



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**PROMOUVOIR LES CONDITIONS D'ÉDUCABILITÉ ET DE  
BIENTRAITANCE FACE AUX TROUBLES ENVAHISSANTS DU  
DÉVELOPPEMENT EN IME**

**François GILLET**

**CAFDES**

**2007**

---

# Remerciements

---

Tout mon amour à Véronique.

De gros gâtés à Charlotte, Valentin et Gwenaëlle.

Mes amitiés les plus sincères à Denis et Martin.

Un clin d'œil amical à tous ceux de la Peña.

Un merci particulier à Marie Claire qui m'a mis le pied à l'étrier et qui a cru en moi.

Merci à André, Christine, Claude, Fabienne, François, Jean Marie et Thierry pour leur confiance et leur soutien.

A Frédéric, Pierre, Jean Marc et Sophie pour ce temps de formation et de partage si riche et stimulant.

---

# Sommaire

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I. L'IME ST ANDRÉ.</b> .....	<b>3</b>
<b>A. L'IME St André à l'épreuve du temps.</b> .....	<b>3</b>
1) L'Association Adèle de Glaubitz héritière de l'œuvre de la Congrégation des sœurs de la Croix.....	3
2) L'Institut St André : de 1891 à aujourd'hui.....	4
3) La genèse de l'IME.....	6
<b>B. L'IME St André aujourd'hui.</b> .....	<b>7</b>
1) Les agréments.....	7
2) La population accueillie.....	9
3) L'organisation actuellement en place.....	12
4) Des compétences sont présentes au sein de l'établissement.....	15
5) Les locaux ont presque 100 ans.....	17
<b>C. La prise en charge des enfants accueillis.</b> .....	<b>18</b>
1) La trajectoire de l'enfant.....	18
2) Nature des prestations proposées aux enfants de l'IME.....	20
3) Les références à l'œuvre.....	22
<b>Conclusion de la 1<sup>ère</sup> partie.</b> .....	<b>23</b>
<b>II. UN ÉTABLISSEMENT FACE AUX TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT.</b> .....	<b>25</b>
<b>A. L'autisme et les troubles envahissants du développement.</b> .....	<b>25</b>
1) Qu'est-ce que l'autisme ? .....	25
a) La découverte de l'autisme.....	25
b) Une définition consensuelle.....	26
2) Étiologie : la recherche continue.....	27
a) La prévalence.....	27

b)	L'aspect génétique.....	28
3)	Les différentes approches explicatives de l'autisme.....	29
a)	L'approche psychanalytique .....	29
b)	L'approche cognitive.....	30
4)	Quelles prises en charge sont proposées ? .....	31
a)	La prise en charge thérapeutique. ....	31
b)	L'éducation structurée. ....	32
5)	Les insuffisances quantitatives et qualitatives des prises en charge. ....	33
6)	Le cadre législatif encadrant l'autisme a évolué depuis 10 ans. ....	33
7)	Les niveaux régional et départemental.....	35
<b>B.</b>	<b>Les violences institutionnelles. ....</b>	<b>37</b>
1)	Une définition, des définitions. ....	37
2)	Les différents types de violences institutionnelles. ....	39
3)	Le contexte législatif. ....	41
<b>C.</b>	<b>Pour une approche de la bientraitance. ....</b>	<b>42</b>
1)	Les conditions de la bientraitance. ....	43
a)	En direction des jeunes accueillis. ....	43
b)	En direction des familles.....	44
c)	En direction des professionnels. ....	45
2)	La place de l'éthique. ....	45
3)	La responsabilité du directeur. ....	46
	<b>Conclusion de la 2<sup>ème</sup> partie.....</b>	<b>47</b>
<b>III.</b>	<b>PROMOUVOIR LES CONDITIONS D'ÉDUCABILITE ET DE BIENTRAITANCE : UNE AMBITION À PARTAGER.....</b>	<b>51</b>
<b>A.</b>	<b>Former les personnels à la prise en charge de l'autisme. ....</b>	<b>52</b>
1)	La formation : un outil de développement des compétences.....	52
2)	Accompagner les personnels. ....	54
3)	Organiser le temps de travail des professionnels.....	56
<b>B.</b>	<b>Réorganiser la prise en charge pour faciliter les apprentissages.....</b>	<b>57</b>
1)	Mieux évaluer les capacités de l'enfant pour adapter le projet individualisé. ....	58
a)	Concevoir une évaluation des capacités de chaque enfant accueilli. ....	58
b)	Communiquer avec l'enfant ayant des TED.....	59
c)	Faciliter la cohérence entre tous les acteurs. ....	59
2)	Mettre en place une organisation adaptée dans les trois services.....	60
a)	La nouvelle organisation de l'IMP. ....	60
b)	La nouvelle organisation de l'IMPro 1. ....	61
c)	La nouvelle organisation de l'IMPro 2. ....	65

<b>C.</b>	<b>Adapter les locaux à la prise en charge de personnes ayant des TED. ....</b>	<b>69</b>
1)	Programmer la construction de locaux neufs pour l'Internat de l'IMP.....	70
2)	Prévoir le regroupement de l'internat des deux IMPro. ....	70
3)	Adapter les locaux actuels.....	70
<b>D.</b>	<b>Renforcer l'établissement dans un travail partenarial.....</b>	<b>71</b>
1)	Dynamiser l'établissement par le travail en réseau.....	72
2)	Travailler différemment avec les parents. ....	73
3)	Favoriser le regard extérieur.....	74
4)	Favoriser l'évolution de la prise en charge dans les établissements pour adultes. ....	75
<b>E.</b>	<b>Evaluer pour évoluer dans la prise en charge des personnes ayant des TED.....</b>	<b>75</b>
1)	Faire vivre la démarche qualité.....	76
2)	Evaluer, c'est interroger le sens de l'action au quotidien. ....	77
	<b>Conclusion de la 3<sup>ème</sup> partie. ....</b>	<b>78</b>
	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE. ....</b>	<b>79</b>
	<b>IV. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>81</b>
	<b>V. LISTE DES ANNEXES. ....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

- A.M.P** : Aide Médico Psychologique.
- A.N.D.E.M** : Agence Nationale du Développement et de l'Évaluation Médicale.
- A.N.E.S.M** : Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-Social.
- C.D.I** : Contrat à Durée Indéterminée.
- C.H.S.C.T** : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail.
- C.H.S** : Centre Hospitalier Spécialisé.
- C.H.U** : Centre Hospitalier Universitaire.
- C.I.M** : Classification Internationale des Maladies.
- C.D.A.P.H** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
- C.R.A** : Centre de Ressources Autisme.
- C.T.R.A** : Comité Technique Régional Autisme.
- D.N.P** : Dynamique Naturelle de la Parole.
- D.D.A.S.S** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- D.G.A.S** : Direction Générale de l'Action Sociale.
- D.S.M** : Diagnostic Statistical Manual.
- E.S** : Éducateur Spécialisé.
- E.S.A.T** : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail.
- E.T.P** : Équivalent Temps Plein.
- F.A.H.G** : Foyer pour Adultes Handicapés Graves.
- I.F.R.E.P** : Institut de Formation et de Recherche sur l'Éducation Permanente.
- I.G.A.S** : Inspection Générale de l'Action Sociale.
- I.M.E** : Institut Médico Éducatif.
- I.M.P** : Institut Médico Pédagogique.
- I.M.Pro** : Institut Médico Professionnel
- I.N.S.E.R.M** : Institut National des Statistiques et de la Recherche Médicale.
- Q.I** : Coefficient Intellectuel
- M.A.S** : Maison Accueil Spécialisée.
- M.E** : Moniteur Éducateur.
- M.M** : Maîtresse de Maison.
- M.R.S** : Maison de Retraite Spécialisée.
- O.D.A.S** : Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée.
- T.E.D** : Troubles Envahissants du Développement.
- U.N.A.P.E.I** : Union Nationale des Associations de Parents et amis de personnes handicapées mentales.
- V.A.E** : Validation des Acquis par l'Expérience.

# Introduction

Fondé en 1891 par la Congrégation des Sœurs de la Croix de Strasbourg, l'Institut Saint-André a été construit pour recevoir des personnes handicapées mentales. Naissent au fur et à mesure de son développement plusieurs établissements qui s'appellent aujourd'hui : IME, ESAT, FAHG, MAS, MRS...Près de 900 personnes handicapées mentales et professionnels s'y côtoient quotidiennement.

En outre, comme l'y a invité son histoire, l'Institut St André a, dès son origine, accueilli les plus pauvres et les plus déshérités. La population a toujours été hétérogène et si diverses pathologies sont présentes, ce sont les déficits intellectuels qui sont mis en avant. Aussi, tout a été pensé pour leur accueil : locaux, installations (piscine, salle polyvalente, gymnase...), organisation, approche éducative, pédagogique et thérapeutique ...

Forte également de valeurs d'inspiration chrétienne (reprises dans une Charte et cultivées par les membres de l'Association), il y règne une culture de l'éthique où le respect de l'autre, l'entraide, la solidarité sont mis en avant.

Lorsque je prends la direction de l'IME le 1<sup>er</sup> septembre 2005, je découvre un établissement qui s'inscrit dans cette histoire et dans cette culture communes.

Toutefois, les études de populations réalisées chaque année mettent en évidence l'accueil d'une population importante d'enfants atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement (TED), qui présentent des caractéristiques tout à fait différentes du handicap mental. Plusieurs raisons l'expliquent :

- Une culture d'accueil du plus déshérité.
- Un internat permanent.
- Peu d'établissements aptes à accueillir ces personnes aux troubles difficiles à prendre en charge.

Un premier paradoxe est mis en évidence.

Un événement va renforcer mon questionnement et va conditionner ce travail de mémoire : le jour de ma prise de fonction, je suis confronté à la première des décisions délicates que m'impose la fonction de direction : une équipe dénonce les agissements maltraitants d'un de ses membres. Il me faut alors appréhender les faits, mais aussi les mettre en perspective en analysant le contexte dans lequel ils prennent leurs origines : ils pourraient être symptomatiques d'une violence institutionnelle sous-jacente.

Cet événement met en exergue un constat : malgré l'adaptation de la structure à l'évolution des besoins des usagers dans le temps, les professionnels sont en difficulté pour mettre en œuvre une offre de service de qualité face aux enfants qui présentent des troubles envahissants du développement. Cela se traduit par des références conceptuelles peu lisibles par tous, mais aussi par des prises en charge hétéroclites d'un service à un autre. Cela se traduit surtout chez certains professionnels par un renoncement : celui de l'éducation de l'enfant ayant des TED.

En effet, beaucoup de personnels éducatifs ne savent pas comment faire face aux caractéristiques de cette population imprévisible. En conséquence, ils n'ont pas de prise en charge éducative adaptée à leur proposer. Dès lors, l'établissement est en risque de se trouver dans une dynamique maltraitante et de générer, malgré les outils qu'il a mis en place, de la violence institutionnelle.

Pour autant, l'établissement a des ressources. Des compétences sont développées et les professionnels sont mobilisés. C'est ce qui permet de se projeter dans une recherche d'optimisation de la prise en charge.

L'enjeu est de réinstaurer les conditions d'éducabilité et de bienveillance pour l'enfant ayant des TED accueilli. Cette dynamique peut en outre s'inscrire dans un réseau départemental en cours de structuration qui ouvre de nouvelles perspectives de prise en charge.

La première partie de ce mémoire permettra de présenter l'établissement, de comprendre comment est actuellement réalisée la prise en charge et de découvrir les référentiels à l'œuvre dans l'établissement.

Dans la deuxième partie, je démontrerai la nécessité de faire évoluer les modalités de prise en charge en lien avec les besoins de la population et en référence avec l'évolution des politiques publiques. Je proposerai des pistes de réflexion pour réunir les conditions d'éducabilité et de bienveillance des enfants avec troubles envahissants du développement.

La dernière partie sera consacrée au projet de réorganisation de la prise en charge à l'IME. J'exposerai les conditions à mettre en œuvre pour promouvoir une prise en charge de qualité des enfants ayant des TED. Il me faudra prendre en compte les potentialités du modèle culturel existant pour envisager ce changement. Cela nécessitera de déterminer les leviers de mobilisation et de motivation des personnels pour qu'ils puissent s'approprier le projet.

# I. L'IME ST ANDRÉ.

Lorsqu'il prend ses fonctions, un directeur hérite d'outils, de moyens, de choix, de stratégies conçus par son prédécesseur... mais aussi d'une histoire particulière et unique. Ainsi, se construit jour après jour la particularité d'un établissement.

Aussi, avant de proposer un diagnostic et de développer le cœur de mes préoccupations, il me faut présenter l'IME St André et comprendre ce qui le constitue. Ainsi, il me sera possible d'appréhender le modèle culturel à l'œuvre au sein de l'établissement, de dégager les points forts et les points faibles, de questionner le fonctionnement en place et d'envisager les premiers axes de réflexion en vue d'améliorer les prestations proposées aux enfants et jeunes accueillis.

Dans la première sous partie, je présente le contexte historique dans lequel s'est construit l'IME St André. Cette histoire constitue sans nulle doute une base qu'il s'avèrera nécessaire de prendre en compte dans le processus de changement à mettre en œuvre.

La deuxième sous partie illustrera le fonctionnement en cours au sein de l'établissement à travers l'évolution de son agrément, l'étude de la population accueillie, les compétences présentes et l'organisation mise en place.

La conclusion permettra de mettre à jour les points forts et faibles de l'IME St André à travers un premier questionnaire.

## A. L'IME St André à l'épreuve du temps.

### 1) L'Association Adèle de Glaubitz héritière de l'œuvre de la Congrégation des sœurs de la Croix.

L'Association Adèle de Glaubitz est l'héritière des activités sociales, sanitaires et médico-sociales que la Congrégation des Sœurs de la Croix a développées en Alsace depuis le 19<sup>ème</sup> siècle jusqu'aux années 1990. Les Sœurs de la Croix constituent une des grandes congrégations alsaciennes nées au siècle dernier qui se sont développées et qui ont pris de l'ampleur en même temps que leurs œuvres se diversifiaient et s'étendaient.

Madame Adèle de Glaubitz (1797-1858) fondatrice des Sœurs de la Croix n'avait dans les premières années de son engagement personnel de chrétienne nullement l'intention de créer une congrégation. Diverses circonstances l'y amenèrent en 1848. Très jeune, elle s'intéresse à la formation professionnelle de jeunes filles pauvres, se documente et fonde en 1835 « l'œuvre des jeunes servantes catholiques ». Elle travaille avec des personnes laïques et déjà en réponse à des besoins politiquement repérés. Dès 1847, à

la demande du préfet, elle accueille également des jeunes délinquantes. Cette nouvelle orientation sera à l'origine de la Maison d'Education du Neuhof en 1952.

Au fil du temps, d'autres oeuvres se développent en Alsace et hors de la région, mais aussi en pays de Bade et au Cameroun en Afrique : des orphelinats, des structures de soins à domicile, des établissements orientés vers l'accueil de personnes atteintes de handicap mental, visuel ou encore auditif.

Ces institutions évoluent, des changements d'orientation s'imposent. En ce sens, et pour pérenniser ses œuvres, la Congrégation met peu à peu en place des associations gestionnaires d'établissements dont, en 1992, l'Association Adèle de Glaubitz, dont le nom rappelle la filiation, pour les établissements d'Alsace<sup>1</sup>. De même, une association gestionnaire des bâtiments a été créée en 2003 : l'Association des Maisons de la Croix.

L'Association Adèle de Glaubitz emploie actuellement plus de 900 professionnels qui mettent en œuvre le projet d'Association<sup>2</sup> pour l'épanouissement et la promotion de 1 400 personnes prises en charge. Ce projet poursuit l'ambition « *d'aider des personnes en difficulté à pouvoir vivre une espérance* »<sup>3</sup>. Pour ce faire, l'Association donne une part importante à l'éthique et met en place des groupes de travail qui réunissent des membres de l'Association et des professionnels. Ainsi, la commission dite « Pédagogie et Ethique » se veut être une instance de réflexion ouverte aux problématiques rencontrées dans les établissements. En ce sens, elle constitue un point d'appui dynamique pour que soient pris en compte les différents contextes rencontrés.

L'Institut St André est le site le plus important de l'Association Adèle de Glaubitz.

## **2) L'Institut St André : de 1891 à aujourd'hui.**

Fondé en 1891, l'Institut St André est installé en zone rurale, sur le ban communal de Cernay<sup>4</sup>, petite ville d'environ 10 000 habitants, dont il est séparé par une route nationale. Jusqu'en 2006, cette séparation représentait un inconvénient majeur du fait de la dangerosité de sa traversée : plusieurs décès ont été à déplorer. Un passage souterrain initié par la municipalité a sécurisé cette traversée. Toutefois, cette séparation, certes atténuée par cet aménagement, confère un caractère particulier à l'Institut St André et symbolise les multiples représentations qu'on peut avoir des habitants de ce lieu de vie.

---

<sup>1</sup> Cf. Carte annexe 1.

<sup>2</sup> Cf. Annexe 2.

<sup>3</sup> Charte de l'Association Adèle de Glaubitz.

<sup>4</sup> Département du Haut-Rhin.

L'Institut St André présente l'avantage d'être installé dans un parc de plus de 20 hectares et est doté d'installations que lui envient parfois certaines petites communes : parc boisé, piscine, gymnase avec de multiples équipements sportifs, écuries et activités équestres, chapelle, mais aussi un parc automobile conséquent pour se rendre à l'extérieur de cet environnement.

L'Institut Saint-André a dès son origine été destiné à recevoir des personnes en situation de handicap mental. Jusqu'en 1991, il constitue un établissement avec une direction unique et des secteurs d'activités correspondant aux répartitions administratives.

On y distingue toutefois un fonctionnement à deux niveaux :

- L'un proposant scolarisation et apprentissage au profit de jeunes handicapés légers. Certains de ces jeunes quittaient l'Institut pour être placés dans des entreprises artisanales ou agricoles. D'autres restaient et aidaient au fonctionnement de l'établissement, travaillant aux champs et à l'entretien dans les lieux de vie.
- L'autre fonctionnant comme un lieu d'accueil permanent pour personnes plus lourdement handicapées.

Ce fonctionnement a perduré pendant de très longues années. Avec la structuration des secteurs sociaux et médico-sociaux, débute la restructuration de l'Institut. Ainsi, la loi n°75 - 534 du 30 juin 1975 amorce un premier changement fondamental. En 1979, l'Institut Saint André se restructure et différencie IME, MAS, FAHG, CAT et Foyer.

Un deuxième changement fondamental naît de la création de l'Association Adèle de Glaubitz. D'une direction unique, l'Institut se structure en quatre établissements distincts avec quatre directions autonomes, certains moyens logistiques étant mutualisés :

- L'Institut Médico Educatif (IME), accueille 134 enfants, adolescents et jeunes adultes de 5 à 25 ans.
- La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), le Foyer pour Adultes Handicapés Graves (FAHG) et le service d'accueil de jour accueillent 170 adultes sans activité professionnelle.
- L'ESAT (Etablissement ou Service d'Aide par le Travail), accompagne 210 travailleurs handicapés. Dépend de cet établissement un Atelier Protégé de 15 personnes.
- L'Habitat est plus particulièrement chargé de l'hébergement d'ouvriers de l'ESAT, d'une Maison de Retraite Spécialisée (MRS) et d'un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). Ce qui représente l'accompagnement de 180 personnes.

Les services administratifs et logistiques sont mutualisés : sport et animation, service médical, restauration, entretien et sécurité, comptabilité et service du personnel. Ils sont gérés de manière indépendante avec un budget différencié et une gestion des ressources humaines autonome. Nous verrons l'impact de ce fonctionnement singulier sur les modes de prises en charge des personnes confiées aux établissements.

### **3) La genèse de l'IME<sup>5</sup>.**

Pendant des années, l'Institut St André forme un tout sans réelle distinction entre toutes les formes d'accueil aujourd'hui existantes. En janvier 1927, le premier neuropsychiatre est embauché ; le docteur STROEBER en devenant directeur du service médico-pédagogique permet la reconnaissance de l'Institut comme un des premiers Institut Médico Pédagogique (IMP) d'Alsace. Peu à peu, des distinctions s'opèrent. Des différences entre enfants « éducatibles », « semi éducatibles » et « inéducatibles » se traduisent par des prix de journée spécifiques.

Le 13 février 1948, l'IMP St André est agréé par la Sécurité Sociale récemment créée. Toutefois, perdurent les méthodes éducatives des années passées avec un « conservatisme » qui permet de moins en moins de s'adapter aux caractéristiques des populations accueillies.

L'année 1965 constitue une année charnière avec l'arrivée d'une nouvelle équipe de direction. Un premier plan directeur est élaboré : il vise à l'amélioration des conditions de vie des résidents de l'Institut en :

- Diminuant la taille des groupes : de 30 à 40 personnes, on passe à une moyenne de 12 personnes par groupe.
- Abandonnant le port de l'uniforme et personnalisant les cadres de vie.
- Adoptant de nouvelles références et techniques éducatives et thérapeutiques (ateliers pédagogiques, psychothérapie...).

Parallèlement, de nouveaux métiers apparaissent : éducateur spécialisé (ES), mais aussi un peu plus tard, moniteur éducateur (ME) et aide médico psychologique (AMP). Peu à peu, les sœurs cèdent la place à ces nouveaux professionnels.

L'IMP St André continue à se structurer et obtient l'agrément IMPro en 1971. Ce nouveau service est rattaché à l'IMP et forme l'IME : Institut Médico Éducatif. Les agréments évoluent encore : en 1989, l'accueil passe d'une capacité de 190 lits à 134 lits (dont 30

---

<sup>5</sup> Les éléments d'histoire sont tirés du livre : Institut St André 1891 – 1991, cent ans au service des handicapés mentaux, Edouard ROUBY, 1991. Mr ROUBY est l'ancien directeur général de l'Association.

pour les enfants polyhandicapés). En 1996<sup>6</sup>, l'agrément évolue encore avec la prise en compte de l'accueil d'une population autiste.

L'IME St André s'inscrit donc dans une histoire riche et sur un site géographique remarquable. Cela lui a permis de se construire sereinement et de profiter d'une dynamique de recherche et de réflexion qui allie une volonté d'innover tout en affirmant un fort attachement à une éthique qui met au cœur de l'action la personne prise en charge dans sa globalité.

## **B. L'IME St André aujourd'hui.**

Il est difficile de prétendre que dès l'ouverture de l'Institut Saint-André en 1891, ont été accueillies des personnes autistes. La population était alors très hétérogène, mais les diagnostics d'autisme ou de psychose n'étaient pas repérés, ce sont les déficits intellectuels qui étaient mis en avant. C'est pourquoi, à l'instar de l'Institut St André, l'organisation de l'IME est depuis toujours, pensée pour leur accueil et pour leur bien-être. Or, comme je vais le montrer, la population accueillie à l'IME St André est principalement constituée de personnes ayant des TED. L'organisation a certes évolué au fil des années mais elle s'est toujours appuyée sur une culture d'accueil de personnes handicapées mentales, même si des aménagements et activités spécifiques ont été organisés pour les jeunes autistes accueillis.

Après avoir présenté les agréments de l'IME St André, je présenterai l'étude de la population accueillie au sein de l'établissement, l'organisation en place et les compétences développées. Ces différents aspects permettront d'obtenir une photographie de la structure.

### **1) Les agréments.**

L'IME St André accueille au total 134 enfants, adolescents et jeunes adultes qui ont entre 5 et 25 ans, avec deux agréments :

- Un agrément pour l'accueil de 24 enfants, adolescents et jeunes adultes de 5 à 25 ans, garçons et filles polyhandicapés<sup>7</sup>. Ces personnes sont accueillies dans un internat permanent.
- Un agrément pour l'accueil de 110 enfants, adolescents et jeunes adultes de 5 à 25 ans, garçons et filles jeunes handicapés mentaux moyens, sévères et profonds,

---

<sup>6</sup> Soit juste après la promulgation de la circulaire du 27 avril 1995 évoquée dans la 2<sup>ème</sup> partie.

<sup>7</sup> Le polyhandicap se définit par « *handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale sévère* » (Circulaire n° 86-13 du 6 mars 1986 du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale).

dont 60 personnes ayant des TED. Ils sont accueillis selon la répartition suivante :  
105 lits d'internat et 5 places de semi-internat.

L'ensemble des enfants est orienté vers l'établissement par la CDAPH<sup>8</sup>.

La prise en compte des personnes autistes et la spécificité de leur accueil ont été reconnues en 1996 avec l'évolution du deuxième agrément par transformation de 30 places. En 2006<sup>9</sup>, l'agrément passe de 30 à 60 personnes autistes, toujours par transformation de places. Ces transformations viennent entériner l'accueil déjà existant d'une population présentant des troubles envahissants du développement. Je pense que la création de places aurait certainement obligé à penser différemment leur intégration et dès lors leur prise en charge. Or, si à chaque extension d'agrément, l'établissement a bénéficié de postes supplémentaires pour l'encadrement éducatif, pédagogique et thérapeutique des personnes ayant des TED, seuls trois ateliers spécifiques ont été créés à leur intention.

Tout le long de ce travail, j'ai fait le choix de m'intéresser à ce deuxième agrément (étude de population, organisation...). Je pense toutefois que le projet développé dans la troisième partie aura un impact sur la vie des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis dans le service des personnes polyhandicapées, ne serait-ce que par l'association des professionnels à tous les travaux que nous décrivons.

L'étude de cet agrément m'a permis de mettre à jour trois caractéristiques majeures de l'IME St André :

- Une capacité d'accueil jusqu'à 25 ans, alors que la majorité des IME a un agrément jusqu'à 20 ans. Ce qui permet parfois la réorientation de certains adolescents ou jeunes adultes en difficulté vers l'IME St André, faute d'une autre solution.
- Les personnes ayant des TED représentent plus de 50 % de la capacité totale d'accueil. Les plus jeunes d'entre eux présentent le plus souvent des troubles du comportement importants qui mettent en difficulté l'ensemble de la famille. C'est la première raison évoquée par les parents lors de l'admission.
- Et, enfin, l'ouverture permanente a pour conséquence l'accueil d'enfants atteints d'un handicap mental et/ou ayant des TED dont la famille connaît des difficultés sociales. Ce sont le plus souvent des placements judiciaires.

L'étude de population ci-après complète ces caractéristiques et permet d'obtenir une représentation des problématiques rencontrées.

---

<sup>8</sup> C.D.A.P.H : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

<sup>9</sup> Dans le cadre du dernier plan autisme (plan 2005/2006)

## 2) La population accueillie.

Si les agréments pour l'accueil des personnes autistes ont évolué depuis 1996, l'IME St André accueillait depuis longtemps des personnes aux caractéristiques similaires. Toutefois, les premières études de population effectuées en 1987 ne répertoriaient pas les personnes autistes : on parlait de « dysharmonie évolutive du développement ». Il était alors impossible d'identifier le nombre de personnes ayant des TED alors accueillies.

La première étude de population qui évoque l'autisme date de 1999. Les études suivantes font apparaître que l'IME St André accueille une forte proportion d'enfants ayant des TED<sup>10</sup> au sein de ses différents groupes d'accueil, ce qu'illustre le tableau suivant :

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nbre de personnes	62	61	64	63	68	67	73	71

Soit entre 56 % et 66 % de la population totale accueillie. L'année 2007 s'inscrit dans la continuité des années précédentes avec 69 jeunes ayant des TED accueillis.

Il me faut acquérir une bonne connaissance de la population accueillie pour en dégager les caractéristiques. Pour ce faire, j'ai utilisé l'étude de population qui répertorie les 110 jeunes actuellement accueillis à l'IME St André en plusieurs rubriques.

Le handicap mental constitue historiquement le premier motif de placement à l'IME :

Handicap mental moyen	Handicap mental sévère	Handicap mental profond	Total
46 personnes	52 personnes	12	110

Les troubles associés sont nombreux et dénommés comme tels<sup>11</sup> dans les études de population effectuées depuis plusieurs années :

TED	Troubles Névrotiques	Troubles de la locomotion	Troubles de la préhension	Epilepsie
69	11	11	9	29

Comme le démontrent ces 2 tableaux, l'IME St André accueille en IMP et en IMPro, 69 enfants et adolescents atteints d'autisme et ceci pour un agrément de 60.

<sup>10</sup> Il convient toutefois de rappeler que l'ensemble des personnes accueillies n'a pas bénéficié d'un diagnostic.

<sup>11</sup> Ce qui démontre, si besoin était, que le handicap mental est considéré comme le handicap premier et que l'autisme ou les TED sont considérés comme « troubles associés ».

Elles sont en outre atteintes :

- D'un handicap mental moyen pour 25 % d'entre elles.
- D'un handicap mental sévère pour 57 % d'entre elles.
- D'un handicap mental profond pour 18 % d'entre elles.

Elles présentent également des troubles associés de locomotion, de préhension, mais aussi d'épilepsie, qui compliquent la prise en charge et nécessitent un accompagnement particulier de la part des professionnels. 25 jeunes ayant des TED « cumulent » handicap mental, autisme et un autre trouble associé.

