

## Les IME : Qui sont-ils ? Où vont-ils ?

Les IME, instituts médico-éducatifs, constituent la catégorie d'établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés la plus représentée.

Ces établissements se situent aujourd'hui dans un paysage en recomposition permanente qui exige sans cesse de nouvelles adaptations pour répondre au contexte réglementaire, à la demande des familles, à la nécessaire ouverture sur l'extérieur, à de nouvelles pratiques, à des injonctions diverses...

Cette présentation se propose de dresser le portrait actuel de ces établissements au travers de l'offre d'accompagnement mise en œuvre, des profils des jeunes accueillis ainsi que des évolutions qui se dégagent sur les dernières années.

Deux sources été explorées et valorisées :

- L'enquête ES conduite tous les 4 ans<sup>1</sup> par la DREES, service d'études et de recherche du Ministère de la Solidarité, auprès de l'ensemble du secteur médico-social, qui permet une approche quasi-exhaustive des IME sur de nombreuses caractéristiques de leur offre, des publics et des personnels. C'est de là que sont extraites les données nationales qui sont présentées et permettront aux professionnels des IME de resituer leur établissement dans le contexte national
- Une enquête<sup>2</sup>, dont s'est autosaisi le CREAHI d'Aquitaine dans le cadre de la préparation de ces 1ères rencontres des IME, et qui explore des aspects plus qualitatifs : adéquation de l'agrément avec les besoins des publics accueillis, contraintes de l'environnement, partenariats multiples, attentes et difficultés...

L'équipement aquitain dans sa diversité (implantation urbaine et rurale, capacité d'accueil – s'échelonnant entre 20 et 120 places, structures associatives et structures publiques, pluralité des modes d'accueil et des publics reçus) nous a paru suffisamment représentatif pour pouvoir tirer des enseignements recueillis dans le cadre de cette enquête.

A partir de l'ensemble de ces données<sup>3</sup>, peut être proposé un diagnostic qui montre comment, à partir de la confrontation entre leur réalité et les besoins à satisfaire, les IME tentent de relever les enjeux en déployant une nouvelle offre entre diversification, spécialisation et personnalisation des réponses.

**Bénédicte MARABET**  
**Responsable Pôle Etudes et Observation du CREAHI d'Aquitaine**

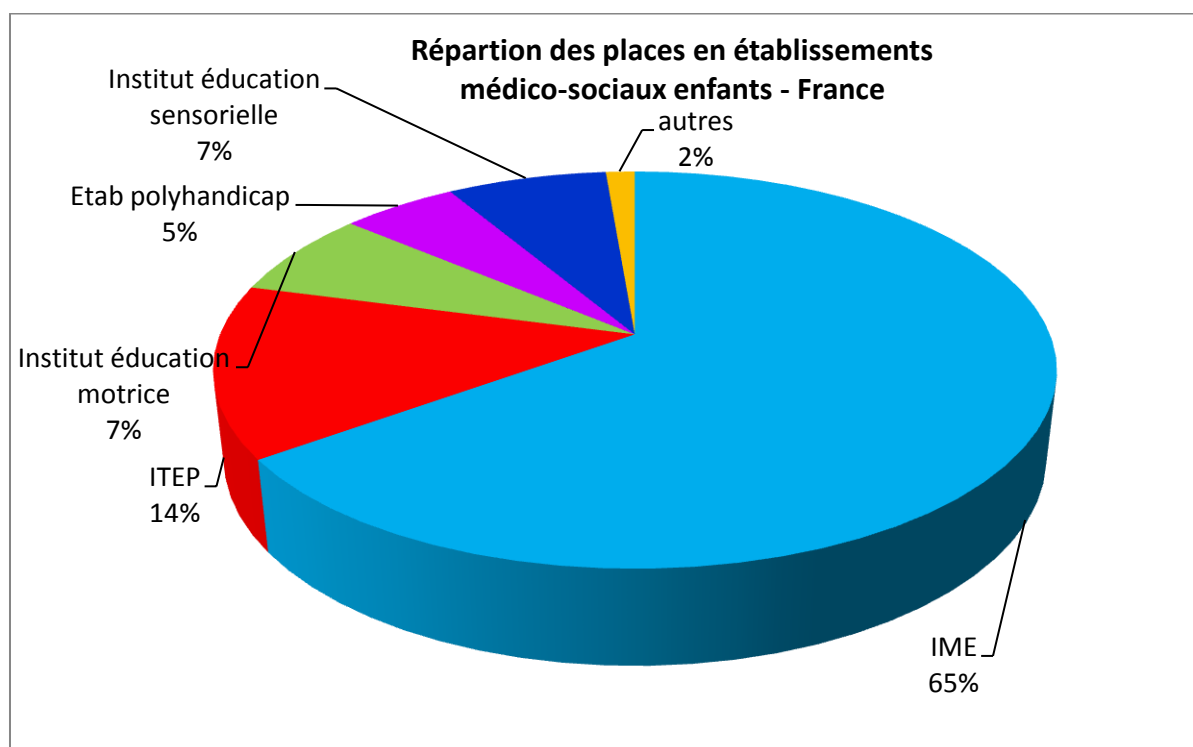
---

<sup>1</sup> Les dernières données exploitables datent du 31/12/2010, la précédente édition remonte au 31/12/2006.

<sup>2</sup> Enquête conduite par voie postale à l'automne 2012 auprès des 55 IME aquitains sur la base d'une grille construite par le CREAHI et validée par le comité de préparation de ces journées (taux de couverture de cette enquête : 74%)

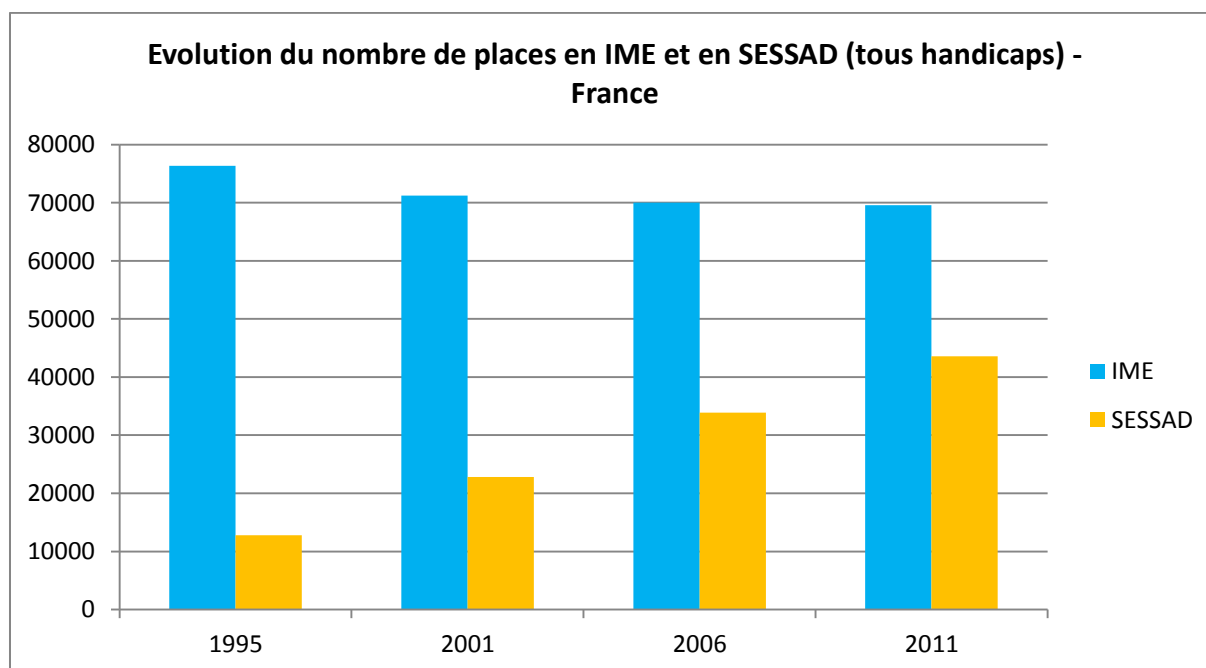
<sup>3</sup> Il sera fait mention tout au long de cet article du niveau dont sont issues les données présentées, national ou régional.

