
Diagnostic territorial partagé sur l'accompagnement par les IME de Lorraine des enfants et adolescents en situation de handicap



Table des matières

Introduction	4
Contexte	4
La démarche : Un diagnostic territorial partagé	4
Le comité de pilotage	5
Participation des établissements à l'étude	5
Le public accompagné en IME : profil et évolution	7
Des entrées plus tardives	7
Une part importante d'enfants avec troubles psychiques et/ou du comportement	10
De plus en plus d'utilisateurs relevant de l'ASE	12
Quels services rendus dans les territoires ?	13
Aires de recrutement des établissements	13
Offre de service	20
<i>Modalités d'accueil</i>	<i>20</i>
<i>Les publics effectivement accompagnés</i>	<i>21</i>
<i>Les listes d'attente</i>	<i>23</i>
L'accompagnement éducatif	26
<i>Activités mises en place</i>	<i>26</i>
<i>Difficultés rencontrées par les équipes éducatives</i>	<i>28</i>
<i>Postes à pourvoir dans le domaine éducatif</i>	<i>29</i>
Scolarité des usagers et activités en matière pédagogique	30
<i>Niveau et modalités de scolarisation</i>	<i>30</i>
<i>Les outils normalisés</i>	<i>34</i>
<i>Parcours et suivi de la scolarisation</i>	<i>36</i>
<i>Activités mises en place</i>	<i>37</i>
<i>Difficultés rencontrées par les équipes pédagogiques</i>	<i>38</i>
<i>Postes à pourvoir dans le domaine pédagogique</i>	<i>39</i>
<i>Le partenariat autour de la scolarisation</i>	<i>40</i>
Accompagnement et activités thérapeutiques	41
<i>Activités mises en place</i>	<i>41</i>
<i>Organisation de l'accompagnement thérapeutique et moyens dédiés</i>	<i>42</i>
<i>Difficultés rencontrées par les équipes thérapeutiques</i>	<i>45</i>
<i>Postes à pourvoir dans le domaine thérapeutique</i>	<i>46</i>
<i>Les partenariats autour de l'accompagnement thérapeutique</i>	<i>47</i>

Articulation avec la protection de l'enfance	51
<i>Le public concerné et son accompagnement</i>	51
<i>Continuité et rupture de l'accompagnement</i>	53
<i>Le partenariat et le partage d'informations autour de la protection de l'enfance</i>	54
L'articulation globale des accompagnements	59
<i>Vers un dispositif IME ?</i>	59
<i>Geva-compatibilité</i>	61
<i>Les parcours en IME : réorientation et sortie</i>	61
Les autres partenariats entretenus par les IME	65
Les besoins et attentes des familles non satisfaits	67
Et les projets pour répondre à ces besoins	69
Conclusion et préconisations	73
Conclusion	73
Préconisations	80
Annexes	84
Annexe 1 – Déficiences principales et associées, par département	84
Annexe 2 – Questionnaires	85
<i>Questionnaire à destination des établissements</i>	85
<i>Grille enfants (à destination des établissements)</i>	91
Annexe 3 – Listes des participants aux tables rondes	92

Introduction

Contexte

L'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine souhaite organiser et piloter la transformation et l'adaptation de l'offre d'équipement sur son territoire. Cet objectif passe notamment par la recherche d'une diversification de cette offre, à même de favoriser et de renforcer l'inclusion des jeunes en situation de handicap en milieu « ordinaire », et à mieux articuler ensemble les différents acteurs qui interviennent autour d'enfants et adolescents présentant des problématiques multiples (médico-sociales et sociales notamment).

La mise en œuvre de ces priorités ne peut toutefois être opérée sans une analyse fine **et partagée** de l'offre et de l'activité des instituts médico-éducatifs (IME) présents sur le territoire lorrain. Ainsi, les finalités de cette étude sont de :

- **disposer de données objectives sur les caractéristiques des IME**, leur offre de service et leurs perspectives d'évolution, **et sur la population que ces établissements accueillent** (population d'ensemble, et catégories spécifiques, tels que les jeunes relevant de l'amendement Creton, et/ou jeunes à difficultés multiples relevant conjointement d'un IME et d'autres structures) ;
- **proposer des pistes d'évolution de l'offre des IME.**

La démarche : Un diagnostic territorial partagé

Introduire et promouvoir le **changement dans l'organisation territoriale** de l'offre médico-sociale ne peut être une démarche réaliste et pérenne qu'en s'appuyant sur une **dynamique collective**, où chaque acteur, tout en préservant ses propres prérogatives, stratégies et préoccupations, reconnaît l'utilité voire la nécessité d'engager certaines transformations.

C'est la raison pour laquelle l'Association Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) a rédigé un guide à l'attention des ARS et des Conseils Départementaux pour conduire un **Diagnostic Territorial Partagé (DTP)**¹. Cette démarche vise, sur un territoire d'intervention donné, à construire une perspective réciproque entre des acteurs issus de secteurs d'action, d'institutions et de corpus différents, pour appréhender les situations de vulnérabilité du territoire commun à tous. Le présent diagnostic s'inscrit dans cette démarche.

Cette méthodologie originale privilégie une **approche populationnelle** à une approche sectorielle et consiste à objectiver, sous différentes focales, la situation des organisations médico-sociales : public

¹ ANCREAI, *Guide méthodologique pour conduire un Diagnostic Territorial Partagé (DTP)*, Octobre 2015.

effectivement accompagné, aires de recrutement, difficultés rencontrées par les équipes, stratégies mises en place pour les dépasser, etc.