Les troubles du comportement sont massivement présents au sein de l'établissement :

Instabilité psychomotrice	Auto agressivité	Hétéro agressivité	Inhibition
62 personnes	16	41	42

Les plus marquants sont les troubles d'agressivité qui se caractérisent par de nombreux passages à l'acte. Souvent évoqués par les professionnels, j'ai souhaité en connaître la réalité. Pour ce faire, j'ai sollicité le « Groupe ressources / Prévention des risques de maltraitance »<sup>12</sup> pour une étude des rapports d'incident<sup>13</sup> de l'année 2005 :

- Sur 460 rapports d'incidents écrits, 268 rendent compte de faits de violences.
- 211 évoquent des violences physiques, dont 25 sous forme d'auto agressivité.
- Les violences dites d'hétéro agressivité (du coup de poing, de la bousculade jusqu'à des blessures soignées à l'hôpital) constituent la plus grande part des rapports d'incidents.
- Ainsi, 104 rapports d'incidents concernent des passages à l'acte violents à l'encontre de pairs, 76 à l'encontre de professionnels.
- 80 % de ces rapports d'incident concernaient des personnes ayant des TED : ainsi, les 76 passages à l'acte violents à l'encontre de professionnels étaient tous le fait de jeunes ayant des TED.

Il convient toutefois d'être attentif au fait que cette étude était la première du genre dans l'établissement et que ces chiffres sont certainement inférieurs à la réalité rencontrée. Ainsi, les conséquences pour le personnel ne sont jamais mentionnées. Tout juste trouve-t-on une brève mention telle que « mal à la tête », « sonné », « trente six chandelles » mais

---

<sup>12</sup> Equipe de réflexion constituée à la suite de la rédaction du « protocole de prévention des abus, violences et maltraitances ».

<sup>13</sup> Les objectifs des rapports d'incident sont d'informer la hiérarchie d'événements quotidiens dont ils n'auraient pas connaissance autrement et de garder une trace des événements. Ces rapports sont tous lus par les chefs de service concernés, le directeur qui prennent les mesures utiles.

rien sur les conséquences physiques, sur le vécu psychologique. Or, pour la même période, je constate 504 jours<sup>14</sup> d'accidents du travail (pour 38 accidents déclarés) et des interpellations des membres du CHSCT<sup>15</sup> pour des faits de violences subis par deux professionnels. Cette étude m'incite alors à être attentif aux conséquences de ces troubles du comportement pour les professionnels.

Un autre indicateur des difficultés d'accompagnement de ces personnes est constitué par l'augmentation des jeunes qui restent en week-end ou lors des périodes de vacances scolaires : 24 enfants ne rentrent que partiellement en famille les week-end ; il en est de même pour 39 d'entre eux, lors des périodes de vacances (avec respectivement 13 et 22 personnes ayant des TED). Les parents évoquent principalement des troubles du comportement trop difficiles à gérer pour la famille. Il est alors nécessaire d'organiser des périodes d'accueil supplémentaires, souvent délicates à gérer puisque rassemblant les jeunes posant les problèmes les plus importants. Il faut alors renforcer les équipes pour permettre leur accueil tout au long de l'année. Cela a pour conséquence de diminuer le taux d'encadrement pendant le reste de l'année.

Ces troubles du comportement sont accentués par les difficultés de communication des jeunes accueillis. Celles-ci sont répertoriées dans le tableau ci après :

Absence de langage	Mots phrases	Phrases courtes	Phrases élaborées	Total
21 personnes	28	30	31	110

Le plus souvent, la communication est perturbée et n'est pas utilisée sur le mode de l'échange spontané.

L'ensemble de ces difficultés facilite peu les capacités d'autonomie des personnes accueillies. Ainsi, tous les jeunes ayant des TED ont besoin d'un accompagnement dans tous les actes de la vie quotidienne. En outre, aucun ne peut être considéré comme autonome socialement (courses dans les magasins, loisirs à l'extérieur de l'Institut...). Aussi, ces difficultés nécessitent parfois la présence constante d'un éducateur auprès d'un seul jeune pour assurer sa sécurité et l'aider à exploiter, autant que faire se peut, les capacités présentes.

---

<sup>14</sup> Bilan social 2005.

<sup>15</sup> C.H.S.C.T : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail.

L'IME St André accueille donc une population importante de personnes ayant des TED soit 63 % de l'ensemble des personnes accueillies en 2007. Ces personnes développent pour la plupart des troubles du comportement qui complexifient leur prise en charge et mettent en difficulté parents et professionnels, d'autant que le fonctionnement demeure organisé selon les modèles traditionnels des IME prévus pour l'accueil d'une population handicapée mentale.

### 3) L'organisation actuellement en place.

Les annexes XXIV (au décret du 9 mars 1956 modifié en 1989) ont joué un rôle fondamental dans l'organisation des établissements et services accueillant des enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle, dont les IMP et IMPro.

Elles ont fixé les caractéristiques de la prise en charge qui :

- Doit être globale en s'adressant à l'enfant dans son unité et pour l'ensemble de ses besoins.
- Doit comprendre les 3 composantes : éducatives, pédagogiques et soins thérapeutiques dans le cadre d'un projet d'établissement.
- Doit être individualisée (élaboration du projet individuel).

Le livret d'accueil de l'IME St André spécifie ces caractéristiques en évoquant « *les lignes principales du projet d'établissement* » (éducation et soins, projet individuel, partenariat avec les familles, évaluation, intégration), qui prennent en compte « *les injonctions et l'esprit des annexes XXIV* »<sup>16</sup>.

Les annexes XXIV ont proposé une organisation toujours à l'œuvre au sein de l'IME St André. Celle-ci propose dans son article 5 de distinguer les « *sections* », ce qui va se concrétiser par une séparation des activités d'apprentissage (ou activités de jour) et des activités d'hébergement. L'IME St André se décompose en trois services : IMP, IMPro 1 et IMPro 2 (émanations de l'IMPro, service unique jusqu'en 2002).

Ces trois services accueillent tous des personnes ayant des TED :

<b>Service</b>	<b>IMP</b>	<b>IMPro 1</b>	<b>IMPro 2</b>
Nbre de personnes accueillies	32	37	41
Nbre de personnes ayant des TED	17	28	24

et proposent l'organisation suivante :

<sup>16</sup> Livret d'accueil de l'IME St André, page 11.

L'IMP accueille 32 enfants et adolescents âgés de 5 à 15 ans et est composé de :

- 3 groupes d'internat organisés par âge avec pour supports principaux les actes de la vie quotidienne, l'animation et l'organisation des temps hors scolaires.
- Le service d'activités de jour (appelé école) composé de : 4 groupes dits « de base » qui visent les apprentissages, 2 ateliers spécifiques (D.N.P et créatif), un atelier TED et deux classes d'activités scolaires pour les jeunes en capacité d'apprentissages de cet ordre.

Les différents bilans de fin d'année écrits par les professionnels évoquent leurs difficultés à proposer des activités d'apprentissage adaptées aux enfants ayant des TED. Ils se déclarent en difficulté pour faire face aux troubles du comportement. Des groupes trop nombreux, les manques de moyens et de connaissances sont les raisons les plus fréquemment avancées. Dès lors, ils interpellent le directeur pour réduire l'effectif des groupes ou pour réduire le nombre de jeunes ayant des TED accueillis.

L'IMPro 1 accueille 37 adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans très dépendant sur le plan de l'autonomie, des actes de la vie quotidienne et sur le plan relationnel. Ces personnes présentent d'importants troubles de la communication, du comportement et de la personnalité. Ce service accueille les jeunes les plus dépendants de l'établissement que je dirige. 75 % d'entre eux présentent des troubles envahissants du développement.

Là encore, internat et activités de jour sont séparés :

- L'internat est composé de 4 groupes : deux pour les personnes très dépendantes dont un mixte (orientation future : MAS), deux groupes pour des personnes avec plus de capacités d'autonomie (orientation future : FAHG).
- Les activités de jour sont composés de 7 ateliers : 3 ateliers pédagogiques, un atelier dit « de transition », un atelier sensoriel et 2 ateliers « hérités » du traditionnel IMPro, fondés sur une recherche de professionnalisation (atelier de travaux industriels et atelier de transition).

Les professionnels de ce service sont souvent confrontés à de graves troubles du comportement de la part des jeunes : fréquents passages à l'acte entre pairs ou à l'encontre du personnel éducatif. Les éducateurs déclarent orienter les projets individuels vers les soins à la personne et vers le bien être individuel : ils ont la plupart du temps, renoncé à proposer des apprentissages à ces jeunes. En outre, ce service a connu ces dernières années des actes que l'on pourrait qualifier de maltraitances à l'égard des jeunes accueillis. Une équipe (4 éducateurs) a été complètement recomposée à la suite de faits de cet ordre. Une éducatrice a été lourdement sanctionnée en 2005. 3 autres

personnes ont également été sanctionnées ... Au-delà de comportements individuels, ces faits montrent les difficultés réelles des personnels de l'IMPro 1 à adapter la prise en charge de ces jeunes.

L'IMPro 2 accueille, quant à lui, 41 adolescents<sup>17</sup> et jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans qui se préparent au travail en ESAT. Pour autant, seuls 70 % d'entre eux accéderont à un établissement d'aide par le travail. Ce service se compose de :

- 3 groupes d'internat : deux groupes de garçons (respectivement 14 et 11 jeunes) et un groupe de filles (14 jeunes)
- 7 ateliers qui proposent des apprentissages « pré professionnels » à travers le bois, la vannerie, le jardin, les arts ménagers, les travaux industriels, un atelier créatif, un atelier TED, auxquels s'ajoute une classe d'activités scolaires.

Les éducateurs évoquent leurs difficultés à faire face à des groupes nombreux et à proposer des apprentissages adaptés à tous les jeunes accueillis. Certains jeunes, et principalement les jeunes ayant des TED, peuvent alors rester inoccupés pendant de longs moments.

Le tableau suivant synthétise la répartition des jeunes à l'IME :

<b>IMP</b>	<b>IMPro 1</b>	<b>IMPro 2</b>
<u>Internat</u>	<u>Internat</u>	<u>Internat</u>
3 groupes d'âge	4 groupes de niveaux	3 groupes d'âge
<u>École</u>	<u>Ateliers pédagogiques</u>	<u>Ateliers spécifiques et scolaires</u>
4 groupes de base	3 ateliers pédagogiques	Arts ménagers, vannerie, bois, jardin, travaux industriels, expression
2 ateliers : créatif – DNP	1 atelier de transition	1 classe d'activités scolaires
1 atelier TED	1 atelier TED	1 atelier TED
2 classes d'activités scolaires	1 atelier de travaux industriels	
	1 atelier polyvalent	

Notons que chaque service bénéficie d'un atelier spécifique de prise en charge des personnes ayant des TED : ces ateliers ont été successivement créés lors des modifications d'agrément (1996 et 2006). Ils offrent des prises en charge individuelles dépendantes des compétences développées par l'éducateur qui l'anime : prise en charge

<sup>17</sup> 50 % de ces jeunes présentent des TED.

sensorielle, accompagnement de type Snoezelen<sup>18</sup>, accompagnement à la piscine... Ils sont orientés vers le bien être de la personne accueillie. En outre, pour les jeunes les plus démunis, ils constituent parfois le seul atelier avec une prise en charge qui prend sens pour l'équipe.

L'organisation de l'IME a peu évolué et reste calquée sur le modèle classique de la prise en charge de personnes handicapées mentales. De plus, lors de nos rencontres<sup>19</sup>, j'ai pu m'apercevoir du désarroi des professionnels à prendre en charge ces jeunes. Ils déclarent ne pas disposer d'approche éducative adaptée et ne savent pas quelle action mettre en place. Certains ont même renoncé au pari de l'éducation de ces enfants. Enfin, tous se déclarent fatigués et ne savent plus comment faire face aux troubles envahissants du développement.

#### **4) Des compétences sont présentes au sein de l'établissement<sup>20</sup>.**

L'équipe de l'IME St André (111,83 ETP pour 236 salariés) est constituée de trois types de qualifications :

- Educatives : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides médico psychologiques.
- Pédagogiques : trois institutrices en contrat simple.
- Thérapeutiques : psychomotriciennes, musicothérapeute, psychothérapeute, psychiatre.

Rappelons que tous les services administratifs et logistiques sont mutualisés entre les quatre établissements qui constituent l'Institut St André. La répartition budgétaire se fait selon des clés de répartition négociées avec les autorités de tarification (DDASS et Conseil Général). Les salariés de ces services sont sous l'autorité d'une direction autonome. Dès lors, bien que dépendants financièrement du budget dont j'ai la responsabilité, je n'ai aucune autorité sur certains salariés, comme les éducateurs sportifs, les surveillants de nuit ou encore les membres du service médical (médecin généraliste, infirmières, kinésithérapeute, ergothérapeute). Ces trois catégories de personnel sont cependant au contact quotidien des usagers et participent à la mise en œuvre de leur projet individuel.

---

<sup>18</sup> Le concept Snoezelen privilégie la qualité de l'accompagnement et a pour objectif d'aider la personne à mieux vivre son handicap. Il favorise la relation à travers une ouverture sensorielle, visuelle, olfactive, kinesthésique ...

<sup>19</sup> Réunions du personnel, réunions de projet, lecture de comptes rendus de réunions d'équipe ou d'unité...

<sup>20</sup> Nous retrouverons l'ensemble de l'étude du personnel dans l'annexe 3.

J'ai fait une étude du personnel pour mettre à jour les caractéristiques de l'équipe actuelle. J'ai pu repérer certains points de vigilance dans la gestion actuelle et future des ressources humaines. Ainsi, le personnel présente plusieurs caractéristiques à prendre en compte dans mes actions futures de directeur.

Un personnel expérimenté : 40 % de l'effectif est âgé de plus de 50 ans. Ce qui se cumule souvent avec une ancienneté relativement importante. L'indicateur « rotation du personnel » (moins de 5 %) confirme une certaine fidélité du personnel à l'établissement. L'IME est le reflet de ce qui se passe sur l'ensemble de l'Institut : la rotation y est faible, 32 % du personnel y est âgé de plus de 50 ans. En outre, l'absentéisme est relativement faible au regard des difficultés de prise en charge déjà évoquées et connaît même une baisse conséquente en 2006.

Le fort déséquilibre de la proportion homme / femme (respectivement 17 % et 83 % des personnels éducatifs) est constaté dans beaucoup d'internats permanents. Pour autant, celui-ci a des conséquences importantes dans les modalités de prise en charge des jeunes accueillis et dans la vie des équipes. Cela mis à part, la composition et la qualification des équipes sont relativement bien équilibrées. Chacune comprend au moins : un ES, un ME, un AMP (souvent plusieurs) et une maîtresse de maison. Tout le personnel est qualifié et employé en CDI.

La formation professionnelle jusqu'alors a été centrée sur le développement des compétences individuelles. Depuis 2002, seule la démarche qualité a été réellement transversale à l'ensemble des services de l'établissement. Elle a permis le développement de compétences communes et a facilité la mise en œuvre de la démarche qualité par l'ensemble des équipes. Un audit interne réalisé en juin 2006 confirme cette perception.

Un premier enjeu de ma direction sera d'anticiper les départs à la retraite et de prévoir le renouvellement des générations. Pour ce faire, il va s'avérer nécessaire de faire évoluer la gestion des ressources humaines et d'élaborer une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, non effective dans l'établissement, ni sur l'ensemble de l'Association. Cet outil permettra d'anticiper les futurs recrutements. Il me semble nécessaire de veiller à maintenir un équilibre entre qualification, expérience et jeunesse.

Un deuxième enjeu, plus difficile à réaliser, sera d'améliorer l'équilibre homme / femme dans les équipes éducatives au bénéfice des jeunes accueillis. Il faut dès lors que l'établissement ait une image dynamique pour attirer le personnel masculin.

Un troisième enjeu est de réfléchir différemment le recours à la formation professionnelle. Je pense nécessaire de développer simultanément compétences individuelles et compétences collectives. Cela me demandera de concilier plan de formation, accès à des conférences, journées de réflexion...

Enfin, un dernier enjeu consistera à inscrire l'ensemble des professionnels à la dynamique future puisque tous les personnels en contact avec le public de l'IME (y compris ceux des services administratifs et logistiques) sont confrontés aux mêmes difficultés que les professionnels de l'IME.

J'estime que l'IME St André possède des atouts en matière de personnel. Ces atouts sont renforcés par une culture éthique individuelle forte et présente à tous les niveaux de l'organisation. Il m'importe de maintenir le personnel mobilisé dans une perspective de changement.

##### **5) Les locaux ont presque 100 ans.**

Dans un internat tel que l'IME St André, les locaux représentent un enjeu fondamental : ils facilitent la prise en charge des personnes accueillies ou au contraire restreignent considérablement les possibilités de développement de cette prise en charge. Les locaux de l'IME St André (et surtout les locaux d'internat) font partie de cette deuxième catégorie. Le premier bâtiment de l'Institut St André a été inauguré le 27 octobre 1891. L'évolution des demandes d'accueil « *d'enfants de religion catholique pauvres et faibles d'esprit, incapables de corps et d'intelligence* »<sup>21</sup> va accélérer le processus de construction de bâtiments destinés à les recevoir. Ce processus s'achève en 1913.

Bien que détruits par deux fois (à la fin des deux guerres mondiales), la configuration actuelle des bâtiments ressemble en tout point à la conception de l'époque<sup>22</sup>, même si au fur et à mesure des évolutions de la prise en charge, des aménagements ont été effectués.

L'IME occupe aujourd'hui six bâtiments répartis sur l'ensemble des 20 hectares de l'Institut St André. Locaux d'internat et d'activités de jour sont systématiquement séparés. Les quelques exemples qui suivent illustrent l'inadaptation de ces locaux, et principalement de la partie internat, des services concernés :

- Deux groupes d'internat de l'IMP occupent deux maisons préfabriquées à étage, construites en 1970. Initialement prévues pour une dizaine d'années, ces locaux

---

<sup>21</sup> ROUBY E. *Institut St André 1891 – 1991, cent ans au service des handicapés mentaux*, Cernay, Imprimerie CAT, 1991, 227 pages

<sup>22</sup> Annexe 4 : plan du bâtiment Jean Bosco, qui accueille 5 groupes d'internat de l'IME

présentent de multiples inconvénients : infiltrations, escaliers inadapés, cuisine et salle de jeux en sous sol...

- Quatre groupes d'internat prévus pour l'accueil de 9 à 10 jeunes occupent un bâtiment nommé Jean BOSCO (cf. annexe 4) qui ne dispose d'aucune chambre individuelle. Chaque lieu de vie est identique et a une surface de 180 m<sup>2</sup>. Chaque groupe dispose de 3 chambres collectives pour 2, 3 ou 4 jeunes. Dès lors, si un jeune présente des troubles du comportement qui ne tolèrent aucune promiscuité, 5 jeunes doivent être rassemblés dans un même espace.

De même, de nombreuses pièces ont un double emploi qui ne facilite pas l'acquisition de repères : cuisine et bureau (pièce d'environ 10 m<sup>2</sup>), salle à manger et salle de jeu. Les salles de bain n'ont que deux douches et ne permettent aucune intimité lors des toilettes.

- Huit groupes (sur 10) d'internat n'ont aucun accès direct vers l'extérieur.

Les locaux d'accueil ne permettent pas d'offrir des conditions convenables de prise en charge par la promiscuité imposée et la non différenciation des locaux, à double, voire à triple usage. Les importants troubles du comportement précédemment décrits s'y trouvent renforcés. En effet, je pense que des espaces qui seraient pensés à partir des caractéristiques de la population permettraient de réduire les passages à l'acte violents, les comportements d'auto agressivité et faciliteraient les apprentissages.

## **C. La prise en charge des enfants accueillis.**

Après avoir présenté la trajectoire de l'enfant dans l'établissement, je décrirai les prestations proposées aux jeunes ayant des TED et terminerai ce chapitre en mettant à jour les références à l'œuvre au sein de l'établissement.

### **1) La trajectoire de l'enfant.**

L'IME St André a l'ambition « *d'offrir à chaque jeune accueilli l'éducation et les soins qui lui sont nécessaires pour devenir le plus autonome possible* »<sup>23</sup>. Pour ce faire, l'action éducative est pensée à partir de trois objectifs principaux :

- L'admission et l'accueil de chaque enfant.
- L'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individualisé.
- La préparation du départ de l'IME.

L'admission est le plus souvent demandée par les parents de l'enfant. Des réunions préalables à l'admission sont organisées : visite de l'établissement, réunion de « présentation », réunion de restitution des journées de contacts. Plusieurs types de questions sont abordées en plus des présentations d'usage et du recueil de

---

<sup>23</sup> Projet d'établissement page 14.

renseignements administratifs : le diagnostic du handicap de l'enfant (quelle connaissance les parents ont du diagnostic ? Comment en ont-ils vécu l'annonce ?), l'anamnèse (comment l'enfant est-il parlé dans sa famille ? Qu'est-ce qui s'est passé avant la demande de placement à l'IME ?), les attentes réciproques, le questionnement... C'est également l'occasion d'évoquer les termes du contrat de séjour. Les objectifs de la prise en charge y seront consignés après consensus. Les parents, l'enfant (quand cela lui est possible) et le directeur en sont signataires.

L'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individualisé représentent le processus le plus important du parcours de l'enfant accueilli dans l'établissement. En effet, le projet individualisé va être, tout au long de son séjour, la pierre angulaire de sa prise en charge. Pour sa mise en œuvre, chaque enfant accueilli bénéficie du suivi de deux référents : le « référent jeune », membre d'une équipe d'internat, est proche de l'enfant au quotidien et peut être son porte-parole ; le « référent de situation », qui est le chef de service, a une position de distance et une vision globale de la situation de l'enfant et de son contexte familial, social et institutionnel. Ils ont tous deux pour mission d'être les porteurs du projet individualisé et de représenter l'enfant dans les différentes instances de travail.

Le projet individualisé se décompose en quatre étapes :

La 1<sup>ère</sup> étape permet une évaluation de la situation en s'appuyant sur les dossiers CDAPH, les rapports de synthèse antérieurs et sur un ou plusieurs entretiens avec la famille et le jeune.

La 2<sup>ème</sup> phase permet l'identification des besoins et la définition de la problématique du jeune. Plusieurs outils sont utilisés : les données fournies par la famille sont analysées ; le jeune en situation de vie ou d'apprentissage est observé ; quand cela est possible, des tests sont passés ; une grille facilite l'évaluation. Cette grille est le plus souvent remplie par le référent jeune et me semble manquer de lisibilité (elle n'est pas un outil efficace de communication) et d'objectivité (critères objectifs).

La 3<sup>ème</sup> phase vise à élaborer les objectifs opérationnels lors de la réunion de projet annuelle qui rassemble les professionnels intervenant avec le jeune. Les parents ne sont pas directement associés à cette phase de travail : ils sont invités à la suite de la réunion de projet à échanger et à valider le programme proposé.

La 4<sup>ème</sup> phase permet l'évaluation et le réajustement de l'action éducative, pédagogique et thérapeutique et la préparation de la réunion de projet annuelle suivante.

Le processus d'élaboration du projet individuel constitue un point fort de l'IME et un point d'ancrage pour tous les professionnels. Toutefois, les parents sont associés sur la base d'une proposition de programme individuel. Pour autant, ils n'ont pas participé au débat

qui a précédé son écriture, ni pu s'approprier les réflexions et analyses des professionnels. Ils peuvent dès lors difficilement peser sur les orientations éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées pour leur enfant.

La préparation au départ de l'IME est à l'œuvre tout au long de la prise en charge de l'enfant. Deux étapes sont plus particulièrement importantes : la 15<sup>ème</sup> année, au cours de laquelle l'enfant va être orienté vers un des deux IMPro et la 20<sup>ème</sup> année qui fait l'objet d'une proposition d'orientation vers une structure adulte. Ce deuxième temps est toujours problématique pour les personnes ayant des TED, car peu de structures adultes sont en capacité de leur proposer un accompagnement adapté. Les équipes de MAS, voire de FAHG disposent d'une expérience acquise au contact de ce public. Il n'en va pas de même pour les ESAT : des jeunes ayant des TED et les capacités pour y rentrer, sont pourtant orientés vers un FAHG, faute d'ateliers adaptés pour eux. Dès lors, l'utilisateur ne se trouve pas « au centre du dispositif », mais subit l'inadaptation du secteur médico-social à sa pathologie.

Tout au long de la trajectoire de l'enfant dans l'établissement, différents types d'activités et de prestations sont possibles. Elles se sont le plus souvent développées au fur et à mesure de formations et d'analyses critiques, toujours en accord avec l'équipe pluridisciplinaire. Comme nous l'avons précédemment abordé, ces formations sont le plus souvent individuelles, ce qui explique principalement le développement d'ateliers parfois « isolés » les uns des autres (et notamment les ateliers spécifiques TED).

## **2) Nature des prestations proposées aux enfants de l'IME.**

L'organisation mise en place invite à distinguer la prise en charge en trois volets : éducatif, pédagogique et thérapeutique.

L'aspect éducatif est plus particulièrement assuré par les équipes d'internat, où :

- La prise en charge alterne entre des moments de vie collective et des temps individuels ou en petits groupes.
- L'apprentissage porte plus particulièrement sur les différents aspects de la vie quotidienne : toilette, repas, habillage et déshabillage...
- Les supports proposés (vie quotidienne, activités) tiennent compte des observations du personnel, mais surtout des intérêts et motivations des jeunes concernés. Ils sont développés équipe par équipe sans lien entre elles (par exemple : club peinture, atelier pâtisserie ou encore sortie ludothèque). Ces activités sont financées sur la base d'un projet présenté semestriellement et soumis à la validation de la direction.

L'aspect pédagogique s'organise à l'école et aux ateliers, à travers des programmes individualisés. Là encore, les programmes passent par des activités en groupes, sous-groupes ou individuels : activités d'éveil sensoriel, de motricité, d'expression verbale et artistique, activités scolaires à partir des supports les plus diversifiés possible : musique, travail corporel, sorties, jeux d'eau, piscine, repas personnalisés, cheval ou calèche..., voire prise en charge ponctuelle d'un jeune en souffrance ou en situation difficile.

Tout cela se concrétise au sein du projet individuel de chaque enfant et du programme d'activités afférent. Pour autant, il convient de tenir compte de l'équilibre et de la composition des groupes. Différentes méthodes ou approches sont utilisées pour la mise en œuvre du projet individuel : la DNP<sup>24</sup>, des approches corporelles et de relaxation, le concept Snoezelen...

La prise en charge thérapeutique se décline à 3 niveaux :

- individuel : il vise un travail de restructuration, de développement des repères, de l'expression et de la communication du jeune.
- familial : accompagnement, aide, soutien.
- institutionnel : réflexion, analyse des pratiques.

Cette prise en charge thérapeutique est actuellement assurée par une équipe composée d'un psychiatre, de psychologues, d'une psychothérapeute, de deux psychomotriciennes et d'une musicothérapeute. Elle se concrétise par des séances thérapeutiques en face à face ou en petit groupe. Dans cette deuxième situation, il s'avère parfois nécessaire de prévoir l'accompagnement d'un éducateur pour garantir le cadre et arriver à contenir les éventuels débordements.

Pendant une année, j'ai participé à la majorité des réunions de projet individuel. Pour les jeunes ayant des TED, les activités sont principalement orientées vers le bien être et vers le soin. Lorsque l'équipe éducative est en difficulté pour proposer des apprentissages, le projet est alors orienté vers des prises en charge thérapeutiques dont les indications sont parfois mal définies. Comme si on voulait compenser un manque d'activités éducatives ! La prise en charge thérapeutique est parfois la seule proposition « active » du projet. Certains jeunes peuvent ainsi être en thérapie depuis plusieurs années, sans que l'on puisse en évaluer les effets dans la vie quotidienne. Ce constat m'a amené à me poser la question des références à l'œuvre au sein de l'établissement. Il s'agit pour moi de comprendre à quelle stratégie correspond de type de réponse et quel est le sens de cette prédominance de l'approche thérapeutique dans le projet de certains jeunes. En quoi cette approche est-elle une ressource au service de la personne et de l'équipe ?

---

<sup>24</sup> DNP : Dynamique Naturelle de la Parole, approche éducative qui vise à améliorer les capacités de communication de l'enfant pris en charge.

### 3) Les références à l'œuvre.

Les références constituent le plus souvent des repères pour les professionnels et conditionnent les axes de développement de l'établissement. La lecture du projet d'établissement apporte un premier éclairage et nomment comme référence :

- « *Psychologie du développement.*
- *Pédagogie spécialisée.*
- *Référence psychanalytique pour ce qui est de l'ordre du sujet.*
- *Référence systémique pour ce qui concerne l'organisation et la mise en œuvre des projets individualisés, du projet d'établissement.*
- *Analyse transactionnelle, dans le domaine de l'analyse des pratiques, et comme outil de communication dans la pédagogie de l'apprentissage, et dans la résolution des conflits »<sup>25</sup>.*

Cette lecture ainsi que les différents entretiens que j'ai eus avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire, m'ont permis de dégager deux tendances :

D'une part, l'angle d'analyse pour comprendre chaque situation de jeune, est la référence psychanalytique avec une grille de lecture constituée de la psychologie du développement. L'analyse transactionnelle participe du même mouvement.

Les théories psychanalytiques ont introduit une conception de la vie psychique qui envisage le symptôme, non plus isolément, mais en fonction de l'histoire passée, des vicissitudes du développement psychologique et de leur réactualisation possible, ce qui permet, selon les adeptes de ces théories, d'envisager un contenu significatif pertinent aux symptômes considérés comme porteurs d'un désir refoulé, représentatifs d'un compromis, prenant place dans l'équilibre personnel du sujet.

Au sein de l'IME, cette référence se concrétise par plusieurs aspects :

- Les psychologues de chaque service et la psychothérapeute basent leur accompagnement du jeune et des équipes sur la lecture du symptôme.
- En outre, les psychologues sont présents à chaque réunion de projet individuel et ont en charge de dégager la problématique de chaque jeune. Ce qui aide à mettre à jour certains axes de travail. Les psychologues jouent dès lors un rôle primordial sur l'orientation que va prendre le projet individuel.
- Les thérapeutes sont également issus de l'école psychanalytique.
- Pendant longtemps, lors des réunions de projet ou d'équipe, il était préconisé de beaucoup parler à la personne, de lui proposer « *un bain de paroles* ».