Parmi les établissements de l'éducation spéciale, les IME sont les plus nombreux : plus de 1.200 IME fonctionnent en France proposant près de 69.600 places. Cette offre représente près des deux tiers de la capacité d'accueil total des établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés.



Sources : STATISS – DREES ES 2010 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

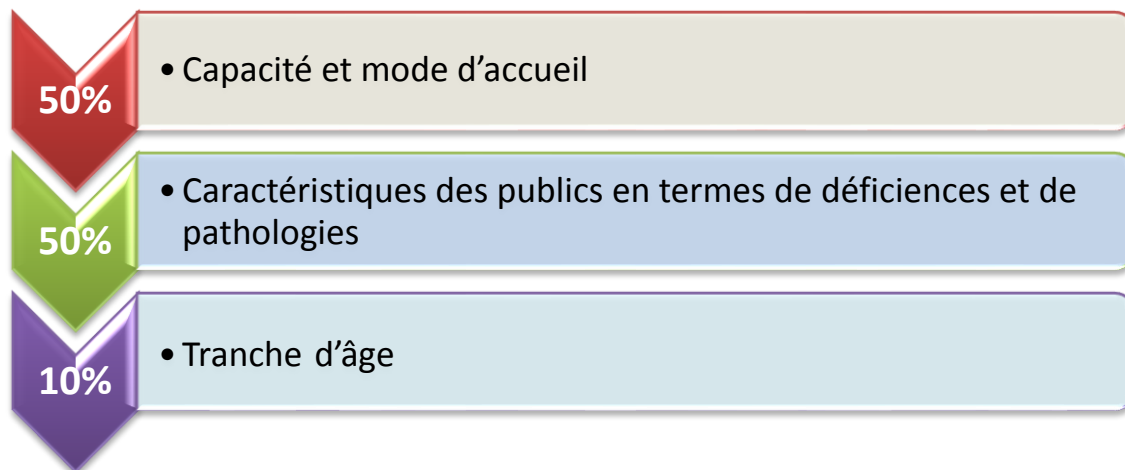
Si l'offre en SESSAD (tous types de handicaps ou de déficiences confondus) n'a cessé de croître depuis la création de ce mode d'accompagnement, en particulier depuis le milieu des années 90, on peut noter dans le même temps une légère érosion de la capacité en IME mais qui reste tout à fait mineure.



Sources : STATISS – DREES – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Dans le cadre de l'enquête régionale, les IME aquitains ont été interrogés sur l'adéquation de leur agrément par rapport aux jeunes qu'ils accueillent. Près des trois quarts estiment que ces agréments sont en décalage avec les caractéristiques et à les besoins de ces publics.

### Quels aspects de l'agrément des IME ne sont pas adaptés au public reçu ?



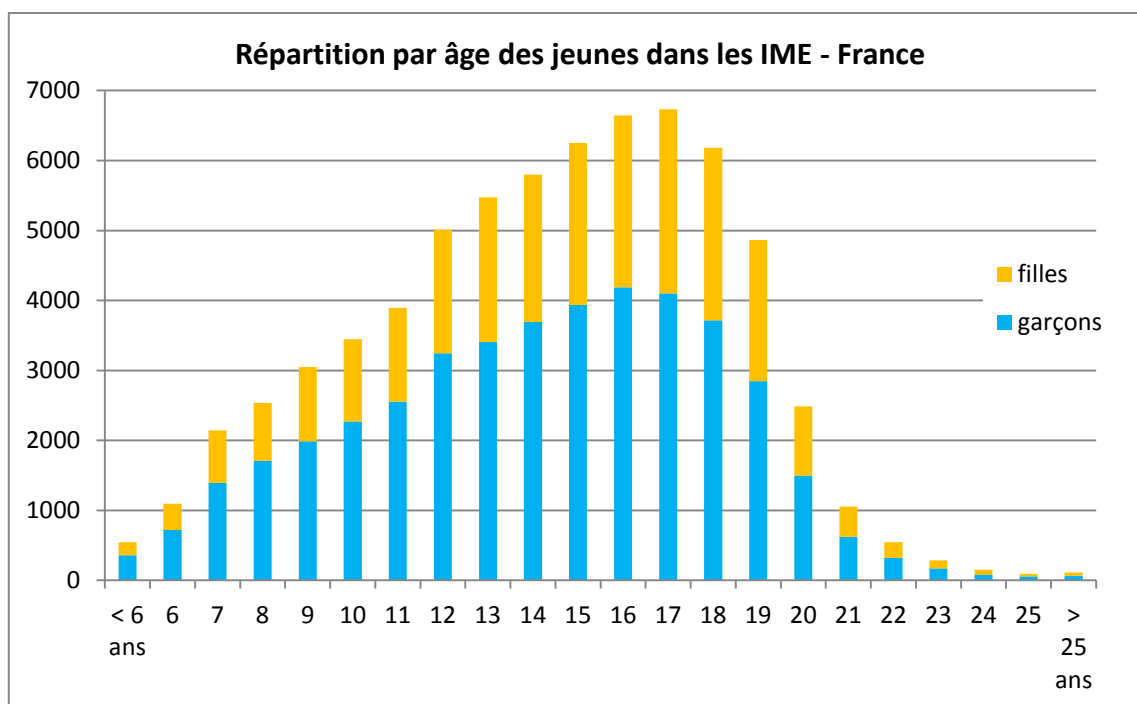
Sources : enquête IME aquitains 2012-2013 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

*Note de lecture* : 50% des IME estiment que leur agrément en termes de capacité et modes d'accueil n'est plus adapté

### L'âge

Pour une minorité d'IME, 10%, la tranche d'âge agréée n'est pas en accord avec les besoins repérés.

Les agréments concernant l'âge dans les IME sont, d'une façon générale, larges et vont de 6 à 20 ans<sup>4</sup>.



Sources : DREES ES 2010 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

<sup>4</sup> Rappel : les IMP, instituts médico-pédagogiques, sections des IME, sont positionnés sur les 6-14 ans

La répartition des jeunes présents en IME par sexe et âge appelle plusieurs commentaires :

- une surreprésentation masculine : 63% pour 37% de filles. Cette surreprésentation va en se renforçant au fil des enquêtes ES, elle peut être notamment en lien avec la montée en force des jeunes autistes dans les IME, population pour laquelle le sex ratio est très déséquilibré (3 à 4 garçons pour 1 fille).
- Les grands adolescents et les jeunes majeurs, soit les 16 ans et plus, sont de plus en plus nombreux : 38% en 2001, 40% en 2006 et 43% en 2010.

Quelques ajustements de l'agrément concernant l'âge sont parfois jugés souhaitables et sont centrés sur les âges limites :

- âge minimal : passer de 4 à 6 ans. Peu d'IME sont concernés. Les enfants moins de 6 ans dans les IME sont caractérisés souvent des situations lourdes avec la nécessité d'une prise en charge très médicalisée que ces structures sont en général peu à même de mettre en place, faute d'un plateau technique adéquat.
- âge maximal : passer de 20 à 22 ans afin de pouvoir s'accorder davantage de temps pour accompagner les jeunes sous amendement Creton (cf. encadré ci-dessous).

La question de l'âge amène inévitablement à parler de celle des **jeunes sous amendement Creton**. L'enquête ES aborde ce point mais uniquement sous l'aspect de leur dénombrement sans répertorier les types d'orientation dont ont fait l'objet les jeunes concernés. Globalement, au niveau national, 7% de la population des IME bénéficient de cet amendement et ce phénomène va en s'accroissant (3% en 2001 et 5% en 2006). La structure par âge des présents dans ces établissements montre que la pression va aller croissante.

