



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES
Promotion 2004
Enfance

**Promouvoir un service de qualité pour
l'accueil d'enfants autistes en IME en
s'inscrivant dans une logique territoriale.**

Joëlle CHARON

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. L'IME-MAS de LAPEYRE, une ORGANISATION DIVERSIFIEE pour REPONDRE à des BESOINS MULTIPLES	3
1.1. L'IME de LAPEYRE, UNE ORGANISATION à L'EPREUVE du TEMPS	3
1.1.1	
<i>L'UGECAM d'Aquitaine</i>	<i>3</i>
1.1.2	
<i>De la création de l'IME de Lapeyre à l'ouverture de la MAS : l'évolution d'une population.....</i>	<i>5</i>
1.1.3	
<i>Le site du Domaine de Lapeyre en 2003 :</i>	<i>8</i>
1.2. L'IME de LAPEYRE : Un LIEU de VIE, un LIEU VIVANT	9
1.2.1	
<i>Les locaux de l'I.M.E : Un espace pensé pour les enfants</i>	<i>9</i>
1.2.2	
<i>Les usagers de l'I.M.E</i>	<i>11</i>
1.2.3	
<i>L'Etude du personnel</i>	<i>12</i>
1.3. Les DIFFERENTES LOGIQUES de PRISES en CHARGE : INTERNAT, SEMI-INTERNAT et PRISE EN CHARGE en ALTERNANCE	14
1.3.1	
<i>L'orientation en internat</i>	<i>14</i>
1.3.2	
<i>L'orientation en semi-internat</i>	<i>15</i>
1.3.3	
<i>Prise en charge en alternance</i>	<i>16</i>
1.4. ANALYSE ET DIAGNOSTIC.....	17
1.4.1	
<i>La population de l'IME : une évolution vers la prise en charge d'enfants autistes en semi-internat</i>	<i>17</i>
1.4.2	
<i>Le travail avec les familles : une place à leur donner</i>	<i>19</i>
1.4.3	
<i>Un fonctionnement, des pratiques et une organisation qui laissent les professionnels insatisfaits et démunis</i>	<i>20</i>
1.4.4	
<i>Le projet d'établissement : le sens de l'action pour les professionnels</i>	<i>23</i>

1.4.5	24
<i>Le positionnement de l'IME de Lapeyre : l'opportunité de l'accueil d'enfants autistes, dans une dynamique territoriale</i>	
CONCLUSION de la PREMIERE PARTIE	26
2. AXES de REFLEXIONS AUTOUR de la PROMOTION d'un SERVICE de QUALITE ADRESSE à des ENFANTS AUTISTES	28
2.1. Une APPROCHE de l'AUTISME et des PSYCHOSES INFANTILES	29
2.1.1	
<i>Quelques repères historiques</i>	29
2.1.2	
<i>Que sont l'autisme et les psychoses infantiles ?</i>	32
2.1.3	
<i>Principaux courants, principaux modèles</i>	36
2.1.4	
<i>La famille, un partenaire prépondérant dans la prise en charge d'enfants autistes et psychotiques</i>	41
2.2. La NECESSAIRE MOBILISATION des PERSONNELS	44
2.2.1	
<i>La mobilisation, l'implication, la motivation des personnels</i>	45
2.2.1.1.	
<i>Les différentes théories</i>	45
2.2.1.2.	
<i>Quelques outils pour accroître la mobilisation et aider à la motivation</i>	49
2.2.2	
<i>Le projet d'établissement : un outil pour le management</i>	50
2.2.2.1.	
<i>Les finalités du projet d'établissement</i>	51
2.2.2.2.	
<i>Projet d'établissement et management</i>	52
2.2.3	
<i>Positionner un établissement dans la chaîne institutionnelle : les enjeux</i>	54
CONCLUSION de la DEUXIEME PARTIE	57
3. PRODUIRE un SERVICE de QUALITE pour des ENFANTS SOUFFRANT d'AUTISME ou de PSYCHOSES DEFICITAIRES	58
3.1. ORGANISER le FONCTIONNEMENT à PARTIR des BESOINS SPECIFIQUES des ENFANTS ASSOCIANT les PARENTS à la PRISE en CHARGE	58

3.1.1.....	
<i>Réorganiser la structure et adapter le fonctionnement</i>	59
3.1.1.1.....	
Réorganiser la structure	59
3.1.1.2.....	
Adapter le fonctionnement	61
3.1.2.....	
<i>Associer les parents</i>	63
3.2. MOBILISER les PERSONNELS pour RELANCER la MOTIVATION	65
3.2.1.....	
<i>Réactualiser le projet d'établissement : un enjeu pour la redynamisation des professionnels</i>	66
3.2.2.....	
<i>Encadrer les salariés : un enjeu pour la mobilisation des compétences</i>	67
3.2.2.1.....	
Référentiel emploi et fiche de poste.....	67
3.2.2.2.....	
Les entretiens d'évaluation	68
3.2.2.3.....	
La formation continue	69
3.2.3.....	
<i>Communiquer : un enjeu pour l'adhésion des personnels aux objectifs communs</i> ..	70
3.3. POSITIONNER L'ETABLISSEMENT sur le PLAN DEPARTEMENTAL	73
3.3.1.....	
<i>Communiquer</i>	73
3.3.2.....	
<i>Coopérer</i>	75
CONCLUSION de la TROISIEME PARTIE	78
CONCLUSION	79

LISTE des SIGLES UTILISES

A.L.G.E.E.I.	Association L aique G estion E tablishement à l' E nfance Inadaptée
C.A.M.P.S.	C entre d' A ction M édico- S ocial P récoce
C.D.E.S.	C ommission D épartementale de l' E ducation S péciale
C.E.	C omité d' E ntreprise
C.F.T.M.E.A.	C lassification F rançaise des T roubles M entaux de l' E nfant et de l' A dolescent
C.H.S.C.T.	C omité d' H giène de S écurité et des C onditions de T ravail
C.I.M.	C lassification I nternationale des M aladies
C.N.A.M.T.S.	C aisse N ationale de l' A ssurance M aladie des T ravailleurs S alariés
C.O.T.O.R.E.P.	C ommission T echnique d' O rientation et de R eclassement P rofessionnel
C.R.M.	C entre de R ééducation M otrice
C.R.O.S.S.	C omité R égional de l' O rganisation S anitaire et S ociale
C.R.P.	C entre de R ééducation P rofessionnelle
D.A.S.S.	D irection de l' A ction S anitaire et S ociale
D.D.A.S.S.	D irection D épartementale des A ffaires S anitaires et S ociales
D.P.	D élégué du P ersonnel
E.P.S.	E ducation P hysique et S portive
I.J.S.S.	I ndemnités J ournalières de la S écurité S ociale
I.M.E.	I nstitut M édico- E ducatif
I.M.P.	I nstitut M édico- P édagogique
M.A.S.	M aison d' A ccueil S pécialisée
O.M.S.	O rganisation M ondiale de la S anté
T.E.D.	T roubles E nvahissants du D éveloppement
U.G.E.C.A.M.	U nion pour la G estion des E tablishements des C aisses d' A ssurance M aladie
U.R.S.S.A.F.	U nion de R ecouvrement des cotisations de S écurité S ociale et d' A llocations F amiliales

Introduction

Dès 1975 une loi fondamentale pour les personnes handicapées voit le jour :

La loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées les reconnaît comme personnes à part entière ayant les mêmes droits que tous les citoyens.

En 1989 les nouvelles annexes XXIV (décret 89-798 du 27 octobre 1989) placent l'enfant, l'adolescent, le jeune adulte au cœur du dispositif mis en place. Nous passons déjà d'une culture de l'institution à une culture centrée sur l'utilisateur.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 prévoit comme principe directeur, d'articuler l'innovation sociale et médico-sociale par une diversification de l'offre, en adaptant les structures et services aux besoins de la population et par la promotion du droit des usagers. La première orientation de la loi concernant les droits fondamentaux des usagers définit, outre le libre choix entre les prestations, le droit à une prise en charge ou un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé.

La perspective que nous ouvre la lecture de ces trois textes, nous offre une vision synthétique de l'évolution des politiques sociales. Elles vont sans conteste vers une logique de service où l'utilisateur, ou son représentant, est acteur de sa prise en charge, dans une recherche de qualité et d'adaptabilité des prestations.

L'Institut Médico Educatif (IME) de Lapeyre qui est l'objet de ce travail fait partie du site du Domaine de Lapeyre que je dirige depuis le 4 novembre 2002. Nous nous devons d'intégrer cette notion de prestations de service de qualité, dans les orientations à donner à l'établissement.

Créé en 1976, par l'Union Gestionnaire de L'IME de Lapeyre, cet établissement est devenu une structure médico-sociale gérée par l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine (UGECAM d'Aquitaine) et composée de :

- Un IME ouvert 365 jours par an
- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) offrant un accueil en internat et en semi-internat.

Malgré l'adaptation de la structure à l'évolution des besoins des usagers dans le temps, nous constatons que les professionnels sont en difficulté pour mettre en œuvre une offre de service de qualité, concernant les enfants autistes et psychotiques reçus dans l'établissement.

Le positionnement de la structure sur le plan départemental est encore entravé par des représentations héritées du passé.

Notre travail se propose de démontrer la nécessité de créer un service spécialisé, pour offrir un accueil de qualité à des enfants autistes en IME, en positionnant l'établissement dans la chaîne institutionnelle départementale.

La première partie de ce mémoire nous permettra de faire la présentation de l'établissement et de proposer un diagnostic au travers de son histoire, de la population accueillie, de la composition des ressources humaines ainsi que de sa place dans la chaîne institutionnelle du département.

Après l'énoncé de ces constats, nous montrerons la nécessité d'envisager une évolution des pratiques en lien avec les besoins nouveaux et l'évolution des politiques sociales.

Dans une deuxième partie, nous proposerons des pistes de réflexion concernant la population des enfants autistes et la collaboration avec les familles pour leur prise en charge. Puis, nous nous centrerons sur les ressources humaines et les outils de remobilisation et enfin sur la nécessité de faire vivre un établissement dans et avec son environnement.

La dernière partie nous amènera à aborder la nécessaire mise en œuvre d'une restructuration de l'IME. Nous exposerons une méthodologie de travail qui permette une amélioration de la qualité de la prise en charge des enfants, en lien avec leurs familles. Nous ne nous situerons pas dans le cadre de la démarche qualité, ceci fera l'objet d'un « chantier » prévu pour commencer au deuxième semestre 2004.

Nous envisagerons ensuite les leviers à utiliser comme outils de remobilisation et de motivation des personnels. Enfin, nous verrons comment positionner l'établissement sur le territoire et les effets attendus en retour.

1 L'IME-MAS DE LAPEYRE, UNE ORGANISATION DIVERSIFIEE POUR REpondre A DES BESOINS MULTIPLES

En prenant la direction d'un établissement, le directeur hérite d'un outil, de moyens, de stratégies etc. mais aussi d'une histoire particulière et unique qui a forgé la spécificité de la structure qui lui est confiée. C'est pourquoi il nous semble important, avant d'aborder nos préoccupations et de proposer un diagnostic, de faire un détour pour présenter l' UGECAM d'Aquitaine, organisme gestionnaire du Domaine de Lapeyre, d'évoquer la dynamique qui a présidé à l'évolution de l'IME depuis sa création et de proposer un état des lieux.

1.1 L'IME DE LAPEYRE, UNE ORGANISATION A L'EPREUVE DU TEMPS

De l'Union Gestionnaire à l'UGECAM et de l'IME de Lapeyre à l'IME-MAS du Domaine de Lapeyre, depuis sa création en 1976, la structure a évolué en même temps que son environnement et en fonction des besoins diversifiés de ses usagers.

1.1.1 L'UGECAM d'Aquitaine :

L'Union Gestionnaire de l'IME Lapeyre gère l'établissement jusqu'en 2000, elle est constituée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine et par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Lot et Garonne. C'est sous sa tutelle que se dessine le nécessaire projet de création d'une MAS. En 2000 est créée l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine (UGECAM d'Aquitaine). Elle est constituée conformément aux articles L 216-1 à L 216-3 du code de la Sécurité Sociale par une union des organismes suivants qui ont adhéré aux statuts :

- **Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Dordogne**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Gironde**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Landes**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Lot et Garonne**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Béarn et de la Soule**
- **Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Bayonne**

Le siège est fixé à Bordeaux au 3, rue Théodore Blanc Les Bureaux du Lac Bâtiment K - 33 049 Bordeaux Cedex.

L'UGECAM a pour but :

- D'assurer, dans sa circonscription, l'orientation et la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie du régime général en conformité avec les dispositifs de planification sanitaire et médico-sociaux et les priorités fixées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,
- De gérer le patrimoine affecté aux établissements.

Chaque organisme adhérent de l'UGECAM s'engage à lui céder la propriété des établissements sanitaires et médico-sociaux dont il avait éventuellement la gestion ou dont la gestion était assurée par une fédération.

A ce jour l'UGECAM gère les établissements suivants :

- Centre Médical « Château de Bassy » à St Médard de Mussidan 24
- Centre de soins de suite et de réadaptation « Châteauneuf » à Léognan 33
- Centre de soins de suite et de réadaptation « Les Lauriers » à Lormont 33
- Centre de soins de suite et de réadaptation « La Nive » à Itxassou 64
- Centre de « La Tour de Gassies » à Bruges 33
- Centre de long séjour de « La Teste » à La Teste 33
- IME « Bayot Sarrazi » et un SESSAD à Périgueux 24
- IME-MAS du « Domaine de Lapeyre » à Layrac 47
- CRM-MAS « D'Herauritz » à Ustaritz 64
- CRP de « Beterette » à Gelos 64
- Maison de retraite « Les Coteaux » à Lormont 33

Ceci représente environ 1300 salariés

L'UGECAM d'Aquitaine est un organisme récent puisque fondé en janvier 2000. Il est en pleine structuration. L'Union a entrepris d'harmoniser le fonctionnement des établissements qu'elle gère et d'instaurer la mutualisation des moyens et des outils ainsi que le travail en réseau entre des structures aussi diverses que des centres de rééducation fonctionnelle, des IME, des MAS, une maison de retraite etc. Cette démarche est entreprise dans le souci de l'évolution de la réglementation et avec l'objectif de remettre aux normes notamment sur un plan architectural, le patrimoine qui lui est confié.

Issue des organismes de la Sécurité Sociale, l'UGECAM véhicule les valeurs fondatrices à savoir, la solidarité entre les citoyens, l'accès aux soins pour tous, l'égalité des chances face à la maladie et au handicap. Chaque structure a vocation à rendre un service de proximité de façon à ne pas désaffilier l'usager de son environnement familial, social voire professionnel.

Tous les établissements appliquent la convention collective de la Sécurité Sociale, ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés notamment en matière de fonctionnement. En effet, on ne gère pas un établissement médico-social ouvert 365 jours par an comme une Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Par exemple : toute dépense atteignant 90 000 €uros doit répondre au code des marchés, ce qui génère une lenteur administrative qui touche tous les aspects de la vie quotidienne car bon nombre de marchés sont mutualisés sur l'ensemble des établissements de l'UGECAM, cette somme est rapidement atteinte. Autre exemple, les amplitudes de travail, certainement adaptées au fonctionnement des services administratifs de la Sécurité Sociale, sont en totale inadéquation avec la réalité du terrain et les besoins organisationnels d'un IME ou d'une MAS.

1.1.2 De la création de l'IME de Lapeyre à l'ouverture de la MAS : l'évolution d'une population

Le Domaine de Lapeyre est dans sa 27^{ième} année d'existence. Les changements de cette organisation sont la résultante de l'évolution des besoins d'un public. Nous allons, au travers de quelques dates majeures, retracer son histoire.

Jusqu'en 1963, le Domaine de Lapeyre appartient à un industriel de l'Agenais. Suite à la faillite de l'usine, le domaine est vendu aux enchères. Il est racheté pour 180 000 F par la direction de l'URSSAF (somme correspondant aux impayés de cotisation).

En 1964, un projet est déposé pour la création d'un établissement s'adressant à des enfants diabétiques. Le préfet refuse cette ouverture car elle ne répond pas à un besoin du département ni de la région. En effet, cette population est accueillie dans le système scolaire classique et sa prise en charge ne nécessite pas une séparation de la famille, cette création ne se justifie donc pas.

Suite à cet épisode, la propriété est laissée à l'abandon, elle sera pillée et vandalisée. Elle est alors confiée à Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Lot et Garonne qui s'allie la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine afin de créer L'Union Gestionnaire du Domaine de Lapeyre qui décide alors d'y créer une activité en direction de l'enfance inadaptée.

En 1974, est acceptée la construction d'un IME qui ouvre en octobre 1976 pour accueillir, selon l'agrément accordé au titre l'annexe XXIV du décret du 6 mars 1956, 64 enfants débiles profonds (16 filles et 48 garçons) âgés de 6 à 12 ans pour les filles et de 6 à 21 ans pour les garçons. Ils présentent, pour 50% d'entre eux (seuil maximum) des troubles associés sensoriels et/ou moteurs. De grosses difficultés de recrutement ont contraint la direction de l'établissement à recevoir de jeunes handicapés lourds venus de l'ensemble du territoire à la recherche d'un placement adapté.

La profondeur du handicap des personnes reçues a interdit, dès la création de l'IME toute activité scolaire, pourtant caractéristique des IME.

Depuis 1976, plusieurs modifications de l'agrément sont intervenues :

- 1/12/86 : l'établissement accueille 64 garçons et filles débiles profonds mais également, à partir de ce jour, débiles profonds polyhandicapés. De plus, 2 lits d'internat sont transformés en 2 places de semi-internat,
- 12/01/90 : extension de la section de semi-internat de 2 places à 6 places,
- 12/11/92 : modification de l'agrément au titre de l'annexe XXIV ter de la section « polyhandicapés » de l'IME portée à une capacité de 16 places soit 25% de l'effectif global.

Dès 1994, il est constaté que la population de l'IME ne correspond plus à l'agrément accordé. Le nombre de polyhandicapés est nettement supérieur aux 16 places attribuées en 1992.

La population se décline comme suit :

- 20 polyhandicapés,
- 5 multihandicapés,
- 28 débiles profonds.

De plus, l'article 22 de la loi n° 28-18 du 13 janvier 1989, dit « amendement Creton » prescrit le maintien des jeunes handicapés de plus de 20 ans dans les établissements de l'éducation spéciale en cas de rupture d'établissements adaptés à leurs pathologies. L'IME de Lapeyre se trouve confronté à cette situation : faute de places dans les structures pour adultes, le maintien de personnes de plus de 20 ans, décidé conjointement par la CDES et la COTOREP, est renouvelé régulièrement. L'IME n'accueille plus d'enfants jeunes, malgré les besoins du département et ne peut modifier la pyramide des âges. Plus grave est la décision de certaines familles de refuser la cohabitation de leur enfant avec des adultes, décision qui les conduit à chercher un placement hors département. Pourtant, depuis 1993, des aménagements sont intervenus et l'établissement fonctionne avec deux structures autonomes tout en préservant l'unité de l'institution :

- L'IME qui prend en charge les jeunes de 6 à 20 ans selon le fonctionnement initial en alternant l'accompagnement en internat et en ateliers.
- Le pavillon de transition qui prend en charge les jeunes adultes de plus de 20 ans sur trois groupes d'internat proposant des activités occupationnelles.

En 1996, 52% de la population est âgée de plus de 20 ans, 68% ont plus de 16 ans et relèvent dans l'immédiat ou à très court terme d'une structure pour adultes handicapés. La proportion d'adultes maintenus à l'IME s'accroît en nombre et en temps, 3 à 5 ans sont nécessaires avant de pouvoir leurs proposer une orientation en MAS ou en foyer occupationnel.

Nous venons de voir que le site du Domaine de Lapeyre a su s'adapter et se développer, à la fois pour répondre à des besoins diversifiés de prise en charge d'enfants et d'adultes polyhandicapés et déficients intellectuels profonds, mais aussi très certainement pour répondre à une réalité économique : la survie du site et des emplois.

1.1.3 Le site du Domaine de Lapeyre en 2003 :

Le site du Domaine de Lapeyre est constitué, comme nous venons de le voir, de deux établissements indépendants, l'IME pour le secteur enfance et la MAS pour le secteur adulte. Ces deux structures sont implantées dans le même lieu géographique. Ceci a été rendu possible par la surface très importante du domaine, 23 hectares.

Avec la création de la MAS, le site bénéficie d'une « opération à tiroirs ». En effet, à la suite de la construction de cette structure qui a ouvert ses portes le 4 novembre 2002, les travaux d'agrandissement et de réhabilitation des locaux d'hébergement de l'IME ont été entrepris afin de mettre les équipements aux normes des annexes XXIV et de remédier aux détériorations. Ils doivent se terminer en juin 2003. Après quoi le bâtiment abritant les ateliers sera à son tour consolidé et réhabilité. Nous terminerons cette série de travaux par la réfection de la cuisine pour une remise aux normes d'hygiène et de sécurité comme le dernier rapport des services vétérinaires nous en fait obligation. Le terme de ces opérations est prévu pour la fin de l'année 2003. Après de nombreux mois à subir les nuisances liées à ces différents travaux de grande ampleur, le site du Domaine de Lapeyre se verra doté d'un outil moderne répondant aux normes mais surtout aux besoins des usagers qui l'habitent et des professionnels qui y exercent. Faisons maintenant une analyse rapide des ressources humaines

Au 31 décembre 2002, globalement, 102 agents travaillaient sur le site du Domaine de Lapeyre soit :

- CDI 89
- CDD..... 8
- CES..... 2
- Médecins à temps partiels 3

TOTAL : 102

Ces 102 postes correspondaient à 85,22 équivalents temps pleins répartis comme suit :

- 34,305 ETP pour l'IME
- 51,915 ETP pour la MAS

Ces quelques éléments alliés à ceux précédemment cités nous donnent une vision globale du Domaine de Lapeyre, nous ne poursuivrons pas plus avant notre exploration. En effet, bien que faisant partie du même site le secteur adulte ne fait pas l'objet de ce mémoire. Nous ne l'aborderons donc pas plus avant, bien que les deux établissements soient liés car ils sont issus de la même histoire et certains personnels en sont communs, ainsi que certains locaux.

1.2 L'IME DE LAPEYRE : UN LIEU DE VIE, UN LIEU VIVANT.

L'IME de Lapeyre est situé à 2 km du village de Layrac, petite bourgade de 3150 habitants. Layrac implanté au sud-est du département du Lot et Garonne est limitrophe des départements du Gers et du Tarn et Garonne. L'établissement est à 12 km d'Agen, ville de 30 170 habitants, il peut donc bénéficier de ses équipements modernes, tant sur le plan de la santé, du commerce que des activités de loisir. Bordeaux et Toulouse à 1 heure de trajet par l'autoroute, offrent tous les avantages de grands centres urbains, que ce soit pour l'accès à des soins ou à des suivis médicaux très spécialisés concernant les enfants accueillis dans la structure comme pour des actions de formation s'adressant aux personnels.

Construit au sommet d'une colline, dans une propriété de 23 hectares, l'IME domine la vallée du Gers et de certaines chambres on peut voir la chaîne des Pyrénées. Cette situation offre l'avantage de vivre au quotidien dans un lieu protégé et assez vaste pour y créer des espaces à usage diversifié (jardins, lieux de pique-nique, aires de jeux, parcours de promenade etc.) tout en étant à une heure des services offerts par de grandes agglomérations.

1.2.1 Les locaux de l'IME : Un espace pensé pour les enfants

Les bâtiments sont diversifiés en fonction de l'activité qui s'y exerce. En effet, la partie réservée aux ateliers est séparée de la partie hébergement. D'autres équipements implantés dans la zone architecturale de l'IME sont communs aux deux structures et concernent tout autant les adultes que les enfants.

Ces locaux sont à l'heure actuelle en réfection, nous en faisons une présentation incluant les modifications.

L'hébergement : (annexe 1) Les lieux de vie destinés aux enfants et adolescents internes sont de plain-pied. Les étages plus anciens, sont réservés aux différents personnels, des sanitaires, vestiaires, bureaux etc.. y sont installés.

Deux lieux de vie distincts communiquent par une porte coupe-feu. Ils accueillent deux groupes établis en fonction de critères d'âge : le premier accueille les enfants les plus jeunes de 6 à 14 ans, le second les adolescents de 15 à 20 ans. Les deux groupes sont mixtes.

Chaque unité de vie possède sa salle à manger indépendante et un salon réservé aux activités collectives de loisir et de détente. Les enfants et adolescents sont hébergés dans des chambres individuelles, ou de deux, selon leurs besoins et leurs capacités, dans le souci du respect de leur intimité tout en leur offrant un environnement rassurant. Pour certains, la présence d'un autre enfant dans la chambre est un élément sécurisant. Chaque groupe de vie possède deux salles de bains, une pour les filles, l'autre pour les garçons. Tous les lieux sont balisés à l'aide de couleurs, de pictogrammes ou de photos afin de favoriser l'autonomie de ses enfants dans leur lieu de vie, malgré la lourdeur de leurs handicaps. Les enfants ont été associés au maximum de leurs capacités à tous les choix au cours de la réhabilitation des locaux. Des visites du chantier ont été organisées dès que les travaux ont été suffisamment avancés pour que l'on puisse identifier les différentes pièces. Notre objectif était que les enfants, mais aussi les professionnels, puissent s'approprier ce nouvel espace et surtout qu'ils en fassent un lieu vivant, confortable et adapté, ce qui n'est pas toujours le cas si l'on en confie la réalisation aux seuls architectes et entreprises.

Les ateliers : ils sont réunis dans un bâtiment spécifique où se déroulent les différentes activités proposées aux enfants et aux adolescents internes et semi-internes au cours de la journée. Les enfants semi-internes ne sont à aucun moment, accueillis sur les lieux de vie réservés à l'internat sauf cas particuliers comme nous le verrons plus tard. Les enfants internes et semi-pensionnaires sont pris en charge dans un atelier spécifique qui propose diverses activités en fonction des goûts, des potentiels et des capacités de chacun. Cette prise en charge en atelier se fait en alternance avec celle des autres professionnels tels que celle de l'éducateur sportif, de la musicothérapeute, du psychomotricien etc... Cette répartition des enfants permet de favoriser l'individualisation des prises en charge et les temps de vie en groupes restreints, ce qui est indispensable à l'accompagnement de ces enfants souffrant de pathologies très lourdes. Pourtant les pathologies des enfants reçus à l'IME s'orientent de plus en plus vers l'autisme et les psychoses infantiles graves, aussi malgré cette organisation, l'individualisation des prises en charge est nettement insuffisante.

L'externat : L'ouverture de la MAS a laissé suffisamment de locaux disponibles pour que nous ayons eu l'opportunité de créer un espace identifié comme externat. Nous y avons conservé trois chambres qui permettent aux petits externes des temps de repos en début d'après midi.