Ce premier tour d'horizon est complété en s'attachant également à recueillir le point de vue des bénéficiaires. Les représentations et analyses des acteurs institutionnels sont ainsi abondées ou nuancées par celles des familles des enfants accueillis.

Enfin et surtout, les résultats obtenus par ces démarches « traditionnelles » d'enquête sont exposés, pour être **discutés collectivement** (et ainsi illustrés, contextualisés, explicités...) avec les acteurs concernés (IME, ARS), ainsi que les autres acteurs du territoire qui entrent en contact avec le public juvénile en situation de handicap (partenaires des IME).

Ce diagnostic territorial est donc produit dans une **démarche collective de co-construction**. Les acteurs sont non seulement informés de phénomènes objectivés, mais ils discutent également les leviers d'évolution mutuellement acceptables pour dépasser les obstacles identifiés. Cette méthodologie d'étude permet ainsi d'élaborer, **selon un principe d'acceptabilité commune**, les principales lignes du changement à conduire sur le territoire Champardennais. C'est sur ces lignes que les dynamiques d'acteurs (réseaux institutionnels, dialogue de gestion IME/ARS, partenariats...) pourront se poursuivre après le diagnostic, sa démarche constituant moins un aboutissement qu'un point de départ.

Le comité de pilotage

Le comité de pilotage, associant l'ARS Lorraine et le CREAI Champagne-Ardenne / Délégation Lorraine et Alsace, a supervisé la réalisation des travaux. Ont participé à ce comité de pilotage :

- Chantal KIRSCH, Responsable du Département médico-social à la Direction de l'Offre de Santé et de l'Autonomie de l'ARS Lorraine ;
- Maité MERKAL, Responsable du Pôle Contractualisation-Evaluation au Département médico-social ;
- Thibault MARMONT, Directeur du CREAI Champagne-Ardenne, Délégation Lorraine ;
- Stéphane BERNARD, Conseiller technique du CREAI Champagne-Ardenne, Délégation Lorraine en charge de l'étude.

Participation des établissements à l'étude

La première phase de l'étude a donc reposé sur l'approfondissement de la connaissance de la réalité de l'offre médico-sociale, *via* un questionnaire et une grille à remplir (*cf.* annexe 2) diffusés à tous les IME de la région.

La participation des établissements (cf. tableau 1) s'élève globalement à 50,7 %. Ainsi, des informations concernant 1 582 enfants ont été collectées, sur les 3 120 places installées dans la région. Les niveaux différenciés de participation dans chacun des départements incitent à être vigilant quant à la qualité des réponses rapportées dans ce document, possiblement altérée par ce biais de non réponse².

Tableau 1 - Participation à l'étude.

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Capacités installées ARS	976	247	1 376	521	3 120
Etude IME	588	197	568	229	1 582
Taux de réponse	60,2%	79,8%	41,3%	44,0%	50,7%

Source - ARS Lorraine au 01.01.2015, Diagnostic IME 2015.

En lien avec la méthodologie adoptée, une deuxième phase a consisté à aller à la rencontre des établissements et de leurs partenaires. Ces rencontres ont pris la forme de tables rondes dans chacun des départements de Lorraine. Une première table ronde a d'abord réunie les IME et les DT ARS, une deuxième table ronde a ensuite conviée ces mêmes acteurs ainsi que les principaux partenaires des IME (MDPH, IEN ASH, ASE et pédopsychiatrie). Cette deuxième phase fait état d'une **large concertation** (cf. tableau 2), sauf en Meurthe-et-Moselle où la participation a été plus mitigée (7 des 12 établissements du département ont participé à au moins une table ronde). Les listes détaillées des participants, par département, sont situées en annexe 3.

Tableau 2 - Participation aux tables rondes.

	Meurthe-et-Moselle (n=12)	Meuse (n=6)	Moselle (n=19)	Vosges (n=12)
Table ronde 1	7	6	10	12
Table ronde 2	6	6	13	10
MDPH	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
IEN ASH	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>
ASE	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
Pédopsychiatrie	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>

Source - Diagnostic IME 2015.

² Biais qui peut tout à fait être minime dans le cas où les non répondants auraient fournis les mêmes indications que les participants.

Le public accompagné en IME : profil et évolution

Les évolutions majeures des publics accueillis en IME se caractérisent par un recul de l'âge moyen à l'entrée en établissement, quel que soit la modalité d'accueil, mais aussi par un accroissement des effectifs d'enfants et adolescents atteints de troubles psychiques et/ou de la conduite et du comportement (TCC). Enfin, les usagers accompagnés par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance sont également de plus en plus nombreux dans ces structures.

Des entrées plus tardives

L'âge médian à l'**admission** pour l'ensemble des usagers au cours de l'année 2014 est compris entre 9 ans en Moselle à 11 ans en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges (10 ans dans la Meuse) (cf. tableau 3). Globalement homogène d'un point de vue territorial, cette valeur varie d'un type de déficience à un autre. Concernant les deux catégories de population les plus représentées (déficience intellectuelle et troubles psychiques et/ou TCC), la moitié des enfants a été admis avant l'âge de 10/11 ans, quel que soit le département. Mais la plupart des enfants présentant d'autres déficiences sont accompagnés en IME dès l'âge de 6/7 ans. Une particularité en Meurthe-et-Moselle est relevée par rapport aux enfants en situation de déficience motrice ou de plurihandicap, accueillis à 16/16,5 ans (en médiane).