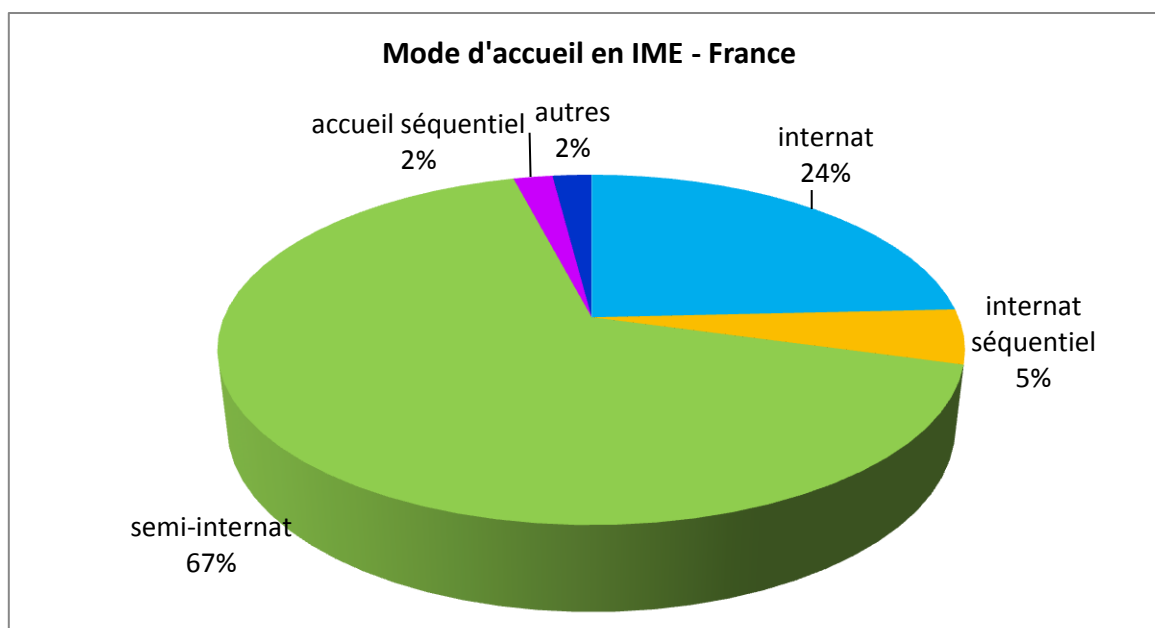
La quasi-totalité des IME (90%) ayant un agrément allant jusqu'à 20 ans est confrontée à cette difficulté. En Aquitaine, trois groupes se dessinent : 40% attendent une place en ESAT, 40% en foyer occupationnel, 20% en FAM/MAS. Toutefois, ces données nécessitent d'être affinées au moins en terme de modes de prise en charge (accueil de jour, accueil à temps complet, accompagnement type SAVS ou SAMSAH pour les travailleurs d'ESAT) ainsi qu'en fonction du public (autisme, handicap psychique, déficience intellectuelle avec troubles associés).

Enfin, certains IMP (instituts médico-pédagogiques) qui ont un agrément 6-14 ans s'interrogent sur la cohérence d'un âge maximal de 14 ans face à l'obligation de scolarisation jusqu'à 16 ans.

### **Le mode d'accueil**

La grande majorité des IME propose plusieurs modalités d'accueil différentes et cette volonté de diversification s'affirme de plus en plus. Ainsi, à côté des formes traditionnelles d'internat ou de semi-internat (qui sont quand même mobilisées pour 90% des jeunes), se développent des modalités alternatives plus souples et permettant des approches plus personnalisées, c'est notamment le cas de l'internat séquentiel.

Signalons par ailleurs que plus de 9% des jeunes, quand ils ne sont pas hébergés dans l'IME, sont accueillis en famille d'accueil (cette proportion augmente, montrant la complexité des situations y compris sur le plan socio-familial).



Sources : DREES enquête ES 2010 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

La moitié des IME<sup>5</sup> estime que leurs modalités d'accueil doivent évoluer pour mieux répondre aux besoins des jeunes qui leur sont adressés.

Les évolutions attendues s'expriment **en termes de diversification et de rééquilibrage de l'offre existante** :

- des IME ayant des sections d'internat importantes souhaitent une baisse de leur capacité au profit d'autres modalités d'accueil (ce qui permettrait de mieux prendre en compte la volonté des familles qui attendent des réponses de proximité, volonté également prise en compte par les CDAPH dans leur notification : 93% des jeunes sont accueillis dans un IME implanté dans leur département de résidence),
- le mouvement de transformation des places d'internat de semaine en places d'internat modulé/séquentiel, déjà à l'œuvre doit être poursuivi,
- des réorganisations des internats collectifs vers de l'hébergement éclaté (type chambres en ville ou villa pour grands adolescents) sont à proposer pour travailler sur l'autonomie des plus grands et dissocier les groupes d'âge au sein de la structure principale.
- des IME sans internat souhaiteraient pouvoir disposer de quelques places (en particulier pour des enfants autistes pour lesquels l'offre en internat est moindre, notamment en raison de l'insuffisante formation des personnels assurant les nuits pour pouvoir gérer des comportements-problèmes)
- toujours dans ce souci de diversification, on observe une demande croissante de places de placement familial spécialisé et dans une moindre mesure, d'accueil temporaire
- enfin, des créations de SESSAD sont aussi souhaitées localement pour compléter un maillage territorial.

Le plus souvent, ces projets envisagés par redéploiement de places existantes mais pour 20% des projets, l'augmentation de la capacité totale d'accueil est jugée nécessaire<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Il s'agit des IME aquitains

<sup>6</sup> Certains IME évoquent aussi l'opportunité que constituent les GCSMS (groupement de coopération sociale et médico-sociale) en permettant d'offrir sur un même territoire toute une palette d'offres, pas nécessairement mises en œuvre à partir d'un même structure mais susceptibles d'être mobilisées pour les usagers de ce territoire en fonction de leurs besoins.

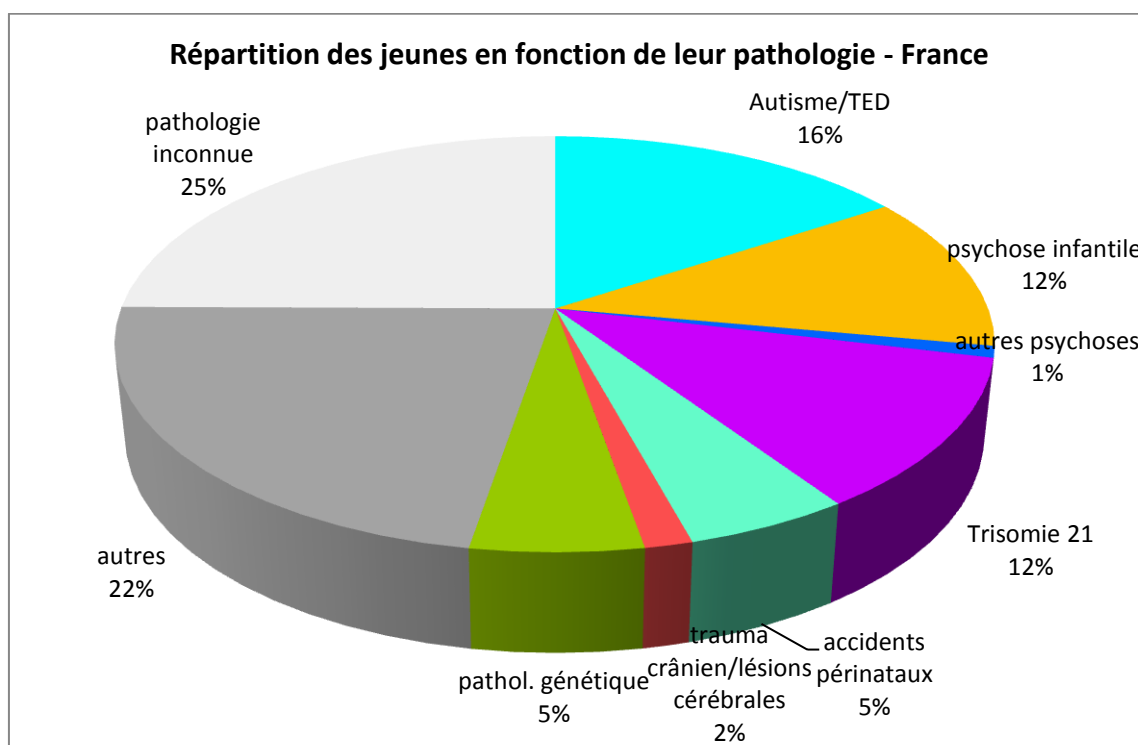
Concernant la capacité d'accueil globale des IME, quelques constats peuvent être faits :

- les IME fonctionnent « à plein » et sont remplis à plus de 100%. Cette sur-occupation reste constante dans le temps (notons, en outre, les IME sont les plus concernés parmi les établissements médico-sociaux pour enfants ainsi que dans une moindre mesure les SESSAD et les instituts d'éducation sensorielle).
- des listes d'attente existent dans la quasi-totalité des IME et représentent 10 à 15% des capacités d'accueil<sup>7</sup>. Des tensions un peu plus marquées sont observées dans les structures agréées TED/autistes.