Les salles à manger des enfants semi-pensionnaires sont dans ce lieu ainsi que deux salons, la ludothèque et deux salles de bains avec douches et baignoires permettant aussi bien les soins d'hygiène qu'un travail sur l'autonomie ou des bains favorisant la détente chez les enfants très angoissés. Dès leur arrivée, les enfants et adolescents externes sont accueillis dans cet espace qui est repéré comme lieu de vie à part entière. C'est ici que sont accueillies les familles qui viennent amener ou chercher leur enfant, ainsi que les chauffeurs de taxi qui assurent les transports quotidiens.

Les locaux et services communs à l'IME et à la MAS : Certains équipements sont d'un usage commun aux deux établissements. Il s'agit du gymnase, de l'atelier bricolage, de l'atelier de musicothérapie, du jardin, de la balnéo ainsi que de la piscine intérieure et de la « pataugeoire » extérieure.

Certains services sont également communs aux deux structures. En effet, tout est traité sur le Domaine et nous faisons le choix de n'externaliser aucune prestation. Les locaux de ces services sont basés à l'IME, il s'agit de la lingerie, la cuisine, l'entretien ainsi que le service administratif, la kinésithérapie, le service de nuit et le service de soin. Ces deux derniers sont particuliers car si les services sont communs aux deux structures les locaux sont doubles, on retrouve une infirmerie avec chambre d'isolement et bureau des médecins dans chaque établissement ainsi qu'une « pharmacie » spécifique et une salle de veille.

Nous pouvons voir au travers de cette présentation que l'usage des locaux de l'IME répond à une double contrainte : une réponse spécifique aux besoins avec une différenciation entre l'internat et le semi-internat et une affectation des locaux pour un repérage des différentes fonctions et des moments de la journée : ateliers, repas, prise en charge individuelle ou collective, soins.

Pour ce qui concerne les locaux de L'IME, nous n'avons plus de problème majeur, nous avons au contraire un outil neuf et performant qui représente un atout majeur pour l'avenir de la structure et les projets que nous souhaitons y mettre en œuvre. De plus, les travaux de réhabilitation et d'extension de l'hébergement ont fait l'objet d'une subvention non remboursable de la CNAMTS et n'ont pas eu de répercussion sur le prix de journée de l'IME qui était pour 2002 de 221,38 euros.

1.2.2 Les usagers de l'IME :

L'IME de Lapeyre a un agrément pour recevoir 26 enfants et adolescents de 6 à 20 ans garçons et filles au titre des annexes XXIV et XXIVter.

Nous accueillons à ce jour 19 garçons et 8 filles de 6 ans et demi à 20 ans. Un seul est polyhandicapé et relève des annexes XXIVter.

L'effectif se répartit comme suit :

- 9 enfants accueillis en internat
- 14 enfants accueillis en externat
- 4 enfants accueillis en alternance externat/internat de 1 à 3 nuits par semaine.

Nous développerons plus loin l'analyse de l'effectif au regard des pathologies, des critères d'orientation et de l'évolution de ces données.

1.2.3 L'étude du personnel :

L'IME de Lapeyre présente une équipe relativement âgée. La majorité du personnel s'inscrit dans l'histoire de l'institution comme dans une grande famille, avec un vécu très particulier du fait d'une culture d'entreprise très forte. N'oublions pas que l'établissement a toujours été rattaché à la Sécurité Sociale. Certaines personnes ont des membres de leur famille travaillant à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Lot et Garonne à Agen.

Pour cette étude du personnel, Nous nous baserons sur les 24 personnes en prise en charge directe des enfants et qui représentent l'équipe éducative de jour, l'équipe éducative de l'internat, les femmes de ménage rattachées à l'IME ainsi que l'équipe thérapeutique. Ces 24 salariés occupent 20,50 postes équivalant temps pleins. La différence avec les 34,30 ETP apparaissant au rapport d'activité de décembre 2002 est liée à la proratisation des postes communs aux deux structures. Se rajoutent à ces chiffres les 5 heures hebdomadaires effectuées en vacation par le médecin pédopsychiatre et les 4 heures hebdomadaires du médecin généraliste, soit 0,25 ETP de médecin.

La répartition des postes par qualifications professionnelles est la suivante :

- 5 postes d'éducateur spécialisé,
- 3 1/2 postes de moniteur éducateur,
- 5 postes d'aide soignant,
- 1 poste de jardinière d'enfant spécialisée,
- 1 poste de moniteur d'atelier,
- 2 postes d'agent de nettoyage,
- 1/2 poste de psychologue,
- 1/2 poste de maître d'EPS,
- 1/2 poste de musicothérapeute,
- 1/2 poste d'éducateur technique spécialisé,
- 1/2 poste de psychomotricien,
- 1/2 poste de kinésithérapeute.

Dans l'équipe de l'IME telle que définie précédemment, six personnes, soit 25%, ont été embauchées à l'ouverture de la structure et six l'ont été dans les 5 années qui ont suivi. 79% du personnel a au moins 10 ans d'ancienneté contre 21 % qui sont là depuis moins de 5 ans. En plus de 20 ans, des relations se sont tissées et des histoires aussi...

Pour une lecture plus fine nous pouvons préciser que 58% du personnel (soit 14 salariés) a plus de 50 ans et commence pour une large part à penser à sa retraite alors que seulement 17% a moins de 40 ans, le plus jeune a 26 ans et le plus âgé 58 ans.

Le personnel de l'IME habite pour 90% dans un rayon de 15 KM et une très large majorité est propriétaire de son logement, 90% est originaire du département, ce qui réduit de manière notable la mobilité.

Cette très grande stabilité du personnel induit d'une part :

- Une expérience grandissante et importante due à l'ancienneté
- Un « esprit maison » développé et bien ancré

Et d'autre part :

- Un immobilisme constaté dû également à des conditions de travail et à des salaires (liés à la convention collective de la Sécurité Sociale) qui sont suffisamment satisfaisants pour maintenir ce personnel en place (congés supplémentaires, rémunération sur 14 mois, salaire moyen de 1 980 €uros, allant de 1 447 à 2 828 €uros).
- Des phénomènes d'usure professionnelle sont constatés. Certains professionnels se plaignent d'une saturation quant à l'exercice de leur activité, ils ont l'impression de ne pas obtenir de résultats et/ou de ne pas être reconnus ou soutenus dans ce qu'ils mettent en œuvre, d'autres attendent la retraite...
- Une masse salariale qui évolue de manière constante et représente en 2002, 80% du budget de la structure.

Le désinvestissement se confirme par un absentéisme important en 2002

(annexe n°2).

En 2000, il y a eu 956 jours d'absence pour accident du travail et arrêt maladie soit 4,72% des jours ouvrés, on en compte 1397 en 2002 soit 7,24% des jours ouvrés.

Nous constatons que le nombre d'arrêts a augmenté de manière significative. En moyenne, les arrêts sont de courte durée, le salarié « s'arrête » dès qu'il ne se sent pas bien. Pour compléter la lecture de ces chiffres, nous avons interviewé la personne responsable de la gestion administrative du personnel. Présente dans l'établissement depuis plus de 20 ans, elle se rappelle que les arrêts étaient beaucoup plus rares auparavant, la personne se soignait sans interrompre son activité professionnelle.

Pour ce qui concerne les longues maladies, une monitrice éducatrice est absente depuis 6 mois, un essai à mi-temps thérapeutique ne lui a pas permis de reprendre son activité. L'état de santé d'un salarié de l'équipe éducative nous fait craindre un arrêt de longue durée à court terme. Ces absences pour longues maladies sont d'autant plus pénalisantes que le budget de l'IME ne prévoit aucun crédit pour les remplacements et que nous ne pouvons donc remplacer les salariés absents qu'à hauteur des IJSS reversées par la Caisse d'Assurance Maladie soit l'équivalent d'un mi-temps pour un temps plein. Ceci contribue à l'usure du reste de l'équipe et à son sentiment de ne pas être considérée.

Cet absentéisme qui augmente régulièrement ne nous laisse pas sans questionnement :

Est-il lié à des conditions de travail qui se dégraderaient ? A une évolution de la mission de la structure qui provoquerait une mouvance des repères ? A une recherche d'identité des professionnels ? En tout état de cause, nous avons là un signe qu'il ne faut pas négliger.

Si ces différents éléments (l'âge, l'ancienneté, l'immobilisme et l'absentéisme) pris un par un ne constituent pas des facteurs de démobilisation, pris dans leur globalité, ils représentent un frein non négligeable au changement et à l'évolution. A toute proposition de modification des pratiques, la réponse courante est : « On a déjà essayé, ça ne marche pas ».

1.3 LES DIFFERENTES LOGIQUES DE PRISES EN CHARGE : INTERNAT, SEMI-INTERNAT ET PRISE EN CHARGE EN ALTERNANCE.

L'orientation à l'IME de Lapeyre est prononcée par la CDES. Bien que l'accord de la famille de l'enfant soit essentiel, elle représente le plus souvent une rupture, la réactivation du sentiment d'échec et de la souffrance d'avoir fait naître un enfant handicapé. Ceci provoque souvent des situations ambivalentes : les parents sont demandeurs du placement qui peut les soulager mais dans le même temps, ils ne peuvent l'accepter car la culpabilité est trop forte.

Le principe est donc de partir des besoins de l'enfant, en prenant en compte ses troubles et ses potentialités mais aussi son milieu familial et son environnement en terme de soins et de rééducation afin que la proposition de service soit la plus cohérente possible.

Pour ce faire, au fil de l'histoire, en plus de la prise en charge en internat ou en semi-internat, l'accueil en alternance s'est mis en place.

L'offre de service peut alors offrir la souplesse nécessaire à une réponse qui tienne compte des besoins mais aussi de toutes les ressources que présentent l'enfant et sa famille ainsi que des résistances de cette dernière à la prise en charge de son enfant.

1.3.1 L'orientation en internat :

Cette orientation suppose que la famille (et l'éventuel plan d'aide mis en place pour la secorder) arrive à une limite qui fait butoir au maintien au domicile face à des difficultés intellectuelles et/ou comportementales qui s'accroissent avec l'âge de l'enfant. Il ne faut pas oublier le manque de place dans les structures d'accueil spécialisé, bien souvent aggravé par les jeunes majeurs maintenus au titre de l'amendement Creton qui « bloquent » des places pour des enfants plus jeunes. Les parents attendent très souvent une place de longues années, le maintien au domicile n'est plus un choix, il devient une obligation et ce quelle que soit la souffrance de la cellule familiale.

Les familles des enfants internes sont celles avec lesquelles nous avons le plus de difficultés à travailler. Le transport par taxis mis en place dans la structure compromet plus encore les possibilités de contacts avec des familles qui ne répondent pas aux invitations à des rencontres avec les professionnels et très peu aux courriers envoyés par l'établissement.

L'internat, incontournable pour certains compte tenu des distances, est aussi une indication thérapeutique pour d'autres avec la nécessité d'une séparation à un moment donné de l'histoire familiale. Il est un espace communautaire contenant et structurant qui pourra proposer à certains enfants (selon leurs pathologies) des expériences socialisantes qui complètent celles apportées par le milieu familial.

L'accueil d'un enfant en internat, quels que soient les motifs qui ont sous-tendu cette décision, se fait toujours dans le sens d'une complémentarité avec la famille. Nous restons vigilants afin d'éviter une logique de placement qui dévaloriserait les parents, où l'institution serait « meilleure » que la famille, une logique de toute puissance qui nous amènerait à nous substituer à cette famille déjà stigmatisée par le placement de son enfant.

1.3.2 L'orientation en semi-internat :

Si l'orientation en établissement propose une réponse allant dans le sens de la globalité de la prise en charge, l'indication de semi-internat semble se poser en terme de choix pour la famille : le choix du maintien dans le milieu familial.

La proposition du semi-internat faite par la CDES, tient compte de l'âge de l'enfant, de la distance géographique du domicile et bien sûr de la demande des parents. Dans ce cas de figure, la famille associe l'IME à l'école, leur enfant part à l'école le matin pour 9 heures et rentre le soir à 17 heures comme les autres enfants de la fratrie.

La demande de ces parents est très nettement orientée vers les acquisitions, les « progrès » que font ou ne font pas leurs enfants.

Nous nous adressons là à des parents qui sont davantage présents dans l'établissement, avec lesquels nous tentons d'engager un travail relationnel spécifique afin de limiter le risque de décalage, de double liens entre deux modèles éducatifs différents. La place de la famille est repérée, les parents sont investis d'un rôle actif et notre objectif est qu'ils deviennent des partenaires à part entière dans le projet de leur enfant.

La grande difficulté est de faire accepter à ces familles que nous ne puissions pas être aussi disponibles qu'ils le sont avec leur enfant, l'institution étant un lieu de vie où se fait l'expérience de la collectivité.

1.3.3 Prise en charge en alternance :

Très souvent nous nous sommes aperçus que la prise en charge d'un enfant en internat ou en semi-internat ne correspond pas aux besoins réels présentés par la situation. C'est pourquoi peu à peu des accompagnements se sont mis en place qui font appel aux dispositifs propres à chacune de ces prestations : la prise en charge en alternance. C'est ainsi que certains enfants sont présents dans l'institution de une à trois nuits par semaine et rentrent chez eux les autres soirs, d'autres passent un week-end par mois dans l'établissement bien qu'étant semi-interne pour permettre aux parents de « souffler ». D'autres encore ne viennent que deux à trois jours et sont pris en charge à l'hôpital de jour ou dans une autre institution d'éducation spécialisée les autres journées ou bien sont accueillis par une nourrice ou une grand-mère avec lesquelles il est important de maintenir le lien.

Ce type de fonctionnement, même s'il génère des difficultés dans la gestion des emplois du temps, permet une grande adaptabilité de la structure aux besoins et/ou aux demandes des enfants et de leurs familles. Cette forme de prise en charge est réévaluée chaque année avec la famille, nous demandons à cette dernière un respect strict des règles décidées afin de ne pas fragiliser l'enfant qui est soumis à des rythmes particuliers avec lesquels se crée son équilibre.

Ces différentes prestations ont un rôle complémentaire. Chacune est une réponse médico éducative qui pourra s'inscrire à un moment donné dans le parcours d'un enfant.

Quelles que soient les modalités d'accueil des enfants, ainsi que leurs pathologies, au delà de l'hébergement, nos actions éducatives et thérapeutiques visent toutes :

- D'une part, l'autonomie de l'enfant : à savoir, de respecter les règles, les interdits, les exigences, l'existence des autres membres du groupe et de les lui faire suffisamment intégrer, afin qu'il puisse être accepté dans diverses situations.
- D'autre part, les acquisitions élémentaires, les différents modes de communication adaptés afin que l'enfant puisse exprimer une demande, un désir, éventuellement un choix, de manière compréhensible par l'entourage, ce qui peut limiter les situations de crise notamment chez les enfants psychotiques ou autistes.
- Enfin, le développement des capacités cognitives et psychomotrices et pour ceux qui en ont le potentiel, des capacités de concentration, de stabilité et de méthodes et quelques apprentissages préscolaires comme les couleurs, les formes, les repères spatiaux temporels (ces derniers points ne touchent que très peu d'enfants).

Ces actions sont menées dans le respect des rythmes et des potentiels individuels, dans le souci du confort physique et psychique de chaque enfant et avec une attention affectueuse qui vise à permettre l'épanouissement maximum pour chacun.

Tout ceci exige un travail inter disciplinaire et complémentaire qui met en jeu les différents professionnels avec toutes leurs compétences techniques mais aussi avec toute leur imagination et leur créativité. L'une des professionnelles de l'équipe disait en réunion dernièrement : « Avec ces enfants, il faut toujours inventer des outils nouveaux parce qu'ils ont la capacité de toujours nous surprendre. »

1.4 ANALYSE ET DIAGNOSTIC

Nous venons de voir dans les paragraphes précédents que l'IME de Lapeyre se présente comme une institution équipée de locaux neufs et performants, animée par une équipe vieillissante donnant des signes d'usure mais qualifiée et possédant une expérience riche, elle reçoit des enfants et adolescents de 6 à 20 ans aux titres des annexes XXIV et XXIVter. Nous allons maintenant approfondir notre analyse de l'existant afin de faire un diagnostic.

Poser un diagnostic, c'est procéder à l'évaluation d'une situation. C'est à partir de ce diagnostic que le directeur pourra prévoir, informer, déléguer, associer les différents partenaires internes et externes. Il sera alors en capacité de proposer des solutions et de faire des projets qui permettront à la structure d'évoluer dans le souci des besoins et des attentes des usagers, des salariés et de l'environnement et dans le respect du cadre juridique et réglementaire.

Comment vit-on à l'IME de Lapeyre ?

1.4.1 La population de l'IME : une évolution vers la prise en charge d'enfants autistes en semi-internat.

Nous avons vu précédemment que la population de l'IME, jusqu'à l'année 96 présentait une très forte proportion d'adolescents et de jeunes adultes polyhandicapés accueillis majoritairement en internat, 40% alors que l'agrément ne prévoit que 25% de la capacité d'accueil réservée à cette population. Au cours des 4 années suivantes cette proportion s'est inversée. Les explications à ce revirement de situation sont liées aux jeunes adultes polyhandicapés qui étaient dans la structure au titre de l'amendement Creton et qui bloquaient l'accueil d'enfants plus jeunes jusqu'en novembre 2002. Dans le département ces enfants ont été orientés vers un établissement spécialisé situé à Tonneins agréé pour recevoir vingt jeunes polyhandicapés en internat et qui gère parallèlement un service de maintien à domicile de dix places, d'autres ont trouvé une place hors département. Au moment de l'ouverture de la MAS au Domaine de Lapeyre, tous ces jeunes adultes ont été orientés vers cette nouvelle structure. De fait, en 2003 la structure IME ne reçoit plus qu'un adolescent polyhandicapé au titre des annexes XXIVter alors que l'agrément prévoit neuf accompagnements.

Nous pouvons dès lors constater un dysfonctionnement par rapport à notre agrément.

Les besoins au niveau du département, après consultation de la CDES, de la DDASS et des services de néonatalité concernent des enfants de moins de 6 ans très lourdement handicapés physiquement et intellectuellement et qui présentent des problèmes de santé majeurs (déficiences respiratoires, troubles cardiaques, problèmes de déglutition et d'alimentation etc.). De part leur âge et les complications médicales liées à leurs pathologies, ils sont hors agrément de l'IME. En effet, nous ne sommes pas compétents pour assurer leur accompagnement, une seule infirmière est présente (par roulement) pour 68 usagers et il n'y a pas de permanence de médecin. Dans ces conditions nous ne pouvons nous engager à assurer la sécurité médicale à ces enfants.

D'autre part, les enfants présentant un déficit intellectuel lourd sans notion de handicap physique ou de trouble envahissant du développement sont, après renseignement pris auprès de la CDES du Lot et Garonne, de moins en moins nombreux. Ils sont actuellement dix dans l'établissement tous âgés de 15 à 20 ans, deux vont intégrer la MAS en septembre 2003.

A l'heure actuelle 65% de la population de l'IME de Lapeyre est constituée d'enfants et d'adolescents psychotiques lourds pour quatre d'entre eux et présentant des troubles autistiques pour onze autres. Ces quinze enfants et adolescents ont tous une déficience intellectuelle profonde. Tous les éléments cités ici sont issus des dossiers de ces enfants et ont été contrôlés par la psychologue de l'établissement, sous couvert de la pédopsychiatre.

La liste d'attente de l'établissement est essentiellement constituée par des enfants qui arrivent en fin de prise en charge à l'hôpital de jour des « Trois Rosiers » et qui nécessitent une prise en charge quotidienne. Voire par des enfants qui nous sont adressés par des structures qui ne sont pas adaptées pour l'accueil d'enfants lourdement déficitaires, du département ou des départements limitrophes. Ceci nous permet de penser que l'orientation prise par l'établissement qui est d'accueillir des enfants autistes et psychotiques lourdement déficitaires se confirmera dans l'avenir.

Un autre point important est la répartition de ces prises en charge entre l'internat, le semi-internat et l'accueil en alternance. Actuellement nous avons la répartition suivante :

- 9 enfants sont internes avec des sorties de week-end différentes
 - 7 sortent tous les week-ends avec la possibilité d'un week-end en internat ponctuellement,
 - 1 sort un week-end sur deux,
 - 1 ne sort jamais,
- 4 enfants sont accueillis en alternance externat/internat
 - 1 passe 1 nuit par semaine à l'internat,
 - 1 passe 2 nuits par semaine à l'internat,
 - 1 passe 3 nuits par semaine à l'internat,

- 1 passe 2 nuits par semaine + 1 semaine par mois à l'internat,
- 13 enfants sont accueillis en semi-internat
 - 4 sont pris en charge en alternance de 2 à 4 jours à l'IME,
 - 9 sont pris en charge quotidiennement.

Nous rappelons que l'agrément prévoit :

- 14 lits en internat,
- 12 places en semi-internat.

Nous observons qu'il y a un décalage et que le fonctionnement de la structure n'est pas conforme au dernier agrément.

D'autre part, si nous avons bien 26 enfants et adolescents dans l'effectif de l'IME, les quatre qui sont accueillis en alternance avec d'autres structures ou avec la famille génèrent des pertes en terme de prix de journée qui ajoutées à l'absentéisme des enfants (important chez les externes) créent un déficit budgétaire que nous ne pouvons ignorer.

1.4.2 Le travail avec les familles : une place à leur donner.

Les familles sont peu présentes dans l'institution et celles qui le sont se présentent souvent sur un mode revendicatif. Il faut dire que ce travail n'a pas fait l'objet de procédure. Suite à l'élaboration du projet individuel ou à une synthèse, la famille devrait être systématiquement informée des contenus et avoir la possibilité d'exprimer sa position. Ceci n'est pas institutionnalisé. Les relations se font d'une manière informelle, au moment des transports, lorsqu'une famille vient chercher ou ramener son enfant, souvent se sont les chauffeurs de taxi qui servent de relais entre la famille et l'établissement. L'essentiel des communications se fait par le biais du cahier de liaison qui suit chaque enfant, par téléphone ou par courrier.

Souvent, lorsqu'un rendez-vous est proposé à une famille, se met en place une conduite d'évitement comme s'il était impératif d'y échapper parce que ne peuvent y être abordés que des problèmes. Il nous faudra redéfinir le rôle, les compétences et la place de chaque salarié ou prestataire de service (taxis) dans les relations avec les familles.

Ce travail devrait viser le maintien du lien enfant - famille - institution et pour ce faire, il se doit d'être régulier, institutionnalisé et défini comme un axe de travail primordial pour le développement et l'évolution de l'enfant. Chaque fois que ce travail de lien se concrétise nous pouvons juger de son opportunité car les progrès de l'enfant sont évidents, la famille devient plus coopérante, les relations sont plus détendues et la confiance peut s'établir.

Le conseil de la vie sociale qui existait précédemment dans l'établissement sous la forme du conseil d'établissement a beaucoup de difficulté à exister et à remplir son rôle de partenaire institutionnel. Les candidatures aux mandats de représentants des familles sont restreintes et les parents élus disent l'avoir été par défaut ce qui n'est pas un facteur de

motivation. Très souvent les questions posées à l'ordre du jour reflètent des inquiétudes ou des revendications individuelles, voir celles du parent présent.

Il nous faudra tenter d'ouvrir le débat, peut être en proposant une lecture plus approfondie de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et en explicitant le rôle que peut prétendre jouer le conseil de la vie sociale.

1.4.3 Un fonctionnement, des pratiques et une organisation qui laissent les professionnels insatisfaits et démunis :

L'IME de Lapeyre reçoit des enfants et des adolescents qui sont tous dépendants pour les actes de la vie quotidienne, ils nécessitent une présence constante et un accompagnement individualisé permanent.

Ceci devient primordial lorsque l'on s'adresse à de jeunes autistes ou psychotiques qui sont sujets à de graves troubles du comportement et de la communication qui peuvent les conduire à des états de crises où ils sont susceptibles de se mettre en danger ou de mettre les autres enfants en danger.

Hors, lorsque nous regardons de plus près l'organisation et le fonctionnement de la structure, nous pouvons voir que ces conditions de travail ne sont que très rarement atteintes.

Nous allons nous pencher dans un premier temps sur le fonctionnement de l'internat, puis sur celui de l'externat qui inclut les ateliers.

- L'internat : Il y a en moyenne douze enfants pris en charge en internat complet, de semaine, en alternance, voir ponctuellement, notamment pour les week-ends. Ces enfants sont répartis sur deux groupes de vie autonomes, un groupe est constitué des cinq enfants les plus jeunes, de 7 à 14 ans. Nous disposons de 5 postes $\frac{1}{2}$ pour faire fonctionner ce groupe, la RTT nous fait perdre un demi poste et l'absence de crédit de remplacement ne nous permet de remplacer un arrêt longue maladie qu'à l'équivalence des IJSS soit un mi-temps pour un temps complet. Nous n'avons plus que 4 postes $\frac{1}{2}$ pour un fonctionnement de 365 jours par an. L'équipe éducative effectue des astreintes de week-end pour pallier à l'absence d'un collègue ou pour le cas où l'accueil d'un voire de plusieurs enfants serait nécessaire ponctuellement.

L'autre groupe de vie est constitué par les sept adolescents de 15 à 20 ans accueillis selon les mêmes modalités. Cette équipe éducative travaille les week-ends et prend en charge les enfants des deux unités de vie qui sont présents dans ces temps. Nous disposons de six postes mais les heures de week-end grèvent lourdement l'emploi du temps du reste de la semaine.

Les équipes fonctionnent par roulement, soit de matin de 7 H à 14 H 30, soit de soir de 14 H à 21 H 30. Entre 10 H et 12 H puis entre 15 H et 17 H, elles sont en renfort sur les ateliers ou animent des activités basées sur l'autonomie : se brosser les dents, se laver les mains, se doucher, s'habiller etc.

Ils assurent également une grande partie des accompagnements pour les suivis médicaux chez les spécialistes. Il y a en moyenne et globalement pour l'ensemble de l'internat, quatre personnes présentes le matin et trois le soir. Les week-ends l'encadrement est d'un adulte jusqu'à trois enfants et de deux adultes pour quatre à six enfants avec dès que possible un renfort en après-midi pour permettre les activités à l'extérieur de la structure.

Nous voyons que l'encadrement est d'un adulte pour trois enfants le matin de 7 H à 10 H et d'un pour quatre le soir de 17 H à 21 H 30, c'est dans ces temps que s'effectuent toutes les tâches de nursing.

Ce chiffre pourrait paraître correct mais nous ne devons pas oublier que la population est constituée pour la grande majorité de jeunes autistes ou psychotiques qui auraient besoin d'une prise en charge individuelle, afin de bénéficier des conditions qui pourraient leur permettre l'acquisition de repères et une stabilité qui limiteraient leur souffrance et les « explosions ».

Ce fonctionnement est juste et toute absence pour maladie ou congé d'un ou plusieurs salariés vient rompre un équilibre déjà précaire. Ceci renforce le sentiment qu'expriment ces salariés de ne pas remplir leur mission, de ne pas être reconnus, estimés, « si on est pas remplacé en cas d'absence, c'est qu'on pense que l'on ne sert à rien ». Nous constatons que l'usure est accentuée par ces situations qui se répètent au quotidien.