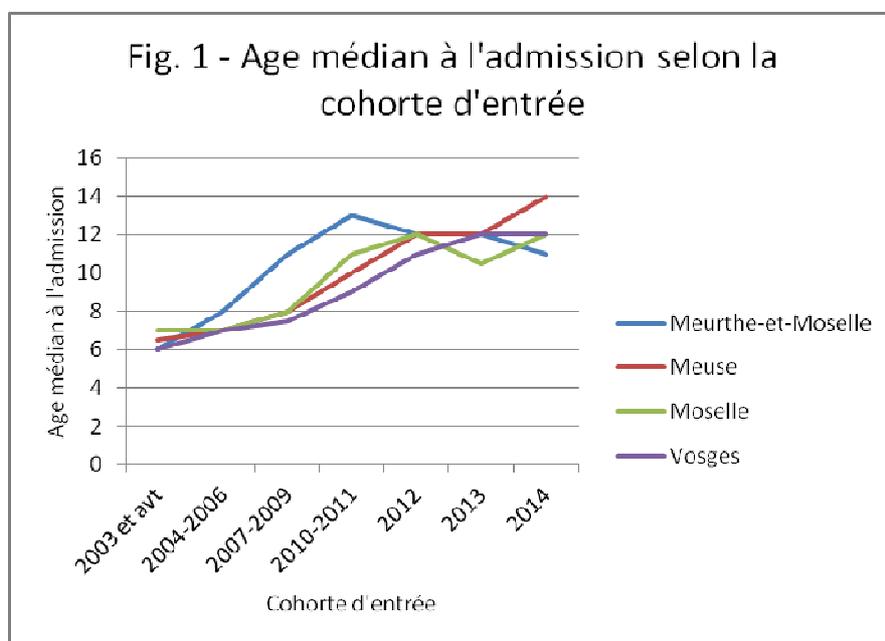
Cet âge à l'admission n'est **pas le même selon la période** à laquelle les usagers sont entrés en IME (cf. figure 1)³. Dans les quatre départements, alors que l'âge médian était de 6/7 ans pour les cohortes d'usagers entrés en IME en 2003 ou avant, il est passé à au moins 11 ans en médiane pour la cohorte accueillie en 2014. C'est surtout entre les périodes 2007-2009 et 2010-2011 que ce phénomène est apparu, sauf en Meurthe-et-Moselle où cette transition est a été plus précoce. Dans les départements de la Meuse et des Vosges, l'âge à l'admission (étudié sous l'angle des âges médians) n'a jamais vraiment cessé de progresser : entre 2012 et 2014, l'âge médian à l'admission a augmenté d'un an dans les Vosges et de deux ans dans la Meuse.

Cette tendance a été mise en évidence en décembre 2014 à l'échelle nationale par une **mission interministérielle** réunissant les services d'inspection et de contrôle des ministères des Affaires sociales, de l'Education nationale, et des Finances a rendu un rapport sur les UE dans les établissements médico-sociaux et de santé⁴. Ce rapport indique qu'en 10 ans, le nombre d'élèves scolarisés en milieu ordinaire et considérés comme handicapés a beaucoup augmenté, par un effet combiné du changement de définition introduit par la loi de 2005 et de l'effort inclusif alors demandé. Cela ayant provoqué des âges moyens à l'entrée en établissement (surtout en IME) plus

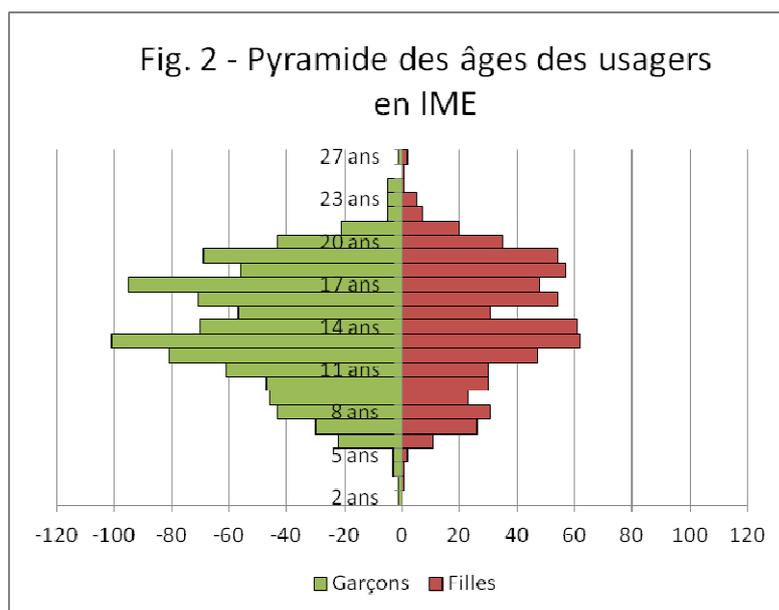
³ Ces données, qui indiquent une avancée de l'âge à l'admission, devraient idéalement être complétées par une étude de l'évolution de cet indicateur, en le comparant à différentes périodes. Néanmoins, on peut faire l'hypothèse de la fiabilité des tendances décrites, dans la mesure où les parcours observés (i.e. la durée globale de l'accompagnement d'un jeune dans l'IME, de l'entrée à la sortie) ne diffèrent pas significativement entre les jeunes ayant quitté l'IME en 2014, et ceux qui y sont restés. Cf. infra, « *Les parcours en IME : réorientation et sortie* ».