---

<sup>25</sup> Projet d'établissement IMP / IMPro, 2004, page 19

Un type d'approche psychanalytique est privilégié pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individualisé. Elle a donc constitué la grille de lecture principale de l'autisme dans l'établissement. Nous étudierons l'influence de la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme dans la deuxième partie.

D'autre part, l'organisation de l'établissement et la mise en œuvre des projets ont été pensées sur le modèle de la référence systémique, ce qui est le résultat d'un grand mouvement de formation au sein de l'IME dans les années 90. Cela se concrétise par une organisation imaginée pour que toutes les réunions institutionnelles gardent sens pour chaque professionnel et s'alimentent mutuellement<sup>26</sup>.

La prise en charge se décline en trois approches complémentaires : éducative, pédagogique et thérapeutique, qui sont autant de strates historiques de l'établissement et des courants qui ont traversé la société. Je constate dans le projet d'établissement la prééminence d'une vision de la thérapie, qui, au nom du respect à accorder à la parole du sujet, aurait tendance à s'accaparer la notion de la clinique et à dévaloriser, de facto, le travail éducatif au quotidien et l'apprentissage. Est-ce la bonne approche auprès du public de l'IME et surtout auprès des plus fragiles (principalement des personnes ayant des TED) ?

## **Conclusion de la 1<sup>ère</sup> partie.**

L'IME St André fait partie de ces établissements qui ont pris le temps de se bâtir à partir d'une histoire riche au sein d'une Association héritière de valeurs fortes. Il bénéficie d'une structuration rigoureuse et possède des atouts en matière de personnel. Elle a aussi su, au cours de son histoire, s'adapter aux évolutions de la science et de la société et dispose d'atouts essentiels au niveau de l'éthique.

Pour autant, initialement conçue pour l'accueil des personnes handicapées mentales, l'organisation de l'IME qui accueille une population majoritaire de personnes ayant des TED, n'est plus adaptée. Cet accueil a été reconnu, mais les modifications successives de l'agrément n'ont pas permis une évolution significative de l'organisation, ni des modes de prises en charge.

Or, les personnes ayant des TED développent pour la plupart des troubles du comportement qui rendent difficiles leur prise en charge. Les professionnels, et plus particulièrement les personnels éducatifs, évoquent leurs difficultés à proposer des

---

<sup>26</sup> Cf. Annexe 5 : Instances de travail en IMP / IMPro.

objectifs et donc des activités d'apprentissage adaptés. En conséquence, lorsque le jeune présente des troubles du comportement violents, ils aménagent l'environnement (espace, temps) pour y faire face, mais restent sur une position « défensive ». Certains professionnels ne proposent aucune activité d'apprentissage à ces jeunes et se vivent alors comme des « gardiens »<sup>27</sup>. Le nombre important de jeunes accueillis par groupe ou par atelier est souvent mis en avant. Deux types de comportement sont alors observés :

- peu ou pas de proposition, sous prétexte de respecter le jeune dans son rythme et dans ses stéréotypies.
- ou à l'inverse, une forme d'activisme, qui se concrétise par l'enchaînement de prises en charge multiples, alors que l'éducateur ne saisit pas toujours le sens et la contribution des activités aux objectifs visés.

Par conséquent, certains professionnels évoquent une certaine lassitude à faire face à des jeunes aux nombreux troubles du comportement répétitifs qui entravent le déroulement des activités. Ce sont le plus souvent des personnels éducatifs confrontés au quotidien aux troubles du comportement et de la personnalité des enfants ayant des TED. Ils évoquent également une méconnaissance globale de la pathologie autistique et se réfèrent à la psychologue du service pour trouver un éclairage. Ils trouvent le plus souvent une réponse qui s'avère lointaine de leurs questions concrètes et immédiates.

Or, la mission d'un IME est de préparer le public accueilli à une vie d'adulte la plus autonome possible. Cela passe par des propositions d'apprentissage à toutes les étapes de son parcours dans l'établissement, donc à tous les stades de son organisation. Bien malgré lui, l'IME St André se trouve actuellement dans l'incapacité d'atteindre ces objectifs pour les personnes ayant des TED. Il s'agit d'une première forme de violence institutionnelle due à une méconnaissance des caractéristiques de l'autisme, à l'inadaptation de la prise en charge proposée.

Ces différents constats m'interpellent dans ma fonction de direction. Ils m'imposent alors de réfléchir aux conditions nécessaires à mettre en place pour que l'IME se conforme à sa mission, ce qui m'amènera à définir les axes d'optimisation de la prise en charge des personnes ayant des TED.

---

<sup>27</sup> Nom que se donnaient les personnels soignants présents à St André en 1968.

## II. UN ÉTABLISSEMENT FACE AUX TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT.

La question de la prise en charge des personnes souffrant de troubles envahissants du développement ne peut se comprendre qu'à partir d'une bonne connaissance de la pathologie autistique, dont les caractéristiques sont singulières et mettent à jour de multiples questionnements. De plus, l'autisme a fait l'objet de multiples controverses sur son origine, sur les moyens éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques pour y faire face. Me doter d'une connaissance de l'autisme et des troubles envahissants du développement constituera mon premier objectif.

La plupart du temps, ces débats contradictoires n'ont pas permis de dégager des pistes de travail efficaces dans la prise en charge des personnes ayant des TED. Les établissements ont alors mis en place des organisations inadaptées, ce qui a produit des situations de violences institutionnelles. L'IME St André en est un exemple. Je serai amené à développer la notion de violence institutionnelle pour en comprendre les composantes.

Dans un troisième temps, je proposerai une analyse de la situation de l'établissement et je définirai les axes de changement à mettre en œuvre.

### **A. L'autisme et les troubles envahissants du développement.**

Avant d'être considéré comme un trouble du développement, l'autisme a été, pendant très longtemps, vu sous l'angle d'une pathologie psychologique rendant les difficultés relationnelles responsables du trouble de communication. Aujourd'hui, les nombreux travaux de recherche expriment plutôt l'idée d'une origine multifactorielle empêchant le développement harmonieux de la personne.

#### **1) Qu'est-ce que l'autisme ?**

##### **a) La découverte de l'autisme.**

Le terme autisme vient du grec « auto » qui signifie « soi-même ». Il est employé en psychiatrie pour la première fois en 1911 par le psychiatre suisse Eugène BLEULER. Il l'utilise pour désigner, dans la schizophrénie adulte, la perte du contact avec la réalité extérieure qui rend difficile ou impossible pour le patient toute communication avec l'autre. Plus tard, d'autres auteurs le décriront comme un symptôme particulier, non spécifique de la schizophrénie et en feront ainsi une pathologie à part entière.

Le précurseur en ce domaine (et le plus connu) est le docteur Léo KANNER psychiatre américain. En 1943, dans un article intitulé « *Autistic Disturbance of Affective Contact* », il décrit, sous le terme « d'autisme infantile précoce », un tableau clinique caractérisé par l'incapacité pour le bébé, dès sa naissance, d'établir des contacts affectifs avec son entourage. Le docteur Léo KANNER caractérise la spécificité de ce symptôme et en fait un syndrome clinique à part entière avec un mode d'apparition et une évolution radicalement distincts de la schizophrénie.

Léo KANNER s'appuie sur la description de onze cas cliniques et note quatre signes principaux de la forme de psychose qu'est l'autisme :

- Un isolement extrême : l'attitude de l'enfant est marquée par une profonde indifférence et un désintérêt total vis-à-vis des personnes et des objets extérieurs.
- Une grande immuabilité et une intolérance à tout changement.
- Le centrage de la personne sur une vie intérieure particulière.
- L'absence d'interaction avec l'environnement.

Le docteur Léo KANNER note également des troubles du langage. La personne autiste n'utilise pas le langage pour communiquer. Enfin, il décrit l'intelligence et la mémoire exceptionnelles de ces enfants. Ces derniers traits caractéristiques distinguent l'autisme de toutes les autres formes d'arriération connues en psychiatrie.

Sans aucune concertation, un psychiatre autrichien, le docteur Hans ASPERGER décrit en 1943<sup>28</sup> des troubles du comportement chez plusieurs enfants qui avaient un développement normal de leur intelligence et du langage, mais qui présentaient des comportements proches de l'autisme et une déficience marquée dans les interactions sociales et la communication. Il appela ce trouble « *autistischen Psychopathen* ». Il utilise donc la même notion d'autisme qui a été décrite la même année par le docteur Léo KANNER aux U.S.A.

De nombreuses recherches vont se succéder, mais celles de Léo KANNER et Hans ASPERGER font actuellement figure de référence.

b) Une définition consensuelle.

Pendant près de 40 ans, deux approches conceptuelles de l'autisme s'affrontent. L'une se développe en Amérique du nord : elle privilégie l'origine organique, ce qui va se traduire par des actions visant à adapter le comportement social. L'autre est l'approche européenne qui met en avant l'origine psychogénique de l'autisme pour expliquer cette pathologie et pour y apporter des réponses, qui vont notamment faire appel à la psychanalyse.

---

<sup>28</sup> Publication en 1944

La non-concordance entre les deux approches crée de fortes incompréhensions entre chercheurs, praticiens, familles et associations. Aujourd'hui encore, ces deux approches alimentent les débats et rendent difficiles une prise en charge cohérente de l'autisme.

Somme toute, la définition proposée par la CIM 10<sup>29</sup> fait dorénavant consensus : *« l'autisme implique des troubles qualitatifs dans trois domaines majeurs du développement qui sont le développement du langage et de la communication, le développement des relations sociales, le développement des activités du jeu et des intérêts ».*

Au milieu des années 90, les deux principaux systèmes de classification s'accordent sur la notion des Troubles Envahissants du Développement, reprise dans la définition proposée par l'INSERM : *« groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet en toute situation ».*

Le syndrome d'autisme infantile est donc généralement considéré comme un trouble global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de 3 ans. Il est caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des 3 domaines suivants :

- Les interactions sociales sont perturbées en qualité et en quantité.
- La communication verbale et non verbale est perturbée en qualité et en quantité.
- Les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés.

Cette définition est d'ailleurs reprise dans la circulaire n°95-12 du 27 avril 1995 à l'origine d'un plan de 5 ans pour l'amélioration de la prise en charge des personnes autistes.

## **2) Etiologie : la recherche continue.**

### **a) La prévalence.**

Les études sur la prévalence de l'autisme varient les unes des autres en fonction des années prises en comptes, des définitions adoptées, des pays considérés...

En 2001, l'INSERM, dans son expertise sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, propose l'estimation suivante : *« Un taux de 9 pour 10 000 pour la prévalence de l'autisme peut être retenu. En se fondant sur ce taux, on peut estimer que la prévalence du syndrome d'Asperger est de 3 pour 10 000 et que la prévalence des autres troubles du développement proches de l'autisme est de 15,3 sur 10 000. Au total, on peut donc retenir que la prévalence de toutes les formes de troubles*

---

<sup>29</sup> Classification internationale des Maladies, version 10

*envahissants avoisine les 27,3 pour 10 000* ». Notons que lors de la rédaction de la circulaire du 8 mars 2005, le législateur a retenu ce taux de 27,3 pour 10 000.

Selon Goldberg (1986), 85 % des enfants atteints d'autisme auraient également une déficience intellectuelle, la plupart du temps grave, alors que le DSM-IV parle de 75 % des enfants autistes qui auraient une déficience mentale associée (habituellement de sévérité moyenne ; Q.I. 35-50). L'autisme touche plus souvent les garçons que les filles, dans une proportion de quatre à cinq hommes pour une femme<sup>30</sup>. Les variations rapportées par les études françaises peuvent s'expliquer par les différences dans la définition et la classification retenue.

On observe également des maladies héréditaires ou génétiques associés à l'autisme : syndrome d'Angelman, X fragile, sclérose de Bourneville... mais aussi : phobies, troubles du sommeil, de l'alimentation, des conduites sphinctériennes, des comportements auto et/ou hétéro agressifs.

b) L'aspect génétique.

Si, pendant de nombreuses années, l'autisme a été considéré comme une pathologie psychologique, l'étiologie de l'autisme est en faveur d'une participation de facteurs génétiques. Ainsi, pour de nombreux auteurs, « *une forte contribution génétique a été démontrée à maintes reprises dans la susceptibilité de l'autisme...Ce terrain génétique est néanmoins complexe, ce qui signifie que plusieurs gènes sont impliqués et que les gènes responsables peuvent varier d'une famille à l'autre* »<sup>31</sup>. Michaël L. CUCCARO affirme même que « *l'hérédité de la pathologie, estimée à au moins 90 %, place l'autisme parmi les pathologies les plus génétiques des troubles autistiques* »<sup>32</sup>.

En effet, plusieurs études étayent cette approche : dans certaines familles présentant un enfant avec autisme, les statistiques traduisent un risque de 120 à 400 fois plus élevé de trouver un 2<sup>ème</sup> enfant avec autisme que dans toute autre famille. De même, dans l'étude de jumeaux monozygotes, ce risque est supérieur à 60 %.

En ce sens, la circulaire du 8 mars 2005 a évoqué des causes qui « *relèvent probablement de processus multiples, où l'intervention de facteurs génétiques multiples a été mise en évidence* »<sup>33</sup>.

---

<sup>30</sup> L'ANDEM évoque plutôt un sex ratio de 3 pour 1.

<sup>31</sup> BERTHOZ A., ANDRES C., BARTHELEMY C., MASSION J., ROGE B., *L'autisme de la recherche à la pratique*, Paris, Editions Odile Jacob, Mai 2005, page 67.

<sup>32</sup> Ibid, page 146.

<sup>33</sup> Circulaire DGAS du 8 mars 2005, page 6.

### **3) Les différentes approches explicatives de l'autisme.**

De nombreux chercheurs ont étudié cette pathologie et ses caractéristiques. Je développe ici les deux principales approches de l'autisme : l'approche psychanalytique et l'approche cognitive qui ont longtemps été mis dos à dos.

#### a) L'approche psychanalytique

Elle a été marquée par deux grands courants de pensée, un courant marqué par la recherche des causes de l'autisme, l'autre par la recherche du sens de l'autisme.

La recherche des causes est principalement issue des travaux de B.BETTELHEIM. Il observe qu'un environnement pathologique (comme les camps de concentration) peut générer de graves troubles et que ceux-ci s'amenuisent avec la disparition de cet environnement. Pour lui, l'autisme résulte d'un échec de la « mutualité mère / enfant » : toute tentative de la part de l'enfant de communiquer avec sa mère est mise en échec. Devant cet échec, l'enfant désinvestit le monde extérieur avec, pour résultat, un appauvrissement du monde intérieur, ce qui limite la souffrance de l'enfant devant son incapacité à entrer en relation avec sa mère. L'enfant ne dispose pas des ressources nécessaires pour faire face à ce vide qui viendrait, dans un contexte d'indifférenciation entre le moi et le non-moi, comme une perte d'une partie du moi. Il en ressort ainsi une confusion entre le monde intérieur et extérieur et une absence totale ou partielle de construction psychique d'enveloppe corporelle.

Dès lors, l'autisme résulterait d'un dysfonctionnement dans la relation mère / enfant. Une mauvaise compréhension des processus à l'œuvre dans ce dysfonctionnement a fait qu'il a souvent été fait l'hypothèse que l'autisme est la conséquence de mères trop froides et pas assez nourricières, trop distantes ou pas assez distantes. C'est ce discours qui fut adressé à de nombreux parents déjà confrontés à l'annonce du handicap.

Lorsque la psychanalyse parle de dysfonctionnement dans la relation mère / enfant, elle n'attribue la faute à personne. Cependant, cette interprétation agit comme un écho au sentiment de culpabilité des mères qui se sentent responsables d'avoir mis au monde un enfant si différent. Bien que B. BETTELHEIM ait révisé sa théorie sur la question des rapports mère / enfant et de son impact sur l'autisme<sup>34</sup>, son modèle a largement contribué à faire porter à la mère la responsabilité de l'échec de la communication et du développement de cette pathologie, ce qui a eu pour effet de culpabiliser toute une génération de mères.

---

<sup>34</sup> Il s'en est même excusé auprès des parents avant sa mort en 1990.

La recherche du sens de l'autisme est, quant à elle, attribuée aux adeptes du modèle psychodynamique qui proposent différents concepts concernant le développement de l'enfant. Celui-ci aurait un rapport aux objets dits de surface : le nourrisson ne connaît les objets (c'est à dire tout ce qui constitue son environnement – et en premier lieu la mère, le sein) que par le biais de la surface, il ne connaît pas l'intérieur, la nature interne de l'objet. La prise de conscience du décalage entre la connaissance de surface et la méconnaissance des qualités intérieures de l'objet, lorsqu'elle apparaît trop tôt, engendre une angoisse majeure chez l'enfant qui réagit par des mécanismes de défense (dont l'autisme) contre cette angoisse. Cette théorie a plus particulièrement été développée par M. KLEIN, D MELTZER, ou encore F.TUSTIN.

Dans le même état d'esprit, et bien que n'ayant pas modélisé l'autisme en tant que tel, J. LACAN est à l'origine de ce qu'on appelle le modèle structural selon lequel les phénomènes psychiques constituent les éléments d'une structure. Ainsi, le psychisme d'un individu est régi par telle ou telle structure sans possibilité de passage de l'une à l'autre, sauf à l'adolescence. Les tenants du structuralisme considèrent que l'enfant est inscrit dans un mythe familial qui va structurer son psychisme. Il est investi par sa mère de façon à pouvoir se construire. L'enfant atteint d'autisme ne s'inscrit pas dans le désir de la mère et ne peut alors être reconnu en tant que sujet désirant. L'autisme serait alors un retrait du monde des autres. L'acquisition du langage signe l'émergence du sujet et par conséquent, la sortie de l'autisme.

L'approche psychanalytique a longtemps été l'approche privilégiée dans l'explication des causes de l'autisme. Elle a conditionné les modalités de prises en charge dans les secteurs sanitaire et médico-social. Les autres approches ont eu des difficultés à prendre place et ont souvent été vécues comme rivales et antagonistes.

b) L'approche cognitive.

M. RUTTER est l'un des premiers à développer l'approche cognitive. Il fait l'hypothèse de troubles cognitifs (traitement de l'information) permettant d'expliquer les difficultés de la personne autiste dans sa compréhension et son adaptation au monde. Ce dysfonctionnement cognitif s'opère sous des formes diverses. Ainsi, le retard de développement normal et l'hétérogénéité de ce développement se traduisent par des niveaux de compétences différentes chez une même personne qui, de plus, appréhende l'environnement de manière fragmentée.

La personne ayant des TED traite l'information isolément et n'est pas capable d'en assembler les différentes composantes pour comprendre le sens d'une situation dans sa

globalité. D'autres anomalies du traitement de l'information peuvent être attribuées à un dysfonctionnement des fonctions exécutives qui sont à l'œuvre dans le contrôle de l'action et spécialement son adaptation, la planification des informations nécessaires à l'exécution d'une tâche et la capacité à la conserver en mémoire. Globalement, la communication, verbale et/ou non verbale, est déficitaire et ne représente souvent que peu d'intérêt pour ces personnes.

Ces atteintes expliquent les difficultés d'organisation et de réalisation d'actions séquencées avec un début et une fin. Il faut également noter l'incapacité d'empathie de ces personnes, c'est à dire de leur incapacité à se mettre à la place de l'autre, à prévoir ses réactions afin d'y adapter leurs propres comportements.

Ces deux approches théoriques ont permis la mise en place de modèles de prises en charge qui ont fait l'objet de nombreux débats entre les protagonistes de l'une ou de l'autre approche.

#### **4) Quelles prises en charge sont proposées ?**

Actuellement, deux types de prise en charge sont plus particulièrement développés, le plus souvent isolément l'un de l'autre, parfois associés : la prise en charge thérapeutique et l'éducation structurée.

##### **a) La prise en charge thérapeutique.**

Pendant longtemps, certains thérapeutes étaient dans l'attente de l'émergence de désirs chez la personne autiste lors d'entretiens cliniques. Bien que ces derniers gardent toute leur importance et s'adaptent aux caractéristiques et aux capacités des enfants, rappelons que 50 % des personnes avec autisme sont non verbales. Les thérapies d'inspiration psychanalytique me semblent donc peu appropriées à leur prise en charge thérapeutique. Malgré tout, la prise en compte de la personne dans son système d'appartenance et dans son histoire s'enrichit de la lecture de la théorie psychanalytique.

Toutefois, plusieurs pratiques prennent sens dans la prise en charge des personnes avec TED : la thérapie tripartite réparatrice<sup>35</sup>, la thérapie par médiation<sup>36</sup> plus fréquemment pratiquée ou encore des thérapies telles que le Pack ou moins controversées, différentes

---

<sup>35</sup> Elle consiste à établir une communication primitive à travers une redécouverte mutuelle entre l'enfant et sa mère. Le thérapeute est un objet partiel dont l'enfant se sert comme d'un prolongement de lui-même.

<sup>36</sup> Elle se traduit par l'utilisation de médiateurs pour agir sur les troubles associés à l'autisme comme les troubles du comportement, de la communication, de la relation duelle ou de groupe, de l'attention conjointe...L'objectif principal est d'introduire du sens pour la personne autiste mais aussi du lien entre les choses et les actes.

méthodes basées sur des stimulations sensorielles<sup>37</sup> (exemple : l'univers Snoezelen). A l'origine, elles ont souvent été mises en place dans le secteur sanitaire (plus particulièrement psychiatrique) par des équipes thérapeutiques expérimentées. Elles nécessitent un taux d'encadrement important (le plus souvent un pour un) et des conditions de prises en charge spécifiques (locaux, formation ...). Or, si elles gardent un intérêt, l'IME St André ne peut offrir ni les mêmes conditions d'encadrement thérapeutique, ni une régularité signifiante de la prise en charge (maximum : une fois par semaine). De plus, je pense que ce type de prise en charge thérapeutique ne peut se suffire à lui-même et qu'il doit accompagner et soutenir une prise en charge éducative.

b) L'éducation structurée.

Elle vise à apporter des repères concrets, une prévisibilité dans le temps et des aides visuelles pour permettre à l'enfant d'organiser ses comportements, de mieux comprendre son environnement matériel et social et d'interagir avec lui. L'intervenant essaie au maximum d'utiliser les points forts et les intérêts de la personne autiste pour développer ses compétences et lui donner des stratégies de compensation. L'ambition est alors de fournir à la personne ayant des TED des objectifs d'apprentissage adaptés. Certains vont se faire sur le mode de la ritualisation, de la répétition et des associations. En outre, lorsque les déficits associés à l'autisme empêchent la personne d'acquérir certaines compétences, c'est le milieu qu'il faut adapter. La compensation est alors donnée par l'environnement.

Le programme TEACCH élaboré par E. SCHOPLER est le plus connu des méthodes d'éducation structurée. Il apporte des outils d'évaluation adaptés pour déterminer précisément les apprentissages dont sont capables les enfants mais aussi les difficultés qui nécessiteront l'adaptation de l'environnement. Concrètement, il s'agit de mettre en place à l'aide de moyens de communication alternatifs (image, pictogramme, photo...), des emplois du temps séquencés rendant l'enchaînement de la journée visuellement prévisible. On adopte également dans cette prise en charge, le principe d'un lieu pour une fonction. Ainsi, les activités sont réalisées dans des endroits spécifiques et balisés, indépendamment des lieux de vie eux-mêmes organisés selon leur fonction. Exemple : l'espace repas, l'espace loisirs...

D'autres approches cognitives se sont inspirées de la méthode TEACCH. Certaines ont déclaré s'en être détachées pour éviter les nombreuses critiques auxquelles cette approche éducative a été confrontée. Toutefois, elles ont toutes repris les grands principes précédemment évoqués.

---

<sup>37</sup> Elles axent leur travail au niveau du corps, l'objectif étant d'instaurer chez l'enfant une unité corporelle en prenant conscience de son enveloppe, c'est-à-dire d'une limite entre le dedans et le dehors.

Je considère l'éducation structurée comme une approche éducative qui vise des apprentissages adaptés à la personne et à son niveau de compréhension. A ce titre, elle présente l'intérêt d'offrir une approche intéressante pour la personne ayant des TED et permet de structurer le travail éducatif. En outre, elle me semble en cohérence avec les grands principes des lois du 2 janvier 2002 (« l'utilisateur au centre du dispositif ») et du 11 février 2005 (le handicap est le résultat des interactions entre les incapacités d'une personne et l'inadaptation totale ou partielle de son environnement).

Toutefois, l'éducation structurée présente un risque majeur : appliquée in extenso, elle peut être assimilée à une méthode comportementaliste applicable de la même manière pour tous. J'ai pu en percevoir les effets lorsque j'ai visité des établissements qui l'utilisent : les acteurs me décrivaient les exercices sans énoncer les objectifs visés. Le danger serait donc de rester dans le « faire » et d'oublier le sens de l'action.

Malgré ces différentes approches et théories, l'autisme est une pathologie globalement méconnue qui présente des insuffisances dans l'approche et dans la prise en charge.

#### **5) Les insuffisances quantitatives et qualitatives des prises en charge.**

Aux capacités insuffisantes d'accueil des enfants, adolescents et adultes ayant des TED s'ajoutent d'importants problèmes qualitatifs des prises en charge existantes. Ainsi, le diagnostic d'autisme intervient souvent trop tardivement avec pour conséquence, des prises en charge effectives trop tardives (souvent après un délai de plusieurs mois, voire de plusieurs années). En outre, les institutions d'accueil ne délivrent pas toujours des prestations conçues et adaptées aux autistes et les itinéraires observés d'une institution à l'autre sont rarement préparés et coordonnés. Ainsi, les structures pour adultes sont généralement peu préparées à accueillir des sujets autistes. De même, les problèmes spécifiques des familles de sujets autistes (information sur le diagnostic et sur les prises en charge, soutien, actions de partenariat) sont trop rarement pris en compte.

Ces diverses insuffisances tant quantitatives que qualitatives renforcent la fragilisation psychologique des personnes concernées et de leur entourage. Elles montrent l'impérieuse nécessité de promouvoir des programmes d'action fondés sur des techniques adaptées aux personnes ayant des TED comprenant six principales composantes : le dépistage, les soins, l'éducation, la socialisation, l'insertion et l'accompagnement de l'entourage. Elles doivent en outre s'inscrire dans un réseau de proximité pour une prise en charge graduée et coordonnée.

#### **6) Le cadre législatif encadrant l'autisme a évolué depuis 10 ans.**

Les premiers textes législatifs français qui parlent d'autisme sont récents et datent de 1995. Depuis lors, se sont succédés de nombreux textes destinés à rattraper le retard de

la prise en charge de l'autisme et à proposer un cadre commun à toutes les structures. Le développement de la prise en charge de l'autisme en France trouve également son origine dans le contexte européen. En effet, pendant de longues années, les familles n'ont pu trouver de réponse adaptée au problème posé par la prise en charge de leur enfant. Elles se sont adressées aux pays limitrophes beaucoup plus avancés en la matière tant au niveau de la recherche que des modalités de prise en charge. La Belgique accueille aujourd'hui quelque 3 500 personnes autistes françaises au sein de ses établissements<sup>38</sup>. C'est dans ce contexte que la France cherche à améliorer les problèmes posés par la prise en charge des personnes autistes.

La circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995<sup>39</sup> est le premier texte émanant des pouvoirs publics et consacré exclusivement au problème de l'autisme. Cette circulaire s'inspire directement des propositions de trois rapports parlementaires (rapport IGAS n° 94-099 d'octobre 1994 ; rapport de l'ANDEM paru en novembre 1994 et rapport de la DAS en janvier 1995 sur la prise en charge des personnes autistes) et repose sur trois principales caractéristiques :

- La volonté de dépasser l'opposition entre le « tout thérapeutique » et le « tout éducatif et pédagogique » pour encourager une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire.
- Le dépassement des cloisonnements traditionnels entre les domaines sanitaire d'une part et médico-social et pédagogique d'autre part.
- L'instauration d'une souplesse de fonctionnement des dispositifs d'accueil.

Elle met également en place des Comités Techniques Régionaux sur l'Autisme (C.T.R.A) et instaure des plans régionaux pluriannuels (1996-2000) en détaillant par classe d'âge les modalités de prise en charge les mieux adaptées.

La loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 est venue conforter les options qui avaient été retenues dans la circulaire précitée. Elle y ajoute l'obligation faite aux schémas médico-sociaux départementaux de prévoir des créations d'établissements adaptés à la diversité et à la spécificité des handicaps.

La circulaire n°98-232 du 10 avril 1998 porte sur la formation des personnels intervenant auprès des personnes autistes et ainsi sur l'adaptation nécessaire de la prise en charge de ce public.

---

<sup>38</sup> Jean-Pierre STROOBANTS, « *la Belgique, refuge des enfants autistes* », *Journal Le Monde*, 18 avril 2007.

<sup>39</sup> Relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique, éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique.

Un complément aux dispositions de la circulaire du 27 avril 1995 instaure la création de Centres de Ressources Autisme (CRA) qui ont compétence en matière d'information des familles et des professionnels, de repérage épidémiologique et de dépistage précoce ou d'aide au dépistage précoce. Ces organismes sont animés par une équipe pluridisciplinaire et mettent en oeuvre des actions de diagnostic précoce, de recherche, d'aide, de soutien, d'information, de formation, de conseil et d'expertise auprès des familles et des professionnels médico-sociaux et de santé.

