEL	Service d'Accueil de Jour	C.G	30 adultes + 5 places AT
HEBERGEMENT ET MILIEU OUVERT	FH Les Horizons Tour Allart Av. S. Allende 62300 LENS	Nathalie LE CAM	Foyer d'hébergement	C.G	30 adultes 1 place AT 20 adultes
	Les Goélands 230, rue Masséna 62750 LOOS EN GOHELLE				
	SAVS 2, Tour Allart Av. S. Allende 62300 LENS	Nathalie LE CAM	Service d'Aide à la Vie Sociale	C.G	42 places
	SAMSAH 1, Tour Allart Av. S. Allende 62300 LENS	Jean-Marc ROYE (CdS chargé de direction)	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	C.G ARS	45 places
MEDICALISE	FAM La Marelle rue du Docteur Piette 62800 LIEVIN	Christine VANVEUREN	Foyer d'Accueil Médicalisé	C.G ARS	54 adultes en internat 6 places en AJ 2 places en AT

- III -

Présentation générale Du Projet d'Etablissement



III – 1 Préambule

L'IME a été le premier établissement de l'Apei de Lens, association qui s'est constituée en 1958, sous l'impulsion de Madame POT, présidente fondatrice, et quelques parents précurseurs, à la recherche de solutions, de soutien, de scolarisation et d'accompagnement de leurs enfants « différents ».

Un accueil des enfants a débuté en 1958 dans « la maison de la famille » des locaux prêtés par la ville de Lens, réaménagés par des parents bricoleurs. L'encadrement a été assuré à temps partiel par des éducateurs spécialisés en formation par le biais d'une convention avec l'école de formation d'éducateurs de Loos.

Ces premières familles ont vite adhéré aux mobilisations nationales et regroupements des familles d'enfants handicapés mentaux en association et unions d'associations.

Dans le contexte des années 50, émergent dans le département trois mouvements en faveur du handicap mental, qui donneront naissance à trois grands acteurs locaux gestionnaires d'établissements :

- Celui emmené par la mobilisation de familles de l'Apei de Lens et environs dont les enfants ne sont pas accueillis à l'école, ou dans les établissements médicaux sociaux existants qui prennent en charge des enfants « en capacité de recevoir un apprentissage cognitif ». (1958)
- Celui d'instituteurs « militants » qui vivent une certaine frustration face à des enfants en difficulté et qu'ils estiment mal accompagnés par l'école ; ce mouvement donnera naissance à l'association et aux établissements de « la Vie Active ». (1968)
- Celui issu des services publics, et notamment des services de pédopsychiatrie qui se trouvent démunis dans les propositions qu'ils peuvent faire à la population qu'ils accompagnent. Ils solliciteront les élus du Conseil Général, les politiques locaux, pour la mise en place d'établissements publics adaptés ; ce sera la création de l'EPDAEAH.(1970)

La genèse de cette création a donné, et donne encore à « Malécot », un positionnement spécifique de l'établissement sur le territoire. Une spécificité qui est marquée par l'accueil d'enfants avec des difficultés importantes, un retard mental moyen sévère ou profond (QI inférieur à 50) avec troubles associés qui permettent difficilement à l'enfant de participer à des activités collectives de type scolaires, et qui nécessiteront une prise en charge globale et individualisée.

Dans les années 70, l'association est organisée avec des délégués de quartier qui vont à la rencontre et interviennent auprès des familles dont certains enfants présentent des difficultés de développement. Cet investissement de bénévoles associatifs donnera naissance, dès la parution des textes, à la **création d'un SESSAD** (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile), le premier du département. Il s'agira de se donner les moyens d'une prise en charge précoce, et d'assurer à la famille une démarche de soutien pour accompagner et dépasser le handicap. Très vite, le Sessad sera amené à accompagner de jeunes enfants polyhandicapés, mais également des enfants porteurs d'autisme.

L'IME et le Sessad constituent aujourd'hui le **Pôle Enfance de l'Apei de Lens**.

Quelques dates :

En **1958**, il s'agissait d'un accueil à temps partiel rue Gambetta à Lens, dans « la maison de la famille ».

C'est en **Avril 1959** que l'établissement est agréé à titre exceptionnel (20 enfants) pour obtenir en **1962** un agrément définitif d'**IMP** et accueillir 55 enfants.

En **1968** l'agrément permet d'accueillir 81 enfants.

En **1982** (arrêté de 83) extension de l'âge d'accueil jusqu'à 18 ans.

En **1987**, création de 10 places pour l'accueil **d'enfants polyhandicapés**, l'agrément est porté à 85 places.

En **1995**, l'IMP devient IME avec un nouvel agrément au titre des annexes 24 et 24 ter pour une capacité de 75 places en semi internat pour des enfants de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle avec handicap associé, et pour une capacité de 10 places en semi internat pour enfants de 6 à 20 ans polyhandicapés.

En juin **2003** : nouvel agrément et création de 10 places pour **enfants et adolescents autistes** par réduction de 75 à 65 places de l'agrément au titre de l'annexe 24.

En **2007** : extension de 8 places portant à **93** le nombre de places, dont 10 enfants autistes et 10 enfants polyhandicapés.

III – 2 La philosophie du projet d'établissement

Depuis son origine, le projet d'établissement met en œuvre une option associative, celle de faire **vivre ensemble** tous ces enfants, quels que soient leurs problèmes spécifiques, tout en répondant, en fonction des besoins, à une prise en charge individualisée. Des critères émergent de façon privilégiée : la mixité d'accueil, les apprentissages multiples, les soins au service du projet de vie, l'intégration dans la vie sociale et l'environnement, la scolarisation lorsqu'elle est possible.

En révisant notre projet d'établissement, nous répondons évidemment à une exigence réglementaire, mais il a en réalité bien d'autres raisons d'exister. En effet, il est une œuvre collective réalisée par un groupe de professionnels, d'usagers et/ou de leurs représentants légaux, de partenaires, de bénévoles et de stagiaires.

Cette réalisation appropriée et construite par tous devient alors un des fondements essentiels de la démarche des professionnels de l'établissement. Le projet d'établissement est le résultat d'une concertation entre les besoins d'usagers, une association et ses valeurs, une équipe éducative et ses pratiques et une politique sociale publique.

III – 3 Les modalités du financement

Le financement de l'IME Malécot relève de l'assurance maladie. En 2010 l'Apei de Lens et Environs a signé un Contrat d'Objectif et de Moyen (CPOM) avec L'Agence Régionale de Santé (ARS). Depuis l'exercice Budgétaire de 2010, l'IME a donc un financement par dotation globale qui a été évalué et négocié dans la phase préparatoire du CPOM. Ce budget pluriannuel, initialement calculé en prix de journée, a été arrêté en fonction des

spécificités de la population accueillie, des prestations qui sont proposées, d'objectifs d'amélioration de la qualité qui peuvent être spécifiques au pôle enfance, et transversaux à l'échelle de l'association gestionnaire.

Des indicateurs d'activités (présentéisme) sont régulièrement remontés aux services de tarification. Un comité de suivi du CPOM est mis en œuvre pour évaluer les actions programmées qui concourent au processus permanent de l'amélioration de la qualité.

III – 4 La référence au schéma départemental d'organisation médico-sociale des personnes handicapées dans le Pas-de-Calais

L'IME, dans le cadre du schéma départemental, est concerné à de nombreux titres (accompagnement de la personne et de sa famille, prévention, articulation entre établissements, accessibilité sociale et culturelle...), et plus particulièrement dans le cadre de l'orientation N°3 : favoriser la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Depuis la loi de 2005, tout enfant handicapé doit être scolarisé dans l'école la plus proche de son domicile et la compensation du handicap sera étudiée et mise en œuvre par un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Cette scolarisation, en fonction des particularités de l'enfant, défini dans le PPS dont le garant est l'enseignant référent. Ce projet de scolarisation peut se réaliser en milieu ordinaire dans le cadre de dispositifs d'intégration tels que les CLIS en primaire, les UPI en collège, les ULIS en lycée, ou en milieu spécialisé qui dispose d'unité d'enseignement.

Sur les dispositifs d'inclusion en milieu ordinaire, il existe généralement un dispositif renforcé d'accompagnement qui peut prendre la forme de la présence dans l'établissement d'un auxiliaire à la vie scolaire (AVS), complété parfois par l'accompagnement de l'enfant et de sa famille par un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad).

L'orientation de l'enfant vers l'IME signifie que la scolarisation de l'enfant en milieu ordinaire, même étayée par des dispositifs d'accompagnement, est devenue inadéquate. L'orientation en milieu spécialisé doit néanmoins rechercher au maximum l'inclusion de l'enfant et du jeune en milieu ordinaire.

L'IME fait partie du milieu spécialisé et, à ce titre, a un partenariat avec l'Education Nationale qui se concrétise, notamment, par la mise à disposition d'un enseignant spécialisé qui met œuvre d'un projet de classe qui est intégré au projet d'établissement.

En 2009, un décret a été promulgué concernant la mise en œuvre des unités d'enseignement. Dans le Pas de Calais, la première rencontre Education Nationale, ARS, et les établissements médicaux sociaux a eu lieu fin 2011. Le pôle enfance de l'Apei de Lens et environs s'est porté candidat pour s'engager sur l'établissement d'une convention de mise en œuvre de cette unité d'enseignement, qui actualisera et formalisera ce qui se pratique depuis de nombreuses années dans l'établissement, à savoir :

- Les objectifs d'enseignement poursuivis dans l'établissement au regard, d'une part, de la capacité des enfants accueillis, mais également au regard des programmes et du socle de compétences qui doivent être mis en œuvre dans les établissements scolaires du milieu ordinaire ;
- Les articulations du travail mené par l'enseignant spécialisé et l'équipe éducative au regard des objectifs définis à l'unité d'enseignement, et au rythme de développement des enfants accueillis ;

- L'articulation de l'unité d'enseignement avec son environnement territorial, et notamment les établissements scolaires, les structures sociales, culturelles sportives qui sont potentiellement des lieux d'inclusion pour la population accueillie à l'IME Malécot.
- L'accès, lorsque cela est possible, à une insertion professionnelle en milieu protégé ou en milieu ordinaire.

III – 5 Les missions : les textes de référence

Comme nous avons pu l'aborder au chapitre précédent, l'évolution de l'association, du mouvement parental, a généré et devancé la mise en place des lois et des textes qui ont structuré au fur et à mesure le secteur médico-social.

L'établissement, par le choix délibéré d'accueillir une population lourdement déficitaire, dans son souci de « *ne laisser aucun enfant au bord de la route* », d'être au plus proche des familles en difficulté, a développé en permanence son projet, à partir des besoins des enfants accueillis.

Les missions de L'IME Léonce Malécot et son fonctionnement sont donc encadrés par les différents textes suivants :

- Les annexes XXIV ;
- Les lois de 2002 et de 2005
- Le parcours de formation des élèves présentant un handicap (issu de la loi de 2005) ;
- Le plan autisme 2008-2010 ;
- Les « recommandations de bonnes pratiques » de l'Anesm s'appliquant aujourd'hui à l'IME.

Les Annexes XXIV

Les « nouvelles annexes XXIV et XXIV ter » datant de 1989, précisent les missions et le fonctionnement des établissements et services accueillant des enfants handicapés présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées (annexe XXIV), ou des enfants ou adolescents polyhandicapés (annexe XXIV ter).

L'ouverture d'une section pour enfants présentant des troubles envahissants du développement (TED) répond au souhait, conjointement exprimé par les associations de parents et les pouvoirs publics, d'apporter des réponses adaptées à ces types de déficience. Les missions relatives à l'accueil de ce type d'enfants ont été formalisées dans des textes qui s'intègrent dans le corpus général des lois et réglementations du secteur social et médico-social, mais qui en précisent les apports techniques et organisationnels.

Sont visés par les annexes XXIV, les établissements et services prenant en charge les enfants ou adolescents qui nécessitent principalement une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques et physiologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, notamment orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité. Sont en premier lieu visés les établissements et services prenant en charge les enfants adolescents présentant une déficience intellectuelle.

La prise en charge comporte :

- L'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimum ;
- Des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.
- La surveillance médicale régulière, générale, ainsi que de la déficience et des situations de handicap ;
- L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou adolescent; les soins et les rééducations ;

La scolarisation, le parcours de formation des élèves présentant un handicap :

Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 :

Tout enfant ou adolescent présentant un handicap tel que défini à l'article L. 114 susvisé du code de l'action sociale et des familles est inscrit dans une école (...). Cette école ou cet établissement constitue son établissement scolaire de référence.

Il reste également inscrit dans son établissement scolaire de référence lorsqu'il est accueilli dans l'un des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles [IME] ou dans l'un des établissements mentionnés au livre 1^{er} de la sixième partie du code de santé publique susvisé.

Sa scolarité peut alors s'effectuer, soit dans l'unité d'enseignement définie à l'article 14 du présent décret, de l'établissement dans lequel il est accueilli, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans son établissement scolaire de référence, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans l'une des écoles ou l'un des établissements scolaires avec lesquels l'établissement d'accueil met en œuvre une coopération dans les conditions prévues par la convention mentionnée à l'article 15 du présent décret. Dans ce dernier cas, l'élève peut être inscrit dans cette école ou cet établissement scolaire.

Dans tous les cas, les modalités de déroulement de sa scolarité sont précisées dans son projet personnalisé de scolarisation défini à l'article 2 du présent décret ou dans son projet d'accueil individualisé défini à l'article 6 du présent décret. Ce projet définit, le cas échéant, les conditions du retour de l'élève dans son établissement scolaire de référence.

Nous rappelons ici ce que prévoient les textes, mais force est de constater qu'actuellement dans le département, la MDPH n'a pas mis en œuvre les PPS. Ce sont donc les rencontres régulières avec les enseignants référents qui permettent de valider le projet d'accompagnement comme le PPS de l'enfant.

Nous travaillons actuellement sur la formalisation de l'unité d'enseignement avec l'inspection ASH pour sa mise en œuvre en 2014.

Les plans autisme, dont le plan en cours 2013 - 2017

Ces plans comportent de nombreuses mesures, dont celles qui concernent directement l'IME :

« Adapter la prise en charge en établissements médico-sociaux aux aspirations nouvelles des personnes TED et de leurs familles » : aujourd'hui, les personnes TED et leurs familles aspirent à être prises en charge par des petites structures, à taille humaine, intégrées dans un réseau de service, pour humaniser les réponses. Les créations de places prévues dans le cadre du plan favoriseront donc la création de petites unités de vie. Pour cela, trois mesures concrètes sont prévues :

L'adaptation des normes techniques (notamment sur les conditions de sécurité, d'hygiène, d'accessibilité) exigées pour ces structures ;

L'élaboration d'un référentiel spécifique à l'accompagnement des personnes autistes dans le cadre de la refonte des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements pour enfants et adolescents handicapés (« annexes 24 ») ;

Après la constitution d'une « section autiste » au Sessad (1999), et d'un pôle autisme à l'IME (2003), dans le cadre du troisième plan (2013 – 2017), les professionnels du pôle enfance seront particulièrement mobilisés sur le premier axe de ce plan qui concerne le diagnostic de l'autisme par la mise en œuvre d'une équipe de diagnostic de l'autisme de proximité (EDAP) et la participation aux réseaux d'acteurs pour la mise en œuvre de prise en charge précoce.

Dernier Arrêté d'extension du 24 Avril 2007

Capacité d'accueil : 93 enfants dont 10 enfants polyhandicapés et 10 enfants porteurs d'autisme.

Prise en charge : semi internat avec une ouverture de 210 jours par an.

L'établissement n'accueille pas de jeunes dans le cadre de l'amendement Creton ; les enfants sortent de l'établissement à la fin de l'année scolaire, avant d'avoir 20 ans révolus en juillet.

Les « recommandations de bonnes pratiques » s'appliquant à l'IME

À la date de rédaction, 13 recommandations de bonnes pratiques ont été éditées par l'ANESM (Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médicosociale), et concernent les pratiques professionnelles de l'IME :

- Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (2010)
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (2008)
- Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique (2012)
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement de la prévention et le traitement de la maltraitance (2008)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement, interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012)
- Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (2010)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010)
- La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des familles (2009)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (2008)
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (2008)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013)
- Concilier la vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (2009)
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (2008)

Et une recommandation de bonnes pratiques de la Haute Autorité de la Santé (HAS) de mars 2012 concernant les interventions auprès d'enfants adolescents porteurs d'autisme et autres TED.

- IV -

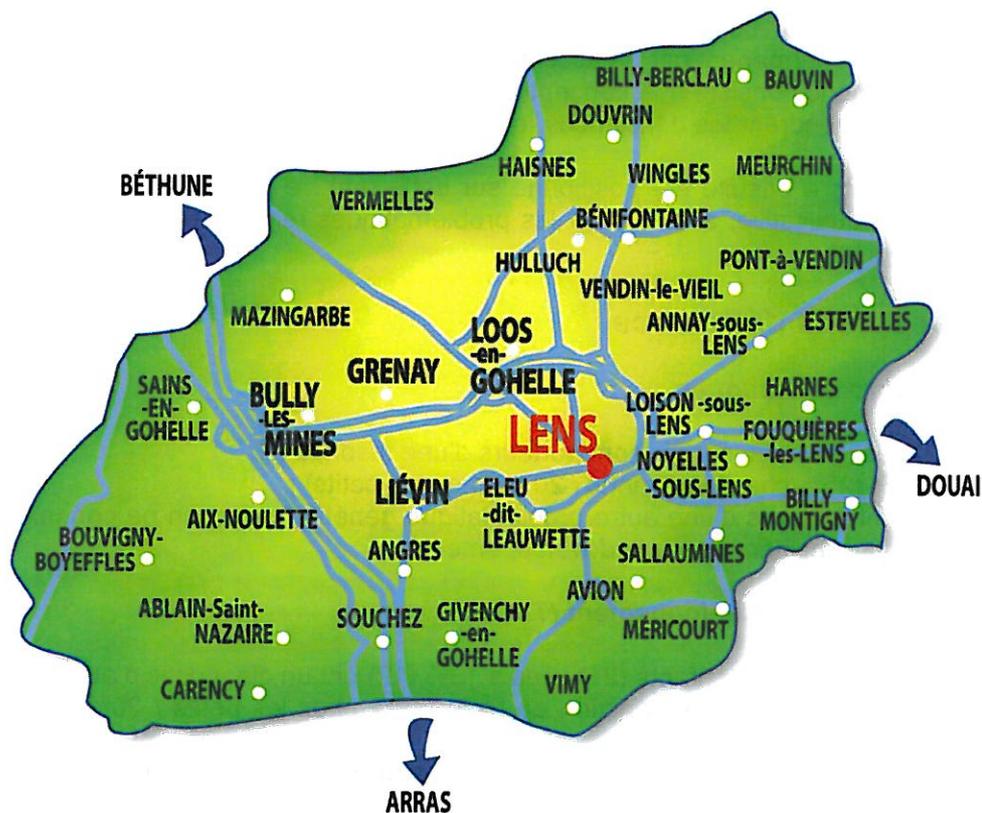
Les caractéristiques des enfants et des jeunes accueillis



IV – 1 Présentation des enfants et des adolescents accueillis

D'où viennent-ils ?

Les jeunes sont accueillis suite à une décision de la CDAPH. Ils résident sur le territoire couvert par l'Apei de Lens et environs qui correspond à celui de la C.A.L.L (Communauté d'Agglomération de Lens Liévin).



En général les enfants accueillis ont fait l'objet d'une prise en charge précoce, et du fait du positionnement de l'établissement sur le secteur (il n'est par rare d'entendre « *orientation établissement type Malécot* »), des contacts préalables ont lieu avec les SESSAD, dont le SESSAD « Le Pourquoi Pas », avec le CAMSP de Liévin, avec l'inter secteur de psychiatrie et l'hôpital de jour.

Depuis la loi de 2005, la prise de contact de familles pour une présentation de l'établissement avant de constituer la demande auprès de la MDPH s'est intensifiée. Nous accueillons également des enfants dont l'orientation vers le milieu spécialisé a été préparée en milieu scolaire sans qu'il n'y ait eu de contacts préalables. Nous recevons enfin des enfants qui font l'objet d'une réorientation d'un établissement dans lequel les difficultés liées au cadre institutionnel et à la déficience (intellectuelles, troubles du comportement...) ne permettaient plus sa progression et son épanouissement.

Qui est-elle ? Quelle est l'origine de ses troubles ?

L'étude statistique qui va suivre a été réalisée sur l'effectif présent en 2010. Elle a pour vocation d'avoir une représentation des jeunes qui fréquentent l'IME en vue d'une compréhension dynamique de leur profil et des réponses qu'il s'agirait d'apporter.

L'effectif de l'établissement est de 95 enfants, la section des petits comprend à cette période 20 enfants de 6 à 9 ans, 21 enfants de 9 à 12 ans chez les moyens, 26 jeunes chez les grands A de 12 à 15 ans, et 28 jeunes chez les grands B de 15 à 19 ans.

Cette étude, animée par un chef de service et le psychologue de l'établissement auprès de l'ensemble des professionnels, a été réalisée à partir du dossier médical avec les médecins de l'établissement, à partir des définitions inscrites dans le CIM 10, et à partir d'observation menées par l'équipe pluridisciplinaire.