⁴ Rapport CGEF, IGAS, IGEN, IGAENR n° 14.03.09/2014-046R/2014-090, « Les unités d'enseignements dans les établissements médico-sociaux et de santé », décembre 2014.

tardifs, qui s'expliquent à la fois par un « **effet ULIS** » qui maintient plus d'élève et plus longtemps en milieu ordinaire, et par un effet « liste d'attente » (augmentation du nombre de demandes). La mission observe ainsi deux modes d'entrées : à 5-7 ans (pour ceux qui ont connu la maternelle) et à 12-13 ans (pour ceux qui ont connu l'ULIS). La montée en charge des SESSAD au cours de ces dernières années a également participé de cette même tendance à l'inclusion.



La moitié des enfants accompagnés par un IME en Lorraine a actuellement plus de 14 ans. La situation dans le département de la Meurthe-et-Moselle – où cette valeur est de 16 ans – est atypique : d'une part, les enfants présentant une déficience intellectuelle (soit la grande majorité des usagers) sont plus âgés que dans les autres territoires (16 ans vs 14 ans en moyenne ailleurs) ; d'autre part, les IME de ce département accompagnent des enfants entrés tardivement en établissement (déficience motrice et plurihandicap). Par conséquent, la proportion d'enfants âgés d'au moins 20 ans (*i.e.* sous **amendement Creton**) est particulièrement élevée dans ce même département (**9,5 % des usagers, contre 3 % maximum** dans les autres départements, selon les données recueillies). L'ensemble de ces faits soulève la question de la possibilité de sortir de l'IME qui, semble-t-il, soit davantage problématique en Meurthe-et-Moselle. La pyramide des âges (*cf.* figure 2) indique par ailleurs que, quel que soit l'âge observé, les garçons sont toujours plus nombreux que les filles (59,3 % de garçons au total).



Par rapport à ce sujet de l'âge, au cours des tables rondes en **Meurthe-et-Moselle**, a été signalé le fait que les usagers accompagnés au titre de l'amendement Creton sont de plus en plus fréquents dans certains établissements. Des possibilités d'orientation vers un ESAT sans hébergement sont possibles mais, en ce qui concerne les structures de type MAS ou Foyer de vie, la situation s'avère « vraiment dur », par manque de places en secteur adulte. C'est pourquoi les IME évoquent le besoin d'une augmentation de places en semi-internat adulte. Dans cette attente, un établissement signale qu'il va créer un **Centre d'activité de jour** de 24 places pour les usagers accompagnés au titre de l'amendement Creton.

Dans la **Meuse**, au niveau des entrées, le fait d'observer des entrées autour de l'âge de 17 ans correspond à la **fin de l'ULIS pro**. Quand un enfant arrive au bout de son parcours scolaire à l'Education nationale, il arrive qu'il doive retourner vers le secteur médico-social. En parallèle, les acteurs font état de demandes pour entrer de plus en plus tôt, dès 4/6 ans. Selon les IME, il y a, contrairement aux résultats déclarés dans l'enquête, quelques jeunes accueillis au titre de l'amendement Creton.

Dans les **Vosges**, en 2016 et en 2017, le nombre d'usagers accompagnés au titre de l'**amendement Creton**, va très nettement augmenter et va, selon les IME, leur « poser des problèmes ». Selon les établissements, ce nombre augmente car **des familles ne souhaitent pas confier leur enfant à certaines MAS ou certains FAM**, car elles considèrent que ces établissements offrent beaucoup moins de stimulation à leurs enfants. Quant au nombre de plus en plus important d'usagers entrant tardivement, il pourrait s'expliquer par le fait que des enfants accompagnés en ULIS collège mais ne pouvant obtenir de place en ULIS lycée sont orientés en IME, soit à des âges aux alentours de 14 ans.

Tableau 3 - Age actuel et âge à l'admission, par département.

	Meurthe-et-Moselle (N=588)	Meuse (N=197)	Moselle (N=568)	Vosges (N=229)	Lorraine (N= 1 582)
Ages					
Age actuel (médiane)	16,0	14,0	14,0	13,0	14,0
% de plus de 20 ans	9,5%	0,0%	3,0%	0,4%	4,7%
Age à l' admission (médiane)	11,0	10,0	9,0	11,0	10,0
<i>Déf. Intellectuelle</i>	11,0	11,0	10,0	11,0	11,0
<i>Troubles psy / TCC</i>	11,0	7,0	10,0	11,0	10,0
<i>Autisme</i>	-	7,0	6,0	9,0	6,0
<i>Déf. Moteur</i>	16,0	-	6,0	-	15,0
<i>Plurihandicap</i>	16,5	-	7,0	7,5	12,0
<i>Polyhandicap</i>	5,0	-	7,0	5,0	6,0
<i>Autres déf.</i>	-	6,0	13,0	7,0	7,0

Source - Diagnostic IME 2015.

Préconisation – Tous les départements

- Fluidifier les parcours des adolescents et jeunes adultes, par le développement d'une offre en amont d'ULIS-Lycée, et en aval dans le secteur adulte.

Une part importante d'enfants avec troubles psychiques et/ou du comportement

En Lorraine, « seuls » trois quart des enfants accueillis en IME ont pour **déficiência principale** déclarée une déficiência intellectuelle, et cette proportion varie d'un département à l'autre (de 69,9 % en Moselle à 86,3 % dans la Meuse – cf. tableau 4). Les troubles psychiques et/ou TCC en déficiência principale concernent 15,2 % des effectifs accompagnés dans la région, mais peuvent concernés plus d'un enfant sur cinq (23,1 %) dans le département de la Moselle. La population autiste n'est pas signalée en Meurthe-et-Moselle⁵, et les enfants atteints par une « autre déficiência » sont surreprésentés dans les Vosges (9,6 % vs 2,5 % maximum dans les autres territoires).