Rappel : Des perspectives de créations de places en IME peuvent être identifiées au travers des programmes nationaux pluriannuels 2008-2014.

- 1.000 places pour enfants déficients intellectuels (l'ensemble de ce programmé a été notifié au 31/12/2012),
- 1.500 places pour enfants autistes en IME (64% des places notifiées au 31/12/2012).

## Pathologie et déficiences



Sources : DREES enquête ES 2010 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

L'enquête ES, pour appréhender la question de la pathologie, utilise une grille qui présente plusieurs limites :

- les items proposés ne couvrent pas une part importante de la population en IME : 22% des usagers se retrouvent en « autres pathologies » sans plus de précision
- la catégorie psychose infantile<sup>8</sup>, qui n'est pas reconnue dans la CIM (classification internationale des maladies), est source de confusion, elle recouvre en effet une

<sup>7</sup> Il s'agit d'une estimation faite pour l'Aquitaine et qui doit être considérée avec prudence pour plusieurs raisons : des enfants sont inscrits sur plusieurs listes d'attente, des enfants ayant trouvé une solution ne sont pas sortis immédiatement des listes, des IME ne tiennent pas de listes...

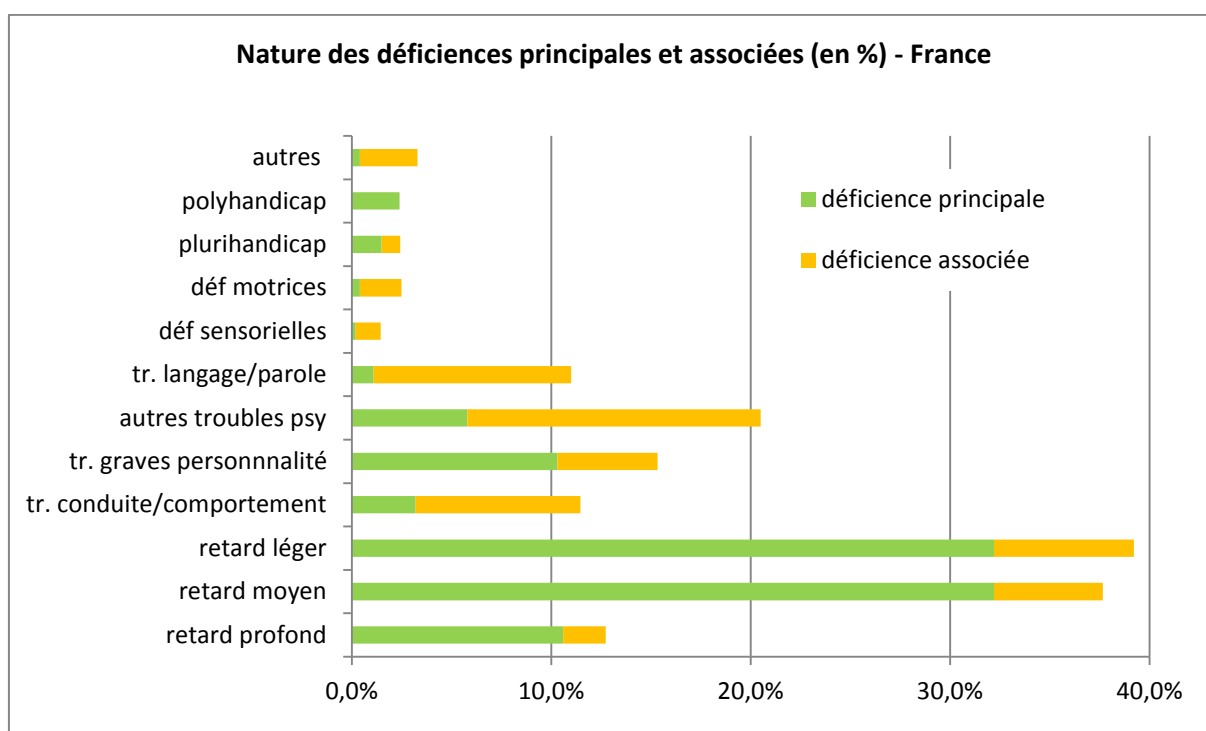
<sup>8</sup> Dénomination issue de la CFTMEA, classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents

partie des publics autistes, ceux pour lesquels un diagnostic d'autisme atypique est porté<sup>9</sup>.

Par ailleurs, pour un quart des enfants la pathologie est « inconnue ou non identifiée ». Dans cette catégorie sont à la fois comprises des situations d'absence de diagnostic médical, faute de médecin ayant pu le faire, mais aussi des situations où aucune pathologie n'a pas pu être formellement identifiée en dépit d'investigations médicales.

Pour les diagnostics connus, on constate que le pourcentage d'enfants autistes ou souffrant d'autres troubles envahissants du développement (TED) est en hausse à chaque enquête ES : 5% en 2001, 10% en 2006 et donc 16% en 2010.

A ce pourcentage, il convient donc de rajouter une partie des « psychoses infantiles ». On peut estimer qu'il y a donc autour de **20% de jeunes avec des TED dans les IME alors que 7% des places seulement sont agréées TED dans ces établissements.**



Sources : DREES enquête ES 2010 – exploitation : CREAHI d'Aquitaine

- Pour 60% des jeunes, au moins 2 déficiences sont identifiées, ce qui témoigne de la diversité et de la complexité des situations.
- Près de la moitié d'entre eux ont des troubles du psychisme (dont 19% en déficiency principale).
- Un peu plus de 10% du public des IME n'a pas de déficiency intellectuelle.

Les IME font ainsi le constat qu'ils accueillent des jeunes sur une palette de pathologies et déficiences beaucoup plus large que ce que prévoit leur agrément, voire parfois carrément en décalage avec cet agrément.

Cette très grande diversité peut être source de conflits ou violences liés à une cohabitation difficile et nuire à la qualité de l'accompagnement si l'organisation ne la prend pas en compte.

<sup>9</sup> Cf. correspondance CFTMEA /CIM10 (rubrique F84)

Aussi, la moitié des IME estiment nécessaire une adaptation de leur agrément aux profils des jeunes autour de 2 problématiques fortes :

- l'accueil des jeunes autistes/TED qui pose la nécessité de créations/extensions de sections spécifiques avec moyens dédiés (près d'un IME sur 4 est concerné)
- une meilleure prise en compte des jeunes avec des troubles psychiques /du comportement, troubles qui ne sont pas toujours diagnostiqués avant l'entrée dans l'IME et qui ne sont pas toujours compatibles avec la vie en collectivité.

