



POLE MEDICO-SOCIAL

**PROJET D'ETABLISSEMENT
INSTITUT D'EDUCATION MOTRICE
(IEM)**

2019/2023

Validé par le bureau de l'ADSEAM, le 07/03/2019

Institut d'Education Motrice

108, rue de Lapenty - 50600 Saint Hilaire du Harcouët

☎ : 02.33.49.49.29

Mail : iem-mas@adseam.asso.fr

Direction du Pôle Médico-Social « Les bons vents »

6, rue de la Petite Chapelle – 50140 Mortain

☎ : 02.33.91.06.60

Fax : 02.33.91.06.69

Mail : cripp@adseam.asso.fr

Table des matières

Liste des sigles utilisés	4
1. Le cadre d'intervention	6
1.1. L'Association	6
1.1.1. L'ADSEAM et le projet associatif	6
1.1.2. Le Pôle Médico-Social	8
1.1.3. Le contexte législatif et réglementaire	9
1.1.4. La méthodologie d'écriture du projet d'établissement de l'IEM	11
1.2. Le public accompagné	12
1.2.1. Missions et capacités d'accueil	12
1.2.2. Caractéristiques des personnes accompagnées	14
1.2.2.1. Définition du « handicap moteur »	14
1.2.2.2. Les troubles associés	16
1.2.2.3. Cas particulier des pathologies évolutives et dégénératives	16
1.2.2.4. Accompagnement global	19
1.2.3. De quels territoires sont issus les enfants accompagnés par l'IEM ?	21
1.2.4. L'exercice du droit parental : un préalable inconditionnel à une orientation en IEM	22
1.2.5. La participation des parents	24
1.3. La démarche de projet personnalisé	25
1.3.1. Les étapes de la démarche	26
1.3.2. Les instances du projet personnalisé	29
2. L'accompagnement médico-éducatif à l'IEM	34
2.1. Un accompagnement global	34
2.2. Un accompagnement interdisciplinaire	35
2.3. De l'observation à l'intervention éducative	36
2.3.1. Le groupe des « enfants » (moins de 16 ans)	37
2.3.2. Le groupe des « jeunes » (16 / 20 ans)	38
2.3.3. Les supports de médiation éducative	39

2.4.	Le travail avec les familles.....	40
2.5.	Le respect des droits des personnes et la prise en compte de leur parole.....	42
2.6.	Les professionnels et les compétences mobilisées	43
2.6.1.	La promotion de la pluridisciplinarité	43
2.6.2.	La sécurité des personnes accueillies	43
2.6.3.	La mise en place des procédures « plan bleu »	44
2.7.	L'ouverture de l'IEM à et sur l'environnement	45
3.	Le management des ressources.....	47
3.1.	Les ressources humaines.....	47
3.1.1.	Les EPE et EP	47
3.1.2.	La formation professionnelle continue	47
3.1.3.	La mobilité.....	48
3.1.4.	Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)	48
3.2.	Les ressources matérielles et financières.....	49
3.2.1.	Les locaux	49
3.2.2.	Les équipements	50
4.	La dynamique d'amélioration continue.....	51
4.1.	Le fonctionnement de la démarche	51
4.2.	Les perspectives à 5 ans pour l'IEM	53
Annexes	56

Liste des sigles utilisés

ADPP : Analyse De Pratiques Professionnelles

ADSEAM : Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Assistance Educative en Milieu Ouvert

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMSP : Centre d'Action-Médico-Sociale-Précoce

CDAPH : Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDCPH : Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CEMMO : Centre d'Education Motrice en Milieu Ordinaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMS : Centre Médico-Social

COMEX : COMmission EXécutive

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de Vie Sociale

DI : Déficience Intellectuelle

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

DJIM : Dispositif jeunesse Insertion Manche

DM : Déficience Motrice

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EP : Entretien professionnel

EPE : Entretien professionnel d'évaluation

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FOA : Foyer Occupationnel d'Accueil

FRE : Fauteuil Roulant Electrique

FRM : Fauteuil Roulant Manuel

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

IMOC : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

JAF : Juge aux affaires familiales

JE : Juge pour enfants

IEM : Institut d'Education Motrice

IME : Institut Médico-Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique.

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

IMOC : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

MADO : Maison des ADOlescents

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PMS : Pôle Médico-Social

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

SEMO : Service d'Education en Milieu Ouvert

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

PMS : Pôle Médico-Social

TCC : Troubles de la Conduite et du Comportement

UE : Unité d'Enseignement

VRS : Valorisation des Rôles Sociaux

1. Le cadre d'intervention

1.1. L'Association

1.1.1. L'ADSEAM et le projet associatif

L'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche (ADSEAM), créée à l'initiative de Camille Belliard, qui en fut le premier président, prend ses origines en 1960. Le département de la Manche délimite son aire d'intervention.

À ce jour, les établissements et services qui composent l'ADSEAM sont organisés autour de 3 pôles d'intervention :

- ⇒ **Le Pôle Enfance,**
- ⇒ **Le Pôle Insertion,**
- ⇒ **Le Pôle Médico-Social.**

Le siège de l'ADSEAM est à Saint-Lô où est installée la Direction Générale de l'association. Cette dernière constitue un centre de ressources pour l'ensemble des établissements et services, en apportant des compétences transversales en termes de :

- ⇒ Gestion financière,
- ⇒ Démarche qualité & développement des projets,
- ⇒ Gestion des ressources humaines.



L'action des professionnels est guidée par les lignes directrices fondamentales énoncées dans le projet associatif validé en 2016.

Le projet associatif s'appuie sur un certain nombre de valeurs, regroupées en 4 grandes familles :



Les valeurs sont portées par le concept de « Valorisation des Rôles Sociaux », concept de référence pour l'organisation des établissements et services de l'ADSEAM depuis une quinzaine d'année.

La Valorisation des Rôles Sociaux (WOLFENSBERGER) : c'est un ensemble de valeurs et de concepts qui vise à améliorer les statuts des personnes en développant leurs compétences, en valorisant leurs images et capacités, en favorisant l'autodétermination et la participation active à la vie de la cité. Elle implique à la fois des actions d'accompagnement auprès de la personne, et une sensibilisation des groupes sociaux aux enjeux relatifs à l'intégration et à l'inclusion sociale. Ayant pour finalité l'amélioration de la qualité de vie, la « Valorisation des Rôles Sociaux » s'appuie sur des apports en psychologie sociale, notamment la théorie des rôles.

Les évaluations internes et externes, au sein de l'ADSEAM, sont réalisées à partir des référentiels VALORIS qui s'appuient sur la « VRS », ce qui permet de développer un cercle vertueux.

1.1.2. Le Pôle Médico-Social

Le Pôle Médico-Social de l'ADSEAM est composé de plusieurs services qui accompagnent / accueillent une population diversifiée :

- **Un Institut Médico-Educatif (IME)**, enfants Déficients Intellectuels (DI) de 12 à 20 ans
- **Un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP)**, enfants ayant des Troubles de la Conduite et du Comportement (TCC) de 6 à 20 ans, avec une Unité d'Enseignement,
- **Un Institut d'Education Motrice (IEM)**, enfants Déficients Moteurs (DM) avec déficiences associées, accueil de 3 à 20 ans, avec une Unité d'Enseignement (UE) et une classe intégrée,
- **Une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS)**, adultes déficients moteurs (DM) et Polyhandicapés (PH) de plus de 20 ans,
- **Un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)**, enfants déficients intellectuels (DI), déficients moteurs (DM), Troubles de la Conduite et du Comportement (TCC), de 4 à 20 ans.
- **Dispositif « Cap Alternance »** pour l'insertion socio-professionnelle des jeunes de plus de 16 ans, dans le cadre d'un GCSMS : AAJD-ACAIS-ADSEAM

Depuis plusieurs années, le Pôle Médico-Social a développé quatre plateformes qui permettent de mutualiser les moyens pour garantir de la transversalité et de la complémentarité entre les cinq établissements et services :

- La plateforme « Projets Personnalisés »,
- La plateforme « Soins »,
- La plateforme « Administratif et services généraux »,
- La plateforme « Logistique et formation ».

La direction administrative du Pôle est localisée à Mortain, et les services et établissements interviennent plus largement dans le Sud du département de la Manche.

Au sein d'un environnement social, économique et législatif en constante évolution, le Pôle Médico-Social a le souci d'adapter son dispositif, ses compétences et ses modalités d'accompagnement aux besoins des usagers.

- 1970 : création de l'IMPro,
- 1985 : création d'un Service de Soins et de Suivi de la Scolarité, futur SESSAD,
- 1985 : création du CEMMO suite à la fermeture de l'IMP de Saint-Hilaire (14 places),
- 1985 : création du Service Projet Évaluation,
- 1989 : création d'une MAS à Saint-Hilaire-du-Harcouët (5 places),
- 1996 : création d'un nouveau site pour le SESSAD à Parigny,
- 1997 : ouverture de la section IR (devenue ITEP) et augmentation des places au SESSAD,
- 1999 : création du dispositif de formation professionnelle externalisé Cap' Alternance et introduction de la démarche qualité,
- 2006 à 2008 : réalisation des premières évaluations internes,
- 2011 : signature du premier CPOM médico-social,
- 2012 : réalisation des premières évaluations externes,
- 2013 : entrée de l'ITEP dans l'expérimentation « dispositif ITEP » ;
- 2014 : modification de l'autorisation et changement d'appellation de CEMMO à IEM
- 2015 : territorialisation de Cap Alternance sur les trois territoires de la Manche,
- 2016 : évolution de l'agrément pour l'ITEP, accueil à partir de 6 ans.
- 2017 : signature du deuxième CPOM (2017-2021)

1.1.3. Le contexte législatif et réglementaire

Les textes de référence :

- ➡ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- ➡ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- ➡ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- ➡ Décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014 portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap.
- ➡ Décret n° 2015-85 du 28 janvier 2015 relatif à la composition et au fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.
- ➡ Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.
- ➡ Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 instituant une nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

- Arrêté du 6 février 2015 relatif au document formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D. 351-5 du code de l'éducation.
- Arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco).

- Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires.

- Instruction n° DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016 relative au cahier des charges des unités d'enseignement externalisées (UEE) des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- Rapport conjoint des ministères des finances et des comptes publics, affaires sociales et santé, Education Nationale Enseignement Supérieur et Recherche portant sur les Unités d'enseignement dans les ESMS.
- Rapport « l'école inclusive, proposer des réponses adaptées » - Décembre 2014.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (récemment fusionnée avec la Haute Autorité de Santé) :

- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (juillet 2013),
- Le questionnement éthique dans les ESSMS (octobre 2010),
- Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mars 2010),
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009),
- Ouverture de l'établissement à & sur son environnement (décembre 2008),
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008),
- La mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008),
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008),
- La mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008).
- La participation des usagers au fonctionnement des ESSMS (avril 2008)
- L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (juillet 2013)
- Les pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap (mars 2018)



1.1.4. La méthodologie d'écriture du projet d'établissement

Elle s'appuie sur la recommandation de la HAS : « élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » et elle s'inscrit dans une démarche globale d'actualisation des projets d'établissement.

Au sein du Pôle, nous avons fait le choix d'une démarche transversale qui a mobilisé l'ensemble des équipes sous différentes formes de 2014 à 2017, en associant de manière transversale les différents métiers de ces différentes équipes des quatre établissements concernés par le travail d'actualisation.

- Des groupes de travail en interne sur les identités professionnelles.
- Des groupes de travail sur les recommandations de bonnes pratiques, les concepts de parcours et de réseau.
- Des ateliers thématiques en interne sur la qualité de vie au travail, les emplois du temps, les séjours extérieurs, la sécurité.
- Des formations sur les thèmes suivants :
 - La notion de parcours dans l'accompagnement des enfants et des jeunes en situation de handicap,
 - La co-construction du projet d'accompagnement avec les parents des jeunes,
 - Le droit des usagers,
 - Les postures professionnelles éducatives et soignantes, compte tenu de la spécificité des difficultés des usagers.

A l'IEM l'ensemble des professionnels a participé et contribué à l'écriture du projet d'établissement. Selon les thématiques, les groupes étaient :

- Interdisciplinaires : c'est-à-dire constitués avec au moins un représentant de l'ensemble des équipes (soins – scolaire - éducatives – fonctions support),
- Multi- professionnels : avec l'ensemble des professionnels de l'IEM,
- Par groupe métier : afin de définir un socle commun des postures et des principes d'intervention.

Chaque groupe a fait l'objet d'un compte-rendu écrit accessible à l'ensemble des salariés de l'IEM.

INTITULE	PARTICIPANTS	Animation
Définir et comprendre la déficience motrice et ses incidences au quotidien	Équipes éducatives du SESSAD et de l'IEM	Intervenant extérieur : Madame BOUREZ
Secret professionnel/secret partagé/confidentialité	Équipes multi-professionnelles	Chef de service projet et paramédical et chef de service IEM
Protections juridiques des majeurs	Équipes multi-professionnelles	Chef de service projet et paramédical et chef de service IEM
Relation avec les familles	Équipes interdisciplinaires	Chef de service IEM
Groupe métier : définir l'identité professionnelle des équipes éducatives	Équipe éducative IEM.	Responsable qualité et développement Chef de service IEM
Réflexion architecturale pour la future construction de l'IEM	Équipes interdisciplinaires Équipes multi-professionnelles	Directeur du PMS chef de service IEM et un architecte.
Notion de parcours dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap	Équipes éducatives IEM et représentants de l'équipe soins IEM	Intervenant extérieur : Monsieur PIRIOU 2 jours
Réflexion institutionnelle du travail en équipe	Tous les intervenants de l'IEM	Intervenant extérieur : Monsieur CADI 3 jours

Le Comité de Pilotage Qualité, en place au sein du Pôle Médico-Social, a été saisi lors de ces deux années pour superviser globalement la démarche.