- L'externat : Ce service accueille quatorze enfants et adolescents entre 9 H et 17 H. Les enfants sont transportés pour les sept domiciliés à Agen et dans les environs par un véhicule de l'établissement, l'accompagnement est fait par un chauffeur et un salarié de l'équipe éducative de l'externat, les sept autres enfants sont amenés par des taxis. A partir de 10H les enfants internes rejoignent les ateliers où ils seront pris en charge de 10H à 12H puis de 15H à 17H. Après un temps d'accueil des externes, les activités se mettent en place. Nous disposons de cinq postes pour l'animation de ces ateliers, auxquels se rajoutent trois professionnels de l'internat qui viennent en renfort pour la prise en charge d'activités à l'extérieur telles que : la ludothèque, l'activité poney, la piscine, etc. et dans les temps de présence des enfants internes. Aucun atelier thérapeutique n'a pu être mis en place, faute de personnel et des compétences requises, ils ont pourtant un intérêt reconnu pour l'accompagnement des enfants autistes.

Nous arrivons au constat d'un encadrement d'un adulte pour 3 à 5 enfants. De plus, en cas d'absence d'un professionnel, il n'est pas remplacé. D'autre part pour pouvoir dégager des temps de réunion pour les différents groupes, temps indispensables pour gérer le quotidien, diffuser l'information et créer des espaces de parole, nous devons supprimer la

notion de renfort. Dans ces temps, certains enfants sont pris en charge en accompagnement individuel ou en groupe restreint par les thérapeutes : psychologue, psychomotricien, musicothérapeute ou par la kinésithérapeute ou le maître d'EPS.

Là encore, les salariés se plaignent d'un manque de reconnaissance et expriment leur sentiment de passer à coté de leur mission, essentiellement avec ces enfants si difficiles à cerner et à contenir que sont les jeunes autistes et psychotiques.

Le malaise des équipes est également lié à leur sentiment d'être dépassées par les prises en charge qu'elles doivent accomplir. Elles sont démunies devant une population reçue depuis peu dans l'établissement (environ cinq ans avec une forte accentuation depuis novembre 2002, date d'ouverture de la MAS) et qu'elles connaissent mal.

La plupart des professionnels sont anciens dans la structure, leur formation initiale est loin et aucun d'entre eux n'a d'expérience de ce travail spécifique, ce qui peut être déstabilisant, avec ces enfants que l'on nous demande d'accueillir de plus en plus jeunes (nous avons des candidatures d'enfants de moins de 5 ans). Tous témoignent d'un manque de formation criant qui les pénalise dans leurs pratiques.

A ces constats de souffrance que nous venons de faire s'ajoutent ceux faits précédemment, à savoir :

- Les salariés sont là depuis longtemps, souvent depuis l'ouverture de la structure,
- Leur âge et leur volonté de rester dans un dispositif social de travail proche de leur domicile limitent leur mobilité,
- Certains sont dans une démarche passéiste et attentiste.

Tous ces faits vont nous obliger à mettre en place une stratégie de projet afin de pouvoir les recadrer et de diminuer leur souffrance professionnelle en fixant clairement les objectifs et en redonnant du sens à leurs pratiques.

Nous devons mettre en place des actions visant l'implication et la remobilisation de ces personnels car la qualité de la prise en charge des usagers passe aussi par la dynamique des personnes qui la mettent en œuvre, et pas seulement par le nombre de ces personnes, même si c'est important.

L'un des outils à la disposition du directeur pour faire évoluer son personnel est la formation professionnelle continue. Comment a-t-elle été utilisée depuis l'année 2000 ? C'est ce que nous nous proposons d'observer.

La formation continue, dont le budget est mutualisé pour les deux structures, est élaborée chaque année dans le cadre du plan de formation, en réunion de comité d'entreprise. Les demandes de formation individuelle témoignent d'une démarche stratégique visant à se doter d'outils nouveaux qui complètent les acquis liés à l'expérience. Nous pouvons observer que ces demandes de formation ne concernent qu'un nombre restreint de salariés et d'une manière générale, ce sont toujours les même personnes que

l'on retrouve sur les plans de formation depuis l'année 2000 pour ce qui concerne les démarches individuelles.

Un plus grand nombre participe aux journées de formation intra muros comme la journée sur le thème « Autisme et psychose » qui s'est déroulée en 2002 et doit être reconduite en 2003 ou d'autres organisées par des associations telles que le Groupe Polyhandicap France qui propose trois jours de formation et de rencontre par an sur des thèmes en lien avec le quotidien.

Au cours des cinq dernières années, seulement 20% des personnels éducatifs ont engagé une démarche de formation individuelle. Les cadres de l'établissement continuent à se perfectionner régulièrement, quelque fois sur des cursus longs, formation de cadre intermédiaire pour un chef de service par exemple. Nous pouvons noter que les personnels des services généraux ne sont pas dans cette dynamique de formation sauf obligation réglementaire, comme l'habilitation électrique pour l'un des hommes d'entretien. Les salariés du service de soin sont peu demandeurs de formation, ils participent aux formations intra muros et l'infirmière cadre a suivi un cursus sur « Alimentation et pathologie » en 2002. Seul le personnel administratif est formé régulièrement pour faire face aux nouvelles technologies et aux exigences réglementaires.

Le rapport sur la formation 2002 fait apparaître, dans le tableau de répartition des agents formés (annexe n° 3) que les personnes les plus qualifiées se forment davantage. Dans la catégorie « employés » 29% ont suivi une formation (souvent de courte durée), dans la catégorie « agents de maîtrise » où l'on retrouve le personnel administratif, 65% ont été formés alors que les cadres ont suivi une formation pour 71%.

Nous en arrivons à la conclusion qu'une politique de formation devra être menée en lien avec le projet d'établissement et les besoins de la nouvelle population accueillie. Elle sera établie en fonction des missions déléguées à chacun et surtout des nouvelles compétences qui seront nécessaires. Il est impératif que soit impliquées les différentes catégories socioprofessionnelles.

Nous avons pu voir que les ressources humaines dont dispose la structure, sont extrêmement limitées et si les qualifications sont adéquates, il manque un certain nombre de connaissances théoriques et techniques pour faire face à l'évolution des pathologies des enfants accueillis dans l'établissement.

1.4.4 Le projet d'établissement : le sens de l'action pour les professionnels

Le dernier projet d'établissement écrit dans l'institution date de 1992. Il est revisité en 1996, à la suite de quoi il a été présenté en CROSS et l'établissement a été agréé en 2000 par arrêté préfectoral donnant autorisation de fonctionner.

Six ans après avoir été retravaillé, ce document n'est plus un cadre de référence pour les pratiques professionnelles de l'établissement. Il ne reste qu'un outil théorique utilisé par les stagiaires d'école pour la rédaction de leur rapport de stage.

A la lecture de ce projet d'établissement, nous percevons très bien l'organisation, le fonctionnement, la répartition des personnels et les actions menées dans la structure.

Mais il est plus difficile de cerner la mission de l'établissement, ses objectifs et les stratégies qui y sont menées afin d'atteindre ces objectifs. Ceci explique que nous nous trouvons devant une perte de sens de l'action accentuée par l'arrivée de pathologies différentes qui ébranlent les habitudes de prise en charge.

Pourtant, on ne peut pas dire que l'on manque de projets à l'IME de Lapeyre. Ainsi, chaque professionnel responsable d'un atelier, chaque équipe encadrant un groupe de vie en internat, élabore un projet écrit ou non qui va les guider tout au long de l'année scolaire, une évaluation en est faite en fin d'année qui sert de fondations au projet de l'année suivante. Ces projets sont intéressants et riches de propositions. Ils témoignent d'un certain degré de recherche mais ils restent isolés car ils ne s'inscrivent pas dans une logique globale d'action.

Le projet d'établissement ne jouant plus un rôle fédérateur, il n'est plus utilisé pour faire sens et sous une apparente cohérence institutionnelle, on ne tarde pas à percevoir des situations qui manquent de cohésion. A partir de là, chacun met en place ce qu'il pense être bien fondé pour l'enfant qui lui est confié, c'est la porte ouverte à une rivalité latente, à la rétention d'information, un frein à la circulation de la parole. Chacun n'est plus porteur que de ses propres objectifs, de ses ambitions personnelles ou de sa passivité. Le projet personnalisé de l'enfant ne peut que pâtir de cette situation.

Nous devons retravailler le projet d'établissement afin que chaque professionnel puisse se réapproprier les objectifs et la mission de l'institution en y intégrant les nouvelles orientations nécessaires à l'accueil de ce public récent que sont les jeunes autistes.

1.4.5 Le positionnement de l'IME de Lapeyre : l'opportunité de l'accueil d'enfants autistes, dans une dynamique territoriale.

Sur le Lot-et-Garonne, l'IME de Lapeyre est le seul établissement à recevoir des enfants déficients profonds.

Les enfants accueillis à l'heure actuelle viennent soit de leur milieu familial, soit d'un autre service, principalement de l'hôpital de jour des «Trois rosiers » d'Agen, voire d'un autre IME . Il en existe deux dans le département. Ils reçoivent des enfants et des adolescents présentant une déficience intellectuelle moyenne et uniquement en semi-internat. Il s'agit de :

- L'IMP de Lalande à Bon-Encontre

- L'IMP de Casseneuil à Casseneuil

Tous deux sont gérés par l'ALGEEI.

Ces deux établissements nous adressent des enfants lorsque leur déficience est trop importante pour qu'ils puissent poursuivre la mise en œuvre du projet individualisé et/ou lorsqu'il y a la nécessité d'un accueil en internat. Ces deux dernières structures vont procéder dans le courant de l'année 2004 à l'ouverture de deux services de dix places (un dans chaque établissement), spécialisés dans l'accueil d'adolescents autistes de 12 à 20 ans. Cinq des enfants autistes ou psychotiques reçus à l'IME de Lapeyre font partis du futur effectif de ces services, en raison de données géographiques mais également pour proposer à ces enfants une prestation plus adaptée à leurs capacités, car ils ne présentent pas une déficience profonde. Par ailleurs, la MAS de Tonneins propose un accueil pour des personnes autistes et psychotiques dans une proportion de dix places.

Comme nous pouvons le constater, rien n'est prévu pour les enfants de 3 à 12 ans présentant ce type de pathologie. Aucune structure ne propose de prise en charge quotidienne. L'hôpital de jour des « Trois Rosiers » n'a qu'une capacité de vingt cinq places, uniquement en externat. Il s'y fait essentiellement des prises en charge de quelques heures par semaine par enfant et leur mission n'est pas de faire de l'éducatif mais du soin. L'éducation est de la responsabilité de la famille. Hors, très souvent, les familles de ces enfants qui mobilisent énormément d'énergie, de patience et de compétences ont besoin de relais pour pouvoir faire face.

Ils sont donc orientés par la CDES à l'IME de Lapeyre et rien n'étant prévu dans le département pour leur prise en charge, ils continueront à l'être.

Nous avons pu voir précédemment que ceci n'est pas sans poser de problème à la structure, tant pour les personnels qui ont des difficultés à assumer la mission qui leur est confiée que pour ce qui concerne la qualité du service proposé à ces enfants et à leur famille. De plus, cette situation ne peut que renforcer la démobilitation des personnels, notamment éducatifs, qui ont le sentiment que l'on n'oriente ces enfants dans l'établissement que par défaut, « quand personne d'autre n'en veut ». Cet état d'esprit augure mal les débuts de la prise en charge.

Ceci nous questionne sur les représentations que le secteur médico-social avait de l'IME de Lapeyre. Dans le cours de son histoire, l'établissement avait la réputation d'être « la poubelle du département », nous avons reçu cette assertion avec toute la violence qu'elle contient. Nous pensons que le travail fait dans la structure et l'ouverture de la MAS ont sensiblement modifié cette image, pourtant les conditions d'orientation de certains enfants nous questionnent sur la réactivation de cette image.

Nous aurons à travailler sur le positionnement de la structure dans le département en nous appuyant sur son rôle dans l'accueil des personnes autistes et psychotiques. Par ce levier, nous pourrons influencer sur les représentations attachées à l'institution tant en interne qu'à l'extérieur.

Conclusion de la première partie.

La première partie de notre travail nous amène à faire les constats suivants :

- L'UGECAM d'Aquitaine est une organisation récente qui emploie 1300 salariés et gère 12 établissements et services. Ses valeurs sont héritées de la Sécurité Sociale et sont basées sur la solidarité, l'égalité des chances et sur l'importance d'un service de proximité continu. La mutualisation des outils et des compétences, la création de groupes de réflexion et de groupes projets inter établissements sont précieux pour l'évolution des structures.
- L'IME de Lapeyre est doté de locaux entièrement rénovés qui en font un outil performant, sans qu'il n'y ait d'impact sur le prix de journée. Ceci représente un potentiel important pour la mise en œuvre de nouveaux projets.
- Une grande souplesse existe dans les modes de prise en charge des enfants reçus mais le semi-internat se développe au-delà de l'agrément au détriment de l'internat et la prestation offerte aux enfants autistes et psychotiques ne répond pas à leurs besoins faute de moyens, de connaissances et de compétences spécifiques. L'accueil des enfants polyhandicapés devra être repensé car le nombre de prises en charge ne correspond plus à l'agrément.
- Le personnel est ancien, relativement âgé et donne des signes d'usure. Il est en quête de sens pour repositionner son action dans le cadre de la mission de l'établissement. Il est insatisfait et démuni devant la prise en charge de personnes autistes.
- La place et les relations avec les familles manque d'ancrage, le conseil de la vie sociale bien qu'existant ne remplit pas son rôle de partenaire institutionnel.
- Sur le plan départemental, l'IME a des difficultés à revendiquer une place dans la chaîne institutionnelle, notamment pour ce qui concerne le travail fait avec des enfants souffrant d'autisme ou de troubles apparentés. Les représentations font frein à son inscription dans la dynamique territoriale.

Plusieurs interrogations émergent de ces constats :

- Comment proposer une prestation de qualité à ces enfants autistes et psychotiques qui sont déjà dans l'institution et à ceux qui continueront à y être orientés, ainsi qu'à leurs familles?
- Comment conduire les équipes à se réapproprier la mission et les objectifs de l'établissement, à redonner de la cohérence à leurs actions afin de provoquer une remobilisation et de réactiver la motivation de ces professionnels ?
- Comment faire reconnaître l'IME de Lapeyre comme promoteur d'un service de qualité pour des enfants autistes dans le département et ainsi modifier les représentations encombrantes héritées du passé ?

Il nous faudra restructurer l'IME afin que le travail avec les enfants autistes soit organisé comme un service à part entière doté des moyens qui lui sont nécessaires. Dans le même temps, nous demanderons une modification de l'agrément afin que la capacité d'accueil de l'établissement soit de nouveau en adéquation avec les besoins de la population du département. Nous envisageons un passage en CROSS.

Nous devons mobiliser les ressources humaines sur la réécriture du projet d'établissement en y incluant cette restructuration. Ce qui nous permettra de recentrer les professionnels sur le sens des actions à mener, en clarifiant la mission de l'établissement et en redéfinissant les prestations en fonction de ce public.

Enfin, un travail en lien avec les autres institutions du département qui prennent en charge ce type de population ainsi qu'avec le secteur psychiatrique, la DDASS, la CDES et les collectivités territoriales, nous permettra de faire connaître et reconnaître la qualité des services proposés à l'IME de Lapeyre.

La mise en œuvre de ce projet visant à promouvoir un service de qualité pour l'accueil d'enfants autistes et psychotiques à l'IME de Lapeyre fera l'objet de la troisième partie de ce mémoire. Auparavant, nous allons faire un détour théorique pour approfondir les points suivants :

- L'autisme et sa prise en charge,
- Le projet d'établissement comme cadre des pratiques professionnelles, moyen de fédérer les salariés et comme outil de communication,
- La mobilisation des équipes,
- L'intérêt de l'existence d'une interaction et d'une coordination entre les établissements et services, pour la qualité des prestations proposées aux usagers sur le territoire.

2 - AXES DE REFLEXIONS AUTOUR DE LA PROMOTION D'UN SERVICE DE QUALITE ADRESSE A DES ENFANTS AUTISTES.

Service : du latin servitium, c'est l'ensemble de ce que l'on fait pour être utile à quelqu'un.

Qualité : du latin qualitas, c'est la supériorité, l'excellence dans quelque chose.

Promouvoir : du latin promovere, faire avancer, c'est favoriser le développement, l'essor de.¹

Nous sommes bien dans une démarche visant le développement d'une organisation, d'environnements, de compétences, de moyens, d'outils pour être utile à quelqu'un de manière performante.

Jean René LOUBAT² nous précise qu' « Il convient d'abandonner les intentions par trop lyriques, d'être en mesure par-là même de disposer de moyens techniques et méthodologiques à la hauteur de ses ambitions, de déterminer les compétences nécessaires, de délimiter les diverses fonctions des personnels », mais aussi que³ « Cette nouvelle logique inverse l'ordre des relations : les professionnels gravitant autour du bénéficiaire, faisant des besoins de celui-ci les véritables moteurs du fonctionnement des établissements, bouleversant les pratiques professionnelles en réinterrogeant en profondeur leur méthodologie ». C'est dans ce sens que nous souhaitons faire reconnaître l'existence d'un service pour enfants psychotiques et autistes de l'IME. Une meilleure connaissance de ces enfants et adolescents nous laisse penser que l'on ne peut faire l'économie d'un tel engagement.

Les constats énoncés et les interrogations qui émergent en première partie de ce travail nous amènent à diriger nos réflexions dans trois directions. La première centrée sur l'enfant autiste et sa famille. La deuxième sur le projet d'établissement et la mobilisation des professionnels. La troisième sur les notions de travail en collaboration dans le cadre du territoire.

¹ Le petit Larousse 2003

² Jean René Loubat,- Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale- Edition Dunod-2002-p3.

³ Idem référence 2- p8.

2.1 UNE APPROCHE DE L'AUTISME ET DES PSYCHOSES INFANTILES.

Ces enfants et adolescents accueillis dans l'établissement laissent les professionnels démunis devant une prise en charge complexe et déroutante. Les explosions de colère (?), les comportements hétéro ou auto agressifs, les cris, les pleurs, les stéréotypies, l'absence de langage et de communication provoquent pour les équipes, notamment les équipes éducatives, le sentiment d'être face à un « monde » différent où les représentations, les techniques, les outils et même les investissements affectifs habituels ne « fonctionnent » pas. Une stagiaire disait : « Ces enfants, on a envie de travailler avec eux mais on dirait qu'ils ne veulent pas qu'on les approche, qu'on les aime ».

Nous allons tenter d'y voir un peu plus clair. Pour ce faire, il est nécessaire de prendre connaissance des recherches et des écrits concernant ces pathologies. La documentation est importante et souvent extrêmement spécialisée et nous n'avons pas la prétention de faire un travail exhaustif, mais de trouver des pistes de réflexion.

Nous allons dans un premier temps prendre quelques repères historiques, puis tenter de clarifier ce que sont l'autisme et les psychoses infantiles, répertorier quelques principaux courants et enfin aborder la place des parents et son importance dans la prise en charge de ces enfants et adolescents.

2.1.1 Quelques repères historiques :

⁴ La psychiatrie moderne a été marquée par les travaux d'un auteur allemand de la fin du XIX^{ème} siècle, Emile Kraepelin qui a regroupé un certain nombre de troubles mentaux qui affectaient de jeunes enfants d'un asile, dans un tableau clinique auquel il donne le nom de *démence précoce*. Cette appellation va évoluer avec les travaux d'Eugène Bleuler vers la *schizophrénie infantile*. Ce dernier introduit le terme d'autisme pour désigner la prédominance de la vie intérieure sur la réalité externe et la tendance au retrait qui caractérise la schizophrénie.

Les premiers thérapeutes qui se sont intéressés à l'enfant se sont référés à ce cadre conceptuel et ont décrit des cas de schizophrénie très précoce.

⁴ Roger Misès Philippe Grand - Parents et professionnels devant l'autisme- Edition du CTNERHI 1997
page14

Mélanie Klein⁵ : Dans les années 1930, à une époque où la psychiatrie considérait que seuls les adultes pouvaient être psychotiques, elle accomplit un travail fondateur dans la reconnaissance et le traitement de la psychose infantile sans toutefois la différencier de la schizophrénie infantile, certains cas qu'elle décrit dans ses articles seraient à l'évidence des enfants qui seraient aujourd'hui reconnus comme autistes.

Margaret Malher⁶ : A la même époque que Mélanie Klein, travaille aux Etats- Unis et consacre la plus grande partie de son œuvre à l'identification et à l'étude des *psychoses infantiles* à partir des théories psychanalytiques freudiennes classiques qu'elle a développées. Elle pose l'autisme de la toute première enfance comme normal. Ce serait des perturbations traumatiques survenant à cette période qui fixeraient le développement de l'enfant à ce stade, elle parle alors de *psychoses symbiotiques*.

Léo Kanner⁷ : l'un des fondateur de la pédopsychiatrie aux Etats-Unis a publié en 1943 son observation d'un groupe de onze enfants chez lesquels existent, depuis le début de la vie, une « inaptitude à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations », ce qui les différencie des autres cas décrits jusqu'alors est la précocité des troubles. Ce que Kanner retenait comme traits caractéristiques chez ces enfants étaient :

- Leur isolement autistique extrême,
- Leur désir obsessionnel et anxieux de préserver la constance de l'environnement,
- Le caractère limité de leurs activités spontanées.

Tout en défendant la spécificité de « son » syndrome, *l'autisme infantile*, Kanner le reliait à la schizophrénie infantile, seul diagnostic officiellement admis par la classification psychiatrique américaine jusqu'aux années 70.

Winnicott⁸ : Dans les années 50 utilise le terme de *dépression psychotique* pour évoquer une dépression primitive qui empêche un développement affectif et intellectuel normal. Cette dépression interviendrait suite à des situations de séparation mère/enfant qui provoqueraient un traumatisme chez le nouveau-né. L'autisme se développerait pour lutter contre cette dépression psychotique et la souffrance générée, c'est une forme de défense de protection que l'enfant met en place.

⁹Avec le développement de la psychiatrie de l'enfant, les observations de troubles graves et précoces de l'organisation psychique se sont multipliées.

⁵ Frances Tustin - Autisme et protection - Edition du Seuil page 27

⁶ Frances Tustin - Autisme et protection - Edition du Seuil page 28

⁷ R. Misès P. Grand - Parents et professionnels devant l'autisme - Edition du CTNERHI page 14

⁸ Frances Tustin - Autisme et psychose de l'enfant – Edition Points page 14 et 35

⁹ Idem référence 7 page 15

Une année après Kanner, un médecin autrichien, Hans Asperger a rapporté sous le terme de « *psychopathologie autistique* » son observation de cas analogues à ceux de Kanner.

Dans de nombreux pays dont la France, on s'est montré réticent à la généralisation qui était faite du terme de schizophrénie infantile, on lui a préféré celui, plus général, de psychose infantile pour décrire les troubles graves de l'organisation de la personnalité et l'autisme de Kanner a été rattaché aux psychoses précoces. Les travaux français se sont particulièrement intéressés aux associations des processus psychotiques avec les déficiences mentales ou instrumentales. De ces recherches sont issues les notions de psychoses déficitaires et de dysharmonies évolutives introduites par R. Misès et J.L. Lang.

¹⁰C'est à partir des années 70 qu'un intérêt croissant pour l'autisme infantile s'est manifesté dans plusieurs pays et que le terme a été introduit dans la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 9). A cette période, ce terme a été utilisé de manière extensive aux Etats-Unis, ce qui a donné lieu à une nouvelle édition de la classification psychiatrique américaine, le DSM III et qui a confirmé l'intérêt des spécialistes pour l'autisme en 1981. Dans le DSM III, les affections classées jusqu'alors parmi les psychoses infantiles sont regroupées sous le terme de « troubles envahissants du développement » et décrites comme des « déviations du développement des fonctions psychologiques fondamentales impliquées dans l'acquisition des aptitudes sociales et du langage ».

En 1987 le DSM III est révisé, il ne distingue plus que deux catégories de TED (Troubles Envahissants du Développement) le trouble autistique qui regroupe environ un tiers des cas et le TED non spécifié, catégorie résiduelle, à utiliser quand les critères de l'autisme ne sont pas remplis.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) publiée en 1988 reprend les travaux français. A côté de l'autisme de Kanner et de ses formes atypiques, elle sépare les psychoses déficitaires et les dysharmonies psychotiques.

La dixième édition de la classification internationale des maladies de l'OMS, CIM10 parue en 1993 se rallie à la notion de troubles envahissants du développement mais distingue la catégorie autisme atypique faisant là référence aux cas associés à un retard mental profond. Elle introduit aussi la notion de Syndrome d'Asperger pour les cas de troubles autistiques sans déficience mentale ni retard de langage.

Le DSM IV paru en 1994 se rapproche nettement de la CIM 10 et les troubles envahissants du développement se regroupent désormais en cinq catégories.

Ces quelques points de repères dans le temps témoignent que par delà les querelles de mots, les alignements de textes, c'est la conception même de l'autisme qui s'est modifiée.

Un tableau répertorient l'essentiel de ces classifications est proposé en annexe 4.

¹⁰ Idem référence 7 page 16

2.1.2 Que sont l'autisme et les psychoses infantiles ?

Frances Tustin nous donne cette définition de l'autisme¹¹ : « autisme signifie littéralement que le sujet vit en fonction de son propre - soi -. Pour l'observateur, un enfant autistique paraît centré sur lui-même puisqu'il montre peu de réactions au monde extérieur. Cependant, ce qui peut sembler paradoxal c'est que l'enfant qui est dans cette situation a très peu conscience d'être un – soi-. »

Frances Tustin considère, comme l'a développé Margaret Malher, que l'autisme de la première enfance est un état normal. Ces phénomènes autistiques normaux seraient des sortes de sensations issues de dispositions innées qui ne sont pas encore la perception du monde extérieur mais qui peuvent y aboutir si les conditions nécessaires sont réunies. Winnicott utilise l'expression de « soins maternels suffisamment bons » pour définir les conditions nécessaires au nourrisson pour sortir de cet état d'autisme normal. Ces soins maternels constituent un nourrissage satisfaisant qui va bien au-delà de l'apport de nourriture mais qui y inclut toutes les stimulations affectives, sensorielles, motrices et cognitives. En l'absence de ce nourrissage ou, ce qui est plus fréquent, s'il est mal adapté ou si l'enfant ne peut l'utiliser (à cause d'un blocage, d'un traumatisme ou d'un déficit qui l'empêche de le recevoir), l'enfant reste ou régresse à un stade où il est dominé par la sensation. Le développement de ses fonctions affectives et cognitives s'arrête ou se détériore. Frances Tustin nous dit que l'autisme normal est un état antérieur à la pensée alors que l'autisme qu'elle qualifie de pathologique en opposition au premier est un état qui s'oppose à la pensée.