Les différences de « profil » entre départements – identifiées par le biais de la déficiência principale – trouvent un écho dans les déficiences associées. Par exemple, en Moselle, la part relativement élevée d'enfants qui présentent principalement des troubles psychiques a pour conséquence une absence plus fréquente de déficiência associée⁶.

En cumulant les usagers qui présentent des **troubles psychiques** en déficiência principale ou en déficiência associée, ce sont **presque la moitié des usagers accompagnés dans la région (45,4 %) qui sont concernés**. Le détail par département est le suivant :

⁵ La population autiste est identifiée à la fois par le biais de la section à laquelle appartient l'enfant et par une identification spontanée des répondants. Or, aucune section autisme n'existe dans les IME de Meurthe-et-Moselle. Par ailleurs, la nomenclature de l'enquête reprenait celle de l'enquête ES de la Drees, où l'autisme et les TED ne figurent pas parmi les déficiences, mais parmi celles des pathologies et troubles.

⁶ Le détail des déficiences principales et associées peut être consulté en annexe 1.

- Meurthe-et-Moselle : 51,5 %
- Meuse : 44,7 %
- Moselle : 40 %
- Vosges : 43,7 %

Les **tables rondes** ont confirmé ces tendances :

En **Meurthe-et-Moselle**, il y a un contexte d'une hausse des usagers atteints de troubles psychiques et des profils « sans solution ».

Dans la **Meuse**, plus de la moitié des enfants accompagnés présente une déficience associée selon les établissements⁷. Le département accueille également de plus en plus de jeunes avec TCC et plus d'autistes diagnostiqués.

En **Moselle**, par rapport au fait que, toutes déficiences cumulées, 40 % des enfants accueillis en IME présentent des troubles psychiques (selon l'enquête), les **IME** signalent que ce résultats est surprenant dans la mesure où **les ITEP sont partiellement vides en Moselle** (et il n'y a pas de liste d'attente en ITEP). Si l'orientation en IME plutôt qu'en ITEP a pu découler (à une époque qui est aujourd'hui considérée comme révolue) de l'internalisation que supposait l'ITEP, que les parents refusaient, cet obstacle ne tient plus à présent. Par conséquent, 3 phénomènes explicatifs possibles ont été évoqués avec les acteurs locaux :

- La mauvaise orientation, dont le problème de la « zone blanche », où dans un contexte territorial sans ITEP, mieux vaut une orientation par défaut qu'une absence de réponse. Il arrive par exemple que l'IME serve d'alternative à l'hospitalisation psychiatrique ;
- Un diagnostic qui revient après coup sur l'absence de déficience intellectuelle (ex. enfants frontière à 70 de QI) ;
- Le problème de la déclaration des données épidémiologiques.

Tableau 4 - Déficience principale, par département.

	Meurthe-et-Moselle (N=588)	Meuse (N=197)	Moselle (N=568)	Vosges (N=229)	Lorraine (N= 1 582)
Déficience principale					
Déf. Intellectuelle	82,8%	86,3%	69,9%	73,4%	77,2%
Troubles psy / TCC	12,1%	6,6%	23,1%	10,9%	15,2%
Autisme	-	4,6%	4,0%	2,2%	2,3%
Déf. Moteur	1,9%	-	0,2%	-	0,8%
Plurihandicap	1,4%	-	1,6%	1,7%	1,3%
Polyhandicap	1,9%	-	0,9%	2,2%	1,3%
Autres déf.	-	2,5%	0,4%	9,6%	1,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

⁷ Les résultats de l'enquête établissent que ce sont 56,4 % des usagers qui présentent un trouble associé dans la Meuse.

Préconisation – Tous les départements

- Etudier l'opportunité, avec la MDPH et l'ensemble des acteurs concernés, de proposer l'orientation en ITEP des enfants présentant des troubles psychiques en déficience principale.

De plus en plus d'usagers relevant de l'ASE

Au moment de l'enquête, **12,1 % des usagers** accompagnés par les IME de la région sont également suivi par les services de l'**Aide sociale à l'enfance (ASE)**⁸. Le département de la Meuse (17,3 %) et, dans une moindre mesure, celui des Vosges (14,8 %) sont les plus concernés par cette situation. La modalité d'accompagnement majoritaire est l'accueil familial (environ un tiers des cas sur l'ensemble de la région).

Tableau 5 - Accompagnement par l'ASE.

	Meurthe-et-Moselle (N=588)	Meuse (N=197)	Moselle (N=568)	Vosges (N=229)	Lorraine (N= 1 582)
Aide sociale à l'enfance	9,9%	17,3%	11,4%	14,8%	12,1%
<i>dont ASE placement étab.</i>	2,4%	4,6%	1,4%	0,9%	2,1%
<i>dont accueil familial</i>	1,5%	6,1%	3,2%	10,5%	4,0%
<i>dont mesure éducative</i>	2,6%	3,6%	2,1%	2,6%	2,5%

Source - Diagnostic IME 2015.

⁸ L'articulation entre les IME et la protection de l'enfance est détaillée dans la partie « Articulation avec la protection de l'enfance ».

Quels services rendus dans les territoires ?