Exemple : un enfant peut ne pas être considéré comme polyhandicapé, ni infirme moteur cérébral, pourtant il a de graves difficultés psychomotrices et tous les déplacements doivent donner lieu au maintien permanent par un accompagnateur.

La première étape a donc consisté à la conception d'une matrice où ont été répertoriées les problématiques qui engendrent les déficiences, et les besoins de prise en charge qui y sont associés.

Chacun des 95 enfants a ensuite été positionné sur cette matrice permettant de faire une étude quantitative et qualitative, à la fois sur les problématiques rencontrées et les besoins auxquels elles renvoient.

L'origine de la déficience

Problématiques chromosomiques :

- 23 % (22) des jeunes accueillis sont porteurs d'une trisomie 21
→ (25% chez les Grands / 20 % chez les petits) ;
- 11% (11) sont porteurs d'une autre problématique génétique dont on ne connaît pas précisément les incidences sur le développement.

Troubles envahissants du développement (T.E.D.)

- Ils concernent 22 % des enfants (21) ; seuls 13% (12) ont un diagnostic d'autisme.
- Ces troubles s'estompent en fonction de l'âge (40% chez les petits / 20% chez les grands).

Nous rappelons que l'IME a un agrément de 10 places pour le pôle autisme, l'autisme étant intégré au groupe des T.E.D.

Si l'IME a toujours accueilli des enfants présentant des troubles du développement, et notamment du comportement, l'évolution de la recherche, le souhait des familles concernant le diagnostic dont les protocoles ont évolué, montrent que près d'un quart de la population accueillie à Malécot relève de cette classification.

Autre Etiologie : problématique anténatale et périnatale, encéphalopathies, alcoolisation fœtale.

Etiologie déterminée : Ils représentent 21 % (20) parmi lesquels nous trouverons une bonne partie des enfants polyhandicapés.

Etiologie indéterminée : concerne 22% (21) des enfants qui peuvent connaître différents type de retard du développement, chacune de ces situations étant unique et sans origine clairement définie.

Les troubles du Comportement

- Troubles sévères : 28% (40% chez les petits / 28% chez les grands)
- Troubles Moyens : 32% (25% chez les petits / 39% chez les grands)
- Troubles Légers : 40% (35% chez les petits / 43% chez les grands)

Afin de compléter ces données, nous avons retenu un item : degré de vigilance et d'accompagnement individuel des enfants et adolescents porteurs de ces troubles du comportement.

- Nécessité d'un accompagnement individuel permanent : 7% (7) ; à noter que ce chiffre reste stable (petits et grands) car il concerne des enfants et jeunes autistes fortement déficitaires.
- Vigilance accrue auprès de 34% de la population (55% chez les petits / 11% chez les grands).
- Vigilance Normale pour 56% de la population accueillie.

Si l'on peut constater une évolution normale de la stabilisation, voire régression des troubles du comportement entre les petits et les grands - que l'on peut expliquer par les résultats d'une prise en charge institutionnelle - il faut néanmoins constater que plus de 40% de la population de l'IME demande un accompagnement renforcé, un cadre institutionnel qui favorise la sécurité, la stabilisation de ces troubles.

Les troubles du Langage

- 19% (18) n'ont pas accès au langage verbal. Nous trouverons ici des enfants autistes pour lesquels il faudra mettre en place des codes de communication, mais également des enfants qui n'accéderont pas du fait de leur pathologie au langage (ex : enfants polyhandicapés).
- 30 % ont des troubles sévères (début de langage).
- 31% des troubles moyens (troubles du langage)
- 17% des troubles légers (troubles de la parole)

Près de 50% des enfants accueillis dans l'établissement ont donc des difficultés, des retards de langage importants, ce qui oblige à développer toutes les palettes possibles des modes et codes de communication.

50% des enfants accueillis ont besoin d'une prise en charge soutenue d'orthophonie ; nous proposons aujourd'hui une réponse à hauteur de 60% en interne, et à 40% par le développement d'un réseau de partenariat avec des orthophonistes libéraux.

63 % des jeunes accueillis rencontrent des troubles de la communication liés principalement aux retards de développement, mais 20% ont et auront besoin d'utiliser des codes de communication (Pecs, Makaton, pictogrammes...)

Besoin d'un suivi psychologique

- 30% des enfants accueillis à Malécot nécessiteraient un suivi psychologique régulier.
- 10% sont mis en œuvre en interne, les autres enfants poursuivent un accompagnement par le Centre médico psychologique.

Les troubles Moteurs et les besoins de prise en charge

- 64 % des jeunes ont de légers troubles moteurs ;
- 22% ont des troubles moyens qui nécessitent parfois des prises en charge spécialisées ;
- 14% ont des troubles moteurs sévères, nous trouverons notamment ici les enfants polyhandicapés ;
- 22% des enfants accueillis ont besoin d'un suivi médical renforcé, à l'interne et à l'externe de l'établissement.
- 15% ont besoin de kinésithérapie régulière (25% chez les petits, 15% chez les grands) ;
- 15% des enfants sont appareillés (orthèses) .
- Tous les enfants travaillent avec des psychomotriciens (un par section).
- 15% des enfants (11) se déplacent en fauteuil ; seul un est autonome dans ses déplacements avec celui-ci.

Les troubles Neurologiques

- 15 % des enfants souffrent d'épilepsie ;
- 18% des enfants ont besoin d'un suivi neurologique régulier, et 17% d'un suivi ponctuel.

Les autres problématiques médicales

- 13% (12) ont des problématiques cardiaques qui nécessitent un suivi régulier ;
- 6% ont des problématiques pneumologiques dont l'asthme ;
- 10% ont des difficultés visuelles nécessitant des corrections (un enfant est non voyant) ;
- 2 % (2) enfants ont des problèmes auditifs et sont appareillés ;
- 15% (14) des enfants ont d'autres problématiques spécifiques (ORL, Dermato, endocrino, allergie.)

Les autres besoins spécifiques

Pour compléter une représentation de la population, quelques items concernant les besoins et certaines prises en charge :

- 32% des enfants ont des prises en charge renforcées de stimulations sensorielles (Snoëzelen, stimulation basale, visuelle...) ;
- 22% (21), (45% chez les petits) ont besoin d'un accompagnement spécifique concernant leur hygiène corporelle (mise aux toilettes, change, toilette...) ;
- 22% (21) des enfants ont besoin d'une aide pour la prise des repas ;
- 17% (16) des enfants ne sont pas autonomes dans leurs déplacements.

Mais également :

- 22% (21) des enfants ont accès aux activités scolaires avec l'enseignant spécialisé, 4 enfants sont lecteurs ;
- 60 % des enfants participent à des activités sportives individuelles (piscine, vélo, vélo adapté, judo, pétanque...), et collectives (jeux de balle, foot en salle).

Si les enfants et les adolescents accueillis ont en commun une déficience intellectuelle, ils présentent des pathologies complexes et très hétérogènes qui nécessiteront des prises en charge très individualisées qui mettent en œuvre de nombreuses disciplines.

IV – 2 L'évolution du public accueilli

Nous ne disposons pas à ce jour, en dehors des indicateurs médicaux sociaux assez généraux, d'étude telle que celle que nous avons menée en 2010. De manière empirique, plusieurs tendances se dessinent :

- L'IME a toujours accueilli des enfants avec une déficience intellectuelle sévère, néanmoins les besoins ont changé. Aujourd'hui, si le nombre d'enfants ayant des dispositions cognitives d'apprentissage de type scolaire et stable, nous devons renforcer les activités axées sur la communication, la socialisation, et l'autonomie. Les orientations et sorties en ESAT sont rares au profit d'orientations vers des sections occupationnelles ou foyers de vie, ou, concernant les enfants les plus dépendants, une orientation en Foyer d'accueil médicalisé ou Maison d'accueil spécialisé.
- L'IME a toujours accueilli des enfants ayant des troubles importants du comportement. Les classifications ont évolué (psychoses infantiles, T.E.D, autisme..), Ces troubles à Malécot sont toujours associés à une déficience intellectuelle sévère, d'où la nécessité d'adapter et développer de nouvelles démarches d'accompagnement individualisé et au sein des groupes de vie.

Ces tendances montrent le maintien et le renforcement du positionnement local de l'établissement sur une population très démunie.

Les missions imparties à la structure et à ses salariés, le cadre dans lequel l'action s'inscrit conduisent l'équipe à une attitude permanente d'observation, de recherche, d'action, de formation, d'évaluation, afin de favoriser les émergences et développer pour chacun des enfants, les potentiels, les capacités.

- Si la liste d'attente se régule à chaque rentrée (une grosse dizaine d'enfants), nous sommes de moins en moins sollicités sur des situations de réorientation par les autres établissements du secteur (enfants de 12 ans et plus). On assiste donc ces dernières années à un rajeunissement de la population avec beaucoup d'entrées de jeunes enfants (13 enfants de 6 ans à la rentrée 2013). Cette évolution nécessite un travail d'adaptation des activités et des projets de section qui changent de physionomie.

- V -

Les principes éducatifs



V – Les principes éducatifs

Tout enfant est susceptible d'évoluer et de développer des capacités :

Ce principe se traduit par une attention constante aux progrès réalisés, mêmes minimes (pédagogie de l'insignifiance). C'est pourquoi l'évaluation des capacités de l'enfant est nécessairement une évaluation dynamique, se basant sur les évolutions constatées, sur les ressources décelées. Les capacités décelées ne sont pas seulement d'ordre cognitif : l'enfant peut progresser dans sa capacité d'autonomie, dans ses interactions avec les autres, etc.

L'enfant handicapé, au même titre que tout autre enfant, est en devenir...

C'est pourquoi l'éducation proposée à l'IME s'appuie sur les capacités de l'enfant, sur ses ressources, tout en tenant compte de ses difficultés. La visée de l'équipe pluridisciplinaire est de situer le plus précisément possible ce qui, pour chaque enfant, est de l'ordre de l'irréductible, du potentiel, du réalisable, afin d'ajuster en permanence et au long cours (de 6 à 20 ans) des propositions qui visent à son évolution.

L'IME vise à développer le « vivre ensemble »...

L'IME s'inscrit dans les valeurs prônées par l'association, vise à développer le « vivre ensemble ». C'est pourquoi, par exemple, les groupes sont des groupes d'âges et non des groupes de « niveaux » ou de « handicaps ». Ainsi, chaque enfant est reconnu avec sa personnalité propre, avec ses capacités et ses difficultés spécifiques. L'entraide et la coopération entre les enfants sont donc valorisées et concrètement mises en œuvre dans les « groupes de vie » où se côtoient des enfants dont le seul point commun est l'âge, comme dans une « classe ».

Il y a lieu cependant d'être vigilants pour que personne ne soit freiné dans sa progression, au nom des réalités et des contraintes du groupe de vie. C'est à cette exigence que vient répondre la mise en place des projets personnalisés.

... Tout en répondant aux besoins spécifiques de l'enfant

Ces réponses spécifiques sont construites dans le cadre des projets personnalisés, et mises en œuvre dans des activités individuelles ou en groupes transversaux qui pourront être liés à un niveau d'effcience (rouler à vélo), à un support d'activités adapté aux besoins de l'enfant (stimulations sensorielles).

Cette double approche (groupes de vie hétérogènes et réponses aux besoins spécifiques de l'enfant) met l'organisation « sous tension », puisqu'elle oblige à croiser sans cesse des modes de prise en charge aussi spécifiques que possible, et des modes de prise en charge visant au contraire à privilégier les différences entre les enfants.

Cette tension dans l'organisation est le signe que cette double approche reste vivante. Elle doit se traduire par une souplesse et un ajustement constants dans l'organisation du temps et des groupes des sections.

L'IME vise un équilibre entre les différents domaines de prise en charge

Le projet personnalisé prend en compte 3 dimensions du développement de l'enfant :

- Le développement de l'autonomie et de la socialisation, notamment à travers les accompagnements éducatifs ;
- Le développement psychique, psycho affectif, et corporel, visant, notamment, à travers des accompagnements paramédicaux et psychologiques, à développer le bien-être de l'enfant ;
- Le développement cognitif, à travers les apprentissages proposés, dont les prises en charge de type scolaire.

Le projet personnalisé permet de se donner des priorités d'action, dans le cadre de ces 3 dimensions. Ces priorités peuvent évoluer dans le temps, en fonction du développement de l'enfant.

La gravité des troubles du comportement n'est pas un motif de réorientation

Le public accueilli présente à la fois des déficits intellectuels sévères, et des troubles du comportement ou du développement (TSANS, TED). Cette spécificité du public accueilli se traduit notamment par une grande capacité de l'établissement à accueillir, contenir et accompagner des enfants présentant ces troubles.

En particulier, l'établissement ne pose pas de limites en terme de gravité des troubles du comportement, et ne justifie pas de ces troubles pour proposer une réorientation.

Les réorientations proposées seraient plutôt la conséquence de l'atténuation de ces troubles, rendant possible l'accès à d'autres types d'établissements, présentant plus de ressources adaptées au développement de l'enfant ou de l'adolescent (sorti en IMPRO).

Il existe cependant de rares cas de réorientations dus à l'aggravation de l'état de santé physique de l'enfant, ou à la nécessité de trouver un établissement avec internat.

L'approche corporelle est centrale dans la dynamique proposée

L'établissement accorde une place importante au développement corporel de l'enfant, ainsi qu'aux soins, au sens du « care » anglais, qui lui sont prodigués. Changer un enfant, l'accompagner au bain, travailler avec lui sur la psychomotricité, sont des actes qui participent au bien être de l'enfant et participent à son développement.

Cet accent mis sur ces approches psycho-corporelles correspond à des choix dans le tableau des emplois (psychomotricien(ne)s, AMP) et dans les techniques utilisées comme la balnéothérapie, stimulation sensorielle (Snoëzelen).

Il correspond aussi aux besoins spécifiques de beaucoup d'enfants accueillis, ayant un mode « archaïque » de relation à leur environnement (au sens psycho dynamique). Le toucher, le soin physique, les approches sensorielles, sont alors des modes relationnels adéquats à la problématique de l'enfant à un moment donné de son développement.

L'IME est engagé dans l'adaptation et la recherche permanente de nouveaux outils

La diversité des pathologies et des symptômes des enfants accueillis, la difficulté d'entrer en communication et de trouver les moyens de remédiation aux difficultés éducatives rencontrées, créent une dynamique de recherche et d'innovation.

Ainsi, outre la stimulation sensorielle, déjà mentionnée, l'établissement met en place des systèmes et codes de communication (PECS, CAP, Makaton..), développe les supports d'activités par le sport adapté, la culture (théâtre, musique, art plastique, atelier contes, peinture,...).

L'IME est en ville, profitons-en !

L'équipe pluridisciplinaire utilise l'opportunité d'un établissement en ville pour développer les activités à partir des équipements de la ville. Que ce soit pour travailler la psychomotricité dans un parc de jeux public, la visite d'une exposition à la médiathèque, la participation à un tournoi sportif avec d'autres établissements (USEP), ou faire du Judo, proposer un spectacle de musique et chants à des personnes âgées, faire un stage en lingerie dans ce même foyer...

Cette démarche inclusive dans la ville, dans la société, vise à susciter l'intérêt des enfants et de leurs familles à utiliser, à l'échelle de leurs possibilités, les ressources que l'environnement propose. Elle vise également à inscrire l'enfant, l'adolescent, dans une dynamique visant à son élévation au rang de citoyen.

La prise de risque, l'équilibre entre la protection, et les activités qui visent le développement des capacités

Sortir en ville avec des enfants ayant des troubles du comportement, aider un enfant en fauteuil à se tenir debout et déambuler dans l'établissement, passer d'une alimentation mixée à une alimentation en petit morceaux, confier un(e) « petit(e) » à un(e) « grand(e) » pour l'accompagner au bus, utiliser un matériel tranchant pour faire la cuisine, apprendre à rouler à vélo puis rouler en groupe en ville...

Pour développer des capacités, susciter une évolution, il faut pouvoir faire des propositions qui nécessitent en permanence une prise de risque et d'initiative tout en assurant à l'enfant une vigilance et une guidance qui lui permettra de se dépasser, de prendre confiance en lui et progresser dans son autonomie, son individuation. Cette prise de risque, chaque professionnel doit pouvoir l'exercer par la coopération au sein d'une équipe pluridisciplinaire où les intérêts pour l'enfant sont clairement explicites et partagés.

Par la nature des jeunes accueillis dans l'établissement, l'hétérogénéité des groupes de vie, ces notions de risques, dans la mise en œuvre des projets personnalisés et les activités de groupes sont régulièrement abordées dans les réunions de sections, de pôle, ou lors des synthèses. Elles sont également abordées avec les familles, souvent étonnées des différences de comportement adoptées par leurs enfants au sein de l'établissement, des capacités qu'ils mettent en œuvre dans les activités, et leur fonctionnement dans le milieu familial. Par la diversité de la population, les points de vue sont parfois en tension et peuvent s'exprimer dans les réunions d'organisation et de régulation, lors de rencontres entre professionnels et les familles où peuvent être sollicités le psychologue, le psychiatre, mais également le médecin pédiatre et le médecin de rééducation fonctionnelle.

- VI -

Le Projet de Soins



VI – Le projet de soins

Quelques notions :

Le handicap

Il est fréquent de voir aborder, dans le langage courant, dans les médias, dans notre environnement social, la notion de handicap sous trois approches :

- Une approche médicale : développée par les grandes organisations internationales telle que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). La question du point de vue médical met l'accent sur les causes d'une déficience (étiologie) et de son pronostic en matière d'évolution ; l'approche médicale s'appuie donc sur des réalités cliniques propres au secteur sanitaire.
- Une approche par la déficience, qui se définit par la nature de la déficience (physique, sensorielle, mentale).
- Une approche centrée sur la situation administrative telle que la sécurité sociale ou la C.D.A.P.H. (Commission Départementale des Droits à l'Autonomie).

Pourtant, le Britannique Philip WOOD introduit à partir de 1980, une clarification conceptuelle déterminante dans la définition du handicap. Il définit en effet **le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne**, en l'analysant selon trois plans ayant un lien de causalité :

- **la déficience**, correspondant à l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est l'externalisation d'une pathologie, l'atteinte médicale des personnes. Elle peut être évolutive et momentanée.
- **l'incapacité**, qui est une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité. Elle est la conséquence de la déficience, son objectivation, c'est l'aspect fonctionnel de ce qui constituera le handicap
- **le désavantage** : c'est la conséquence de la déficience et/ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Le désavantage est la résultante de l'interaction entre la personne porteuse de déficience ou d'incapacité et son environnement. Plus globalement, le handicap entraîne un désavantage de participation sociale. Son importance est donc étroitement liée à la qualité de l'environnement, qui peut soit le minimiser, soit l'amplifier.

Un enfant sourd de naissance (déficience) ne pourra pas apprendre le langage comme un autre enfant (incapacité) et sera dans l'impossibilité de suivre le même cursus scolaire qu'un enfant entendant (désavantage).

Une personne paraplégique (déficience) ne pourra pas gravir des marches (incapacité) et donc prendre le bus si celui-ci n'est pas adapté (désavantage)

Les travaux de Philip WOOD constituent, dans les années 1980, le fondement de la classification internationale des handicaps (C.I.H.), élaborée à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé et adoptée par la France en 1988 comme référence des nomenclatures statistiques sur le handicap.

La santé

Lors de sa création en 1947, l'OMS définit la santé comme « **un état de bien-être physique, mental, social, et non seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité** ». Par conséquent, toute personne indemne de maladie mais ne ressentant pas cet état de bien-être, ne doit pas être considérée en bonne santé.

Soigner

Le soin s'inscrit dans une relation d'échange et d'écoute, qui rejoint la personne dans toutes ses dimensions : physique, psychique, socioculturelle et spirituelle. Soigner ne se limite donc pas à guérir. Soigner, c'est aider à vivre le plus humainement possible avec son ou ses handicap(s).

Soigner est un acte de vie, individuel, réciproque, quotidien, ponctuel ou permanent, quel que soit l'âge de la vie. Ainsi, soigner signifie apporter une réponse adaptée, individualisée à chaque personne qui présente un problème de santé ou qui exprime une attente (parfois par le biais de la famille).

En conclusion, le but des soins c'est de permettre à l'enfant de développer toutes les capacités qui compenseront la déficience et lui permettront de développer son autonomie.

Les fonctions de soins sont multiples. Elles peuvent être :

- **Educatives**, permettant de développer au maximum l'autonomie et l'indépendance de chacun ;
- **Rééducatives**, par des séances de kinésithérapie, d'orthophonie, d'ergothérapie, et de psychomotricité.
- **Psychologiques** ;
- **Curatives** lors de la prescription de médicaments, de pansements, de soins infirmiers par le médecin traitant ;
- **Préventives** (primaire, secondaire, tertiaire), mais également par l'aménagement des locaux, fourniture de matériel adapté à la déambulation autonome ou à la prévention des chutes. C'est également la formation continue des professionnels ;
- **Palliatives** lors des accompagnements de fin de vie,
- Le **bien-être** de l'enfant dans toutes les situations d'accompagnement et d'activités qui lui sont proposées afin d'établir une relation par le soin.

Prendre soin, le Care

« Le care désigne le centre d'une réflexion sur la place du souci pour autrui dans l'éthique (sollicitude, soin, cœur, attentions, prévenance) par opposition aux éthiques fondées sur des principes abstraits (l'échelle de développement moral) et, par extension, une prise de position politique relative à la "Société du soin" ».