Claude Bursztejn ¹²nous décrit l'autisme comme un syndrome qui associe de manière systématique des troubles des interactions sociales, des anomalies du langage (voire son absence) et des jeux symboliques (faire semblant) ainsi que des conduites répétitives stéréotypées. Pour lui, l'autisme et les psychoses infantiles relèvent plus certainement du champ des troubles majeurs de la personnalité que de troubles envahissants du développement. En effet, dans le syndrome autistique et les psychoses infantiles, sont affectés à la fois, la constitution de l'identité du sujet et ses rapports à la réalité extérieure.

Cette vision permet de réintroduire la dimension psychopathologique que nient les différentes classifications basées sur la notion de troubles envahissants du développement, qui passent sous silence les accès d'angoisse intense et les conduites d'auto mutilation. Pourtant ceci pose de graves difficultés dans la prise en charge de ces enfants et ces manifestations sont vécues par les personnes qui les côtoient au quotidien comme l'expression d'une grande souffrance psychique.

¹¹ Frances Tustin - Autisme et psychose de l'enfant - Edition Points page 11

¹² Claude Bursztejn - Parents et professionnels devant l'autisme - Edition CTNERHI page 21

Depuis quelques années la notion de trouble cognitif a été opposée à celle de trouble mental, des recherches ont tenté d'identifier les particularités, chez les autistes de processus impliqués dans la communication, le traitement de l'information sensorielle, le raisonnement, l'utilisation des symboles.¹³ Ces données constituent des éléments utiles à la compréhension du processus pathologique et à la prise en charge des personnes autistes et psychotiques. « Pourtant la mise en évidence de troubles cognitifs ne s'oppose pas à la notion de trouble mental : les modèles psychopathologiques actuels des psychoses impliquent d'ailleurs des troubles des processus de symbolisation et du fonctionnement de la pensée. »

Howard Buten¹⁴ déclare : « Les personnes autistes éprouvent certes des émotions, mais elles les ressentent de la même manière qu'elles vivent leur existence en général : d'une manière sensorielle, viscérale, directe. Mais les émotions en soi ne font pas d'elles des êtres sociaux.... Il faut pouvoir éprouver aussi des sentiments. La plupart des autistes réduits à leurs propres moyens ne connaissent pas la honte, la fierté, l'amitié, l'empathie, la compassion, l'orgueil ni la générosité. Les sentiments se distinguent des émotions par leur composante intellectuelle, à l'opposé de la nature physique et viscérale des émotions. C'est bien pour cela, d'ailleurs, que les sentiments sont plus rares chez l'autiste que les émotions ».

Nous allons voir maintenant quelques aspects cliniques de l'autisme et des psychoses infantiles décrites par Roger Misès¹⁵.

L'autisme : Dès la seconde année de la vie l'isolement extrême constitue l'élément central associé à un aménagement particulier de l'espace et des activités.

L'isolement est très évocateur, quel que soit le comportement de l'enfant, passif ou agité, il frappe par son désintérêt total, son indifférence aux sollicitations d'autrui. Les autres, enfants ou adultes, sont littéralement effacés, il ne leur accorde pas plus d'intérêt qu'il ne le ferait pour des objets inanimés.

Ceci diffère d'un manque d'intérêt ou d'un pur déficit. Il ne communique pas plus par la parole (absence de langage ou langage inadapté n'ayant pas valeur de communication) que par des mimiques ou des gestes, ses mouvements émotionnels ne sont pas adaptés au contexte, sa compréhension des expressions verbales ou non verbales de l'entourage est très réduite. Le contact forcé est vécu comme une intrusion intolérable. Le repli a une valeur protectrice devant l'anxiété générée par l'environnement. Le personnage que l'enfant touche ou manipule n'est pas envisagé comme une personne saisie dans son intégralité mais comme un objet présentant un intérêt par une partie de son corps (la bouche, les mains) ou par un détail de ses vêtements (bouton, poche ou dessin sur le tissu).

¹³ Idem référence 12 page 25

¹⁴ Howard Buten - Il y a quelqu'un là dedans - Edition Odile Jacob pages 43-44

¹⁵ Idem référence 12 page 31 à 43

Les perturbations des échanges par le regard sont la règle et sont repérées très tôt par la mère lors de la tétée. L'absence de réaction aux appels et sollicitations sonores directes peuvent faire évoquer le diagnostic de surdité si un bruit plus discret ne suffisait à faire retourner cet enfant. Les modifications de la sensibilité à la douleur avec une élevation du seuil de tolérance sont également répandues.

L'immuabilité est un trait clinique complémentaire des précédents. Elle est caractérisée par le besoin irrépressible d'établir et surtout de maintenir des repères dont la stabilité fait l'objet de vérifications diverses et répétées. Toute tentative pour modifier les éléments significatifs d'un espace peut entraîner des réactions d'anxiété majeure, explosion de colère sidération, automutilation, violence.

Les stéréotypies et les rituels s'associent aux manifestations précédentes. Dans les formes les plus graves ou la communication est presque totalement coupée l'enfant développe des gestes stéréotypés. Parfois s'organisent des activités plus complexes tantôt à travers des vérifications évoquées plus haut, tantôt dans des manipulations étranges et sophistiquées.

Certaines formes de l'autisme infantile se distinguent par leurs survenues plus tardives, au-delà de trois ans et par un tableau clinique qui ne rassemble pas l'ensemble des traits significatifs, bien que le retrait autistique en constitue l'élément central.

Théo Peeters¹⁶ affirme que la d ficiance mentale est souvent présente en même tant chez les enfants atteints d'autisme. Ils sont de modérément à sévèrement déficients mentaux, 60% d'entre eux auraient un QI inférieur à 50.

La différence entre l'autisme et les psychoses déficitaires est très difficile à cerner, les pédopsychiatres rencontrés pour ce travail n'ont pu nous apporter d'informations très claires, compréhensibles par un néophyte. Voyons maintenant ce que nous dit Roger Misès des psychoses infantiles.

Les Psychoses déficitaires : Elles sont situées dans ce cadre des psychoses précoces entraînant de graves troubles dans l'organisation des fonctions cognitives et instrumentales.

R. Misès et J.L.. Lang précisent dans les années 70 que ces formes impliquent d'une manière fondamentale et d'emblée l'intrication des composantes psychotiques avec une atteinte intellectuelle de gravité indéniable. Le retrait présenté est moins massif que dans l'autisme et les difficultés de communication sont d'origine complexe, car, aux composantes de la psychose s'additionnent les déficits intellectuels et instrumentaux.

¹⁶ Théo Peeters - L'autisme, de la compréhension à l'intervention - Editions Dunod page 11

Les troubles de l'alimentation : ils sont très fréquents, quelquefois associés à des vomissements répétés, ils apparaissent souvent d'une manière élective vis à vis de la mère de l'enfant. Ils sont concomitants aux premiers signes d'anxiété et aux premiers troubles dans l'établissement des relations.

Les troubles du sommeil : ils font alterner des phases d'insomnie calme avec des périodes d'agitation intense où l'enfant hurle et se débat sans que l'on puisse le calmer.

Les troubles sphinctériens : l'énurésie et l'encoprésie s'inscrivent dans un retard étendu des apprentissages mais témoignent aussi de troubles importants dans l'organisation de la personne qui vont au-delà d'une simple déficience mentale. Ils rythment les périodes évolutives et les phases de débordement par les angoisses. La notion de «propreté » n'étant jamais acquise définitivement.

Les troubles du langage : le langage ne s'organise que très tardivement, au-delà de l'âge de trois ans. L'enfant utilise alors des mots isolés, des mots-phrases, des phrases à l'infinitif, avec une indifférenciation des pronoms personnels. Un peu plus tard interviennent les répétitions ritualisées de mots déformés et incompréhensibles, les phases de mutisme, les soliloques. Dans des périodes de crise peuvent apparaître des altérations qui traduisent une altération du cours de la pensée telles que le télescopage ou les réponses différées.

L'automutilation : elle est très fréquente et dans quelques cas graves peut dominer la symptomatologie. Les actes auto-agressifs se produisent très souvent d'une manière élective dans la relation avec l'adulte, soit à l'occasion d'une frustration imposée, soit au moment de la séparation.

Ces enfants présentent également des troubles psychomoteurs s'inscrivant dans un registre psychotique : les stéréotypies, le parasitage de la gestuelle et des mimiques, les difficultés à appréhender les distances dans la relation à autrui. Ceci est souvent contemporain de troubles de la conduite avec des phases alternées de grande agitation anxieuse (ou l'enfant à des colères explosives, des conduites immotivées et étranges, des lubies) et de période de retrait. Au cours de l'évolution, les phobies et surtout les rituels interviennent efficacement pour contenir ces débordements anxieux.

Comme nous pouvons le voir, les descriptions de l'autisme et de la psychose déficitaire sont très proches. Nous notons toutefois que dans l'autisme, le retrait est plus massif, coupant littéralement l'enfant de son environnement sans périodes d'alternance comme chez l'enfant psychotique. De plus, le langage est plus souvent présent en cas de psychose et même sous une forme rudimentaire très pauvre. Il peut servir à solliciter l'environnement, du moins par période. L'enfant autiste n'acquiert généralement pas le langage et si c'est le cas, il ne l'utilise pas comme outil de communication mais comme un moyen de provoquer des sensations. Dans la situation qui nous concerne à l'IME de Lapeyre, nous recevons essentiellement des enfants qui correspondent à ces deux tableaux cliniques, de plus ces enfants présentent un lourd déficit.

Ceci rend extrêmement difficile la différenciation des pathologies, c'est pourquoi nous les associons le plus souvent car notre objectif n'est pas de poser un diagnostic mais de réfléchir aux moyens à mettre en place pour la prise en charge de ces enfants, moyens qui, nous semble-t-il ne peuvent qu'être très proches.

Pour compléter ce rapide tour d'horizon, nous citerons trois types de psychoses infantiles évoquées par R. Misès¹⁷.

Les dysharmonies psychotiques : ces enfants sont moins touchés initialement que les précédents, même si les perturbations sont très précoces elles ne prendront sens que rétroactivement dans l'anamnèse. « Ils apparaissent menacés de rupture dans leurs rapports à la réalité, ils sont touchés dans leurs capacités de différenciation soi/non soi, dans la maîtrise des supports de la pensée. Néanmoins, ils disposent de capacités adaptatives qui leur permettent de conserver des liens avec autrui, même s'ils le font sur un mode partiel, discontinu, électif, en privilégiant le maintien d'une relation duelle, archaïque. » Le tableau clinique décrit par R Misès n'apparaît de manière évidente qu'à partir de deux à trois ans par des manifestations inquiétantes comme des terreurs nocturnes répétées qui ne cèdent que difficilement à la présence de l'adulte, des phobies avec mesures d'évitement et panique déclenchées par un lieu, un objet ou une activité, des cérémoniaux complexes et étranges contraignants pour l'entourage, etc.

Les psychoses dysthymiques : Elles se situent dans le cadre des dysharmonies psychotiques mais les troubles de l'humeur associant dépression et excitation occupent une place centrale. L'envahissement par les affects dépressifs, le repli sur soi, le ralentissement idéique alternent rapidement avec des phases d'excitation, des accès d'agitation, des phénomènes de débordement.

Les psychoses de type schizophrénique : Elles sont très rares au cours de l'enfance. Le début au-delà de l'âge de quatre ans et parfois seulement à la puberté se fait soit progressivement, soit au cours d'un épisode aigu, chez un sujet considéré jusque là comme normal ou peu perturbé. « Dans ces processus dominant la discordance, la dissociation, la désorganisation de la vie mentale, la perte des capacités adaptatives avec parfois des manifestations délirantes qui peuvent venir au premier plan. »

2.1.3 Principaux courants, principaux modèles :

Nous allons tenter maintenant de recenser rapidement les principaux courants de pensée qui ont apporté un éclairage sur les mécanismes à l'œuvre dans l'autisme et les psychoses infantiles.

¹⁷ Roger Misès Philippe Grand - Parents et professionnels devant l'autisme – Edition CTNERHI Pages 39 à 43

Il a souvent été tenté d'opposer ces différents courants dans un souci de polémique et dans un contexte de « querelles de clochers », nous ne souhaitons pas prendre position dans ce travail sur ces controverses. Notre objectif est de découvrir différents modèles qui préconisent des procédures ou des positionnements qui puissent nous aider dans l'élaboration de démarches et d'outils utilisables dans notre structure, dans la prise en charge de ces enfants qui nous sont confiés.

Modèle psychanalytique¹⁸ : Ce modèle vise à repérer certains mécanismes présents chez l'enfant autiste ou psychotique afin de pouvoir mener des actions thérapeutiques et éducatives auprès de ces derniers. Il apporte un support théorique qui aide à la compréhension des modalités relationnelles de l'enfant autiste pour y adapter les interventions.

- Un point important du fonctionnement de ces enfants est constitué par l'importance accordée à la notion « d'autosensorialité ». Celle-ci est marquée par la fascination qu'exercent sur l'enfant certaines sensations, l'objet producteur de sensations est alors quasiment identifié à la zone corporelle stimulée. Chaque sens s'attachant de façon dissociée à un objet de stimulation différent, l'enfant perd le sens de l'objet total comme lieu de sensations différentes et son psychisme est écartelé entre une multitude d'événements sensoriels juxtaposés et non coordonnés. Ceci est aisément repérable chez de jeunes enfants autistes qui peuvent s'absorber de longs moments dans des sensations visuelles ou auditives.

- L'enfant peut s'éprouver comme dépourvu de monde intérieur et se vivre comme une surface sensible dans un monde plat où l'intérieur et l'extérieur ne sont pas différenciés. Dans un système de ce type, l'enfant peut avoir des réactions de collage à autrui ou d'utilisation du corps de l'autre comme un prolongement de son propre corps, sans avoir conscience de l'existence propre de cet autre.

- Chez l'enfant présentant un syndrome autistique, la surface et l'intérieur du corps sont investis d'une manière spécifique, la surface corporelle ne semble pas être source de plaisir, au contraire elle est vécue comme porteuse de trous et de discontinuités, sources d'angoisses. L'intérieur du corps n'est investi et utilisé que d'une manière partielle aboutissant à des clivages prenant diverses formes, on parle d' « hémiplégie autistique » d'autres enfants ignorent la partie inférieure de leurs corps et l'usage de leurs jambes.

¹⁹Chez les enfants psychotiques ce mécanisme de clivage consiste à scinder le moi et les objets avec lesquels celui-ci est en rapport en bons et mauvais objets.

¹⁸ Pierre Ferrari Professeur de psychiatrie à Paris - Parents et professionnels devant l'autisme – Edition CTNERHI Pages 76 à 80

¹⁹ Pierre Ferrari –Idem référence 18 Page 80

Ainsi, les expériences vécues par l'enfant sont radicalement séparées en expériences bonnes et en expériences mauvaises, ce qui aboutit à une rupture radicale du vécu qui ne peut être appréhendé dans les nuances de la réalité, l'enfant est alors sujet à des phobies et/ou des obsessions envahissantes.

L'objectif de travail avec cet enfant est de l'accompagner dans l'élaboration d'un monde intérieur et d'une vie mentale qui va le dégager progressivement de l'autosensorialité. «²⁰L'aménagement de cet espace psychique n'est possible que si le milieu thérapeutique dans lequel se trouve l'enfant peut assurer une - fonction contenant - , cette fonction suppose de la part du soignant (infirmier, éducateur, etc.) une réelle capacité d'accueillir, de contenir, de vivre les émotions primitives très inorganisées, ressenties par l'enfant, de les verbaliser et de leur donner un sens pour les lui restituer sous une forme assimilable par lui. Ce n'est que lorsqu'il aura éprouvé dans l'adulte la capacité de contenir ses émotions que l'enfant pourra, secondairement, reprenant à son compte cette capacité de contenance, constituer son espace psychique propre et organiser sa vie émotionnelle. »

Cette évolution de l'enfant s'accompagne de modifications dans le comportement qui ont des implications dans la prise en charge :

- La surface de la peau et les orifices corporels deviennent source de plaisir.
- Il s'établit une relation très étroite, de quasi-exclusivité avec l'adulte, ce qui est très éprouvant pour les équipes de professionnels.
- L'enfant a des exigences tyranniques et d'intenses angoisses lorsque l'interlocuteur privilégié s'éloigne, il est alors peu sensible aux paroles de réassurance venant d'autres personnes.

La personne partie est pour lui anéantie, peu à peu en construisant une représentation de la personne absente, ce qui est appelé « objet interne », il pourra accepter la séparation.

- L'enfant pourra alors accéder à des activités symboliques telles que les premiers mots ayant valeur de communication, des jeux de faire semblant, d'imitation etc.. Il pourra découvrir l'activité de penser.

«²¹ Un point essentiel de la visée thérapeutique va donc être d'aider l'enfant autiste ou psychotique à reconnaître l'existence de l'autre dans son altérité et notamment comme un être pourvu d'intentionnalité et de pensée. »

Cette démarche est longue et coûteuse en temps et en énergie, elle est également tributaire des capacités intellectuelles de l'enfant, Frances Tustin dit qu'un important déficit intellectuel chez un enfant autiste ou psychotique entrave jusqu'à le mettre en péril, le processus d'aide engagé.

²⁰ Pierre Ferrari – Idem référence 18 Page79

²¹ Idem référence 20 Page 80

Modèle cognitiviste²² : Certains auteurs ont émis l'hypothèse qu'il existerait un déficit cognitif de base comme cause première de l'autisme. Les troubles relationnels n'apparaissent que secondairement à ce déficit.

U. Frith conclut, à partir d'un ensemble d'observations, que les enfants autistes vivraient dans un monde fait d'expériences spatiales fragmentées et sans cohésion et dans un monde langagier dépourvu de sens et de cohérence. L'enfant autiste montrerait un grand détachement vis à vis de l'environnement social du fait de son incapacité d'organiser ses perceptions en un tout cohérent.

Dans le domaine de la sensorialité, les chercheurs cognitivistes font les mêmes observations que les auteurs d'inspiration psychanalytique, sans en faire la même interprétation. Ils rattachent la fascination éprouvée pour les expériences sensorielles (ainsi que leur fragmentation) par ces enfants à un dysfonctionnement de l'attention.

Certains chercheurs en sciences cognitives ont émis l'hypothèse que l'enfant autiste ne posséderait pas de - théorie de l'esprit -. «²³ Il faut entendre par-là, l'ensemble des processus par lesquels chacun postule chez autrui, à partir de l'observation des comportements externes, l'existence d'états d'esprits internes. Le fait de posséder une théorie de l'esprit rend chacun capable de trouver le sens de ce que fait autrui et, dans une certaine mesure, de prédire ce que cet autre fera ensuite ».

Ces chercheurs rapprochent cette incapacité à décoder les états émotionnels chez ces enfants, de l'incapacité qu'ils éprouvent dans les jeux de faire semblant et dans la communication par le regard. Théo Peeters²⁴ dit qu'ils ne peuvent rajouter du sens à ce qu'ils perçoivent concrètement, ils ont des difficultés «à lire les visages », à déceler les émotions. « Si les enfants atteints d'autisme n'arrivent pas à reconnaître les émotions , c'est qu'ils ont moins la faculté d'aller au-delà de l'information donnée. Ina Van Berckelaer-Onnes appelle cela " une vie à la lettre". »

Le programme Teacch fait partie de ce modèle cognitiviste, il est l'un des plus connu et se développe maintenant très largement en France

« ²⁵Le programme de la Caroline du Nord pour le traitement et l'éducation d'enfants autistes ou ayant des handicaps de la communication apparentés, TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicap Children) est le seul programme universitaire à la dimension d'un état pour cette population aux Etats-Unis, le Teacch a été institué dans la période suivant immédiatement la Deuxième Guerre mondiale. »

²² Pierre Ferrari – Parents et professionnels devant l'autisme- Edition CTNERHI Pages 82 à 85

²³ Idem référence 22 Page 84

²⁴ Théo Peeters – L'autisme. De la compréhension à l'intervention Edition Dunod Page 29

²⁵ Eric Schopler – Parents et professionnels devant l'autisme- Page 191

Ce programme a été mis en place dans une totale réaction aux méthodes d'inspiration psychanalytique employées par les professionnels de la santé mentale à cette époque, les parents se plaignant que ces derniers les aient accusés d'être à l'origine de l'autisme de leur enfant.

Le fondateur de ce programme, Eric Schopler, a mis au point un test qui permet l'évaluation de l'enfant selon trois critères : la réussite, l'échec et l'émergence de la capacité. Le programme éducatif individuel sera alors bâti sur ces capacités en émergence. La collaboration entre les parents et les professionnels est mise en place dans toutes les phases du programme. Un enseignement structuré est utilisé en insistant sur l'usage de stimulations et de repères visuels. Les parents sont inclus dans cette démarche éducative et emploient à leur domicile les mêmes outils afin notamment de diminuer les comportements gênants et de pouvoir accéder avec leur enfant à un meilleur niveau de vie sociale. Les parents deviennent les co-thérapeutes de leurs enfants et au cours du déroulement du programme éducatif individuel, ils sont tour à tour formateurs et formés par les professionnels. Ceci implique également un soutien émotionnel mutuel entre parents et professionnels.

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

Le professeur Bernadette Rogé²⁶ résume les objectifs et les outils du programme TEACCH comme ceci : « Eduquer un enfant autiste suppose d'abord que l'on donne du sens à son environnement, que l'on rende clair et explicite ce qui est obscur, que l'on indique la voie dans un dédale d'informations incohérentes. Structurer l'espace et le temps, clarifier les tâches en les adaptant, en les fractionnant et en les organisant, concrétiser une consigne et une indication par le biais d'un repère visuel, c'est conférer du sens à l'information et c'est permettre à l'enfant d'apprendre et d'aimer apprendre. ...C'est aussi fournir des outils d'adaptation et de communication, et c'est ainsi donner l'impulsion pour accéder au partage des expériences sociales et à l'intégration. En somme, privilégier les apprentissages chez une personne qui spontanément ne le ferait pas, c'est ouvrir la perspective d'un projet de vie dans lequel il y a place pour l'autonomie et la participation. »

Il existe d'autres courants de pensée qui proposent des modèles d'approche du syndrome autistique et des psychoses infantiles. Ces modèles basés sur des études scientifiques sont encore en devenir et sont très difficiles d'accès par les connaissances qu'ils demandent, nous ne ferons que les citer dans cette réflexion.

Modèles neurobiologiques²⁷ : Les recherches dans le domaine neurobiologique, orientées vers des directions différentes, s'appliquent à chercher une étiologie somatobiologique à l'autisme.

²⁶ B. Rogé dans la préface du livre de T. Peeters, Idem référence 24.

²⁷ Idem référence 22 Pages 85 à 89.

Il est intéressant de pouvoir mettre en lien les facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques car tous ces facteurs semblent être en inter-action dans l'émergence d'un processus psychotique.

Génétique des psychoses infantiles : Certains laboratoires de recherche en biologie moléculaire tentent d'isoler des gènes susceptibles d'intervenir dans la génétique de l'autisme. De nombreuses recherches portant sur des jumeaux monozygotes s'attachent à mettre en évidence l'existence de facteurs génétiques dans l'autisme. Ces recherches n'ont pu produire à l'heure actuelle de résultats fiables.

Les études biochimiques : Diverses études ont été menées, portant notamment sur la recherche d'anomalies du métabolisme des monoamines neurotransmettrices. Ceci n'a pu, à ce jour permettre de dégager un modèle chimique unique applicable à l'autisme et aux psychoses infantiles.

Les études neuro-anatomiques : De nombreux chercheurs se sont attachés à essayer de détecter l'existence d'anomalies cérébrales anatomiques. Ces recherches utilisant les techniques d'imagerie cérébrale (scanner, IRM, etc.) n'ont pu mettre en évidence une lésion particulière qui pourrait être considérée comme spécifiquement associée à l'autisme.

En conclusion nous pourrions dire avec Pierre Ferrari que «la multiplicité de ces recherches et la variété des champs dans lesquels elles se sont développées viennent rappeler que toute compréhension de l'autisme et des psychoses infantiles ne peut se faire que dans un esprit pluridisciplinaire ouvert et tolérant. » Cette assertion ne peut qu'être reprise pour offrir à ces enfants un accueil de qualité dans notre établissement.

2.1.4 La famille, un partenaire prépondérant dans la prise en charge d'enfants autistes et psychotiques.

La présence des familles s'est progressivement affirmée au fur et à mesure de l'évolution des institutions. L'utilisateur est de plus en plus positionné au centre du dispositif comme en attestent les textes légaux, les réglementations et comme le développent de nombreux auteurs. Majoritairement l'utilisateur principal n'est pas l'interlocuteur direct et premier pour la prise de décision, étant soit mineur, soit majeur protégé, il est fait référence à son représentant légal. Pour le plus grand nombre, il s'agit des parents. Dans l'accueil d'enfants autistes et psychotiques n'étant pas aptes aux prises de décisions les concernant, nous nous devons d'associer la famille à la vie institutionnelle concernant leur enfant. Ceci non seulement dans un souci de mise en conformité mais également en ayant en visée la production d'un service de qualité pour ces enfants.

Quelques dates nous donnent des repères quant à l'évolution de la place de la famille dans les prises en charge assurées par notre secteur d'intervention :

- La loi du 30 juin 1975 affirme la reconnaissance des droits fondamentaux des usagers, notamment par leur expression individuelle et collective.

- Elle prévoit l'institution des conseils de maison qui donnent leur avis sur toute question concernant le fonctionnement des établissements.
- La loi du 6 juin 1984 et le décret du 23 août 1985 rappelle le droit des familles et modifient les articles du code de la famille et de l'aide sociale sur :
 - l'information des usagers : accès au dossier, droit d'être accompagné ;
 - le droit des familles d'être associée à toutes décisions concernant l'enfant
- la réforme des annexes XXIV, instaure de nouveaux rapports entre les usagers et les institutions augurant l'évolution du secteur social et médico-social.

Le décret 89-798 du 27/10/89 précise dans l'article 3 : « La famille doit être associée à l'élaboration du projet individuel [...] Les parents sont saisis de tout fait ou toute décision relevant de l'autorité parentale. »

Le point II de la circulaire 89-17 du 30/10/89 complète : « La famille doit être informée. La famille doit être associée. La famille doit être soutenue. Les contacts avec la famille doivent être maintenus et favorisés.

Ces dispositions précisent le rôle des parents, il n'est pas circonscrit au choix d'un établissement, il s'exerce dans le cadre de la prise en charge pour tout ce qui concerne l'enfant et à tout moment. L'institution se doit de les soutenir et de favoriser toute collaboration.

- Le décret 91-1415 du 31/12/91 établit le conseil d'établissement qui remplace le conseil de maison, c'est une reconnaissance de la capacité participative des usagers et des familles et de leur droit à la parole. Les usagers et les familles pourraient devenir des partenaires pour l'institution en constituant une réelle force de proposition.
 - Dans le champ qui nous intéresse aujourd'hui le point II de la circulaire 95-12 du 27 avril 1995 sur la prise en charge des enfants, adolescents et adultes autistes, il est constaté que : « les problèmes spécifiques des familles de sujets autistes (information sur le diagnostic et sur les prises en charges, soutiens, actions de partenariat) sont également trop rarement pris en compte » ce qui fait ressortir l'importance de ces actions en direction des familles.
 - La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :
 - Art 311-3 7° « La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».
 - Art. 311-6 « Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. »
- La loi 2002-2 confirme la participation à titre individuel ou collectif de l'utilisateur et des familles à la vie et aux choix institutionnels.