1.2. Le public accompagné

1.2.1. Missions et capacités d'accueil

La capacité d'accueil de l'IEM est fixée par l'ARS de Normandie qui a renouvelé l'autorisation de l'IEM pour 15 ans à compter du 4 janvier 2017. La capacité autorisée est de 10 places en accueil de jour et 4 places en hébergement et ce pour des enfants, adolescents et adultes de 3 à 20 ans.

Les missions de l'IEM s'inscrivent de façon générale dans celles de l'action sociale et médico-sociale définies par le code de l'action sociale et des familles : «*missions d'évaluation et de prévention, de protection, d'actions médico-éducatives,*

d'accompagnement, de formation, d'adaptation, d'intégration ... adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge»¹.

L'IEM relève de la définition des ESSMS tel que défini par l'article L. 312-1 du CASF et plus spécifiquement au titre des établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale : *«Les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation».*²

Les missions de l'établissement comprennent :

- **L'accompagnement** de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- **La surveillance médicale**, les soins, le maternage et l'appareillage adapté ;
- L'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ;
- **L'éveil et le développement** de la relation entre l'enfant et son entourage selon des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication ;
- **L'établissement, pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte, d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :**
 - a) L'enseignement et le soutien assurant la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et permettant à chaque enfant de réaliser, en référence aux programmes scolaires en vigueur, les apprentissages nécessaires ;
 - b) Des actions d'éducation adaptée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale et utilisant autant que faire se peut les moyens socio-culturels existants ;

Les objectifs du service sont en cohérence avec le projet associatif, les recommandations de la HAS et la VRS dont la finalité est de favoriser le développement des compétences et des potentialités de la personne pour optimiser son accession à l'autonomie et l'accompagner dans la construction de son projet de vie.

¹ 2° de l'Art L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

² Art. L. 311-1 du CASF

1.2.2. Caractéristiques des personnes accompagnées

Selon l'annexe XXIV bis, le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 : *La prise en charge peut concerner les enfants ou adolescents déficients moteurs aux stades de l'éducation précoce, de la formation préélémentaire, élémentaire, secondaire (enseignement général, professionnel et technologique).*³

1.2.2.1. Définition du « handicap moteur »

On parle de déficience motrice lors d'une atteinte de la mobilité volontaire des membres inférieurs et/ou supérieurs, quelle qu'en soit la cause. La marche et/ou la préhension et/ou la coordination et/ou l'exécution des tâches manuelles peuvent être défailtantes. Des troubles d'élocution ou neuro-perceptifs peuvent s'ajouter. La déficience motrice est généralement visible : déambulation difficile ou disharmonieuse, problème d'équilibre, utilisation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique, de cannes ou toute autre aide à la locomotion.

Comment fonctionne la motricité volontaire ?

-) Par des structures de commande et de régulation au niveau du système nerveux central. Le SNC comprend l'encéphale (cerveau, cervelet, tronc cérébral) et la moelle épinière qui sont nourris par le liquide céphalo-rachidien (LCR) dans lequel ils baignent.
-) Par des voies de transmission de cette commande grâce à la moelle épinière puis au système nerveux périphérique. Le SNP est composé par les nerfs périphériques qui relient la moelle aux différents organes et notamment les muscles.
-) Par des organes effecteurs qui sont les muscles et le squelette (os et articulations).

Le handicap moteur est caractérisé par différentes déficiences motrices. Elles constituent un ensemble hétérogène que l'on peut classer en 4 catégories selon la nature de l'atteinte :

- Déficiences motrices d'origine cérébrale : IMC et IMOC.
- Déficiences motrices d'origine médullaire ou neuromusculaire
- Déficiences motrices d'origine ostéo-articulaire.

³ Extrait du décret n°8978 du décret du 27-10-89 remplaçant les annexes XXIV bis du décret du 9 mars 1956

Déficiences d'origine cérébrale : Ces déficiences sont dues à des lésions des structures du cerveau.

Les atteintes neurologiques entraînent des perturbations du tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. Muscles et squelette ne sont pas touchés, mais ils peuvent subir des déformations secondaires liées à la croissance.

On distingue :

- **Une IMC** (infirmité motrice cérébrale), qui est un trouble de la posture et du mouvement, dû à une lésion non évolutive du cerveau immature. Généralement l'IMC est liée à une naissance prématurée, une souffrance fœtale aigüe ou une infection (méningite encéphalite). Dans les cas d'une IMC les enfants n'ont pas d'atteinte intellectuelle et ils suivent une scolarité ordinaire.

- **Une IMOC** (infirmité motrice d'origine cérébrale) répond à la même définition mais s'ajoute une déficience intellectuelle légère ou moyenne.

L'IMOC ne relève pas du polyhandicap qui se définit par une déficience motrice importante associée à une déficience intellectuelle profonde, entraînant une dépendance pour tous les actes quotidiens et une perturbation de la communication et de la vie relationnelle. Les établissements qui accueillent des enfants relevant du polyhandicap ont une autorisation différente.

Déficiences d'origine médullaire/neuromusculaire : Les lésions médullaires sont dues à un traumatisme ou à une maladie de la moelle épinière, qui provoque des troubles de la conduction de l'influx nerveux moteur et sensitif. La paralysie des membres est d'autant plus importante que le niveau de l'atteinte de la moelle est élevé. On distingue la tétraplégie (atteinte au niveau des membres supérieurs) et la paraplégie (atteinte en dessous des membres supérieurs) ; des troubles sphinctériens et des troubles de la sensibilité sont caractéristiques de ces lésions. Le spina-bifida est à classer dans cette catégorie.

Les maladies neuromusculaires sont des maladies généralement d'origine génétiques. Elles sont évolutives et aboutissent, pour la plupart, à une perte de la force musculaire : atteinte du neurone moteur, neuropathies, myasthénie (jonction neuromusculaire), myopathies.

Déficiences d'origine ostéo-articulaire : Cette catégorie comprend des déficiences motrices provoquées par une malformation (absence ou anomalie d'un membre), des lésions rhumatismales (polyarthrite rhumatoïde), des déviations de la colonne vertébrale (scoliose) ou une anomalie de la formation de l'os (ostéogenèse imparfaite).

1.2.2.2. Les troubles associés

La plupart des enfants et des adolescents qui présentent des troubles des fonctions motrices rencontrent des difficultés dans les apprentissages. Ces dernières sont beaucoup plus liées aux troubles associés qu'à l'incapacité physique proprement dite.

Des troubles neuropsychologiques peuvent se révéler en raison d'une lésion très précoce du cerveau (infirmitté motrice cérébrale) ou à la suite d'un traumatisme crânien. Dans le cas des IMC, les troubles, qui ne relèvent pas de la déficience intellectuelle, peuvent être par exemple des troubles de la réalisation des gestes (dyspraxies), des troubles visio-spatiaux, ou des troubles de la maîtrise du langage écrit ou oral

En fonction de l'atteinte cérébrale certains troubles sont associés :

- Épilepsie,
- Troubles de la vue et de l'audition,
- Troubles des gnosies : visuelle, auditive, tactile,
- Dyspraxie bucco faciale : bavage, dysarthrie, troubles de la déglutition,
- Troubles du langage et de la communication,
- Troubles praxiques,
- Troubles de la latéralité,
- Troubles du schéma corporel,
- Troubles de la concentration et de l'attention,
- Troubles des fonctions exécutives,
- Troubles de la mémoire,
- Troubles de la logique et de stratégie,
- Troubles du développement psycho-affectif et du comportement.

1.2.2.3. Cas particulier des pathologies évolutives et dégénératives

Jusqu'en 2013, la déficience des enfants accueillis à l'IEM était exclusivement d'origine cérébrale (dite stable) : IMC et IMOC, survenue avant, pendant ou après la naissance.

Depuis 2015, les origines sont diverses, nous remarquons notamment une augmentation de pathologies évolutives voire dégénératives : la myopathie, la leucodystrophie, ou encore des pathologies évolutives non diagnostiquées.

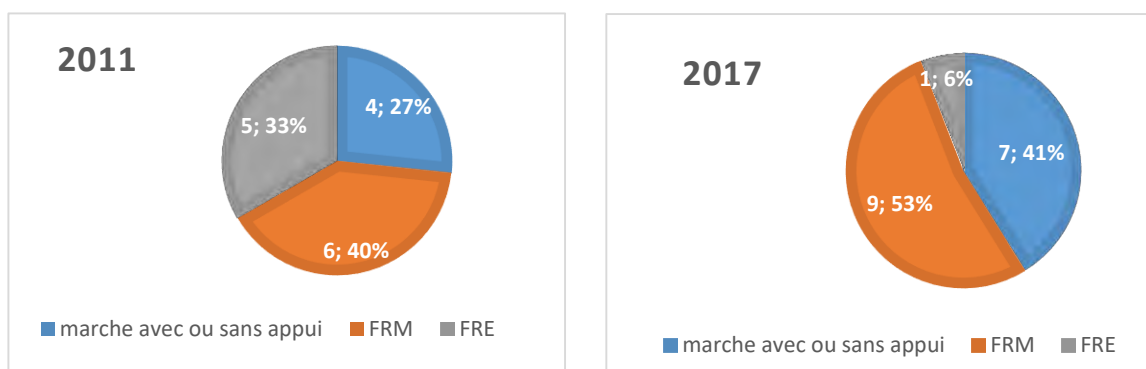
	Déficiences stables	Déficiences évolutives
2011	15	0
2014	16	1
2017	12	4

La représentation du profil des enfants/adolescents et adultes accueillis a toute son importance pour définir les besoins de chacun et adapter les modalités d'accompagnement.

En lien avec l'évolution du profil des enfants accueillis ces dernières années, les professionnels ont adapté la nature des accompagnements aux besoins de chacun. Les pathologies évolutives impliquent une forte augmentation d'appuis dans les domaines suivants :

Déplacement : FRM (fauteuil roulant manuel) FRE (fauteuil roulant électrique) -

Les enfants en FRM sont considérés comme dépendants dans tous leurs déplacements s'ils ne parviennent pas à actionner seuls les roues de leur fauteuil manuel. Quand ils possèdent un fauteuil électrique, les enfants/adolescents sont considérés comme autonomes dans leurs déplacements.



En 2017, 53 % des enfants sont dépendants d'une tierce personne pour leurs déplacements à l'intérieur comme à l'extérieur des locaux, cela implique que les professionnels accompagnent « physiquement » les enfants dans les différents lieux : trajets IEM-groupe scolaire, changements de lieux à l'IEM : salle ergothérapie - salle de kinésithérapie – salles éducatives – salle à manger-sanitaires.

Communication et expression :

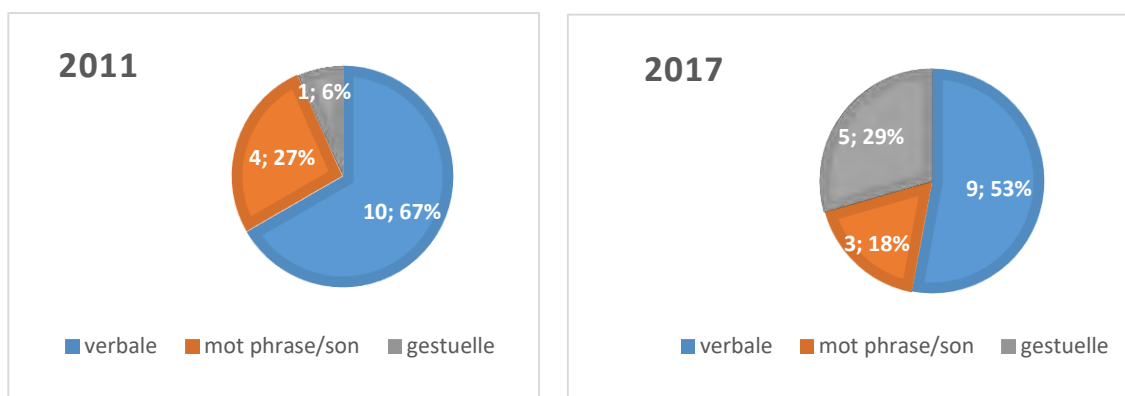
La communication non verbale ou langage du corps désigne tout échange n'ayant pas recours à la parole.

Elle ne repose pas sur les mots, mais sur les gestes (actions et réactions), les attitudes, les expressions faciales (dont les micro-expressions) etc.

Cette diminution des capacités verbales nécessite la mise en place de modes de communication alternatifs, notamment le recours à des supports tels que les pictogrammes, les photos, les logos etc.

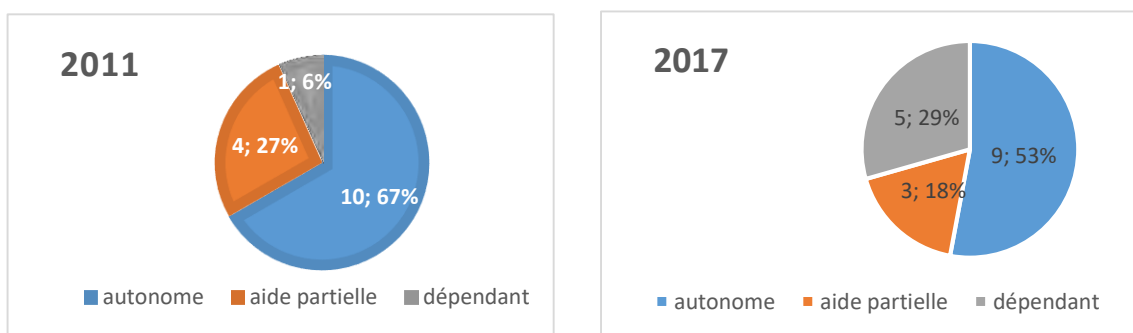
Ce déficit de communication verbale exige une attention particulière : observer et décoder tous les signes corporels, communiquer par le regard, par le toucher, ...