Dans cette perspective, le Care peut et doit concerner chacun dans la mesure où chacun est - ou peut devenir - un "aidant". Parmi les acteurs concernés par le Care, on trouve les aidants familiaux ou aidants naturels, mais également les professionnels. Il s'agit par exemple des professionnels du secteur social ou médico-social considérés selon les relations établies entre les bénéficiaires et les dispensateurs de soins, d'aide sociale, d'accompagnement éducatif ou thérapeutique, d'aide à l'insertion, d'accueil des demandeurs

d'asile, d'aide sociale à l'enfance, d'accompagnement des personnes handicapées ou dépendantes. »

Le projet de soins à l'IME Léonce Malécot :

L'état de santé d'un enfant porteur de handicap s'apprécie donc au regard de l'évolution de sa pathologie, des manifestations symptomatiques de la maladie, du syndrome, de l'évolution (négative et positive) de la déficience, mais également au regard de son état physique, mental, social, émotionnel...

L'appréciation de l'état de santé de l'enfant se fait donc par l'équipe soignante, médicale et paramédicale, mais également par l'ensemble des professionnels de l'établissement, et par la relation que ceux-ci développent avec l'enfant et sa famille.

L'état de santé d'un enfant s'apprécie donc dès sa prise en charge le matin dans le transport, à travers sa participation aux activités éducatives, aux soins quotidiens, aux activités de rééducation, aux repas.... jusqu'au au retour à la maison en fin d'après-midi.

Le projet de soin individuel est un volet essentiel du projet personnalisé construit avec le jeune, sa famille, et l'équipe pluridisciplinaire qui interviendra dans son accompagnement.

Le soin, c'est porter attention à l'autre. Il agit sur la valorisation de l'autre et son estime de soi. C'est une relation de confiance mutuelle.

VI – 1 Les prestations de soins

Le projet de soins fait partie intégrante du projet personnalisé de l'enfant. Les prestations de soins ponctuent, au même titre que les prestations éducatives et les prestations pédagogiques, la prise en charge de l'enfant. Elles ont trois composantes :

- Des prestations médicales
- Des prestations paramédicales
 - Des soins infirmiers
 - Des soins de rééducation
- Des prestations de soutien psychologique

Les prestations médicales

Ces prestations sont assurées sous forme de consultations hebdomadaires des médecins qui sont salariés de l'établissement. L'établissement n'est pas en tant que tel un établissement de soins ; les soins médicaux, qu'ils soient somatiques ou psychiques, sont donc majoritairement réalisés à l'extérieur (par le médecin de famille, en chirurgie orthopédique, dans les CMP...). Les médecins associés à l'établissement n'ont donc pas vocation à prescrire. Seuls les soins liés au polyhandicap (appareillage, prescription de soins de kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie) sont prescrits à l'intérieur de l'établissement.

Ce choix correspond à la priorité donnée à l'accompagnement des familles pour développer autour de leur enfant un réseau de soignants, de spécialistes, qui seront sollicités et mobilisés tout au long de l'évolution de l'enfant et du futur adulte. Nos médecins, par leur expérience et leur connaissance du handicap, ont un rôle de ressource et de guidance à l'égard des familles et des équipes, notamment dans la compréhension et l'acceptation du handicap. Ils jouent à cet égard un rôle de médiateur et de traducteur entre les familles et le corps médical.

L'établissement s'est assuré le concours de 3 médecins :

Le médecin de rééducation fonctionnelle est plus particulièrement affecté au suivi des enfants polyhandicapés. Dans le cas de handicap complexe, il est sollicité pour l'admission de l'enfant dans l'établissement. Il réalise un bilan clinique et systématique de l'ensemble des enfants de l'établissement. Il intervient en soutien aux professionnels et à la famille. Il prescrit les appareillages et les séances de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...).

Le médecin pédiatre intervient lors de l'admission et dans le soutien aux familles. Il reçoit l'enfant périodiquement, tout au long de sa présence dans l'établissement. Il a un rôle essentiel d'écoute, de conseil aux familles et aux équipes, de lien avec l'ensemble des soignants internes et externes à l'établissement.

Le médecin psychiatre, compte tenu de sa spécialité, inscrit son rôle dans un champ d'intervention relativement élargi. Il participe à la commission d'admission, il rédige les avis pour la MDPH, il apporte une analyse clinique aux professionnels, participe à l'analyse du fonctionnement institutionnel avec l'équipe de direction, et fait le lien avec les équipes de pédopsychiatrie. Dans l'établissement, il est également régulièrement sollicité dans une mission de soutien auprès des familles.

Les soins infirmiers

Le pôle enfance (IME, SESSAD) dispose de deux infirmières pour 1,35 ETP : distribution de médicaments, suivi des analyses et examens médicaux spécifiques, soins spécifiques à certaines pathologies (diabète, escarres, dermatologie, épilepsie...), bobologie. L'infirmière est également dans l'établissement « la cheville ouvrière » de la prévention, le lien entre l'équipe de direction, les médecins, les différents professionnels éducatifs, les professionnels paramédicaux...

Elles ont également un rôle de sensibilisation des familles concernant le soin de leur enfant avec toute sa singularité. A ce titre, elle développe avec l'équipe éducative des ateliers qui visent à dédramatiser les actes de soins avec les enfants.

Les prestations paramédicales

Psychomotricité :

Comme nous l'avons abordé, l'approche corporelle est centrale dans la dynamique de l'établissement, et nous disposons de 6 psychomotricien(ne)s (4 ETP), soit un intervenant pour 25 enfants.

La thérapie psychomotrice est une rééducation à médiation corporelle. Elle agit par l'intermédiaire du corps sur les fonctions psychiques ou instrumentales, et vise à donner à

l'enfant de meilleures possibilités d'adaptation et à faciliter sa relation à l'autre.

Toute rééducation est précédée d'un bilan psychomoteur qui est renouvelé au cours de la prise en charge pour mieux suivre l'évolution. Le bilan indique la façon dont le corps est engagé dans l'action, mais aussi la façon dont le corps est engagé dans la relation à autrui (postures, mimiques, retentissement tonico-émotionnel...). Ce bilan est nécessaire pour décider de la thérapeutique psychomotrice à employer (instrumentale ou relationnelle).

- La rééducation instrumentale : il s'agit d'aider l'enfant à prendre conscience de son corps, de ses possibilités motrices – si minimes soient-elles - et de ses possibilités expressives, en proposant un travail sur : le schéma corporel, le tonus musculaire, l'équilibre, la coordination, la latéralité, la motricité fine, l'espace et le temps.
- La prise en charge relationnelle : il s'agit de l'aider à vivre le mieux possible « dans son corps et dans sa tête », l'aider à lui faire vivre son corps sur le mode du plaisir, l'aider à entrer en relation avec l'autre ou le monde environnant.

Pour les enfants polyhandicapés, Il s'agira :

- D'aider l'enfant à mettre son corps en action de façon globale pour lui donner une variété d'expériences motrices si minimes soient-elles et l'aider à prendre conscience de son corps.
- Lui faire vivre, à un niveau corporel, des expériences positives et agréables, ressentir un bien être corporel.
- L'aider à entrer en relation avec le monde environnant.
- L'aider à entrer en communication et exprimer ses ressentis.

En psychomotricité, différents supports peuvent être proposés :

- La rééducation en salle : travail du rassemblement avec la notion d'enveloppe contenante, travail de la proprioception avec la notion d'unité corporelle, travail sur le tonus et la posture pour mieux maîtriser son corps et mieux appréhender l'espace.
- Le motilo, le vélo adapté : il s'agit de pallier aux difficultés motrices de l'enfant par un matériel adapté pour l'aider à mieux appréhender l'espace et à mieux maîtriser son corps. C'est le plaisir de l'acte moteur, du défolement corporel tout en proposant un travail à visée motrice.
- La balnéothérapie : pour les enfants présentant un grand déficit moteur, la détente musculaire est vite obtenue du fait de la température de l'eau (34°), et l'on profite de l'avantage de l'apesanteur, permettant ainsi de lui faire « vivre son corps » et d'exploiter plus facilement ses possibilités motrices. Il aura alors la sensation de liberté et d'autonomie, le plaisir de l'acte moteur et du défolement corporel.
- Le snoezelen : dans une salle aménagée où l'on proposera à l'enfant un environnement sûr et confortable dans lequel les perceptions sensorielles sont stimulées par la combinaison de multiples effets : sonores, lumineux, sensations tactiles, vibratoires, olfactives et vestibulaires. Ce concept vise plus la qualité de la relation, la notion de plaisir, de détente, de bien être corporel.
- La stimulation visuelle : pour travailler l'attention conjointe, Améliorer la fixation, la poursuite, les saccades, élargir son champ visuel, prendre conscience de son environnement, améliorer la coordination visuomotrice...
- La psychomotricité dans les activités de plein air.
- .../...

L'orthophonie

Les prescriptions sont faites par le médecin de rééducation fonctionnelle de l'établissement. Nous rencontrons dans ce domaine, comme de nombreux établissements, des difficultés de recrutement d'orthophonistes permanents et à temps plein. Nous disposons au sein de l'établissement d'une professionnelle à temps partiel, et nous développons un réseau de professionnels libéraux que nous mettons en relation avec les familles.

L'orthophoniste a un rôle important dans le cadre du diagnostic, de la prévention, de la rééducation des troubles du langage oral ou écrit, de l'oralité (bavage, déglutition, troubles bucco-dentaires...), de la compréhension et de la communication.

A l'issue de son bilan, d'une orientation approfondie, l'orthophoniste propose une prise en charge individuelle ou en groupe en fonction des outils et des méthodes de rééducation qui seront les plus adaptés à l'enfant (de la rééducation classique de la parole, à la mise en place de goûters malins ou repas « communication » avec des collègues éducateurs..).

L'investissement de l'entourage de l'enfant, au sein de l'établissement et au sein de la famille, est primordial pour généraliser les apprentissages (codes de communication, bavage...)

Au sein de l'établissement, l'orthophoniste assure également le lien avec le réseau des professionnels libéraux qui prennent en charge les enfants en dehors de l'établissement, notamment afin d'obtenir des bilans de l'évolution des apprentissages.

La Kinésithérapie

Suite à un bilan à l'arrivée de l'enfant, il s'agit de permettre aux enfants et adolescents de poursuivre leur rééducation et de développer leur capacité motrice. Le kinésithérapeute vise à réduire les troubles orthopédiques par des prises en charge régulières qui sont prescrites par le médecin de médecine fonctionnelle.

Le kinésithérapeute travaille avec l'ergothérapeute et le médecin de rééducation fonctionnelle qui peut être amené à prescrire des appareillages orthopédiques. A ce titre, la kinésithérapeute peut être amenée à suivre avec les appareilleurs et la famille l'accompagnement de cet appareillage de l'enfant.

Elle peut également avoir un rôle de conseil auprès de l'équipe pluridisciplinaire pour le positionnement des enfants dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne (temps de repas, travail à table, activités nécessitant un travail à "4 mains", action sur la posture...) et si besoin, en lien avec l'ensemble des professionnels, elle réfléchit et propose des adaptations ou des mesures à prendre qui seront validées par le médecin de rééducation fonctionnelle. Elle est le lien privilégié avec les professionnels libéraux, le médecin de rééducation fonctionnelle, la famille et l'équipe éducative, notamment pour obtenir des bilans sur l'évolution des capacités motrices, l'ajustement des rééducations.

L'Ergothérapie

Lorsque l'enfant arrive dans l'établissement, l'ergothérapeute intervient dans le cadre du bilan afin de mieux cibler les compétences, les émergences, et les incapacités de l'enfant afin de définir une prise en charge qui permettra de réduire les désavantages engendrés par le handicap.

Suite au bilan partagé avec ses collègues, et sur prescription du médecin de rééducation fonctionnelle, elle met en œuvre des rééducations dans le cadre de séances individuelles, en groupe, ou au sein même d'une activité éducative.

Avec sa collègue kinésithérapeute, elle coordonne l'intervention des appareilleurs, accompagne l'enfant et les familles dans la mise en œuvre de ces appareillages orthopédiques, au sein de l'établissement ou au domicile de l'enfant (installation d'un lit mousse, d'une salle de bain adaptée...)

L'ergothérapeute a également un rôle de conseil auprès de l'équipe pluridisciplinaire, notamment au niveau du positionnement de l'enfant dans les actes de la vie quotidienne, lors des activités, afin d'adapter son environnement, tant au sein de l'établissement qu'au domicile de l'enfant.

Les prestations de soutien psychologique

Il nous paraît important de rappeler ici que l'établissement est un établissement médico-social, et si le fonctionnement institutionnel a des vertus thérapeutiques auprès de nombreux enfants ayant des troubles du comportement, des troubles psychiatriques, il s'agit ici d'apporter un soutien à l'enfant - et sa famille - qui ne doit pas se substituer aux services de pédopsychiatrie.

La fonction du psychologue au sein de l'I.M.E Malécot de Lens s'articule donc autour de 6 grands axes :

- La réalisation de l'évaluation psychométrique qui peut prendre la forme d'observations quotidiennes, l'utilisation de tests d'évaluation, le partage d'observations avec les autres professionnels et les familles ;
- Le soutien et l'information des familles sur le développement de leur enfant, mais également un soutien de la famille qui permet aux membres ou au groupe familial d'exprimer ses angoisses, son désarroi, mais aussi ses satisfactions ;
- Un suivi psychologique individuel ponctuel, dont les buts peuvent être d'aider l'enfant ou l'adolescent à traverser une difficulté (problèmes familiaux, deuil,...) entraînant une souffrance, ou d'évaluer s'il a besoin d'un suivi « psy » plus important relevant d'un service de psychiatrie ;
- Les suivis de groupes qui se font actuellement dans deux types de prise en charge : une prise en charge thérapeutique en piscine (en coopération avec d'autres professionnels) ;
- La participation aux réunions d'équipes, de synthèse, afin d'apporter un regard clinique sur l'évolution de l'enfant ;
- Lien avec les soignants du secteur de pédopsychiatrie.

Le bien-être, le nursing

Le soin, c'est aussi l'approche corporelle de l'enfant, c'est l'aider à prendre conscience de son corps par le biais d'effleurage de peau, de pression pour l'aider à mieux vivre son corps. C'est aussi l'aider à mieux accepter, à prendre part aux différents actes de soins quotidiens (se laver, se brosser les cheveux, les dents, se couper les ongles) pour aller vers une autonomie, si minime soit-elle.

Le temps de change est un temps de soin à part entière, c'est aider l'enfant à être propre, à se sentir mieux. Le soin permet le nursing, c'est-à-dire l'observation de l'état physique et psychologique de l'enfant, et donc la prévention d'un mal être à venir, ou ce constat d'un bien être.

En conclusion, les différents temps de soins sont des temps qui agissent sur le bien-être physique et moral de l'enfant au quotidien. C'est un temps de partage où l'enfant, au sein de cette relation, peut s'exprimer plus librement et en confiance, selon ses possibilités, mais aussi dans le respect de ses limites.

- VII -

Le Projet

Educatif et pédagogique



L'offre de service proposée aux enfants et à leurs familles s'inscrit dans une prise en charge globale de l'enfant, elle repose sur trois types de prestation :

- **Des prestations éducatives**
- **Des prestations pédagogiques**
- **Des prestations de soins**

qui se réalisent dans un cadre **pluridisciplinaire** :

Chacun contribue, quelle que soit sa profession et sa place dans l'institution, à l'ensemble des services proposés à l'enfant et à sa famille. Ce principe d'action est essentiel, car il pose l'institution comme première par rapport aux compétences de chacun des professionnels. L'approche est transdisciplinaire.

Ressources Pédagogiques ICRA

Dans un travail pluridisciplinaire, plusieurs disciplines sont réunies sans qu'il soit tenté d'intégrer ou de synthétiser collectivement l'information. Les spécialistes travaillent sur divers aspects de la même problématique ; il en résulte en général une simple juxtaposition des données produites dans chaque discipline. Ces données peuvent être éditées et rassemblées par un responsable dont le travail consiste à coordonner le travail des spécialistes des disciplines respectives.

La transdisciplinarité est plus ambitieuse que la pluridisciplinarité ou l'interdisciplinarité. Son objectif consiste à rassembler les savoirs au-delà des disciplines. Comme le préfixe « trans » le suggère, il s'agit de dépasser les frontières étroites fixées pour chacune d'entre elles. Son principe essentiel consiste en un refus de diviser le monde et ses problèmes en disciplines. Alors que dans l'interdisciplinarité le travail se fait dans le cadre de (plusieurs) disciplines, la transdisciplinarité est censée construire ses propres contenus et méthodes, à partir des problèmes du monde réel, en exploitant de nombreuses disciplines.

L'IME dispose :

- Des compétences complémentaires et diversifiées dont le tableau des emplois présents dans l'établissement est un indicateur premier.
- De modalités qui favorisent cette interdisciplinarité, que ce soit dans le domaine cognitif et pédagogique (l'enseignant pourra aider ses collègues éducateurs sur le « dénombrement » et les exercices qui s'y rapportent, et l'éducateur pourra proposer une compréhension psychopédagogique du parcours d'apprentissage) ou dans le domaine du soin où les médecins, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, AMP, infirmières, orthophonistes, psychologue, travaillent en complémentarité avec le personnel éducatif et apportent leur expertise auprès des autres professionnels.

L'établissement propose des **prestations renforcées** :

- Pour les **enfants polyhandicapés**
- Pour les **enfants autistes**

Des prestations qui se réalisent dans un environnement où est recherchée la **qualité de l'accueil et des prestations hôtelières**.

VII – 1 Les prestations éducatives : l'autonomie, la socialisation, la limitation des troubles du comportement qui permettent le « vivre ensemble »

L'accès à l'autonomie

Les professionnels, notamment éducatifs, favorisent l'émergence des capacités de l'enfant ou du jeune en fonction de ses potentialités, son épanouissement, et doivent assurer un milieu sécurisant et stimulant.

Il s'agit en effet de permettre à l'enfant d'accéder à une vie aussi autonome que possible à travers le développement de ses capacités à gérer la vie quotidienne (hygiène, repas, habillement, déplacements).

À travers les différentes sections, et selon son âge et ses capacités, l'enfant devient peu à peu sujet, capable de prendre en charge tous les aspects de la vie quotidienne : les professionnels, notamment le personnel éducatif, proposent des apprentissages de base tels que l'apprentissage de l'hygiène et de la propreté, la capacité de s'alimenter seul, de s'habiller et de se déplacer en sécurité.

Les activités proposées dans les groupes visent en particulier ces apprentissages et ces savoir-faire.

Les éducateurs utilisent chaque temps d'une vie quotidienne structurée et repérée pour ancrer des savoirs. Ils responsabilisent les enfants sur le plan individuel et aussi par rapport aux autres, ils les stimulent en tenant compte des possibilités et des rythmes de chacun.

Devenir sujet signifie aussi pouvoir exercer sa créativité et développer son imaginaire. C'est pourquoi les éducateurs valorisent les prises d'initiatives. L'éducateur propose également des activités favorisant l'expression sous toutes ses formes : motrices (danse, sport,...), sensorielle (musique, cuisine, pâte à sel...), verbale et non verbale.

La socialisation, le « vivre ensemble »

Il s'agit de permettre à l'enfant de se situer dans le rapport aux autres, qu'il s'agisse de proches ou plus généralement de la vie en société, et d'adopter un comportement socialement acceptable.

Le développement de ces capacités est mis en œuvre en premier lieu dans les « groupes de vie » qui offrent un espace sécurisé pour expérimenter le rapport aux autres. La diversité des « niveaux » à l'intérieur des groupes de vie est une première manière de vivre la différence de manière positive puisque l'entraide et la coopération y sont des principes d'action revendiqués.

Des activités à l'extérieur de l'établissement permettent également de développer les capacités d'intégration sociale et de préparer le jeune à la sortie et au monde des adultes (ex : participation aux marchés locaux, visites, échanges sportifs et culturels, bibliothèque, atelier en lien avec le centre social, la relation à l'animal à la SAJ, intégration sur milieu scolaire Ecole Dolto ou en mixité avec le collège, ...)

Par le jeu et les activités, l'éducateur permet également à l'enfant et au jeune d'acquérir des habitudes d'hygiène et de sécurité, des règles de vie sociale.

Le travail sur les troubles du comportement, leurs limitations

La limitation des troubles du comportement nécessite une approche globale qui passe par de nombreuses étapes :

- Lors de l'accueil de l'enfant, c'est l'acceptation de ses troubles, et la gestion d'événements qui peuvent parfois mettre l'enfant ou son entourage en danger.
- C'est ensuite l'observation de ces troubles, leurs récurrences, les moments où ils se produisent (changement d'activité, transitions, repas, arrivée à l'IME et/ou départ à la maison ...), l'état de santé physique, les effets de l'environnement, notamment par les échanges avec la famille sur ce qui rythme la vie familiale...
- Il s'agit alors de construire un cadre contenant autour de l'enfant, inscrire des règles qui apportent une certaine stabilité qui lui permettra de se « poser », d'être plus disponible aux interactions avec les autres, aux apprentissages, à l'éducation.