Le livret d'accueil constituera le premier outil d'association des familles à la prise en charge institutionnelle, en diffusant les prestations proposées dans la structure, l'orientation pourra se faire d'une manière éclairée. La contractualisation en fixant les droits mais aussi les devoirs de chacun des partenaires permettra un engagement réciproque entre l'institution et l'utilisateur (voire la famille en cas d'impossibilité) son objet est l'offre d'une prestation de qualité et son objectif la mise en place des conditions et des moyens nécessaires pour la prise en charge globale d'une personne « sujet de droit » et non plus simplement objet de soins ou d'actions.

L'association de la famille dans le cadre de la prise en charge de l'enfant autiste ou psychotique est prépondérante. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, nous avons affaire à une personne qui a une vision parcellaire et angoissante de son environnement.

Il ne trouve le plus souvent aucune cohérence à ce qui lui arrive, à ce que nous faisons pour lui ou avec lui, quand nous disparaissions de sa vue nous n'existons plus. Que se passera-t-il s'il ressent des tensions, des rivalités, des contradictions entre son milieu familial et l'institution qui l'accueille ?

Jean René Loubat²⁸ nous dit : « Chaque partenaire de l'environnement agit dans la sphère personnelle et culturelle d'un individu, vouloir agir seulement auprès de l'utilisateur, enfant, adolescent, voire adulte, c'est prendre le problème à l'envers. La famille n'est pas un partenaire comme un autre mais un partenaire génétique qui a des liens essentiels et privilégiés avec l'utilisateur. Un projet établi pour l'utilisateur sans le soutien et les apports de la famille ne peut réussir qu'à placer l'utilisateur dans un "double lien". »

Le partenariat avec les parents d'enfants autistes et psychotiques s'impose maintenant à toutes les équipes soignantes ou éducatives. Les parents sont dépositaires de l'histoire de l'enfant et l'intervention qui vise à inscrire cet enfant dans son histoire et à l'aider à s'approprier cette histoire, est tributaire de l'apport inestimable représenté par les souvenirs de ses proches. Jacques Hochmann²⁹ affirme : « Un tel récit, qui porte aussi bien sur le présent que sur le passé (celui de l'enfant comme celui des parents eux-mêmes) permet de tisser une sorte de légende originaire où les symptômes s'articulent les uns avec les autres et trouvent un sens. Pour que cette mise en histoire soit possible, il est nécessaire d'établir avec les parents un climat d'entraide et de confiance mutuelle. » Ceci permettra de dépasser le stade des interrogations répétées sur les causes et les responsabilités qui viennent alimenter un sentiment de culpabilité dévastateur pour les parents.

²⁸ J. R. Loubat –Elaborer son projet d'établissement social et médico-social – Edition Dunod Page 221

²⁹ Jacques Hochmann , professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Lyon– Parents et professionnels devant l'autisme – Edition CTNERHI Page 339

Pour travailler avec les parents d'enfants autistes et psychotiques, il s'agit de définir ce que chacun attend et ce que chacun peut apporter. La notion de contrat préconisé par la loi 2002-2 prend ici toute sa mesure. Jacques Constant³⁰ se positionne ainsi : « Pour établir un contrat qui va transformer les rapports parents/professionnels en un espace d'élaboration commune, il me semble utile de partir du constat des effets de la pathologie sur tous les adultes (parents, enseignants, éducateurs, médecin). Les enfants autistes sont des handicapés-handicapants.

Ces enfants incapables sur beaucoup de plans, sont capables de nous rendre incapables, capables de faire douter d'abord leurs géniteurs sur leurs capacités à devenir parents, capables de faire douter leur médecin, les équipes soignantes sur leurs capacités à être thérapeutes et capables de faire douter les éduquants et les équipes pédagogiques sur leurs capacités à être des éducateurs ou des instituteurs. » Si l'on accepte ce point de vue, si chacun peut verbaliser ses difficultés, on peut alors désamorcer les reproches, les accusations, les réactions d'impuissance mutuelle qui génèrent vite de la rivalité et un manque de confiance.

Pour clore ce chapitre, écoutons ce que les parents peuvent dire de leurs attentes. Béatrice Franc³¹ dit : « De ces rencontres avec les professionnels, les parents espèrent un échange d'expérience et de questions à se poser. Ils attendent non seulement qu'on les aide à trouver la manière de s'y prendre avec cet enfant, mais aussi que leurs approches intuitives et leur expérience au quotidien soient entendues et prises en compte.[...] Nous voulons, nous parents, soulager et éduquer notre enfant. Une maman disait : Je veux y être pour quelque chose si cela va mieux. »

Nous ne pouvons que nous ranger aux côtés de J.R. Loubat³² qui préconise de placer la famille en situation d'expert, pour cela les éducateurs doivent admettre que deux savoirs valent mieux qu'un et qu'ils ont besoin des compétences de la famille.

2.2 LA NECESSAIRE MOBILISATION DES PERSONNELS.

Il nous semble nécessaire d'observer l'IME en tant qu'organisation afin d'avoir un premier éclairage pour trouver des leviers qui nous permettront d'agir sur la mobilisation des salariés tout en favorisant leur motivation.

Prenons la définition de J.M. Miramont³³ « Toute organisation est une combinaison relativement stable d'éléments humains et matériels pour atteindre certains objectifs.

³⁰ Jacques Constant, médecin-chef de secteur psychiatrique infanto-juvénile de Chartres . Référence Idem référence 29 Page 149

³¹ Béatrice Franc Parent – Vice-présidente de la Fédération Française Sésame Autisme Rhône-Alpes Référence Idem référence 29 Page 437.

³² Idem référence 28 Page 230.

Il n'existe pas d'organisation a priori, mais uniquement par rapport à un ou plusieurs objectifs. » On voit bien l'importance du facteur humain qui fait dire à M.Crozier que diriger une organisation, c'est davantage gouverner les hommes qu'administrer les choses. Définir des objectifs clairs qui donnent du sens aux actions individuelles dans un souci de cohérence participe au bon fonctionnement de l'organisation.

En effet, naturellement aucun individu n'accepte d'être considéré comme un moyen au service de l'organisation, il a ses propres buts, ses propres projets dans cette organisation et il mobilisera une part importante de son énergie à poursuivre ses buts malgré les contraintes organisationnelles qui pèsent sur lui. M. Crozier et E. Friedberg, dans leur livre « L'acteur et le système », considèrent l'organisation comme un ensemble de rôles, chaque individu est acteur et possède une marge de manœuvre limitée par le cadre institutionnel mais aussi par les stratégies des autres acteurs. J.M. Miramont³⁴ nous dit : « Pour exercer sa liberté au mieux de ses intérêts, l'acteur interprète les règles et les contraintes organisationnelles. Cette capacité lui confère des rôles et une autorité d'autant plus importante que l'acteur se révèle en mesure de répondre à une fragilité, ou une incertitude de l'organisation. »

Nous considérons l'IME comme une organisation où doit être assurée la coordination des actions individuelles afin de retrouver une certaine cohérence dans le fonctionnement et que soit remplie la mission qui nous est confiée. Pour réussir à redonner vie à un travail d'équipe basé sur des objectifs communs, il nous faudra mettre en place une stratégie de management qui vise la mobilisation des professionnels et leur implication afin de stimuler leur motivation.

2.2.1 La mobilisation, l'implication, la motivation des personnels :

Nous allons maintenant aborder diverses théories sur la gestion de la mobilisation et de la motivation des équipes puis nous proposerons quelques éléments facilitateurs.

2.2.1.1 Les différentes théories:

La mobilisation : C'est d'après le Petit Robert un rassemblement et une mise en action. Pour Olivier Devillard³⁵ « La mobilisation d'un collaborateur est le résultat de sa décision individuelle d'investir une quantité d'énergie dans son travail, en fonction de l'enjeu que lui propose l'entreprise. »

³³ J.M.Miramont – Le métier de directeur, techniques et fictions – Edition ENSP Page 197

³⁴ Référence idem à la référence 33 Page 195

³⁵ Olivier Devillard – La dynamique des équipes – Edition d'Organisation Pages 199 à 225

Evoquer la mobilisation fait penser au mouvement, au rythme, à la réactivité. La plupart des facteurs de mobilisation sont extrinsèques à l'individu et l'entreprise peut développer des stratégies afin de réunir ces facteurs.

La motivation : Le petit Robert en donne la définition suivante : action des forces conscientes ou inconscientes qui déterminent le comportement (sans aucune considération morale). « ³⁶Elle résulte de l'anticipation d'une satisfaction. Elle provient du sens que l'on peut donner à un acte, de l'avantage que l'on imagine en retirer. C'est un moteur qui conduit à la résolution d'un besoin ou à celle d'un désir. » La motivation relève essentiellement de facteurs intrinsèques qui proviennent de l'individu lui-même, l'entreprise n'a le choix que de les satisfaire ou non. Sandra Michel³⁷ observe que la motivation existe toujours chez quiconque, qu'elle est inhérente à l'individu car sans elle il n'y aurait ni vie ni création. Pourtant, il est important de prendre en compte ce qui peut faire frein ou provoquer la démotivation. M. Crozier et H. Sérieyx affirment que s'ils sont mobilisés les employés se motivent d'eux-mêmes.

Ce que l'on peut déjà comprendre de ces deux premiers concepts c'est qu'un professionnel peut être motivé mais assez peu mobilisé, par exemple par un projet particulier auquel il n'adhère pas, son efficacité sera alors très limitée.

D'autre part, tous les auteurs sont d'accord pour dire que l'on peut mobiliser des équipes mais que l'on ne peut pas motiver des professionnels.

L'implication : «³⁸C'est un sentiment d'identification de l'individu à l'organisation qui se traduit pour lui par :

- L'acceptation des valeurs et des buts de l'organisation,
 - La volonté d'exercer des efforts au profit de l'organisation,
 - L'intention de continuer à faire partie de l'organisation,
- Elle vise le rapport de l'individu à son groupe d'appartenance. »

L'appartenance sociale est essentielle pour l'homme, elle lui procure des effets de reconnaissance et constitue un élément de son identité. Pourtant, il s'intègre à la condition de rester différencié, les salariés acceptent les obligations liées à l'appartenance d'autant plus aisément que la différenciation de soi par rapport aux autres y est préservée.

Il est important qu'un directeur garde ceci présent à l'esprit car, pour développer l'implication et l'appartenance des salariés à l'entreprise, ce que J.M. Miramont appelle « la capacité des équipes à réaliser des fêtes, " des grand-messes " qui fédèrent et ponctuent une vie en commun » ne suffit pas.

³⁶ Référence Identique Référence 35 Page 203

³⁷ Sandra Michel – Peut-on gérer la motivation – Edition du PUF

³⁸ Gérard Donnadiou – Manager avec le social - Edition Liaison Page 193

Il est indispensable que le directeur repère que chacun utilisera sa place, son statut, son niveau de responsabilité, son influence personnelle, etc..., pour conserver son indispensable différenciation. Sans elle les salariés ne sont que des exécutants peu motivés et difficiles à mobiliser.

Ces différentes notions coexistent sans que l'une prédomine sur l'autre, elles sont interactives. Une action ne sera réussie que si ces différents éléments sont présents de manière concomitante. La réussite dépend de la motivation du salarié mais aussi des moyens mis en œuvre par l'organisation pour maintenir sa mobilisation.

L'implication lui permet de se sentir concerné par la mission de l'équipe, il est alors reconnu pour ce qu'il développe d'énergie et valorisé par les résultats obtenus tant individuellement que collectivement. La satisfaction est atteinte lorsqu'un équilibre s'opère entre ce que le salarié apporte à l'entreprise et ce que l'entreprise lui apporte.

Certaines théories sont basées sur la notion de besoin, ce serait la recherche de la satisfaction de ces besoins qui provoquerait la motivation. En 1954, Maslow met en évidence cinq niveaux de motivation répondant à des besoins physiologiques, sociaux, de sécurité, de reconnaissance et de réalisation. Pour lui les besoins d'un niveau doivent être satisfaits pour que la personne accède au niveau de motivation supérieure. Cette conception présente l'avantage de montrer la nécessité de répondre à des besoins minimaux (salaire, conditions de travail, sécurité) pour pouvoir envisager une motivation de nature supérieure.³⁹ Pourtant, certaines critiques sont apportées à la théorie de Maslow, elles reposent en premier lieu sur l'universalité de cette représentation, tous les individus structureraient leur motivation selon la même hiérarchie de valeurs et de besoins. D'autre part, il est difficile avec cette représentation de comprendre et d'expliquer les phénomènes de démotivation puisqu'il est peu probable que la démotivation soit le résultat d'une disparition du besoin.

F. Herzberg, théoricien du même courant montre que certains besoins doivent être satisfaits afin de ne pas provoquer de démotivation, pourtant leur satisfaction ne provoque pas de renforcement de la motivation, il les appelle les « facteurs d'hygiène ». D'autres par contre, agissent dans les deux sens, motivation ou démotivation, il les appelle « facteurs de motivation ». ils recouvrent : la nature du travail, les responsabilités, la reconnaissance, la réalisation de ses capacités. Olivier Devillard précise que selon la terminologie actuelle ces facteurs sont considérés comme des outils de mobilisation.

Un autre courant de pensée est basé sur la notion d'attente, V. Vroom en 1964 s'attache aux attentes qui sont celles de l'individu, il en distingue trois sortes :

³⁹ Olivier Devillard – La dynamique des équipes – Edition d'Organisation – Page 204

- L'expectation qui désigne ce que l'individu se pense capable de réaliser et les efforts qu'il est prêt à fournir pour cela,
- L'instrumentalité qui est liée à ce que l'individu pense recevoir comme récompense de l'effort,
- La valence qui est la valeur accordée aux avantages obtenus.

Pour exister, la motivation nécessite donc que l'on se sente capable d'agir (expectation), que l'on en attende un retour (instrumentalité) et que ce retour ait de la valeur à nos yeux (la valence).

⁴⁰Cette théorie est reprise en 1968 par Porter et Lawler puis en 1984 par Claude Lévy-Leboyer, elle présuppose que toute motivation est liée à un choix visant la probabilité d'obtenir un avantage avec un maximum de plaisir et un minimum de souffrance.

Olivier Devillard⁴¹ développe une autre théorie basée sur les notions de désirs et de pulsions. Il affirme : « Une approche de la motivation fondée trop exclusivement sur la satisfaction des besoins ou les attentes ne rendent pas suffisamment compte de certains aspects plus instinctifs et plus basiques de la vie quotidienne. Le plaisir, le désir, l'envie de posséder, l'excitation créatrice, l'aspiration à la pérennité, la fierté, sont autant de moteurs qui font agir les hommes d'aujourd'hui. C'est la raison qui nous pousse à élargir aux phénomènes de pulsion et de désirs notre approche de la motivation. » Pour se représenter ces autres aspects de la motivation, il est important de distinguer chez l'humain deux niveaux. Le premier est primaire, il représente tous les besoins et les instincts que l'homme partage avec l'animal, la faim, la capture, le territoire, la reproduction, la peur, le plaisir. Le second est lié à l'intelligence, la culture et à la relation à autrui, c'est la capacité à réfléchir, à raisonner en termes symboliques ou abstraits, à sublimer. C'est l'aptitude à une conduite socialisée. Le premier niveau correspondrait à la notion de pulsion qui, débarrassée de sa connotation négative, est une « racine primaire de la motivation » elle fait naître la motivation. La notion de besoin est liée à la vie, voire à la survie, il n'est pas possible de ne pas y répondre, sinon l'individu s'étirole et meurt. Ce n'est pas le cas du désir, qui lui, recherche le plaisir de la réalisation. Il a une valeur de ressourcement, non plus seulement pour survivre, mais pour se sentir bien vivant. « On sent bien que le terme de désir est plus adéquat que celui de besoin pour évoquer des motivations telles que : développer son expertise, créer un produit, diffuser une idée qui évoquent toute une volonté de propagation, de création ou de conquête ». Tout ceci nourrit l'envie de développement personnel, la recherche de la gratification, la soif d'apprendre, la recherche du pouvoir, la nécessité de la différenciation.

⁴⁰ Référence idem à Référence 39 Page 206

⁴¹ Référence idem à Référence 39 Pages 207 à 213

Au vu de ces différentes théories, il nous apparaît que nous devons chercher ce qui différencie et qui motive chaque salarié afin d'agir sur l'organisation du travail, la formation, le renforcement de la lisibilité des enjeux, la délégation, la responsabilisation, la participation aux décisions.

2.2.1.2 Quelques outils pour accroître la mobilisation et aider à la motivation.

Sera motivé le salarié qui se sentira responsable, reconnu, acteur de choix et porteur d'une identité. Pour mobiliser les professionnels et faciliter la motivation plusieurs pistes peuvent être explorées.

J.M. Miramont⁴² nous dit que la gestion des ressources humaines est indissociable de l'animation.

« Celle-ci s'appuie sur la mobilisation du personnel auquel on fait partager les enjeux de l'outil de travail qui appartient à tous. La formation certes, mais aussi l'ouverture de la structure sur son environnement, le développement du partenariat, imposent à chaque membre du personnel :

- De se situer personnellement au sein de la communauté de travail,
- D'être un militant et une force de proposition, plutôt qu'un « bof » ou un « béat » satisfait ou non, et de toute façon non impliqué.

La seule manière d'animer un groupe de travail passe par la participation de tous et la négociation permanente. Un groupe de travail devient une équipe quand il se trouve en position de créer, d'imaginer, de vivre une expérience commune, sans en connaître à l'avance tous les aboutissements. »

Nous avons là quelques pistes de réflexion...

D'autres outils nous sont donnés par Olivier Devillard⁴³ :

- La nécessité de relier en permanence l'action quotidienne aux objectifs stratégiques pour générer des effets mobilisateurs. Si par manque de lisibilité des objectifs un salarié a l'impression de ne pas compter pour l'entreprise, le sentiment d'appartenance se dégrade, entraînant un affaiblissement de l'engagement.
- La clarification des missions permet à l'entreprise d'exprimer ses attentes en matière de service et d'état d'esprit. Elle donne alors un cadre qui fixe à l'équipe et à chacun de ses membres un rôle et offre la possibilité de définir des champs d'initiatives.

⁴² Référence idem Référence 34 Page 226

⁴³ Olivier Devillard – La dynamique des équipes – Edition d'Organisation Pages 206 à 210

- La cohérence doit s'établir entre les objectifs personnels du salarié et ceux de l'entreprise, c'est ce qui va redonner sens à son action. Si la segmentation des tâches est trop importante ou l'information trop faible, le salarié n'est plus en prise avec le sens de son activité. L'entreprise se prive alors d'un levier de mobilisation et y perd en productivité globale.

L'utilisation de ces différents outils aura pour effet de développer l'autonomie des salariés qui pourront avoir une liberté d'action et la possibilité de faire des choix. Des relations de confiance doivent s'instaurer avec le directeur qui garde le contrôle de la cohérence des actions individuelles et de l'effectivité.

Jean René Loubat⁴⁴ ajoute que : « L'évaluation peut conférer un sens nouveau et une motivation supplémentaire au travail des praticiens. En effet, peut-on produire des actes quotidiens sans retour et sans gratification ? »

Enrichis de ces différents éclairages, nous allons maintenant aborder la question du projet d'établissement. En effet à L'IME si les salariés savent pourquoi ils travaillent au quotidien, ils semblent avoir perdu le niveau plus global dans lequel s'inscrivent les actions individuelles, ce qui fait sens et produit des effets mobilisateurs, ce qui fédère les énergies et permet l'implication. C'est au travers du projet d'établissement et plus précisément par sa réactualisation que nous pourrions permettre à chacun de se positionner comme le préconise J. M. Miramont en tant que militant et force de proposition.

2.2.2 Le projet d'établissement : un outil pour le management

Le projet dans les établissements sociaux et médico-sociaux est une démarche relativement ancienne qui a été rationalisée par les textes de loi ou les orientations de politiques sociales. Déjà l'article 30 des annexes XXIV exige que :

« Après concertation menée avec l'ensemble des personnels placés sous son autorité, le directeur propose au conseil d'administration un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et l'évaluation de leur résultat. »

Dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 l'article L.311-8 définit que :

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une

⁴⁴ Jean René Loubat – Elaborer son projet d'établissement social et médico-social –Edition Dunod
Page 201

durée de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

Nous voyons apparaître les notions de prestations et de consultation des usagers, ce qui oriente davantage le projet d'établissement vers une logique de service que vers la seule mise en œuvre d'une mission de service public.

La loi nous engage à passer de la notion de mission confiée à un opérateur dans un cadre administratif et légal strict, à la notion de prestation de service qui est, selon Jean-René Loubat, une transaction négociée entre des parties qui se choisissent librement. La prestation de service est non seulement négociée mais elle aboutit à une contractualisation qui fixe les attentes réciproques, les niveaux de réponse envisageables et leurs limites. La contractualisation avec les usagers ou leurs représentants est l'une des obligations faites aux établissements par la loi 2002-2 qui, avec le livret d'accueil et la participation de l'utilisateur à l'élaboration de son projet individualisé visent à placer celui-ci au centre du dispositif.

Le projet d'établissement doit désormais fixer les missions de la structure, les objectifs poursuivis avec les moyens mis en œuvre. Il facilite une évaluation des choix stratégiques en matière d'éducation, de pédagogie et de thérapie en relation avec la population accueillie. Il permet de justifier au mieux des prestations servies aux usagers et des moyens demandés pour ce faire. Il se doit de définir le service rendu afin de répertorier des actions professionnelles complémentaires en les situant dans un cadre de valeurs philosophiques et idéologiques

2.2.2.1 Les finalités du projet d'établissement ⁴⁵:

- Le projet définit l'institution, il en donne une image, finalité **identitaire**.
- Il définit le sens de la mission et des actions qui en découlent, finalité **symbolique**.
- Il fixe des valeurs communes et entretient un sentiment d'appartenance, finalité **culturelle**.
- Il génère de la vie et du dynamisme, finalité **existentielle**.
- Il est porteur de changement social, finalité **politique**.
- Il permet un positionnement et un développement, finalité **stratégique**.
- Il identifie des compétences et des savoir-faire, finalité **technique**.
- Il renforce la mobilisation et la motivation, finalité **humaine**.
- Il permet des engagements réciproques, finalité **contractuelle**.
- Il assure une régulation et une interface, finalité **médiatrice**.

⁴⁵ Patrick Lefèvre – Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social – Edition Dunod Page 151

2.2.2.2 Projet d'établissement et management :

Jean René Loubat⁴⁶ nous dit que la réactualisation du projet d'établissement est l'occasion de faire le point sur la mobilisation et l'adéquation des personnels vis à vis de leurs fonctions. C'est aussi l'opportunité d'apprécier la diversité ou la convergence des objectifs et des pratiques. Le projet institutionnel est un outil puissant pour détecter la « routinisation » des pratiques et des comportements.

Ce qui prime dans le projet est son caractère fondateur, au-delà de la mise en conformité avec le cadre législatif, il répond à un besoin. D'après Daniel Gagoin⁴⁷, « il peut s'agir de rechercher une plus grande efficacité, de travailler un changement, le projet concernera alors la recherche de bases et de valeurs communes, la mobilisation des personnes, une culture partagée, une plus grande cohérence autour de l'utilisateur. » Ce qui nous amène à dire que le projet d'établissement ne peut être l'objet du seul directeur. Il doit pouvoir devenir un projet partagé qui recherche l'adhésion du plus grand nombre. Il authentifie et légitime la compétence d'un établissement et cette compétence repose en grande partie sur les salariés. C'est par le biais du projet que chacun peut se projeter dans l'avenir. Il assure une médiation et une régulation en faisant fonction de tiers dans l'institution car chacun peut s'y référer et s'en inspirer. Son élaboration donne lieu à des réflexions qui permettent d'envisager de nouvelles formes d'intervention, mettent l'institution en mouvement et en position d'apprendre. Il apporte une dimension créatrice et agit sur l'imagination des individus. Nous ne pouvons que nous ranger aux côtés de Patrick Lefèvre pour qui « C'est un bon remède pour combattre l'usure, l'inertie professionnelle, dans un secteur où de nombreux professionnels s'interrogent sur leurs motivations, sur leur fonction et leur compétence. [...] La démarche et sa conduite doivent permettre de faire grandir une institution et ses différents membres. »

Le projet institutionnel, en mettant en lien les objectifs et les prestations spécifiques à l'établissement, permet de recadrer les actions tout en leur donnant du sens. Chaque salarié peut alors se sentir reconnu, estimé, responsable, ce qui développe le sentiment d'appartenance et favorise l'engagement.

En clarifiant les missions de l'institution, le projet précise le rôle de chacun et définit les espaces d'initiative, ce qui favorise la mobilisation en respectant « la différenciation de soi » sans laquelle le professionnel ne se sent plus qu'exécutant.

L'idéal commun, qui repose sur les valeurs venues de l'association ou de l'organisme gestionnaire, partagé par tous, va fonder l'éthique, la déontologie de l'entreprise. C'est à

⁴⁶ Jean René Loubat Référence idem à Référence 44 - Pages 44/45

l'aune de cet idéal que se définit la qualité des prestations que l'institution propose à l'utilisateur.

Nous avons là un outil fédérateur important, c'est ce qui fait sens au quotidien car comme le dit M. Laforcade⁴⁸ : « La prise en charge sanitaire ou sociale d'une personne ne se résumera jamais à la somme des interventions de plusieurs professionnels. »

Il est de la responsabilité du directeur de veiller à la cohérence et à la faisabilité des engagements pris au travers du projet institutionnel. En effet, il est celui qui peut avoir la meilleure vision d'ensemble de la structure et de son environnement, sans être parasité par un prisme professionnel ou un regard excluant. Il se doit de veiller à ce que l'institution se dote de « tous les faisceaux de compréhension et d'analyse pertinents.⁴⁹ »

Pour conclure nous citerons M. Laforcade qui nous dit que : « Le directeur est donc l'homme de la cohérence interne, celui qui permet de décloisonner, de rassembler autour de la personne accueillie. »

Le projet d'établissement est aussi un objet de communication interne. Dans un premier temps, la phase de diagnostic va amener l'institution dans son ensemble à évaluer la qualité et l'adéquation des prestations par rapport à la population reçue. Ceci ne peut se faire que dans la transparence et dans un climat de confiance suffisant pour que la parole ne devienne pas synonyme de mise en danger, ce qui nécessite des procédures simples, claires et comprises par tous. La démarche d'écriture ou d'actualisation du projet passe par la mise en place de groupes de travail, groupes de réflexion où la parole de chacun est prise en compte et diffusée à tous. Ce travail permet de sortir des cloisonnements, des rivalités, le dialogue et l'interaction deviennent objet de régulation des relations.