## La scolarisation

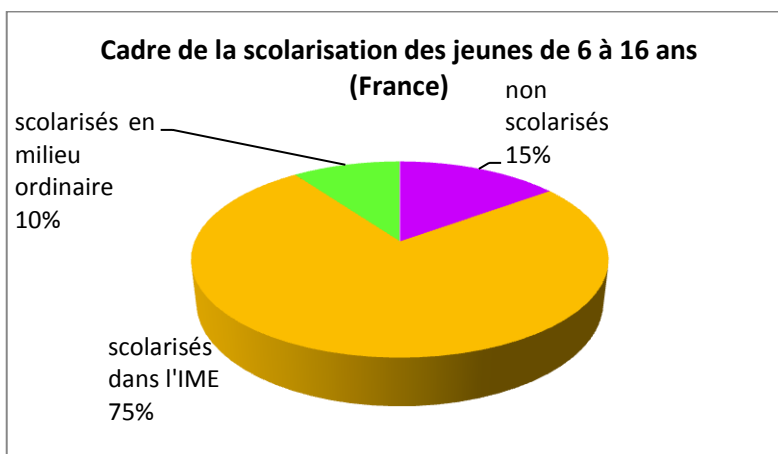
### Répartition des jeunes des IME selon le cadre de la scolarisation tous âges confondus (France)

Non scolarisé	19,9%
scolarisé dans l'IME	69,1%
Unité d'enseignement dans un établissement scolaire	3,0%
Établissement scolaire ½ journée et 1 journée / semaine (scolarisation individuelle)	0,5%
Établissement scolaire : 1 journée et demi et 3 journées et demi / semaine (scolarisation individuelle)	0,9%
Établissement scolaire à temps complet (scolarisation individuelle)	0,3%
CLIS	1,0%
ULIS	1,3%
SEGPA	0,5%
EREA	0,1%
Autre	1,5%
Non précisé	1,9%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>

En dépit d'une forte augmentation du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (155.000 en 2006, 210.000 en 2011), les modalités de scolarisation des jeunes des IME restent stables, la grande majorité étant scolarisés en interne.

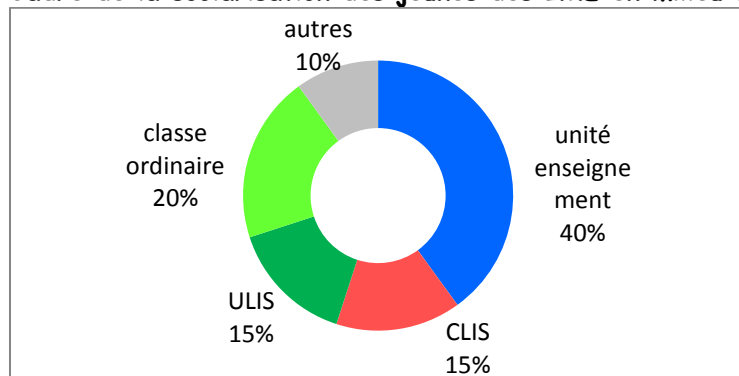
Sources : DREES enquête ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Si on se focalise sur les jeunes concernés par l'obligation scolaire, on a 15% des jeunes pour lesquels aucune forme de scolarisation n'a pu être mise en place et 10% qui sont en inclusion scolaire.



Sources : DREES enquête ES 2010 : exploitation : CREAHI d'Aquitaine

### Cadre de la scolarisation des jeunes des IME en milieu ordinaire



Sources : DREES enquête ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

La scolarisation en milieu ordinaire se fait dans un cadre adapté dans au moins 70% des cas.

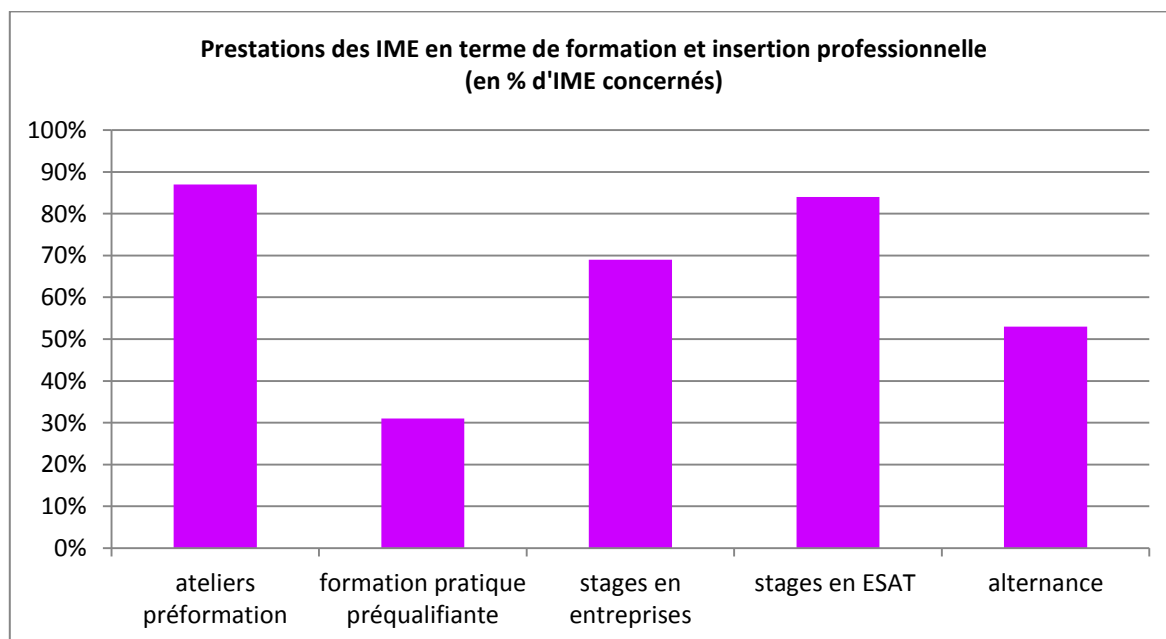


L'inclusion scolaire de jeunes accueillis en IME, vu le faible nombre de jeunes concernés, n'a au bout du compte que peu de conséquences sur l'organisation des moyens en interne, si ce n'est la mise en place du transport et la nécessité d'assurer la coordination entre école et l'équipe pédagogique et éducative de l'IME.

Environ 60% des IME<sup>10</sup> estiment que les conditions actuelles de scolarisation mises en œuvre ne sont que partiellement aux besoins qu'ils peuvent identifier. Parmi les limites évoquées, on note :

- un manque de qualification des enseignants par rapport aux handicaps / pathologies présentés par les jeunes, en constante évolution
- la nécessité de réaménager le temps scolaire (pour les jeunes dans l'impossibilité de suivre une scolarisation à temps plein)
- une insuffisance du nombre d'enseignants<sup>11</sup>
- un travail d'inclusion scolaire à renforcer et qui pourrait être favorisé par davantage de souplesse dans les réponses mobilisables (est regrettée notamment une certaine rigidité des établissements scolaires sur les temps de scolarisation, en particulier sur le temps partiel).

## Préformation, formation et insertion professionnelle



Sources : enquête IME aquitains 2012-2013 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Près de deux tiers des IME indiquent avoir fait évoluer leur offre de préparation à la vie professionnelle pour s'adapter à l'évolution du public :

- De nouvelles organisations avec des moyens dédiés (avec, par exemple, la création de postes de chargés insertion)
- Un élargissement des objectifs en fonction des capacités des jeunes et de leur variabilité : mise en place d'ateliers à visée occupationnelle, préparation au CAP, mise en place de la RAE (reconnaissance des acquis de l'expérience)<sup>12</sup>...

<sup>10</sup> Enquête régionale Aquitaine

<sup>11</sup> Plusieurs IME, suite à la publication du décret de 2009, ont créé des unités d'enseignement délocalisées, ce qui a eu pour conséquence une diminution du nombre de postes d'enseignants en interne