C'est donc une alchimie complexe d'actions singulières, pour chaque enfant qui se nourrit de l'expérience de l'éducateur référent et de l'équipe pluridisciplinaire qui l'entoure, de l'autorité posée dans un groupe de vie identifié, dans une organisation structurée du temps. C'est également la mise en place de techniques, de repères de communication, d'alternance de prises en charge individuelles et collectives dans un projet personnalisé régulièrement évalué et ajusté avec la famille et avec le jeune lui-même.

VII – 2 Les prestations pédagogiques : Les apprentissages cognitifs

Au regard de la population accueillie, les objectifs seront également ici très individualisés. Les capacités d'apprentissage étant très hétérogènes parmi les enfants, les prestations seront souvent partagées entre l'éducateur dans des activités appelées pré-requis, et l'enseignant spécialisé dans le cadre de l'unité scolaire. L'objectif est l'éveil et l'accès, autant que possible et à un rythme adapté, aux apprentissages de base et la mobilisation de ces apprentissages définis dans le socle commun des compétences qui vise le développement de l'autonomie.

A ce titre, nous retrouverons dans les activités proposées dans les sections et dans les temps de scolarisation, les objectifs décrits dans le référentiel de compétences de l'éducation nationale tels que « vivre ensemble, parler et construire son langage, agir dans le monde, découvrir le monde, imaginer, sentir, créer ». Dans le cadre de ce référentiel, il s'agit de permettre à l'enfant, selon son âge et ses capacités, d'avoir accès au maximum d'éléments du premier palier du socle commun de compétences. Le contenu des apprentissages est axé sur les domaines de la maîtrise de la langue (orale et écrite), des mathématiques, de la découverte du monde (plus particulièrement des domaines de la structuration du temps et de l'espace), ainsi que le domaine vivre ensemble. Comparativement au milieu ordinaire, le niveau des compétences travaillées dans l'établissement peut aller du cycle 1 (petite section de maternelle), à la fin du cycle 2 (CE1). C'est pourquoi dans l'unité scolaire (confère projet en annexe), nous travaillons par des ateliers en groupes de niveaux, de compétences, qui peuvent mixer des jeunes d'âges différents, mais au même stade dans les apprentissages cognitifs.

VII – 3 Des prestations renforcées pour l'accompagnement des enfants polyhandicapés, l'accompagnement des enfants autistes

Une démarche inclusive, une démarche de discrimination positive...

La dynamique de l'établissement repose sur sa capacité de faire vivre ensemble des enfants différents par leur potentiel intellectuel, physique, relationnel, leur degré d'autonomie.

Ce principe, s'il est porteur d'une certaine vision de l'intégration, de la solidarité et de l'entraide naturelle développée par les enfants, s'il a des vertus visibles dans les interactions qui se mettent en œuvre, doit pouvoir être étayé de prises en charge spécifiques qui répondent aux besoins plus particuliers du fonctionnement des enfants polyhandicapés, des enfants autistes.

Contrairement à d'autres établissements qui ont mis en œuvre une section pour personnes autistes, une section pour personnes polyhandicapées, l'IME Malécot s'inscrit pleinement dans la politique associative et a fait le choix de l'intégration de ces enfants dans les groupes de vie. Mais cette option a nécessité de développer la compétence technique de certains professionnels pour la mise en œuvre de prises en charge spécialisées afin qu'ils puissent intervenir en « appui » dans l'accompagnement individuel renforcé de ces enfants, au sein des groupes de vie, et dans le cadre de prises en charges plus individualisées.

L'accompagnement spécifique des enfants autistes

Depuis 2003, des moyens spécifiques ont été alloués à l'établissement pour la prise en charge de 10 enfants autistes. L'établissement a donc fait le choix de proposer un accompagnement spécifique des enfants autistes accueillis, en renforçant et en spécifiant le type de prise en charge proposé, par du personnel spécialement formé et des locaux adaptés.

Pour autant, l'enfant autiste participe à l'ensemble des activités proposées par l'IME, en fonction de ses capacités et de ses besoins, notamment pour tout ce qui concerne les apprentissages pédagogiques et éducatifs, et les activités de groupe permettant la socialisation.

L'équipe est constituée d'un psychologue (0,5 ETP), de 2 AMP, d'une éducatrice spécialisée (personne ressource spécialement formée aux problématiques de l'enfant et de l'adolescent autiste), d'une orthophoniste (0,3 ETP), d'un psychomotricien (0,5).

◆ Les principes spécifiques d'accompagnement

Une évaluation spécifique est mise en œuvre à l'aide d'outils appropriés : profil psychoaffectif de Schopler (PEP 3), l'échelle de l'autisme infantile (CARS), grilles de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile), etc.

Parallèlement, des évaluations orthophoniques, psychomotrices, viennent compléter cette évaluation. Parfois, un bilan complet au Centre Ressource Autismes est nécessaire.

Ces évaluations, ce bilan, permet de proposer un projet personnalisé d'accompagnement qui définit des objectifs d'acquisition, les moyens et les actions qui seront mis en œuvre dans l'année pour y parvenir.

Il s'agit alors de définir le planning d'activités qui va alterner l'intégration dans le groupe de vie, la participation à des activités collectives avec un accompagnement renforcé, des prises en charge plus individuelles avec des outils spécifiques (équithérapie, Pecs, piscine, snoëzelen, activité structurée type Teacch...).

Ce projet vise, selon les enfants et leurs besoins, à :

- Apprendre à reconnaître ses émotions, pour apprendre progressivement à les gérer, à travers des activités dans un cadre sécurisé ;
- Se construire une « enveloppe corporelle » et intérioriser l'image de son propre corps ;
- Se repérer dans l'espace et le temps par la mise en œuvre ou la participation à des activités structurantes ;
- Mettre en place des moyens de communication adaptés pour aider l'enfant à sortir de son isolement.

L'intensité de l'intervention de l'équipe du pôle autisme s'adapte et évolue au regard de l'évolution de l'enfant dans l'ensemble des activités proposées. Lorsque les « barrières autistiques » s'atténuent, faisant place à une plus grande capacité de l'enfant à être en interaction avec les autres, à être plus posé, plus disponible aux activités d'apprentissage et éducatives, les temps d'accompagnement spécifique peuvent également s'alléger. C'est ce mode d'accompagnement qui nécessite le regard croisé de l'équipe du pôle autisme, de l'équipe éducative et paramédicale et des médecins, qui permet d'adapter les moyens d'intervention (ressources) à chaque situation d'enfant, d'accueillir potentiellement plus d'enfants souffrant de TED que l'agrément, et de proposer une activité renforcée précoce auprès des jeunes enfants qui entrent dans l'établissement.

◆ L'implication de la famille

Grâce aux moyens disponibles (temps de psychologue), les échanges avec la famille (parents et fratrie) sont plus nombreux (mensuels) et se font sur deux axes :

- Construire avec la famille le projet le mieux adapté pour l'enfant, un véritable partenariat pour une cohérence des propositions de l'établissement avec celle du fonctionnement de la famille.
- Écouter, soutenir et aider la famille face à leurs difficultés, partager des connaissances, donner des informations pour aider à la compréhension et au développement de l'enfant.

L'accompagnement spécifique des enfants polyhandicapés

Rappel de la définition du polyhandicap : Annexe XXIV ter

Sont visés par la présente annexe, les établissements et services qui prennent en charge des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expressions

multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations.

Ce polyhandicap, éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles, nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.

L'IME a fait le choix d'accueillir des enfants polyhandicapés, dès 1983, dans une démarche inclusive.

La complexité de cette démarche réside dans le respect du rythme de vie de l'enfant, d'un rythme de fonctionnement qui lui est propre, dans un environnement (pas toujours adapté) qui peut être très stimulant mais également très fatigant. C'est pourquoi la spécificité de la prise en charge de l'enfant polyhandicapé repose sur le bon équilibre, la bonne alternance des activités de stimulation individuelle et collective, les activités de soins, de détente, de bien être.

En 1983, des professionnels ont été recrutés pour l'accompagnement des enfants polyhandicapés. Initialement regroupés dans un groupe de vie, il est très vite apparu une grande motivation de ces enfants à rencontrer et vivre parmi les autres enfants, cette rencontre est souvent source de stimulation, d'éveil à l'environnement, à la communication, à la motricité dans les interactions. Il a donc été décidé d'intégrer ces enfants polyhandicapés parmi leurs pairs du même âge, ce qui a nécessité une réorganisation de l'équipe et complexifié la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé. En effet le rythme de ces enfants, leur fatigabilité, le besoin de soins spécifiques de rééducation a nécessité la mise en œuvre d'une organisation dans chaque section permettant à la fois le « vivre ensemble » et la prise en charge de leurs besoins très spécifiques. Les Aides Médico Psychologiques sont ici les « chevilles ouvrières » de ces articulations et de la qualité de l'accompagnement spécifique de ces enfants dans la section.

Depuis, l'équipe de professionnels s'inscrit donc dans une démarche d'action recherche avec un certain nombre d'intervenants sur des techniques telles que la déglutition, l'analyse de pratique du snøezelen inscrite depuis longtemps dans l'établissement, la stimulation basale avec le centre de ressources de Loos, ainsi que la participation à des réseaux d'acteurs tel le groupe de travail sur le polyhandicap et handicaps complexes de grande dépendance de l'Urapei ou le collectif régional polyhandicap.

Avec les changements naturels dans l'équipe (départs en retraite, arrivée de nouveaux professionnels...), la réflexion reste posée sur la formalisation de ce savoir faire qui s'est construit sur une approche pragmatique, des formations collectives, la participation à des réseaux, et des motivations fortes envers ces enfants.

- **Les activités de stimulation :**

Elles sont proposées dans le groupe de vie, par l'intensité des interactions avec les autres enfants dans le groupe de vie, mais également par l'adaptation de l'activité (jeux, communication, activités manuelles, cuisine...) aux capacités de participation de l'enfant. Elles se font plus individuelles (ou dans le cadre de petits collectifs), lors d'ateliers de stimulation sensorielle par la stimulation basale (vision, motricité, toucher, sonore...), par la prise en charge Snoëzelen, par un travail sur les goûts et les sensations gustatives (« goûters malins »)...

- **Les soins corporels**

Notamment sous l'angle du **nursing**, tels que les moments de change, qui restent un moment privilégié d'échanges, de communication, de bien-être. Le repas, qui est également un moment important à adapter au rythme, au plaisir et au choix (menus mixés) de l'enfant. C'est également un moment de grande vigilance avec l'équipe paramédicale (psychomotriciennes, orthophonistes, AMP). Viennent ensuite les temps de repos, de détente, mais également les temps de transports adaptés du domicile de l'enfant à l'établissement, qui doivent tous être des temps étudiés pour le bien être de l'enfant.

- **Le soin corporel et de rééducation (kiné, ergothérapie, psychomotricité, orthophonie, AMP)**

L'accent a été mis dans l'établissement sur le soin corporel à travers des interventions de psychomotricien(ne)s, de kinésithérapeutes, ergothérapeute, d'orthophonistes ET D4amp. Un médecin en rééducation fonctionnelle assure à la fois les prescriptions en appareillage et le conseil aux équipes.

L'ensemble de ces interventions est lié à la compréhension des besoins propres de l'enfant, qu'il faut sans cesse déchiffrer, et à la guidance des familles, qu'il faut accompagner dans l'acceptation et la compréhension du handicap de leur enfant.

Il s'agit principalement pour les soignants d'aider l'enfant à « *habiter son corps* », et de communiquer à travers lui avec les autres de la manière la plus harmonieuse et la moins douloureuse possible.

L'individualisation des interventions est alors la règle, étant donné la diversité des situations rencontrées.

L'ensemble de ces propositions se fait dans le cadre d'un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, et notamment dans la section avec une implication forte des aides médico psychologiques qui ont suivi des formations spécifiques (déglutition, Snoëzelen,...), des psychomotriciens(ne)s qui accompagnent l'enfant dans les activités quotidiennes, et des éducateurs référents qui doivent en permanence favoriser la participation des ces enfants aux activités du groupe et de la section.

VII – 4 Les fonctions supports

L'accueil - l'administration

Trois assistantes (2 ETP) assurent l'accueil physique et téléphonique de l'établissement ; elles sont les premières personnes que les familles et les enfants rencontrent. Cet accueil est primordial ; il nécessite de l'écoute, de l'empathie, dans un environnement souvent perturbé par l'effervescence de la vie d'un établissement d'enfants.

C'est également à partir de ce lieu qu'est diffusée l'information, que ce soit l'absence d'un enfant qu'il ne faut pas aller chercher, la gestion d'un agenda de vacances de médecins, la mise à jour régulière des tableaux de bords sollicités par les instances de tutelle,... C'est également un service support au suivi des dossiers d'accompagnement des enfants et des familles (projets, dossiers MDPH, attestations diverses, comptes-rendus de vacances...).

Ce service est complété d'un agent comptable qui a pour mission le suivi, l'enregistrement quotidien des opérations comptables, en lien avec les attachés de direction du siège. Elle assiste le directeur dans sa gestion par la mise en place de tableaux de bord, elle met en

œuvre la paye avec l'assistante de direction et les services de Ressources Humaines du siège.

Le service de restauration

L'alimentation des enfants de l'établissement requiert une attention particulière au regard des pathologies des enfants accueillis, que ce soit sur les dimensions nutritionnelles, et face à de nombreuses situations à risques liées à des troubles digestifs (enfants polyhandicapés). L'IME dispose d'une équipe de 4 personnes (3,5 ETP) : un chef de cuisine et 3 commis pour la préparation et le service d'une moyenne de 170 repas jours.

Il y a trois types de menus : le menu classique qui comprend une entrée, un plat, et un choix de desserts (fruit, crème lactière, pâtisserie), un menu pour les repas mixés, et un menu spécifique pour le respect des pratiques religieuses. Les menus sont proposés par le chef de cuisine sur la base d'une rotation toutes les 6 à 8 semaines, modifiés lors des saisons. Un travail sur la nutrition a été mené avec une diététicienne et avec l'infirmière. Une commission repas, composée des représentants de chaque catégorie de professionnels, se réunit trois fois par an pour faire part d'observations, de propositions, afin que le repas soit également un support et un moment important dans la journée et dans la prise en charge des enfants.

Le personnel de service, les maîtresses de maison

Organisée en maisonnée, chaque section bénéficie d'une « maîtresse de maison ». Elles ont la charge d'entretenir les lieux de vie des enfants, de veiller au linge de change et de maison, d'intervenir dans l'accompagnement matériel des activités de la section. Elles ont une relation de proximité et sont un repère pour chacun des enfants. Chez les grands, certains font des « stages » auprès des maîtresses de maison afin d'apprendre les tâches quotidiennes pour l'entretien d'une maison.

Le transport

Les enfants sont parfois conduits à l'IME par leurs parents, mais ils arrivent majoritairement à l'IME par le biais d'autocars qu'ils partagent avec les travailleurs de l'ESAT et les autres établissements de l'Apeï de Lens. Dans chacun des bus (Circuits Rouge, Vert, Bleu), il y a des accompagnateurs qui ont la charge de confier les enfants - aux arrêts définis - aux parents ou représentants nommés par les familles. C'est souvent un moment important de communication, d'information entre ces accompagnateurs, la famille, l'établissement. Des membres de l'équipe éducative peuvent être amenés à effectuer cet accompagnement.

L'IME organise également deux à trois circuits pour le transport des enfants en fauteuil et/ou à mobilité réduite, à l'aide de véhicules adaptés appartenant à l'établissement. Un prestataire extérieur est également sollicité. Le pôle enfance compte 3 agents de service et d'entretien technique des locaux qui effectuent ces circuits et interviennent également dans les transports des enfants du Sessad.

L'entretien, la maintenance des Locaux

Le pôle enfance dispose d'un mi-temps de technicien de maintenance qui partage avec les chauffeurs les tâches de maintenance, d'aménagement, et de petites réparations du bâtiment. Un certain nombre de contrats de maintenance sont également passés avec des prestataires extérieurs, ainsi qu'avec des bureaux de contrôle des installations, et contrôles sanitaires obligatoires.

Admission et Accueil

Les enfants accueillis sont orientés par la CDAPH. Les admissions se font en général en début d'année scolaire, sauf exception. La plupart des enfants accueillis ont bénéficié en amont d'une prise en charge médico-sociale (SESSAD, autres IME, hôpital de jour, CMP, centres de jour, etc). Un nombre de plus en plus important d'enfants nous sont également adressés par des enseignants référents.

L'établissement accueille les enfants qui sont domiciliés sur le secteur de l'Apei de Lens et environs (cf. page plan page 24). En ce qui concerne les enfants porteurs d'un polyhandicap ou porteurs d'autisme, ils peuvent être admis en dehors de ce secteur géographique, en raison de la rareté de l'offre d'accueil.

Un accompagnement des familles en amont de l'entrée de l'établissement a toujours été réalisé du fait même de la dynamique associative, mais la procédure d'admission a dû évoluer au regard de la loi de 2005. En effet, une famille a aujourd'hui le choix de l'établissement d'accueil de son enfant. Là où il y a quelques années la CDES décidait une entrée dans l'établissement, nous sommes plus souvent sollicités aujourd'hui par des familles qui souhaitent visiter l'établissement, connaître les prestations proposées, avant de constituer leur demande d'orientation auprès de la MDPH.

Comme nous l'avons signalé dans la première partie, l'IME Malécot a un positionnement particulier sur le Territoire, du fait de la population accueillie particulièrement déficitaire. Cette situation nécessite donc souvent plusieurs contacts avec la famille afin de changer certaines représentations. A 6 ans, les familles ont des difficultés à projeter l'avenir de leur enfant lorsqu'ils sont confrontés, lors de leurs visites, à des enfants particulièrement accueillants, mais également particulièrement démunis. La procédure d'admission se déroule donc en plusieurs étapes : rencontre avec le chef de service, visite de l'établissement et rencontre avec le directeur, rencontre des médecins en fonction des situations, période d'intégration, afin que la décision d'admission soit concertée et partagée par la famille et l'équipe de l'établissement. Un contrat de séjour peut alors être engagé. La signature de ce contrat de séjour entérine l'admission de l'enfant. A cette occasion, sont donnés aux parents et à l'enfant le livret d'accueil et l'ensemble des documents mentionnés par la loi 2002-2.

VIII – 2 Un fonctionnement par section

Cette organisation, ayant pour seul critère l'âge de l'enfant, est déterminée par la philosophie du projet d'établissement et les valeurs défendues dans le projet associatif. Il vise la solidarité entre les enfants, le « vivre ensemble », quelle que soit la gravité de la déficience. Elle induit un travail sur les capacités, les « ressources », plutôt que sur les déficiences et la stigmatisation de celles-ci.

Cette organisation nécessite en contrepartie la définition pour chaque enfant d'un projet de prise en charge très individualisé, qui proposera l'alternance entre des prises en charge individuelles, des activités collectives qui vont rassembler des enfants aux besoins et capacités similaires (activités scolaires, sportives, de communication avec les enfants autistes, de stimulation basale avec les enfants polyhandicapés...), des activités plus transversales par centres d'intérêt, et le groupe de vie autour des moments forts de la vie quotidienne (accueil, planning de la journée, repas, fêtes...).

Nous vous proposons ci-après les objectifs généraux poursuivis par chaque section, qui est constituée par tranches d'âge. Il est à noter que ces tranches d'âge peuvent fluctuer en fonction des recrutements annuels. Ces dernières années, nous assistons à un rajeunissement général de la population.

Les petits (6 - 9 ans)

Les objectifs éducatifs primordiaux sont les prémices d'acquisition de l'autonomie, notamment dans les apprentissages premiers, la propreté, l'alimentation autonome... c'est cette indépendance physique qui va également influencer sur l'autonomie psychique et aidera l'enfant à quitter la situation fusionnelle avec la famille. Le développement de la communication et du langage est également une sphère éducative essentielle, la plupart des enfants se situe encore à la période pré-langagière. Face à des retards de développement souvent constatés, un travail important est également mené en psychomotricité.

Les moyens (9 - 12 ans)

Les apprentissages fondamentaux sont, pour la plupart des enfants, en phase de résolution. Les enfants sont entrés dans la phase linguistique malgré quelques exceptions, les stimulations se renforcent et se spécifient. Les activités de socialisation se renforcent et s'intensifient vers une ouverture à l'extérieur, la notion de jeu existe toujours, celle du travail n'apparaît pas encore en tant que telle, mais la place est faite à la notion de sérieux, « accomplir sérieusement la tâche », et y trouver sens.

Les grands de 12 - 15 ans

C'est une étape déterminante entre l'enfance et l'adolescence, se connaître, s'identifier émotionnellement dans ses aspirations, ses vêtements, sa musique.... Il s'agit d'aborder l'autonomie au sens plus large, apprenant progressivement le sens des responsabilités. Nous tentons d'aider tous les enfants à appréhender la notion de travail qui pourra, pour quelques-uns d'entre eux, permettre une orientation en ESAT, et pour les autres, développer la notion d'utilité, pour soi-même et pour autrui, qui va permettre à l'adolescent de grandir.

Les grands de plus de 15 ans

Nous poursuivons ici la démarche précédente en l'intensifiant avec des notions comme le travail, la résistance à l'effort, la persévérance, la qualité des tâches bien accomplies. L'objectif sera de renforcer l'autonomie sociale à travers des expériences, des activités, des apprentissages tels que des activités ménagères, la confection de repas, l'entretien du jardin...

C'est à cette période que se précisent également les choix d'orientation que nous travaillerons à travers des stages, en foyer occupationnel, dans des activités sociales extérieures (centre social, foyer de personnes âgées...), mais également pour une partie des jeunes en ESAT pour le développement des capacités à travailler en milieu protégé.