Aires de recrutement des établissements

L'objectivation de l'origine géographique des enfants accueillis pour chaque département permet de déterminer le rayonnement de l'attractivité des établissements. Elle vise également à mettre en perspective d'éventuels chevauchements territoriaux. Rappelons que cette question territoriale est toujours délicate à traiter dans le secteur médico-social, car le phénomène de rationalisation de l'équipement est susceptible de se heurter au phénomène de libre choix dont bénéficie les parents.

En **Meurthe-et-Moselle**, où sont représentées les aires de recrutement de six structures, une majorité des enfants accompagnés par un IME sont domiciliés dans le sud du département (cf. carte 5), dans les principaux pôles urbains et leur aire⁹. L'agglomération nancéenne concentre une forte activité (quatre établissements, soit 75 % de l'offre étudiée de ce département) et, bien que des entrecroisements existent (cf. carte 1), la majorité de la population qui y est accueillie vit dans cette aire urbaine (62 %). Dans le nord du département – où les deux aires urbaines comptant un IME sont plus modestes – 44 % des usagers accueillis vivent dans une autre zone que celle de leur établissement.

La particularité de la Meurthe-et-Moselle réside dans le fait que **13,8 % des enfants accompagnés ont un autre département pour origine géographique** (cf. tableau 6). Ce constat est valable dans le nord comme dans le sud du département et, pour 4 établissements sur 6, cette proportion est de 16 % ou plus, traduisant une réalité plutôt partagée dans l'ensemble du territoire. Dans 92,4 % des cas les enfants sont originaires de Lorraine (38 % de la Meuse ; 27,9 % des Vosges et 26,6 % de la Moselle).

Par rapport aux aires de recrutement, les IME de Meurthe-et-Moselle pensent que le choix laissé aux parents peut engendrer les entrecroisements géographiques observés.

Dans la **Meuse**, les 197 usagers pour lesquels ont été collectées des informations se répartissent dans cinq IME. Trois d'entre eux se situent dans les aires urbaines de Verdun (2 établissements) et Bar-le-Duc, qui absorbent plus de 80 % de l'activité départementale. La conséquence de cette configuration – soit une offre en décalage avec la répartition géographique de la population – est que ce territoire est celui où la part d'enfants dont le domicile parental est situé dans une autre zone urbaine que celle de leur établissement d'accueil est la plus élevée (54,8 %).

⁹ La notion d'**unité urbaine** repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Une **aire urbaine** est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) – de plus de 10 000 emplois pour les « grandes aires urbaines », de 5 000 à 10 000 emplois pour les « moyennes aires urbaines » ou de 1 500 à 5 000 emplois pour les « petites aires urbaines » –, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

En **Moselle**, où cohabitent deux grands ensembles urbains, l'offre est globalement équilibrée entre l'ouest et l'est du département. Les entrecroisements sont relativement peu nombreux, les enfants résidants dans l'ouest pouvant être accueillis dans cette zone et inversement pour l'est du territoire. Par conséquent, la part d'usagers vivant dans la même commune ou dans la même unité urbaine que celle de leur établissement est la plus élevée de la région (41,6 % vs 32 % maximum dans les autres départements).

Par ailleurs, dans l'est du département, 10,7 % des enfants accompagnés résident dans un autre département (cette proportion pouvant atteindre 25 %), très majoritairement dans le Bas-Rhin.

En Moselle, certains internats ne sont que masculins ou que féminins (malgré des agréments mixtes), et se situent respectivement aux extrêmes Est et Ouest du département. Cette situation entraîne d'importants mouvements territoriaux, et un déficit d'offre de service sur certaines zones du département.

Dans les **Vosges**, les six établissements ayant répondu à l'étude accueillent 229 usagers. Du fait que trois IME sont situés dans une commune isolée hors d'influence des pôles urbains – ce qui augmente la probabilité que les enfants habitent dans une aire urbaine différente de celle où se trouve leur établissement d'accueil –, plus de la moitié des usagers (51,5 %) sont originaires d'une autre aire. Pour les trois IME les plus isolés, cette proportion est de plus de 62 % et, ces mêmes établissements devant recruter hors de leur aire urbaine d'appartenance, d'assez nombreux chevauchements s'observent (cf. carte 4).

Tableau 6 - Origine géographique des enfants accompagnés.