Parallèlement cette évolution implique un accroissement du nombre de prescriptions en orthophonie et/ou en ergothérapie pour développer des modes de communication.



En 2017, 47 % des enfants/adolescents accueillis ne s'expriment pas verbalement. La diminution du nombre d'enfants en capacité de s'exprimer verbalement nécessite l'adaptation de l'ensemble des modalités de communication et le recours aux supports tels que les pictogrammes, les photos, les logos etc.

Prise des repas :



Le nombre d'enfants en capacité de prendre seul un repas est en diminution ce qui implique la mobilisation d'un plus grand nombre de professionnels sur les temps du

midi. Au-delà d'une présence plus importante au moment des repas, nous avons procédé à une augmentation du temps de la pause-déjeuner (2h). Cette durée est nécessaire pour installer les enfants à table, les servir et prendre toutes les précautions nécessaires liées aux troubles de la déglutition et fausses routes alimentaires : repas lisses, mixés etc....

Les besoins spécifiques liés aux différentes pathologies exigent de la part des équipes des capacités d'adaptation et des démarches particulières propres à chaque situation.

L'accompagnement d'un enfant atteint d'une maladie évolutive requiert d'autres compétences par rapport à celles requises dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant avec un handicap « stable ». La nature des projets et les postures professionnelles ne peuvent être identiques lorsque l'enfant est contraint de vivre « le présent » avec un avenir incertain. Ces deux dernières années, les professionnels de l'IEM ont rencontré les équipes des réseaux de santé de la Manche et de l'Ille et Vilaine (Réseau la Brise et réseau la Source) pour mieux appréhender et comprendre le contexte de vie des enfants et de leurs parents face à une pathologie évolutive.

Le partage d'expérience avec les réseaux de santé a permis aux équipes de développer plusieurs axes de travail :

- Verbaliser les situations vécues comme injustes, brutales et qui ont de fortes résonances individuelles : l'accompagnement de fin de vie, le décès d'un enfant, le soutien et le maintien des relations après le décès.
- Réfléchir à la mise en œuvre du « protocole décès » pour donner des repères et faciliter l'appréhension de ces situations inhabituelles : l'annonce aux autres enfants du service, à leurs parents, aux collègues...
- Questionner et adapter la nature des accompagnements et les postures professionnelles entre : le maintien des désirs (jouer, communiquer, interagir comme tout enfant) et les successions du deuil des capacités (accepter un fauteuil quand il n'est plus possible de marcher, apprendre un autre langage pour communiquer...)

1.2.2.4. Accompagnement global

De façon générale, l'accompagnement d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui présentent une DM nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, paramédical, les apprentissages, la scolarité générale et professionnelle.

Plus la déficience motrice est importante, plus les enfants et leurs parents côtoient un nombre important de professionnels impliquant une disponibilité quasi-hebdomadaire et de nombreux déplacements.

En proposant un accompagnement global (éducatif, scolaire et des soins en rééducation), l'IEM centralise et coordonne l'ensemble des interventions auprès des enfants. Les ateliers éducatifs, les soins et les rééducations prescrits se déroulent, dans la majorité des cas, dans les locaux de l'IEM (ergothérapie, kinésithérapie, orthoptie, consultations avec le médecin rééducateur...). L'enseignante spécialisée dispose d'une classe dans les locaux de l'IEM, d'une classe intégrée dans les locaux de l'école primaire et d'une classe intégrée au collège de Saint-Hilaire.

Il y a 3 ans, un poste d'enseignant a été supprimé. Aujourd'hui, une enseignante assure seule les 3 niveaux d'enseignement : maternelle-primaire et collège. Au-delà de 16 ans, s'il y a une indication pour poursuivre une scolarité, l'IEM recourt à d'autres dispositifs : centre de formation, mission locale, GRETA....

L'IEM mobilise et optimise tous les moyens pour que les temps scolaires correspondent aux besoins des enfants. Les éducateurs mobilisent du temps pour accompagner les enfants lors des temps d'inclusion.

En conséquence, le temps scolaire hebdomadaire dédié à chaque groupe de niveau est en deçà des besoins.

Au-delà des accompagnements socio-éducatifs, des rééducations et des soins, la complexité des situations vécues par les enfants accompagnés / accueillis peut comporter des interventions complémentaires :

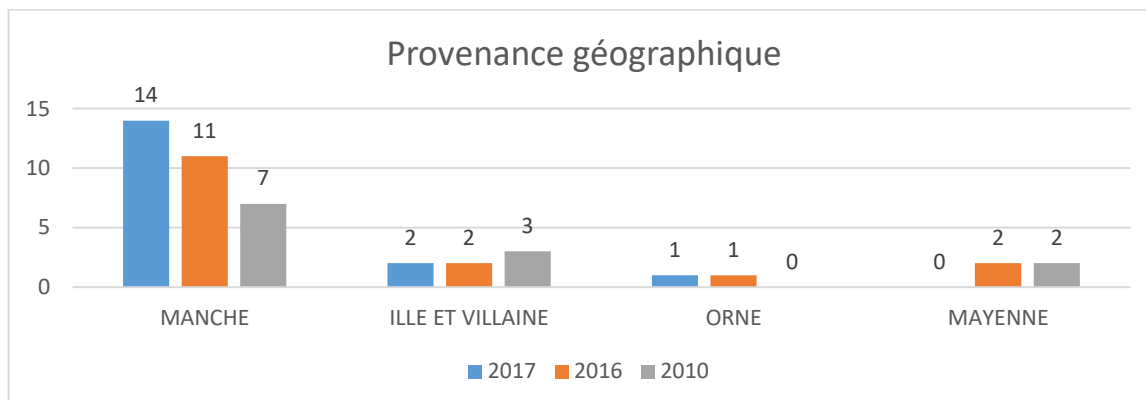
- Des mesures au titre de la protection de l'enfance : AED, AEMO, SEMO, placement administratif, DJIM, etc.
- Des mesures judiciaires (JAF, JE).

Le cumul des accompagnements implique la concertation des acteurs afin que la place de chacun et ses modalités d'intervention / d'accompagnement soient précisées et formalisées.

Un travail de coordination est défini dès l'accueil afin que les missions et fonctions de chacun des intervenants soient clairement énoncés. Cette coordination se fait dans le strict respect du droit à la vie privée des usagers et des représentants légaux.

1.2.3. De quels territoires sont issus les enfants accompagnés par l'IEM ?

Les enfants, adolescents et adultes proviennent majoritairement du département de la Manche puis des départements limitrophes : Orne, Ille et Vilaine, et Mayenne.



Le nombre d'enfants accueillis dont le domicile familial est situé dans la Manche est en constante évolution. L'établissement a un positionnement local fort : en 2017, plus de 80 % de l'effectif est originaire du département de la Manche.

Pour expliquer cette évolution, nous émettons l'hypothèse que la campagne de communication menée auprès des professionnels de soins, des centres médico-sociaux (CAMSP, CMS, médecins, paramédicaux en libéral, Pôle enfance...) a permis de faire connaître et reconnaître notre établissement. En 2014, pour renforcer l'identification de la structure, et conformément à la nomenclature des établissements médico-sociaux, l'ADSEAM a fait le choix de renommer le CEMMO en IEM.

Nous constatons que les parents veulent privilégier l'accueil dans un établissement à proximité du domicile familial, pour garantir à la fois un lien régulier avec les professionnels et des retours quotidiens et/ou plus fréquents de l'enfant (accueil modulable par exemple).

L'IEM est partenaire de la MDA dans le déploiement de la réponse accompagnée pour tous (RAPT). A ce titre, les prérequis habituels de l'admission peuvent connaître quelques aménagements, sous réserve de ne pas léser ou porter préjudice aux mineurs déjà accueillis. Le directeur est, selon le CASF, celui qui prononce l'admission définitive dans le dispositif.

Inscrit dans le cadre des schémas départementaux d'actions pour les personnes handicapées, l'IEM est impliqué dans « *la prise de conscience généralisée de l'absolue nécessité de donner aux personnes en situation de handicap, la garantie de choisir leur projet de vie et de répondre à leurs attentes* ».

Les perspectives pour la période 2019 - 2023

- Depuis deux ans l'IEM ne reçoit plus de notification en provenance de la MDA 50 (uniquement des départements limitrophes, notamment de la Mayenne et du Calvados). Prendre de nouveau contact avec la MDA 50 pour comprendre pourquoi les notifications ne parviennent plus à l'IEM.

Exercice	Origine des demandes		
	Partenaires territoriaux et Education Nationale	MDA	Familles
2011	2	13	1
2013	2	9	2
2014	7	8	2
2017	14	0	3

Paradoxalement, le rapprochement géographique domicile -IEM n'entraîne pas de diminution des transports. La tendance est même inverse, l'IEM a augmenté le nombre de conventions avec les sociétés de taxis. Les facteurs sont multiples :

- ➡ Le total des kilomètres parcourus quotidiennement (matins-soirs x 5 jours) est nettement supérieur aux distances hebdomadaires quand il y a un accueil avec un hébergement (1 trajet le lundi et un le vendredi).
- ➡ Augmentation du nombre des trajets avec des véhicules adaptés
- ➡ Circuits collectifs difficilement compatibles avec la fatigabilité des enfants et mise en place de nombreux transports individuels pour limiter la durée du temps de transport (durée maxi du transport 45 mn).
- ➡ Recours à des professionnels libéraux qui génère des coûts de déplacement supplémentaires.

1.2.4. L'exercice du droit parental : un préalable inconditionnel à une orientation en IEM

Les parents (responsables légaux) sont à l'origine de la demande d'orientation en IEM, présentée à la MDPH. Ils sont pleinement informés de la dénomination du handicap, de son impact en termes d'orientation et des modalités d'accompagnement.

➔ **L'empathie : une condition nécessaire à l'expression des besoins et des attentes.**

Le premier levier relationnel est le respect et la considération que nous accordons aux parents et à leur enfant, et l'empathie comme posture professionnelle (c'est-à-dire la capacité à percevoir les émotions de quelqu'un d'autre, et à se mettre à la place d'autrui).

➔ **Les enfants et leurs parents ont besoin de savoir qui ils rencontrent, dans quel cadre et dans quelles perspectives :**

- Le premier contact téléphonique et les premières informations communiquées par un professionnel (secrétariat, cadre chargé des admissions, directeur, etc.) sont primordiaux et vont donner le ton des éventuelles relations à venir.
- La visite d'admission : c'est celui qui accueille qui se présente, qui dit qui il est, de quelle place il s'exprime, qui explique ce qu'il comprend des difficultés que la personne rencontre et en quoi l'IEM peut être un appui, une réponse. Chacun parle pour lui : l'enfant dit ce qu'il sait / comprend /admet de sa visite à l'IEM, il dit ses désirs, ses attentes, etc. ; les parents disent ce qu'ils savent / comprennent / admettent de leur visite à l'IEM, ils disent leurs demandes, leurs attentes vis-à-vis de leur enfant.
- L'accompagnement éducatif : les enfants et leurs parents souhaitent et ont besoin de savoir dans quelles instances ils pourront échanger, faire part de leurs points de vue, évoquer leurs éventuels désaccords, si nécessaire trouver un arbitrage. Ils souhaitent et ont besoin de connaître les interlocuteurs privilégiés sur le plan du projet personnalisé, de la santé, de l'administratif, etc.
- En amont d'une demande d'admission, pour répondre à la curiosité et aux questions des parents, nous répondons aux sollicitations de ces derniers quand ils souhaitent découvrir ce qu'est un IEM. Cette démarche est distincte de la demande d'admission.

➔ **Les enfants et leurs parents ont des attentes qui doivent pouvoir s'exprimer :**

Il est nécessaire d'être à l'écoute de ces attentes et de les relayer aux équipes pluridisciplinaires. Si certaines d'entre elles nous paraissent inappropriées ou hors de notre compétence, il est cependant nécessaire de ne pas laisser les enfants et leurs parents sans réponse.

- Il faut présenter aux enfants et à leurs parents les différentes instances qui sont à leur disposition.
- Pour les parents, les premières attentes exprimées (par exemple lors de la visite d'admission) sont pragmatiques, de l'ordre des « recettes » ou de solutions :
 - Ils souhaitent être écoutés, entendus et qu'on comprenne leurs difficultés à gérer le quotidien,
 - Que leur enfant réussisse à l'école,

- Qu'il soit « bien », qu'il ait des copains, qu'il ne soit pas isolé ;
- Qu'il ait une « école » comme ses frères et sœurs ;
- Qu'il puisse trouver du travail, faire des stages, faire une formation qualifiante etc...

L'avis des enfants est plus compliqué à recueillir lors des premières rencontres, essentiellement quand ils sont jeunes (les adolescents expriment plus aisément des souhaits concernant leur avenir et le métier qu'ils aimeraient faire). Du fait de leur dépendance pour de nombreux actes du quotidien, les enfants, les pré-adolescents peinent à exprimer spontanément leurs propres besoins. Ils affichent généralement un avis similaire à celui de leurs parents. Lorsque l'admission est effective, des temps d'expression et d'échanges sont mis en place pour encourager l'enfant à exprimer ses propres souhaits, à avoir son propre avis.