La circulaire DGAS du 8 mars 2005 est le dernier texte législatif en vigueur sur la question. Il remplace la circulaire du 27 avril 1995 et relance la politique de l'approche qualitative et quantitative de l'autisme et instaure plus généralement la notion de troubles envahissants du développement que nous avons précédemment définie. Cette circulaire a plusieurs ambitions :

- Relancer la dynamique régionale de programmation des recherches et de la prise en charge des TED, en l'articulant avec le dispositif national.
- Développer, diversifier et articuler l'offre d'éducation et l'accompagnement proposés à ces personnes. Pour ce faire, elle définit les rôles et fonctions du secteur psychiatrique et son articulation avec le secteur médico-social.
- Promouvoir le développement des Centres de Ressources Autisme sur l'ensemble du territoire.

Ces différentes circulaires ont été accompagnées d'appels d'offre nationaux de création de places nouvelles (1995, 1997, 1999, 2000, 2005) principalement destinés à combler les retards précédemment évoqués. Malgré les efforts consécutifs à ces textes et la création de places, les programmes successifs n'ont pas permis de combler les carences françaises en matière de prise en charge adaptée à des personnes ayant des TED.

Enfin, le 11 avril 2007, un comité de réflexion et de proposition sur l'autisme était officiellement formé avec pour mission de recenser tous les modes de prise en charge et de diffuser les meilleures pratiques dans les centres de ressources régionaux.

## **7) Les niveaux régional et départemental.**

A la suite de la parution de la circulaire du 27 avril 1995, la région Alsace a rédigé un Plan d'Action Régional pour l'autisme et les troubles apparentés sur 5 ans (1995/2000). Impulsé par le C.T.R.A, ce plan est toujours en attente d'une évaluation qui sera certainement réalisée dans le cadre de la relance de cette instance de travail initiée par la circulaire du 8 mars 2005. Ce Plan d'Action Régional a jeté les bases d'une analyse des besoins et de propositions d'amélioration de la prise en charge d'une population considérée comme spécifique et prioritaire. Cette analyse a ainsi décrypté les besoins de création de places en hôpital de jour pour une prise en charge adaptée des plus jeunes,

ce qui a donné lieu à la création d'une commission de santé mentale consacrée à la prise en charge des enfants et adolescents psychotiques accueillis en IME dans le Haut Rhin ou encore l'inscription de cette population dans le schéma régional de psychiatrie.

Ce travail a aidé au développement du Centre Ressources Autisme du département du Haut-Rhin qui s'organise à partir de trois axes principaux :

- Accueil et conseil ; bilan/diagnostic ; évaluation des compétences acquises ou en émergence.
- Information adaptée aux familles et possibilité d'un accompagnement individuel et/ou collectif.
- Echanges, organisation des réflexions, formation en direction des professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

Pour mener à bien ses missions, l'équipe du CRA peut accueillir sur une durée plus ou moins longue la personne ayant des TED dans une unité spécialisée et dépendante du Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach. Elle peut également accompagner, au sein même des établissements, la personne ayant des TED et l'équipe d'encadrement.

Les missions du CRA sont encore en plein développement sur le département et peuvent s'appuyer sur les orientations de la circulaire du 8 mars 2005 qui a permis la création sur la région de trois commissions de travail pour susciter et développer la formation, l'articulation entre les secteurs médico-social et sanitaire et les échanges sur les pratiques professionnelles.

Les troubles envahissants du développement se révèlent donc être une pathologie complexe. Ils font encore l'objet de multiples controverses qui rendent difficile l'établissement de références et de modalités de prise en charge communes à tous les acteurs d'une même institution. En effet, même si les textes de lois encouragent une prise en charge globale qui dépasse les clivages idéologiques, ce n'est pas encore à l'oeuvre dans tous les établissements.

Les éducateurs de l'IME St André expriment leurs difficultés quotidiennes à contenir et encore plus à avoir des propositions constructives face aux troubles envahissants du développement. Les thérapeutes eux souhaitent que les orientations psychanalytiques soient mises en œuvre par tous. Le risque est alors des pratiques éducatives, thérapeutiques différentes d'un professionnel à un autre. Or, la personne ayant des TED a besoin d'un cadre sécurisant et structurant pour favoriser l'acquisition de repères stables. Ne pas répondre à ces besoins a pour conséquence la naissance et le développement de certaines formes de violences institutionnelles.

## **B. Les violences institutionnelles.**

Une organisation et des locaux inadaptés, la méconnaissance de la pathologie autistique, le renoncement à l'éducation des enfants ayant des TED ... peuvent être considérés comme autant de formes de violence institutionnelle. C'est pourquoi il me faut comprendre ce que sont ces violences, comment elles naissent et se développent au sein d'un établissement. C'est à cette condition que je pourrai promouvoir une culture de la bientraitance, dans l'état d'esprit repris par la dernière instruction ministérielle du 22 mars 2007<sup>40</sup>.

### **1) Une définition, des définitions.**

Le constat de violences dans les structures d'accueil et de soins n'est pas nouveau. Déjà, St Vincent de Paul dénonçait les conditions de recueil des orphelins et des enfants abandonnés qui entraînaient une mortalité de plus de 90 %. De la description de l'hospitalisme chez le jeune enfant à la critique de la psychiatrie asilaire, depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les analyses et les mouvements de pensée ont mis en lumière des facteurs de carence dans les institutions. C'est pourquoi la question de la définition des violences en institution est centrale et permet de définir un acte ou un comportement comme tolérable ou non.

Dans le secteur social et médico social, la notion de violence est souvent associée, voire parfois confondue, avec celle de maltraitance. Il me paraît indispensable de donner une définition précise des différents termes employés, d'en rechercher les similitudes afin d'en distinguer les différences. En effet, le mot violence est souvent mal utilisé : il peut y avoir conflit, rejet, haine sans qu'il y ait violence. Le mot violence dérive du latin *vis* qui signifie d'abord « force en action », en particulier « force exercée contre quelqu'un ». Aussi, la définition la plus courante du terme violence évoque l'abus de force pour soumettre, contraindre, obliger à. Il est également employé pour signifier les conséquences d'une parole de rejet ou de haine. La notion de violence est alors plus symbolique.

Pour Jacques DANANCIER, la violence se caractérise par :

- Sa mise en acte : « *c'est d'abord un mouvement de force dirigé vers les personnes ou les objets de l'environnement. Il comprend la mise à l'écart au moins temporaire d'une prédominance de la pensée* ».
- Ses buts manifestes qui sont « *la destruction, l'effacement et la soumission, la contrainte* »<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance dans les établissements.

<sup>41</sup> DANANCIER J, *La violence dans les établissements sociaux*, Paris, Editions Dunod, 2000, page 30.

Le mot maltraitance<sup>42</sup> est quant à lui un néologisme. Ce terme de maltraitance est dès lors difficile à appréhender. Ainsi, longtemps, les textes législatifs n'en ont pas donné de définition précise. C'est ce qui a rendu si difficile d'en retenir une définition consensuelle. Un groupe de travail de l'ODAS<sup>43</sup> en a proposé la définition suivante : « *l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* »<sup>44</sup>. Or, cette définition ne retient que la description de l'enfant victime sans faire l'analyse du contexte dans lequel l'acte (ou les actes) s'est déroulé. Elle ne m'apparaît pas suffisante pour aborder la notion de violence institutionnelle.

Cette notion de violence institutionnelle a été présentée en 1982, à l'occasion des travaux menés par S.TOMKIEWICZ et P.VIVET au 4<sup>ème</sup> congrès international des enfants maltraités et négligés. La violence institutionnelle est alors définie par ses conséquences pour l'enfant qui la subit, en termes de souffrances et d'entrave à son développement : « *j'appelle violence institutionnelle, écrit S.TOMKIEWICZ, toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure* »<sup>45</sup>. E.CORBET<sup>46</sup>, conseillère technique auprès du CREAL Rhône-Alpes, élargit cette définition à « *tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur les intérêts de l'enfant* ».

La violence institutionnelle recouvre donc un champ large comportant aussi bien des actions que des omissions. Elle se définit par ses conséquences sur le bien être de la personne accueillie dans l'établissement. Elle vise aussi bien les « douces » violences, les discontinuités et les mini-ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées.

La violence en institution recouvre également les passages à l'acte isolés commis par des professionnels ou d'autres résidents dans l'institution, sans que le fonctionnement de l'institution puisse directement être mis en cause. Ainsi, la Cour de Cassation, dans un arrêt du 2 décembre 1998, définit les violences en institution au regard de la notion de traitements dégradants et d'atteinte à la dignité de la personne humaine. Les violences institutionnelles peuvent donc recouvrir différents aspects et prendre différentes formes qu'il m'importe d'appréhender pour en mesurer la gravité.

---

<sup>42</sup> Il est à noter que le mot « traïtance » n'existe pas dans la langue française.

<sup>43</sup> Observatoire national de l'Action Sociale Décentralisée.

<sup>44</sup> STRAUSS P., MANCIAUX M., *L'enfant maltraité*, Paris Ed Fleurus Psycho Pédagogie, 1993, page 148.

<sup>45</sup> Ibid, page 263.

<sup>46</sup> CORBET Eliane, Les concepts de violence et maltraitance, *adsp n°31*, juin 2000

## 2) Les différents types de violences institutionnelles.

Je me propose de repérer différents types de violences rencontrées en institution et qu'il s'agira de prendre en compte pour les prévenir.

En premier lieu, j'évoquerai les « *actions commises dans ou par les institutions* » définies par S.TOMKIEWICZ. Il parle alors de violences visibles<sup>47</sup> qui recouvrent les actions violentes :

- Les violences physiques : coups ou blessures, privations de nourriture mais aussi toute forme de passage à l'acte violent à l'encontre d'autrui, voire sous forme d'auto agressivité.
- Les violences verbales : insultes, mais aussi chantage, menace, dévalorisation, jugement négatif ...
- Les violences sexuelles : rappelons que les personnes porteuses de handicap sont deux fois plus en risque de maltraitance sexuelle que le reste de la population.
- Les violences psychologiques sont également à ranger dans cette catégorie, bien que plus difficiles à appréhender. J'évoque par ce terme les questions d'abus d'autorité, d'exigences dépassant les capacités de la personne concernée (et dès lors, une mauvaise évaluation des compétences et appétences), le non-respect des conditions de vie de la personne.

Une deuxième catégorie de violence institutionnelle se caractérise par l'absence d'action<sup>48</sup>. Elles se développent le plus souvent dans des institutions anoniques qui génèrent l'inaction, la négligence ou le laisser aller, mais aussi dans des institutions qui se caractérisent par le manque de clarification des valeurs, l'isolement de l'établissement (absence de travail en réseau et de partenaires), par l'absence de prise en compte de la parole et de la place de la personne ou encore par la méconnaissance des besoins de la personne. Bien que plus rarement pris en compte, car entraînant des choix financiers très conséquents, les locaux inadaptés, vieillissants et mal entretenus doivent être considérés comme une forme « d'absence d'action », dès lors qu'ils ne répondent plus au besoin des personnes accueillies. Enfin, il convient également de se rappeler que le « placement » est souvent une première forme de violence, qui s'impose le plus souvent à tous, usagers, familles et professionnels.

Différents niveaux de violence institutionnelle peuvent être repérés.

---

<sup>47</sup> S.TOMKIEWICZ parle de « violences en bosse ».

<sup>48</sup> S.TOMKIEWICZ parle de « violences en creux ».

Lors du colloque des 22 et 23 mars 2001 : « Violences et institutions prévenir la répétition »<sup>49</sup>, la psychanalyste E. CANY propose une autre lecture de ce phénomène. Elle distingue trois niveaux de gravité dans la violence institutionnelle<sup>50</sup> :

- Au premier niveau, le travail est fait à minima avec faillite de l'encadrement et absence de système d'autorégulation.
- Au deuxième niveau, les activités fonctionnent, les actes sont dispensés mais sans rapports entre eux... C'est l'enfant qui, passant de l'un à l'autre, assure le lien minimum entre les professionnels.
- Au troisième niveau, l'enfant se trouve l'enjeu de luttes de pouvoir et de préséances, de rivalités de compétences. Il est oublié comme finalité du travail.

Jacques DANANCIER évoque également 3 niveaux de gravité<sup>51</sup> :

- Le premier niveau est caractérisé par une pression accrue sur l'établissement parmi lesquelles : manque de direction, questions d'effectifs, accueil de population en limite d'agrément ... ce qui entraîne un repli des personnes et un appel à plus d'autorité.
- Le deuxième niveau est enclenché par la répétition inefficace des efforts de maîtrise qui génère fatigue et usure du personnel, « dépression » de la direction et émergence de discours négatifs de tous les acteurs de l'institution.
- Le troisième niveau déclenche une crise majeure.

Bien que différents dans leur approche, les trois chercheurs mettent en avant la complexité de la notion de violence institutionnelle et la difficulté à en définir précisément son origine. Insidieuse, la violence en institution nécessite une approche plurielle qui va toucher à l'ensemble des composantes de l'institution :

- Son organisation et son fonctionnement, dont les conditions d'accueil et l'ouverture à l'environnement.
- La gestion des ressources humaines et le type de management pratiqué au quotidien.
- Les choix financiers de l'équipe de direction.

Chaque auteur affirme le rôle prépondérant joué par le directeur, S.TOMKIEWICZ évoquant même sa personnalité comme « *principal facteur des institutions à risque de violence* »<sup>52</sup>. L'ensemble de ces données a été repris par le cadre législatif en vigueur.

---

<sup>49</sup> Organisé par l'IFREP les 22 et 23 mars 2001.

<sup>50</sup> Eléments tirés de l'ouvrage de IFREP, *Violences et institutions prévenir la répétition*, actes du colloque des 22 et 23 mars 2001, page 123.

<sup>51</sup> Eléments tirés de l'ouvrage de DANANCIER J, *La violence dans les établissements sociaux*, Paris, Editions Dunod, 2000, page 97.

### 3) Le contexte législatif.

L'émergence de la question des violences institutionnelles est relativement récente. Il n'est donc pas étonnant de pouvoir faire le même constat à propos du contexte législatif. Toutefois, l'appel à une reconnaissance du droit des usagers et l'affirmation de sa place citoyenne ont été initiés avec les lois du 30 juin 1975 et se sont considérablement développées dans les années 80 / 90. Le développement de la notion de violences institutionnelles s'inscrit dans cette continuité.

La circulaire du 5 mai 1998, émanant du ministère de l'emploi et de la solidarité, est le premier de ces textes. Il souligne la nécessité d'une vigilance renforcée des DDASS en matière de prévention et de traitement des situations de maltraitance à enfant au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

L'instruction interministérielle du 10 janvier 2001 souligne la responsabilité partagée des différents ministères compétents<sup>53</sup> en matière de lutte contre les violences institutionnelles et prévoit à cet effet la création d'un groupe de coordination départementale de protection de l'enfance chargé de mettre en place, sous l'égide des préfets, un programme mobilisant l'ensemble des acteurs compétents.

La circulaire du 3 juillet 2001, émanant du ministère délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, appelle à la mise en œuvre d'une politique locale de prévention des violences et maltraitements dans les institutions sociales et médico-sociales accueillant des mineurs ou des personnes vulnérables. Cette circulaire complétée par la circulaire du 17 janvier 2002<sup>54</sup> a lancé un programme d'inspection des établissements sociaux et médico-sociaux devant porter le contrôle d'au moins 2 000 structures sur 5 ans. Le cahier des charges de ce programme précise la nature des inspections à mener : *« il s'agit non seulement de procéder au dépistage de situations de maltraitance (...), mais aussi de les prévenir, en évaluant les dysfonctionnements des structures susceptibles d'entraîner des risques de maltraitance »*.

Ce cahier des charges s'inscrit en droite ligne de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 qui promeut le respect des droits et de la dignité des personnes accueillies en institution et clarifie un grand nombre d'éléments relatifs à la vie des établissements renforçant des obligations à même de constituer des éléments de prévention des violences institutionnelles (livret d'accueil, contractualisation...)

---

<sup>52</sup> STRAUSS P., MANCIAUX M., *L'enfant maltraité*, Paris Ed Fleurus Psycho Pédagogie, 1993., page 269.

<sup>53</sup> Education nationale, Jeunesse et Sports, Justice, Emploi/Solidarité.

<sup>54</sup> Portant directive nationale d'orientation relative aux priorités stratégiques en matière de santé et d'action.

Enfin, je vais m'attarder sur l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. Elle accompagne un plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre les maltraitements en vigueur depuis le 14 mars 2007.

Ce plan de promotion de la bientraitance vise plus particulièrement deux objectifs :

- Développer une culture de la bientraitance dans les établissements.
- Renforcer la lutte contre les maltraitements.

Il renforce également les contrôles à l'ensemble des établissements d'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées.

Pour ce faire, est créé un outil central : l'A.N.E.S.M<sup>55</sup> est assimilée par ces concepteurs à « l'agence nationale de la bientraitance ». Contrairement au dispositif précédent, cette agence est dotée de moyens financiers qui doivent lui permettre de développer sa mission. Plusieurs facteurs de risque sont repérés et reprennent pour la plupart des thèmes abordés dans la partie précédente comme le fonctionnement autarcique d'une institution, l'absence ou le manque de clarté du projet institutionnel, l'hétérogénéité du public accueilli, la lassitude professionnelle.

### **C. Pour une approche de la bientraitance.**

Si définir et approfondir la notion de violence institutionnelle est relativement aisé, il s'avère beaucoup plus délicat de définir les conditions de bientraitance. Ce d'autant plus que je dois être attentif à ne pas tomber dans des positions exacerbées. En effet, si la violence est souvent symptôme d'un dysfonctionnement personnel et/ou institutionnel, je pense qu'elle fait également partie du fonctionnement normal de tout établissement : elle est parfois un élément constitutif de la pathologie et doit, à la fois, être contenue et pouvoir s'exprimer comme telle.

C'est en ce sens qu'il me faut prendre en compte un des paradoxes principaux du rôle éducatif : les acteurs institutionnels doivent d'une part contenir, c'est à dire limiter, canaliser les débordements, éviter les explosions incontrôlées, éduquer vers des comportements acceptables... Et d'autre part, donner du sens à ces débordements et à ces comportements. Cela suppose une organisation qui propose aux différents acteurs des temps et des conditions pour l'analyse des comportements et des situations, pour pouvoir expérimenter des actions de médiation, de réparation, de restauration du lien...

---

<sup>55</sup> Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico sociale.

Je rejoins Elie CANY<sup>56</sup> lorsqu'elle évoque l'institution comme un possible recours contre la violence. J'y ajoute la nécessité de penser l'institution aussi bien à l'interne que dans les relations avec toutes ses ressources externes. L'institution doit être à même de proposer un cadre rigoureux dont la formalisation permet à tous les acteurs : le jeune accueilli et sa famille, les professionnels, de trouver des repères structurants. C'est à cette première condition que l'institution pourra développer une culture de bientraitance. Dans l'institution, l'éthique occupe, selon moi, une place essentielle qu'il s'agit de définir et de cultiver. Enfin, le directeur doit rendre compte de la culture de la bientraitance en place dans l'établissement, ce que nous évoquerons en dernier point.

### **1) Les conditions de la bientraitance.**

Promouvoir une culture de bientraitance amène à privilégier la prévention des violences institutionnelles et ainsi à réduire leur probabilité d'apparition. Or, se pencher sur les conditions de réussite de la bientraitance nécessite la participation de l'ensemble d'une collectivité à la compréhension, puis à l'acceptation du phénomène et à la recherche de solutions durables. Ce qui m'amène à penser la bientraitance comme une action globale de tous les acteurs et envers tous les acteurs de l'institution : le jeune, sa famille et les professionnels.

#### **a) En direction des jeunes accueillis.**

Je n'ai pas l'intention ici de faire un catalogue d'actions à mener pour promouvoir la bientraitance à l'égard des jeunes accueillis dans une institution. Pour autant, il me paraît indispensable de repérer plusieurs axes de réflexions.

En premier lieu, les conditions de vie proposées à chaque jeune : il s'agit bien, qui plus est dans un internat, d'une composante essentielle car les difficultés quotidiennes sont de nature à provoquer des violences récurrentes et cumulatives. De bonnes conditions s'expriment plus particulièrement à travers le respect de l'intimité, l'entretien des locaux ou encore la dynamique éducative. Ce dernier aspect est plus difficile à repérer. Il est de la responsabilité des acteurs en place et relève du management mis en place.

En deuxième lieu, il me semble essentiel que l'environnement pédagogique soit centré sur les besoins des personnes accueillies. Ce qui est indispensable pour accéder à des apprentissages adaptés à chacun. Cela implique de répondre aux besoins de sécurité et de protection, de structuration, de communication et de considération. La sécurité est indispensable à tout apprentissage. Elle passe le plus souvent par la structuration (du

---

<sup>56</sup> IFREP, *Violences et institutions prévenir la répétition*, actes du colloque des 22 et 23 mars 2001, page 118.

temps, des locaux...) qui permet de constituer un ensemble de repères incontournables. La communication est fondamentale afin de faire face à l'anxiété, de soutenir les espoirs et les aspirations. La considération, enfin, renvoie à l'idée d'égard et d'estime : pour vivre en société, tout être humain a besoin d'être reconnu en tant que personne avec des mérites, des compétences, une dignité.

Troisième enjeu : promouvoir la bientraitance nécessite une participation accrue de chaque personne accueillie dans le respect de son développement. Il s'agit de mettre en place les conditions pour qu'elle puisse influencer sur les décisions qui la concernent.

J'estime donc que ces perspectives diverses, parfois divergentes requièrent la mise en place de pratiques éducatives, pédagogiques et thérapeutiques plurielles pour pouvoir répondre à chaque situation singulière. Elles font appel à des écoles de pensée différentes et à des références variées. La difficulté est d'en faire la synthèse et d'organiser leur complémentarité. Le rôle du directeur et de l'encadrement<sup>57</sup> est alors fondamental.

#### b) En direction des familles.

Je parle ici plus particulièrement de la famille proche, en premier lieu les parents, mais aussi la fratrie et les grands parents, bien que plus rarement associés. Une place primordiale doit être reconnue aux parents, qu'il convient par conséquent de ne pas déresponsabiliser (et, pour commencer, de ne pas « démissionner »). Il faut, au contraire, reconnaître leur place spécifique pour mieux les accompagner dans leur rôle éducatif. Certes, avec le développement du droit de l'usager, cet état d'esprit est de plus en plus largement mis en acte. Pour autant, le travail avec les parents représente, au quotidien, un enjeu de réussite du projet de chaque enfant et donc des conditions de bientraitance à son encontre. Il s'avère nécessaire d'aller vers un véritable partage des compétences entre parents et professionnels : « *la parentalité comme « compétence » peut s'analyser comme possession de connaissances et de pratiques relatives à l'éducation des enfants et comme sentiment d'être socialement autorisés à élever les enfants* »<sup>58</sup>. Pour autant, ce partage n'est pas aussi simple et nécessite de réunir trois conditions :

- La distinction formelle des rôles et des fonctions, des possibilités et des limites de l'action de chacun. Cela suppose, entre autres choses, de bien définir quelles sont les attentes et quels sont les champs de compétences respectifs.

---

<sup>57</sup> L'encadrement est pour moi assuré par les chefs de service, les psychologues, le psychiatre et l'assistante sociale. La difficulté est d'arriver à différencier encadrement et hiérarchie.

<sup>58</sup> Sous la direction de GABEL M., JESU F., MANCIAUX M., *BIENTRAITANCE, mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Editions Fleurus, mars 2000, page 164.

- La nécessité d'intervenir auprès des parents avec des objectifs, des méthodes et des moyens directement adaptés à leur situation et, donc, déterminés avec eux.
- L'intérêt d'associer les parents à l'ensemble des composantes de la vie de l'institution et non seulement à la question unique de leur enfant.

c) En direction des professionnels.

On ne peut penser les conditions de bienveillance des jeunes et de leurs familles si on ne pense pas à les définir pour les professionnels. Là encore, je pourrai proposer une liste exhaustive des outils de gestion des ressources humaines. Mais, s'ils participent à la bonne marche d'une institution, ils représentent une condition nécessaire mais non suffisante. Quatre aspects me semblent essentiels :

- Le travail d'équipe : chaque corps de métier, chaque professionnel doit prendre place et être reconnu dans le travail de l'équipe auprès du jeune.
- La reconnaissance et le respect de l'identité professionnelle de chaque professionnel.
- Une définition et une distribution des tâches entre les professionnels : il s'agit de définir précisément les fonctions exercées, les tâches inhérentes à ces fonctions, de veiller à leur articulation adéquate et aux conditions d'un travail entre tous les acteurs de l'institution.
- Aucun professionnel ne peut se sentir à l'aise dans son action s'il n'en connaît pas le sens. Faute d'une telle condition, il y a risque d'insignifiance des actes posés et donc risque de maltraitance.

Aussi, promouvoir une culture de bienveillance à l'égard du professionnel revient à édifier un certain nombre de repères afin qu'il se sente reconnu et soutenu. J'accorde une place essentielle à l'éthique comme un repère fondamental à construire quotidiennement.

## 2) La place de l'éthique.

« Si la lutte contre les maltraitances faites aux enfants relève pour les professionnels d'une exigence à la fois déontologique et politique, la promotion de la bienveillance ressort à un autre registre, qui est manifestement celui de l'éthique »<sup>59</sup>. Cette place de l'éthique s'avère délicate à définir tant elle peut être perçue comme floue et difficile à appréhender. Aussi, je vais essayer de mieux la qualifier.

De manière prioritaire, la question éthique renvoie à la question de la dignité et du respect de la personne. En ce qui nous concerne ici, cela renvoie au regard<sup>60</sup> que chacun porte

<sup>59</sup> Sous la direction de GABEL M., JESU F., MANCIAUX M., *BIENTRAITANCE, mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Editions Fleurus, mars 2000, page 29.

<sup>60</sup> Cette approche d'un « décalage » du regard est inspirée de mes expériences professionnelles précédentes et du livre de LAPLANTINE F., *La description ethnographique*, Sciences Sociales 128, 1996.

sur la personne de l'enfant, sur la valeur qu'il lui accorde. Il apparaît impératif d'apprendre à positiver notre regard sur autrui. Il s'agit en effet d'un apprentissage : l'attitude éthique sera alors faite d'empathie, de bienveillance, de respect et de responsabilité. Cela oblige à modifier les pratiques en cours, en commençant par mieux observer, identifier, utiliser les ressources propres et les compétences de ceux dont nous avons à prendre soin. Je pense nécessaire de le concrétiser dans des outils formels qui vont aider à mieux comprendre la situation de chaque personne accueillie, avec empathie et objectivité, et à mettre à distance notre jugement personnel, nos visions et nos jeux institutionnels. J'en proposerai une approche dans la partie suivante.

L'enjeu est alors de « *maintenir une fraîcheur de perception qui conserve aux intervenants une sensibilité « active » aux souffrances de l'usager et qui permette de garantir des conditions de travail où l'agressivité, la violence soit contenue par le souci de l'autre.* »<sup>61</sup>. Aussi, je considère que la place de l'éthique relève bien de la responsabilité individuelle et collective de chaque acteur de l'institution, mais il appartient au directeur d'en garantir l'effectivité et de mettre en place les conditions de vigilance.

### **3) La responsabilité du directeur.**

Dans tous les axes précédemment définis, la responsabilité du directeur est totalement engagée. J'ajoute aux points précédemment évoqués quatre enjeux qui représentent les axes centraux du rôle du directeur dans la recherche d'une culture de bientraitance :

La nécessité de développer un sentiment d'appartenance entre les membres, de créer un milieu contenant afin que les attentes et les insatisfactions inévitables de chacun puissent être entendues et resituées dans une vision globale du milieu de travail.

En deuxième lieu, la responsabilité de maintenir active la démarche de projet pour maintenir un bon niveau de professionnalisation des acteurs. Cela va se concrétiser par des actions qui visent à :

- Assurer un questionnement et une revitalisation régulière de l'organisation.
- Revisiter l'appréciation du besoin des usagers et les réponses apportées.
- Assurer une évaluation régulière.

En 3<sup>ème</sup> lieu, il convient également de laisser l'institution ouverte par une participation à des réseaux de travail et de partenariat et en autorisant le croisement de nouveaux regards, de nouvelles approches.

---

<sup>61</sup> DANANCIER J, *La violence dans les établissements sociaux*, Paris, Editions Dunod, 2000, page 22.

Enfin, comme je l'ai précédemment évoqué, l'action de direction doit permettre de renforcer la position éthique institutionnelle pour qu'elle prenne sens auprès de tous les acteurs de l'établissement. Il s'agit d'une démarche volontariste qui consiste à affirmer qu'il ne faut jamais renoncer au pari de l'éducation pour chaque enfant.

En définitive, être professionnel, c'est chercher à créer, en permanence, un climat de bienveillance adapté à chaque enfant confié à l'IME, ce qui ne peut se faire si le personnel lui-même ne jouit pas de cette même bienveillance.

Je pense que ce climat trouve son équilibre dans « *la triade opérationnelle constituée par l'éthique de responsabilité et l'éthique de conviction, proposées par Max WEBER, et complétées, d'après Jurgen HABERNAS et Ernst APPEL, par l'éthique de discussion* »<sup>62</sup>.

L'éthique de discussion doit en effet être le souci du directeur pour réguler la conviction par la responsabilité, « discussion » à organiser et à encadrer.

## **Conclusion de la 2<sup>ème</sup> partie.**

Les troubles envahissants du développement et leur prise en charge soulèvent de multiples questions et mettent en difficulté les membres de l'institution, individuellement et collectivement. Plusieurs éléments participent à cette difficulté.