VIII – 3 Un référent du projet de l'enfant

Dans chaque section, les enfants sont intégrés à un « groupe de vie » de 5 ou 6 enfants. Le groupe de vie est sous la responsabilité d'un éducateur « référent ». Le terme de référence renvoie à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets personnalisés. L'éducateur d'un groupe de vie est donc le référent des enfants du groupe de vie, et des projets personnalisés de chacun d'entre eux.

L'éducateur, au sens large du terme, est issu de plusieurs formations différentes : éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, moniteur éducateur. Cette pluridisciplinarité des formations éducatives, sensiblement différentes et complémentaires, ainsi que la mixité d'anciens et de jeunes professionnels, est stimulante pour l'interaction dans les équipes.

L'éducateur référent dans l'institution est donc celui qui est désigné dans l'organisation structurelle comme le référent principal de l'enfant. C'est celui qui assure la vigilance, la guidance, l'autorité. Il est pour l'enfant la sécurité physique et psychique. Il est porteur de loi, sa fonction d'autorité s'exerce à des fins structurantes pour l'enfant.

Il est le fil conducteur et donne à l'enfant les notions de permanence, de stabilité, de rites repères afin qu'il se situe dans le temps et l'espace. Par sa qualité de présence et par son écoute, il permet que l'action éducative soit porteuse de sens. Il est avec le Chef de Service l'interlocuteur privilégié de la famille.

Si le projet personnalisé est défini en équipe pluridisciplinaire en fonction des besoins évalués de chaque enfant, l'éducateur référent est le garant de la mise en œuvre de ce projet, des coopérations nécessaires à la réalisation des prises en charge ; il en rend compte à son chef de service.

L'éducateur référent est celui qui est en liaison avec la constellation d'intervenants autour de l'enfant ; il est présent dans les situations relais, il est le coordinateur du projet personnalisé.

L'éducateur référent est également l'animateur d'un petit groupe d'enfants ou d'adolescents, où son rôle sera de fédérer les projets personnalisés, entraîner une dynamique de groupe afin de favoriser les interactions.

L'éducateur référent met en œuvre, dans le cadre de son groupe de vie et de la section (activités transversales) des techniques éducatives qui vont s'intéresser :

- Aux apprentissages des gestes et besoins fondamentaux de la vie dont l'importance matérielle décroît avec l'âge ;
- Au développement moteur important pour tous, et qui revêt parfois une très grande complexité et une prise en charge soutenue pour les enfants polyhandicapés ;
- Au développement des capacités cognitives, sensorielles, de la communication qui s'adapte au niveau intellectuel de l'enfant et à sa pathologie (autisme, polyhandicap...) ;
- Au développement relationnel, à la socialisation qui permet l'accès de l'enfant à l'âge adulte, aux loisirs, au travail, à la vie affective et à sa sexualité.

VIII – 4 L'élaboration du projet personnalisé

Comme la notion de référent, la mise en œuvre de projets personnalisés est très ancienne à l'IME Léonce Malécot, et son processus d'élaboration inscrit dans le calendrier de fonctionnement de l'équipe.

Lors de son arrivée, et durant trois mois, les jeunes enfants se verront proposer un ensemble d'activités individuelles et collectives qui vont permettre d'observer, d'évaluer, les potentiels, les incapacités, de percevoir les émergences.

C'est une étape de diagnostic qui sera partagée par l'équipe pluridisciplinaire (éducative, médicale, paramédicale), à partir des expériences, des constats des uns et des autres, mais également à partir d'informations recueillies sur le parcours de l'enfant (Famille, CAMPS, SESSAD, école, dossier médical...).

Le diagnostic

Le diagnostic éducatif se décline en cinq domaines : l'autonomie, la socialisation, le développement psycho affectif, le développement des capacités intellectuelles, le développement des capacités motrices.

Pour l'autonomie, il s'agira d'évaluer où se situe l'enfant face aux différentes tâches afférentes :

- à l'autonomie pratique : habillage / déshabillage,
- à l'hygiène : propreté acquise ou non acquise, capacité à élaborer une toilette simple : lavage des mains, du visage....
- au repas : évaluer le rapport à l'alimentation de l'enfant, la capacité à utiliser ses couverts.
- aux déplacements : évaluer les capacités ou les difficultés de l'enfant à se rendre dans un autre lieu de l'institution.

La socialisation : il s'agira de repérer les capacités de l'enfant à comprendre les règles de vie en collectivité, vérifier s'il existe des émergences au niveau des codes sociaux.

Le développement psycho affectif : évaluer les capacités de l'enfant à repérer ses ressentis, ses émotions, sa capacité à entrer en relation avec l'autre.

Le développement des capacités intellectuelles : vérifier les capacités cognitives de l'enfant, compréhension des consignes, mémorisation, attention, concentration. Par ce biais il s'agira de vérifier si l'enfant peut intégrer un groupe scolaire mené par le professeur des écoles.

Le développement des capacités motrices : il s'agit de vérifier la coordination oculo manuelle par le biais des gestes du quotidien et les activités éducatives sur table dans le groupe de vie. La prise en charge en psychomotricité viendra renforcer et affiner les possibilités motrices de l'enfant.

La définition du projet personnalisé partagé avec la famille

A partir de ce diagnostic, une liste d'objectifs et de propositions d'activités sera établie pour chacun des enfants. Ces propositions vont mixer des activités collectives et des prises en charge plus spécifiques (soins, kiné, psychomotricité, appui du pôle autisme...) en fonction des besoins identifiés et des réponses qui peuvent être mises en œuvre dans l'établissement.

Ce diagnostic et ces propositions sont partagés avec la famille afin de concrétiser le projet de prise en charge qui va se mettre en œuvre sur la période de l'année scolaire, obtenir l'adhésion et la participation de la famille à la réalisation d'objectifs identifiés (hygiène, repas, sommeil, ...).

L'ajustement et l'évaluation du projet

Durant l'année, les enfants pourront faire l'objet d'une synthèse. La famille sera régulièrement sollicitée pour des points avec l'équipe éducative, des vacances avec les médecins, pour la participation à des rencontres avec les autres familles sur la vie de la section, de l'établissement.

En fin d'année (à partir de juin), les projets de prise en charge sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire (par section). Ce bilan permet d'identifier les objectifs de prise en charge qu'il faudra ajuster, modifier, intensifier l'année suivante. Ce bilan est envoyé aux familles avec une invitation à le partager avec l'éducateur référent qui se met à leur disposition.

Le processus d'élaboration du projet, de son évaluation, est lié au développement des capacités de l'enfant, à son rythme, et dans une temporalité liée à l'année scolaire.

Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)

Le lien avec le PPS : depuis la loi de 2005, les enfants sont normalement inscrits dans l'établissement scolaire le plus proche du domicile, et devraient bénéficier avec leur orientation d'un Projet Personnalisé de Scolarisation. A ce jour, ces dispositions ne sont pas mises en œuvre dans le Pas de Calais, le projet individuel de prise en charge à l'IME est donc annuellement partagé avec l'enseignante référente du secteur, il constitue en quelque sorte le Projet Personnalisé de Scolarisation. Le travail à mener sur l'élaboration d'une convention avec l'éducation nationale sur l'Unité d'enseignement devrait participer à la mise en œuvre effective de ces mesures.

VIII – 5 Sortie du jeune de l'établissement

L'IME accueille les jeunes jusque l'année de leurs 20 ans, c'est-à-dire qu'ils sortent de l'établissement avant l'année scolaire où ils fêteront leur anniversaire. L'établissement ne dispose pas d'aménagement Creton ; une priorité a toujours été donnée à l'intégration des jeunes enfants en attente d'une place en établissement.

L'orientation à l'issue de l'IME est travaillée avec le jeune et sa famille dès l'âge de 15 ans. Le projet d'orientation se prépare par le biais de rencontres régulières avec la famille, l'éducateur référent, le chef de service, les rencontres avec les médecins.

Ce projet passe régulièrement par la proposition de stages dans des établissements proches du domicile (Etablissement et Service d'Aide par le Travail, Section Occupationnelle, Service d'Accueil de Jour, foyer de vie), la mise en relation et l'incitation des familles à prendre contact avec des établissements adaptés, l'accompagnement de la famille lors de la visite d'établissement susceptible d'accueillir le jeune à sa sortie, la mise en place d'« immersions » dans ces établissements d'accueil potentiel.

L'établissement prépare et accompagne la famille pour la constitution du dossier d'orientation qui comprendra l'ensemble des informations et préconisations les plus actualisées (projet personnalisé, dossier médical, rapport de stage etc...). Ce dossier est transmis à la MDPH afin que le jeune puisse bénéficier à sa sortie d'une notification d'orientation adaptée et bénéficier des (malheureusement rares) opportunités. Dans l'attente d'une intégration, les familles sont mises en relation avec le service associatif « la Mascotte » qui propose, par des activités journalières, une prise en charge qui vise à maintenir les capacités d'autonomie des jeunes et l'accompagnement de leurs familles dans le suivi de leurs démarches.

VIII – 6 La place de l'utilisateur et de sa famille

Le contrat de séjour

Lorsqu'un enfant intègre l'IME, la famille et le directeur de l'établissement signent un Contrat de Séjour qui détermine les engagements réciproques qui vont être mis en œuvre pour l'accompagnement et le développement de l'enfant.(cf. annexe).

Le Conseil de Vie Sociale

Il est composé de :

- quatre jeunes élus par leurs pairs et deux suppléants,
- quatre représentants des familles et deux suppléants,
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire,
- un médiateur des enfants (chef de service),
- l'administrateur délégué par le Conseil d'administration au pôle enfance,
- du directeur de l'établissement.

Le président du comité est un représentant des enfants, et le vice-président est un représentant des familles.

Sont abordés lors de ces rencontres : les activités, le fonctionnement de l'établissement, les projets, les sollicitations des enfants (achat de matériel, sorties, etc...), et les sollicitations des familles.

Du fait des capacités des jeunes, ce comité est préparé par les jeunes, les éducateurs, et l'enseignant spécialisé sous forme de pictogrammes, photos, etc... Le compte-rendu se fait par les représentants dans la section de la même manière.

La commission de promotion de la bientraitance et de vigilance sur la maltraitance

L'Apei de Lens a actualisé en 2010 un *protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance*. Ce protocole est remis à chaque nouveau professionnel dès son entrée dans l'établissement. L'objet de la commission est de veiller à ce que l'ensemble des moyens soit mis en œuvre dans l'institution pour promouvoir la bientraitance, assurer une vigilance, échanger sur des situations qui peuvent évoluer défavorablement, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement et du service.

Cette commission est composée de représentants des professionnels (CHSCT / DP), d'une représentante des familles, d'un(e) chef de service, du psychologue de l'établissement, et du directeur qui rend compte des situations qui ont pu lui être rapportées, et qui ont parfois nécessité un signalement. Une réflexion est en cours pour trouver une forme de participation des jeunes à la vie de cette commission.

L'accompagnement social des familles

L'assistante sociale accompagne les familles pour toute demande concernant la MDPH, l'AEEH (allocation, d'éducation de l'enfant handicapé), la PCH (prestation de compensation du handicap), les dossiers d'orientation, mais également les séjours de vacances, l'accueil temporaire, et leurs financements.

Cela peut également être une intervention au domicile pour l'emménagement d'un logement, envisager un déménagement, une aide à domicile, la mise en place d'une protection.

Cet accompagnement se fait en lien avec la Maison Départementale de Solidarité, les services d'aide sociale à l'enfance, et d'aide éducative en milieu ouvert, avec lesquels des concertations seront organisées. C'est également l'accompagnement de la famille lors de l'orientation du jeune, pour visiter des établissements accueillant des adultes, passer le relais avec un service d'accompagnement en milieu ouvert...

Les rencontres entre les familles

Depuis une année, lors des « samedis travaillés », ont été mis en place - à leur demande et avec l'appui de parents du Conseil d'Administration - des groupes d'expression et d'échanges entre parents. Ce temps permet aux familles de partager leurs expériences, leurs difficultés dans l'accompagnement d'un enfant handicapé, mais également de s'échanger des conseils, des astuces, des adresses, et se sentir ainsi moins seuls.

Les usagers et les familles peuvent également s'inscrire dans des actions associatives, qu'elles soient au niveau local, départemental, et régional. Par exemple, pour le « Clin d'œil », qui est un journal des usagers des structures de l'Apei à l'échelon régional, se rencontrent régulièrement deux jeunes « reporters » accompagnés d'un éducateur, et sont les correspondants pour l'établissement. Il y a ensuite la Commission de la Participation Associative qui regroupe des usagers, des professionnels, des parents et bénévoles. Il y a également les différentes commissions de l'Apei de Lens et environs (commission communication, groupe d'expression parents, fête...) et les commissions du mouvement parental à l'échelon régional à l'Urapei (CCR, Groupe grand handicap, grande dépendance, commission autisme...) qui sont présentées dans le projet associatif.

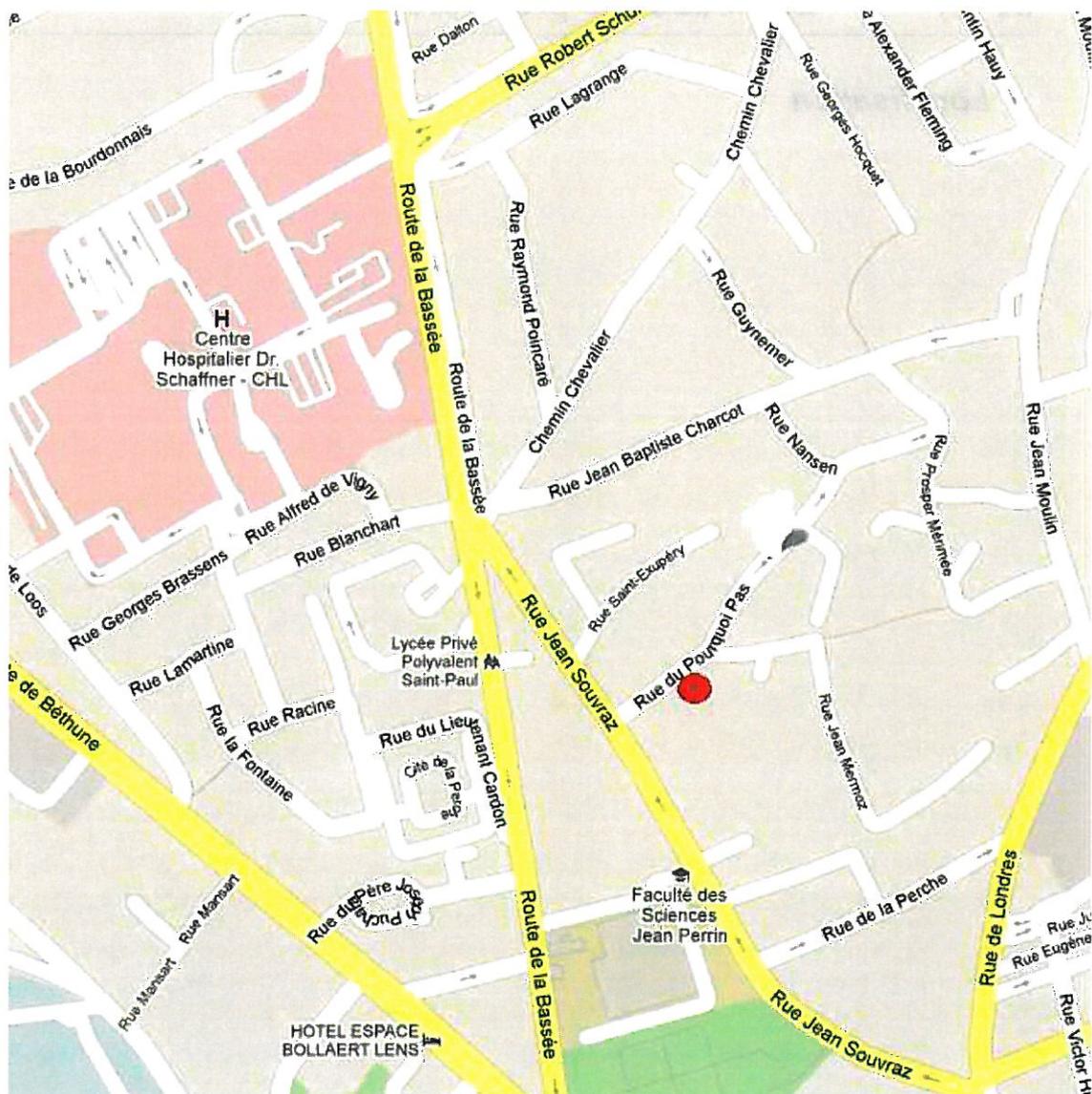
- IX -

Les moyens d'action



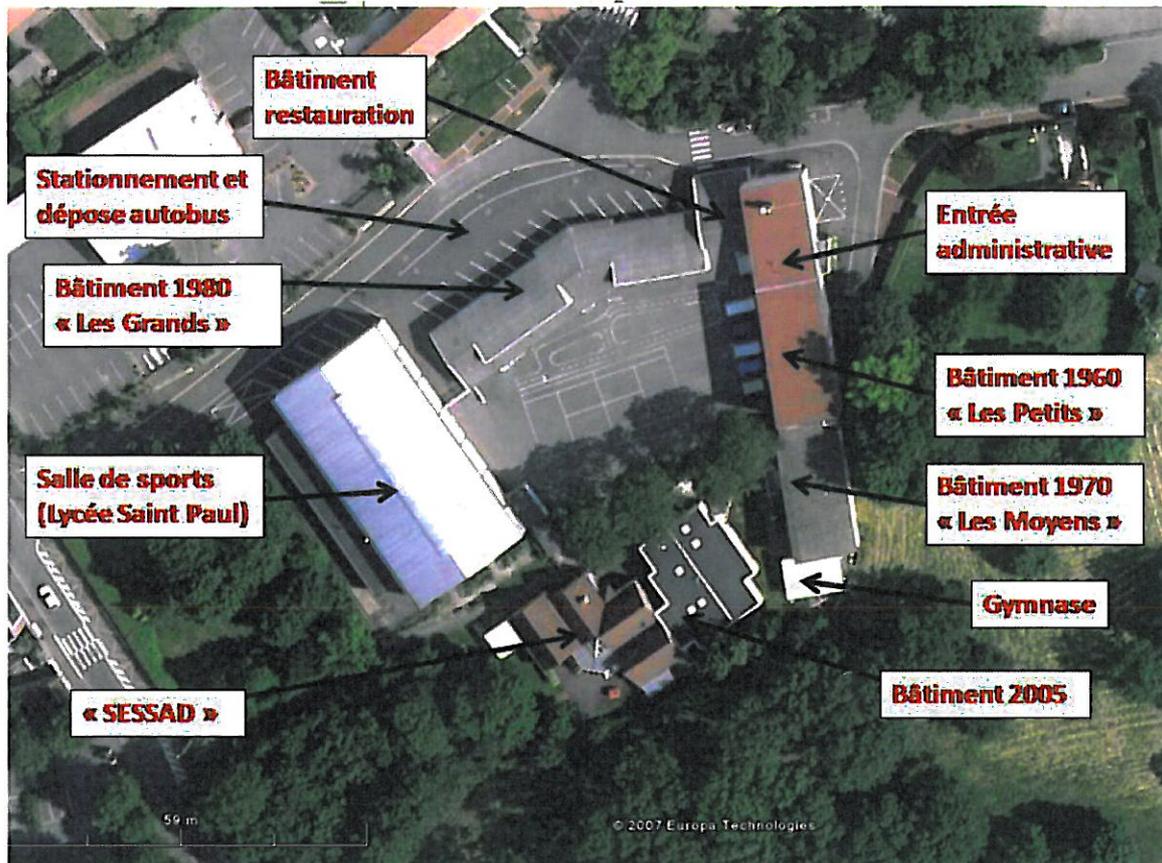
IX – 1 Les locaux, le projet architectural

Localisation



L'architecture

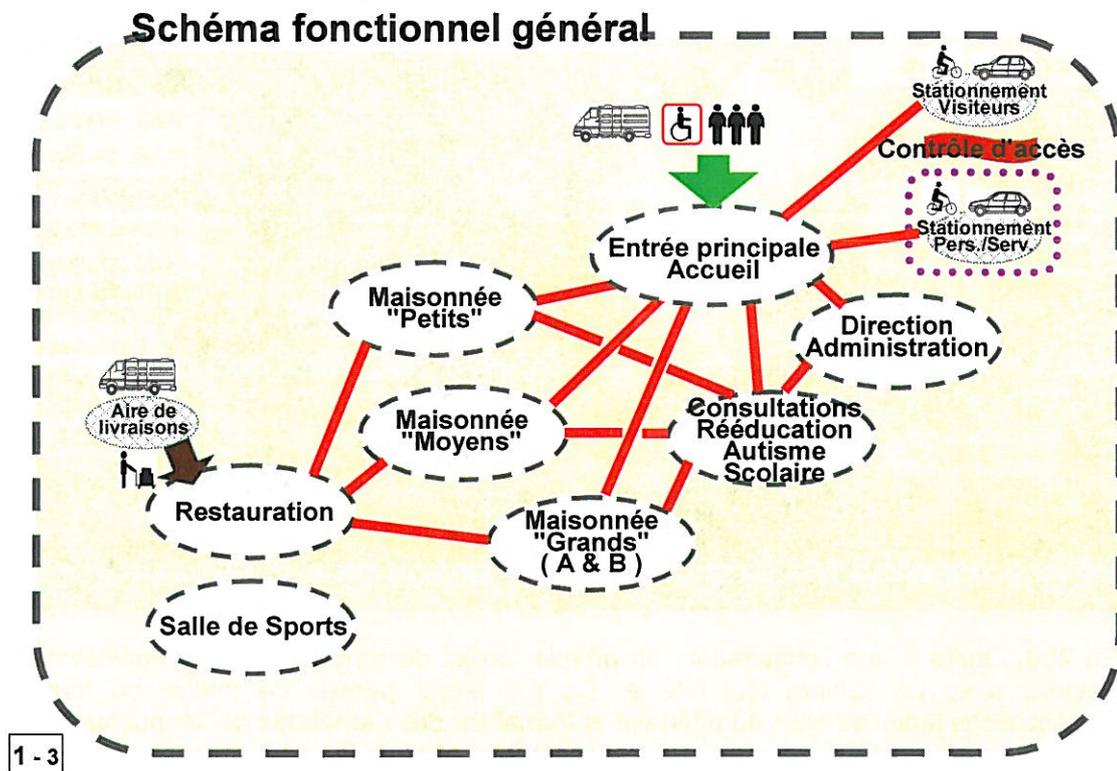
L'architecture de l'IME s'est construite au fur et à mesure de ses extensions. Dans les années 60, c'est la construction d'un bâtiment à étage de type école. Dans les années 70, c'est un bâtiment plus fonctionnel pour les moyens. Dans les années 80, c'est la construction d'un bâtiment en rez-de-chaussée plus adapté pour les grands, et la petite maison pour le Sessad. Enfin, en 2005, la construction du pôle autisme qui regroupe également le pôle médical et paramédical. Aujourd'hui, une bonne partie de cet ensemble est vétuste, et n'est plus adapté à la population accueillie, notamment en matière d'accessibilité.