Les perspectives pour la période 2019 - 2023

- Le livret d'accueil doit être le document de référence dans tous ces domaines. Une attention particulière doit être portée sur l'accessibilité des documents destinés aux personnes accueillies, aux parents et aux familles (âge, accès à la lecture, compréhension, etc.).

1.2.5. La participation des parents

Tous les modes de participation sont recherchés : formels (contact en amont d'une demande d'admission, visite d'admission, réunions projet, rencontres professionnels / parents, portes-ouvertes, CVS, etc.) et informels (contacts téléphoniques avec le coordinateur du projet, avec les équipes, etc.).

Les modalités de participation, de co-élaboration, de co-construction sont précisées (méthode et moyens) dans le livret d'accueil/ DIPC / contrat de séjour. Ces modalités peuvent être interrogées/actualisées lors d'un conseil de la vie sociale (qui ne traite aucune situation nominative).

Quand la famille bénéficie d'un accompagnement social ou d'une mesure judiciaire, sauf restrictions justifiées par des éléments de preuve, elle reste l'interlocutrice privilégiée pour tout ce qui touche à l'accompagnement de son enfant. Le cas échéant, avec son accord, les éléments relatifs à cet accompagnement peuvent être transmis aux services sociaux.

Si la famille bénéficie d'une tutelle / curatelle aux prestations sociales, cette dernière ne concerne en aucun cas l'exercice de l'autorité parentale. Les tuteurs / curateurs n'ont donc pas à être associés à tout ce qui touche à l'accompagnement éducatif de l'enfant.

En cas de difficulté d'exercice de l'autorité parentale par l'un ou les deux parents, le juge aux affaires familiales / le procureur de la république / le juge des enfants / la CRIP, pourront être saisis.

La famille élargie peut être invitée par l'enfant et/ou ses parents à participer à un temps de rencontre convivial (portes-ouvertes, animation, etc.) sauf restriction prononcée par le directeur pour des raisons de sécurité ou de responsabilité.

La participation active des parents ne doit pas être synonyme de totale transparence. L'enfant, comme individu différencié, a le droit à une intimité, un jardin secret, la discrétion des professionnels. Tous les faits et gestes de l'enfant, ses propos, ses émotions et sentiments, dans le cadre de l'accompagnement éducatif dont il bénéficie, n'ont pas à être rapportés in extenso à ses parents.

Le livret d'accueil, le DIPC / contrat de séjour et le projet d'établissement, précisent la prise en compte de ces différents principes.

Le livret d'accueil indique les modalités d'arbitrage en cas de désaccord de fond sur l'accompagnement de l'enfant.

1.3. La démarche de projet personnalisé

Conformément à la législation et en lien avec les recommandations de bonnes pratiques, tous les enfants accueillis à l'IEM ont un projet personnalisé. Le PMS a fait le choix de dédier un service spécifique à l'élaboration et à la formalisation des projets personnalisés : la plateforme projet. Transversale aux services et aux établissements du Pôle, la plateforme regroupe les 7 coordinateurs projets du pôle et, est animée par un Chef de service.

La coordinatrice de l'IEM (0.5 ETP) assure le suivi, la coordination et la formalisation des 16 accueillis jeunes en 2018.

La position « distanciée » des coordinateurs projets vis-à-vis des cadres éducatifs permet une expression plus libre, détachée des contingences purement matérielles dont on sait que la prégnance est susceptible de modifier le contenu d'un projet.

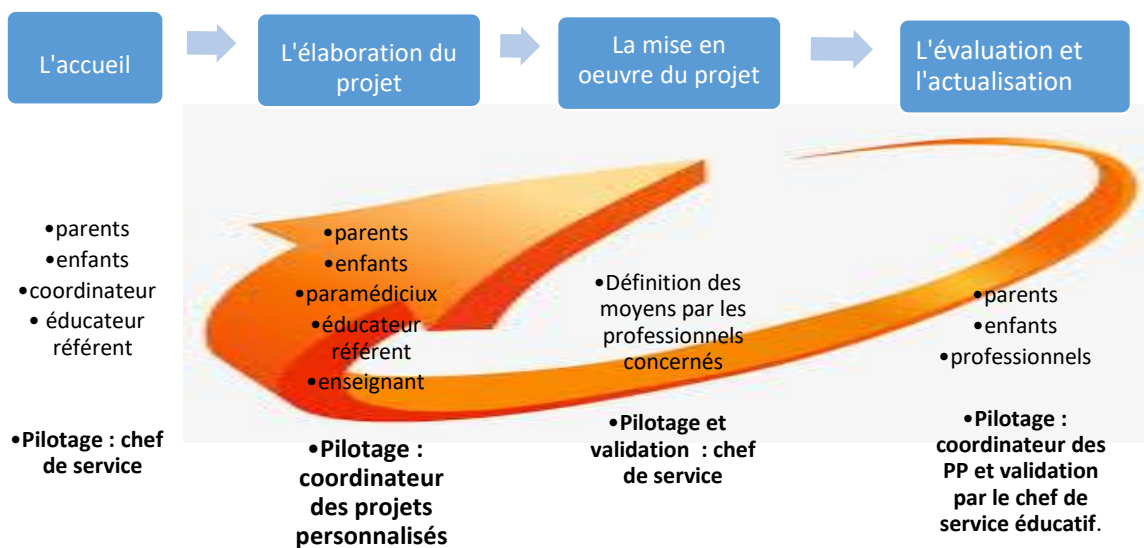
Le coordinateur projet est en retrait du vécu quotidien de la personne accueillie, cette attitude professionnelle distanciée lui donne le recul nécessaire à une analyse objective des situations.

Le coordinateur projet participe une fois par trimestre aux réunions techniques de la MDA. Ce partenariat apporte un éclairage riche aux coordinateurs sur la finalité de leurs écrits.

En étroite collaboration avec les chefs des services éducatifs, la plateforme projet a également la mission de veiller à l'efficacité de la méthodologie de projet, son évaluation et son actualisation.

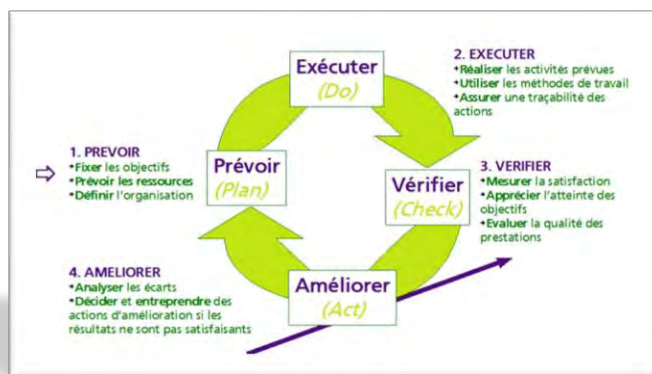
1.3.1. Les étapes de la démarche

La méthodologie des projets personnalisés s'organise en 4 étapes et mobilise l'ensemble des intervenants auprès de l'enfant : les parents, l'éducateur référent, l'enseignant, les paramédicaux (internes et libéraux).



La méthodologie de projets personnalisés est construite sur la méthode PDCA, avec ses étapes successives et sa circularité.

La méthode PDCA, est une démarche cyclique d'amélioration qui consiste, à la fin de chaque cycle, à réinterroger toutes les actions précédemment menées afin de les améliorer.



PDCA tire son origine des premières lettres des mots qui la composent : Plan-Do-Check-Act.

Comment créer les conditions de la rencontre ?

Pour pouvoir rencontrer l'Autre, la condition nécessaire est un regard (le plus) neutre possible sur la personne : sans projections, ni a priori, ni jugements.

Il est important d'évoquer, dès la première rencontre, la possibilité d'expérimenter de nouveaux scénarii éducatifs, de nouvelles modalités d'accompagnement, différentes des habitudes familiales et des accompagnements antérieurs, pour découvrir de nouveaux horizons, de nouveau « possibles », pour éviter de créer les conditions d'une répétition des difficultés observées en amont, considérant que les mêmes causes génèrent les mêmes effets.

La parole est donnée à la personne accompagnée et à ses parents, chacun étant libre d'exprimer ses propres arguments, priorités, difficultés, attentes, désirs, inquiétudes, etc.

Le cas échéant, la personne accueillie et ses parents doivent être informés des éléments qui nous ont (éventuellement) été transmis par d'autres intervenants socio-éducatifs et/ou judiciaires.

Lors de l'admission, les enjeux à l'origine de la demande d'admission sont nommés : de quelle nature ? De quelle récurrence ? Depuis quand ? Quelle compréhension en ont les différents protagonistes et acteurs ? etc ; toujours dans la perspective de créer les conditions optimales pour co-construire un parcours le plus adapté possible pour la personne accompagnée.

Qui est à l'origine de la demande ?

A la suite de la sollicitation de la MDPH par les parents, c'est la notification de la CDAPH (avec une liste d'établissements) qui déclenche la démarche d'admission. Quand l'IEM reçoit cette notification (de la MDPH ou de la famille), un courrier est adressé à la famille lui proposant de prendre contact avec le cadre chargé du traitement de la demande afin d'organiser une première rencontre.

Une visite de l'établissement est systématiquement proposée à la (future) personne accompagnée et à ses parents. Elle permet à chacun de se représenter à sa façon l'IEM en termes d'architecture, d'espaces, d'organisation et de dynamique interne de travail. La présence des deux parents est vivement souhaitée mais, dans certaines situations, la rencontre du père et de la mère peut être réalisée en deux temps distincts.

L'inscription sur la « liste d'attente » est effective à l'issue de cette rencontre si la demande est confirmée par les parents.

Les parents sont à l'origine de la demande : envoi d'un courrier de demande d'admission avec copie de la notification, appel téléphonique, etc.
Les services sociaux administratifs ou scolaires, les services judiciaires peuvent être à l'origine de la demande.
Néanmoins, elle ne sera traitée que si les parents / détenteurs de l'autorité parentale sont également acteurs de la demande.
Aucun enfant ne sera rencontré hors la présence de ses parents.

Comment est contractualisée l'admission ?

La formalisation de l'admission d'un enfant est précédée de différentes étapes :

- Un premier contact entre la famille, l'enfant et le chef de service, pour présenter l'IEM (le personnel, les usagers accueillis, les locaux), l'organisation générale, les choix techniques, l'ADSEAM. La famille et l'enfant font part de leurs attentes et de leurs besoins. Le but de cette rencontre est d'informer les parents sur les modalités de réponses que l'IEM sera en mesure de proposer. Après ce temps d'échange, un délai de réflexion est laissé aux parents pour qu'ils confirment ou non la demande d'admission à l'IEM (confirmation téléphonique). Pour aider à la décision, une journée ou une demi-journée d'immersion est proposée à l'enfant (participation à un atelier éducatif). Enfin, il est proposé aux parents de contacter la présidente du CVS pour avoir des informations complémentaires ou recueillir l'avis de parents qui connaissent l'établissement et dont l'enfant est accueilli à l'IEM.
- La demande des parents et la situation de l'enfant est présentée en Conseil de Direction du PMS (présence du Directeur et de tous les chefs de service) pour validation.
- S'il y a des places disponibles, un courrier est envoyé aux parents pour confirmer l'admission, fixer la date d'entrée et la signature du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge et définir une rencontre avec la coordinatrice des projets personnalisés. S'il n'y pas de place disponible la demande est inscrite sur la liste d'attente. Les parents seront contactés dès qu'une place se libère.

En général, le premier jour, ce sont les parents qui accompagnent l'enfant. Ils sont accueillis par le référent éducatif qui présente le déroulement de la journée et qui fera le compte rendu de celle-ci, soit par téléphone le soir même, soit directement quand les familles préfèrent se charger du retour de l'enfant.

Le contrat de séjour, pour les accueils avec hébergement et le DIPC dans le cas des accueils sans hébergement sont formalisés avec la personne accompagnée et ses parents.

Il est remis à la personne accompagnée et à ses parents, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission ; il doit être signé dans le mois suivant l'admission.

Le contrat de séjour (ou le DIPC) suppose des engagements réciproques. Il doit notamment préciser :

- Les objectifs de l'accompagnement qui auront été définis,
- La description des conditions de séjour et d'accueil,
- Les modalités des accompagnements éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques, les conditions du suivi médical,

- Les modalités d'exercice du droit à participation aux décisions individuelles ou collectives qui touchent la personne accompagnée. A ce titre, la charte des droits et libertés de la personne accueillie précise que « *Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne lui est garanti* ». Cette participation peut donc se faire de manière directe ou avec l'aide du représentant légal. Les conditions et modalités de résiliation et / ou de révision de l'accueil sont précisées dans le contrat de séjour (ou du DIPC).

L'accueil au sein de l'IEM peut se faire de façon progressive, de façon modulée, de façon alternée, avec une ou différentes modalités (accueil de jour / hébergement séquentiel). La révision / l'adaptation de ces modalités spécifiques doit faire l'objet d'une rencontre entre les différentes parties concernées et ne peut être unilatérale (sauf cas spécifié dans le règlement de fonctionnement ou le contrat de séjour – DIPC). Les modalités d'accompagnements spécifiques (séquentiel, modulable, etc.) peuvent être attachées à cette période de première observation, comme conditions facilitantes d'une intégration réussie (ex. : pour un enfant qui n'a jamais connu l'internat et la séparation, un accueil à temps complet peut être générateur de difficultés particulières qu'un accueil modulé peut estomper).

Les perspectives pour la période 2019 - 2023

- **Formaliser les temps d'échanges collectifs des groupes d'enfants/adolescents (fréquence – compte rendu...).**
- Actualiser les DIPC et les contrats de séjour : les rendre plus lisibles et accessibles notamment pour les non lecteurs mais également plus ouverts au recueil des attentes des parents et des personnes accueillies.