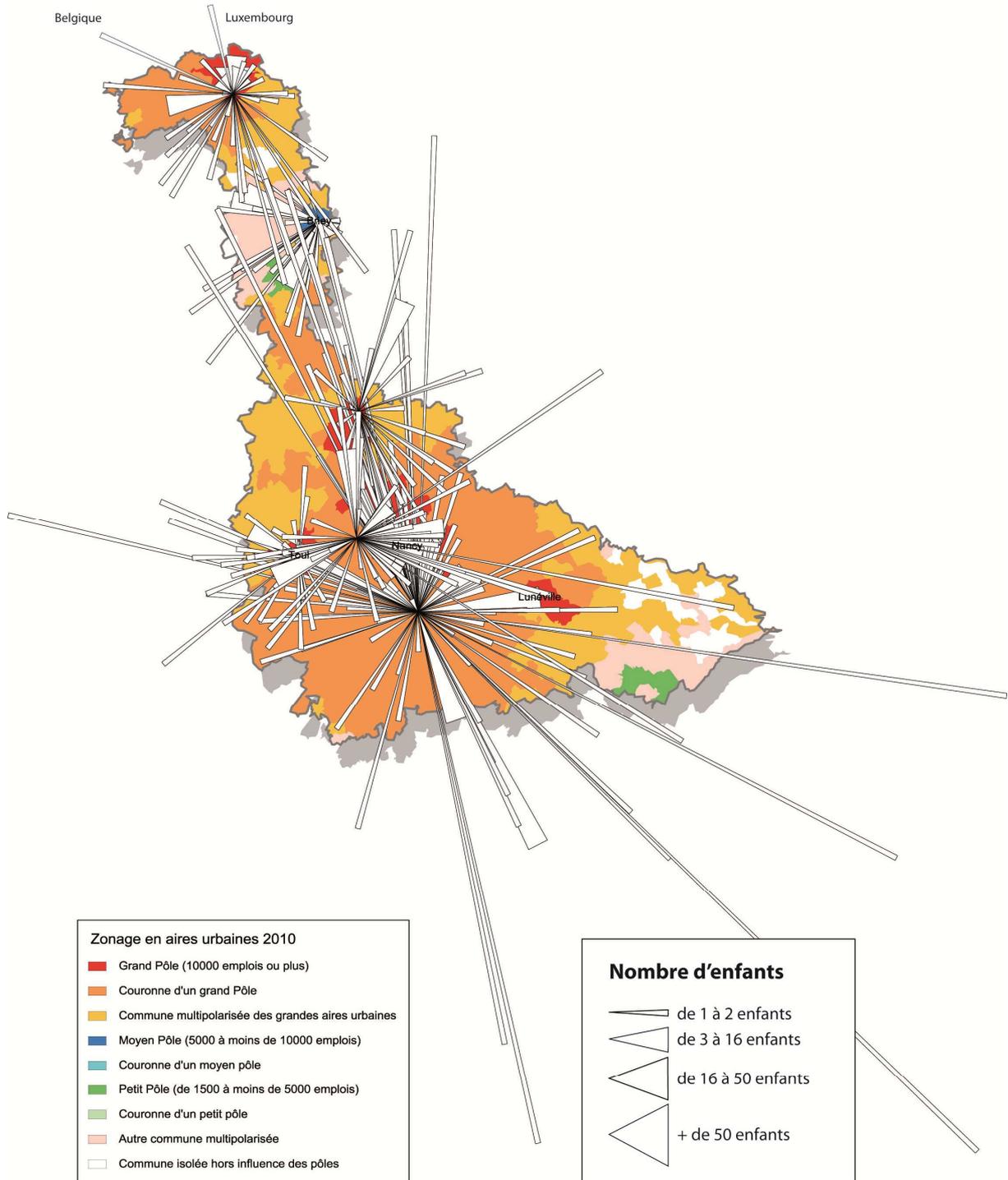
	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Dans la même commune	8,0%	20,8%	14,8%	12,2%	12,6%
Dans la même unité urbaine	11,4%	10,2%	26,8%	19,7%	18,0%
Dans la même aire urbaine	37,8%	12,2%	10,2%	10,0%	20,7%
Dans une autre zone du département	29,1%	54,8%	41,4%	51,5%	39,9%
Dans un autre département	13,8%	2,0%	6,9%	6,6%	8,8%

Source - Diagnostic IME 2015.

Préconisation - Moselle

- Généraliser la mixité dans les internats d'IME.

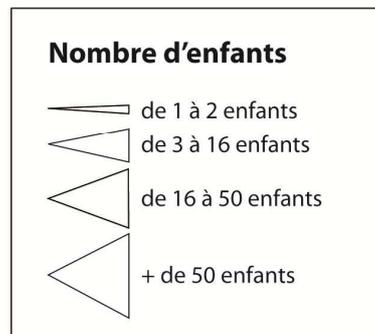
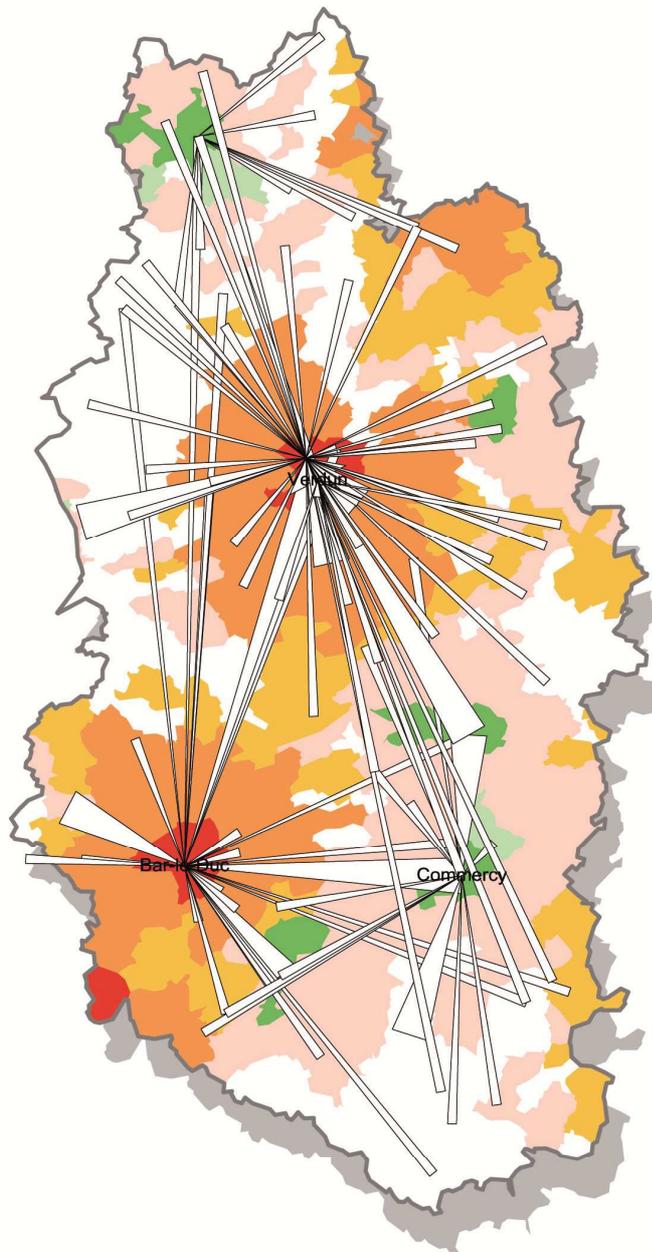
Fig. 1 : Aire de recrutement des IME de la Meurthe-et-Moselle