D'une part, il n'existe pas de définition unique de l'autisme : l'autisme se décline en de multiples paramètres. Il existe autant d'hypothèses que d'écoles sur les causes possibles de l'autisme. En conséquence, Il n'y a pas un modèle unique de prise en charge... En outre, la prise en charge de la personne autiste met l'éducateur en perpétuel risque d'échec : « *l'enfant autiste vise la paralysie de la pensée* »<sup>63</sup>, comme l'affirme le Dr PROVOST.

De plus, les professionnels (éducateurs, pédagogues et thérapeutes) ne sont initialement pas formés pour encadrer ce type de pathologie. Il y a tentation à éduquer et à soigner selon les modèles classiques, mais l'autiste ne peut être pris en charge comme un autre enfant. Michel LEMAY résume ainsi l'état d'esprit dans lequel les professionnels peuvent se retrouver : « *quand on accompagne de tels enfants, des sentiments très particuliers émergent. Ils sont faits de tristesse, d'impuissance et de lassitude avec une sorte de*

---

<sup>62</sup> Sous la direction de GABEL M., JESU F., MANCIAUX M., *BIENTRAITANCE, mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Editions Fleurus, mars 2000, page 453

<sup>63</sup> Op. Citée réunion du 16 novembre 2006 : Dr PROVOST, chef de service inter secteur de psychiatrie infanto juvénile du CHS de Rouffach

*découragement qui peut à notre insu, nous amener à nous asseoir dans notre coin comme si nous devenions « dévitalisés »<sup>64</sup>.*

Dès lors, l'ensemble de l'institution se retrouve en difficulté, avec deux attitudes caractéristiques des violences institutionnelles que j'ai déjà évoquées :

- Des propositions de prises en charge inadaptées, qui, au contraire, peuvent avoir pour effet de provoquer des troubles du comportement.
- Un renoncement individuel et collectif à toute ambition d'éducation de l'enfant ayant des TED.

Or, j'ai posé comme préalable qu'il ne faut jamais renoncer au pari de l'éducation, de l'autonomie et de la participation de la personne. Pour autant, il ne faut pas fixer à une personne des objectifs irréalistes ou inatteignables, ce qui reviendrait à adopter une position professionnelle maltraitante.

Analysés au regard de la situation de l'IME St André, toutes les questions et tous les paradoxes soulevés mettent en évidence la nécessité de proposer une nouvelle approche de la pathologie à tous les niveaux de l'organisation. Cela m'oblige à définir et à dégager des perspectives de travail, que je propose d'organiser à travers trois axes :

- Autour de la personne ayant des TED accueillie.
- Autour de l'organisation.
- Autour de l'environnement.

Autour de la personne accueillie : les troubles envahissants du développement doivent être considérés comme des troubles majeurs de la communication et des relations sociales. Comme l'affirme Bernadette ROGE<sup>65</sup>, cela implique de mener un travail spécifique sur les compétences à développer tant chez la personne atteinte d'autisme (apprentissage de moyens de communication, autonomie dans certaines activités...) que dans l'entourage de cette personne (compréhension de la pensée autistique, adaptation...). Aussi, améliorer la connaissance de la pensée autistique constitue un premier enjeu de réussite institutionnelle. Une bonne connaissance doit permettre d'améliorer les modalités de prise en charge et les possibilités pour chaque enfant ayant des TED de gagner en autonomie.

Le deuxième enjeu est de réussir à proposer une définition opératoire (avec objectifs, méthodes, évaluation) basée sur la situation particulière de chaque enfant. Pour ce faire, il faut être particulièrement attentif à individualiser l'approche et à développer des

---

<sup>64</sup> LEMAY M., *L'autisme aujourd'hui*, Paris, Editions O. Jacob, 2004, page 97.

<sup>65</sup> ROGE B., Conférence sur l'autisme organisée le 2 décembre 2005 au CHS de Rouffach.

propositions qui ne mettent pas l'enfant en difficulté. Je rejoins ainsi la position développée par Gérard MERIAU<sup>66</sup> qui estime que « *surestimer les possibilités des personnes handicapées intellectuelles, risquerait de les mettre en danger et ne les aiderait pas à conquérir une place à laquelle elles ne sont pas préparées* ».

En fait, cela revient à demander à l'ensemble du contexte de vie et de l'environnement de s'adapter aux caractéristiques de l'enfant ayant des TED et non l'inverse. Il faut alors que l'organisation s'adapte et s'inscrive dans une dynamique de travail qui favorise l'évolution permanente du cadre en fonction des caractéristiques individuelles des personnes accueillies. Michel LEMAY affirme « *l'importance décisive de l'organisation du milieu afin que parents et intervenants dosent le plus possible les attitudes, les demandes et les apports sensoriels, préverbaux et verbaux, afin de rendre assimilables les éléments de la vie quotidienne* »<sup>67</sup>. Il pose l'organisation comme un élément fondamental qui favorise l'éducation et le bien être des personnes ayant des TED et concourt à une culture de bientraitance. Aussi, il me faudra être attentif au rôle joué par les professionnels et à la nécessité d'élaborer une stratégie qui les associe aux changements à promouvoir.

L'inscription d'un changement dans le temps passe par un travail avec l'environnement. Il m'importe de réinterroger la place et l'ouverture de l'institution sur son environnement. Encourager l'ouverture de l'établissement à la vie sociale et aux relations extérieures favorise l'autonomie, l'intégration et la participation à la vie sociale. Comment maintenir et développer cette dynamique partenariale qui existe au sein de l'établissement ?

Enfin, avoir l'ambition de créer une architecture de pensée pour la mise en place de solutions qui soient évolutives et qui s'adaptent à la situation de chaque personne accueillie va nécessiter de penser l'évaluation des projets en cours et futurs.

Ce travail institutionnel doit articuler deux enjeux fondamentaux : créer une dynamique propice à la réflexion et entretenir une dynamique d'analyse et de prospective.

Ces perspectives participeront à développer l'identité de l'établissement tant en interne que dans un travail d'ouverture vers l'extérieur. Simultanément, il s'avèrera nécessaire de travailler la spécificité d'accueil service par service pour être au plus prêt des besoins des personnes accueillies afin de répondre à leurs attentes et besoins.

---

<sup>66</sup> MERIAU G., *Reconnaître et promouvoir la participation des personnes handicapées intellectuelles : nouvel enjeu des politiques associatives* ; Revue du Snasea n°67 Février 2003, page 35.

<sup>67</sup> LEMAY M., *L'autisme aujourd'hui*, Paris, Editions O. Jacob, 2004, page 155.

C'est ce qui permettra à l'institution de promouvoir un projet centré sur l'utilisateur et toujours en équilibre entre permanence et changement, stabilité et prise de risques. Cela revient à réaffirmer la prééminence du projet individuel de l'enfant avec le développement d'une culture d'établissement centrée sur le service rendu et sur le partenariat, la participation de l'enfant (comment travailler avec lui comme acteur ?) et avec la famille. Dès lors, il s'agit d'avoir le souci constant d'améliorer le projet d'établissement, les actions et les moyens développés par la structure.

### III. PROMOUVOIR LES CONDITIONS D'ÉDUCABILITE ET DE BIENTRAITANCE : UNE AMBITION À PARTAGER.

Le « rôle du directeur n'est pas de s'en tenir à l'analyse d'une situation, il est de la transformer »<sup>68</sup> affirme Bertrand DUBREUIL. En outre, il évoque une « réalité souvent plus favorable que ne le prétend l'analyse »<sup>69</sup>. A partir de ces constats, le directeur doit adopter une attitude volontariste pour faire évoluer la structure qu'il dirige et améliorer les prestations qu'elle propose. Je me sens à l'aise dans cette position, qui permet, après consultations, débats, confrontations parfois, de prendre des décisions et d'opter pour des actions de transformations des pratiques et des organisations.

Au-delà des analyses qualitatives ou quantitatives, l'IME St André présente de multiples avantages pour faire face aux troubles envahissants du développement, avec une volonté individuelle et collective d'inventer des réponses adaptées à chaque situation individuelle, malgré les difficultés rencontrées par les personnels éducatifs pour mettre en œuvre des propositions d'apprentissage pour les personnes ayant des TED.

J'ai opté pour mettre en œuvre une approche éducative basée sur l'éducation structurée (cf. page 32). J'ai ainsi voulu réaffirmer la mission première d'un IME : préparer la personne à la vie d'adulte et à son départ vers une structure adulte. Cela nécessite de lui proposer des activités d'apprentissage personnalisées et adaptées à son niveau. Développer cette approche va également aider à reconsidérer les conditions de prise en charge au sein de l'IME par une réflexion sur les processus d'apprentissage de tous les publics accueillis.

En conséquence, dans le projet ci-après développé, nous viserons quatre objectifs qui constitueront chacun, un point de développement :

1. Former les personnels éducatifs à la prise en charge de l'autisme.
2. Réorganiser la prise en charge pour faciliter les apprentissages.
3. Adapter les locaux à la prise en charge d'enfants et d'adolescents ayant des TED.
4. Renforcer le travail partenarial.

L'IME St André ayant bénéficié d'une extension d'agrément en 2006 et de moyens y afférent, la majeure partie de ce projet doit se faire à moyens constants, par redéploiement si besoin des moyens existants. Pour autant, comme je le montrerai dans

---

<sup>68</sup> DUBREUIL B., *le travail de directeur en établissement social et médico-social*, Paris, Editions Dunod, 2004, page 111.

<sup>69</sup> Ibid page 111.

ma 2<sup>ème</sup> partie, la réorganisation de l'IMPro 2 ne pourra se faire à moyens constants et nécessitera une négociation financière avec l'autorité de tarification.

Je terminerai par le travail d'évaluation à promouvoir autour de l'ensemble des situations individuelles et des projets collectifs. Ce travail d'évaluation continue doit déboucher sur la réécriture du projet d'établissement en 2009.

## **A. Former les personnels à la prise en charge de l'autisme.**

Eduquer des personnes ayant des TED, c'est apprendre comment fonctionne la configuration de chacun et comment construire un projet pédagogique individualisé adapté.

Il s'avère tout d'abord nécessaire de préparer tous les acteurs de l'établissement aux changements culturels et aux mutations qui vont se traduire dans des références et des comportements professionnels nouveaux. La formation constitue un point de développement d'une culture d'établissement, en même temps qu'un moyen au service du directeur. En outre, comme l'affirme Bertrand DUBREUIL, « *engager des évolutions en profondeur nécessite que les acteurs se les approprient* »<sup>70</sup>. Il m'importe alors de mettre en place les conditions pour favoriser la participation, la motivation et la créativité des professionnels de l'IME, ce qui va se traduire par un travail d'accompagnement des professionnels et par une recherche constante d'amélioration de leur travail.

### **1) La formation : un outil de développement des compétences.**

Améliorer la connaissance de la pensée autistique constitue un premier enjeu de réussite institutionnelle. La formation professionnelle permet de développer une approche qui mobilise l'ensemble des acteurs de l'établissement et de favoriser la professionnalisation individuelle au service de la compétence collective. La loi n°2004-391 du 4 mai 2004<sup>71</sup> en rappelle le caractère fondamental et l'inscrit dans une responsabilité partagée entre employeur et salarié. Elle affirme également l'obligation faite à l'employeur d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail et de veiller au maintien de leur capacité à occuper un emploi, au regard notamment de l'évolution des emplois, des technologies et des organisations.

Deux outils sont à ma disposition pour qu'évoluent les compétences individuelles et collectives des salariés de l'IME St André.

Le plan de formation de l'IME St André constitue un premier moyen de développement des connaissances et des compétences, mais aussi d'accompagnement au changement.

---

<sup>70</sup> Ibid page 122.

<sup>71</sup> Relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

Après un travail d'élaboration du cahier des charges, de consultations de l'équipe technique, j'ai décidé de faire appel à un organisme de formation qui propose un modèle d'éducation structurée. Cette approche vise à aider la personne ayant des TED à mieux comprendre son environnement matériel et social et à interagir avec. L'objectif de la formation est d'apporter des compétences techniques et pratiques aux professionnels pour optimiser la prise en charge éducative des personnes atteintes d'autisme. Elle vise à ce que chaque professionnel acquière une bonne connaissance de la pensée autistique et apprenne à prioriser les buts concrets de la vie quotidienne pour aller vers plus d'autonomie et concrétiser les choses abstraites.

Plusieurs étapes sont définies et conjuguent approches théoriques et apports techniques : Un premier temps consacré à une remise à niveau : tous les salariés de l'IME<sup>72</sup> seront concernés. Des salariés des services administratifs et logistiques seront également conviés à ce temps de formation.

Un deuxième temps d'approfondissement de l'approche théorique permettra d'appréhender les outils de compréhension et d'action proposés par les formateurs. Deux groupes de 20 personnes seront constitués de personnels éducatif<sup>73</sup> et thérapeutique.

Un troisième temps sera consacré à un travail d'appropriation des apports théoriques en vue d'une adaptation des professionnels aux besoins et aux caractéristiques des jeunes accueillis.

Cette formation s'étalera sur 3 années (les deux premières constituant les temps de formation les plus importants). Deux raisons principales sont à avancer :

- Financière : le budget disponible ne permet pas de couvrir en une année le coût de la formation, d'autres formations étant par ailleurs programmées sur ces périodes.
- Cette durée facilite l'appropriation de l'approche éducative par les personnels concernés. Ainsi, la planification permettra d'organiser une rencontre entre les éducateurs et l'organisme de formation tous les 6 mois environ.

Toutefois, en s'étalant ainsi, ce programme de formation court le risque de perdre de son intérêt et de son sens. J'ai initié trois actions complémentaires :

- La rédaction systématique de comptes-rendus à chaque intervention de l'organisme de formation, avec un bilan écrit annuel. Le chef de service a la responsabilité de cet écrit.

---

<sup>72</sup> Les personnels du service des enfants polyhandicapés seront entièrement associés à cette formation du fait de l'accueil de jeunes qui présentent des TED dans ce service, mais aussi pour favoriser à terme la mobilité entre les services.

<sup>73</sup> Dont tous les éducateurs spécialisés de l'IME.

- Une diffusion des comptes-rendus auprès de toutes les équipes avec une relecture et un débat lors des réunions d'équipe, travail impulsé par le chef de service et le psychologue du service.
- Un travail d'évaluation en fin d'année : chaque équipe a pour consigne de mesurer l'impact de la formation dans la prise en charge quotidienne des jeunes qui leur sont confiés. Accompagnée par les cadres du service, cette évaluation fera l'objet d'un écrit en fin d'année.

La formation représente un coût total de 48 490 € répartis sur trois années :

	2007	2008	2009
Droit de tirage (prévisionnel en 2008 et 2009)	39 625 €	40 000 €	40 000 €
Coût de la formation	20 000 €	20 000 €	8 490 €
Solde disponible pour autres formations	19 903 €	20 000 €	31 510 €

Un suivi pédagogique sera assuré par l'organisme de formation sur plusieurs années. Il sera financé par le plan de formation.

Le compte « Journées d'études » constitue également un outil à disposition du directeur et permet de favoriser la participation de professionnels à des conférences qui évoquent différents sujets. Deux priorités : l'approche de l'autisme en privilégiant la pluralité des approches et leur complémentarité, ainsi que la gestion des violences et de l'agressivité des usagers. Chaque participant doit en faire un compte rendu écrit communicable aux professionnels de l'IME. Ce compte sera augmenté de 20 % en 2008.

Cette approche de la formation favorise le développement des compétences collectives et individuelles et oblige les différents acteurs concernés à porter un regard différent et une analyse approfondie sur le travail réalisé au sein de l'établissement. Toutefois, la formation sur l'autisme propose une approche fondamentalement différente de celle initialement à l'œuvre à l'IME. Aussi, elle suscite chez les personnels éducatifs et thérapeutiques des sentiments contradictoires et des difficultés à appréhender le changement, ce qui nécessite un accompagnement spécifique.

## **2) Accompagner les personnels.**

S'adapter aux besoins, adapter quotidiennement la prise en charge des personnes ayant des TED demande créativité, inventivité et dynamique éducative avec une recherche systématique du sens des actions entreprises. Cette dynamique ne peut se décréter, elle doit être accompagnée et organisée.

En ce sens, je propose de créer un Comité de Pilotage Autisme apte à accompagner les questionnements et à mener une réflexion approfondie sur les actions d'amélioration de la

prise en charge des enfants ayant des TED : actions de formation, mais aussi création de grilles d'évaluation fonctionnelle, organisation de l'évaluation. Le Comité de Pilotage Autisme est appelé à jouer un rôle essentiel de régulation, d'appropriation de la démarche par les personnels mais aussi de partage d'expériences et de compétences. Il devra également faire vivre la réflexion éthique au sein de l'établissement. Des séances de travail y seront consacrées avec l'objectif de réaffirmer les positions éthiques de l'IME et de concrétiser ces positions éthiques dans les actes professionnels quotidiens.

J'animerai ce groupe de travail qui se réunira deux fois par trimestre. Chaque service sera représenté par deux éducateurs (un de l'internat et un des activités de jour), deux thérapeutes, un chef de service et deux psychologues. Cela représente 14 personnes à raison de 3 heures par trimestre<sup>74</sup>. Toutefois, sa composition et son nombre pourront évoluer en fonction des sujets abordés avec possibilité de faire appel à des compétences extérieures à l'établissement (formateurs, professionnels du CRA). Chaque réunion donnera lieu à un compte rendu distribué à l'ensemble des équipes et repris par l'encadrement lors des réunions de service.

Accompagner les professionnels rappelle le rôle fondamental joué par l'encadrement de proximité. Les cadres (pour chaque service, chef de service et psychologue) doivent avoir le souci que les projets prennent sens pour chaque acteur de l'IME. Dès lors, il importe de mettre en dynamique cette équipe de cadres, de clarifier mes demandes, mais aussi d'expliquer mes décisions, d'accompagner quotidiennement le travail d'encadrement. Ce travail se réalise déjà à travers une réunion hebdomadaire de direction, une réunion bimensuelle d'équipe technique et les réunions d'articulation bimensuelles pour chaque service<sup>75</sup>. Il sera, en outre, essentiel de revoir les profils de fonction de chaque cadre et les champs de délégation afin de s'adapter aux changements en cours.

Les entretiens professionnels, mis en œuvre au sein de l'IME depuis 2 ans, permettent d'être à l'écoute des difficultés et aspirations individuelles des professionnels. Ils permettent aussi au supérieur hiérarchique d'expliquer de nouveau les changements en cours.

Des temps d'analyse des pratiques sont rendus nécessaires face aux troubles envahissants du développement et constituent un outil de mise à distance nécessaire pour chaque professionnel et pour l'ensemble de l'équipe, dans un cadre éthique clairement défini (règle de respect mutuel et de confidentialité). J'ai choisi de dégager un

---

<sup>74</sup> Prises sur les heures de préparation.

<sup>75</sup> Cf. Annexe 5 : organisation des réunions de l'IME.

¼ temps de psychologue extérieur aux services à raison d'une heure par mois pour chaque équipe. Il s'agit d'un redéploiement de moyens. Ces temps de réunion succèdent à une réunion mensuelle de régulation animée par la psychologue du service concernée.

Enfin, dans le cadre du groupe ressources violences, j'ai demandé la définition et la mise en œuvre d'un dispositif spécifique d'accompagnement d'un salarié ou d'une famille à la suite d'un évènement traumatique. Ce dispositif<sup>76</sup> mobilise l'encadrement au côté du salarié ou de la famille et propose éventuellement l'orientation vers un psychologue extérieur. L'établissement n'ayant pas vocation à assumer des thérapies longues, seules trois consultations, au maximum, sont prises en charge par l'établissement. Aussi, le compte « autres personnels extérieurs » sera augmenté de 1 500 € pour permettre la réalisation de ce dispositif.

La mise en perspective des fonctions éducatives devra s'accompagner d'un travail auprès des thérapeutes pour redéfinir la place des thérapies dans la prise en charge des personnes confiées à l'établissement. Il ne s'agit en effet pas de nier l'intérêt d'autres approches, mais bien de penser leur complémentarité. L'équipe thérapeutique<sup>77</sup> animée par le psychiatre de l'établissement constituera le cadre d'une réflexion à mener sur une année. Cette équipe se réunit une fois par mois.

### **3) Organiser le temps de travail des professionnels.**

Comme l'énonce Bertrand DUBREUIL<sup>78</sup>, je souhaite accompagner le changement dans une « perspective démocratique », c'est-à-dire selon un modèle participatif. Toutefois, je pense que ce modèle ne peut fonctionner qu'à partir d'une clarification des niveaux décisionnels et des délégations à l'œuvre. Cela oblige à définir très précisément le cadre des interventions, les modalités d'organisation et de fonctionnement.

La formation professionnelle représentant une charge de travail conséquente pour l'établissement, j'ai décidé d'organiser ce temps de la manière suivante :

- Les deux premières étapes représentent 1 400 heures de travail (100 salariés participent chacun à une journée de formation ; 40 d'entre eux à 2,5 jours). Ce temps de travail est consacré à la 1<sup>ère</sup> année d'intervention. Toutefois, l'organisation de la formation en interne représente l'avantage de réduire considérablement les coûts annexes.
- La 3<sup>ème</sup> étape ne représente par contre aucun investissement supplémentaire en temps de travail puisque elle se déroule en présence des enfants. De plus, la

---

<sup>76</sup> Annexe 6

<sup>77</sup> L'équipe thérapeutique réunit tous les thérapeutes une fois par mois

<sup>78</sup> Ibid page 121

réunion d'évaluation de la formation se déroule dans le cadre d'une réunion de service organisée bimensuellement.

- La participation au Comité de Pilotage Autisme, les temps d'entretien professionnel seront pris sur les heures de préparation dévolues à chaque éducateur. L'Accord d'Entreprise portant sur les 35 heures accorde ainsi 4 heures aux éducateurs d'internat et 7 heures aux éducateurs d'activités de jour.

La communication de ces dispositions à l'ensemble des salariés permet de clarifier le cadre de la formation et fixe les règles de fonctionnement de la démarche.

## **B. Réorganiser la prise en charge pour faciliter les apprentissages.**

L'IME St André fonctionne sur le modèle traditionnel des IMP et IMPro initialement prévus pour l'accueil des enfants handicapés mentaux. Comme nous l'avons démontré, l'approche des enfants ayant des TED est fondamentalement différente et doit privilégier une conception de l'apprentissage individualisée. Aussi, l'organisation doit-elle être repensée sur l'ensemble des services.

Avant de définir les aspects fonctionnels de la réorganisation de la prise en charge, il me faut résoudre une première question : lorsqu'on évoque les questions de violence institutionnelle, beaucoup d'auteurs s'accordent pour évoquer l'hétérogénéité des publics comme une des causes principales de violence faite aux personnes accueillies. Or, l'IME St André accueille dans chacun de ses services, personnes handicapées mentales et personnes ayant des TED. Dès lors, faut-il garder le fonctionnement en place (groupes hétérogènes) ou faut-il constituer des groupes homogènes ?

Je dois, de plus, tenir compte de plusieurs paramètres :

- L'IME accueille actuellement plus de 60 % de jeunes ayant des TED et accueille majoritairement un public souvent lourdement handicapé.
- Ces différents publics ont besoin de structuration, de clarification des espaces, d'une approche spécifique de la communication etc. Tous les jeunes accueillis peuvent tirer bénéfice de l'approche éducative choisie.

Les différents échanges que j'ai pu avoir avec des établissements et des professionnels démontrent l'intérêt que peut représenter une solution intermédiaire. En effet, le temps de l'enfance et de la préadolescence est propice à la socialisation et à la découverte de l'autre, le plus souvent sans préjugés. L'enfant ayant des TED peut alors bénéficier et progresser au contact d'enfants qui ne présentent pas de troubles autistiques. Pour autant, des activités spécifiques d'apprentissage doivent lui être proposées.

Par contre, le temps de l'adolescence est souvent difficile et cristallise les différences, y compris chez des personnes handicapées mentales. Il est alors préférable d'organiser des groupes de vie et d'apprentissage plus homogènes. En outre, ce temps est celui de l'orientation en structure adulte avec la mise en place d'activités d'apprentissage

spécifiques en fonction de cette orientation. L'âge constitue alors un premier critère pour favoriser ou non l'hétérogénéité de la prise en charge. Le respect du rythme de chacun est un second critère. Dès lors, il faut promouvoir une organisation<sup>79</sup> apte à s'adapter aux caractéristiques individuelles des personnes accueillies.

Cette position arrêtée, plusieurs aspects de la prise en charge doivent être réorganisés pour soutenir de bonnes conditions d'éducabilité et de bienveillance, avec deux objectifs :

- Mieux évaluer les capacités de l'enfant pour adapter le projet individualisé.
- Mettre en place une organisation adaptée des trois services.

## **1) Mieux évaluer les capacités de l'enfant pour adapter le projet individualisé.**

### **a) Concevoir une évaluation des capacités de chaque enfant accueilli.**

Pour être efficient, le projet individualisé doit s'appuyer sur des objectifs concrets et réalistes. Si la démarche de projet individuel actuellement à l'œuvre s'appuie sur une grille d'observation remplie par les personnels éducatifs, cette grille n'est pas suffisamment opérationnelle pour dégager les compétences et les besoins des personnes ayant des TED. Elle est de plus sujette à interprétation en fonction des professionnels qui l'utilisent et diffère dans les trois services. Dès lors, il s'avère nécessaire de construire des outils qui favorisent l'objectivité et l'évaluation des besoins et des acquis tout au long du parcours du jeune dans l'établissement.

Quatre bilans réalisés par des professionnels différents contribueront au croisement des regards et à la pluridisciplinarité de la prise en charge :

- Une évaluation des capacités fonctionnelles sous la responsabilité conjointe de l'éducateur référent et du psychologue du service.
- Une évaluation psychologique passée par le psychologue du service.
- Un examen psychomoteur passé par la psychomotricienne.
- Un examen de communication<sup>80</sup>.

Ils permettront de mettre à jour les compétences et aptitudes de chacun et ainsi d'affiner les objectifs d'apprentissage pour chaque enfant.

En fonction du public, ces objectifs doivent prioritairement viser soit, l'acquisition de compétences, de gestes et de rythmes professionnels qui permettent à terme l'intégration dans un ESAT, soit, l'acquisition de compétences ou d'habitudes qui vont permettre une certaine autonomie dans la vie quotidienne et les rapports sociaux.

---

<sup>79</sup> Groupes d'internat, activités d'apprentissage, planning ...

<sup>80</sup> N'ayant pas d'orthophoniste au sein de l'établissement, une convention annuelle a été conclue avec l'école d'orthophonie de Strasbourg. Elle permet aux élèves de 3<sup>ème</sup> année de venir en stage au sein de l'IME pour découvrir le secteur médico-social et faire passer aux enfants ayant des TED cet examen de communication.

Cette évaluation sera effectuée dans les trois mois suivant l'admission du jeune. Elle sera suivie d'une réunion de projet individualisé qui permettra à l'équipe pluridisciplinaire de proposer les objectifs opérationnels, les moyens y afférent et les modalités d'évaluation. Cette évaluation sera programmée tous les trois ans et servira à mesurer le chemin parcouru par le jeune dans la structure.

Les supports d'évaluation seront travaillés dans trois groupes conçus à cet effet<sup>81</sup>. L'un sera animé par un chef de service pour l'évaluation fonctionnelle, les deux autres par le psychiatre. A terme, ces supports seront intégrés à la démarche qualité pour constituer des outils de référence pour tous les acteurs de l'établissement.

b) Communiquer avec l'enfant ayant des TED.

Aider l'enfant ayant des TED à mieux communiquer avec son environnement nécessite la création d'outils concrets qui l'aident à acquérir des repères, à comprendre ce qu'on attend de lui pour aller vers plus d'autonomie. Dès lors, des emplois du temps individuel vont être systématisés et adaptés au niveau de communication de chaque personne. Les supports seront des pictogrammes ou tout autre moyen visuel (objet, image symbole...) susceptibles de représenter une activité à un moment donné. Ces aides devront être communes à toutes les équipes et constitueront un « dictionnaire » propre à l'IME. Un groupe de travail aura la responsabilité de répertorier les aides visuelles existantes et de valider celles en cours de création avant toute utilisation. Cette commission sera sous la responsabilité du chef de service de l'IMP.

Un travail d'apprentissage de la communication trouve sa pertinence dans un souci partagé de cohérence entre tous les acteurs. Cette cohérence assure à chaque enfant un cadre sécurisant et facilite l'acquisition de repères.

c) Faciliter la cohérence entre tous les acteurs.

Chaque objectif opérationnel doit faire l'objet d'un protocole précis pour que tous les intervenants adoptent le même mode de fonctionnement. Ce protocole est écrit par le « référent - jeune » en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Le chef de service veille à rassembler toutes les personnes utiles à cette écriture, en prévoit l'évaluation au bout de trois mois, puis l'évaluation continue. Ce protocole facilite en outre les passages d'information d'un éducateur à un autre. Il doit également être travaillé avec l'entourage familial de l'enfant et servir de modalités de partenariat avec elle.

---

<sup>81</sup> Evaluation fonctionnelle, évaluation psychologique et examen psychomoteur.

## **2) Mettre en place une organisation adaptée dans les trois services.**

La réorganisation de la prise en charge s'accompagnera d'une nouvelle organisation des services pour favoriser de meilleures conditions d'apprentissage. L'individualisation de la prise en charge en constitue le moyen principal. Il importe alors de viser une diminution des effectifs accueillis dans les groupes de vie ou dans les activités de jour. Je pense idéal de promouvoir des groupes d'internat de 8 personnes (et de 6 personnes à l'IMPro 1) et de 4 personnes en activités de jour (et de 3 personnes à l'IMPro 1).