1.3.2. Les instances du projet personnalisé.

La méthodologie de projet s'inscrit dans le temps et plusieurs instances viennent scandent son déroulement.

De la même façon, il existe nombre de contacts « hors instances » : échanges téléphoniques, rencontres informelles, échanges de mails, cahiers de liaison, note d'incident, messages via les transports, etc.

Ces nombreux échanges sont l'occasion de partager des observations et des opinions, de retenir des options, de prendre des décisions et de préciser leurs modalités d'évaluation, d'échanger des informations, de soulever des interrogations, d'exprimer des désaccords, etc.

Il est indispensable de pouvoir « tracer » ces échanges, en garder la mémoire.

Pour cela, chaque instance produit un écrit, chaque professionnel fait un compte-rendu daté de la nature et du contenu des contacts.

Tous ces documents sont archivés dans le dossier de la personne accueillie.

La réunion de « projet personnalisé ».

Animée par le coordinateur de projet personnalisé, cette réunion décisive regroupe autour de l'enfant et de ses parents, l'ensemble des référents de chaque secteur thérapeutique, éducatif et pédagogique (enseignants, éducateurs, rééducateurs, psychologue, etc.). C'est la réunion la plus participative, elle a lieu au moins une fois par an, avec l'enfant mineur et ses parents. Un jeune majeur peut faire le choix de ne pas inviter ses parents.

Les hypothèses de travail sont présentées à l'enfant et à ses parents pour débattre dans la recherche d'un diagnostic et d'axes de travail partagés. Une hypothèse non formulée aux intéressés ne peut pas être travaillée ensuite. La transparence est de rigueur. Ces hypothèses sont à coordonner avec les projets de vie des enfants et des parents. On est dans la co-construction, la co-élaboration. L'objectif de cette réunion est de dégager et de prioriser des objectifs généraux visant à améliorer le bien-être et le développement le plus harmonieux possible de l'enfant, en cohérence avec son projet de vie.

Après la réunion projet, les objectifs du projet personnalisé sont formalisés par le coordinateur dans un « plan de service », qui prend en compte et affine les axes de travail préalablement définis en réunion.

Le plan de service est contractuel. C'est un avenant au contrat de séjour (ou DIPC). Il est présenté à l'enfant et à ses parents par le coordinateur et par le référent éducatif. Le plan de service est un outil de travail avec l'enfant et la famille. Le fait qu'il soit formalisé et signé par les différentes parties (parents

pour un mineur et usager dès

sa majorité) lui accorde sa légitimité. Le plan de service signé est classé dans le sous-dossier projet personnalisé.

PLAN DE SERVICES
 XXXX, né(e) xxx
 Entrée à xxxx le xxx

Réunion Projet du xxxxxxxx
 Participants : xxxxxx
 Date de la réunion : xxxxxx

Coordonnées de projet individualisé : xxxxxxxxxxxx

BUTS	OBJECTIFS GLOBAUX - Echéances	MODALITES
xxxxx	1) xxxxx. Contenu d'évaluation : Echéance :	Lieu : Intervention (Educatif) référent- éducateur-éducateur Entretien Familial : Parents :
	2) Contenu d'évaluation : Echéance :	
	3) Contenu d'évaluation : Echéance :	
	4) Contenu d'évaluation : Echéance :	

Signature : La DSD (coordonnateur) de services individualisés

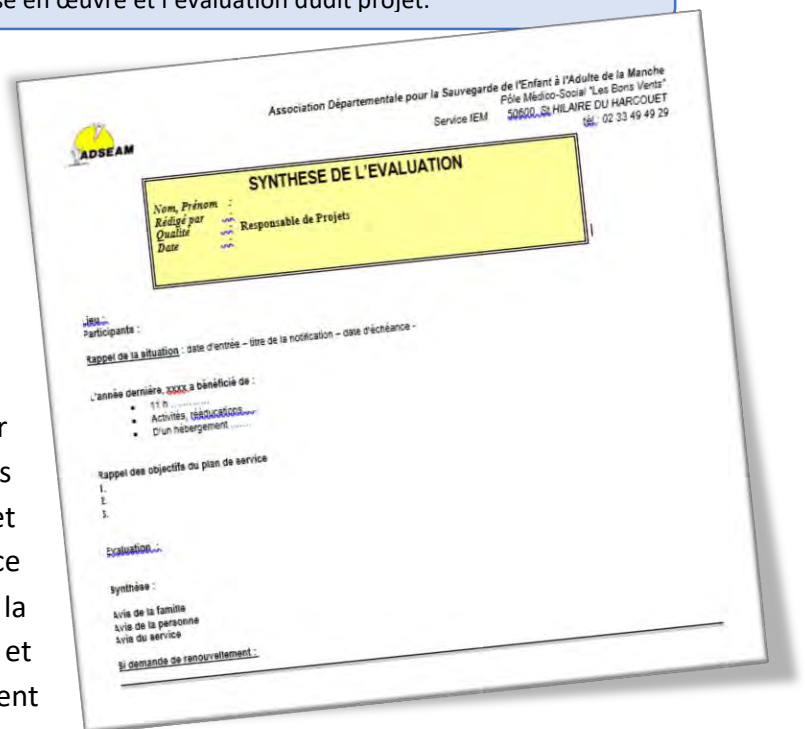
La réunion projet n'est qu'un moment, privilégié et fondamental, du suivi de la personne accueillie. L'enfant et/ou ses parents peuvent interpeller le service à tout moment.

Les coordinateurs projet n'ont aucune fonction hiérarchique : ils animent et coordonnent la démarche pour chacun des usagers, ils sont dans l'élaboration d'un « idéal » éducatif, dans la mise en œuvre et l'évaluation dudit projet.

L'évaluation du projet

Il est important que la réunion projet soit préparée en amont. Les hypothèses de travail sont évaluées lors d'une réunion pluridisciplinaire (réunion évaluation du projet).

Des bilans sont rédigés par les professionnels des différents secteurs et envoyés aux chefs de service 15 jours minimum avant la réunion pour relecture et validation. C'est le moment pour les chefs de service de



Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte de la Manche
Pôle Médico-Social "Les Bons Vents"
Service IEM 50600, St HILAIRE DU HARCQUET tél. 02 33 49 49 29

ADSEAM

SYNTHESE DE L'EVALUATION

Nom, Prénom :
Rédigé par : Responsable de Projets
Qualité :
Date :

Participants :
Rappel de la situation : date d'entrée - titre de la notification - date d'échéance -
L'année dernière, xxxx a bénéficié de :
• 11 h
• Activités, (re)éducatives
• D'un hébergement
Rappel des objectifs du plan de service
1.
2.
3.
Evaluation :
Synthèse :
Avis de la famille
Avis de la personne
Avis du service
Si demande de renouvellement :

travailler sur l'écrit des différents référents afin de favoriser la culture de l'écrit indispensable avec l'approche de projet personnalisé. Les chefs de service transmettent ensuite les bilans au coordinateur de projet concerné qui formalisera une synthèse globale.

La réunion d'évaluation du projet est une instance de réflexion entre professionnels qui permet de prendre du recul, de la distance vis-à-vis des observations / interventions et de faire du lien entre ces situations et la réalité thérapeutique (ce qui fait « soin »), d'avancer dans la compréhension des enjeux affectifs / relationnels / familiaux / systémiques, etc., qui participent de la réalité psychique de la personne accueillie.

En croisant les trois angles d'approche : Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique, cette réunion permet de :

- Donner du sens aux situations observées, qu'elles soient singulières ou récurrentes,
- Faire un point sur le développement de la personne : sur ses atouts / compétences ou sur ses difficultés / troubles repérés au niveau cognitif, intellectuel, relationnel, médical, physique, etc.,

- Repérer leurs implications dans les différents temps et lieux de vie de la personne,
- Mieux comprendre le fonctionnement familial et la place de chacun afin de resituer, sur un plan systémique, la personne accueillie dans son environnement affectif.

Chacun des professionnels a une compréhension propre des enjeux repérés- en fonction de son propre référentiel métier - mais aucune ne prévaut.

C'est la somme de ces compréhensions et de ces observations, qui permettent de définir, non une « vérité » absolue, mais des hypothèses de travail concernant la personne accompagnée et son environnement familial.

Ces hypothèses de travail sont le fruit d'une élaboration collective et s'imposent à chacun des professionnels qui interviennent dans l'accompagnement de la personne ; à l'issue de cette élaboration, il n'est pas possible aux professionnels de s'en exonérer.

La révision des hypothèses de travail peut nécessiter de repasser par une « réunion problématique ».

Pour que ces hypothèses de travail puissent être utilisées, elles doivent ensuite être nommées et explicitées à la personne accueillie et à ses parents.

Cette restitution est du ressort du coordinateur selon des modalités à définir avec la personne accompagnée (en individuel, en présence du référent éducatif, etc.). Son contenu peut ensuite être abordé lors d'entretiens éducatifs, cliniques, familiaux, etc.

Si la situation s'avère trop complexe (ex. : place des acteurs confuse), il peut être fait appel au cadre, voire au directeur.

L'évaluation globale, ainsi que les bilans de tous les intervenants sont archivés dans le dossier de l'enfant.

La mise en œuvre du projet

L'animateur de la réunion « mise en œuvre » est le coordinateur de projet personnalisé. Sont présents tous les intervenants auprès de la personne accueillie : les éducateurs, le psychologue, les paramédicaux concernés et le chef de service.

Lors de la réunion « mise en œuvre », les professionnels s'accordent sur les stratégies et les modalités d'accompagnement éducatifs et décrivent les effets attendus.

Ce travail en équipe permet de construire des scénarii et de se projeter sur les rôles à jouer, les articulations à mettre en œuvre et les postures de chacun. Les objectifs généraux du plan de services deviennent des objectifs opérationnels.

En parallèle, des temps de coordination, cadres / coordinateurs, précisent les conditions de faisabilité des mises en œuvre. Ce sont des temps d'échange, d'organisation et de réflexion.

La méthodologie du projet personnalisé retenu par le PMS demande beaucoup de rigueur pour être opérationnelle et efficiente. Elle garantit le caractère collaboratif du projet personnalisé et, est une solution efficace contre le risque de « toute puissance » des professionnels.

Au fil des réunions qui viennent ponctuer l'accompagnement, les phases d'élaboration, d'observation, d'évaluation, de vérification se succèdent et bien souvent se combinent.

Les perspectives pour la période 2019 - 2023

- La notion de parcours doit être rendue plus perceptible et trouver, à travers les écrits des professionnels et les comptes rendus des instances, une plus grande visibilité.

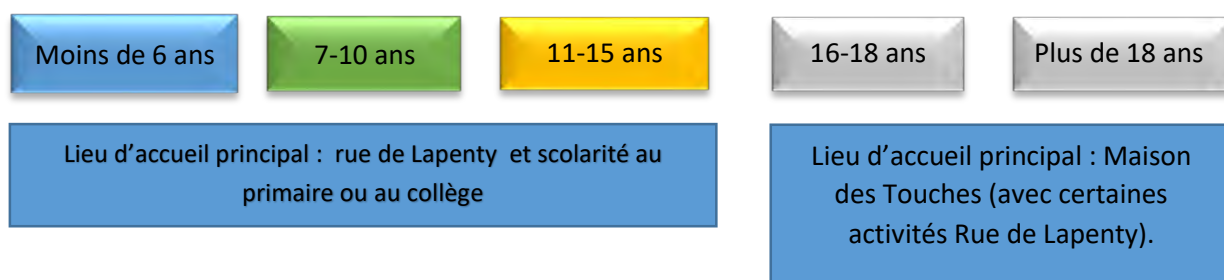
2. L'accompagnement médico-éducatif à l'IEM

2.1. Un accompagnement global.

Généralement, une notification vers un IEM est prononcée pour plusieurs années. Pour éviter un parcours linéaire, l'IEM propose des accompagnements différenciés selon les classes d'âges afin qu'ils restent évolutifs et dynamiques.

Les groupes d'âges ne sont pas pour autant « hermétiques ». Grands et plus jeunes apprécient de se rencontrer, de partager une médiation (balnéothérapie, sports adaptés, représentation de théâtre ou de danse...). Les plus grands se rendent disponibles pour participer aux « stages » d'immersion des jeunes de plus de 15 ans afin de préparer le passage d'un groupe d'appartenance à l'autre. Ils présentent la maison des Touches (lieu d'accueil à l'hébergement), les médiations, les ateliers etc...

Aujourd'hui, l'effectif total est réparti selon la façon suivante :



Ces groupes d'appartenance prennent en compte à la fois les différentes étapes de vie et leurs changements (enfance, adolescence, majorité et âge adulte), les attentes et les aspirations des personnes accueillies et leurs besoins singuliers et spécifiques (projet personnalisé).

Une équipe est dédiée à l'accompagnement des groupes moins de 16 ans, une seconde pour l'accompagnement des 16-20 ans.

L'effectif total de l'IEM étant restreint (14 places), la composition de chaque groupe est différente selon les années. Il s'ajuste en continu selon les sorties et les admissions. Les moyens humains se répartissent selon les besoins : par exemple en 2016, le nombre de professionnels a été renforcé auprès des enfants de moins de 8 ans car il n'y avait pas de jeunes de 15-17 ans.