En 2007, suite à une consultation, un premier projet de rénovation et agrandissement est travaillé avec un cabinet d'architecte. Ce pré projet permet de mettre en forme des améliorations fonctionnelles du bâtiment et formaliser des demandes de financement dans le cadre du programme pluriannuel d'investissements, et dans le cadre du contrat de plan Etat région.

En 2008, une équipe technique est constituée afin de mener les premiers diagnostics techniques. Les résultats des différents diagnostics (2009) ne sont pas bons. Les parties anciennes du bâtiment (60/70) ne peuvent être mises en conformité concernant l'accessibilité. L'étanchéité des toitures est remise en cause, l'isolation phonique et calorifique est à repenser... La rénovation est donc un projet très couteux et continuera à occasionner des désordres. Il faut se résoudre à abandonner ce projet pour un projet de démolition et de reconstruction.

Face à cette situation, un nouveau projet est engagé en 2009. La première étape consistera à travailler avec les professionnels sur une étude fonctionnelle des besoins. Cette étude, et les observations du consultant « in situ », a permis de définir un cahier des charges qui a été présenté à l'architecte.



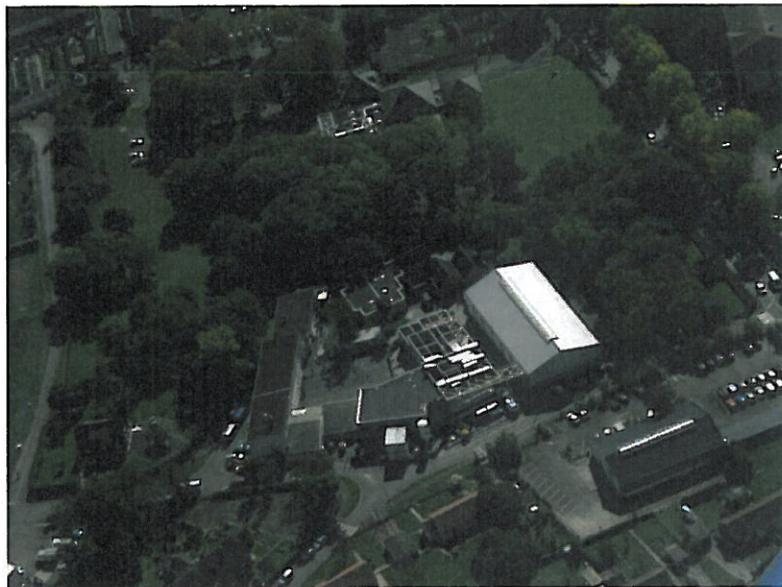
Cette étude a permis de définir précisément les conditions de réalisation d'un chantier de démolition/reconstruction en trois phases, dont les contraintes fortes sont la réalisation d'un chantier sur un espace réduit avec la poursuite de l'accueil des enfants avec toutes les conditions de sécurité. Elle a également permis d'établir le budget de l'opération.

Le projet est donc passé d'une rénovation extension de 400m² pour un budget de 2M€, à un programme de démolition (1700 m²) reconstruction (2700 m²) en trois phases de 3M€, soit 9M€ sur l'ensemble de l'opération.





Le projet est engagé depuis 2010 sur la première phase, c'est-à-dire la reconstruction de la « maisonnée » des petits et des moyens, l'accueil, l'administration, et le pôle médical, dans le cadre d'un bâtiment en R+1. Cet engagement a été possible grâce aux moyens mobilisés sur le premier projet. La négociation de la phase 2 a débuté fin 2013, la négociation des moyens de financement de la phase 3 est en cours.



La première phase a été mise en service en septembre 2012. Chacune des phases suivantes nécessite 18 mois de travaux, soit, si les financements sont accordés parallèlement à la réalisation du chantier, une livraison de la phase 2 en septembre 2015, et de la phase 3 en septembre 2016.

IX – 2 Les ressources humaines

Les effectifs

L'IME Léonce Malécot compte à son organigramme 50,38 ETP, ce qui représente une équipe de 65 personnes en 2013 (dont 5 contrats aidés):

- Une équipe de direction de 4 personnes (un directeur, deux chefs de services)
- Une équipe d'administration et de gestion de 3 personnes
- Une équipe médicale et paramédicale de 16 personnes (nombreux temps partiels)
- Une équipe socio-éducative de 29 personnes
- Une équipe de services généraux (restauration, maîtresses de maison) de 10 personnes

Le statut, le recrutement

Il s'agit essentiellement de professionnels en contrat à durée indéterminée, les contrats à durée déterminée étant mobilisés lors des absences réglementaires (maladie, maternité, formations longues...). Les salariés relèvent de la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes handicapées et inadaptées du 15 Mars 1966.

Le recrutement se fait dans le cadre d'une procédure établie pour l'ensemble de l'Apei de Lens, après une diffusion de l'offre à l'interne des établissements et services, dans le réseau du service public (pôle emploi), et certains réseaux spécialisés (CREAI, sites spécifiques métiers...). La procédure de recrutement des professionnels non cadres repose sur des entretiens (chefs de service, direction), une épreuve écrite, et généralement pour le pôle enfance sur une courte période (demi-journée) d'immersion avec les enfants et l'équipe de professionnels.

Le recrutement est validé par le Directeur Général et le Président sur la base d'une note de motivation du Directeur de l'établissement.

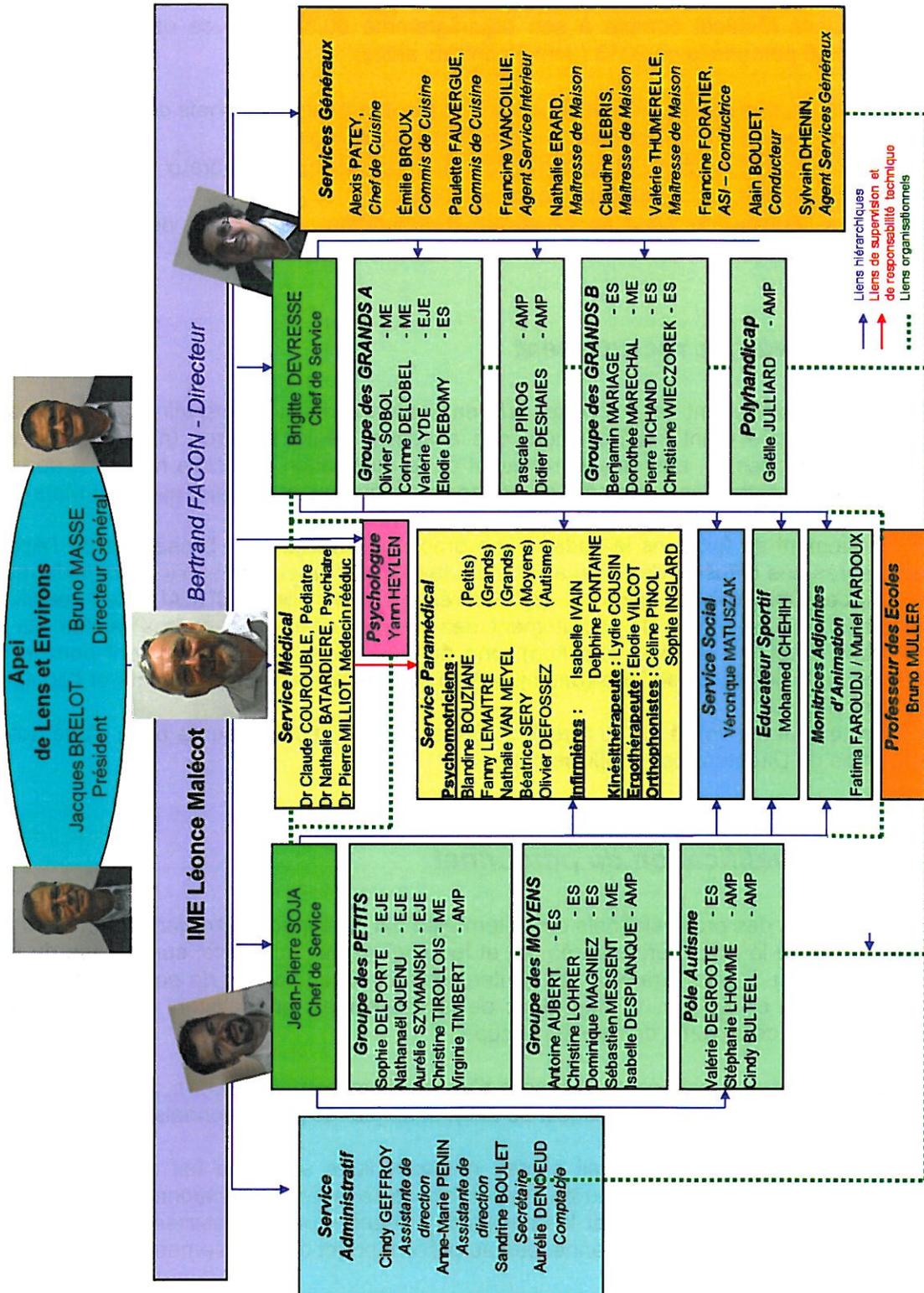
La qualification du personnel

La qualification des professionnels est déterminée par le respect de l'organigramme qui a été sollicité lors de la procédure d'agrément et les agréments successifs, sur la base du projet d'établissement. L'organigramme est réinterrogé à chaque vacance de poste en fonction de l'enveloppe de ce dernier. Il s'agit donc de professionnels qui satisfont aux exigences de qualification et de diplôme de l'emploi occupé.

L'établissement a la chance de disposer d'un équilibre bénéfique entre des professionnels ayant beaucoup d'ancienneté (jusqu'à 30 ans), et de jeunes professionnels.

La définition du poste de travail et des missions liées au poste fait l'objet d'un travail actuellement en cours au niveau de l'ensemble de l'association gestionnaire (fiche objectif CPOM). Les fiches de postes et les missions y attachées dans l'établissement seront donc progressivement actualisées et annexées au présent projet d'établissement.

L'organigramme



Les entretiens individuels

Dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'Apei de Lens et environs a mis en œuvre en 2012 des entretiens individuels. Une démarche avec l'aide d'un consultant, une trame et un guide d'entretien ont été produits par des représentants des équipes de direction et des représentants du personnel. Ces entretiens ont lieu tous les deux ans.

Le plan de formation

Tous les professionnels sont sollicités annuellement sur leurs souhaits de formation. Les projets sont étudiés par l'équipe de direction, avec les délégués du personnel, et présentés au Comité d'Entreprise unique pour l'ensemble des établissements de l'Apei. Généralement, 50% des ressources du plan de formation sont mobilisés sur des projets à l'initiative de l'employeur (formation intra, formation technique spécifique nécessaire à de nouveaux process...), et 50% aux projets individuels déposés par les salariés.

Le Directeur de l'Etablissement veille au bon équilibre du plan de formation qui vise à doter l'ensemble des salariés d'un niveau de connaissance et de qualification optimal.

Les délégués du personnel

L'IME dispose de 2 délégués du personnel titulaires et de deux suppléants, élus tous les trois ans. La direction organise à travers une réunion mensuelle la consultation des Délégués du Personnel. Généralement, cette rencontre se fait avec les élus du Sessad. Les problématiques du pôle enfance (calendrier de fonctionnement, plan de formation, etc...) peuvent ainsi être traitées conjointement.

L'accueil des stagiaires

L'IME est très régulièrement sollicité par les écoles de formation du secteur médico-social et paramédical : éducateurs, moniteurs éducateurs, aides médico psychologiques, mais également infirmiers, psychomotriciens, psychologues, etc... Chaque stagiaire est lié à l'établissement et à l'école par une convention, un projet de stage, et doit fournir un extrait de casier judiciaire. Il lui est remis à son arrivée le livret d'accueil de l'établissement, qui comporte le règlement intérieur, et le protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. L'accueil et l'accompagnement de stagiaires font partie de la culture de fonctionnement de l'établissement ; à ce titre, l'IME est centre de formation, et un certain nombre de professionnels sont amenés à intervenir dans les écoles, participer à des jurys, etc...

IX – 3 Organisation des services

La réunion générale

Elle regroupe trimestriellement l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Animée par le Directeur, elle est un lieu d'informations sur les projets emmenés dans l'établissement, les orientations annuelles, l'évolution de l'équipe, l'amélioration de la qualité, l'organisation des services, des conditions matérielles d'accueil. C'est également un lieu d'informations sur la vie associative, sur la gestion de l'association et les projets qui ont une incidence sur l'ensemble de l'établissement (CPOM, évaluation interne, GPEC...).

Ce lieu peut également permettre de mettre en évidence une action, un thème qui a été retenu dans les orientations annuelles (hygiène bucco dentaire avec HANDIDENT, le développement des codes de communication, le PECS...), ce qui permet d'inscrire le thème et les propositions d'action dans le fonctionnement institutionnel.

C'est également un temps d'échanges et d'expression avec l'équipe de direction sur les sujets liés au fonctionnement de l'établissement (calendrier de fonctionnement, événements avec les familles, transferts...).

La réunion de section

Animée par le Chef de service, elle regroupe les professionnels d'une même section, et, en fonction des sujets à traiter, sont également invités des professionnels paramédicaux ou médicaux (psychologue, psychiatre, orthophoniste, ergothérapeute...).

Dans ces réunions hebdomadaires (lundi ou mardi de 16h15 à 17h45) sont abordées l'organisation hebdomadaire du service, les activités parfois exceptionnelles, l'organisation des prises en charge en fonction des présences ou absences des professionnels (maladie, formation...). C'est également un moment d'équipe privilégié pour partager « en direct » des événements concernant la prise en charge de certains enfants, les évolutions de certaines situations qui nécessitent des ajustement immédiats de la prise en charge, une rencontre avec la famille, des interrogations aux médecins... Une fois toutes les six semaines, la psychiatre de l'établissement et le psychologue participent à cette rencontre.

La réunion de Synthèse

Cette réunion rassemble l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge avec l'enfant dans le cadre de son projet personnalisé. Animées par le chef de service, les synthèses sont préparées et présentées dans un premier temps par l'éducateur référent, coordinateur du projet, qui rappelle le parcours, les grandes lignes du projet, les objectifs qui ont été fixés sur la période (annuelle), qui rend compte des différents bilans, et doit permettre avec l'ensemble des professionnels des différentes disciplines d'évaluer les résultats et fixer des objectifs qui seront proposés à la famille pour échange et validation.

Ces objectifs doivent permettre de fixer des actions concrètes que l'équipe va mettre en place de manière concertée avec des moyens matériels et humains qui devront être identifiés et mobilisés. La gestion de la mise en œuvre de ces moyens et des contraintes relève ensuite du chef de service.

Il s'agit donc d'un lieu où les enjeux autour de l'enfant sont partagés, tant sur les dimensions éducatives, pédagogiques, que du soin (physique et psychique), mais également sur la mobilisation des moyens que l'établissement engage sur le projet personnalisé. Une restitution est faite à la famille.

La réunion Paramédicale

Cette réunion a plusieurs objectifs:

- Organiser les rendez-vous avec les différents médecins
- Permettre un suivi des rendez-vous avec les services de spécialités pédiatriques en lien avec les familles ce qui nous permet de proposer et d'organiser un accompagnement .
- Elle permet à travers la lecture des dossiers médicaux en présence d'une infirmière ou à travers un thème préparé à l'avance, de réfléchir et de coordonner un projet de soins à insérer dans le projet personnalisé des enfants en équipe transdisciplinaire.

Des réunions transversales et/ou thématiques

Ces réunions sont programmées dans le cadre des orientations annuelles de travail telles que :

- la réécriture du projet d'établissement,
- le travail sur la communication et l'utilisation des codes de communication,
- l'élaboration d'une plaquette avec le réseau HANDIDENT,
- la vie affective et la sexualité des jeunes déficients intellectuels,
- .../...

Les professionnels participent également à des réunions thématiques transversales qui concernent l'ensemble des établissements de l'Apei ou à l'initiative de l'Urapei telles que la communication facilitée, l'harmonisation des documents d'accompagnement des usagers, le groupe polyhandicap et la grande dépendance, le groupe autisme...

Les réunions de l'équipe de Direction

Le directeur participe à la réunion hebdomadaire du Comité de Direction de l'Apei animée par le Directeur Général, qui regroupe l'ensemble des directeurs d'établissements de l'association, auxquels se joignent ponctuellement le Président de l'Association, les attachés de direction sur les thématiques transversales à l'association.

Le Directeur anime une réunion hebdomadaire de direction du pôle enfance (directeur, chefs de service IME/SESSAD), mais également plus spécifique à l'IME (chef de services, directeur).

Une fois par mois, se tient une réunion de l'équipe de direction avec la psychiatre de l'établissement et le psychologue, où sont abordés plus spécifiquement la mise en œuvre des projets de soins, les relations avec les familles, les partenaires de santé et l'accompagnement de professionnels dans l'exercice de leurs missions.

Deux fois par an se tiennent également à l'échelle du pôle enfance, des réunions avec les médecins.

Le comité de gestion du pôle enfance

Il est constitué des membres du bureau du Conseil d'Administration de l'Apei de Lens et environs, du Directeur Général, et de l'équipe de direction du pôle enfance. Il se réunit annuellement, Il permet de rendre compte à l'instance de gouvernance associative de l'activité du pôle enfance, de la gestion et de l'administration des établissements, de la démarche qualité, du bon fonctionnement des instances de participation des professionnels et des familles, des projets mis en œuvre et des perspectives.

IX – 4 Les intervenants extérieurs, les partenariats

Le partenariat avec l'Education Nationale

L'établissement dispose depuis de nombreuses années d'un enseignant spécialisé mis à disposition par l'Education Nationale (confère le projet de classe en annexe). Ce partenariat ne se limite pas à cette mise à disposition, de nombreuses activités sont menées avec des établissements scolaires des environs. En 2013, nous pouvons citer la correspondance du groupe scolaire avec d'autres établissements et l'organisation d'événements festifs (carnaval...) avec par exemple la section des petits avec l'école maternelle d'Oppy, la participation de jeunes à des séances de sport avec l'école Dolto à Loison, la participation à une activité « hip hop » avec l'école Bertelot à Lens (CLEDS), de nombreuses rencontres sportives annuelles dans le cadre de l'USEP (Union Sportive de l'Enseignement du 1° degré) où l'établissement est un membre actif. En 2014, une priorité sera donnée pour l'actualisation et la formalisation de ce partenariat dans le cadre de l'Unité d'Enseignement.

Le partenariat avec le secteur de pédopsychiatrie

Bon nombre de jeunes accueillis à l'IME Malécot de Lens sont connus et ont été suivis par le secteur de pédopsychiatrie de Lens. Un lien privilégié a donc été développé pour la prise en charge partagée d'un certain nombre d'enfants qui nécessitent un accompagnement psychologique important. Cette collaboration s'est renforcée en 2011 par l'intervention du Docteur Batardière dans l'établissement, qui est également le médecin référent de l'hôpital de jour à Lens.

Le sport, vecteur d'inclusion et de socialisation

L'IME bénéficie par convention de possibilités d'utilisation de certaines installations sportives de la ville de Lens.

L'IME est un membre actif de l'USEP, ce qui permet aux jeunes de participer régulièrement aux rencontres sportives inter établissements, mais également organiser deux rencontres annuelles, une à la piscine olympique de Lens, et une au boulodrome.