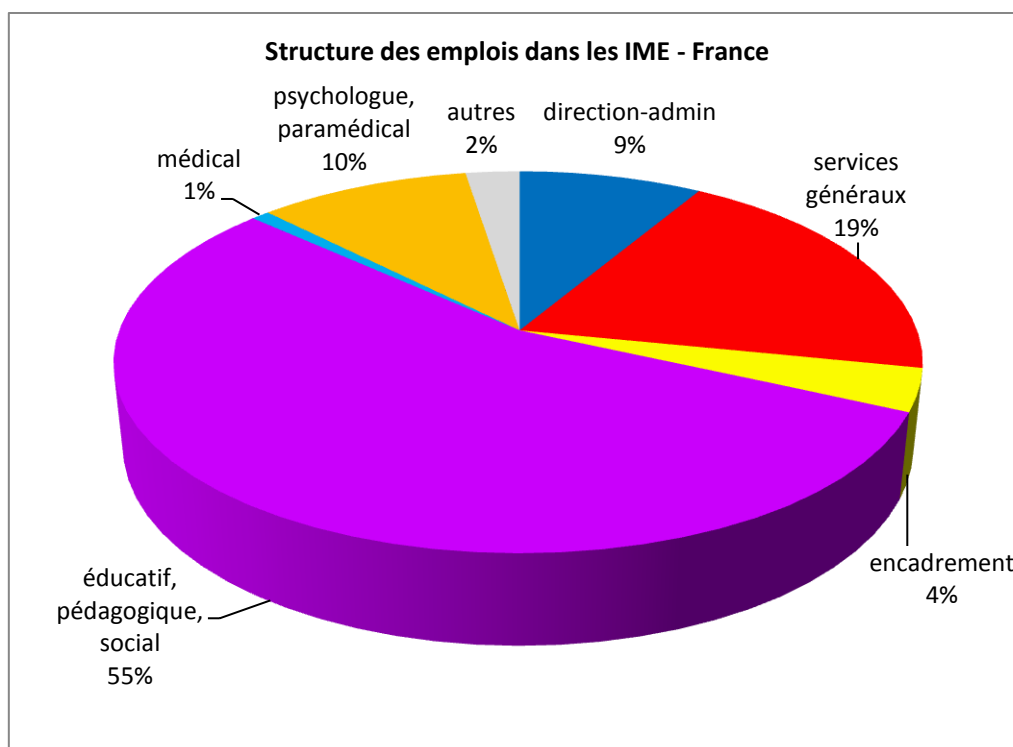
<sup>12</sup> La RAE permet de reconnaître des « savoir-faire » et des « savoir-être » auprès des jeunes et valorise leurs apprentissages.

- L'offre d'ateliers en interne est à développer (on compte en moyenne 4 ateliers par IME ayant cette offre). Des freins à ces projets sont parfois signalés, comme la législation concernant l'âge minimal pour utiliser les machines classées dangereuses.

## Les ressources humaines

Plus de 56.000 personnes travaillent dans les IME, ce qui correspond à 45.000 équivalent temps plein (ETP). Le ratio moyen d'encadrement s'élève à 65 ETP pour 100 jeunes, c'est le plus faible taux pour les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés (la moyenne pour ce secteur s'établit à 73) ; par contre, ce ratio a nettement évolué depuis 2001 où il s'élevait à 56 ETP pour 100 jeunes. On peut sans doute y voir l'impact de la création de sections spécifiques au sein des IME (sections pour enfants autistes, sections pour enfants avec handicaps associés...) qui ont été mises en place avec des moyens humains renforcés.

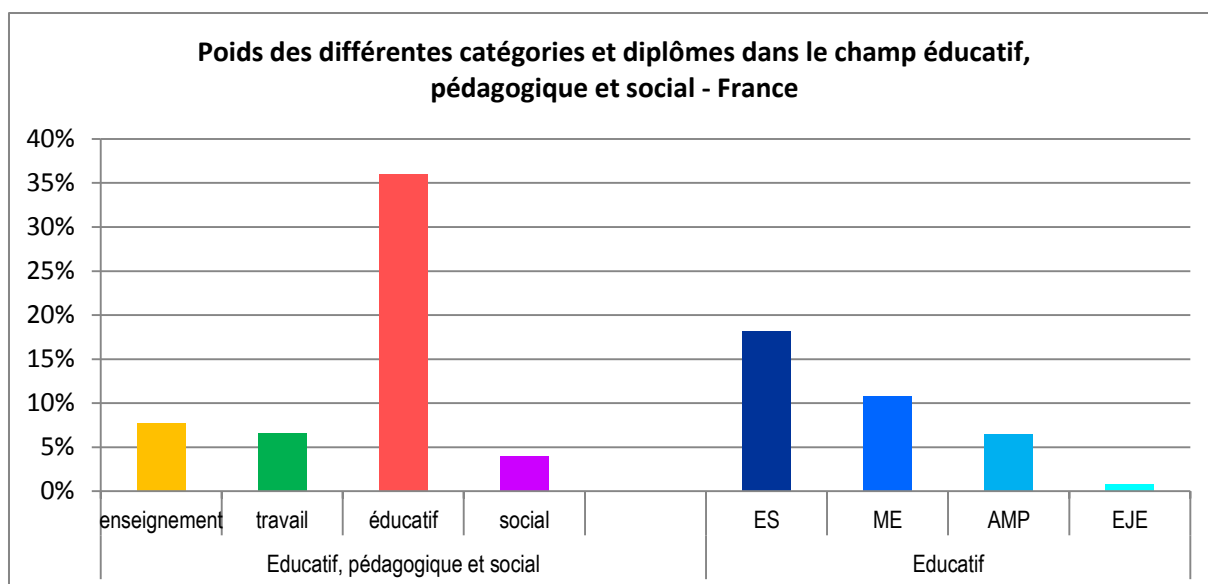
L'âge moyen des salariés des IME est de 44 ans<sup>13</sup> ; 20% d'entre eux ont 55 ans et plus (proportion qui a doublé en moins de 10 ans : elle s'élevait à 10% en 2001), un renouvellement important des effectifs de ces établissements est donc à prévoir dans les années qui viennent. Les équipes sont à 70% féminines (part des femmes dans l'ensemble du secteur santé-social : 78 %).



Cette structure des emplois reste stable dans le temps, on pouvait observer la même répartition en 2001.

Le cœur des emplois en IME est positionné sur les fonctions éducatives, pédagogiques et sociales (55%) ; à l'inverse, le volet médical est très peu représenté, 1% seulement des emplois.

<sup>13</sup> A noter, l'âge moyen des salariés en France, tous secteurs confondus hors fonction publique, s'élève à 39 ans. *L'emploi salarié en France au 31 décembre 2011*. Direction des enquêtes et des statistiques, Repères et analyses, statistiques. Pôle Emploi, Octobre 2012 n°51



Sources : DREES enquête ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Un zoom sur cette catégorie éducative, pédagogique et social permet de mettre en évidence que plus du tiers des emplois en IME sont des emplois éducatifs et sont occupés pour la moitié d'entre eux par des éducateurs spécialisés. Sur ce point, on observe également une stabilité par rapport aux précédentes éditions de ES (2001 et 2006).

Les IME<sup>14</sup> indiquent dans leur très grande majorité (90%) avoir des besoins pour améliorer l'adéquation des ressources humaines par rapport aux publics accueillis et continuer de garantir la qualité de l'accompagnement et la cohérence des projets mis en œuvre.

Ont ainsi été identifiés des qualifications à **renforcer** ou de postes à **créer**, en priorité au niveau des équipes de soins, éducatives et sociales) afin :

- de mieux prendre en compte les jeunes autistes ou d'autres publics avec des troubles du comportement, voire des pathologies psychiatriques (à travers un meilleur taux d'encadrement, des approches pédagogiques et thérapeutiques plus individualisées)
- de repenser l'organisation des temps de classes et d'ateliers en constituant des plus petits groupes et en offrant un encadrement éducatif et thérapeutique sur le temps libéré
- d'accompagner le passage des jeunes de l'IME vers l'extérieur : autonomie, insertion socio-professionnelle, vie dans la cité, sexualité...
- d'améliorer la coordination entre intervenants avec la mise en place de fonctions de référents chargés d'animer le réseau partenarial, notamment l'articulation avec le sanitaire et l'ASE

Par ailleurs, les deux tiers des IME signalent être confrontés à des difficultés de recrutement, plus ou moins fortes selon leur localisation. Sont concernés, en premier lieu, les psychiatres/pédopsychiatres ainsi que les orthophonistes.

<sup>14</sup> Enquête régionale Aquitaine

## Les partenariats

Le travail partenarial est un axe majeur du métier des IME. Les interlocuteurs des IME sont nombreux et d'horizons très divers : Education nationale, dispositifs de formation et d'insertion professionnelle, ASE (au moins un jeune sur 6 fait l'objet d'une mesure de protection), pédopsychiatrie, autres structures médico-sociales, MDPH, offre de droit commun (sports/loisirs)... et, bien entendu, les familles.

Les IME font le constat que les relations qu'ils entretiennent avec ces divers partenaires sont de qualité très diverses, même s'ils y consacrent beaucoup de temps et d'énergie. Cet investissement est toutefois indispensable pour parvenir à une connaissance mutuelle de ces différents acteurs et en assurer une bonne coordination.