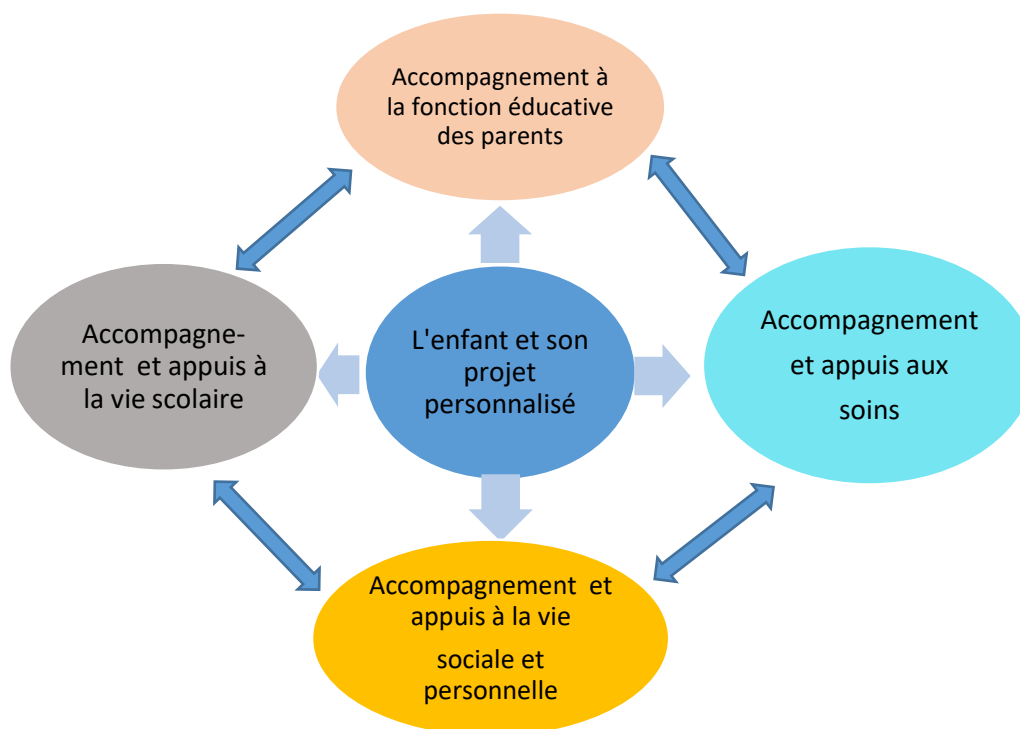
Les modalités retenues pour la mise en œuvre des projets personnalisés se déclinent en interventions animées par :

- Un professionnel issu d'une seule discipline (éducatif, soignant, rééducatif ou scolaire).
- Un binôme, co-construction interdisciplinaire : éducatif/ rééducatif – éducatif/enseignant - rééducatif /enseignant
- Deux personnes issues de la même discipline.

Ces interventions, arrêtées et validées en réunion « mise en œuvre », sont généralement collectives c'est-à-dire proposées simultanément à plusieurs enfants même si les groupes sont très restreints (maximum 5 personnes).

Certaines médiations peuvent nécessiter la mise en place de temps individuels (espace multi sensoriel, massages...) mais ils demeurent ponctuels.

Indépendamment de l'âge, les interventions s'organisent autour de 5 grands domaines en interrelations :



2.2. Un accompagnement interdisciplinaire

L'approche interdisciplinaire s'appuie sur des temps et des instances spécifiques et dédiées. Les moments d'interdisciplinarité sont principalement : la réunion « projet personnalisé » et la réunion « mise en œuvre ». Les réunions de service de l'IEM, les

temps d'ADPP et les temps de formation participent également à l'interdisciplinarité.

Travailler en interdisciplinarité implique pour les professionnels d'accepter de parler de leurs pratiques, d'accepter le questionnement et la critique. C'est une culture professionnelle à animer, à piloter et à accompagner.

C'est le travail en interdisciplinarité qui permet de parler de « milieu soignant » et qui fait « dispositif », au-delà de la combinaison des modalités d'accompagnement. Les places de chacun sont complémentaires et articulées dans des projets collectifs. Tous les points de vue se valent et sont égaux, il n'y a aucune prépondérance d'une discipline sur une autre.

2.3. De l'observation à l'intervention éducative.

La démarche de projet personnalisé fait référence à l'observation/action comme posture éducative de base nécessaire pour élaborer des hypothèses de diagnostic et d'accompagnement. Mais l'observation n'est pas un acte « passif » qui se satisferait du regard porté sur le sujet pendant qu'il évolue dans son « quotidien ». L'observation est une démarche, une dynamique, une attitude, qui s'appuie sur une technicité, un savoir-faire.

L'évaluation repose sur la méthode observation/action et porte sur différentes thématiques :

- **La famille**, la place de l'enfant, les relations avec les parents et la fratrie, et les membres de la famille élargie.

L'approche du fonctionnement familial peut se faire à travers différents prismes :

- Affectif, émotionnel, sentimental,
- Juridique, autorité parentale, coparentalité,
- Social, soutien à la parentalité etc.
- **Le développement**, les capacités, les progressions, la nature et les origines des limitations, les conditions favorables/défavorables, dans les domaines :
 - Psychomoteur, psychisme et motricité,
 - Physique, croissance et bien être,
 - Psychoaffectif
 - Langage, capacité d'exprimer une pensée en recourant à des signes oraux, non verbaux, acquisition des normes
 - Communication, être en rapport avec autrui, avoir la maîtrise de son image
 - Intelligence, aptitude à s'adapter, à choisir, à anticiper, à se connaître soi-même
- **Les apprentissages**, les connaissances et les savoirs scolaires, sociaux

- **L'éveil**, le lien entre développement moteur et développement intellectuel, la notion de motricité et de schéma corporel du jeune enfant, les enjeux symboliques des activités d'éveil, l'imaginaire, l'autonomie
- **L'ouverture**, la curiosité, le développement des aptitudes psychosociales, la connaissance de l'environnement, ...
- **La construction**, la confiance, l'assurance pour soi et croire en l'Autre, Qui je suis, ce que je souhaite, l'indépendance malgré une autonomie limitée, agir et interagir, ...

2.3.1. Le groupe des « enfants » (moins de 16 ans)

Pour répondre aux besoins de chaque enfant dans le cadre de son projet personnalisé et en accord avec sa famille, l'accueil peut être proposé à temps plein ou sur un mode séquentiel autant sur les temps de jours qu'à l'hébergement. Cette modalité peut être proposée à l'admission ou au fil du parcours. Elle est réinterrogée régulièrement et adaptée en conséquence. Elle permet d'adapter le parcours pour expérimenter les alternances domicile/hébergement.

Pour optimiser la participation de l'enfant, une évaluation initiale permet dans un premier temps de distinguer ce qu'il peut faire seul, ce qu'il peut faire avec l'aide d'un tiers et ce qu'il ne fait pas. Dans un second temps les professionnels analysent ce qui l'empêche de faire :

- La non-expérimentation
- Le non-apprentissage
- L'empêchement social
- L'empêchement fonctionnel
- L'empêchement cognitif...

Ces indicateurs conduiront ensuite l'équipe pluridisciplinaire à rechercher ce qui pourra aider l'enfant à agir : expérimentations, apprentissages, aides techniques, aide matérielle, aide humaine...

La médiation éducative est constituée d'espaces et de temps où un enfant se construit. Des propositions permettant à l'enfant de structurer progressivement ses échanges, faciliter son accès à la découverte de sens, se référer, se situer, se construire, sont co-élaborées dans les instances de la démarche projet personnalisé.

Par le média de différentes activités, en prenant généralement appui sur la dynamique collective d'un groupe dont le nombre et la composition prend en compte les ressources, aptitudes, centres d'intérêts, seuils de frustration, etc., des enfants, l'éducateur va susciter, établir, restaurer, entretenir une relation avec l'enfant ; relation qui, au-delà de l'activité elle-même, appelle cet enfant à travailler

sa subjectivité, ses représentations personnelles, son rapport au monde, aux autres, à lui-même, sa manière d'aborder les savoirs, les connaissances...

Les propositions éducatives de l'IEM incluent la culture générale, l'accès à la découverte du monde, à la culture, à une initiation à la culture technique et technologique, à l'éducation motrice et l'éducation physique et sportive. Chaque atelier permet d'expérimenter, à son niveau, la socialisation.

2.3.2. Le groupe des « jeunes » (16/20 ans)

Pour le groupe des « jeunes », l'accompagnement et les intentions éducatives consistent le plus souvent à renforcer, perfectionner et pérenniser les objectifs énoncés dans les paragraphes ci-dessus et de les mettre en perspective avec leur projet de vie.

Les perspectives d'avenir visent majoritairement le milieu protégé : entrée en ESAT, en foyer de vie, en Foyer d'Accueil Médicalisé, en Maison d'Accueil Spécialisé.

L'admission en établissement pour adultes est généralement marquée par de grands changements qui impliquent un temps d'adaptation plus ou moins compliqué selon les adultes : rythmes de vie, modalités d'accueil, bien souvent changement de secteur géographique.... Comparé aux jeunes du même âge, l'offre et les possibilités sont beaucoup plus limitées : exemple un seul FAM dans le sud Manche, Ulis Lycée uniquement à Saint-Lô ...

Mais rien n'est linéaire, certains jeunes choisissent un mode de vie hors établissement :

- En hébergement individuel avec l'appui et le soutien de tierces personnes
- En famille quand celle-ci adhère au projet et peut être disponible au quotidien. Les jeunes et les parents sont conscients que ce choix est à court ou moyen terme (vieillesse des parents et des enfants). Cette étape de vie est envisagée comme un répit, une pause entre deux accueils en établissement.

Les jeunes du groupe des plus de 16 ans sont régulièrement amenés à effectuer des stages :

- ➡ Stages de découverte du milieu préprofessionnel et professionnel (avec ou sans accompagnement),
- ➡ Stages en établissement pour adultes pour préparer les orientations à 20 ans.

La mise en situation est un outil pédagogique permettant de placer une ou plusieurs personnes dans une situation ou un contexte où ils doivent résoudre un problème. Ils sont amenés à découvrir comment résoudre une situation problème en puisant dans leurs connaissances ou en tentant différentes approches.

Les propositions éducatives des plus de 16 ans s'orientent vers les préoccupations d'adolescents. Ces préoccupations se trouvent souvent amplifiées du fait de leurs difficultés. Les médiations proposées visent donc à travailler autour de l'estime de soi, le savoir-être, les savoir-faire.

2.3.3. Les supports de la médiation éducative

Une fois les intentions énumérées, les attentes / les désirs / les besoins collectés à travers la démarche d'observation/action, des médiations éducatives, thérapeutiques et pédagogiques sont déployées.

Les temps et les espaces éducatifs/thérapeutiques prennent la forme de médiations diverses.

Plusieurs espaces sont possibles durant l'année scolaire pour expérimenter la socialisation dans la vie de tous les jours : par le biais du milieu scolaire, des temps collectifs internes ou encore les activités extérieures et les loisirs.

Exemples de médiations proposées :

A l'interne	A l'extérieur
<ul style="list-style-type: none"> - arts plastiques, activités manuelles, - musique, expression corporelle, danse - jeux de construction, jardin <ul style="list-style-type: none"> - atelier image de soi - informatique - activités motrices (sports adaptés, vélo) <ul style="list-style-type: none"> - cuisine et vie quotidienne - habiletés sociales - massage, activités multi-sensorielles - atelier mobilité et déplacement <ul style="list-style-type: none"> - théâtre, expression 	<ul style="list-style-type: none"> - médiation animale, équitation - ludothèque et médiathèque - piscine, balnéothérapie - ferme maraîchère - handigolf, handisport - séjour extérieur - rencontres et échanges avec d'autres IEM

Au-delà des médiations formalisées et programmées dans les emplois du temps hebdomadaires, les accompagnements et apprentissages se déroulent également lors :

- **Des temps de vie et des entretiens informels qu'ils permettent,**
- les temps de déplacements (les trajets en voiture ou à pied pour un rendez-vous ou pour une activité),
- le partage d'un repas,
- les accueils et les départs de la journée (rituels),
- les temps inter-ateliers de médiations (récréation, transitions),
- les temps libre (temps de jeux, temps dans la chambre, etc.),
- les temps de bilan collectif sur les lieux de vie,
- les temps de lever ou de coucher à l'internat, ...

➤ **Des entretiens avec des éducateurs,**

- pour préparer et expliquer le déroulement de sa réunion projet,
- pour préparer les entretiens familiaux (s'il y a lieu),
- pour prendre du temps avec l'enfant en dehors du collectif pour entendre ses désirs, ses aspirations ; être dans l'échange et l'écoute,
- pour rappeler le sens de son projet, les objectifs et la temporalité,
- pour faire des bilans d'étapes ou de stage,
- pour apprendre à prendre soin de soi,
- pour reprendre des événements « indésirables », des accidents de parcours ; mais aussi les réussites et les progrès,
- pour échanger avec sa famille sur sa vie quotidienne à l'IEM,
- pour rappeler le cadre, les règles, ...

Selon les circonstances, ils pourront être co-animés. Le jeune peut également en être à l'initiative.

➤ **Des temps, des lieux et des groupes de socialisation,**

- les temps trimestriels de discussion collectifs avec des éducateurs et le chef de service,
- le Conseil de la Vie Sociale,
- les stages de découverte en milieu professionnel ordinaire,
- les visites d'entreprises, ...

Pour faciliter l'accès à l'ensemble des services de la collectivité et l'autonomie au quotidien, la localisation et l'architecture des locaux d'hébergement sont prépondérantes. L'hébergement de l'IEM est à proximité du centre-ville et des ressources communautaires afin que les personnes les plus autonomes puissent s'y rendre seuls. Les locaux sont de plains pieds et les espaces de vie sont spacieux pour permettre la libre circulation des personnes qui se déplacent en fauteuil manuel ou fauteuil électrique.