Des liens privilégiés sont également établis avec la Fédération de Sport Adapté.

En 2012, deux de nos jeunes sont allés aux jeux paralympiques de Londres avec les jeunes du conseil municipal des jeunes de Liévin.

Chaque année à Pâques, un groupe de jeunes de l'IME est inscrit dans les activités de la semaine du sport organisée par l'office municipal de Loison, parmi les autres jeunes de la commune.

Lors des vacances de Toussaint en 2013, dix jeunes de l'IME ont été accueillis sur des activités à dominante sportives par les jeunes du Comité d'Animation Jeunes de Maroeuil, que nous avons ensuite accueillis à Lens et à l'IME.

La culture

Au sein de l'Etablissement s'est créé un groupe de musique, « Ram Dam », qui participe également au groupe associatif « les Zycos ».

Nous avons également une troupe de théâtre, « Les Deux Masques », qui peut travailler dans la salle Aragon grâce au partenariat engagé de longue date avec la ville d'Avion. Ces jeunes participent également à la formation et aux rencontres annuelles théâtre mises en œuvre par l'équipe de l'inspection ASH du secteur.

Les liens se sont renforcés avec la direction des services de la culture de la ville. Dans le cadre du programme culturel, les enfants peuvent participer à des ateliers périscolaires animés par des artistes, avant d'aller au spectacle (au Colisée). A ce titre, des enfants ont participé en 2013 au spectacle *Carmen* (chant), à des animations lecture, les arts du cirque, à la semaine de la marionnette, et pu profiter de nombreux spectacles au Colisée (Kubiak qui est ensuite venu dans l'établissement, Pierre et le loup...).

La solidarité

Elle est encouragée et s'exprime tous les jours entre les enfants notamment en direction des plus démunis (aide à la mobilité des enfants en fauteuil, accompagnement des petits par les grands dans les transports...). Elle s'exprime également par un travail sur les thématiques de solidarités qui jalonnent l'année scolaire, tel le Téléthon, les Restaurants du Cœur, la récupération de bouchons...

Cette solidarité s'exprime également au travers des représentations (chansons, danses) qui sont faites dans les structures sociales du quartier (foyer des aînés Jean Moulin voisin, le Centre Dumas, centre social de la Grande résidence, où nos jeunes participent à des ateliers mis en œuvre pour des familles en difficulté).

Les jeunes participent également à leur manière à la réalisation d'une vidéo pour l'Assemblée Générale de l'Association.

Le travail

Lorsque les jeunes intègrent la section des grands (15 ans) débute le travail sur l'orientation à la sortie de l'IME. Cette démarche s'appuie sur des activités qui nécessitent la mise en œuvre de techniques (jardinage, espaces verts, arts ménager, bricolage - entretien de matériel,...) mais également par la réalisation de stages en dehors de l'établissement. Ces stages auront pour objectifs d'évaluer un certain nombre de capacités (techniques, d'autonomie, d'adaptation) qui seront déterminantes pour l'orientation vers un établissement de travail adapté ou vers une section occupationnelle, un foyer de vie...

De nombreux partenariats ont donc été tissés avec des établissements, qu'ils soient internes ou externes à l'Apei ; il s'agit de maisons pour personnes âgées, d'ESAT, de sections occupationnelles, de foyers de vie, dans des domaines aussi variés que la cuisine, la lingerie, les espace verts...

La participation des professionnels à des réseaux d'acteurs autour du handicap

Les professionnels de l'établissement sont régulièrement sollicités pour participer à des réseaux d'acteurs. Cela peut être avec des autres collègues des établissements de l'Apei dans le cadre de travaux sur l'harmonisation des pratiques et des supports d'information (CPOM), dans les commissions associatives (commission de participation associative, clin d'œil avec les jeunes...) dans des réseaux plus spécifiques tels que les travaux de l'URAPEI

sur le polyhandicap et handicaps complexes de grande dépendance, les groupes de travail animés par le Centre de Ressources sur l'Autismes, le réseau Neurodev...

Le partenariat avec des acteurs spécialisés

Depuis de nombreuses années, l'établissement sollicite les centres de ressources sur la situation d'enfants qui nécessitent des prises en charge spécifiques et spécialisées. Nous pouvons citer le Centre Ressource Autismes et l'équipe de diagnostic, le centre ressources national handicap rare de la Pépinière à Loos (handicap visuel), le centre de ressources de la Plane (communication), le centre de ressource de Poitiers.

L'équipe de l'IME s'inscrit dans une dynamique de réseaux qui se créent et se développent en fonction des enfants accompagnés (RNT, Handident, Neurodev).

IX – 5 Les moyens financiers

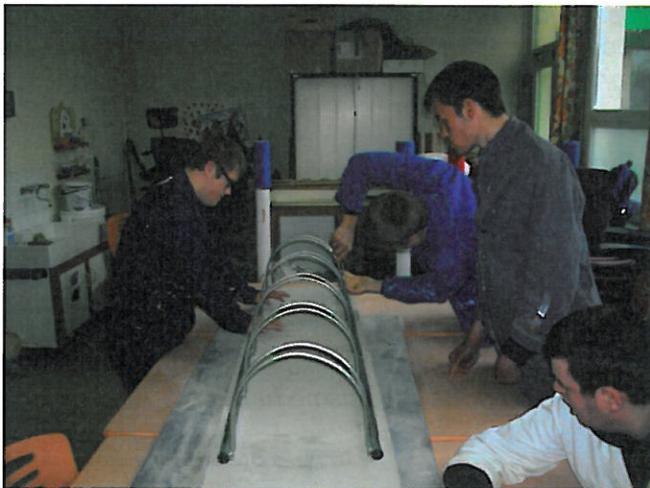
Depuis 2010, le budget de l'IME a été défini dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens signé entre l'ARS, le Conseil Général et l'Apei de Lens, pour l'ensemble de ses établissements. Le budget de l'IME Léonce Malécot ne se définit donc plus par la fixation d'un prix de journée, mais par une dotation globale définie pour 5 ans, avec une progression annuelle (1% en 2013) définie par l'autorité de tarification ; en l'occurrence, pour l'IME il s'agit de l'Agence Régionale de Santé. Le suivi du budget se réalise au travers un dialogue de gestion annuel entre l'association et les représentants des instances de tarification. La réalisation du budget est également liée à la réalisation de l'activité liée aux indicateurs de présentisme, mais également aux engagements qualité inscrits dans le CPOM.

En 2012, le budget annuel de l'IME est de 2 612 760 €, réparti en trois groupes :

- 252 763 €, soit 9,7% pour le groupe 1, qui regroupe globalement les dépenses d'énergie, de télécommunication, de transport, d'alimentation, mais également le matériel pour les activités éducatives, les activités de vie sociale...
- 2 170 457 €, soit 83%, pour le groupe 2, qui regroupe les dépenses de salaires et charges du personnel. Ce budget alloué est calculé en fonction de l'organigramme retenu pour l'établissement (services généraux, éducatif, médical et paramédical) dans le cadre de son projet et de son agrément. L'IME dispose d'un ratio d'encadrement de 0,54 (ETP pour 1 enfant), taux relativement important du fait de la population accueillie.
- 189 538 €, soit 7,3%, pour le groupe 3, qui regroupe les dépenses d'entretien, de maintenance, et de dotation aux amortissements nécessaires au renouvellement régulier des installations, véhicules, matériels etc...

- X -

La démarche qualité et l'amélioration continue de la qualité



Deux des enjeux essentiels de l'évaluation sont de conduire les changements nécessaires et d'apporter les améliorations en continu, d'associer les parties prenantes à l'identification et à l'élaboration des préconisations d'amélioration.

X – 1 Préambule

L'Association a fait le choix de s'engager dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations servies aux usagers et partenaires.

Cette décision, qui constitue une orientation majeure de l'ensemble des administrateurs, est un choix politique fort inscrit dans le projet associatif.

« A l'origine, les associations de parents se sont substituées à l'absence de secteur médico-social en créant des lieux institutionnels d'éducation et d'accompagnement pour leurs enfants handicapés. Leur objectif premier était un accueil pour l'enfant ou l'adulte, un soulagement pour nombre de familles. Aujourd'hui, elles revendiquent un service de qualité. La démarche qualité entre dans une culture de rationalisation, de formalisation, d'évaluation permanente. C'est une volonté clairement affichée par l'Apei, renforcée par une obligation qualité officiellement exigée par le législateur.

Nous devons instaurer progressivement dans tous nos processus, une dynamique d'amélioration continue. Un référentiel qualité capitalise les processus, les procédures, protocoles pour pérenniser les meilleures pratiques professionnelles.

L'Apei s'est dotée des outils nécessaires à son évaluation. Le siège s'est doté d'un attaché de Direction pour accompagner ce projet. Un comité de pilotage s'est mis en place début 2007 pour s'assurer de l'avancement de la démarche. Il s'assure de notre capacité à s'auto évaluer et à organiser une évaluation externe par un organisme habilité ».

Jacques BreLOT – Président – Janvier 2007

X – 2 Le développement continu de la qualité

A été retenue pour définition de la qualité :

« L'ensemble des caractéristiques et des valeurs de l'Association et de ses structures, qui lui confère l'aptitude et la volonté de satisfaire à des besoins et aux désirs exprimés ou implicites de la personne handicapée » (groupe de référence « Mise en œuvre de la démarche qualité » - 2002).

Au travers de cette démarche d'amélioration continue de la qualité, il s'agit d'intégrer le cercle vertueux du PDCA, tel que décrit dans le Projet Associatif

1^{ère} étape : la préparation : il s'agit d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles mises en œuvre (conformité) au regard du référentiel :

- Cadre réglementaire.
- Cadre exemplaire (« Bonnes pratiques professionnelles »).
- Cadre spécifique (objectifs que l'on se fixe).
- Evaluer la satisfaction des usagers au regard de leurs besoins et de leurs attentes.
- Evaluer la satisfaction de la collectivité au regard de l'utilité sociale attendue.
- S'interroger sur les pratiques, l'organisation, et leur efficacité au regard des besoins et objectifs.
- Identifier les points forts et les points à améliorer, comprendre les dysfonctionnements.
- Elaborer le plan d'action.

2^{ème} étape : déployer le plan d'actions : il s'agit de mettre en œuvre les dispositions pour améliorer la qualité.

3^{ème} étape : contrôler les résultats : il s'agit de s'assurer que les dispositions prises sont efficaces.

4^{ème} étape : ancrer les nouvelles dispositions : sont formalisées les nouvelles dispositions dans un protocole, un processus, une procédure. On le pérennise dans le référentiel qualité.

L'association a fait le choix d'une démarche participative. Ainsi, l'organisation mise en place se décline avec :

- **Un comité de pilotage** : il est composé des membres du bureau de l'Association, des directeurs et de l'Attaché de Direction pour la Qualité, Projet et Communication (ADQPC). Il est animé par le Directeur Général de l'Association. Ce comité de pilotage se positionne comme maître d'ouvrage de l'évaluation et légitime celle-ci de façon institutionnelle. Il a la responsabilité de la conduite de l'évaluation et de la production des résultats. De par sa composition, le comité de pilotage intègre une pluralité de points de vue (usagers, familles, professionnels, direction et administrateurs).
- **Des comités opérationnels** : chaque pôle est doté d'un comité opérationnel. Il se compose du directeur du pôle, de ses chefs de services, des professionnels impliqués dans l'animation et la démarche, et de l'ADQPC du siège. Ces comités opérationnels vont travailler sur les questions évaluatives retenues. Ils peuvent se regrouper pour travailler un thème transversal. Ils proposeront au comité de pilotage le référentiel interne et le référentiel d'évaluation. C'est l'instance de coordination et d'organisation. C'est une instance technique, plurielle et collégiale, garantissant l'implication de l'ensemble des acteurs.
- **Un groupe d'évaluateurs identifiés et formé** : chaque pôle s'est doté d'évaluateurs sur les différentes thématiques de l'outil d'évaluation PROMAP. L'ADQPC du siège est la personne ressource pour les évaluateurs. Ces évaluateurs sont chargés dans un premier temps de recueillir les éléments existants dans la structure, animer les

groupes d'évaluation, puis dans le cadre du comité opérationnel être parfois vérificateur des actions engagées.

L'amélioration continue de la qualité est conçue comme une opportunité et un levier pour générer le changement. Il s'agit d'un processus d'apprentissage et de production de compétences collectives avec l'élaboration de critères propres d'appréciation de notre activité, de nos pratiques (manière de faire, de dire, d'agir), notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. D'où l'importance d'inscrire, dans ce processus de construction, l'ensemble des acteurs afin que notre référentiel s'enrichisse des points de vue et regards différents, et qu'il soit négocié à l'interne. Cette démarche participative, offrant à chacun des espaces de réflexion et une autonomie de la pensée, permettra d'établir un point de vue étayé. L'évaluation permettra de mesurer et d'analyser les écarts par rapport à ces critères pour nourrir des pistes de progrès.

X – 3 L'évaluation de la qualité

Déjà prévue par la loi 75-535 du 30 Juin 1975, l'évaluation est réaffirmée dans la loi 2002-2 du 02 Janvier 2002 par deux mesures importantes précisées à l'article 22 :

Une évaluation réalisée par un organisme extérieur au cours des sept années suivant la date de l'autorisation.

Une auto évaluation réalisée tous les 5 ans et communiquée au Président du Conseil Général. Cette auto évaluation est finalisée en interne.

Mais la loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires (HPST), modifie les échéances.

Cette loi prévoit des dispositions transitoires pour les établissements sociaux et médico sociaux autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi HPST.

Pour l'évaluation interne : « Les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret ».

Pour l'évaluation externe : « Les établissement et services procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard, deux ans avant la date de renouvellement de l'autorisation ».

En d'autres termes, par dérogation, l'IME Léonce Malécot créé avant la promulgation de la loi HPST, doit procéder à une seule évaluation interne et une seule évaluation externe, avant son renouvellement.

L'évaluation interne en référence à cette obligation légale (article 312-8 du CASF) a été réalisée en 2009. Les résultats ont été transmis à l'instance de contrôle et de tarification.

L'évaluation interne

Conformément à la Loi du 02 Janvier 2002, l'établissement a réalisé deux évaluations en interne en 2007 et 2009. La dernière a été remise à notre organisme ayant délivré notre autorisation, en l'occurrence à La DDASS, aujourd'hui ARS. L'évaluation porte sur les points suivants :

- Le respect des droits des usagers ;
- La participation des usagers, de leurs représentants légaux ou proches, et la personnalisation de l'intervention ;
- L'établissement dans son environnement ;
- Le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre ;
- L'organisation de l'établissement ;
- La démarche d'amélioration de la qualité ;

Une présentation des résultats a été communiquée à l'Attaché de Direction Qualité et Projets, et commentée en réunion de comité de pilotage associatif.

Un affichage des résultats et une communication interne ont été réalisés.

Les plans d'actions ont été élaborés en concertation avec les membres élus des instances représentatives du personnel et des usagers.

Sur base des priorités par thème, fixées par le comité de pilotage qualité - projets (incontournable, recommandé, souhaitable), l'établissement a défini les priorités des différents axes de progrès établis.

Ces axes, en fonction de leur nature, ont été attribués à un type : « établissement », « inter établissement » ou « associatif ». Les axes de progrès associatifs ont permis de mettre en place un plan d'actions transversal.

Ces plans d'actions identifient les objectifs attendus (résultats et effets), les conditions de faisabilité (moyens humains et compétences, moyens matériels, moyens financiers et moyens d'informations et de communication, partenariats sollicités,), les modalités organisationnelles et les échéances prévisionnelles.

Pour compléter l'ensemble du dispositif mis en place pour l'évaluation, des enquêtes de satisfaction ont été réalisées auprès des usagers, des familles, et des professionnels.

Une deuxième évaluation interne sera réalisée dans tous les établissements et services entre Janvier et Juin 2012.

Les principaux axes de progrès qui ont été travaillés depuis la précédente évaluation interne

Globalement, les résultats de l'évaluation montraient la conformité de la qualité au regard des missions de l'établissement. Cependant l'histoire et la culture de l'établissement se transmettent essentiellement par l'accompagnement des anciens envers les nouveaux professionnels. L'objet du travail engagé a été, et reste un enjeu pour les années à venir, de rendre plus explicites des pratiques qui sont devenues au fur et à mesure des années, implicites.

Par exemple, la culture du projet personnalisé est « ancrée » pratiquée depuis plus de 20 ans à l'IME. Aujourd'hui il s'agit de décrire les processus mis en œuvre, formaliser son élaboration, les outils mobilisés, la démarche de co-construction avec la famille et le jeune quand cela est possible...

○ **L'actualisation des outils de la loi 2002-2**

- L'actualisation du livret d'accueil ;
- L'actualisation du projet d'établissement ;
- L'actualisation du processus de définition du projet personnalisé.

○ **L'amélioration de la qualité par la redéfinition du fonctionnement institutionnel**

- Formalisation des processus et des lieux d'élaboration et d'évaluation des projets personnalisés en équipe pluridisciplinaire ;
- Renforcement du projet de soins et de l'articulation des équipes éducatives et paramédicales ;
- Mise en œuvre d'une procédure d'admission ;
- Rôle du référent, coordinateur du projet de l'enfant ;
- Redéfinition de l'organisation du travail pluridisciplinaire et des lieux d'échanges institutionnels ;
- Qualité de « l'hôtellerie », développement du programme HACCP, et constitution d'un Plan de Maîtrise Sanitaire.

○ **Le projet de restructuration**

- Elaboration du projet fonctionnel avec les professionnels ;
- Projet architectural ;
- Mise en œuvre du chantier de démolition – reconstruction.

L'évaluation externe

L'évaluation externe constitue l'enjeu des prochaines années. En effet, le renouvellement d'autorisation est subordonné aux résultats de cette évaluation. Une évaluation externe sera réalisée dans tous les établissements et services entre Janvier et Juin 2014.

L'évaluation externe sera réalisée par un organisme extérieur.

Fiches actions établies dans le cadre du CPOM

L'Apei de Lens et environs est entrée en CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

Il s'agit d'une nouvelle forme de gestion des établissements médico-sociaux, de par la signature d'un contrat entre les autorités de contrôle et/ou tarification et les différents gestionnaires, et ce, pour une période de cinq ans.

L'IME Léonce Malécot, comme l'ensemble des établissements de l'Apei de Lens et environs, a au préalable réalisé un autodiagnostic de la structure et fourni les éléments relatifs à son organisation et à son fonctionnement, aux modalités d'accompagnement des personnes et évaluations mises en place, au projet d'établissement, à l'analyse budgétaire, etc.

L'organisation de la structure et son fonctionnement intègrent les conclusions du diagnostic et des décisions prises, dans le cadre de la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (2010-2014) entre l'Association, les établissements et services, et nos organismes de contrôle et de tarification (Fiches CPOM en annexe).

Les plans d'actions sont spécifiques à l'établissement ou transversales et concernent les établissements et services de l'Apei.

Les actions ont pour objectifs :

- La promotion de la qualité de l'accompagnement des personnes ;
- La valorisation des ressources humaines internes ;
- L'efficacité organisationnelle et fonctionnelle ;
- Les travaux – le développement – les projets.

Les évolutions des modes de prise en charge et des métiers, à cinq ans à l'IME, doivent tenir compte des paramètres suivants :

- L'évolution des besoins et des caractéristiques des enfants accueillis dans leurs processus de développement et l'étude des besoins liés au flux annuel d'entrées et de sorties ;
- Les départs à la retraite du personnel et le recrutement ;
- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- La poursuite du chantier de restructuration et de reconstruction de l'établissement.