Jean René Loubat⁵⁰ définit que : « A l'extérieur, le projet présente qui est l'entreprise, quels sont le service et la mission qui fondent sa raison d'être ; il donne également une image de sa culture permettant à ses partenaires de se situer par rapport à elle. Il devient un outil de communication externe et de marketing-communication. »

Cette vision du projet d'établissement dans sa dimension d'outil de communication externe nous semble primordiale. En effet, à l'heure actuelle aucune structure ne peut plus se définir hors de son champ d'intervention, c'est à dire intégrer dans une chaîne institutionnelle, enrichie par un travail en réseau, dans un échange permanent avec des partenaires multiples. Nous citerons ce que dit M. Laforcade :

⁴⁷ Daniel Gagoin – Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales – Edition Dunod - Page 181

⁴⁸ Michel Laforcade – Le directeur à l'épreuve de la qualité - Le nouveau mascaret, n°54 - 4^{ème} trimestre 98

⁴⁹ Référence idem Référence 46 - Page 166

⁵⁰ Jean René Loubat Idem Référence 44 Page 44

«Il (le directeur) est aussi le promoteur de la cohérence externe, l'homme des complémentarités, du travail en réseau et des stratégies d'alliance.

Une intervention n'a de sens que dans le cadre d'une filière de prise en charge : sanitaire et sociale, éducative, thérapeutique et économique.[...] Un professionnel ne peut jamais tout faire à lui seul mais il doit se concevoir comme un maillon d'une chaîne de prestations et ne peut tolérer la rupture. »

2.2.3 Positionner un établissement dans la chaîne institutionnelle : les enjeux.

Clarifier le positionnement d'un établissement sur le territoire est une étape primordiale, pour définir son offre de service en fonction de « la part de marché » qu'il souhaite investir d'une part. Et d'autre part, pour faire exister cette offre dans le système complexe de son environnement. Pour ce faire, des coopérations doivent exister d'une manière horizontale, avec les structures similaires ou complémentaires, mais aussi d'une manière verticale, en amont et en aval de son champ d'intervention.

Jean-René Loubat nous dit à ce propos que « Clarifier sa position d'opérateur au sein d'un réseau relationnel, c'est s'identifier de façon singulière, nous c'est nous, eux c'est eux, et rendre possible un échange, une communication de partenaires à partenaires ; partenaires dotés de logiques nécessairement différentes, même si elles se retrouvent au niveau de finalités convergentes. S'allier et œuvrer de concert ne signifie pas se fondre ou se confondre, voire s'aliéner. Autrement dit, comment être soi-même, tout en acceptant de s'inscrire dans des collaborations nécessaires et souhaitables ? »

Le positionnement d'un établissement passe par la communication sur son projet, sa mission, ses prestations, le public qu'il peut toucher, ses compétences, ses pratiques, ses objectifs, ses orientations etc. autant d'éléments qui vont lui permettre de diffuser son identité, son image, le faire connaître et reconnaître par tous ses partenaires.

Chez les travailleurs sociaux, le souhait de collaborer entre eux ne date pas d'aujourd'hui⁵¹ affirme Jacques Ion « Le discours visant une approche globale de la clientèle est commun à bien des métiers et a traversé les idéologies professionnelles depuis les années 60, en même temps que de nouvelles générations venaient prendre le relais des anciennes. » Ceci était surtout actif dans le milieu de la prévention et le secteur de l'insertion. Dans les établissements qui interviennent dans le champ de l'enfance handicapée, la collaboration et même l'idée de coordination dans les accompagnements rencontrent de nombreuses résistances. Elles sont d'ordre structurelle, institutionnelle et humaines, liées à des enjeux de pouvoir, de culture, de légitimité.

L'action sociale aujourd'hui affirme la nécessité de la transversalité comme mode de résolution des problèmes. Le principe est progressivement intégré de la nécessité d'agir en

⁵¹ Jacques Ion – Le travail social à l'épreuve du territoire – Edition Dunod Page 67

commun, P Lefèvre ⁵²nous dit qu'il est indispensable « d'associer l'énergie et les ressources des acteurs qui interviennent dans un même champ. ».

⁵² Patrick Lefèvre Référence idem Référence 45 - Page. 50

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, dans les nouvelles orientations, fixe la coordination et la coopération comme règles du jeu de la production d'actions sociales et médico-sociales.

Valoriser l'interaction des établissements, voire la mutualisation de certains moyens, implique de sortir d'univers homogènes et segmentés, cela oblige à questionner des positions idéologiques, des certitudes, des légitimités qui rigidifient le fonctionnement des institutions et les rapports sociaux. Les institutions ne peuvent plus faire l'économie de « mettre en œuvre une dynamique d'ouverture et de communication avec les réseaux d'action sociale et médico-sociale, de contribuer à l'amélioration des réponses sur un territoire [...] et d'engager la meilleure articulation des compétences avec les acteurs des services spécialisées et des structures et les acteurs de droit commun, de favoriser l'intégration de l'établissement et des personnes accueillies dans l'environnement humain, culturel et social.⁵³ »

Un établissement médico-social est une organisation qui existe dans un champ économique et social et qui occupe également une fonction dans un environnement humain et relationnel, celui de son lieu d'implantation. Un établissement bien intégré est souvent une institution dynamique qui interagit avec son milieu d'implantation. En milieu rural, il peut représenter un enjeu économique majeur pour une commune. La démarche d'intégration est du ressort du directeur, la communication et la circulation de l'information sur l'établissement dans l'environnement sont de sa responsabilité. L'enjeu est d'importance nous dit Patrick Lefèvre car « il s'agit d'inscrire ou de réinscrire un établissement dans son lien social et dans la citoyenneté. »

Globalement, positionner un établissement se fait au travers de collaborations, de la coordination des actions en direction d'un public, des interactions de plusieurs structures au bénéfice d'un usager, depuis un lieu d'implantation.

Jean René Loubat⁵⁴ se positionne ainsi : « Il n'est pas possible de maîtriser des interactions et son positionnement dans un système inconnu ou mal connu. Aussi, l'une des premières étapes de toute démarche de projet est d'identifier, de « cartographier », le système relationnel dans lequel nous sommes amenés à opérer.

De facto, chaque acteur interagit avec d'autres qui influencent son action, parfois de manière indirecte, parfois de manière déterminante. Cette influence s'exerce du seul fait que ces personnes en interaction construisent et véhiculent une image de l'acteur précité. »

Cette notion d'image construite et véhiculée nous intéresse tout particulièrement au Domaine de Lapeyre. En effet, l'opportunité que représente la promotion d'un service de qualité pour des enfants autistes à l'IME, sera de faire identifier la structure comme experte dans un type de prise en charge.

⁵³ Idem Référence 52 – Page 79

⁵⁴ Jean René Loubat – Elaborer son projet d'établissement social et médico-social – Edition Dunod

Nous souhaitons par ce positionnement, continuer à modifier les représentations négatives attachées au site et par effet de ricochet agir sur la motivation et la mobilisation des personnels, en augmentant la satisfaction et en diminuant la souffrance.

En conclusion, nous citerons Olivier Devillard⁵⁵ qui nous dit: « Une équipe qui marche bien est une équipe qui donne envie. Son pouvoir d'attraction crée autour d'elle un halo d'admiration qui joue autant sur les gens de l'extérieur que sur ceux qui en font partie. L'équipier intègre à son identité la satisfaction et la fierté d'être dans une équipe très professionnelle ou qui concourt à un enjeu aussi important. »

⁵⁵ Olivier Devillard – La dynamique des équipes – Edition d'Organisation – Page 23

Conclusion de la deuxième partie.

Dans la seconde partie de ce mémoire, nous avons exploré des pistes de réflexion autour de :

- l'enfant autiste, sa prise en charge et la place de sa famille,
- l'importance de la mobilisation des salariés et quelques outils pouvant favoriser la motivation,
- Le projet d'établissement, ses finalités et ses liens avec le management,
- Le nécessaire positionnement d'un établissement dans un territoire

Nous faisons l'hypothèse que la création d'un service pour l'accueil d'enfants autistes et psychotiques à l'IME permettrait d'offrir des prestations de qualité aux enfants présents dans l'institution.

Pour ce qui concerne le personnel, sa participation à la réécriture du projet d'établissement nous donnera des leviers pour agir sur la démobilisation et la démotivation.

Nous faisons le choix de proposer des prestations de service aux enfants autistes de 3 à 12 ans, à l'IME de Lapeyre.

Collaborer avec les différents acteurs spécialisés dans la prise en charge d'enfants autistes, de manière horizontale avec le secteur de la pédopsychiatrie et les services qui gravitent autour (hôpital de jour, CAMSP, etc.), de manière verticale avec les deux structures IMP qui accueilleront ces enfants à partir de l'âge de 12 ans et la MAS proposant un service spécialisé qui les accueille après 20 ans, nous permettra de positionner l'IME dans une dynamique territoriale, au niveau du département.

Ces collaborations nous offriront l'opportunité d'agir sur les représentations, autant en interne qu'en externe et sur la mobilisation et la motivation des professionnels.

Présenter la mise en œuvre de ce projet prenant en compte les trois axes prioritaires que sont :

- la spécificité de la prise en charge d'enfants autistes et l'association des familles au travail fait avec leur enfant,
- la mobilisation des personnels par leur implication dans la réécriture du projet d'établissement et la modification des organisations,
- le positionnement de l'IME dans la chaîne institutionnelle sur le département.

fera l'objet de la troisième partie de ce travail.

3 - PRODUIRE UN SERVICE DE QUALITE POUR DES ENFANTS SOUFFRANT D'AUTISME OU DE PSYCHOSES DEFICITAIRES.

Partant des constats énoncés en première partie, des pistes de réflexion explorées en seconde partie, nous allons maintenant exposer la mise en œuvre de ce projet.

Dans un premier temps, nous verrons comment faire évoluer l'accompagnement pour le centrer sur les besoins spécifiques de cette population et des familles. Ceci nous amènera à réorganiser le fonctionnement et à demander une modification de l'agrément concurremment au dépôt d'un projet auprès du CROSS

Puis nous aborderons les moyens mis en œuvre pour remobiliser des personnels riches d'expérience mais présentant des signes d'usure, au travers notamment de la réécriture du projet d'établissement et de la mise en place d'un nouvel encadrement.

Enfin, nous évoquerons les moyens envisagés pour positionner l'IME de Lapeyre dans son environnement, afin qu'il soit reconnu pour la qualité de ses prestations et non plus comme « la poubelle du département ».

3.1 ORGANISER LE FONCTIONNEMENT A PARTIR DES BESOINS SPECIFIQUES DES ENFANTS EN ASSOCIANT LES PARENTS A LA PRISE EN CHARGE.

Nous avons pu constater dans la partie diagnostic de ce travail que la prise en charge des enfants de L'IME se fait dans des groupes mixtes où toutes les pathologies sont présentes. Le critère de répartition est davantage basé sur l'âge de l'enfant que sur sa pathologie. Nous nous proposons de modifier cette organisation en tenant compte également de la montée en charge du semi-internat au détriment de l'internat.

La collaboration avec les familles est très « discrète » pour le moment, nous modifierons progressivement ceci en utilisant divers outils, afin que les parents puissent investir l'établissement en tant que lieu de vie complémentaire (et non plus parallèle) au milieu familial, pour leurs enfants.

3.1.1 Réorganiser la structure et adapter le fonctionnement.

3.1.1.1 Réorganiser la structure.

L'IME reçoit des enfants et des adolescents ayant trois types de handicap :

- des enfants très déficients présentant pour certains des trisomies 21. Ils sont au nombre de dix,
- des enfants polyhandicapés, pour l'instant un seul est accueilli dans la structure,
- des enfants autistes et psychotiques, quinze sont présents dans l'institution.

Nous avons constaté en première partie que le fonctionnement est loin de ce qu'autorise l'agrément accordé à la structure.

Un travail en collaboration avec la CDES du Lot et Garonne nous permet d'envisager les besoins à court et moyen termes dans l'Agenais, comme suit. Ils concernent des enfants polyhandicapés de moins de 6 ans ainsi que des enfants orientés depuis le secteur de pédopsychiatrie, essentiellement des enfants autistes ou psychotiques très déficients, âgés de 3 à 8 ans. Les besoins concernant les enfants qui présentent un déficit intellectuel profond semblent stables. La liste d'attente de l'établissement confirme ces orientations. Le schéma départemental de l'enfance inadaptée du Lot-et-Garonne, datant de 1999, constatait déjà le problème de l'accueil des enfants autistes. Il est plus que probable que l'élaboration du nouveau schéma prévue pour débuter dans le courant de l'année 2004, ne pourra que faire remonter les manques, concernant notamment les enfants de 3 à 12 ans : manques à la fois de places dans le secteur médico-social mais aussi de collaboration entre le médico-social et la psychiatrie infanto-juvénile, ce qui était déjà un constat de 1999.

En raison de ces données, il nous semble judicieux d'envisager une modification de l'agrément qui se fera conjointement au dépôt d'un dossier auprès du CROSS. La nouvelle autorisation demandée concernera l'abaissement de l'âge d'admission de 6 à 3 ans, la diminution du nombre de lits et places pour les enfants relevant de l'annexe XXIV ter, passant de neuf à cinq lits ou places. En effet, nous ne pouvons accueillir des enfants présentant des pathologies médicales lourdes, l'IME n'est pas un établissement médicalisé. De plus, nous ne souhaitons pas nous positionner en concurrence par rapport à l'établissement spécialisé situé à Tonneins, qui accueillent les jeunes enfants polyhandicapés jusqu'au villenevois. Cinq places nous semblent suffisantes pour répondre aux besoins du département sur l'agennais.

D'autre part, la création d'un service spécifique répondant aux besoins de quinze enfants de 3 à 12 ans, psychotiques ou autistes, nous permettra de répondre aux besoins qui se dessinent dans le Lot-et-Garonne.

De plus, une augmentation des orientations pour une prise en charge en semi-internat, au détriment de l'internat, se fait jour depuis l'ouverture de la MAS sur le site du Domaine de Lapeyre. Ceci ne peut que se renforcer avec l'accueil d'enfants de moins de 6 ans. Ce constat nous amène à envisager une nouvelle répartition des effectifs entre l'internat et le semi-internat avec une extension de la capacité d'accueil de quatre places, passant ainsi de vingt six à trente enfants.

A terme, le nouveau profil de l'IME de Lapeyre sera le suivant :

- Un service de 15 places (3 groupes de 5 enfants) pour enfants autistes ou psychotiques de 3 à 12 ans, comportant un internat de 6 lits s'adressant à des enfants à partir de l'âge de 6 ans,
- Un service pour des enfants polyhandicapés de 3 à 20 ans relevant de l'annexe XXIVter de 5 places,
- Un service pour des enfants très déficitaires de 3 à 20 ans relevant de l'annexe XXIV de 10 places.

Ces deux derniers services proposant 8 places d'internat pour des enfants à partir de 6 ans.

Ce projet de restructuration prévoit donc globalement quatorze lits en internat. La structure comportant dix huit chambres, nous pourrions proposer des accueils ponctuels d'enfants demi-pensionnaires en internat, pour répondre à des besoins urgents et de courte durée des familles.

Il ne nous semble pas, après une réflexion menée avec la psychologue, la pédopsychiatre et différents membres de l'équipe éducative, que l'accueil en internat d'enfants de moins de 6 ans soit souhaitable pour leur évolution et leur épanouissement. D'autant plus que, même si la structure est entièrement neuve ou en passe d'être rénovée, les locaux de l'internat ne sont pas pourvus, notamment au niveau sanitaire, d'équipements garantissant la sécurité et le confort à des enfants aussi jeunes.

La surface des locaux dont dispose l'IME, locaux qui à terme seront tous réhabilités et remis aux normes, nous permet d'envisager ce projet sans investissement supplémentaire important. Les seules mesures nouvelles concerneront le compte 64 pour les charges de personnel éducatif et paramédical, il faut également envisager que ceci impacte légèrement le budget transport et de manière plus sensible le budget formation, au moins les trois premières années. Pour ce qui concerne les autres charges fixes, cela se fera à moyens constants.

Dans l'attente d'avoir menée à son terme une démarche qui demande du temps, nous avons, suite à plusieurs rencontres avec le directeur de la DDASS, obtenu un accord de principe pour que l'IME accueille des enfants à partir de trois ans. La dérogation fait l'objet d'une demande individuelle et nominative pour chaque enfant concerné. Nous accueillerons à ce titre une enfant de 4 ans ½, en semi-internat, dans le courant du dernier trimestre 2003.

3.1.1.2 Adapter le fonctionnement

L'éclairage des apports de la seconde partie, nous confirme que les enfants autistes et psychotiques ont des besoins très spécifiques, notamment en terme d'environnement et de prise en charge, auxquels nous ne répondons pas.

Nous sommes engagés dans un processus relativement long et c'est pourquoi il ne nous apparaît pas souhaitable d'attendre la conclusion de ces projets pour mettre en place des modifications dans le fonctionnement de la structure. Nous pouvons dès maintenant envisager une meilleure adaptation du fonctionnement aux besoins des enfants autistes et psychotiques, du moins partiellement.

Pour ce qui concerne les prises en charge en journée, dans les ateliers, nous avons réparti différemment les enfants de façon à ce que le critère d'orientation sur un groupe ne soit plus seulement l'âge mais prioritairement la pathologie et les compétences de ces enfants. Nous avons à l'heure actuelle deux ateliers qui regroupent les enfants autistes et psychotiques les plus jeunes, les autres étant répartis sur trois autres ateliers. Il ne s'agit pas, bien sûr, de ghettoïser ces enfants mais plutôt de mettre en place l'embryon de ce qui pourra devenir la prise en charge de jour de ces enfants dans le cadre d'un service qui leur serait spécifique. Ceci ne résout pas les problèmes de formation des personnels, ni le manque d'encadrement.

Pourtant, à partir de ce début de redéfinition de la prise en charge de ces enfants, certains professionnels ont pu réellement se déterminer pour assurer ces accompagnements. A partir de là, ils ont commencé à leur proposer des activités respectant leurs rythmes, permettant des déambulations sans que ceci perturbe le reste du groupe. Les crises d'angoisse explosives sont mieux maîtrisées par les adultes et moins nombreuses, la ritualisation des divers moments de la journée, proposée de manière individualisée, a permis de réduire les conduites automutilatrices et de limiter dans le temps la durée des stéréotypies, les enfants se balancent moins longtemps et sont disponibles plus rapidement, se tapent et se mordent moins souvent.

La prise en charge des enfants externes se fait maintenant avec une intervention des éducateurs d'internat. Ceci permet une diversification des actions, notamment pour ce qui concerne le travail d'acquisition d'un minimum d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Notre objectif, en réorganisant le fonctionnement de cette manière, est d'une part, de faire face à l'augmentation de l'accueil en externat, d'autre part, d'amorcer une approche basée sur les besoins des enfants, ce qui va dans le sens d'une logique de service, enfin, de décloisonner le fonctionnement permettant une meilleure fluidité dans les échanges d'informations et une communication transversale plus satisfaisante pour tous.

Pour ce qui concerne l'internat, les enfants autistes et psychotiques ont massivement fait l'objet des dernières admissions, ce sont donc les enfants les plus jeunes.

De fait, ils sont regroupés sur l'un des deux lieux de vie, celui prévu précédemment pour accueillir les enfants les plus petits, (à l'exception de deux adolescents qui dès son ouverture, seront orientés vers la structure spécialisée dans l'accueil des adolescents autistes, rattachée à l'IMP de Lalande - Casseneuil). Ceci nous a facilité la tâche et permis de mettre très rapidement en place une réflexion autour de la prise en charge de la vie quotidienne avec ces jeunes enfants.

En effet, toute prise en charge touchant au corps, toilette, repas, etc., revêt un caractère intrusif et nécessite un « apprivoisement » de l'enfant, les couchers font l'objet de ritualisations longues et éprouvantes pour le personnel. Cette nouvelle organisation confirme le manque de savoir-faire donc de formation et un manque de personnel essentiellement pour ce groupe des plus jeunes. Le passage aux 35 heures a encore aggravé ce fait, un mi-temps n'ayant pas été compensé. Nous en sommes toujours à un encadrement d'un adulte pour trois à cinq enfants. Ceci est correct pour l'accompagnement des enfants déficitaires voire même pour des jeunes polyhandicapés mais très insuffisant pour la prise en charge d'enfants autistes ou psychotiques. Les textes ne sont pas clairs pour ce qui concerne les ratios d'encadrement concernant cette population. La circulaire n° 95-12 du 27 avril 1995 concernant la prise en charge des enfants, adolescents et adultes autistes préconise pour les enfants de 3 à 12 ans « le cadre d'instituts médico-éducatifs, comportant au moins une section d'éducation spécialisée, adaptée aux enfants autistes et psychotiques sur la base d'un encadrement renforcé, afin notamment que les aspects éducatifs et thérapeutiques soient pleinement pris en compte dans le cadre de projets individualisés ». On y parle aussi de « mise en œuvre par des professionnels en nombre suffisant et formés à cet effet ». Nous nous sommes rapprochés de structures équivalentes à l'IME de Lapeyre qui accueillent des enfants autistes et psychotiques en Charente et dans le Maine et Loire. Il s'avère que ces deux établissements, possédant des services spécialisés travaillent avec un encadrement d'un adulte pour deux enfants. Nous partons sur cette base pour élaborer le projet de service spécialisé qui sera implanté à l'IME de Lapeyre.

Néanmoins, une première évaluation faite à partir des réunions d'équipes et d'entretiens individuels nous permet de constater une meilleure circulation de la parole, un climat plus serein pointé par la majorité des professionnels et une relance de la créativité, tous points encourageants. De plus, si nous pouvons observer des résistances au changement, deux personnes se sont déjà déterminées pour changer d'équipe de travail, l'une souhaitant intégrer le groupe accueillant les enfants autistes et psychotiques, l'autre ayant pu dire qu'elle souhaiterait être mutée à la MAS, la prise en charge des enfants lui étant pénible. Dans un cas comme dans l'autre, cette démarche nous paraît positive et aller dans le sens d'une remobilisation des personnels.

3.1.2 Associer les parents.

La première partie de ce travail nous a permis de faire le constat suivant : dans l'IME les relations avec les parents ne sont pas ou plus institutionnalisées, elles se font d'une manière informelle, essentiellement sur le mode de la demande : demande des parents d'une prise en charge ponctuelle supplémentaire ou à contrario demande de garder davantage un enfant au domicile, ou encore, sur le mode de l'évitement lorsque l'établissement propose une rencontre.

On peut en conclure que les familles se positionnent essentiellement en tant que demandeur, on pourrait dire quelque fois de quémandeur, face à la toute puissance institutionnelle qui se veut force de proposition.

Nous avons approché, dans la seconde partie, l'importance primordiale qu'il y a à travailler autour de ce lien enfant/famille/institution, notamment pour la prise en charge des enfants autistes et psychotiques. Ils sont morcelés et le premier travail avec eux doit se faire autour du lien, pour tenter de relier entre eux les divers morceaux juxtaposés de leur existence.

Nous devons institutionnaliser les échanges avec les familles afin de réorienter les relations vers une collaboration centrée sur l'enfant. Nous ne pouvons pas demander aux parents de faire cette démarche si nous ne changeons pas notre manière de les percevoir à tous les niveaux de l'institution. C'est pourquoi, nous avons mis en place des groupes de réflexion avec des représentants des diverses équipes. Dans le cadre de la réactualisation du projet d'établissement, nous orientons la réflexion vers la prise de conscience par les professionnels de la nécessité de ce nouveau regard sur les familles. Pour que les outils et procédures mis en place puissent fonctionner à long terme, il ne faut pas que ce soit une décision, une injonction du directeur mais une manière de penser qui soit partagée par tous ou presque, ... car là aussi il y a des résistances.

Une procédure existe dans l'établissement, c'est celle de l'admission. Les étapes sont les suivantes :

- Réception de la notification de décision d'orientation en établissement spécialisé de la CDES ou contact téléphonique de la famille ;
- Examen du dossier de l'enfant par une commission composée du directeur, du médecin psychiatre, de l'infirmière cadre et de la psychologue en vue de vérifier l'adéquation entre les besoins de l'enfant et les moyens présents dans l'institution ;
- Un courrier est adressé à la famille proposant un rendez-vous avec les membres de la commission d'admission. Au cours de cette rencontre, la pertinence de l'orientation est vérifiée et l'enfant et sa famille, au cours d'une visite, peuvent découvrir le cadre institutionnel et les prestations proposées ;

- A partir de là, deux cas de figure existent, soit l'agrément et les moyens de l'établissement ne conviennent pas pour l'enfant et il est important que les parents l'entendent pour faire le choix d'une orientation plus adaptée, soit une prise en charge peut être envisagée et une journée d'essai est proposée à la famille. Des éléments du dossier sont communiqués à l'équipe qui recevra cet enfant afin qu'il puisse y avoir une observation et une première évaluation de ses besoins, qui permettront de préparer son accueil éventuel ;
- La journée d'essai, pendant laquelle l'enfant peut être accompagné par un professionnel qui assurait son suivi précédemment, afin que se fasse un lien entre les deux prises en charge, fait l'objet d'un bilan adressé à la famille ;
- Lorsque les parents ont donné leur accord, l'admission devient effective et la date en est fixée.

Le problème est que cette procédure d'admission, somme toute respectueuse des familles, n'était pas suivie d'un réel travail de lien avec elles.

Nous sommes en train d'expérimenter la systématisation de la participation des parents à l'élaboration du projet personnalisé de leur enfant. L'évolution se fait progressivement, il semble difficile aux équipes de s'exprimer librement devant les familles, de peur de les amener à entendre des propos pouvant être douloureux. Le choix est donc de pratiquer en deux étapes. Dans un premier temps, l'équipe pluridisciplinaire fait l'évaluation de la réalisation des différents axes du projet de l'enfant et se fixe de nouveaux objectifs de travail. Dans un deuxième temps, l'évaluation synthétisée est présentée aux parents afin de la confronter avec leur propre évaluation de la situation de leur enfant et les nouveaux objectifs sont proposés afin de pouvoir y inclure les observations et les désirs de la famille. Cette nouvelle méthode de travail est appliquée pour les derniers enfants admis dans l'établissement, elle sera étendue à tous progressivement.

Notre objectif suivant est la contractualisation, avec les familles. Symboliquement, cet acte posé par l'établissement et la famille place l'enfant au centre des préoccupations des adultes qui accompagnent chacun des moments de sa vie. Pour aboutir à cette contractualisation nous devons intégrer la notion de négociation dans nos méthodes de travail. Le contrat est à l'interface de l'offre et de la demande. Le mettre en place sans une réflexion préalable, impliquant chacun des professionnels dans l'effort d'explicitier l'offre de prestation de service, serait prendre le risque d'en faire un outil grandiloquent et irréaliste qui serait obsolète avant que d'être mis en place. D'autre part, un travail doit nécessairement être mis en place, dans le sens d'une relation d'aide, afin d'amener la famille de chaque enfant à formuler des besoins clairs à partir de leurs attentes.