2.4. Le travail avec les familles

Travailler avec les familles et non pas « sur » les familles relève d'une recherche incessante de ce que ces relations évoquent et provoquent ; aussi bien chez les professionnels que chez les personnes accompagnées et leurs parents.

Cette *clinique institutionnelle* n'est rendue possible qu'au prix d'un engagement relationnel et, simultanément, de la recherche d'une juste distance. Il s'agit de respecter les places de chacun dans la diversité des fonctions et des rôles.

Les échanges entre parents et professionnels sont incontournables. Ils favorisent la promotion des personnes accueillies et la qualité des relations conditionne à terme la réussite des projets entrepris.

Acteurs à part entière du processus de développement de leur enfant, les parents sont informés, soutenus et toujours sollicités lors de prise de décision concernant leur enfant. Ils sont entendus, consultés, associés à travers des instances institutionnalisées, chaque fois que les projets d'intervention ou les aléas de la prise en charge l'exigent. La recherche des conditions permettant leur participation, composante essentielle de la mission de l'IEM, est un souci permanent et nécessite adaptabilité et souplesse.

En fonction du projet personnalisé d'accompagnement et selon les évolutions et événements pouvant intervenir en cours d'année, le nombre des entretiens varie avec un minimum de 3 par an. Les parents sont destinataires chaque année de l'actualisation du projet de leur enfant, de l'évaluation des aptitudes et des modalités de mise en œuvre du projet.

La participation des parents se manifeste également par d'autres modalités de rencontres tout au long de l'année :

- ⇒ **Participation aux divers évènements collectifs de l'établissement** : CVS, portes ouvertes, réunions de rentrée, rencontre de fin d'année, rencontres parents / enseignants, etc.
- ⇒ **Rencontres individuelles avec un professionnel** (rencontres possibles tout au long de l'année) : enseignant, rééducateur, éducateur, coordinateur des projets, chef de service.
- ⇒ **Accompagnement d'un groupe d'enfants** avec les professionnels lors d'une sortie culturelle, loisirs ou journée sportive (Handiday – art et sentiers...)
- ⇒ **Intervention dans le cadre des ateliers « partage de savoir »** : les parents présentent à un groupe d'enfants leur spécialité culinaire, le sport qu'ils pratiquent (yoga, relaxation), leurs loisirs créatifs, ...

Par ailleurs, les familles sont informées tout au long de l'année des événements particuliers auxquels les enfants ont participé via les carnets de liaison (pour les informations individuelles), par mails pour les informations collectives.

Chaque trimestre les familles sont destinataires du « petit rapporteur », journal rédigé par les enfants et qui retraduit, sous forme de photos et de textes, les événements qui ont marqué le trimestre écoulé.

2.5. Le respect des droits des personnes et la prise en compte de leur parole.

RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - ANESM 2008 :

« ...La vision portée par le législateur dans différents textes insérés au code de l'action sociale conduit les personnes destinataires des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux à participer à leur propre projet.

Ces personnes sont, pour la plupart, en situation de vulnérabilité lors de leur rencontre avec les professionnels. Ces derniers doivent donc être à leur écoute pour rechercher, susciter, et accompagner cette participation afin qu'elle soit effective.

Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet. Le processus à mobiliser pour cela – véritable apprentissage d'une co-construction patiente entre la personne et l'accompagnant – représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation. Aussi cette démarche est-elle un facteur-clé pour la réussite des projets... ».

Charte des Droits & Libertés de la personne accueillie, art.4 :

« Le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne ».

Modalités de participation des personnes accompagnées

Les outils mis en place par et pour les usagers doivent leur permettre d'être informés et de donner réellement leur avis sur le fonctionnement des institutions. Si l'on s'attache en particulier à la posture professionnelle, il paraît essentiel d'être sensible à l'expression non verbale et comportementale de l'utilisateur, car l'expression de sa volonté ne passe pas obligatoirement par la parole. La participation sous-jacente est donc à prendre en compte. Pour cela, il faut se saisir de chaque événement de la vie quotidienne.

Concernant la participation collective, il est aussi intéressant de se demander si l'utilisateur est vraiment en capacité et prêt à s'exprimer. Son degré d'implication dans la décision initial d'accueil, son rapport au conflit, sa difficulté à se positionner de façon critique, peuvent l'emmener à approuver globalement de façon implicite. Les usagers doivent pouvoir s'autoriser à relever des aspects négatifs dans le fonctionnement de l'établissement, les modalités de la prise en charge, etc.

Chaque fin de semaine, un temps d'échange spécifique, formalisé, est proposé au groupe des enfants. Cet espace est l'occasion pour chacun : de prendre la parole devant son groupe d'appartenance (maximum 5 enfants) pour exprimer ses ressentis, son avis sur le déroulement de la semaine, ce qui est satisfaisant et ce qui l'est moins. Des supports avec des pictogrammes ou des photos ont été créés pour recueillir l'avis d'enfants qui ne s'expriment pas verbalement.

Les semaines sans enseignant sont élaborées avec les enfants : chacun exprime ses souhaits et ses attentes. Les demandes individuelles sont présentées au groupe et le choix final est fait collectivement. Les professionnels expliquent les contraintes (matérielles-humaines-financières) et s'assurent de l'équité dans les choix pour que l'avis de tous soit pris en compte (expérience de démocratie).

2.6. Les professionnels et les compétences mobilisées

2.6.1. La promotion de la pluridisciplinarité

La promotion de la pluridisciplinarité a naturellement trouvé sa déclinaison dans une organisation qui intègre à la fois la dimension projet, la dimension fonctionnelle et la dimension hiérarchique.

Ainsi, les concepts de « parcours », de « dispositif », de « transversalité », sont perceptibles à travers l'organisation déployée dans un organigramme matriciel (Cf. Annexe n°2).

2.6.2. La sécurité des personnes accueillies

L'IEM satisfait aux normes de sécurité en vigueur et se trouve régulièrement soumis aux contrôles de la part des services habilités.

Les enfants, adolescents et adultes accueillis sont encadrés en permanence par des professionnels et sont placés sous la surveillance de l'IEM. Une assurance responsabilité civile est souscrite par l'établissement et par les parents de chaque jeune.

L'encadrement est adapté en fonction de chaque jeune : selon sa capacité d'autonomie dans les déplacements, ses capacités de discernement, la prise en compte des règles de sécurité, ...

Les projets de certains adolescents ou des adultes peuvent parfois impliquer des temps sans encadrement de proximité. Dans ces cas, une autorisation parentale écrite est fournie pour les mineurs et une information est systématiquement faite aux parents des majeurs.

Le personnel de l'IEM se montre vigilant à tout risque d'atteinte physique ou morale des enfants et des adolescents, tant du fait de leurs pairs, des adultes que de leur propre fait ou de celui de l'environnement.

Des feuilles de présence sont tenues quotidiennement.

En cas d'urgence, un cadre peut être sollicité à tout moment.

Des formations aux gestes de premiers secours et aux manipulations des extincteurs sont régulièrement mises en place.

2.6.3. La mise en place des procédures « plan bleu »

Conformément à la circulaire de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) du 14 juin 2007, l'IEM met en place les mesures préconisées dans le cadre des « plans bleus ».

Élaboré sous la responsabilité du directeur et transversal à l'ensemble des services du Pôle Médico-Social, le plan bleu est un outil de gestion qui permet :

- *D'anticiper les conséquences d'un risque qui a été identifié,*
- *D'améliorer la réactivité en cas d'alerte,*
- *De réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux l'organisation et préserver ainsi de façon optimale le bien-être et la santé des personnes.⁴*

Le suivi du plan bleu est effectué par un groupe de travail transversal qui se réunit 3 fois par an environ afin de procéder à la mise à jour des documents et mettre en œuvre les nouveaux protocoles.

Pour animer la démarche, ponctuellement, des actions de sensibilisation en direction des professionnels et des usagers sont menées (sensibilisation aux risques liés au soleil, aux risques routiers et animation mensuelle par voie d'affichage).

En collaboration régulière avec la médecine du travail, des actions de formation et de sensibilisation sur des thématiques spécifiques sont mises en œuvre :

- Sensibilisation au travail de nuit
- Ergonomie pour les postes administratifs
- Le bruit, la poussière, etc.

Enfin, l'IEM réalise des exercices d'évacuation en cas d'incendie en lien avec les pompiers de la caserne de Saint-Hilaire.

Présenté sous forme ludique, cet exercice permet aux enfants, adolescents et adultes d'échanger avec les pompiers, de visiter la caserne, d'essayer les équipements.

⁴ ARS, gestion des crises sanitaires, plan bleu dans les établissements médico-sociaux.

2.7. L'ouverture de l'IEM à et sur l'environnement

Documents de référence : les RBPP de décembre 2008 « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » et de mars 2018 « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap ».

Les réseaux de partenaires

Secteurs	Partenaires
Scolaire	Éducation nationale, référent des équipes de suivi de la scolarisation, directeur et enseignants de l'école maternelle et primaire Beauséjour, du collège, lycée agricole, MFR...
Insertion professionnelle	Directeurs et responsables des entreprises des différents lieux de stage (Super U, Emmaüs, banque alimentaire...). ESAT de Pontmain
Social	Assistants de service social, tuteur, curateur, jeunesse et sport, municipalité de Saint-Hilaire
Sanitaire et médico-social	Centre d'Action Médico-social Précoce (CAMSP) Avranches et Fougères ; centre de Médecine Physique et de Rééducation de Flers ; professionnels libéraux du secteur : orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, SEM de Laval, IEM de Saint-Lô,
Loisirs et culture	ALSH, Comité Handisport

La qualité des relations partenariales est un enjeu majeur pour la construction des projets personnalisés. Ces deux dernières années, entre l'augmentation du nombre de prescriptions et le déficit de professionnels paramédicaux sur le territoire, les partenariats avec les professionnels libéraux se sont multipliés. Certains professionnels se déplacent et interviennent dans les locaux de l'IEM mais de plus en plus souvent nous sommes amenés à gérer les déplacements vers les cabinets des professionnels. Pour garantir et maintenir l'interdisciplinarité, l'IEM porte une attention particulière à la fréquence et la régularité des échanges avec les praticiens libéraux :

- Rencontre annuelle minimum,
- Échanges téléphoniques réguliers avec le coordinateur projet et/ou l'infirmière,
- Rédaction d'un bilan annuel.

Les professionnels de l'IEM, du PMS ou de l'ADSEAM apportent leur contribution par le biais de diverses commissions ou instances de travail du territoire :

- ➡ Le Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH)
- ➡ La COMmission EXécutive de la MDPH (COMEX)

- La Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) au sein de la MDPH (MDA pour la Manche).
- Les équipes pluridisciplinaires de la MDPH
- La Maison des ADOlescents (MADO)de la Manche et ses groupes de réflexion par territoire
- L'observatoire des données médico-sociales ; participation aux enquêtes régionales
- Commissions municipales sur l'accessibilité de la ville de Saint Hilaire ; participation aux réflexions pour l'accessibilité des lieux publics (Médiathèque, cinéma, certains commerces...).

En lien avec l'accompagnement d'enfants, d'adolescents avec des pathologies évolutives, l'IEM organise des rencontres régulières avec les réseaux de santé régionaux :

- Association la Brise, Réseau de Santé Bretagne,
- Association la Source, Réseau de Santé Normandie,
- Informations et sensibilisations spécifiques : myopathie, leucodystrophie, ...

3. Le management des ressources

3.1. Les ressources humaines

L'organigramme de l'IEM est défini dans le CPOM :

	ETP	
Encadrement	0.89	Chefs de services – Directeur -
Service administratif	0.88	Secrétaire – comptable –économe -
Service éducatif (enfant/jeunes et encadrant de nuit et coordinateur projet)	9.04	Educatrices spécialisées Educatrice de jeunes enfants Monitrices éducatrices Aides-soignants–
Service paramédical - soins	2.57	Kinésithérapeute – ergothérapeute- infirmiers – orthophoniste -
Service projet	0.5	
Services généraux	1.33	Agents de service intérieur
TOTAL	14.71	

3.1.1. Les EPE et les EP

Dans le cadre d'une politique associative de GPEC, l'ensemble des salariés bénéficient d'entretiens professionnels d'évaluation. Ces entretiens représentent une opportunité et un atout important, tant pour chacun des salariés que pour le développement de la qualité, la conduite des projets et la bonne gestion des ressources humaines.

Par ailleurs, la loi du 5 mars 2014, réformant la formation professionnelle a introduit l'obligation des entretiens professionnels pour chacun des salariés, dans toute entreprise, tous les 2 ans, puis un bilan tous les 6 ans.

Ainsi, chaque professionnel de l'ADSEAM bénéficie d'un entretien professionnel d'évaluation et d'un entretien professionnel.

3.1.2. La formation professionnelle continue

Elle est un levier incontournable de l'adaptation des pratiques et des postes de travail à l'évolution des populations accompagnées, aux évolutions règlementaires et législatives, à l'évolution des autorisations.

La formation professionnelle vise deux objectifs :

- Permettre aux professionnels d'accéder à des compétences complémentaires à travers des formations individuelles, dans la perspective d'améliorer l'accompagnement des usagers.

- Développer les références collectives, institutionnelles, éthiques, à travers des formations collectives qui concernent les professionnels d'une équipe, d'un corps de métier.

Les perspectives pour la période 2019 - 2023

- Appréhender la formation de façon pluriannuelle afin de pouvoir répondre à nos obligations de formation.
- définir des priorités dans le cadre des évolutions prévisibles / souhaitables de l'organisation : au regard des constats et des besoins (place du référent, référentiel d'évaluation, etc.) et au regard de l'évolution des politiques publiques dans le champ médico-social (inclusion scolaire, SERAFIN-PH, etc.).