- XI -

**Les perspectives,
les objectifs d'évolution, de
progression, et de développement**



XI – 1 Les outils de la loi 2002-2

Projet d'établissement 2013-2018	Fiche action
Développer la capacité de participation de l'enfant à son projet personnalisé en lui facilitant l'accès aux outils de la loi 2002	
<p>Rappel du contexte :</p> <p>Le travail sur l'actualisation des outils de la loi 2002-2 est en cours d'achèvement (projet d'établissement, contrat de séjour, procédure d'élaboration du projet individuel...).</p> <p>L'enjeu pour les prochaines années se situe sur la création d'outils, de supports, d'activités, qui permettent à chaque enfant, chaque jeune, de participer à la hauteur de ses capacités à la définition et la mise en œuvre de ces textes qui sont des engagements.</p> <p>Comme nous avons pu le constater, un nombre important d'enfants de l'établissement n'accède pas à la communication orale, et peu à la lecture et l'écriture. De nombreux codes de communication sont donc quotidiennement utilisés et développés afin de répondre à la diversité des problématiques de communication. Il s'agit aujourd'hui d'utiliser ces outils pour transcrire les outils de la loi 2002-2 et développer la capacité de participation de l'enfant à son projet.</p>	
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer des supports de communication (F.A.L..E.A.C, photos, pictos, vidéo, jeux...) qui reprennent les outils de la loi 2002-2 sur des supports qui seront adaptés aux capacités et à l'âge de développement de l'enfant. • Mettre en œuvre des activités pédagogiques qui permettront la compréhension et au développement de la participation de l'enfant : à la construction de son projet personnalisé, à la compréhension et au respect du règlement de fonctionnement de l'établissement, au respect de l'autre et à la promotion de la bientraitance. 	
<p>Présentation de l'action :</p> <p>Etablir un diagnostic des supports existants auprès des professionnels qui ont développé des outils de communication pour répondre à un besoin pédagogique dans l'animation d'une activité (scolaire, pré requis, organisation du planning de la journée, cuisine, conte...).</p> <p>Reprendre les outils de la loi 2002-2 et créer des supports adaptés aux capacités de communication de l'enfant mais également à son âge, développement afin d'y donner du sens (livret d'accueil, règlement intérieur, contrat de séjour).</p> <p>Utiliser ces outils et les outils développés transversalement dans l'association, la conception de séquences pédagogiques périodiques inscrites dans l'emploi du temps de l'enfant, de son groupe de vie, de la section.</p> <p>Généraliser l'utilisation de ces outils dans l'ensemble de l'établissement.</p>	
<p>Référents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directeur • Chefs de Service 	
<p>Moyens mobilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps de professionnels • Moyens matériels pour la création de supports 	
<p>Modalités</p> <p>Constitution d'un groupe de travail représentatif des savoirs faire de l'équipe pluridisciplinaire qui auront la tâche de recenser les pratiques développées dans chacune des équipes.</p> <p>Création des outils sur des supports adaptés (confère le travail mené pour Handident) ainsi que des propositions d'animations autour de ces outils.</p> <p>Expérimentation auprès de groupes de vie et de professionnels.</p> <p>Diffusion et généralisation de l'utilisation des outils dans les sections.</p>	
<p>Planification délai de réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitution du groupe de travail et recensement des outils existants (interne, externe) - 2013. • Adaptation et création d'outils et d'activités d'animation autour de ces outils - Décembre 2013. • Expérimentation - 2014. • Généralisation en 2015. 	
<p>Modalité d'évaluation</p> <p>Production des outils et inscription des activités d'animation autour de ces outils dans le planning des enfants.</p>	

XI – 2 La formalisation des procédures de fonctionnement, la démarche qualité

Projet d'établissement 2013 - 2018	Fiche action
La formalisation des procédures de fonctionnement de l'établissement, l'appropriation de la démarche qualité	
<p>Rappel du contexte : Suite à l'évaluation qui a rencontré un vrai succès auprès des professionnels, il faut aujourd'hui soutenir cette dynamique notamment dans la production et la diffusion d'outils qui sont liées à la démarche qualité qui est, somme toute, nouvelle dans le secteur médico-social.</p>	
<p>Objectifs : L'enjeu pour les années à venir, et notamment à partir des résultats de l'évaluation de 2012, est d'intégrer cette démarche dans les pratiques quotidiennes sans pour autant freiner la dynamique des projets développés par une équipe qui doit faire preuve en permanence de créativité face à la population particulièrement démunie de l'établissement.</p>	
<p>Présentation de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Constitution d'un groupe de professionnels « évaluateurs » qui développeront leurs connaissances sur un des champs de l'évaluation et seront en appui, en ressources auprès des professionnels qui mettront en œuvre les actions. ▪ Elaboration d'un diagnostic des documents formalisés utilisés (note de service, note d'organisation, plan de maîtrise sanitaire, protocole d'infirmerie, document support projet personnalisé...) au sein du pôle enfance et constitution d'un fonds documentaire de la démarche qualité dans des formes correspondantes à l'harmonisation transversale des outils de l'Apei. ▪ Définition d'un « planning action » en priorisant sur des périodes données la mise en œuvre des actions en rapport avec cette thématique afin d'éviter l'éclatement des actions connues sur la précédente période. ▪ Diffusion permanente dans les équipes et mise en œuvre dans le fonctionnement quotidien des outils validés par le comité opérationnel qualité du pôle enfance, et les outils validés dans le cadre de la démarche transversale de l'Apei de Lens. ▪ Inscrire le processus permanent de la démarche qualité dans les différents lieux de concertation et d'organisation de l'établissement. ▪ Constitution et diffusion du fond documentaire, animation régulière autour de son actualisation. 	
<p>Référents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Directeur de l'établissement ▪ Chefs de service ▪ Professionnels évaluateurs qui participent au comité opérationnel 	
<p>Moyens mobilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps donné aux professionnels évaluateurs sur leur mission • Temps affecté à une assistante de direction • Sollicitation de l'attachée de direction qualité projet 	
<p>Modalités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retravailler sur les modalités de fonctionnement du comité opérationnel qualité et sa fréquence de rencontre. • Retravailler sur la programmation des actions et de leur répartition sur les membres du comité opérationnel. • Inscription par les chefs de services de la démarche qualité, de la diffusion et de l'utilisation des outils dans les réunions d'équipe et les différents lieux de concertation. • Evaluation des actions engagées lors des comités opérationnels. 	
<p>Planification délai de réalisation :</p> <p style="text-align: center;">2013 -2018</p>	
<p>Modalité d'évaluation Résultats de la prochaine évaluation qualité en 2015</p>	

XI – 3 Actualiser, redéfinir les projets des sections et les activités de renforcement :

Projet d'établissement 2013 - 2018	Fiche action
Actualiser les projets des sections et production de fiches outils activités à annexer au projet d'établissement	
<p>Rappel du contexte : Après de nombreuses années de fonctionnement, un certain nombre des activités, de leurs supports, sont à interroger au regard de l'évolution de la population, mais également dans leur fonctionnement qui s'avère parfois obsolète (développement de nouveaux outils pédagogiques, NTIC, ..). Par ailleurs, la structure architecturale actuelle proche d'une école, a déterminé un fonctionnement parfois proche de ce que l'on trouve en milieu scolaire ordinaire, tel l'instituteur, l'éducateur référent est attaché à une classe, à ses outils d'apprentissage, dans une communauté où existe plus ou moins le partage des outils d'enseignement. L'évolution de la population accueillie, le renforcement des prises en charge individualisées, les nouveaux locaux où chaque section a été conçue comme « une maisonnée », avec des lieux d'activité partagés, devront permettre de renouveler la palette des activités de renforcements.</p>	
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser les projets de chacune des sections en fonction de l'évolution de la population accueillie. • Actualiser sous forme de fiches les activités proposées aux enfants au regard des objectifs (éducatif, d'apprentissage) poursuivis. • Formaliser sous forme de fiches les nouvelles activités qui ont été mises en œuvre ces dernières années, notamment les activités d'inclusion dans le cadre des partenariats externes. 	
<p>Présentation de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les outils et la fréquence de diagnostic des enfants accueillis aujourd'hui dans l'établissement • Au regard de ces diagnostics et de l'évolution de la population accueillies, il s'agit de retravailler sur les activités proposées, les supports d'activités(NTICet faire évoluer les prestations. • Réécrire les projets de section au regard de ces évolutions. • Produire des fiches « outils » activités afin d'améliorer la diffusion des pratiques entre professionnels. 	
<p>Référents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chefs de service • L'équipe des professionnels éducatifs et paramédicaux 	
<p>Moyens mobilisés : Travail à réaliser dans le cadre des réunions d'équipe et des temps de préparation Intégré aux temps de travail des professionnels</p>	
<p>Modalités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redéfinir une matrice « diagnostic », actualisé le travail mené en 2010 • Réaliser le diagnostic dans chacune des sections • Définir un format pour les projets de section (contenu, présentation, éléments incontournables) • Rédiger le projet de section en articulation avec le projet d'établissement • Définir un format de fiche outils activité • Diagnostic des fiches à réaliser dans chacune des sections. • Définir un processus de validation de ce travail avec le comité opérationnel qualité • Validation des productions et diffusion dans le cadre de l'actualisation du projet d'établissement 	
<p>Planification délai de réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2014 - actualisation du diagnostic de la population accueillie dans l'établissement et définition des formats des outils à produire avec le comité opérationnel qualité. • 2015/2016 - production des projets de sections et des fiches outils. • 2017 Actualisation du projet d'établissement. 	
<p>Modalité d'évaluation Ces fiches actions seront annexées lors de l'actualisation du prochain projet d'établissement.</p>	

XI – 4 La scolarisation : le partenariat avec l'éducation nationale

Projet d'établissement 2013 - 2018	Fiche action
La scolarisation le partenariat avec l'Education Nationale	
<p>Rappel du contexte : A ce jour, aucun enfant de Malécot ne bénéficie d'une scolarisation externe à l'établissement en milieu ordinaire. Par ailleurs, dans le Pas-de-Calais les enfants inscrits dans un IME ne bénéficient pas de Projet Personnalisé de Scolarisation qui devrait être défini par la MDPH lors de la notification d'orientation vers l'établissement. Les activités d'enseignement se réalisent au sein de l'établissement par un enseignant spécialisé mis à disposition de l'éducation nationale, qui constitue des groupes scolaires ponctuels, en fonction du rythme de développement et des capacités d'apprentissage des enfants. Mais pour l'IME, l'inclusion est néanmoins recherchée par des opportunités de rencontre de nos jeunes avec des enfants scolarisés sur des activités où la capacité de participation de nos jeunes est moins limitée. Il s'agit essentiellement d'activités sportives, la participation à un cours de hip hop, à un atelier sur les arts du cirque... Afin de pérenniser ces initiatives, ces projets, au-delà des personnes qui y sont impliquées, l'objectif sera de définir dans cette unité d'enseignement, le cadre de partenariat avec les écoles environnantes, et avec l'appui de l'inspecteur ASH.</p>	
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser le cadre du partenariat avec l'éducation nationale par l'élaboration d'une convention pour la formalisation de l'Unité d'enseignement. • Mener une action de sensibilisation auprès des familles et de l'environnement local pour la mise en œuvre des Projets Personnalisés de Scolarisation prévus par la loi et les modalités de leur mise en œuvre au sein de l'établissement • Formaliser les partenariats développés depuis plusieurs années entre l'établissement et les établissements scolaires et périscolaire du secteur. 	
<p>Présentation de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir et mettre en œuvre avec l'inspection académique une Unité d'enseignement au sein de l'établissement. Ce travail vient d'être engagé au sein de rencontre avec les inspections ASH et l'ensemble des établissements de l'UDAPEI 62. • Développer les actions d'inclusion en milieu scolaire et périscolaire, formaliser ces actions dans le cadre de convention de partenariat qui seront annexées dans la convention d'unité d'enseignement. • Sensibiliser la MDPH et les familles pour la mise en œuvre des projets de scolarisation personnalisés prévus par la loi, mais à ce jour non mis en œuvre sur le territoire. 	
<p>Référents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directeur d'établissement • Equipe de direction • Enseignant spécialisé, professionnels de l'établissement mobilisés sur les actions d'inclusion. 	
<p>Moyens mobilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps de travail de l'équipe de direction et des conseillers pédagogiques de l'équipe ASH, groupe de travail UDAPEI, groupe de travail interne à l'établissement 	
<p>Modalités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitution du groupe et des modalités de travail à l'échelon de l'UDAPEI, planification des rencontres avec les inspections ASH • Production d'un cadre de conventionnement d'unité d'enseignement à partir des textes et décrets officiels, mais également à partir des spécificités des populations et des modes de prises en charges dans nos établissements spécialisés. • Travail sur le projet pédagogique de l'U.E et son articulation avec le projet d'établissement en lien avec les référentiels d'acquisition des compétences (socle de compétence) de l'éducation nationale • Définition d'un projet de conventionnement pour l'IME Malecot, négociation et signatures avec les autorités (Education Nationale et ARS) • Parallèlement définition d'un modèle de conventionnement avec les écoles et les associations animatrices des activités périscolaires qui sera annexé à la convention d'unité d'enseignement. • Conventionnement et communication auprès des familles sur les actions d'inclusion menées par l'établissement • Formalisation des PPS pour les enfants de l'IME avec la MDPH, les enseignants référents et les familles. 	

Planification délai de réalisation :

Le travail mené sur l'élaboration d'une convention type d'unité d'enseignement avec l'éducation nationale et l'inspection ASH a été engagé fin 2013 et doit déboucher sur des propositions et des signatures pour l'année scolaire 2014/2015

Ce conventionnement devrait permettre la définition des PPS des enfants de l'IME (2015/2016)

Les actions de sensibilisation de la MDPH, des enseignants référents, et des familles pourront alors s'engager (2015/2016) et devenir un processus formalisé pour tous les enfants qui entreront dans l'établissement.

La formalisation des conventions de partenariat sur les actions d'inclusion scolaire sont en cours.

Modalité d'évaluation

Existence effective de la convention.

Etablissement des PPS pour les enfants de l'IME.



XI – 5 Poursuivre la restructuration et la reconstruction de l'IME Léonce Malécot

Projet d'établissement 2013 - 2018	Fiche action
Poursuivre la restructuration et la reconstruction de l'IME Léonce Malécot	
<p>Rappel du contexte : Avec l'évolution du public d'enfants accueillis dans notre établissement et devant la vétusté grandissante des installations, un projet de restructuration de l'IME Malécot a été engagé depuis maintenant plus de trois ans. La constitution de réserves financières, la sollicitation de subventions d'investissements, nous ont permis de constituer une équipe technique composée d'ADEVIA sur une mission de maîtrise d'ouvrage déléguée, et du Cabinet DAMIENS Architecte. Durant 6 mois, nous avons étudié et clarifié nos besoins fonctionnels, et parallèlement un audit technique du bâtiment a été réalisé. Le résultat de ces études nous a amenés à reconsidérer complètement le projet initial. Le diagnostic technique a mis en exergue un certain nombre de désordres inhérents au bâti existant (amiante, écart de niveau et accessibilité, électricité...). Les besoins fonctionnels, à inscrire désormais dans les normes d'accessibilité et de sécurité, nécessitent une extension de surface beaucoup plus importante qu'estimée initialement (1000m² supplémentaires). Nous sommes donc aujourd'hui sur un programme de démolition / reconstruction qui se déroulera en trois phases, la première phase s'étant achevée à la rentrée de Septembre 2012. La deuxième phase débute en janvier 2012.</p>	
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité de l'ensemble des locaux, l'aménagement d'espaces de circulation et de confort pour les enfants à mobilité réduite. • L'accueil des enfants, des familles, des visiteurs, la sécurité pour la circulation sur un site où existent les articulations entre les différents bâtiments. • La définition pour chaque section, chaque tranche d'âge d'enfants, de lieux de vie collective et en petits groupes appelés « maisonnée », et l'aménagement d'espaces pour les prises en charge plus spécifiques (activités scolaires, espace sensoriel, salles de psychomotricité...). 	
<p>Présentation de l'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter la configuration des locaux existants pour poursuivre l'accueil des enfants durant les trois phases des travaux (réaménagement sanitaire, salles d'activités, salle modulaire). • Suivi du chantier de travaux de la première phase, qui concerne la « maisonnée » des petits et des moyens, l'accueil administratif en rez-de-chaussée et la réalisation du plateau médical et paramédical. • Finaliser l'avant-projet détaillé pour les phases 2 et 3 et inscrire la poursuite des travaux dans les programmes nationaux (CNSA) et régionaux (C.P.E.R.) et rechercher de nouveaux moyens de financement en fonction des besoins. • A chaque séquence de travaux d'une durée moyenne de 18 mois, veiller par adaptation successive à la qualité d'accueil et d'accompagnement des enfants (déménagement sur le site, adaptation des locaux temporaires, restauration...). 	
<p>Référent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'Etablissement 	
<p>Moyens mobilisés :</p> <p>Les moyens humains</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le projet est piloté par le directeur de l'établissement avec l'appui de l'ADQPC. • Pour la première phase, une convention de Maîtrise d'Ouvrage Déléguée est engagée avec la société ADEVIA qui a constitué l'équipe de maîtrise d'œuvre (architecte, programmiste et économiste du bâtiment, bureau de contrôle et de diagnostic...). Une commission d'attribution des marchés a été constituée. • Pour la seconde et troisième phase, suite au désengagement d'ADEVIA lié à leur plan interne de restructuration, une équipe a été constituée autour du directeur et de l'ADQPC avec l'architecte Karine CROES (cabinet DAMIENS), un coordinateur de travaux, un bureau technique, qui ont déjà participé sur la première phase à l'élaboration des solutions techniques qui vont s'appliquer sur les trois phases. • Un groupe de professionnels représentatif des métiers et des différentes sections a été mobilisé pour la définition des besoins fonctionnels, il est associé dans la mise en œuvre du projet détaillé. • Les travaux ont également une grande incidence dans l'organisation du travail des équipes, et notamment durant la phase 2 pour l'équipe de cuisine et les maîtresses de maison. <p>Les moyens matériels</p> <ul style="list-style-type: none"> • La réalisation du programme nécessitera des moyens spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> • Dans la première partie de la phase 2, il s'agit de travaux d'aménagement d'un office dans les anciens locaux du Sessad, où pourront être remis en température une partie des repas qui 	

<p>seront livrés durant la durée du chantier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du matériel spécifique devra être acheté (dessertes, containers thermiques, vaisselle) pour la livraison des repas dans des lieux où déjeuneront les enfants (lieux de vie). • Un budget spécifique pour financer l'écart de coût des repas (réserve constituée sur des excédents antérieurs). • Financement de mobilier pour l'aménagement de ces nouveaux bâtiments. • Pour la troisième phase, les conditions d'accueil créées par les deux phases précédentes estomperont les besoins spécifiques.
<ul style="list-style-type: none"> • Modalités <ul style="list-style-type: none"> • Contractualisation des missions avec l'équipe de maîtrise d'œuvre • Appel d'offre, attribution en CAO • Coordination et suivi de chantier • Aménagement, commission de sécurité et de conformité • Déménagements (successifs) sur le site • Poursuite de la recherche de financement pour la troisième phase
<p>Planification / délai de réalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première phase : <ul style="list-style-type: none"> • Le bâtiment a été investi à la rentrée scolaire de septembre 2012. • Deuxième phase <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement d'un office cuisine – décembre 2013 à février 2014. • Démolition et démarrage des travaux de reconstruction – avril 2014. • Aménagement des locaux de la phase 2 et accueil des enfants pour la rentrée scolaire de septembre 2015. • Troisième phase <ul style="list-style-type: none"> • Sous réserve de l'obtention de moyens de financement démolition et reconstruction de juillet 2015 à octobre 2016. <p>Il s'agit ici d'un planning théorique lié à l'obtention des financements de l'ensemble du programme et aux contraintes techniques complexes de ce programme sur un site en fonctionnement.</p>
<p>Modalité d'évaluation Livraisons des différentes parties du bâtiment.</p>



Conclusion

En introduction, j'évoquais la réécriture du projet d'établissement comme un défi. Ce travail a permis de construire un document qui a été partagé par tous les acteurs, comme une base nécessaire qui prend appui sur son histoire, sur sa culture, sur le projet associatif, sur les pratiques et les principes d'actions qu'il fallait actualiser et expliciter.

Paradoxalement, ou par un hasard fortuit, ce projet a été retravaillé dans une période de démolition et de reconstruction de l'établissement, où il a fallu avec l'équipe de maîtrise d'œuvre, définir nos besoins, projeter dans un nouvel espace un fonctionnement et des activités.

Nous venons de présenter 5 fiches action qui sont les 5 grands projets à mettre en œuvre dans les cinq prochaines années. Ces fiches, en quelque sorte, découlent des actions engagées déjà depuis plusieurs années.

Mais ces 5 fiches ne doivent pas être limitatives des réflexions, des projets, des opportunités qui pourraient également se concrétiser sur cette période, même si souvent ces projets sont conditionnés par la réalisation de programmes, et donc de moyens dont nous n'avons pas la maîtrise.

Nous pouvons par exemple citer :

- La participation à la mise en œuvre sur le secteur d'une équipe de diagnostic de l'autisme de proximité (E.D.A.P.)
- Le développement de nos capacités d'accueil des enfants porteurs de TED et d'autisme
- Le renforcement de l'accompagnement des jeunes porteurs de polyhandicap et/ou de handicap rare (création d'un pôle)
- Le développement d'activités avec des jeunes de l'établissement au sein d'une école en milieu ordinaire (classe externalisée)
- Le développement d'un internat, permettant le répit, l'accueil temporaire...
- .../...

L'IME Léonce MALECOT ne manque pas de ressources et de projet qu'il s'agit aujourd'hui d'accompagner et de soutenir.

Glossaire

AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AMP	Aide Médico Psychologique
ANESM	Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
Apei	Association de Parents d'Enfants Inadaptés
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAP	Communiquer et Apprendre par Pictogrammes
CCR	Commission Consultatif Régional (Papillons Blancs)
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHSCT	Commission d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPP	Centre Médico Psycho Pédagogique
C POM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
EPDAEAH	Etat Public Départemental d'Accueil de l'Enfance et de l'Adolescence Handicapées
CLEDS	Centre Lensois d'Education et de Découvertes Sportives
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par la Travail
MAKATON	Programme d'aide à la communication et au langage composé de signes
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS	Maison De la Solidarité
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PECS	Picture Exchange Communication System (système de communication par échange d'Images)
PMI	Protection Maternelle Infantile
TSANS	Trouble du Spectre Autistique Non Spécifié
Udapei	Union Départementale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
Urapei	Union Régionale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
UTAS	Unité Territoriale d'Action Sociale

Annexes

- Résultat de l'évaluation 2012
- Fiches actions CPOM qui concernent le pôle enfance
- Les outils de la loi 2002-2 :
 - Le livret d'accueil
 - Le contrat de séjour
 - Le règlement intérieur
 - La charte des droits de l'enfant handicapé
- Le protocole de promotion de la bientraitance et de la vigilance sur la maltraitance
- Projet de classe
- .../...