La coordination est ainsi devenue le maître-mot du travail au quotidien. Cependant, certains IME notent des difficultés pour définir des modalités d'actions partagées et pérennes avec leurs partenaires ; l'expérimentation, promue et encouragée par les politiques publiques, est souvent freinée dans les faits par la rigidité des positionnements des acteurs, des cadres réglementaires et des financements peu à même de favoriser des innovations.

De façon très succincte, le tableau ci-dessous, reprend pour les principaux partenaires, les points forts et les points faibles identifiés par les IME.

	Points forts, leviers, facteurs facilitant	Points faibles, limites, facteurs de blocages
<b>Education nationale</b>	Présence d'un coordonnateur pédagogique en interne Création de classes délocalisées Mise en place de programmes mobilisateurs/innovants comme Comenius <sup>15</sup> , la RAE	Enseignants insuffisamment formés au handicap Possibilités d'inclusion temps partiel trop réduites limitant certains projets
<b>Formation, emploi</b>	Présence d'un chargé insertion en interne : meilleure connaissance des passerelles/dispositifs, construction d'un réseau employeurs (mobilisables pour des stages)	Eparpillement des acteurs Peu de lieux de stages, pas de lien avec les organismes de formation de droit commun Manque d'ouverture des ULIS sur le monde professionnel Contexte économique et pauvreté des bassins d'emplois (surtout en milieu rural)
<b>ASE</b>	Service social en interne Mise en place de liens réguliers autour de chaque situation pour construire les projets	Saturation des services de l'ASE Rupture de prises en charge (entrée en IME, majorité...) Familles d'accueil à former Pas assez de doubles prises en charge
<b>Pédopsychiatrie</b>	Existence de conventions entre l'IME et le secteur de pédopsychiatrie Accompagnement dans une logique de continuité des soins	Offre en CMP/hôpital de jour insuffisante (surtout après 12 ans) et mal répartie Peu de prises en charge conjointes

<sup>15</sup> Le programme Comenius permet les échanges et la coopération entre les établissements scolaires en Europe, de la maternelle au lycée (équivalent d'Erasmus pour l'enseignement supérieur). L'objectif est de favoriser le développement personnel et les compétences, notamment linguistiques, tout en développant les notions de citoyenneté européenne et de multiculturalisme.

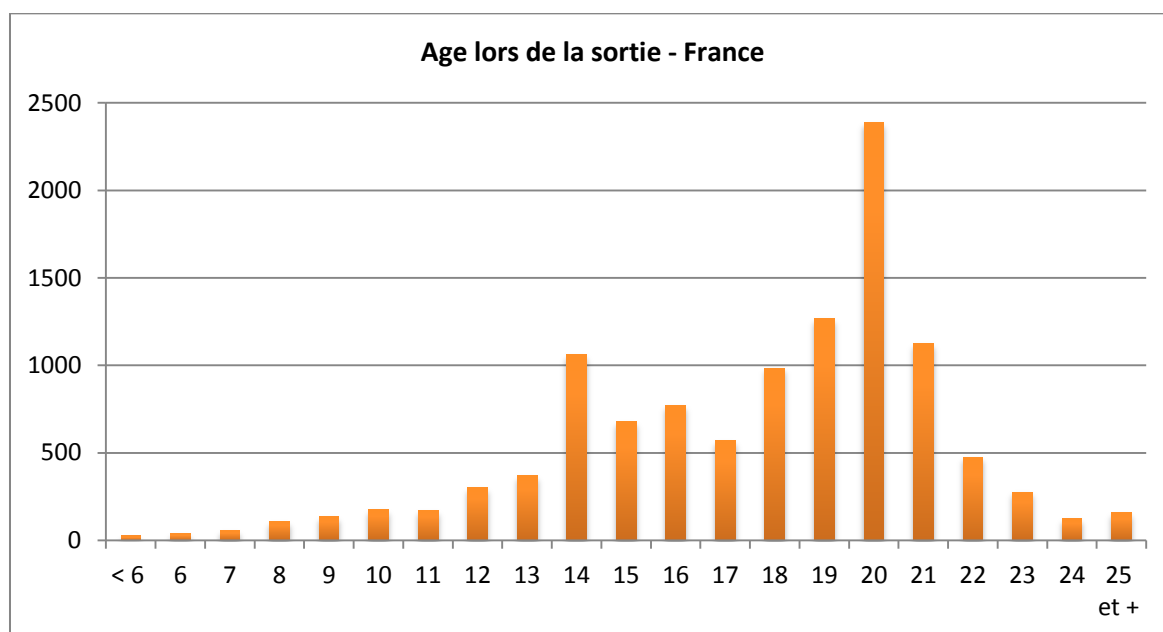
<b>MDPH</b>	Participation de l'IME aux équipes techniques/commission à la MDPH Utilisation de l'outil GEVA <sup>16</sup> (pas effectif dans toutes les MDPH) Existence d'une cellule de traitement des « situations complexes »	Temps de traitement des dossiers Manque d'harmonisation dans les orientations/notifications Manque de visibilité sur les besoins/places libres/listes d'attente
<b>Structures médico-sociales pour adultes</b>	Conventions pour mettre en place des « stages d'immersion » Mutualisation de prestations	Dispositifs de préparation à l'entrée en structures adultes trop peu répandus Absence de lisibilité des critères d'admission en ESAT Offre insuffisante par rapport aux besoins

Deux points importants sont à souligner :

- le fait qu'il y ait un poste dédié à la coordination la rend plus efficiente (plutôt que cette mission soit partagée entre plusieurs professionnels et donc plus diluée)
- pour des enfants relevant de la protection de l'enfance ou ayant un suivi pour des troubles psychiques, les IME n'attendent pas en général un passage de relais lors de l'admission mais bien la poursuite d'un accompagnement conjoint

## Les sorties

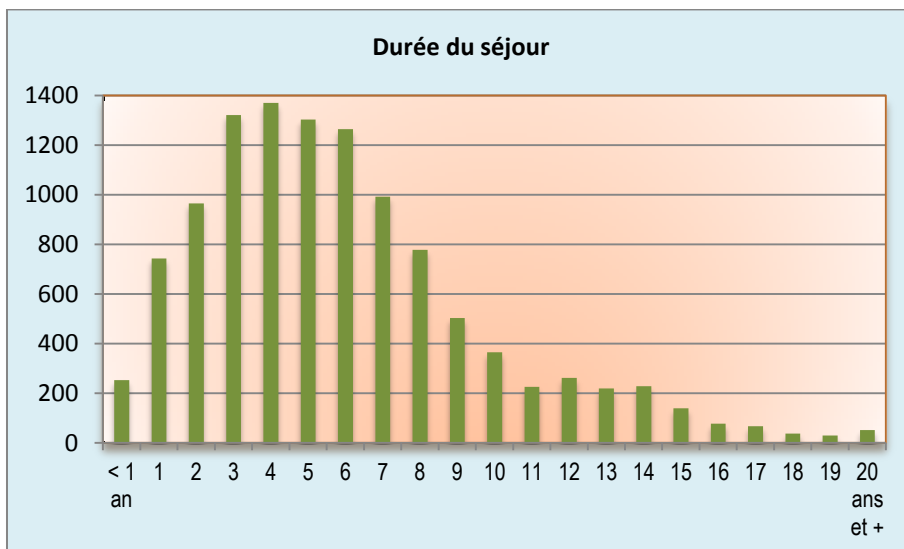
Chaque année, la population des IME se renouvelle à peu près à hauteur de 17% (soit environ 1 jeune sur 6 qui sort et qui est remplacé par un autre).



Sources : DREES enquête ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les sorties se font le plus souvent à l'âge limite fixé par l'agrément, avec un 1<sup>er</sup> pic vers 14 ans à relier aux fins d'accompagnement en IMP et un second pic plus important à 20 ans. Globalement, 40% des jeunes ont au moins 20 ans lors de leur sortie. Ces sorties à 20 ans ou plus sont de plus en plus fréquentes, elles concernaient 34% des jeunes en 2001 et 36% en 2006 ; ce qui montre encore une fois les difficultés rencontrées par les IME pour trouver une orientation adaptée aux besoins de ces jeunes, difficultés qui vont donc en renforçant.