C'est à ce prix que le contrat pourra avoir valeur d'engagement réciproque autour d'un objectif commun qui visera un mieux être pour l'enfant. A ce jour, nous en sommes au stade de la réflexion sur l'offre de service de l'établissement qui se fait conjointement au travail de réactualisation du projet d'établissement que nous aborderons ultérieurement.

D'autre part, l'aide aux familles que nous venons d'aborder rend encore plus évident la nécessité d'un poste d'assistante sociale dans un établissement comme l'IME de Lapeyre, hors nous n'en avons pas. Ceci nous permettra de renforcer notre argumentaire lors de la conception du prochain budget prévisionnel.

Un autre outil que peut utiliser le directeur pour faire vivre une collaboration entre les familles et l'établissement est le conseil d'établissement, transformé en conseil de la vie sociale par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Cet outil existe à l'IME de Lapeyre, il se réunit trois fois par an mais il a beaucoup de difficulté à vivre, la participation des familles est laborieuse, l'objet des débats est trop souvent de l'ordre des revendications individuelles.

Pourtant c'est un outil riche qui, s'il donne lieu à un compte rendu adressé à toutes les familles après chaque rencontre, peut faire prendre conscience aux parents des enfants reçus dans l'institution, de l'interactivité que leur offre cette instance. Lors du dernier conseil d'établissement, l'un des temps forts a été une discussion autour de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et notamment du rôle du conseil de la vie sociale et du droit des usagers et de leur famille. Ce travail d'explication et de clarification est l'une des obligations du directeur et peut devenir l'un de ses atouts.

Pour éviter que l'élan qui s'est fait jour au dernier conseil d'établissement et qui nous a fait prolonger la séance de travail de plus d'une heure ne retombe, nous souhaitons avec l'appui de la présidente, proposer aux différents membres, un travail de réflexion autour du livret d'accueil de l'établissement. Les parents sont bien souvent dans les premiers utilisateurs de ces livrets d'accueil. Nous pensons que nous aurons un grand bénéfice à tenir compte de leurs suggestions et de plus ceci nous permettra de ne pas retomber dans le piège des demandes individuelles qui ne sont pas du ressort de cette instance.

En résumé, nous pouvons dire que pour impliquer davantage les familles dans la vie institutionnelle, nous avons fait le choix de les associer en premier lieu à l'élaboration du projet personnalisé de leur enfant et à l'évaluation qui en sera faite régulièrement. Nous travaillons à l'heure actuelle à la définition concrète et réaliste de notre offre de service, ce qui nous amène à reconsidérer en profondeur, le sens du projet d'établissement. Notre objectif est d'aboutir à une contractualisation avec les familles dans une relation de réciprocité. Enfin, en proposant aux parents élus au conseil d'établissement de s'associer aux professionnels dans une réflexion sur la réalisation du livret d'accueil, nous espérons consolider et entretenir la dynamique que nous avons eu le plaisir de constater au cours de la dernière réunion du conseil d'établissement.

3.2 MOBILISER LES PERSONNELS POUR RELANCER LA MOTIVATION.

Dans la première partie de ce travail, nous avons vu que les professionnels de l'IME ont dans l'ensemble une longue expérience, pour une grande partie acquise dans l'institution

même. Certains indicateurs nous laissent penser que nous sommes face à un phénomène d'usure professionnelle sous-tendu par une perte du sens et de la cohérence des actions.

Nous avons vu que l'écriture du projet d'établissement est un levier pour lutter contre la « routinisation » la démotivation et la perte de motivation. Nous aborderons ensuite l'encadrement des personnels et la communication interne en tant qu'outils au service du directeur pour orchestrer la multiplicité des acteurs.

3.2.1 Réactualiser le projet d'établissement : un enjeu pour la redynamisation des professionnels.

Comme nous l'avons vu précédemment, la réussite de tout changement passe par la mobilisation des ressources humaines. Le personnel doit être acteur du projet et ce dernier être l'affaire de tous. Mobiliser les individus passe par la responsabilisation, la délégation, la reconnaissance des compétences et par une écoute attentive de la parole de chacun. Si le directeur est le garant du projet d'établissement, il est également de sa responsabilité de s'assurer que chaque professionnel en est partie prenante, que l'outil de travail appartient bien à tous, comme nous le dit J.M. Miramont.

C'est dans cet esprit que nous avons mis en place des réunions de réflexion sur le projet d'établissement, soit par secteur d'activité, soit avec des représentants de chaque équipe en tant que rapporteurs du travail fait précédemment. Cette organisation donne l'opportunité à chaque professionnel de prendre part à l'élaboration du projet, de s'interroger sur l'adéquation de ses objectifs et de sa pratique avec les orientations prises pour la structure.

Nous avons commencé par faire un bilan des pratiques existantes, chacun s'affirmant dans sa spécificité, avec ses compétences et ses difficultés. Nous avons vu émerger la pluridisciplinarité et l'interactivité des actions entreprises, ce qui a pu être envisagé comme une valeur ajoutée et plus seulement comme une entrave au travail individuel. A l'exception de quelques réfractaires qui sont résolument contre toute nouveauté, l'ensemble des personnels a participé et adhéré, aux réorganisations abordées dans le chapitre précédant. Toutes les modifications apportées découlent directement de l'évaluation des prestations offertes aux usagers, faite avec le personnel. L'objectif que nous avons alors annoncé, repose sur la recherche d'une plus grande cohésion entre les actions menées au bénéfice des usagers.

En tant que directeur, il nous apparaît comme essentiel de réorganiser le fonctionnement conjointement à ce travail d'élaboration du projet d'établissement, sans en attendre l'achèvement. Ceci a pour effet de maintenir l'intérêt des personnels pour la démarche, de stimuler le désir d'appartenance et l'engagement, et surtout de mettre l'institution en mouvement, en état de vigilance.

La mission et les objectifs de l'établissement ont également été clarifiés dans le cadre de ces groupes de réflexion. Il s'agit concurremment à une offre d'hébergement et de soin de qualité, de développer toutes les potentialités de l'enfant, visant conjointement une acquisition maximum d'autonomie en fonction de la pathologie, un épanouissement optimum et une compensation du désavantage lié au handicap, gages d'une réduction des situations de souffrance et de la meilleure intégration sociale possible. Ceci doit servir d'ossature aux projets personnalisés des enfants et, à terme, amènera les équipes à entreprendre la construction d'un référentiel d'évaluation.

Il aura pour but d'apprécier périodiquement l'évolution de l'enfant, au regard des objectifs fixés et des moyens mobilisés pour les atteindre.

A ce jour, cette démarche de clarification nous offre un outil de recadrage des actions et surtout la possibilité de leur redonner du sens. Les objectifs des projets personnalisés sont moins flous et démesurés mais présentent une faisabilité plus réaliste, ce qui rendra possible leur évaluation. D'autre part, ceci a eu pour vertu de rassurer les professionnels et de redonner leur valeur aux gestes quotidiens de la prise en charge.

3.2.2 Encadrer les salariés : un enjeu pour la mobilisation des compétences.

Dans un établissement, le directeur se situe au carrefour d'une double dynamique, à la fois individuelle et collective, comme un chef d'orchestre qui doit avoir la capacité d'écouter chaque instrument de l'ensemble pour amener l'orchestre à produire un son harmonieux.

Par la connaissance des difficultés, des initiatives, des besoins et des attentes individuelles, il est à l'écoute des forces et des faiblesses de la structure. Il peut alors analyser le potentiel de compétence de l'institution et le développer par des actions de promotion individuelle des salariés. La mise en œuvre de ces actions se fera en associant les cadres chargés de la gestion des personnels. Deux outils peuvent être utilisés à ces fins, l'entretien annuel d'évaluation et la formation continue.

Pour pouvoir mobiliser et/ou développer les compétences des salariés, le directeur doit avoir une connaissance précise, à la fois du référentiel de chaque emploi et de la fiche de poste spécifique à l'établissement par type d'emploi.

3.2.2.1 Référentiel emploi et fiche de poste.

L'UGECAM d'Aquitaine a initié début 2003 un groupe de travail, constitué des directeurs d'établissements, afin de mener une réflexion sur les référentiels emplois. Ils devront à terme regrouper des informations relatives aux emplois exercés dans tous les établissements de l'Union, telles que : classification, niveau de qualification, définition conventionnelle, mission, activités, compétences, etc. Ceci offrira aux directeurs un outil d'aide au recrutement, d'analyse des besoins de formation, de gestion des compétences.

Outil non négligeable au regard de l'évolution démographique qui va entraîner un départ massif en retraite dans les dix années qui viennent. En effet, pour ce qui concerne l'IME de Lapeyre 58% des salariés ont plus 50 ans et nous sommes donc dans ce cas de figure.

Les fiches de postes sont élaborées dans chaque établissement par le directeur et l'équipe des cadres. Elles fixent plus précisément le périmètre d'activités, de compétences et de comportements requis par un poste donné, en fonction de l'environnement et de l'organisation du travail propre à la structure.

En effet, si les emplois sont identiques dans de nombreuses institutions, les postes seront différents, une aide soignante n'a pas le même poste dans un établissement de rééducation fonctionnelle, une maison de retraite qu'à L'IME de Lapeyre. La fiche de poste, si elle représente un outil d'aide au recrutement, constitue également un cadre de référence pour le salarié auquel elle donne des repères. C'est l'une des bases de l'entretien annuel d'évaluation.

Si ces deux outils de gestion des ressources humaines ne nécessitent pas la participation active des professionnels, ils facilitent l'encadrement des salariés. De plus, ils permettent au directeur de redonner du sens aux pratiques professionnelles individuelles et collectives en définissant les champs d'intervention.

3.2.2.2 Les entretiens d'évaluation.

La notion d'entretien individuel d'évaluation n'est pas nouvelle à l'IME de Lapeyre. En effet, elle existe dans le cadre du développement professionnel prévu par la convention collective. Le fait que ces entretiens soient pratiqués environ tous les cinq ans dans le but de valider des compétences, validation ayant un impact sur la rémunération, va nous compliquer la tâche.

Nous allons mettre en place les entretiens annuels d'évaluation pour chaque salarié et nous allons devoir expliciter de manière très précise la différence entre ces deux types d'entretien. De fait, si l'un a un impact financier non négligeable et pour finalité d'exercer un contrôle sur l'acquisition de savoir-faire, l'autre a pour objet de fixer des objectifs à court terme et d'en évaluer la réalisation pour mesurer les moyens à mettre en œuvre.

Dans le premier cas on exerce un contrôle sur le professionnel, dans le deuxième une évaluation de l'organisation.

Il nous semble indispensable, pour que les entretiens d'évaluation jouent leur rôle, de créer un climat de confiance. Climat qui favorise, l'évaluation des actions professionnelles dans leur réalité et dans leur adéquation avec les objectifs institutionnels et l'analyse des problèmes rencontrés ou des réussites constatées.

Ce sera l'occasion d'instaurer un dialogue avec chaque salarié et de redéfinir les obligations en lien avec les fiches de postes, mais aussi les espaces de liberté qui permettent à chacun de se saisir de la mission confiée, en exprimant sa créativité. Nous

aurons là l'opportunité de responsabiliser chacun, de travailler sur la mobilisation individuelle et l'engagement. Ceci nous permettra de faire vivre le projet d'établissement et d'accompagner chaque salarié dans son projet professionnel, notre rôle étant aussi de faciliter un départ ou une réorientation professionnelle.

Ces entretiens seront menés par les cadres responsables de la gestion des ressources humaines selon une procédure dont la trame est fixée par l'UGECAM et qui est développée en interne dans l'établissement.

Une synthèse de ces entretiens, faite en réunion de cadres, nous permettra d'avoir une idée précise des attentes et des besoins des différentes équipes ainsi que du climat de l'institution. A partir de ces informations qui viendront affiner ce qui est perçu dans les temps de réunion, nous pourrons définir des axes pour l'animation des équipes et prioriser les actions de formation définies en fin d'année par le plan de formation.

3.2.2.3 La formation continue.

Le dispositif de formation mis en place devra tenir compte :

- Des objectifs ciblés par le projet d'établissement,
- De la professionnalisation, source d'identité et d'implication,
- Des attentes et des besoins définis par les professionnels, notamment au cours des entretiens annuels d'évaluation,
- De la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- Des orientations données par l'UGECAM d'Aquitaine.

A partir de ces différents éléments, nous devons arrêter la politique de formation de l'établissement. Une autre priorité qui nous semble importante est la participation de toutes les catégories professionnelles à des actions de formation. Les personnels des services généraux, des cuisines etc. ont tout autant besoin de formation que le personnel administratif et les cadres.

Les actions de formation en direction des équipes éducatives nous aideront à réduire la souffrance dont ils témoignent face à un manque de savoir-faire et de connaissance concernant la prise en charge des enfants autistes et psychotiques adressés à l'IME.

Les formations intra-muros qui mobilisent largement les professionnels sont à maintenir car elles permettent, pour un coût plus supportable par le budget qui est très limité, de rassembler des professionnels de formations différentes autour d'une même question. Les personnels prenant en charge le ménage sur les groupes d'internat pourraient se voir proposer une participation à ces journées de formation, sur des thèmes comme «la vie quotidienne avec les enfants autistes » par exemple. Pour autant, nous n'oublions pas que la participation à une formation doit être un acte volontaire inscrit dans un projet personnel.

Chaque année le plan de formation est soumis pour avis au comité d'entreprise mais il peut être revu en fonction des défections éventuelles dues aux organismes de formation ou à l'absence des salariés.

Par ailleurs, nous recevons régulièrement dans l'établissement des stagiaires en formation initiale. Leur accueil permet aux professionnels de transmettre leur expérience et leurs savoirs.

Il est valorisant pour les équipes de participer à la formation de futurs professionnels et ceci permet à l'établissement de remplir son rôle de collaborateur des centres de formation. D'autre part, les stagiaires, par leurs questions, permettent aux équipes de s'interroger sur leurs pratiques et de mener une réflexion constante.

En échange, ils apportent des informations sur les évolutions des politiques sociales qui peuvent compléter les apports faits en interne.

3.2.3 Communiquer : un enjeu pour l'adhésion des personnels aux objectifs communs.

La communication est le fait de communiquer, d'être en relation avec quelqu'un ou quelque chose, nous dit le Petit Robert. C'est aussi la transmission d'informations, de messages.

Dans un établissement médico-social, si l'on veut que le personnel se mobilise, il faut qu'il soit informé. Pour que l'information circule, il faut communiquer. La communication nous aide à obtenir l'adhésion et l'engagement des personnels car elle répond aux besoins de valorisation, de réassurance et de reconnaissance des salariés.

A l'IME, la communication prend plusieurs aspects dont l'un échappe à la maîtrise du directeur : la communication informelle qui utilise des réseaux basés directement sur les liens inter-personnels. Dans une structure ancienne, les salariés ont tissé des relations depuis de nombreuses années, basées sur des rencontres, des expériences professionnelles et extra professionnelles.

L'observation de la communication interne informelle renseigne sur la place et la reconnaissance de chacun au sein du groupe, sur le climat institutionnel et permet d'étouffer des conflits naissants. Les cadres connaissent bien les équipes qu'ils ont à gérer, ils sont les mieux placés et ont l'habitude de pratiquer cette observation. Ils utilisent ces réseaux de communication afin de faire circuler certaines informations avec plus de rapidité et de fluidité.

Plus la communication informelle est forte, plus il faut organiser de façon formelle des temps et des espaces de communication et d'information afin de permettre une harmonisation des collaborations et de situer les professionnels dans une position d'acteurs.

Les différents axes de communication à l'IME de Lapeyre :

- Avec l'UGECAM : le système intranet nous permet d'être constamment en lien avec le siège mais aussi avec les divers établissements en Aquitaine. Pourtant ceci reste au niveau des directeurs et des cadres. La communication avec l'organisme gestionnaire devrait débiter à l'embauche du salarié. Un document écrit pourrait être remis à la signature du contrat, sous la forme peut-être d'un livret d'accueil du salarié qui permettrait d'explicitier les fondements éthiques qui sous-tendent la politique générale de l'UGECAM.

- Avec les représentants du personnel : Les instances représentatives du personnel (CE - DP - CHSCT) sont des instances régulières à l'IME de Lapeyre, conformément au code du travail. Ces réunions sont un réel temps d'échange et de concertation où tout se passe dans un climat calme et serein. Les élus sont à l'interface entre la direction et les salariés, ils participent largement à l'information et à la mobilisation des professionnels. Ces réunions sont pour nous des temps forts de la vie institutionnelle où sont débattues des propositions judicieuses et dynamiques.

Avec l'ensemble des personnels : Donner l'information aux seuls élus ne suffit pas. Nous sommes à la recherche d'un support qui nous permettrait de faire connaître les points forts de ce qui se passe dans l'établissement. Chacun doit pouvoir être informé sur ce qui se fait dans l'institution afin de se sentir concerné par ce que fait le collègue et avoir une idée de la vie globale de la structure. Ceci peut prendre la forme d'un panneau d'affichage ou d'un document hebdomadaire... D'autre part, nous avons revu l'ensemble du dispositif des réunions, afin d'exploiter au mieux les ressources internes au bénéfice des salariés :

- Chaque groupe d'internat réunissant tous les professionnels sont en réunion au rythme de une fois par mois les jeudis après-midi pour aborder les difficultés de fonctionnement, la coordination entre les différents professionnels, les informations concernant les familles, les activités mises en place etc. Cette réunion est animée par le chef de service, la psychologue est présente.
- L'équipe d'externat qui anime les ateliers est en réunion les autres jeudis au rythme d'une fois par mois avec les mêmes objectifs et le même type d'animation.
- Le dernier jeudi restant est consacré à une réunion du groupe de réflexion sur le projet d'établissement, elle est animée par la direction et regroupe des professionnels de chaque équipe d'internat, de l'équipe d'externat, la psychologue et nous allons y inviter selon les sujets abordés des personnes des services généraux, de la cuisine ou de la lingerie.
- Les réunions pour le projet personnalisé de chaque enfant se fait en deux temps le vendredi matin, en premier lieu avec l'équipe puis avec la famille de l'enfant. Tous les professionnels qui travaillent avec l'enfant sont présents ainsi que la pédopsychiatre et la psychologue. Cette réunion est animée par la direction.

- Les deux autres vendredi sont consacrés aux différentes équipes qui se réunissent alternativement une fois par mois pour un travail de réflexion sur les pratiques professionnelles, les enjeux affectifs, les relations interpersonnelles etc., hors de toute relation hiérarchique. La réunion est animée par la pédopsychiatre et la psychologue et la direction peut être invitée à y participer selon les points abordés. Cette réunion a pour objet d'apporter aide et soutien aux équipes. Dans l'avenir nous souhaiterions mettre en place un travail de supervision avec une personne extérieure à l'établissement, ceci est prévu dans le cadre du projet de service pour la prise en charge des enfants autistes et psychotiques.
- Nous allons mettre en place une réunion trimestrielle pour les personnels des services généraux par secteur d'activité afin d'améliorer les organisations et donc le service rendu aux usagers. Ceci aussi dans un souci affiché de donner la parole à chacun et de prendre en compte le projet personnel de chaque professionnel. Elle sera animée par le cadre de référence en présence du directeur.
- Une réunion trimestrielle a lieu le soir de 20 H à 21 H 30 avec le personnel de nuit en présence des chefs de service et de la directrice, elle est animée par l'infirmière cadre. Cette réunion a pour but d'être à l'écoute des difficultés rencontrées la nuit dans l'établissement, de rechercher les meilleures conditions de travail possible et de réduire les tensions et les rivalités entre équipes de jour et équipes de nuit. Cette dernière a tendance à se sentir dévalorisée et exclue, de fait elle est forcément isolée de part le créneau horaire pendant lequel elle exerce dans l'établissement.
- L'équipe de direction se réunit une fois par semaine et autant que nécessaire pour information, coordination et mise en cohérence du dispositif.

La grande difficulté de ces réunions est la traçabilité des échanges et des décisions. Il sera nécessaire d'imposer davantage de rigueur quant aux écrits et à l'élaboration des ordres du jour, ce qui évitent les pertes de temps, d'informations et de sens.

Notre objectif, dans la mise en place de ces dispositifs, est de faire de chaque salarié un professionnel impliqué dans un projet riche de perspectives et fédérateur d'énergies pour le bénéfice des usagers.

Cependant, il est impensable que la communication en reste à un niveau interne. Le directeur doit veiller à ce que l'établissement soit à l'écoute de l'environnement et reconnu par ce même environnement. La communication avec l'extérieur sera l'un des éléments qui favorisera le positionnement d'une institution dans son champ d'intervention.

3.3 POSITIONNER L'ETABLISSEMENT SUR LE PLAN DEPARTEMENTAL.

Nous avons pu constater dans la première partie de ce travail que l'IME avait en héritage des représentations négatives. L'image du site s'est améliorée au fil des ans, grâce à un travail de communication avec l'extérieur et à l'ouverture de la MAS. Pourtant, nous pouvons penser actuellement que ces représentations sont encore actives, tant dans une dimension interne qu'externe.

D'autre part, nous avons vu qu'à ce jour la transversalité, la collaboration, la coopération et le travail en réseau sont les mots d'ordre pour la mise en œuvre d'actions sociales et médico-sociales.

C'est pourquoi, nous souhaitons positionner l'IME de Lapeyre en tant qu'acteur pour la prise en charge spécifique de personnes autistes et psychotiques, certes pour répondre aux injonctions de la réglementation mais aussi pour saisir l'opportunité de la spécialisation afin d'agir sur l'image de la structure. Nous en attendons : de pouvoir offrir un service adapté et de qualité à des enfants qui sont, pour l'instant, orientés un peu par défaut dans le département et, de remobiliser des personnels en accentuant leur désir d'appartenance et leur engagement.

Les mots clefs de notre stratégie sont, communiquer et coopérer.

3.3.1 Communiquer.

Avec les usagers :

La première communication à mettre en place, nous semble-t-il est adressée aux usagers de l'établissement. Pour ce qui nous concerne, elle s'adresse aux familles, les enfants étant justement dans l'incapacité de communiquer. L'objectif majeur de la prise en charge d'enfants autistes ou psychotiques est de tenter de faire d'eux des êtres communicants. L'un des moyens est de faire du « lien » autour d'eux et notamment entre la famille et l'institution, comment s'y prendre si ce n'est en communiquant ? Au-delà des rencontres avec les parents, nous utilisons la transmission des emplois du temps des enfants, des cahiers de liaison, courriers, appels téléphoniques pour conserver une communication constante avec les familles. Ces démarches touchent à l'accompagnement individuel des enfants. Notre question était, comment communiquer aux familles ce qui se passe dans l'institution, au-delà de la prise en charge de leur enfant ? La production d'un « journal » de l'établissement est en réflexion.

Il serait envoyé trimestriellement à chaque famille et comporterait des photos, des dessins, de petits articles faits par les équipes éducatives sur les temps forts de la vie institutionnelle, les sorties, les participations à des activités extérieures, etc..

Il a même été évoqué la possibilité d'un espace réservé aux familles pour communiquer des expériences, faire des témoignages. L'équipe de direction pourrait utiliser ce support pour faire circuler des informations. Nous pourrions avoir un véritable outil de communication et d'échange qui témoignerait des pratiques de l'institution en véhiculant son image.

Avec la CDES :

Nous sommes en contact régulièrement avec la CDES du Lot et Garonne, notamment pour ce qui concerne l'étude des besoins départementaux en terme d'accueil pour les enfants dans les années à venir. Ces rencontres nous ont permis de définir les orientations à donner à l'établissement afin qu'il joue pleinement son rôle de prestataire de service de proximité. D'autre part, ceci nous permet de communiquer sur les pratiques professionnelles, les compétences et les limites de l'institution. Nous attendons de ce travail de lien que les orientations prononcées le soient en toute connaissance de cause et que l'image de l'IME évolue positivement vers la reconnaissance d'un champ de compétence. Cette communication est d'autant plus importante que la CDES est l'un des premiers partenaires de l'institution.

Avec la DDASS :

Plusieurs entretiens avec le DASS nous ont permis de prendre la décision de déposer un dossier au CROSS pour la création d'un service spécialisé pour l'accueil d'enfants autistes et psychotiques de 3 à 12 ans. Nous avons pu ainsi obtenir son aval pour ce projet, qui s'inscrit en réponse aux besoins définis par le dernier schéma départemental. Besoins que nous ferons remonter à l'occasion de l'écriture du prochain schéma départemental de l'enfance inadaptée qui débutera courant de l'année 2004. Dors et déjà un accord de principe nous a été donné pour l'accueil d'enfants de moins de 6 ans par dérogation nominative.

D'autre part, la nécessité de ce projet a également été discutée à plusieurs reprises avec l'inspectrice DDASS chargée du suivi de l'établissement, au moment de la notification et des différentes phases de contrôle du budget. Elle nous a assurés de son aide pour la rédaction du dossier qui sera présenté au CROSS.

Avec la mairie de Layrac et des communes environnantes :

90% des salariés de l'IME habite dans un périmètre de 15 km, une partie non négligeable réside sur Layrac, ceci fait de l'établissement un employeur important pour la commune. D'autant que plusieurs fournisseurs, notamment pour l'alimentation, sont implantés localement. De nombreuses occasions nous sont données de rencontrer le Maire ou ses adjoints.

Le directeur précédant du site de Lapeyre ayant un investissement politique important, des relations régulières avaient déjà été instaurées depuis de nombreuses années.

De plus, Monsieur le Maire de Layrac participant aux réunions du conseil d'établissement, nous pouvons échanger sur la vie institutionnelle et les préoccupations des familles et des professionnels.

Par ailleurs, la réhabilitation de l'internat de L'IME a nécessité le passage de la commission de sécurité, le maire siégeant à cette instance, nous pouvons dire qu'il connaît bien les équipements du site. Des locaux neufs, répondants aux normes de sécurité et de confort, tant pour les enfants que pour les adultes sont bénéfiques à l'image de la commune comme à celle de l'UGECAM.

L'inauguration de la MAS le 12 décembre 2002 et celle de l'IME réhabilité projetée pour la fin de l'année 2003 sont l'occasion de faire connaître et de diffuser plus largement une image positive du site du Domaine de Lapeyre.

Avec les autres établissements du département :

La communication de nos projets, objectifs et moyens est mise en œuvre à chaque fois que l'opportunité s'en présente. Des réunions de l'association des chefs de service des établissements du Lot-et-Garonne ont lieu dans l'établissement. Ceci permet des contacts enrichissants et des échanges au cours desquels sont abordés les projets et les problématiques des diverses structures. Un repas partagé avec l'ensemble de l'équipe de direction du site du Domaine de Lapeyre favorise des contacts qui se sont montrés fructueux pour la prise en charge des résidents, tant pour ce qui concerne les orientations que les activités qui peuvent être proposées en commun.