Cet idéal impliquerait un taux d'encadrement très supérieur à celui en vigueur. Or, l'IME a bénéficié en 2006 d'une extension de son agrément d'accueil des personnes ayant des TED, avec l'octroi de moyens humains supplémentaires. La réorganisation pour les services IMP et IMPro 1 se fera donc à moyens constants. Par contre, pour l'IMPro 2, les moyens humains sont insuffisants et devront être renforcés dans le cadre d'une négociation avec l'autorité de tarification. C'est pourquoi nous prévoyons la mise en œuvre de cette réorganisation au plus tôt en 2009.

### a) La nouvelle organisation de l'IMP.

L'IMP accueille 32 enfants qui ont entre 5 et 15 ans, dont 50 % d'enfants ayant des TED. L'organisation actuelle de l'internat permet de s'adapter à leur prise en charge. En effet, les moyens obtenus par l'extension d'agrément ont favorisé la mise en place d'actions plus individualisées. Par contre, l'organisation des activités de jour n'est plus adaptée (trop de jeunes en groupe d'apprentissages, des contenus inappropriés...). Les éducateurs n'ont pas le temps et les moyens de proposer des activités d'apprentissage adaptées à chacun.

Aussi, les changements à promouvoir concernent principalement trois axes :

- Réduire le nombre de jeunes accueillis en groupes d'apprentissage : en passant de 8 jeunes à 4 ou 5 jeunes par groupe.
- Modifier l'approche éducative grâce à l'impact de la formation : organisation et contenu des activités d'apprentissage, de loisirs.
- Redistribuer les pièces et réorganiser la géographie des lieux, ce que nous verrons par ailleurs.

### Organisation Actuelle

<p style="text-align: center;"><b>IMP</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Internat</u></p> <p>Eveil : 10 enfants, mixte de 5 à 10 ans Pâquerettes : 10 filles de 10 à 15 ans Cerfs : 10 garçons de 10 à 15 ans</p> <p style="text-align: center;"><u>École</u> (+ 2 semi internes)</p> <p>4 groupes de base 2 ateliers : créatif – DNP ; 1 atelier TED 2 classes scolaires</p>
--

### Organisation Future

<p style="text-align: center;"><b>IMP</b></p> <p style="text-align: center;"><u>Internat</u></p> <p>Eveil : 10 enfants, mixte de 5 à 10 ans Pâquerettes : 10 filles de 10 à 15 ans Cerfs : 10 garçons de 10 à 15 ans</p> <p style="text-align: center;"><u>École</u> (+ 2 semi internes)</p> <p>7 ateliers d'apprentissage le matin Des ateliers créatif – DNP – informatique – socialisation ... l'après midi 2 classes scolaires</p>
--

Ces changements ne nécessiteront pas de redéploiement de personnel et seront travaillés dans le cadre de la formation dont ce service bénéficiera sur 4 jours début 2008 et à chaque réunion d'équipe (2 heures par semaine). Ce nouveau fonctionnement doit être opérationnel en septembre 2008.

#### b) La nouvelle organisation de l'IMPro 1.

Ce service représente pour tous les acteurs de l'établissement une priorité. Les adolescents et jeunes adultes accueillis présentent un handicap mental sévère ou profond, avec, pour 75 % d'entre eux, des troubles envahissants du développement associés à de graves troubles du comportement<sup>82</sup>. Organisé sur le modèle classique d'un service qui prépare à une professionnalisation du public, il accueille pourtant des personnes dont l'orientation future est le F.A.H.G ou la M.A.S. Dès lors, l'organisation des ateliers en journée est inadaptée (avec, entre autres, l'existence de deux ateliers encadrés par des éducateurs techniques). Le contenu des activités (en atelier ou en internat) ne répond pas aux besoins des personnes accueillies, avec pour certains ateliers, uniquement des activités occupationnelles. Il est en outre imposé aux jeunes un rythme identique à celui proposé à des jeunes plus autonomes, alors qu'ils sont plus fatigables.

Ce service est actuellement paralysé et en mal d'évolution positive, avec des difficultés collectives (cohérence d'équipes, transmission...) et individuelles (signes de « burn out » de plus en plus fréquents). Ce service a également connu un turn over de 4 chefs de service en trois années. Dès lors, j'ai conçu un projet spécifique de réorganisation qui se base sur le schéma suivant :

---

<sup>82</sup> Fréquents passages à l'acte entre pairs ou à l'encontre du personnel éducatif.

<b><u>Ancienne organisation</u></b>	<b><u>Internat</u></b>				<b>Activités jours</b>
	Calypso	Sirius	Colombe	Orion	
Jeunes accueillis	8 personnes	8 garçons	9 filles	11 garçons	37 personnes (dont 1 semi)
Fonctionnement	continu	découpé	découpé	découpé	continu
ES /ETS	1	2	1	1	4
ME / ET	1		1,75	1	2
AMP	2,5	3	1,75	2	1
MM	1	1	1	1	
Total ETP	5,5	6	5,5	5	7
+ Contrat prof	1	1			1

<b><u>Future organisation</u></b>	<b><u>Internat</u></b>				<b>Activités jours</b>
	Calypso	Sirius	Colombe	Orion	
Jeunes accueillis	8 personnes	8 garçons	9 filles	11 garçons	37 personnes (dont 1 semi)
Fonctionnement	continu	continu	continu	découpé	Séquenté
ES /ETS	1	2	1	1	4
ME / ET	1		1,75	1	1
AMP	3	3	2,25	2	1
MM	1	1	1	1	
Total ETP	6	6	6	5	6
+ Contrat prof	1	1	1		

Cette nouvelle organisation proposera à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2008 :

- 3 groupes d'internat fonctionnant en horaires continus pour permettre l'accueil en journée de groupes de 4 personnes. Seront privilégiés le travail autour des actes de la vie quotidienne, le travail de socialisation ...
- Le 4<sup>ème</sup> groupe sera pensé comme un groupe « tremplin » entre IMPro 1 et IMPro 2 : il permettra de préparer certains jeunes à une éventuelle réorientation vers l'IMPro 2 (autonomisation dans les actes de la vie quotidienne ...).
- Des activités de jour réorganisées :
  - 2 ateliers axés autour d'apprentissages cognitifs orientés vers les actes de la vie quotidienne : ils accueilleront au maximum deux jeunes en même temps.
  - Des activités d'ouverture et de créativité avec un atelier spécifique.
  - Un atelier à visée sensorielle (approche Snoezelen, balnéothérapie...).
  - Un atelier « activités manuelles ».
  - Un atelier d'apprentissage des temps libres et de loisirs.

Cette réorganisation se fera à moyens constants, mais nécessitera le redéploiement d'un poste ETP des activités de jour vers l'internat pour permettre le fonctionnement en horaires continus des trois groupes d'internat.

Cette nouvelle organisation remet en question le fonctionnement en cours depuis plusieurs années et demande à ce que soient repositionnés les places et rôles de chaque acteur, mais aussi les modes de travail en équipe. Il me paraissait alors important d'accompagner le changement tout en favorisant la participation active des personnels à la définition du contenu des activités d'apprentissage proposées et du travail d'équipe. Compte tenu de la spécificité de ce service, j'ai désiré faire appel à un intervenant extérieur, spécialiste de la conduite de changement et du travail d'équipe et non de l'autisme. Il ne pourra alors pas intervenir sur le contenu mais aidera à promouvoir un changement en profondeur. Cela permet aussi de faire appel à la responsabilité individuelle et collective des professionnels pour qu'ils interagissent et s'approprient totalement la démarche et son contenu. Son intervention permet ainsi une remise en question de l'ensemble des acteurs institutionnels.

Aussi, sa mission s'organise en deux axes : favoriser un accompagnement au changement et former les personnels au travail d'équipe. Le coût de son intervention est de 24 400 € répartis sur les exercices budgétaires 2007 et 2008 selon les modalités suivantes :

	2007	2008
Coût annuel	10 000 €	14 400 €
Plan de formation (pour la partie Formation)	7 000 €	11 000 €
Compte « Etudes et Recherches » (pour l'accompagnement au changement)	3 000 €	3 400 €

Encourager la participation des acteurs nécessite de clarifier le cadre dans lequel cette participation peut être pleine et entière. En ce sens, j'envisage la constitution d'un comité de pilotage. Contrairement au Comité de Pilotage Autisme, ce comité de pilotage ne représente pas une instance participative, mais a pour mission principale d'assurer la cohérence d'ensemble du projet et d'accompagner le changement. Elle constitue également un lieu de soutien de l'encadrement. Les rôles et fonctions de chaque acteur doivent alors être clairement définis :

- Le directeur garantit la conformité du projet aux valeurs et aux orientations futures de l'établissement. En ce sens, il est seul apte à prendre les décisions.
- Le chef de service pilote toutes les dimensions opérationnelles.
- Les deux psychologues aident à la réflexion en portant une attention particulière sur le sens, l'équilibre et la cohérence du projet.

- Le consultant extérieur accompagne et favorise la réflexion et la démarche de changement. Il apporte des outils méthodologiques et stratégiques. Il aura aussi un rôle de formateur auprès des équipes.

Chaque réunion du comité de pilotage donne lieu à l'écriture d'un compte-rendu spécifique et d'une communication à l'ensemble des professionnels de l'IMPro 1.

Trois chantiers de travail ont été retenus prioritaires par le comité de pilotage :

- Le contenu des activités : apprentissage, loisirs, socialisation... Cet axe sera articulé avec l'intervention de l'organisme de formation en septembre 2007.
- La cohérence de la prise en charge : liens entre équipes, circulation de l'information, rôles et places de chacun dans une perspective interdisciplinaire, passage vers les structures adultes, spécificité des équipes au sein du service ...
- Un groupe appelé « du jeune au centre du dispositif au dispositif centré autour du jeune » : le projet individuel du jeune, liens avec les familles, violence ...

Avec deux thèmes de travail transversaux :

- Le travail en équipe : il sera travaillé dans chacun des groupes.
- Ethique, culture et valeurs : un temps de réflexion et de travail sera organisé sur ce thème.

La formation/action (septembre 2007 à mars 2008) prendra la forme de la mise en place de trois « équipes/projet » à visée opérationnelle et pédagogique sur les trois chantiers retenus. Chaque équipe sera constituée par le comité de pilotage à partir de quatre critères prédéfinis<sup>83</sup>. Elles seront animées par le consultant, les membres du comité de pilotage intervenant lors du lancement des travaux de chaque équipe projet, à l'occasion d'un point d'étape et lors de la restitution des travaux. A l'issue de cette étape, un temps de restitution et d'échange sera programmé. Il permettra de passer valablement vers la dernière phase de travail qui consiste à élaborer un plan d'action opérationnel pour septembre 2008.

Cette démarche vise non seulement à repenser les modalités de travail en équipe. Elle doit également permettre d'inventer une organisation qui favorise l'adaptation permanente des prestations proposées aux personnes. Ainsi, si le travail de l'intervenant extérieur est programmé jusqu'en juin 2008, l'accompagnement au changement continuera sur plusieurs années. J'aurai le souci d'en évaluer les effets à travers les bilans annuels rédigés par les équipes, le nombre de rapports d'incident, la baisse des passages à l'acte.

---

<sup>83</sup> Equilibre entre les membres des cinq équipes, entre les différents métiers, entre les anciens et les nouveaux et tenir compte des contraintes de service

c) La nouvelle organisation de l'IMPro 2.

L'IMPro 2 accueille 41 jeunes dont 50 % présentent des troubles envahissants du développement. La mission de l'IMPro 2 est de préparer les jeunes accueillis à intégrer un ESAT et à vivre de manière la plus autonome possible en foyer ou en appartement.

Ce service est confronté à deux difficultés principales :

La prise en charge fait apparaître que 25 à 30 % de ces jeunes ne pourront intégrer une structure de travail. Ce sont majoritairement des jeunes ayant des TED qui sont en incapacité de suivre le rythme de travail proposé. L'orientation préconisée est alors le FAHG. Cela représente 6 à 7 jeunes âgés de plus de 20 ans et 2 à 3 âgés de 18 à 20 ans. Or, ces jeunes continuent à être accueillis en atelier classique dont l'objectif est de préparer à l'ESAT. Il convient de créer un atelier qui propose une prise en charge adaptée à leur situation.

En outre, les groupes d'internat accueillent trop de jeunes pour favoriser une prise en charge individualisée et adaptée. Il convient de créer un nouveau groupe d'internat et d'organiser la prise en charge en groupes plus homogènes.

Les changements ci-après décrits ne pourront s'organiser à moyens constants. Ils nécessitent en effet des créations de postes et l'octroi de moyens plus conséquents pour pourvoir à la création et au fonctionnement d'un groupe d'internat et d'un atelier supplémentaires.

Nous aurons alors :

<b><u>Ancienne organisation</u></b>	<b><u>Internat (horaires découpés)</u></b>			<b><u>Activités jours</u></b>
	Licorne	Pégase	Altaïr	
Jeunes accueillis	14 filles	11 garçons	14 garçons	41 personnes (dont 2 semi internes)
ES /ETS	2	2	1,5	1,5
ME / ET	2		2	5
AMP	1	2	0,5	
MM	1	1	0,75	
Instit				1
Total ETP	6	5	4,75	7,5

<b><u>Nouvelle</u></b> <b><u>organisation</u></b>	<b><u>Internat</u></b>				Activités jours
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	
Jeunes accueillis	10 personnes (15 – 20 ans)	10 personnes (15 – 20 ans)	9 personnes (+ de 20 ans)	10 personnes (+ de 19 ans)	41 personnes (dont 2 semi)
	Adolescents ayant des TED	Adolescents sans TED	Orientation FAHG	Orientation ESAT	
ES /ETS	2	1,5	1	1	2,5
ME / ET	1	1	1	1	5
AMP	1	1,5	2	2	
MM	1	1	0,75	0,50	
Instit					1
Total ETP	5	5	4,75	4,5	8,5

Après redéploiement des postes existants (ES et ME), il convient de créer un ETP d'éducateur spécialisé aux ateliers pour renforcer les compétences des ateliers de jour et diversifier la prise en charge, 3 ETP d'aide médico psychologique et 0,50 ETP de maîtresse de maison.

Cette nouvelle organisation implique donc des moyens financiers complémentaires. Toutefois, l'établissement ayant bénéficié d'une extension d'agrément en 2006, il sera nécessaire de définir une stratégie particulière auprès de la DDASS pour faire entendre ces besoins qui n'avaient pas été mis en évidence lors du montage de ce dossier d'agrément. En effet, cette restructuration ne permettra pas un accueil supérieur de jeunes, mais est rendue nécessaire pour les raisons précédemment expliquées. Il me faudra dès lors proposer un argumentaire conséquent qui servira de base à une ou plusieurs rencontres avec les responsables de la DDASS. Aussi, je ne pense pas judicieux d'inclure cette demande dans la prochain cahier explicatif du budget prévisionnel 2008, mais après négociation, de faire cette demande pour l'année 2009.

Dès lors, plusieurs étapes seront nécessaires :

- Sept. à nov. 2007 : écriture de l'argumentaire et chiffrage exact de la demande.
- Déc. 2007 : sollicitation d'un rendez vous avec la DDASS sur la base de l'argumentaire.
- 1<sup>er</sup> semestre 2008 : négociation avec l'autorité de tarification.
- Sept. 2008 : incorporation de la demande dans le budget prévisionnel 2009.

Pour autant, nous pouvons évaluer le surcoût occasionné par cette restructuration. Je me propose de le décomposer groupe par groupe. J'ai tenu compte des augmentations

annuelles autorisées par l'autorité de tarification en prenant comme ordre d'augmentation les 1,70 % accordés en 2007 par la DDASS du Haut Rhin.

Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante.

Nous avons pour objectif de fonctionner à moyens constants sur ce groupe. En effet, seul le compte fournitures éducatives<sup>84</sup> devra être augmenté pour permettre la création d'un atelier supplémentaire. Le budget exécutif de l'IME prévoit 5 300 € pour ce compte ; l'augmentation est évaluée, quant à elle, à 700 €. Elle pourra être compensée par des économies globales réalisées sur l'ensemble du groupe. Ce groupe va donc représenter une somme de 758 207 € pour l'ensemble de l'IME.

Groupe II : Dépenses afférentes au personnel.

Le groupe II représente indéniablement la plus forte augmentation de l'ensemble du projet. La création de postes supplémentaires<sup>85</sup> représente en effet un surcoût évalué à 159 194 €<sup>86</sup>, comme le fait apparaître le tableau suivant :

poste	ETP	Coef. de base	Echelon	indice	I.S 8,21%	total annuel	valeur point	Total
E.S.	1,00	434	4	503	41,30	6 531,56	3,69	24 101,44 €
A.M.P.	1,00	406	4	432	35,47	5 609,61	3,69	20 699,45 €
A.M.P.	1,00	406	4	432	35,47	5 609,61	3,69	20 699,45 €
A.M.P.	1,00	406	4	432	35,47	5 609,61	3,69	20 699,45 €
MM	0,50	360	1	360	29,56	4 674,67	3,69	17 249,54 €
							sous Total	103 449 €
							Charges sociales (56 %)	57 147 €
							<b>TOTAL</b>	<b>161 381 €</b>

Soit le tableau suivant pour le groupe II (de l'IME) :

	2007 (exécutif)	2009 (demandé)
Groupe II (IME)	4 917 791 €	5 079 172 €

<sup>84</sup> Nous ne prévoyons par contre aucune demande pour le compte Fourniture pour formation professionnelle, puisqu'il s'agit d'un atelier qui prépare au FAHG.

<sup>85</sup> Je prévois l'embauche de personnels éducatifs « raisonnablement » expérimentés.

<sup>86</sup> Soit 3 % du budget exécutif 2007 de l'IME.

Groupe III : dépenses afférentes à la structure.

Plusieurs comptes de ce groupe subiront une augmentation :

La location de locaux supplémentaires<sup>87</sup> permettra non seulement la création d'un groupe d'internat, mais aussi d'un local pour l'atelier, soit environ 300 m<sup>2</sup> :

	2007 (exécutif)	2009 (demandé)
surface (IME)	11 173 m <sup>2</sup>	11 473 m <sup>2</sup>
Compte locations immobilières	184 558 €	195 956 €

Ce qui représente une augmentation de 11 398 €.

Les comptes Entretien des bâtiments et maintenance des bâtiments devront également subir une augmentation proportionnelle à celle des locaux, soit :

	2007 (exécutif)	2009 (demandé)
Entretien des bâtiments	9 500 €	10 088 €
Maintenance des bâtiments	14 255 €	15 140 €

Ce qui représente une augmentation de 1 473 €.

Enfin, les investissements devront également être augmentés en conséquence. Ils concerneront uniquement les achats de matériels communs à l'ensemble d'un groupe ou d'un atelier (le mobilier des chambres sera celui déjà en place), soit pour 2009 :

	Montant	Taux	Amortissement
<b>investissements</b>			
<u>Mobilier</u> : Canapés, Chaises / tables, bureau, meuble salle de bains,	20 000	10	2 000
<u>Electroménager</u> : Sèche linge, Lave linge, Réfrigérateur, TV	3 500	5	700
<b>Informatique</b>	1 500	5	300
TOTAL EMPLOIS	25 000		3 000

Le bilan financier fait apparaître un FRI largement positif (= 1 845 511 €). Associé à une trésorerie elle-même positive (= 3 428 938 €), cela permet d'envisager le financement de ces nouveaux investissements sans avoir recours à l'emprunt, et donc sans financement des intérêts qu'aurait occasionnés un emprunt. Ainsi, nous conserverons entière notre capacité de recours à l'emprunt pour le financement des futures constructions et

<sup>87</sup> Rappelons que nous louons les locaux à l'Association des Maisons de la Croix créée à cet effet par la Congrégation des Sœurs de la Croix en 2003.

restructurations de locaux ci-après envisagées. Ces nouveaux financements auront donc pour seul impact l'augmentation de la dotation pour amortissements de 3 000 €, ce que nous ferons apparaître dans le plan pluriannuel d'investissement.

Dès lors, nous aurons pour ce groupe III une augmentation globale de 15 871 € :

	2007 (exécutif)	2009 (demandé)
Budget (IME)	414 988 €	430 859 €

Soit le tableau récapitulatif suivant

	2007 (exécutif)	2009 (demandé)
Groupe I	733 276 €	758 207 €
Groupe II	4 917 791 €	5 079 172 €
Groupe III	414 988 €	430 859 €
TOTAL (IME)	6 066 055 €	6 268 238 €

Dès lors, ce projet de restructuration de l'IMPro 2 représentera une augmentation de 3,3 % du budget de l'IME, avec une répercussion sur le prix de journée de 7 €, qui passe ainsi de 198 € (au 1<sup>er</sup> janvier 2007) à 205 €.

L'ensemble de la réorganisation des trois services précédemment évoquée vise à favoriser les activités d'apprentissage auprès des personnes ayant des TED. Cela nécessite en outre, de repenser les rôles et les fonctions de l'ensemble des personnels, d'améliorer la manière de travailler en équipe pluridisciplinaire, ainsi que d'améliorer les modalités de fonctionnement de chaque service. L'accompagnement au changement s'avère dès lors conséquent et requiert de la rigueur et une clarification du cadre proposé.

### **C. Adapter les locaux à la prise en charge de personnes ayant des TED.**

Comme nous l'avons abordé, les conditions de vie constituent un enjeu majeur pour une prise en charge respectueuse de chacun. Plus que tout autre, l'enfant ayant des TED a besoin de prévisibilité et de sécurité, ce qui va se concrétiser par la mise en place de repères spatio-temporels clairs et accessibles.

Si les locaux d'activité de jour de l'IME nécessitent uniquement une adaptation et une clarification des espaces, les locaux des groupes d'internat représentent une des grandes faiblesses de l'établissement. Aussi, convient-il d'adopter une stratégie et d'établir un plan d'action cohérent en collaboration étroite avec l'association gestionnaire des locaux, avec l'Association Adèle de Glaubitz, avec la direction générale mais aussi avec les autres

établissements du site de l'Institut St André, avec lesquels l'IME partage la location des bâtiments.

Plusieurs niveaux sont concernés :

- La programmation de locaux neufs pour l'internat de l'IMP.
- La rénovation de locaux pour l'internat de l'IMPro.
- L'adaptation des espaces destinés à la prise en charge des personnes ayant des TED.

### **1) Programmer la construction de locaux neufs pour l'Internat de l'IMP.**

Evoqué depuis plusieurs années<sup>88</sup>, la programmation de locaux neufs est devenue un objectif soutenu par l'ensemble des établissements de l'Institut St André et porté par l'Association. Le directeur général de l'Association m'a demandé d'en organiser les modalités opérationnelles. Un travail avec un programmiste doit permettre de réaliser l'étude de programmation en mettant à jour les besoins. Les équipes éducatives seront donc associées à ce travail par l'intermédiaire de trois réunions de travail (dans le cadre des réunions bimensuelles de service). L'organisme de formation sur l'autisme sera également consulté pour aider à conjuguer l'approche de l'autisme et l'organisation de l'espace. Le cahier des charges devra être remis début 2008. Continueront alors les démarches habituelles dans ce domaine avec : élaboration du plan de financement, recherches de financement etc. pour une construction effective en 2011.

### **2) Prévoir le regroupement de l'internat des deux IMPro.**

Le regroupement des deux IMPro<sup>89</sup> dans un bâtiment nommé St Vincent est programmé d'ici à 5 ans. Ce bâtiment abrite actuellement certains groupes de l'IME, des chambres pour l'Habitat et des groupes de vie pour la MAS. Ce regroupement est donc dépendant des stratégies et des programmes de ces deux établissements. Il s'agira d'une rénovation de l'ensemble du bâtiment (4 960 m<sup>2</sup> en 4 étages pour 8 groupes d'internat) et d'une restructuration des espaces.

### **3) Adapter les locaux actuels.**

Les deux projets précédents sont autant d'objectifs à moyen terme. La résolution de certaines difficultés ne peut attendre ce délai (clarification des espaces, promiscuité...). Aussi, demeure-t-il nécessaire de chercher à améliorer les conditions de vie, qui se concrétise en trois aspects :

Une redistribution des salles d'activités pour les activités de jour. Il s'agira de définir pour chaque pièce son utilisation et d'en clarifier son identification pour les jeunes. Deux

---

<sup>88</sup> L'Association Adèle de Glaubitz doit faire face à des rénovations ou constructions pour l'ensemble des établissements qu'elle gère. Elle a alors établi un plan d'action pour les programmer. L'IME St André n'était jusqu'alors pas prioritaire.

<sup>89</sup> Actuellement, l'IMPro occupe plusieurs bâtiments.

services, l'IMP et l'IMPro 1, sont plus particulièrement concernés. Cette redistribution des salles devra être fonctionnelle pour le mois de septembre 2008.

Une réorganisation des espaces pour les groupes d'internat en séparant par exemple dans une même pièce l'espace d'apprentissage et l'espace de jeux ou encore l'espace de lecture. L'image de l'organisation d'une classe de maternelle illustre bien ce réaménagement.

L'attribution de crédits (Comptes « Entretien des bâtiments » et « Maintenance des bâtiments ») à des adaptations qui vont favoriser cette réorganisation des espaces de jour, mais aussi le respect de l'intimité, la clarification des espaces dans les groupes d'internat actuels. Evoquons par exemple la construction de cloisons dans des chambres collectives pour créer des espaces privatifs, la réorganisation des salles de bains ... voire des cloisons amovibles pour symboliser les espaces dans le temps. Comme le tableau ci-après le démontre, nous pouvons consacrer 16 262 € annuels (budget 2007) à cette programmation.

Comptes	« Entretien des bâtiments » <sup>90</sup>	« Maintenance des bâtiments » <sup>91</sup>
Budget IME 2007	16 213 €	10 193 €
Travaux non programmés	8 106 € (Soit 50 %)	2 038 € (soit 20 %)
Travaux programmés	8 107 €	8 155 €

#### **D. Renforcer l'établissement dans un travail partenarial.**

L'IME St André est reconnu depuis de nombreuses années comme un établissement dynamique et ouvert à de nombreux travaux de partenariat. Ainsi, au fil des années, il a participé à l'écriture d'un référentiel qualité sur le projet individuel, mais aussi à l'élaboration et à l'écriture du schéma départemental. Cela a contribué, au fil des ans, à valoriser le travail des personnels. C'est pourquoi il me paraît fondamental de poursuivre ce travail de partenariat que je considère, entre autres, comme une condition essentielle pour maintenir et faire évoluer une culture de bienveillance face aux TED. Cela revient en fait à autoriser et à organiser le « regard extérieur » sur le travail mené au sein de l'IME, ainsi que le développement d'un travail en réseau qui permette de se confronter à de nouvelles modalités de prise en charge et d'enrichir la pratique au bénéfice des usagers.

---

<sup>90</sup> Ce compte permet de prendre en compte les frais occasionnés par des entreprises extérieures.

<sup>91</sup> Pour l'achat des fournitures nécessaires aux travaux en régie interne.

Pour ce faire, nous aborderons quatre points :

- Les perspectives pour dynamiser l'établissement par le travail en réseau.
- Les réflexions pour élaborer des modalités différentes de travail avec les familles.
- Les actions en place pour favoriser le regard extérieur.
- Enfin, les actions à mettre en place pour favoriser l'évolution de la prise en charge dans les établissements pour adultes.

### **1) Dynamiser l'établissement par le travail en réseau.**

Le développement du CRA permet d'associer tous les acteurs de l'établissement à un travail de réflexion inter partenariale. En outre, le CRA travaille avec le même organisme de formation que l'IME et se positionne également dans une approche plurielle qui inscrit son action dans la pluridisciplinarité et dans la complémentarité. Aussi, nous sommes amenés, sur les questions de la prise en charge des troubles envahissants, à solliciter ce réseau. Deux actions principales sont possibles :

- Une collaboration autour de certains projets individualisés par une réflexion en commun sur certaines situations individuelles complexes.
- Une participation des professionnels à toutes les réunions du réseau autisme animé par le CRA : réseau des opérateurs de terrain (nommé réseau 4 x 4), réseau des psychologues, réseau des thérapeutes, réseau des établissements. 6 éducateurs (soit 2 par service), une psychologue, 1 thérapeute et 2 cadres hiérarchiques participeront à ces réunions bi trimestrielles.

Ce réseau permet également de créer une dynamique de recherche à un niveau départemental, régional, voire national : la gestion de la violence, l'écriture d'un protocole de mise au calme, la réflexion sur les questions d'homogénéité des publics ... en sont quelques illustrations. Ce travail de réseau peut également aider à mettre en place des collaborations pour proposer des prestations qui jouent sur la complémentarité des compétences entre établissements. Ainsi, j'envisage l'organisation de séjours de rupture par un « échange » entre établissements.

Le réseau CRA constitue donc le réseau principal sur lequel je m'appuierai. Il présente deux avantages essentiels : celui de travailler au rapprochement de deux cultures<sup>92</sup> et de proposer un réseau de travail pour les parents, donc de servir de relais dans certaines actions entreprises dans l'établissement. D'autres réseaux sont également investis : le Comité Technique Réseau Autisme (CTRA) et un groupe de réflexion rassemblant l'ensemble des IME du Haut Rhin.

---

<sup>92</sup> Celles du médico social et du sanitaire

## **2) Travailler différemment avec les parents.**

Pendant des années, un message dramatique a été envoyé aux parents d'enfants autistes (et plus particulièrement aux mères) : « par votre personnalité, par vos désirs, par vos actes ... vous êtes en partie responsable de la survenue de l'autisme chez votre enfant ». Ce message implicite a marqué des générations de parents et aussi de professionnels, ce qui a rendu difficile leur collaboration. Aussi, il me semble essentiel d'envisager le travail entre parents et professionnels comme une relation partenariale à faire vivre au quotidien. Les professionnels doivent définir le cadre de cette collaboration. Ainsi, plusieurs étapes s'avèrent fondamentales. Toutes font l'objet d'une réflexion partagée au sein du Conseil de la Vie Sociale (CVS) qui, comme prévu dans la loi du 2 janvier 2002, se réunit 3 fois dans l'année.