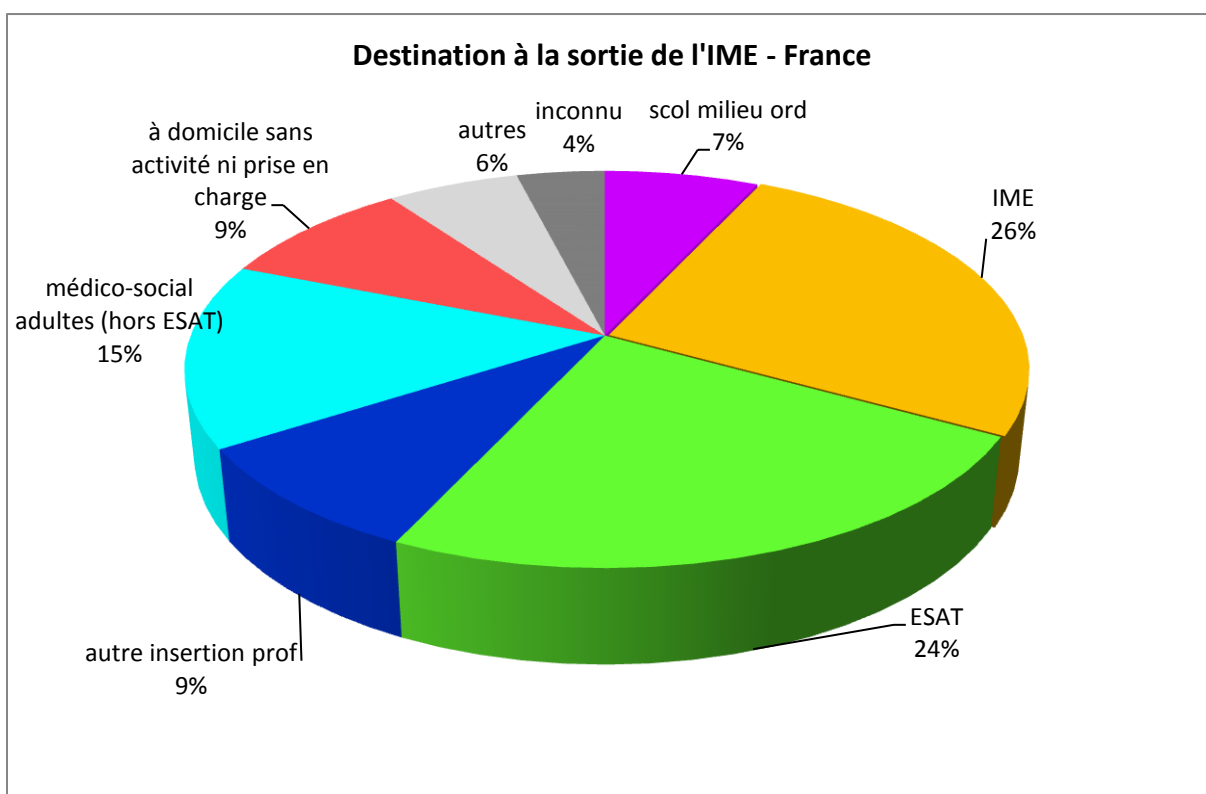
<sup>16</sup> Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée



La durée moyenne des séjours en IME s'établit à 6 ans. Cette valeur reste stable par rapport à 2006 car, si les sorties se font plus tard, c'est aussi le cas des entrées en IME.

Notons, en outre, que ces données ne tiennent pas compte le fait que plusieurs séjours en IME ont pu se succéder les uns autres, engendrant donc des durées totales de prise en charge plus longues.

Sources : DREES enquête ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine



Sources : DREES enquête ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine

- Plus d'un quart des jeunes quittent l'IME où ils étaient pris en charge pour intégrer un autre IME (pour diverses raisons : limite d'âge, projet de formation, déménagement etc...). Un pourcentage infime, moins de 1%, est réorienté vers un ITEP alors que les flux inverses sont beaucoup plus fournis, 10% de jeunes sortant d'ITEP sont orientés vers un IME.
- Parmi les jeunes poursuivant une scolarité en milieu ordinaire à la sortie de l'IME, moins de la moitié va bénéficier de l'accompagnement d'un SESSAD.
- Les jeunes orientés vers une structure médico-sociale pour adultes (hors ESAT) se divisent en 2 groupes : deux tiers environ vont en foyer occupationnel, un tiers vers

une MAS ou un FAM sans que l'on sache si ces orientations sont faites en cohérence par rapport à des besoins en fonction de l'offre existante.

- Pour près de 10% des jeunes, la sortie de l'IME se fait sans aucun projet : le jeune retourne à son domicile (en général celui de ses parents) sans aucune activité ni prise en charge.

Si on se focalise sur les sorties des jeunes majeurs uniquement (donc les sorties réalisées à 18 ans et au-delà), on peut observer la répartition suivante : ESAT 40%, FAM/MAS/FO : 25%, poursuite de formation ou emploi/recherche d'emploi en milieu ordinaire : 12%, aucune activité : 10%.

Face à ces évolutions et ces contraintes, les IME ont exprimé leurs préoccupations qui s'articulent autour de 3 axes de questionnement :

### **Quel rôle et place sont assignés aux IME : pour quels publics et avec quelles missions ?**

- Quelle adaptabilité est attendue de la part des ARS ? Y a-t-il des limites de la désinstitutionnalisation ?
- Comment faire face à l'augmentation des jeunes avec troubles psychiques ou avec des TED ou encore aux sollicitations pour jeunes présentant des handicaps « d'origine sociale » ? Quelle cohabitation proposer entre ces différents publics sans porter préjudice aux uns ou aux autres ?

### **Comment accompagner les passages vers la vie d'adulte ?**

- Comment réaliser ces passages dans de bonnes conditions compte tenu du manque de structures adaptées, notamment pour les jeunes adultes avec TED<sup>17</sup> ?
- Quels projets de formation et d'insertion professionnelle construire avec des jeunes ayant plus de difficultés et des opportunités réduites (en lien notamment avec un contexte économique difficile) ?

### **Comment, dans un contexte budgétaire contraint, assurer la qualité de l'accueil**

- permettant de mettre en place un accompagnement individualisé
- s'appuyant sur une politique de formation continue de tous les professionnels pour diffuser connaissances, savoir-faire, recommandations de bonnes pratiques...
- développant de nouvelles modalités d'accueil : modulé/temporaire/séquentiel...

Dans cette perspective, le CPOM, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, en permettant une meilleure définition des stratégies et projets à mettre en œuvre, est-il un outil efficace de pilotage interne et de dialogue avec les financeurs ?

---

<sup>17</sup> Est notamment déplorée l'insuffisance d'une offre permettant de poursuivre l'accompagnement avec ses approches éducatives spécifiques dont les personnes ont pu bénéficier jusqu'à l'âge adulte

## Les IME et demain ?

Le IME, on l'a vu, sont confrontés à un défi permanent pour répondre à des besoins pluriels, besoins qui sont maintenant assez éloignées de ceux de la catégorie originelle d'enfants déficients intellectuels visée par les IME au moment de leur création.

Ces établissements vont donc devoir continuer dans la voie où ils se sont, d'ores et déjà, engagés en développant une offre en termes de :

### Diversification des modalités d'accueil

- Une palette à mettre en place sur chaque territoire dans une logique de proximité, s'appuyant sur des modalités diverses de scolarisation
- Des autorisations plus souples (cf. rapport Vachey-Jeannet qui propose de remplacer la référence à «un nombre de places par forme d'accueil» par celle de «file active et mode d'accompagnement »)

### Spécialisation

- Des publics à mieux prendre en compte : troubles du spectre autistique, troubles du comportement, autres troubles associés...
- Des partenariats à développer pour assurer des accompagnements prenant en compte les besoins des jeunes dans leur globalité (l'IME ne pourra pas seul répondre à toutes les situations)
- Des qualifications à développer/renforcer dans le cadre de la formation continue

### Personnalisation

- Des situations qui vont en se complexifiant
- Des besoins d'accompagnement évoluant avec l'âge
- Les attentes des jeunes et des familles à intégrer dans les projets
- Des parcours à construire entre milieu ordinaire et établissement