Cette approche de la communication externe de l'établissement n'est pas exhaustive. En effet, l'équipe de direction dans son ensemble et le directeur en particulier, dans tous leurs contacts et déplacements représentent l'établissement et favorisent la diffusion de son image. Un travail de responsabilisation des personnels a été entrepris pour faire comprendre à tous les salariés, que ce travail de représentation n'est pas dévolu aux seuls cadres, mais qu'il s'agit d'une responsabilité partagée.

3.3.2 Coopérer.

Au-delà de la communication mise en place avec les différents établissements du département d'une manière large, nous travaillons à structurer des coopérations plus directes avec les services et institutions avec lesquels nous partageons l'accueil d'une même population.

La transversalité des politiques sociales de ces dernières années, nous amènent aujourd'hui à sortir d'une logique concurrentielle pour aller vers des complémentarités d'action. Pour ce faire, nous devons mettre en place des collaborations sur un mode horizontal, qui nous permettent de proposer des prestations de qualité en jouant sur la complémentarité des compétences.

Par exemple, nous accueillons dans l'établissement une fillette autiste qui est suivie par l'hôpital de jour et qui bénéficie d'une prise en charge par une famille thérapeutique rémunérée et formée par ce service.

Nous pourrions également par ce moyen, proposer aux enfants un accueil plus cohérent et de plus grande qualité, notamment au moment de l'admission. En faisant par exemple une intégration progressive après avoir travaillé un pré-projet commun aux deux équipes. Ceci a pour avantage de permettre des rencontres entre professionnels qui peuvent être source d'échange de connaissances et de savoir-faire. On peut aller jusqu'à une mutualisation des compétences. Par exemple, lorsque le maître d'éducation physique et sportive de l'IME anime une formation dans un autre établissement sur la conduite d'une activité piscine avec des enfants autistes. En contre partie, un professionnel de cette institution interviendra sur la sensibilisation des équipes à l'informatique. De plus, ce type d'actions permet la naissance de projets communs, comme un regroupement entre les ateliers peinture de trois établissements, ce qui permet des expositions alternativement organisées par chacune des institutions et qui sont l'occasion de visites, de goûters, de sorties favorisant la socialisation dans des lieux malgré tout contenant.

D'autre part, nous mettons en place des collaborations sur un mode vertical. Ce travail avec les services et établissements qui interviennent en amont et en aval dans l'accompagnement, notamment pour les personnes autistes et psychotiques, permettra à l'établissement de donner toute sa mesure dans la chaîne institutionnelle du département. Tout comme nous collaborons avec le secteur de pédopsychiatrie afin de préparer la venue d'enfants autistes et psychotiques orientés essentiellement depuis l'hôpital de jour, nous commençons à prendre des contacts avec les MAS, foyers occupationnels et foyers de vie du département. La MAS, proposant un service spécialisée pour la prise en charge d'adultes autistes et psychotiques, nous permettra d'orienter les deux adolescents présents dans l'établissement. Les autres structures pourront accueillir les jeunes présentant un handicap mental ainsi qu'un jeune polyhandicapé. Nous préparons l'orientation des jeunes adultes dès l'âge de 18 ans. Ceci nous permettra de disposer de deux années pour finaliser cette réorientation. Deux ans que nous pourrions mettre à profit pour les préparer à s'intégrer dans l'établissement qui va les accueillir et qui aura des exigences, des objectifs et des moyens différents de ceux de l'IME.

Il ne s'agit pas de faire du conditionnement mais de mettre de la cohérence entre les différents projets d'établissements et de produire du sens non seulement pour les usagers et leurs familles mais aussi pour les différentes équipes de professionnels. Pourtant, cette coopération n'est pas simple à mettre en place, nous nous heurtons à des résistances qui reposent sur des habitudes, des routines, des replis.

Lever ces résistances demandera du temps et la mobilisation de tous les acteurs concernés et implique en premier lieu la conviction et la mobilisation des directeurs de ces différents établissements.

Nous espérons de ces coopérations, non seulement des bénéfices pour les enfants mais également un intérêt pour les professionnels.

Nous en attendons aussi que l'IME soit identifié comme acteur de la promotion d'un service de qualité s'adressant à des personnes autistes et psychotiques.

Par la communication interne et externe et par ces collaborations qui nous permettront de positionner l'établissement dans la dynamique départementale, nous pourrons agir sur les représentations négatives encore attachées à l'IME. Nous pourrons ainsi remobiliser les personnels afin qu'ils revendiquent leur professionnalisme et leur spécialisation dans la prise en charge d'enfants autistes et psychotiques.

Conclusion de la troisième partie.

Dans cette dernière partie, nous avons tenté d'une part de démontrer la nécessité de créer un service spécialisé pour la prise en charge d'enfants autistes et psychotiques à l'IME de Lapeyre. La constitution du dossier qui sera déposé au CROSS implique un investissement en temps important que nous allons pouvoir faire maintenant.

D'autre part, nous avons mis en œuvre le changement par la mise en place de divers processus d'apprentissage, ayant pour objectif l'acquisition de nouvelles capacités collectives, de manière à faire émerger progressivement une organisation qui fasse sens. En effet, comme le dit Denise Ventelou « La production du sens de la prestation à fournir ne doit plus être considérée comme un donné préexistant, disponible automatiquement en fonction d'une mission ou d'un mandat, ni l'apanage des spécialistes. Elle doit être la résultante d'un processus collectif sous l'impulsion et la responsabilité du directeur. »

Par une démarche participative et une politique d'encadrement du personnel, nous essayons de favoriser le dialogue et les initiatives pour lutter contre l'usure, la démotivation et générer un désir d'appartenance et de l'implication. En effet, nous nous associons à Philippe Ducalet⁵⁶ quand il affirme que « Les hommes sont les seuls véritables artisans de la qualité. »

A ce jour, nous avons réinterrogé nos fonctionnements et modifié nos organisations afin de commencer à requalifier les prestations offertes aux enfants autistes et psychotiques par l'établissement, dans un souci d'alliance avec les familles.

Nous avons tenté d'élaborer un système de communication efficace à la fois en interne et en externe, afin d'agir sur les représentations attachées à l'institution.

De plus, par la collaboration mise en place avec les différents partenaires de l'IME, nous désirons le positionner en tant qu'acteur de la promotion d'un service de qualité pour les enfants autistes et psychotiques, qui interagisse avec les différentes organisations du département. En effet, nous faisons notre la pensée de monsieur Laforcade⁵⁷ « La qualité se construit chemin faisant [...] elle suppose d'avoir le plus grand nombre de complices possible. »

⁵⁶ Philippe Ducalet – Le nouveau mascaret- n° 54 4^{ième} trimestre 1998 Page 20

⁵⁷ Référence idem à la Référence 56 Page 16

Conclusion

Un directeur doit permettre à l'institution qu'il dirige de se maintenir dans une position constructive et positive.

Pour ce faire, il propose des orientations, apporte la sécurité nécessaire, il décide et agit au nom du projet d'établissement et de l'intérêt général. Il anticipe et prévoit, Patrick Lefèvre⁵⁸ précise que « le directeur doit développer cette faculté d'avoir quelque avance sur le projet et sur l'avenir de l'établissement ».

Le directeur a pour mission de coordonner les services et de fédérer les énergies dans l'institution, dans un souci de continuité, à ce titre le projet d'établissement est un outil précieux, qui pose un cadre favorisant l'harmonie et la complémentarité.

Etre directeur nécessite de prendre conscience de ses propres motivations afin de donner à ses décisions toute leur pertinence et à son action toute son efficacité.

Alors, comme le dit Philippe Ducalet⁵⁹ « le directeur devient le promoteur d'un mouvement de réflexion sur la finalisation de l'offre de service (le sens) et de mise en coopération et en co-responsabilité de l'ensemble des compétences et des processus (la cohérence), la cause finale étant l'utilisateur. »

Pourtant rappelons-le : seul, un directeur ne peut rien. Il lui faut s'entourer de collaborateurs et de personnels motivés, engagés et impliqués, et ensemble s'appliquer à réorganiser la structure autour de l'utilisateur.

Nous avons souhaité, dans ce travail, montrer que le directeur se doit d'être le garant de l'évolution de l'établissement, en cohérence avec la commande sociale.

Pour ce faire, nous avons réorganisé la structure et adapté le fonctionnement, afin de requalifier les prestations offertes aux enfants autistes et psychotiques, orientés dans l'établissement. Nous avons impliqué les différents personnels dans un travail de clarification de la mission et des objectifs de l'établissement, pour aboutir à une redéfinition de notre offre de service.

L'action que nous menons doit pouvoir prendre en compte les besoins spécifiques de cette population tout au long de sa vie.

Ceci suppose un travail en coordination avec les divers acteurs, impliqués dans cette prise en charge, ce qui favorisera le positionnement de l'établissement sur le plan départemental.

⁵⁸ Patrick Lefèvre – Guide de la fonction de directeur – Edition Dunod Page 128

⁵⁹ Philippe Ducalet Référence idem à la Référence 56 Page 20

Nous allons maintenant déposer un dossier auprès du CROSS, afin que l'établissement soit doté des moyens supplémentaires indispensables, à la création d'un service spécialisé pour l'accueil d'enfants autistes et psychotiques. En effet, nous arrivons maintenant aux limites de ce que nous pouvions améliorer à moyens constants.

Nous nous devons de poursuivre notre réflexion vers l'avenir et ce que pourrait devenir notre secteur d'activité. A moyen terme nous souhaiterions aboutir à un réel travail en partenariat au niveau départemental. Nous savons que l'intention seule ne suffit pas et qu'il nous faudra travailler sur la définition des objectifs et des moyens mais également sur les critères et l'élaboration des procédures d'évaluation. Ce travail de réflexion sur les relations partenariales à mettre en place nous permettrait d'éviter les risques d'effet de filière et pourrait nous amener à concevoir une plate-forme ressource, au service des personnes autistes et psychotiques et de leurs familles.

Bibliographie

LIVRES

- ANSERMET François** "Malaise dans l'Institution"
SORRENTINO Maria-Grazia "Le soignant et son désir"
➤ Editions Antropos et Economica 1991
- BAUDURET Jean-François** "*Rénover l'action sociale et médico-Sociale*"
JAEGER Marcel "Histoire d'une refondation"
➤ Editions Dunod 2003
- BAUER Michel** "*Le management. Une philosophie pour les entreprises
sanitaires et sociales*"
➤ TSA Editions 1992
- BELLANGER Lionel** "*Animer et gérer un projet*"
COUCHAERE Marie-Josée
➤ Paris ESF éditeur 1999
- BRANDEHO Daniel** "*Usure dans l'Institution*"
➤ ENSP éditions 1991
- CORDIE Anny** "*Un enfant psychotique*"
➤ Editions Points 1993
- CROZIER Michel**
FRIEDBERG Erard "*L'acteur et le système*"
➤ Editions du Seuil 1977
- CROZIER Michel** "*L'entreprise à l'écoute - Apprendre le management post-
industriel*"
➤ Inter Editions 1991
- DANANCIER Jacques** "*Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*"
➤ Editions Dunod
- DEVILLARD Olivier** "*La dynamique des équipes*"
➤ Editions d'organisation 2003
- GAGOIN Daniel** "*Communiquer dans les institutions sociales et médico-
sociales*"
➤ Editions Dunod 2002
- HAERINGER Joseph** "*Conduire le changement dans les associations d'action
sociale et médico-sociale*"
TRAVERSAZ Fabrice
➤ Editions Dunod 2002
- ION Jacques** "*Le travail social à l'épreuve du territoire*"
➤ Editions Dunod 2001
- LEFEVRE Patrick** "*Guide de la Fonction de directeur d'établissement social et
médico-social*"
➤ Editions Dunod 1999
- LOUBAT Jean-René** "*Elaborer son projet d'établissement social et médico-social"*
Contexte, méthode, outils
LOUBAT Jean-René "*Instaurer une relation de service en action sociale et -
médico-sociale*"
➤ Editions Dunod 2002
- MATHO Roland Janvier Yves** "*Mettre en œuvre le droit des usagers dans les
établissements d'action sociale*" Contexte, pratiques, enjeux
➤ Editions Dunod 1999
- MICHEL Sandra** "*Peut-on gérer la motivation ?*"
➤ Editions du PUF 1994
- MIRAMON Jean-Marie** "*Le métier de directeur*"
COUET Denis "*Techniques et fictions*"
PATURET Jen-Bernard

➤ ENSP Editions 2001

**MISES Roger
GRAND PHILIPPE**

"Parent et professionnel devant l'autisme"

➤ Editions du CTNERHI

PEETERS Théo

"L'autisme de la compréhension à l'intervention"

➤ Editions Dunod 1996

SAINSAULIEU Renaud

*"Sociologie de l'entreprise" Organisation, culture et
développement*

➤ Edition Presse Science Po 1995

TUSTIN Frances

"Autisme et psychose de l'enfant"

➤ Editions du Seuil 1977

TUSTIN Frances

"Autisme et protection"

➤ Editions du Seuil 1992

REVUES

➤ **REVUE EMPAN N°5 juin 1991** *"Les fonctions de direction"*

➤ **LE MASCARET N°54 1998** *"Les dirigeants de l'action sociale à l'épreuve..."*

DIVERS

MORSAIN Marie-Agnès

"Dictionnaire du management stratégique"

➤ Gestion Belin Sup Editions 2000

**BARREYRE Jean-Yves
BOUQUET Brigitte
CHANTREAU André
LASSUS Pierre**

"Dictionnaire critique d'Action Sociale"

➤ Bayard Editions 1999

THEVENET Amédée

"Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social"

➤ E.S.F. Editions 1990

PERETTI Jean-Marie

"Gestion des ressources humaines"

➤ Vuibert Editions 1994

A.S.H.

CD-ROM de l'action sociale

➤ Edition 2000

Liste des annexes

- ↪ **Annexe 1** : Plan de l'internat de l'I.M.E. réhabilité

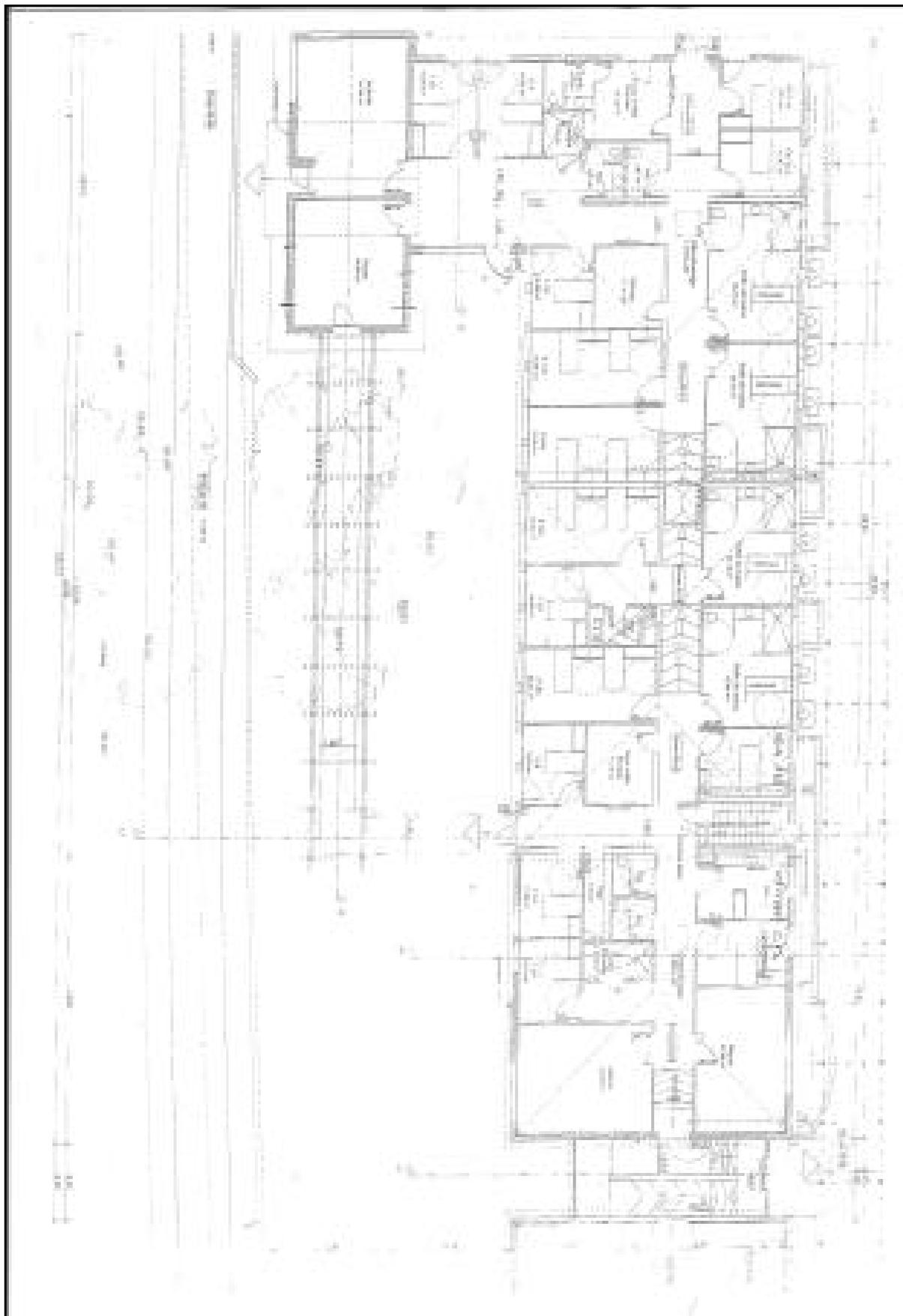
- ↪ **Annexe 2** : Absentéisme - Tableau de l'année 2002

- ↪ **Annexe 3** : Rapport sur la formation professionnelle

- ↪ **Annexe 4** : Tableau récapitulatif des différentes classifications des psychoses de l'enfant

- ↪ **Annexe 5** : Convention passée entre l'établissement et le centre hospitalier La Candélie pour l'emploi d'un médecin pédo-psychiatre

- ↪ **Annexe 5 bis** : Convention passée entre l'établissement et le Centre hospitalier La Candélie pour l'emploi d'un médecin pédo-psychiatre (suite)



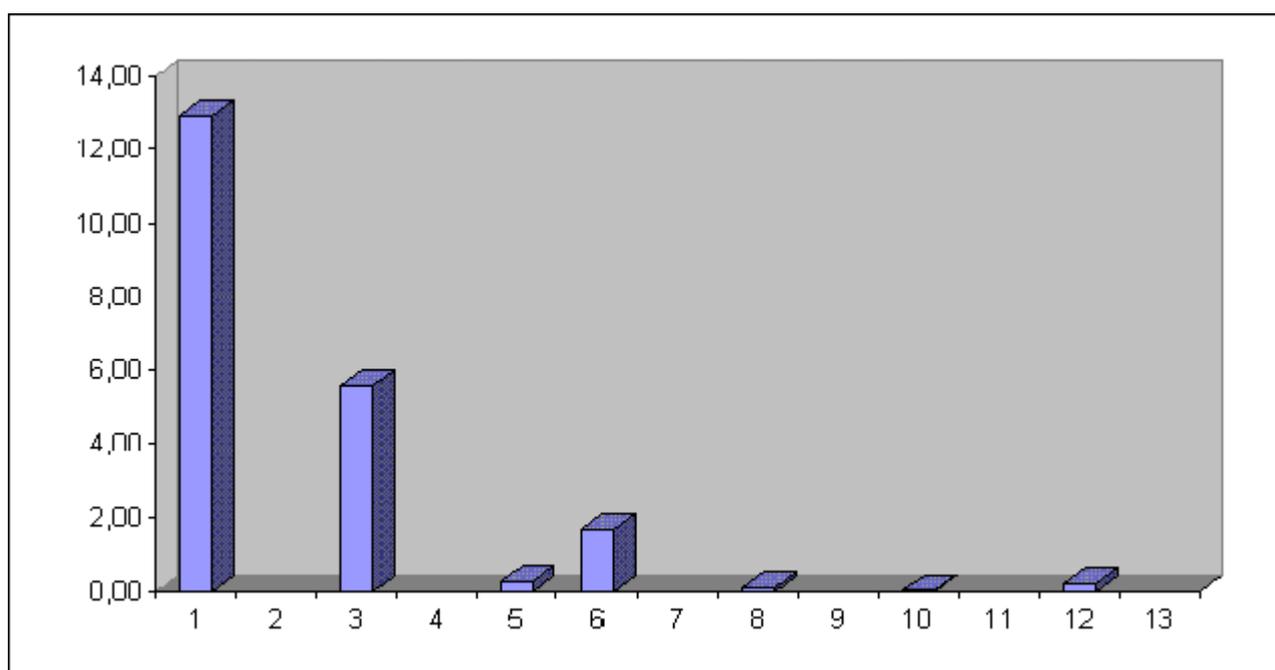
ANNEXE 2

ABSENTEISME :

Le tableau ci-dessous reprend, en le détaillant, l'absentéisme de l'ensemble de la structure.

ABSENTEISME 2002

	CONGES & REPOS		ETAT de SANTE		MATER.	A.T & MaI. PROF.		MANDATS		GREVES		FORMATION		TOTAL
	H	F	H	F	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Nbre de jours	440,73	2053,26	188,58	888,70	47,25	10	309,63	0	24,73	0,88	4,75	0,87	41,27	
%	11,318	13,32	4,842	5,765	0,244	0,257	2,008	0	0,16	0,022	0,03	0,022	0,267	
TOTAL	2494,00		1077,29		47,25		319,63		24,73		5,63		42,15	4010,68
%	12,92		5,58		0,24		1,66		0,13		0,03		0,22	20,77



1 - Congés § Repos

5 - Maternité

8 - Mandats

12 - Formation

3 - Maladie

6 - A.T § Mal. Prof.

10 - Grèves

Rapport sur la Formation Professionnelle 2002

Répartition des stagiaires

Catégories professionnelles	Effectifs	Femmes	Hommes	Total stagiaires	Taux
Ouvriers non qualifiés	0	0	0	0	#DIV/0!
Ouvriers qualifiés	0	0	0	0	#DIV/0!
Employés	61	17	1	18	29,51%
Agents de maîtrise Agents techniques Techniciens	20	11	5	16	80,00%
Ingénieurs et Cadres	7	8	2	10	142,86%
Totaux	88	36	8	44	

Répartition des agents formés

Catégories professionnelles	Effectifs	Femmes	Hommes	Total agents formés	Taux
Ouvriers non qualifiés	0	0	0	0	#DIV/0!
Ouvriers qualifiés	0	0	0	0	#DIV/0!
Employés	61	15	1	16	26,23%
Agents de maîtrise Agents techniques Techniciens	20	10	3	13	65,00%
Ingénieurs et Cadres	7	4	1	5	71,43%
Totaux	88	29	5	34	38,64%

**Tableau comparatif des différentes classifications des psychoses de l'enfant
(ou troubles envahissants du développement)**

DSM III 1980	DSM III R 1987	DSM IV 1994	CIM10 1993	CFTMEA 1988
Troubles globaux du développement	Troubles envahissants du développement	Troubles envahissants du développement	Troubles envahissants du développement	Psychoses
Autisme infantile -Syndrome complet -Syndrome résiduel	Troubles autistiques	Troubles autistiques	Autisme infantile Autisme atypique	Autisme infantile précoce type Kanner Autres formes de l'autisme infantile
Trouble global du développement débutant dans l'enfance -Syndrome complet -Syndrome résiduel Trouble global atypique du développement Trouble autistique	TED non spécifié	Syndrôme de Rett Troubles désintégratifs de l'enfance Syndrôme d'Asperger TED non spécifié	Syndrôme de Rett Autres troubles désintégratifs Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies Syndrôme d'Asperger Autres TED TED non spécifié	Psychoses précoces déficitaires Dysharmonies psychotiques Schizophrénie de l'enfant

CONVENTION

* * * * *

VU la Loi n° 91.744 du 31 juillet 1991 modifiée portant Réforme Hospitalière ;

VU le Décret n° 82.1149 du 29 Décembre 1982 modifié pris pour l'application de la Loi du 28 Octobre 1982 et portant diverses mesures statutaires des Praticiens à plein temps des Etablissements d'Hospitalisation Publiques et notamment l'Article 11 ;

VU le Décret n° 84.151 du 24 février 1984 modifié portant statut des Praticiens Hospitaliers et notamment l'Article 28 (3°-6°) ;

VU le Décret n° 87-644 du 25 novembre 1987 modifié relatif à l'exercice d'une activité libérale par les Praticiens Hospitaliers à temps plein dans les établissements d'hospitalisation publics ;

VU le Décret n° 99-565 du 4 juillet 1999 modifiant le décret n° 82-1149 du 29 décembre 1982 modifié ;

VU la lettre du 20 septembre 1999 par laquelle Madame le Docteur CEGLAREK demande à exercer une activité d'intérêt général auprès de l'Institut Médico-Educatif "Domaine de Lapeyre" à LAYRAC ;

VU la demande du 7 octobre 1999 de Monsieur Hubert PARMENTELOT, Directeur de l'Institut Médico-Educatif "Domaine de Lapeyre" à LAYRAC, relative à la mise en place d'une activité d'intérêt général avec Madame le Docteur CEGLAREK ;

ENTRE

- Monsieur Michel FUMO, Directeur du Centre Hospitalier Départemental de la CANDELIE, agissant en application des textes susvisés, d'une part,

ET

- Monsieur Hubert PARMENTELOT, Directeur de l'Institut Médico-Educatif "Domaine de Lapeyre" à LAYRAC, d'autre part,

ANNEXE 5 bis

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT

Article 1er : Madame le Docteur CEGLAREK Marie-Hélène, Praticien Hospitalier temps plein au Centre Hospitalier Départemental de la CANDELIE, est autorisée à exercer une activité de soins à l'Institut Médico-Educatif "Domaine de Lapeyre" à LAYRAC, à raison de 3 heures par semaine, le vendredi de 8 heures 30 à 11 heures 30.

Le quota annuel d'heures consacrées à l'activité d'intérêt général à l'Institut Médico-Educatif de LAYRAC s'élève à 141 heures (52 semaines - 7 semaines de congés annuels = 47 semaines, soit 47 x 3 heures).

Un relevé annuel d'activité devra obligatoirement être adressé au Centre Hospitalier Départemental de la CANDELIE par l'Institut Médico-Educatif de LAYRAC.

Article 2 : L'indemnité sera directement rémunérée par l'Institut Médico-Educatif de LAYRAC, sur une base brute de 215,00 francs.

Article 3 : L'Institut Médico-Educatif de LAYRAC devra assurer les conséquences de tous les risques inhérents à l'activité de Madame le Docteur CEGLAREK Marie-Hélène, notamment en ce qui concerne les accidents de travail.

Article 4 : La durée de la présente convention, qui prendra effet à compter du 1^{er} novembre 1999, est fixée à UN AN. Cette convention, renouvelable par tacite reconduction, pourra être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties, moyennant un préavis d'un mois.

Post-du-Caux, 26 octobre 1999

Le Directeur
de l'Institut Médico-Educatif
de LAYRAC



H. PARMENTELOT

Le Directeur
du Centre Hospitalier Départemental
de La CANDELIE



M. FUMO