L'accueil tout d'abord, est de la responsabilité première du directeur. Une procédure existe. Bien que fort complète, elle doit encore évoluer. L'accueil permet d'accueillir le parent comme un collaborateur et non comme un « patient ». Arriver à partager avec les parents les objectifs éducatifs et le cadre de travail que peut proposer l'établissement est l'objectif à atteindre. Cette phase peut durer plusieurs mois (mission, rôle, fonction ...). Or, nous l'arrêtons trop souvent à l'admission physique de l'enfant. C'est pourquoi j'envisage avec les parents, dans le cadre d'un entretien individuel, d'évaluer, avec eux, la manière dont ils ont été accueilli au 6<sup>ème</sup> mois suivant l'admission : savoir comment ils l'ont vécu, ce qu'ils ont retenu, ce qu'il faut améliorer, seront des thèmes à aborder pendant cette nouvelle rencontre<sup>93</sup>.

La participation à la réunion de projet individuel du jeune et de ses parents n'est pas encore à l'œuvre à l'IME St André. Les parents sont associés après cette réunion sur la base d'une proposition de programme individuel. Pour autant, ils n'ont pas participé au débat qui a précédé son écriture, ni n'ont pu s'approprier les réflexions et analyses des professionnels. Ce fonctionnement évoluera à compter de septembre 2008 pour favoriser la participation des parents à la réunion de projet de leur enfant. Il s'agira d'un changement de culture très important à préparer dans le courant de l'année scolaire 2007/2008, mais il contribuera à faire évoluer la notion de co-éducation avec les parents. Quant au jeune, il importe de lui laisser la possibilité de participer à « sa » réunion de projet. Il ne s'agit pas d'obliger la participation, mais de la rendre possible et de l'accompagner. Cette participation à la réunion de projet doit faire partie d'un objectif de travail au même titre que l'apprentissage de la toilette...

---

<sup>93</sup> Cela représente entre 10 à 15 entretiens supplémentaires par an.

Offrir aux parents la possibilité d'avoir prise sur les évolutions de l'IME passe par l'organisation de conférences/débats sur les thèmes de recherche de l'IME : ainsi, pour chaque formation collective dispensée, il sera convenu l'organisation d'une conférence ouverte aux parents et à toute personne extérieure intéressée par la question, portant sur le contenu de la formation dispensée aux professionnels.

Pour autant, les relations de confiance entre parents et établissement<sup>94</sup> naissent principalement des rencontres informelles (contacts téléphoniques, carnets de correspondance, rencontres lors des retours en week-end). Dès lors, il est nécessaire d'accompagner ce travail par une réflexion partagée lors des réunions d'équipe pour définir le cadre des relations entre les différents acteurs concernés.

En outre, le travail avec les familles favorise le regard extérieur sur le travail individuel et collectif mené au sein de l'établissement et oblige les professionnels à clarifier leurs objectifs, actions et méthodes de travail en vue d'une compréhension par toutes les personnes intéressées.

### **3) Favoriser le regard extérieur.**

Si investir le travail de réseau est toujours très apprécié par les professionnels<sup>95</sup>, il ne saurait être complet si je ne favorisais pas le regard extérieur porté sur le travail au quotidien dans les groupes de vie et dans les ateliers. Outre l'action de formation déjà évoquée, trois actions sont plus particulièrement à favoriser :

Le CRA a créé une « équipe mobile » apte à venir en soutien des établissements en cas de difficulté. Cette « équipe mobile » intervient directement dans le quotidien des jeunes. Elle porte alors un regard particulier sur les conditions de prise en charge des jeunes, qu'elle partage avec les professionnels et parfois avec le directeur, qu'elle peut interpeller sur des aspects précis de la prise en charge.

Depuis de longues années, l'accueil de stagiaires est fréquent à l'IME St André. Ainsi en 2006, 86 stagiaires issus des écoles paramédicales et sociales ont pu, dans le cadre de leurs études, réinterroger le sens de l'action menée par les professionnels et par l'IME. L'établissement ne pourra pas accueillir plus de stagiaires, mais il devra développer un travail de partenariat avec les écoles avec pour objectif de mieux faire connaître la pathologie autistique et les modalités de prise en charge. Ce travail se fera par l'intermédiaire des cadres qui ont un rôle de transmission auprès des futurs professionnels : faire connaître l'établissement, les modalités de prise en charge de l'autisme peut attirer de jeunes professionnels vers ce type de prise en charge.

---

<sup>94</sup> Donc une collaboration efficiente au service de l'enfant accueilli

<sup>95</sup> Cela leur permet de nouvelles rencontres et les aide à prendre du recul par rapport à leur quotidien.

#### **4) Favoriser l'évolution de la prise en charge dans les établissements pour adultes.**

Cet objectif me semble ambitieux et difficile à atteindre. Pour autant, il constitue un enjeu essentiel pour les personnes ayant des TED. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, certains jeunes sont orientés vers un FAHG faute d'ateliers adaptés à leur problématique singulière en ESAT. Pour autant, certains développent des compétences particulières et peuvent intégrer avec succès des structures de travail. Nous devons construire un partenariat avec ces établissements pour adultes. Le site de l'Institut St André<sup>96</sup> doit pouvoir constituer un premier terrain d'expérimentation. Pour ce faire, je dois favoriser le partage du travail fait à l'IME et l'ouverture des formations aux professionnels des autres établissements.

En outre, l'IME doit améliorer ses outils de transmission dans le cadre de départs. Ainsi, l'outil vidéo est adapté pour permettre à la structure d'accueil de visualiser les apprentissages effectués par la personne ayant des TED, mais aussi ses moyens de communication. Ce qui suppose une préparation au départ avec la famille (autorisation de filmer, contenu de l'information...).

Globalement, le travail de réseau centré sur la personne ayant des TED permet de soutenir l'ambition de créer un mouvement social d'acceptation, de réflexion vis-à-vis de la problématique soulevée par les troubles envahissants du développement. Il me paraît ainsi nécessaire de développer la réflexion inter établissements, mais aussi d'associer les parents à toutes les étapes et à toutes les réflexions des professionnels, afin de développer avec eux une approche cohérente et complémentaire. Dans ce cadre, la participation de l'établissement à l'évaluation et à la réécriture du schéma départemental sera un objectif des prochains mois. Cette participation visera à améliorer la prise en compte de la problématique de l'autisme et de ses besoins par les autorités de tarification.

#### **E. Evaluer pour évoluer dans la prise en charge des personnes ayant des TED.**

J'aborderai cette question centrale de l'évaluation succinctement en espérant avoir démontré tout au long des chapitres précédents, mon souci d'évaluer l'ensemble des actions mises en œuvre par un travail méthodologique permanent.

J'entends évaluation comme ce qui donne de la valeur ajoutée, de la reconnaissance et non seulement comme une forme de contrôle. Pour autant, même si dans notre secteur les textes fondateurs accordent une place fondamentale à la notion d'évaluation<sup>97</sup>, cette logique est encore en recherche de sens pour les professionnels :

---

<sup>96</sup> Dont les établissements accueillent plus de 50 % des jeunes partant de l'IME.

<sup>97</sup> Principalement depuis la loi du 2 janvier 2002

- Le poids du quotidien est fréquemment évoqué pour justifier le manque de temps à la rédaction d'écrits et à l'évaluation demandée.
- Le poids de l'histoire est fort : évaluer est souvent assimilé à contrôle et fait craindre une remise en cause très forte des pratiques.

Il appartient donc au directeur d'être vigilant et d'impulser une démarche d'évaluation aussi bien sur le fond que sur la forme, le contenu et l'intelligibilité de l'évaluation au quotidien. Plusieurs actions sont menées en ce sens.

### **1) Faire vivre la démarche qualité.**

Dans l'étude des plans de formation successifs, j'ai mis en exergue le travail fourni pour mettre en place la démarche qualité au sein de l'établissement. A cet effet, la direction précédente avait décidé de consacrer un ½ temps à ce travail par l'embauche d'un animateur qualité. La démarche qualité est donc très structurée. Il me faut toutefois la faire vivre pour qu'elle prenne sens au quotidien pour les personnels et qu'elle devienne un outil au service de l'utilisateur. En ce sens, la démarche qualité ne doit pas être traitée comme une nécessité technique, mais la rédaction des procédures, leur évaluation constante doit devenir un moment d'analyse approfondie et discutée de l'activité réelle.

A l'Institut St André, elle présente toutefois un défaut majeur : elle ne s'inscrit pas dans une démarche qualité globale. Les autres établissements, et principalement les services administratifs et logistiques ne l'ont pas développé pareillement. Il y a donc un important décalage qu'il faut travailler, les établissements du site étant interdépendants.

Plusieurs actions sont entreprises ou programmées :

Un audit interne organisé en juin 2006 a porté sur la procédure « élaboration, suivi et évaluation du projet individualisé ». L'audit est un outil stratégique qui permet de mesurer le degré d'adhésion des professionnels à la démarche. Il aide à envisager des actions d'amélioration. Un autre audit sera programmé dans le courant de l'année scolaire 2007 / 2008 et portera sur une procédure moins familière pour les éducateurs. Il permettra de préparer à terme l'évaluation externe à l'orée de l'année 2009.

Au départ réuni mensuellement, le Comité de Pilotage Qualité (directeur, chefs de service et animateur qualité), doit évoluer et permettre une participation accrue de tous les acteurs de l'établissement. Cette participation favorisera le débat autour de l'évaluation. Aussi, deux éducateurs par service, un membre de l'équipe thérapeutique compléteront l'effectif de ce Comité de Pilotage. Il se réunira trois fois dans l'année :

- En septembre, pour définir le plan d'action de l'année en cours.
- En février / mars, pour une évaluation intermédiaire.
- En juin, pour un bilan de fin d'année.

La démarche qualité représente un outil fondamental au service du directeur, qui lui permet d'adopter une attitude pragmatique qui prenne en compte les réalités quotidiennes des éducateurs, et évite l'écueil de l'écriture de procédures fastidieuses, incomprises et inapplicables.

## **2) Evaluer, c'est interroger le sens de l'action au quotidien.**

L'évaluation n'a de sens que si elle conforte l'action quotidienne. Elle se doit d'évoluer pour être considérée par tous comme un outil au service de l'amélioration des projets.

Le projet individuel représente en ce sens un enjeu fondamental. Je demande aux éducateurs d'entrer dans une logique d'évaluation des objectifs lors de l'écriture de l'écrit préparatoire à la réunion de projet. Actuellement, ce dernier écrit relate bien souvent les deux à trois derniers mois de la prise en charge et se contente uniquement d'éléments descriptifs. Chaque objectif opérationnel doit faire l'objet d'une évaluation qui met en exergue les moyens utilisés, les actions éducatives entreprises, l'analyse effectuée et le résultat obtenu. Cette démarche est essentielle pour permettre aux éducateurs de mesurer le travail effectué, donc de l'objectiver et de repérer à leur tour les progrès. Cela aide aussi les parents à appréhender les méthodes employées. L'écriture initiale des protocoles y participera.

Les projets à visée collective font l'objet d'écrits préparatoires qui sont communiqués à la hiérarchie. Ces écrits s'appuient sur la méthodologie de projet et mettent en exergue les moyens d'évaluation prévus. Ils ne seront acceptés qu'à cette condition.

L'écrit représente donc un élément d'évolution de la culture de l'établissement. Certains d'entre eux sont transmis à l'Association, aux partenaires ou aux autorités de tutelle. Ecrire n'est pour autant pas facile pour tous, aussi est-il exigé des éducateurs spécialisés, dans leur fiche de fonction, de soutenir ce travail d'écrit et d'apporter des éléments méthodologiques qui vont aider les collègues moins formés à ce travail d'écriture.

Dès lors, il convient d'appliquer ce processus évaluatif sous différentes formes avec les usagers, mais il concerne également l'établissement. Une part de son identité est liée à ce processus et contribue à faire vivre la dynamique en cours. L'évaluation représente un enjeu quotidien pour que tous les acteurs trouvent sens dans leur action et gagnent en objectivité au service de l'utilisateur.

## **Conclusion de la 3<sup>ème</sup> partie.**

Initier le changement lorsqu'on prend les fonctions de directeur d'un établissement social et médico-social repose sur une bonne capacité à comprendre et à analyser la dynamique institutionnelle existante. Vouloir transformer les pratiques repose sur une bonne capacité à reconnaître la valeur des professionnels, à parier sur leurs capacités à évoluer et sur leurs potentialités. Cela repose également sur la capacité du directeur à mettre en dynamique l'ensemble des composantes de l'établissement. Ces conditions réunies, le directeur doit veiller à maintenir active la démarche prospective en assurant une revitalisation régulière de l'organisation. Toutefois, l'initier est un chose, l'inscrire dans le temps et transformer durablement les pratiques pour qu'elles tendent vers l'amélioration de la prise en charge, en est une autre.

La loi du 2 janvier 2002, en exigeant des établissements sociaux et médico-sociaux de réécrire le projet d'établissement tous les 5 ans, affirme la nécessité d'évaluer. Pour le directeur, cette obligation légale constitue une opportunité pour mobiliser les différents acteurs dans cette réécriture.

L'écriture du projet d'établissement de l'IME St André a été finalisée en 2004 et doit donc être réécrit pour 2009. L'ensemble des propositions présentées y contribuera. C'est dans cette optique que ce chantier a d'ores et déjà débuté. En effet, les différents aspects évoqués : éthique et valeurs, travail sur les références, éducation structurée, définition des rôles et fonctions, conception de l'évaluation... font partie intégrante du projet d'établissement et constitueront, ce que j'ai appelé, l'identité de l'établissement.

Simultanément, je souhaite développer la spécificité d'accueil service par service. Pour le concrétiser, j'ai demandé à chaque chef de service de penser à l'écriture du projet de son service. Ce projet devra être très concret et lisible pour que tous les professionnels et tous les parents puissent se l'approprier. Ainsi, toutes les activités (et principalement celles d'apprentissage) seront répertoriées avec les objectifs recherchés, les moyens déployés, l'évaluation programmée. Y seront également développés les rôles et fonctions des différents intervenants.

Ainsi, le projet d'établissement permettra d'instaurer une culture centrée sur la relation de service pour le bien être et le développement des capacités des personnes.

## CONCLUSION GÉNÉRALE.

Notre secteur d'activité est en pleine mutation. La demande évolue corrélativement à l'environnement social et économique. La loi suit cette évolution et impulse de nouvelles règles, elle ouvre de nouveaux champs d'expérimentation et d'actions et préconise de nouvelles organisations et collaborations. Au-delà du rappel des droits fondamentaux des personnes handicapées et d'une définition du handicap, les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005<sup>98</sup> instaurent une rénovation de la politique du handicap. Celles-ci visent à donner à l'usager une place d'acteur et instaurent de fait une relation nouvelle entre usagers et professionnels. La portée réelle de ces lois dépendra de la capacité des acteurs institutionnels à interroger leurs stratégies et leurs pratiques, à amorcer le changement, à promouvoir et à initier l'innovation souhaitée.

L'Institut St André, riche d'une histoire de 120 ans au service de la personne handicapée, doit contribuer à cette évolution. En effet, l'ensemble du contexte, des actions, des choix a toujours été orienté vers une amélioration du service rendu à l'enfant, à l'adolescent et à l'adulte accueillis. Dès lors, de multiples innovations ont vu le jour (création du FAHG, de la MRS) ; elles ont toutes profité à la personne accueillie dans le respect de son rythme, de son bien être et de son évolution.

C'est dans cet état d'esprit que j'ai souhaité inscrire ce travail de mémoire. En effet, optimiser la prise en charge des personnes ayant des TED nécessite de porter un regard sans cesse renouvelé sur la pathologie autistique et sur ses manifestations pour chaque personne. En ce sens, la proposition de F. LAPLANTINE illustre selon moi, le regard que nous devons poser sur elles, avec « *la nécessité de redonner aussi toute sa place à une attitude de dérive (évidemment provisoire) de disponibilité et d'attention flottante qui ne consiste pas seulement à être attentif, mais aussi et surtout à être inattentif, à se laisser approcher par l'inattendu et l'imprévu* »<sup>99</sup>. C'est à cet « inattendu » et à cet « imprévu » que nous sommes quotidiennement confrontés avec les personnes ayant des TED. C'est avec cet état d'esprit que le professionnel peut s'adapter à chaque situation singulière.

Je propose pourtant le développement d'un projet basé sur l'éducation structurée avec toutes les conséquences décrites sur l'organisation de la prise en charge des personnes, sur les relations de l'établissement avec son environnement.

---

<sup>98</sup> Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>99</sup> LAPLANTINE F., *La description ethnographique*, Sciences Sociales 128, 1996, page 16

Pour autant, ces deux approches, à priori paradoxales, illustrent bien l'attitude professionnelle à requérir, à nourrir et à faire vivre auprès des personnes ayant des TED : ce n'est que dans la rigueur de l'approche et dans la structuration de la prise en charge que pourront naître l'innovation, l'imagination et la créativité.

A l'instar de tous les professionnels, de tous les parents confrontés à l'autisme, le rôle du directeur s'avère alors complexe : il doit assurer un cadre rigoureux, efficient, favoriser la réflexion permanente et renouvelée, s'assurer que son établissement propose des prestations concrètes et de qualité ... tout en inscrivant son action de direction dans la continuité et la durée. Ce travail d'écriture du mémoire m'aura obligé à concilier tous ces paradoxes, à prendre conscience de la nécessité de promouvoir une culture de l'écrit qui oblige tous les acteurs de l'institution à clarifier leurs réflexions, à porter un regard critique sur l'action individuelle et collective et à justifier son objet.

En outre, au-delà de cet écrit centré sur l'accueil de la personne ayant des TED au sein de l'IME, il me faut être particulièrement attentif à mener une réflexion sur la portée de la loi du 11 février 2005 pour que l'établissement reste en lien avec les évolutions sociales. Toutefois, comment concilier l'ambition du législateur avec la pathologie autistique ? Comment chaque personne ayant des TED peut-elle devenir et être actrice de sa vie et de ses choix ? Tels sont les enjeux des années futures pour l'établissement et pour les personnes accueillies.

## IV. Bibliographie.

### OUVRAGES.

- ✚ ALTER N., *L'innovation ordinaire*, Paris : Editions PUF, 2000, 269 p.
- ✚ AUBERT N. (Sous la direction de), *Diriger et motiver, Arts et pratique du management*, Paris : Editions d'organisation, 2ème Edition, 2003, 355 p.
- ✚ BERTHOZ A., ANDRES C., BARTHELEMY C., MASSION J., ROGE B. ; *L'autisme de la recherche à la pratique*, Paris : Editions Odile Jacob, 2005
- ✚ Coordonné par CABIN P., *Les organisations, Etat des savoirs*, Paris, Editions Sciences Humaines, 2002, 412 p
- ✚ DANANCIER J., *La violence dans les établissements sociaux, Comprendre, évaluer, répondre*, Paris, Editions DUNOD, 2000.
- ✚ DIRIDOULOU B., *Manager son équipe au quotidien*, Paris : Editions d'Organisation, 2004, 199 p.
- ✚ DUBREUIL B., *Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée*, Paris : Editions DUNOD, Avril 2006
- ✚ DUBREUIL B., *Le travail de directeur en établissement social et médico- social*, Paris : Editions Dunod, 2004, 226 p.
- ✚ Sous la direction de GABEL M, JESU F., MANCIAUX M., *Bienveillance, mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Editions Fleurus, 2000, 454 p.
- ✚ IFREP, *Violences et institutions prévenir la répétition*, Actes du colloque des 22 et 23 mars 2001.
- ✚ JANVIER R., MATHO Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Edition Dunod ; 2ème édition.
- ✚ LAPLANTINE F., *La description ethnographique*, Sciences Sociales 128, 1996, pages 7 à 25.
- ✚ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement*, Paris : Editions Dunod, 2ème édition, 2003, 298 p.
- ✚ LEMAY M., *L'autisme aujourd'hui*, Paris : Editions Odile Jacob, 2004.
- ✚ LOUBAT J.R., *Instaurer la relation de service*, Paris : Editions Dunod, 2002, 258 p.
- ✚ MACCIO C., *Exercer une responsabilité*, Lyon, Editions Chroniques Sociales, 2001, 403 p.
- ✚ ROUBY E. *Institut St André 1891 – 1991, cent ans au service des handicapés mentaux*, Cernay : Imprimerie CAT St André, 1991.
- ✚ SAINSAULIEU R., *Sociologie de l'entreprise : Organisation, culture et développement*, Paris : Editions presses de Sciences Po et Dalloz, 2ème édition, 1997, 476 p.

- ✚ STRAUSS P., MANCIAUX M., *L'enfant maltraité*, Paris, Editions Fleurus, 1993, 683 p.
- ✚ VERMEULEN P., *Comment pense une personne autiste*, Paris : Editions DUNOD, Edition française, 2005, 143 p.
- ✚ *Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales*, Guide Méthodologique, Rennes, Editions ENSP, 2000, 93 p.

### **RAPPORTS.**

- ✚ Rapport de l'ANDEM, novembre 1994.
- ✚ Rapport de Jean François CHOSSY, député de la Loire, *la situation des personnes autistes en France, besoins et perspectives*, rapport remis au premier Ministre. Septembre 2003.
- ✚ Rapport de la DAS en janvier 1995 sur la prise en charge des personnes autistes.
- ✚ Plan de développement de la bienveillance et renforcement de la lutte contre la maltraitance, 14 mars 2007.

### **ARTICLES.**

- ✚ CASTORIADIS C., Pour un individu autonome, *Revue Manière de voir*, juillet/août 2000.
- ✚ CORBET Eliane, Les concepts de violence et maltraitance, *adsp n°31*, juin 2000
- ✚ GILLIOTTE Noémie, Cadres « intermédiaires », les nouveaux maillons forts ?, *Revue Direction n°35*, novembre 2006.
- ✚ PIRAUT-ROUET Catherine, Bienveillance, la positive attitude, *Revue Direction n°42*, juin 2007.
- ✚ RAPOPORT Danielle, « La Bienveillance » : une nouvelle notion pour un souffle nouveau, *Revue Cultures en mouvement n°49*, juillet/août 2002.
- ✚ Jean-Pierre STROOBANTS, « *la Belgique, refuge des enfants autistes* », *Journal Le Monde*, 18 avril 2007.

### **LOIS, CIRCULAIRES.**

- ✚ Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV et XXIV ter.
- ✚ Circulaire du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique.
- ✚ Loi du 11 décembre 1996 modifiant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée à l'autisme.

- ✚ Circulaire du 5 mai 1998.
- ✚ Loi du 17 juin 1998 relative à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs.
- ✚ Instruction interministérielle du 10 janvier 2001.
- ✚ Loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico sociale.
- ✚ Circulaire n° 2002/29 du 17 janvier 2002 portant directive nationale d'orientation relative aux priorités stratégiques en matière de santé et d'action.
- ✚ Loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.
- ✚ Loi du 11 février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, à la participation et à la citoyenneté des personnes handicapées.
- ✚ Circulaire du 8 mars 2005 relative à la politique des personnes atteintes d'autisme et troubles envahissants du développement.
- ✚ Instruction ministérielle n°DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

## **V. Liste des annexes.**

Annexe 1 : Carte de l'Association Adèle de Glaubitz.

Annexe 2 : Projet associatif de l'Association Adèle de Glaubitz.

Annexe 3 : Etude du personnel de l'IME.

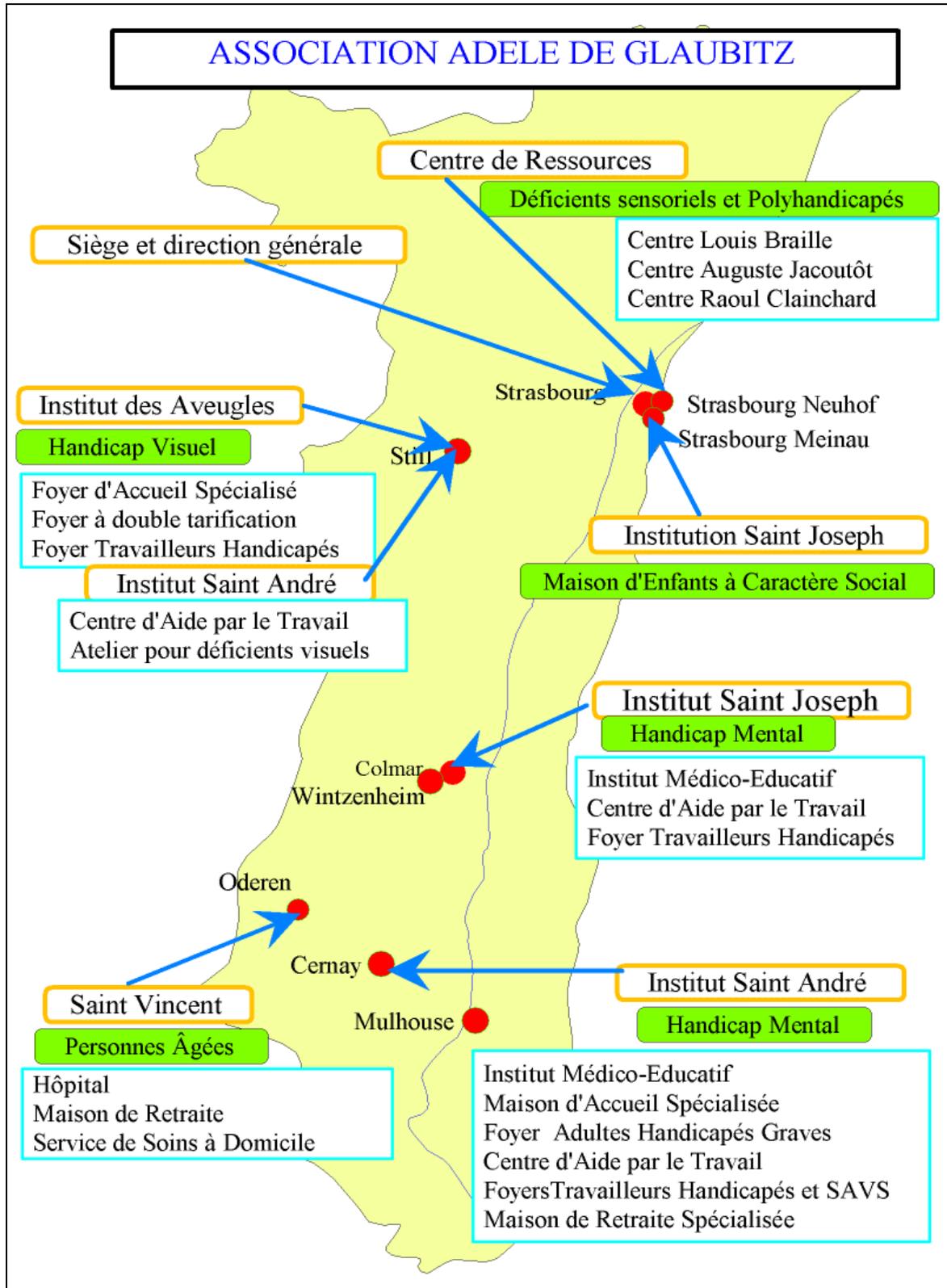
Annexe 4 : Plans du bâtiment Jean Bosco.

Annexe 5 : Instances de travail en IMP / IMPro.

Annexe 6 : Dispositif d'accompagnement en cas d'événement traumatique.

# Annexe 1

## Carte de l'Association Adèle de Glaubitz



## **Annexe 2**

### **Projet associatif de l'Association Adèle de Glaubitz**

*L'Assemblée Générale de l'Association a adopté le 25 juin 2001 dernier un projet d'association. Ce texte de référence, préparé par le groupe de travail « pédagogie-éthique », est le complément de la charte publiée en 1997. Voici un nouvel appui pour les projets d'établissement et pour le développement d'une politique de la qualité.*

#### **UNE FINALITE.**

Aider des personnes en difficulté à pouvoir vivre une espérance : ceci implique un engagement qui se fonde sur le respect de la personne dans son individualité et son mystère, son droit à la vie, sa dignité et sa liberté.

#### **DES OBJECTIFS GENERAUX.**

Dans la continuité de la Congrégation des Sœurs de la Croix, l'Association Adèle de Glaubitz se veut ouverte aux réalités sociales, en mettant ses compétences au service des besoins dans ce domaine.

D'ores et déjà, elle prend en charge :

- Des personnes handicapées mentales allant des cas les plus lourds (polyhandicapés) aux déficients mentales légères avec troubles du comportement et de la conduite.
- Des personnes présentant des troubles de la personnalité, voire autistes.
- Des personnes handicapées sensorielles : malentendantes, mal voyantes, plurihandicapées.
- Des enfants et adolescents en difficultés familiales ayant développé des troubles de l'adaptation.
- Des personnes malades ou âgées.

Suivant les nécessités propres à chaque étape de la vie, l'Association s'engage à considérer la personne en charge dans la globalité de ses besoins, proposer des modalités de vie qui respectent la dignité et la liberté de chacun, offrir toutes les prestations nécessaires pour préparer ou maintenir une intégration sociale de bonne qualité.

Responsable de la bonne gestion du patrimoine, l'Association a le souci de l'adapter pour la qualité de vie des personnes. Tout développement doit être réfléchi en fonction des objectifs portés par l'Association.

L'Association se donne à elle-même pour objectifs de développer une culture d'association bénéfique aux usagers comme aux différents acteurs, salariés et bénévoles, susciter chez l'ensemble des administrateurs le souci d'une permanente recherche de cohérence et d'innovation.