3.1.3. Mobilité

La mobilité est favorisée entre les 3 pôles de l'association. Elle se traduit par :

- Une mobilité entre les établissements et services lors des recrutements de CDI.
- Une mobilité entre les établissements et services pour les remplacements (au-delà de 15 jours).
- Une mobilité entre les équipes d'un même établissement ou service

3.1.4. Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)

*L'Évaluation des Risques Professionnels (EvRP) consiste à identifier les risques auxquels sont soumis les salariés d'un établissement, en vue de mettre en place des actions de prévention pertinente couvrant les dimensions techniques, humaines et organisationnelles.*⁵ Les risques sont formalisés au sein d'un document régulièrement mis à jour appelé « DUERP ».

⁵ INRS, santé et sécurité au travail, www.inrs.fr

3.2. Les ressources matérielles et financières

3.2.1. Les locaux

L'IEM déploie son activité sur 2 sites à Saint-Hilaire-du-Harcouët :

➤ L'unité de jour, située Rue de Lapenty



➤ Un lieu de vie pour l'hébergement du groupe des jeunes situé dans un quartier résidentiel



Pour les jeunes, les locaux sont appréhendés comme un des moyens de la mise en œuvre d'un projet. C'est ce dernier qui prévaut, et selon les besoins et les intentions éducatives énoncés, on détermine les supports et les médiations utiles et nécessaires. Ainsi, le lieu d'hébergement offre des opportunités éducatives différentes en termes de socialisation et c'est sur cette base que les bâtiments seront « utilisés ».

3.2.2. Les équipements (dont parc automobile, ateliers, classes, etc.).

Le déploiement du projet d'établissement et de l'ensemble des projets personnalisés nécessitent, au-delà des moyens humains, une gestion rationnelle des équipements. La quasi-totalité de ces derniers sont sous la responsabilité du chef de service « administration et services généraux », service transversal du pôle médico-social.

Le territoire du sud-Manche est faiblement pourvu en moyens de transport : pas de train (ou des trajets excessivement chronophages) ; réseau de bus scolaires avec dessertes restreintes pendant les périodes de vacances scolaires. Aussi, tout déplacement nécessite l'utilisation d'un véhicule, la mobilisation d'un chauffeur (ou d'un éducateur), et le recours aux taxis est récurrent (et coûteux).

4. La dynamique d'amélioration continue

4.1. Le fonctionnement de la démarche

Depuis plusieurs années, l'IEM s'engage dans une dynamique d'amélioration continue impliquant les professionnels ainsi que les personnes accompagnées et leurs familles.

L'établissement s'inscrit dans la politique qualité de l'ADSEAM qui est de faire de l'obligation légale de mettre en place une démarche qualité une véritable opportunité d'amélioration continue des pratiques.

Cette politique qualité est définie dans le **manuel qualité** associatif au sein duquel sont également décrits la méthodologie et les outils à utiliser pour mettre en œuvre cette démarche au sein de l'ensemble des établissements et services de l'ADSEAM.



Comment cela se traduit-il au sein de l'IEM ?

- Par un plan d'action élaboré chaque année pour l'IEM définissant les actions à mettre en place.



- Par la participation du chef de service de l'IEM et d'un représentant non cadre de l'IEM au sein du comité de pilotage en charge de présenter en début d'année le plan d'action des différents établissements et services du pôle médico-social et d'en faire le bilan en fin d'année.
- Par le suivi du plan d'action de l'IEM en cours d'année réalisé par le chef de service de l'IEM lors du conseil de direction du PMS.

La démarche qualité est alimentée par :

✿ **Les évaluations externes**

Elle a eu lieu en 2012 et a permis le renouvellement de l'autorisation de l'IEM. La prochaine évaluation externe aura lieu en 2023.

✿ **Les évaluations internes**

La première évaluation interne s'est déroulée sur 2007/2008 et la prochaine est prévue sur 2019/2020.

✿ **Le projet d'établissement**

✿ **Les fiches actions du CPOM 2017 - 2021**

Une dynamique de réflexion à laquelle participe l'IEM est également engagée au sein du pôle médico-social. Elle se traduit par la mise en place d'un groupe de travail travaillant sur une recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, récemment fusionnée avec la Haute Autorité de Santé. Il est composé d'au moins un représentant par établissement ou service du PMS. A l'issue de ce travail, des propositions d'amélioration sont formulées et sont soumises au conseil de direction du PMS pour validation.

Ces différents outils que sont les évaluations, les projets et le groupe ANESM sont des moments permettant d'échanger, de réfléchir et d'évaluer les pratiques professionnelles. Ils permettent de poser des constats et de définir des axes d'amélioration.

Les documents qualité (manuel qualité, rapport d'évaluation externe, rapport d'évaluation interne, plans d'action, ...) sont accessibles au sein de la plateforme documentaire.

Les perspectives pour la période 2018 - 2022

- Réaliser l'évaluation interne de l'IEM
- Travailler sur la thématique de l'éthique dans le cadre du groupe de réflexion du PMS
- Alimenter le plan d'action par les propositions d'amélioration issues du groupe de réflexion du PMS

4.2. Les perspectives à 5 ans pour l'IEM

LE MANAGEMENT DES RESSOURCES		
Objectifs	Actions	Délais
Renforcer et développer les compétences des professionnels en matière d'accompagnement des personnes avec des pathologies évolutives.	<p>Systématiser les temps d'informations et de formation avec les réseaux ressources : Association la Brise (soins palliatifs), Association AFM (myopathie), Association ELA (leucodystrophie)....</p> <p>Réaliser et/ou mettre à disposition des documents ressources, repères et indicateurs pour les professionnels sur les pathologies évolutives.</p>	2021
Développer la compétence des professionnels en matière d'appui à la fonction éducative des parents.	<p>Développer de nouvelles stratégies d'intervention auprès des familles et définir en équipe interdisciplinaire les modalités d'intervention. Partager des temps de formations/d'informations entre les familles et les professionnels. (Monsieur Piriou – Juriste)</p> <p>Poursuivre les temps de rencontre entre les parents et développer les solidarités entre eux.</p>	2021
Poursuivre les entretiens d'évaluation et professionnels et les entretiens séniors.	Mettre en place au moins un entretien par an et par salarié (alternance entretien professionnel et entretien d'évaluation).	2019-2023 (en continu)

LA PRESTATION DE SERVICE A LA PERSONNE		
Objectifs	Actions	Délais
Actualiser la méthodologie de Projet Personnalisé et le référentiel de capacités (objectif transversal au PMS)	<p>Constituer un groupe de pilotage</p> <p>Evaluer la méthodologie</p> <p>Clarifier les rôles et responsabilités de chacun</p> <p>Réaliser des tableaux de bords avec indicateurs de suivi des médiations éducatives et paramédicales ;</p> <p>Actualiser les documents parcours de la personne</p> <p>Actualiser le référentiel de compétence et le mettre en lien avec SERAFIN-PH</p> <p>Renforcer l'appropriation par tous les professionnels</p>	2019-2021
Actualiser les outils du projet personnalisé (objectif transversal au PMS)	<p>Harmoniser les outils du projet personnalisé</p> <p>Améliorer des outils d'évaluation – les simplifier</p> <p>Simplifier les plans de service, renforcer l'appropriation par l'ensemble des intervenants.</p> <p>Systématiser les comptes rendus d'intervention / d'ateliers éducatifs.</p>	2019-2023
Recueillir et prendre en compte les avis des parents et des personnes	Pérenniser les espaces et temps de paroles.	2020-2023

accompagnées. Renforcer la participation des personnes accompagnées. Développer l'autodétermination et l'expression des choix et des souhaits.	Développer l'expression non verbale, mettre en place un langage non verbal commun à tous. Développer des outils de recueil d'avis. Réaliser un questionnaire auprès des familles. Systématiser l'usage de pictogrammes sur les affichages. Systématiser les comptes rendus d'échanges, demandes, temps d'expression et les évaluer une fois par an. Réaliser un questionnaire auprès des personnes accueillies tous les deux ans.	2020-2023
Harmoniser la gestion des dossiers des usagers.	Systématiser les dossiers uniques de liaison. Mettre à jour la procédure de consultation. Appropriation par les équipes (dossier informatisé de l'utilisateur).	2020-2021
Renforcer la communication sur les droits des usagers.	Créer des supports d'information en lien avec les droits des usagers, adaptés aux âges et aux capacités des usagers. Les relayer régulièrement par groupe d'âge.	2020-2021
Enrichir l'accompagnement des plus de 17 ans ; préparer et accompagner les changements d'orientation. Capitaliser et développer le réseau de partenaires notamment dans le secteur préprofessionnel et professionnel	Renforcer les stages, les accompagnements préprofessionnels et professionnels. Développer l'ouverture et la rencontre avec d'autres établissements. Construction d'un fichier de partenaires avec les professionnels référents.	2019-2023
Permettre de poursuivre la scolarité après 16 ans.	Rencontrer les référents de scolarité ; Réactiver les partenariats avec les centres de formation et dispositifs scolaires existants.	2020
Pérenniser les classes à l'école primaire et au collège.	Formaliser une convention avec l'Education nationale pour les classes externalisées.	2019
Actualiser les outils de la loi 2002	Réviser le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil et les contrats de séjour ou DIPC. Adapter le contenu à la compréhension de toutes les tranches d'âges et le rendre accessible aux non lecteurs.	2022

LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE		
Objectifs	Actions	Délais
Préparer une nouvelle évaluation interne.	Composer les groupes de travail. Mettre en place des temps de formation/sensibilisation collectifs. Mise en œuvre de l'évaluation interne.	2020
Travailler sur la thématique de l'éthique dans le cadre du groupe de réflexion du PMS	Composer les groupes de travail transversaux Formaliser une synthèse et diffuser à l'ensemble des salariés	2019-2020



Alimenter le plan d'action par les propositions d'amélioration issues du groupe de réflexion du PMS	Diffuser des synthèses à l'ensemble des professionnels. Rappeler les plans d'actions dans le document de rentrée	2019-2023
--	---	------------------

Annexes

Annexe 1

Calendrier des réunions de l'IEM

Type de réunion	Fréquence	Animation	Participants	Durée	Objectifs
Réunion éducative moins de 16 ans	Hebdomadaire	Chef de service IEM	Intervenants éducatifs moins de 16 ans	1h	Questions relatives à l'organisation du service, validation des projets. Diffusion des informations institutionnelles (pôle ou associatives) Echanges sur les postures et pratiques professionnelles.
Réunion éducative 16 ans et plus	Hebdomadaire	Chef de service IEM	Intervenants éducatifs moins de 16 ans	1h	Questions relatives à l'organisation du service, validation des projets. Diffusion des informations institutionnelles (pôle ou associatives) Echanges sur les postures et pratiques professionnelles.
Coordination mise en œuvre des projets	Hebdomadaire	Coordina- teur(trice) des projets	Equipes pluridisciplinaire Moins de 16 ans CDS IEM	1h	Retour des consultations orthopédiques. Retour de la réunion mise en œuvre, définitions des postures communes. Actualités des enfants, échanges sur les situations problématiques- Retour sur les groupes de travail transversaux. Coordinations classe/éducatif/soins-

Coordination projets	Tous les 15 jours	CDS plateforme projet	CDS plateforme projet/IEM CDS plateforme soins Coordinateurs des projets	1 h	Informations individuelles enfants-situations familiales – Articulation besoins soins et rééducations /moyens.
Coordination transports – entretien des locaux	1 fois par mois	CDS IEM	Secrétaire Agent d'entretien	1h	Ajustement des transports. Organisation de l'entretien des locaux. Informations relatives au fonctionnement de l'IEM.

Réunion projet	1 fois par an	Coordina- teur(trice) des projets	Parents-enfant Réfèrent éducatif – soin et enseignant	1h	Retour de l'évaluation initiale de l'enfant. Evaluation des objectifs globaux du plan de services - Co- construction du nouveau projet.
Réunion mise en œuvre du projet	1 fois par an	Coordina- teur(trice) des projets.	Equipes pluridisciplinaire- réfèrent éducatif –scolaire et soins de l'enfant.	1h	Construction des stratégies et des modalités d'intervention pour répondre aux objectifs du projet. Elaboration du plan de service
Réunion bilan intermédiaire	Chaque fin de trimestre	Chef de service	Tous les intervenants de l'IEM	2h	Point sur le trimestre écoulé- présentation et validation des projets à venir (éducatif/soins/scolaire)
Réunion bilan	1 fois par an en juillet	Chef de service	Tous les intervenants de l'IEM	3h	Evaluation des points forts et points faibles de l'année écoulée- définition d'axes de travail -
Réunions de pré-rentree et de rentrée	Fin juillet et septembre	Chef de service	Tous les intervenants de l'IEM	2 ½ journées	Synthèse des axes de travail de chaque enfant-adolescent- adulte-

					<p>Constitution des groupes d'appartenance – Définition des rythmes d'accueil – validations des interventions (éducatives –soins-scolaires) Répartition des besoins Axes de travail PMS – Informations associatives -</p>
Réunions ESS	1 fois par an	Référent ESS	Parents- enfant Educateur référent – coordinateur projet – enseignant-	1h	<p>Evaluation de la scolarité de l'enfant Synthèse des observations et des besoins de l'enfant.</p>
Analyse des pratiques	3 fois par an	Psychologue extérieure	Equipe éducative ergothérapeute	2h	<p>Echanges sur les pratiques professionnelles et les sur les difficultés rencontrées.</p>

Annexe 2

Organigramme hiérarchique et fonctionnel du CRIIP – Décembre 2018