### **DES OBJECTIFS OPERATIONNELS.**

Afin de garantir des prestations de qualité, l'Association s'engage à confier l'exécution des prises en charge à un personnel compétent respectant les valeurs de l'Association ; associer les familles et les membres actifs de l'environnement naturel aux actions à entreprendre ; promouvoir dans toutes les structures, des procédures d'évaluation, de façon à vérifier la pertinence des prestations, le respect des règles éthiques énoncées dans la charte de l'Association Adèle de Glaubitz.

Pour le développement d'une culture d'association, l'Association s'engage à mettre en place, comme instances de réflexion et de proposition, des groupes de travail réunissant membres de l'Association et professionnels.

L'Association s'engage à faire une place aux usagers et à leurs familles dans des instances de l'Association, et à leur donner la parole pour l'élaboration des choix politiques.

L'Association s'engage à susciter les échanges et la collaboration entre les membres de l'Association et les représentants des autres instances du secteur ainsi qu'à favoriser les projets de partenariats et le travail en réseau.

## Annexe 3

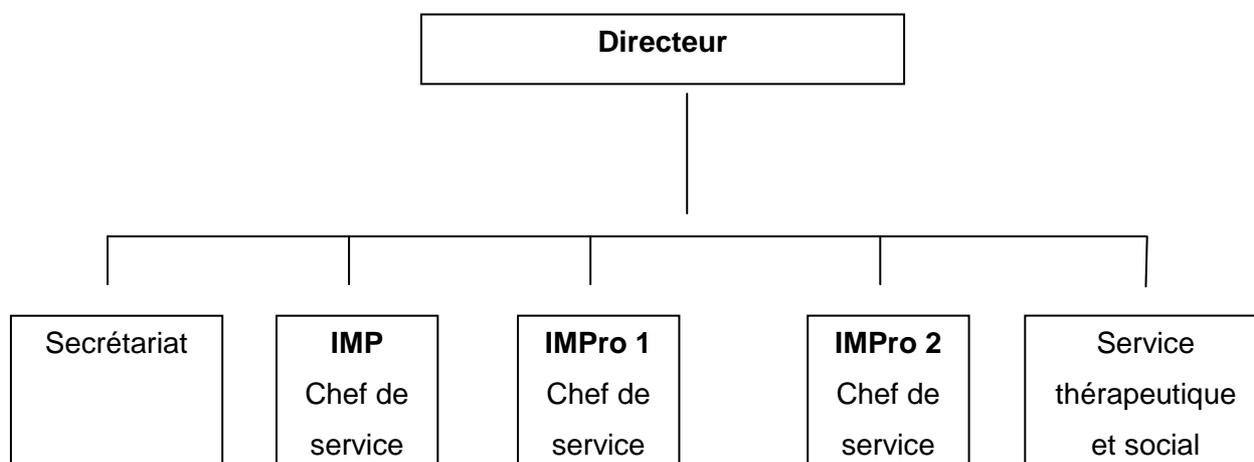
### Etude du personnel de l'IME St André.

Comme pour l'ensemble de ce travail de mémoire, je me suis intéressé dans toute cette partie au personnel oeuvrant au sein des trois services IMP, IMPro 1 et IMPro 2.

Ce personnel est constitué de 111,83 ETP pour 236 salariés. Rappelons ici que tous les services administratifs et logistiques sont mutualisés entre les 4 établissements qui constituent l'Institut St André. La répartition budgétaire se fait selon des clés de répartition négociées avec les autorités de tarification.

Il convient de remarquer le fait que les salariés de ces services sont sous l'autorité d'une direction autonome. Dès lors, bien que dépendants financièrement du budget dont j'ai la responsabilité, je n'ai aucune autorité sur certains salariés. Parmi ceux-là, citons les éducateurs sportifs, les surveillants de nuit, les membres du service médical (médecin généraliste, infirmières, kinésithérapeute, ergothérapeute). Ces trois catégories de personnel sont en contact quotidien avec les personnes accueillies à l'IME St André.

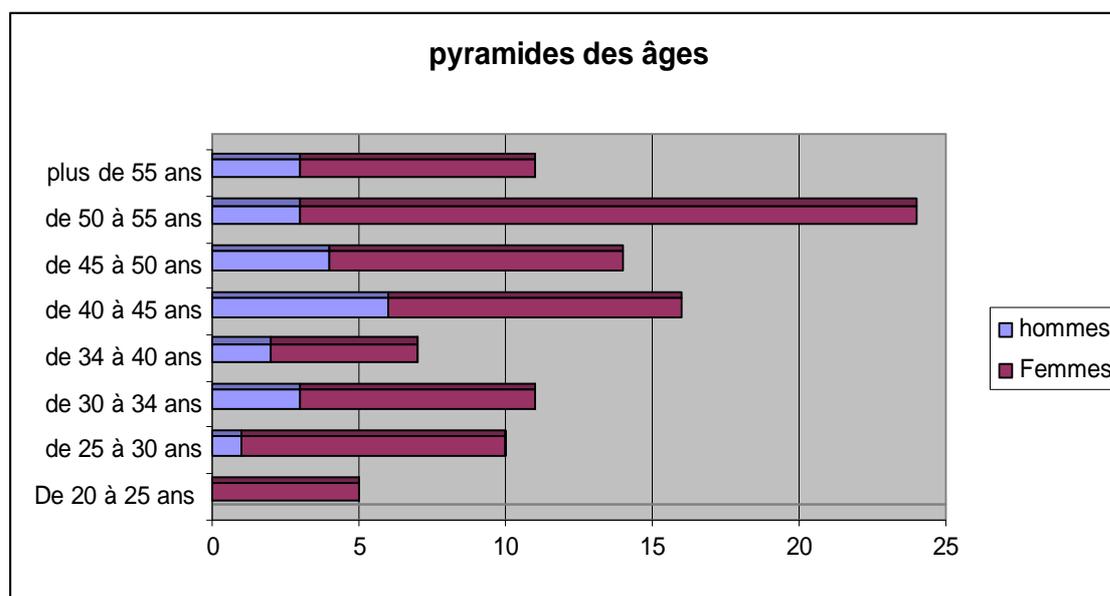
L'étude du personnel porte alors sur 89,70 ETP (soit 100 salariés) qui sont sous ma responsabilité selon l'organigramme suivant :



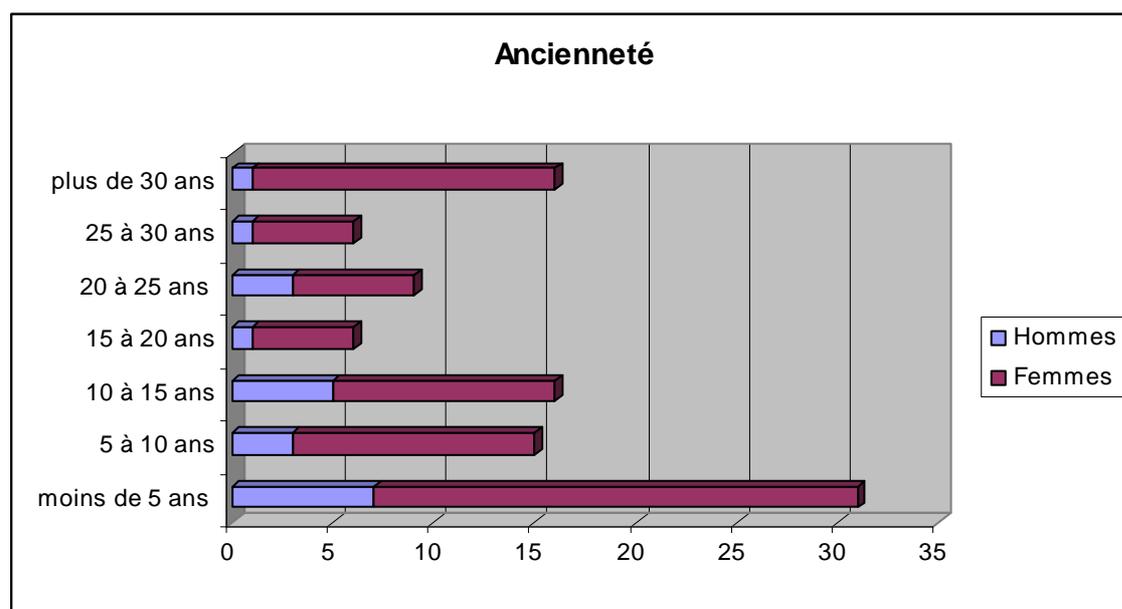
## Répartition des effectifs service par service.

	IMP	IMPro 1	IMPro 2	Commun aux 3 services	Total	%
Hommes	2	7	9	3	21	21 %
Femmes	27	25	20	7	79	79 %
Total	29	32	29	10	100	100 %
%	29 %	32 %	29 %	10 %	100 %	

## Répartition par âge.



## Répartition par ancienneté.



L'ancienneté moyenne est de 13 ans.

Ces deux pyramides sont significatives du « papy boom » que connaît notre secteur depuis quelques années. 37 personnes ont plus de 50 ans (dont 13 ont plus de 55 ans). Les 10 prochaines années vont voir se renouveler près de 40 % des effectifs de l'IME. En croisant la pyramide des âges et celle de répartition par ancienneté, nous nous apercevons que 23 personnes âgées de plus de 50 ans ont également plus de 20 ans d'ancienneté dans l'établissement. Ces personnes ont pour la plupart cumulé une forte expérience doublée le plus souvent de formations en lien avec les axes de travail définis chaque année au sein de l'établissement. Dès lors, il me faudra être dans une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences rigoureuse pour renouveler les effectifs, mais aussi pour faire vivre une culture qui s'appuie sur une histoire.

### Qualification par service.

Chaque service est dirigé par un chef de service à temps plein. En outre, une psychologue est présente dans chaque service (deux à l'IMPro 1) avec une mission à deux niveaux :

- Suivre sur le plan psychologique, l'évolution des jeunes et de leur famille. Par son action, le psychologue propose des suivis adaptés aux besoins individuels.
- Sur le plan institutionnel, le psychologue participe à différentes réunions. Il y apporte son éclairage spécifique

Répartition pour chaque service des qualifications éducatives et pédagogiques :

IMP							
	ES <sup>100</sup>	ME	AMP	MM	Instit.	Total <sup>101</sup>	%
Hommes	2					2	7 %
Femmes	4	4	12	3	2	25	93 %
Total	6	4	12	3	2	27	100 %
%	22 %	16 %	44 %	11 %	7 %	100 %	
IMPro 1							
	ES/ETS	ME/ET	AMP	MM	Instit.	Total	%
Hommes	2	2	3			7	24 %
Femmes	7	3	8	4		22	76 %
Total	9	5	11	4		29	100 %
%	31 %	17 %	38 %	14 %		100 %	

<sup>100</sup> Rappel : ES = Educateur Spécialisé ; ME = Moniteur Educateur ; AMP = Aide Médico psychologique ; MM = Maîtresse de Maison

<sup>101</sup> A chaque total, il faut ajouter Chef de service et psychologue pour chaque service, soit 2 personnes pour l'IMP et l'IMPro 2 et 3 personnes pour l'IMPro 1.

<b>IMPro 2</b>							
	ES/ETS	ME/ET	AMP	MM	Instit	Total	%
Hommes	2	6				8	%
Femmes	6	4	5	3	1	19	%
Total	8	10	5	3	1	27	100 %
%	30 %	37 %	19 %	11 %	3 %	100 %	
<b>TOTAL</b>							
	ES/ETS	ME/ET	AMP	MM	Instit	Total	%
Hommes	6	8	3			17	%
Femmes	17	11	25	10	3	66	%
Total	23	19	28	10	3	83	100 %
%	27 %	23 %	34 %	12 %	4 %	100 %	

Nous pouvons constater :

- Un fort déséquilibre de la proportion homme / femme accentué par le fait que les activités de jour IMPro 1 et IMPro 2 comptent dans leur effectif 9 hommes (respectivement 4 et 5), soit plus de 50 % de l'effectif masculin total. En conséquence, peu de personnel masculin intervenant dans un groupe d'internat.
- Tous les postes en CDI sont pourvus par des professionnels qualifiés. Toutefois, aucun poste d'institutrice n'est occupé par une institutrice spécialisée.
- Un niveau de qualification relativement important et équilibré entre ES, ME et AMP

#### **Composition des équipes (au 1<sup>er</sup> janvier 2007).**

<b>IMP</b>				
	Eveil	Pâquerettes	Cerfs	Activités jours
ES	2	1	1	2
ME			2	2
AMP	4 (2 mi-temps)	4 (1 mi-temps)	2 (1 mi-temps)	3
MM	1	1	1	
Instit				2
Total ETP	6	5,5	5,5	9
Contrats prof / apprentissage		2		

<b>IMPro 1</b>					
	Orion	Calypso	Sirius	Colombe	Activités jours
ES / ETS	1	1	2	1	4
ME / ET	1	1		2 (1 à 0,75 ETP)	2
AMP	2	3 (1 mi-temps)	3	2 (1 à 0,75 ETP)	1
MM	1	1	1	1	
Total ETP	5	5,5	6	5,5	7
Contrat prof/ apprentissage		1	1		1
<b>IMPro 2</b>					
	Licorne	Pégase	Altaïr	Activités jours	
ES /ETS	2	2	2 (1 mi-temps)	2 (1 mi-temps)	
ME / ET	2		2	6 (2 mi-temps)	
AMP	1	2	1 (1 mi-temps)		
MM	1	1	1 (à 0,75 ETP)		
Instit				1	
Total ETP	6	5	4,75	7,5	
Contrats prof / apprentissage			1		

<b>EQUIPE Technique</b>	
Directeur	1 (à 0,75 ETP)
Chefs de service	3
Psychiatre	1 (à 0,20 ETP)
Psychologues	4 (3 à 0,50 ETP)
Thérapeutes (psychothérapeute, musicothérapeute, psychomotricienne)	4 (2 à 0,50 ETP)

Se rajoutent à cet effectif 0,60 ETP d'assistante sociale, 0,25 ETP d'animateur qualité et 0,75 ETP de secrétariat.

Plusieurs remarques s'imposent à la lecture du tableau :

- Malgré quelques disparités dans la composition des équipes, les équipes sont relativement équilibrées en terme de qualifications. Il sera nécessaire de maintenir l'équilibre entre les différentes fonctions, afin que chaque équipe puisse être composée des qualifications suivantes : au moins un ES, au moins un ME, AMP et

MM. Il s'avèrera parfois nécessaire de recomposer les équipes pour recouvrer cet équilibre.

- Il convient d'ajouter à ces éléments la présence de définitions de fonction qui permettent de différencier les rôles et les fonctions au sein des équipes. Il est à noter que, dans les actes de la vie quotidienne, les rôles sont exactement les mêmes. La différenciation entre les fonctions se situe au niveau de la conception, l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation des actions individuelles et collectives, ainsi qu'au niveau de la coordination des équipes et des capacités d'analyse. L'éducateur spécialisé se doit d'avoir un rôle « moteur » plus important et de venir en soutien de ses collègues. Toutefois, cette différence est subjective et peut parfois entraîner des confusions au sein même des équipes.

### Rotation du personnel.

	2003	2004	2005	2006
<b>Embauches</b>	8	11	8	13
<b>Sorties</b> <b>(dont par départ à la retraite)</b>	5	8 (3)	9 (4)	10 (3)
<b>différences</b>	+ 3	+ 3	- 1	+ 3

La rotation moyenne (hors départs à la retraite) correspond dès lors à un peu moins de 5 % de l'effectif total, ce qui est une rotation tout à fait normale.

### Evolution de l'absentéisme (en nombre de jours).

	2003	2004	2005	2006
<b>Maladie</b>	2 035	2 378	1 653	1 151
<b>Accident du travail</b>	430	406	504	199
<b>total</b>	2 465	2 784	2 157	1 350

La baisse constatée constitue un indicateur à prendre en compte. Il devra toutefois être confirmé dans les années futures.

### La formation professionnelle (nombre de bénéficiaires).

	2002	2003	2004	2005
<b>Plan de formation</b> <b>(dont formation individuelle)</b>	43 (7)	72 (8)	31 (16)	27 (10)
<b>Cours d'emploi</b>				
<b>Contrat professionnalisation</b>	5	5	5	5
<b>Contrat apprentissage</b>				1

Remarque : les plans de formation 2004 et 2005 n'ont pas été totalement finalisés.

Les plans de formation successifs se caractérisent par deux aspects :

- des actions de formations individuelles : 68 personnes ont bénéficié de temps de formation individuelle.
- Une formation collective pour tout l'établissement : la démarche qualité, soit 86 personnes concernées sur l'ensemble des 4 années (17 en 2002 et 51 en 2003). Cette formation a eu un impact important dans l'établissement puisqu'elle a permis de mettre en place une démarche qualité complète et accessible à tous.
- Des actions de formations collectives par petits groupes de personnes sur des thèmes liés à des préoccupations de service. Citons par exemple le thème de la violence en institution (une équipe de l'IMP) ou le management (cadres hiérarchiques).

Dès lors, mis à part sur la question de la démarche qualité, le plan de formation a principalement été utilisé pour permettre le développement de compétences individuelles ou d'équipe.

### **Conclusion.**

Cette étude a permis de mettre à jour les caractéristiques du personnel en place à l'IME St André et de mettre en exergue certains points de vigilance dans la gestion actuelle et future des ressources humaines.

Le personnel de l'IME St André se caractérise par :

- Une relative ancienneté et une pyramide des âges élevées puisque 40 % de l'effectif est âgé de plus de 50 ans. L'indicateur « rotation du personnel » confirme une certaine forme de fidélité du personnel à l'établissement. Au regard des possibilités de travail dans le département, cela reflète de bonnes conditions de travail.
- Un fort déséquilibre dans la proportion homme / femme (respectivement 17 % et 66 % des personnels éducatifs)
- Des personnels qualifiés.
- Des équipes relativement bien équilibrées dans leur composition et dans leur qualification.
- Un absentéisme relativement faible au regard des difficultés de la prise en charge déjà évoquées.
- Une formation professionnelle jusqu'alors centrée sur le développement des compétences individuelles.

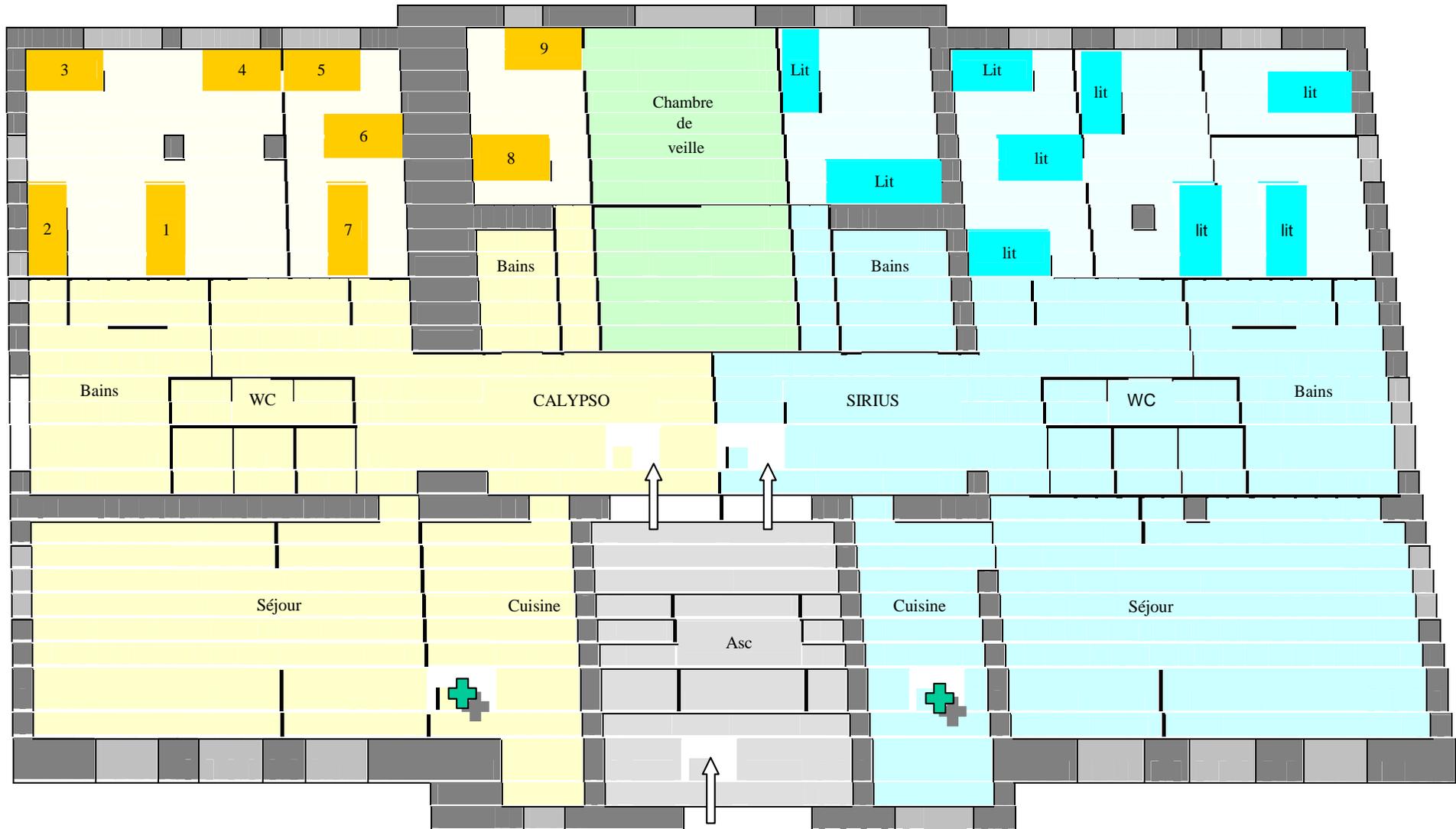
Plusieurs points de vigilance sont à retenir :

- La nécessité d'anticiper les départs à la retraite et de prévoir le renouvellement des générations.

- L'intérêt de maintenir le niveau de qualification présent dans l'établissement.
- L'intérêt pour le public accueilli de tendre à l'équilibre homme / femme.  
Ces trois points impliqueront un travail avec les centres de formation pour présenter les caractéristiques du travail réalisé au sein de l'établissement et en présenter les intérêts.
- La nécessité de réfléchir à la formation professionnelle au sein de l'établissement et de concilier Plan de Formation, journées de formation...
- Enfin, des personnels en contact quotidien avec les jeunes accueillis à l'IME ne sont pas sous ma responsabilité. Pour autant, il s'avère nécessaire de penser à des actions qui permettent de les associer aux projets en cours ou futurs.

# Annexe 4

## Plans DON BOSCO (Rez-de-chaussée): CALYPSO / SIRIUS



## Annexe 5

### Instance de travail en IMP / IMPro.

DENOMINATION	ETABLISSEMENT SERVICE UNITE	PARTICIPANTS	RESPONSABLE ou ANIMATEUR	JOURS & HEURES	CONTENU - FINALITE
Conseil de Direction	IME	Directeur, chefs de service, secrétaire	directeur	mercredi 8h00 - 10 h 00	- information - articulation - aide à la décision
Equipe technique	IME	Directeur, psychiatre, psychologues, assistante sociale, chefs de service	directeur	lundi semaines paires 13h00 - 15h00	- informations, coordination & articulation générales - réflexion, concertation sur les orientations et le fonctionnement de l'IME
Articulation	IMP  IMPro 1  IMPro 2	Pour chaque service :  Directeur psychiatre assistante sociale chef de service psychologue	directeur	mardi semaines paires 9h00 - 10h00 lundi semaines paires 11h15 - 12h00 mardi semaines paires 13h30 - 14h30	- articulation - coordination - informations concernant les jeunes du service
Equipe thérapeutique	IMP - IMPro	psychiatre psychologues psychothérapeute psychomotricienne musicothérapeute directeur	psychiatre	lundi 1 fois par mois (date et heure définies par le groupe)	- étude et répartition des demandes de thérapies - réflexion - information - articulation

DENOMINATION	ETABLISSEMENT SERVICE UNITE	PARTICIPANTS	RESPONSABLE ou ANIMATEUR	JOURS & HEURES	CONTENU - FINALITE
Rencontres hebdomadaires	IME	directeur chaque chef de service	directeur	1 h (rendez-vous pris chaque semaine)	- informations réciproques - contrôle (objectifs - fonctionnement)
Réunions de projet	- IMP - IMPro 1 - IMPro 2	équipes et personnes concernées par le jeune : internat, activités de jour psychiatre, assistante sociale, psychologue, chef de service, thérapeutes, directeur	directeur	IMP lundi 15h00 à 17h00 IMPro 1 lundi 9h15 à 11h15 IMPro 2 mardi 14h30 à 16h30	élaboration, suivi et réactualisation du projet individualisé
Coordinations	IMP-IMPro	Référénts, psychologue, éducateurs, autres personnes concernées	psychologue (à l'initiative de toute personne qui a le jeune en charge)	date convenue entre les participants durée : 1 h	prise en compte de difficultés ponctuelles concernant un jeune
Réunion d'unité internat	- IMP - IMPro 1 internat - IMPro 2 internat	représentants des groupes psychologue chef de service	chef de service	IMP : 1 jeudi par mois 14h30-16h45 IMPro 1 : sont programmées au fur et à mesure IMPro 2 : 1 <sup>er</sup> jeudi de la quatorzaine 10h00-12h00	- informations - articulation - coordination - réflexion

DENOMINATION	ETABLISSEMENT SERVICE UNITE	PARTICIPANTS	RESPONSABLE ou ANIMATEUR	JOURS & HEURES	CONTENU - FINALITE
Réunion d'unité activités de jour	- IMP Ecole  - ateliers IMPro 1  - ateliers IMPro 2	éducateurs de l'école ou des ateliers psychologue chef de service	chef de service	IMP : 1 jeudi par mois 17h00 - 18h30 IMPro 1 : 1 <sup>er</sup> jeudi de la quatorzaine 13h00-15h00 IMPro 2 : 1 <sup>er</sup> jeudi de la quatorzaine 13h00-15h00	- informations - articulation - coordination - réflexion
Réunion de service	IMP internat + école IMPro 1 internat + ateliers IMPro 2 internat + ateliers	représentants internat et école ou ateliers psychologue chef de service	chef de service	IMP : en fonction des besoins IMPro 1 : 1 fois par mois, le lundi de 9h30 à 11h00 IMPro 2 : en fonction des besoins	- informations - articulation - coordination - réflexion
Réunion d'équipe (groupes)	IMP-IMPro	toute l'équipe d'internat avec temps de présence du chef de service et de la psychologue	coordinateur de l'équipe	en fonction de chaque équipe 2 heures hebdomadaires	- organisation et fonctionnement du groupe suivi des PI - informations - réflexion.
Articulation médicale	IMP-IMPro	Directeur, médecins, infirmière référente, chefs de service, kinésithérapeute, ergothérapeute, responsable sport	directeur	calendrier défini par semestre 1 fois par mois lundi de semaine impaire 13h15-14h15	- articulation - information - coordination.

## Annexe 6

### Réflexion sur un dispositif d'accompagnement d'un salarié ou d'une famille à la suite d'un évènement traumatique (décès, accident, agression physique ou psychique).

#### Pour les salariés.

Dans les suites directes du traumatisme sur les lieux, la présence étayante d'un cadre de direction ou de permanence est indispensable, pour, à la fois, le recueil des éléments descriptifs de l'évènement, mais aussi pour donner à la personne « victime » une verbalisation « à chaud » de son vécu des faits.

Les rapports d'incidents ne permettent pas de mettre à jour les émotions, les ressentis. Souvent, les choses les plus traumatisantes pour les personnes n'apparaissent pas dans ces rapports.

Il est impératif de contacter le service médical de l'établissement pour des soins éventuels et de consigner le registre des accidents du travail sous 48 heures. Il est possible alors d'orienter cette personne vers un médecin généraliste.

Dans les deux à trois jours qui suivent l'évènement, un entretien est proposé quelque soit le contexte (salarié en vacances, en camp, en maladie, par exemple) et organisé avec un cadre de direction et/ou un psychologue et/ou l'assistante sociale, selon les besoins de la personne « victime ».

Cet entretien consiste en un temps d'écoute du vécu et permet de prévenir les effets éventuels d'un syndrome post-traumatique. Selon les besoins de la personne, plusieurs possibilités sont offertes :

- Reprise de l'évènement en réunion d'équipe.
- Organisation d'un temps d'analyse des pratiques spécifiques.
- Entretien professionnel.
- Un soutien pourra également s'organiser à l'extérieur de l'institution, sous forme de consultations médicales, psychiatriques ou psychologiques, finançables par l'établissement (3 consultations maximum).

Une discrétion sera observée par l'institution sur le nom du thérapeute et le lieu de consultation. Le classement des certificats de consultation sera entreposé dans le bureau du directeur.

Quinze jours après l'évènement traumatique, un entretien avec les interlocuteurs précédents (le cadre de direction, et/ou la psychologue, et/ou l'assistante sociale) est proposé afin de faire le point sur les suites directes.

Pour les équipes concernées plus largement : un temps de parole en groupe autour de l'évènement traumatisant et du vécu de chacun sera proposé, avec explications de ce qu'est un syndrome post-traumatique.

Pour les résidents : Un temps de parole groupal est organisé par l'équipe éducative pour évoquer le traumatisme et le vécu de chacun avec la psychologue du service et/ou le chef de service. Des temps d'écoute individualisés avec la psychologue seront mis en place si nécessaire.

Pour les familles : Une rencontre sera proposée par la direction systématiquement afin de permettre une verbalisation et une ouverture sur des temps d'écoute et des aides spécialisées en privé, à la demande de la famille.