Sources : INSEE - CREAL Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 50 km

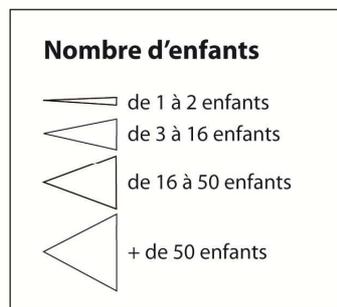
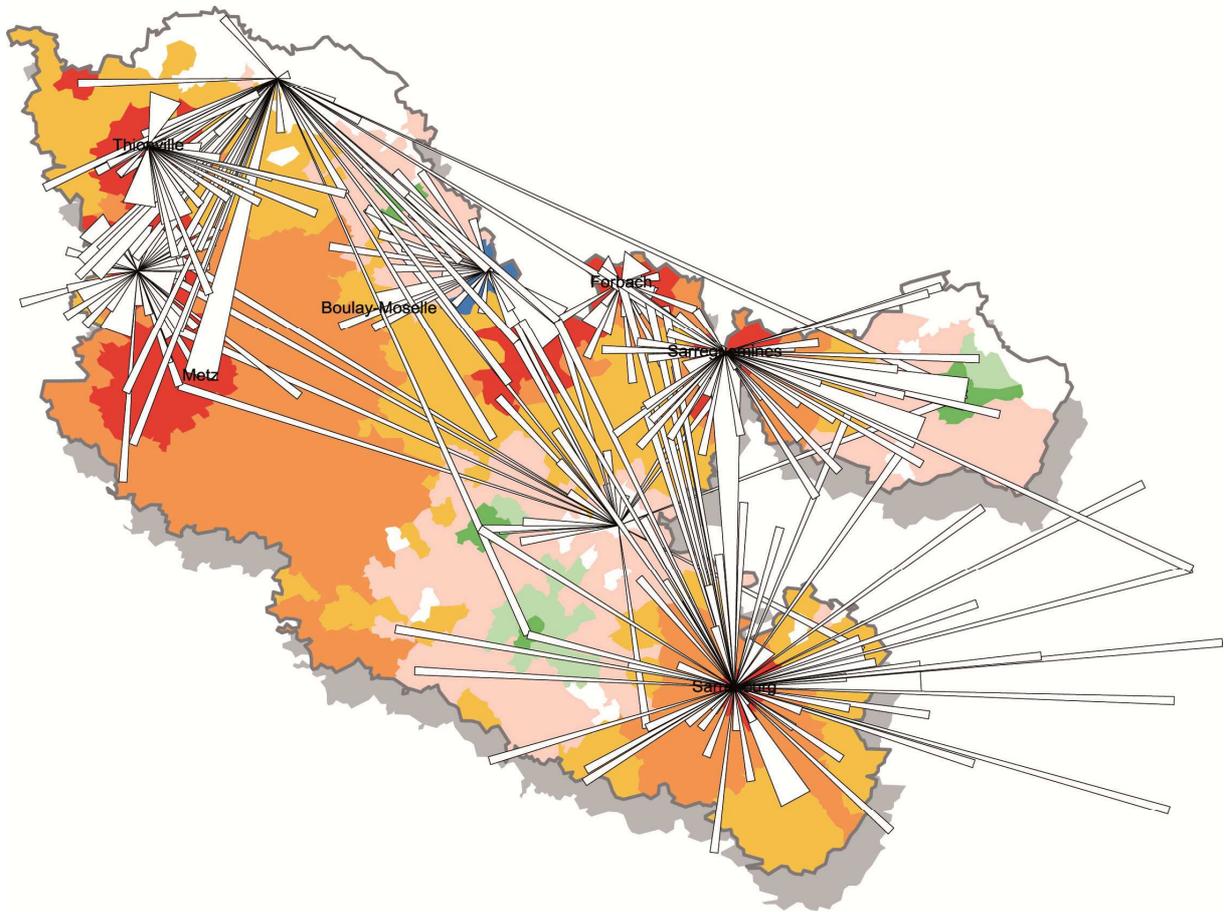
Fig. 2 : Aire de recrutement des IME de la Meuse



Sources : INSEE - CREAL Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

0 35 km

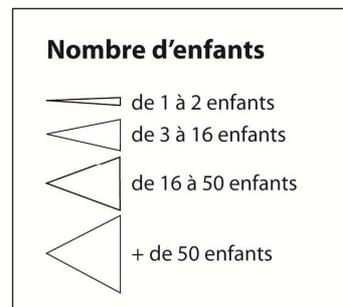
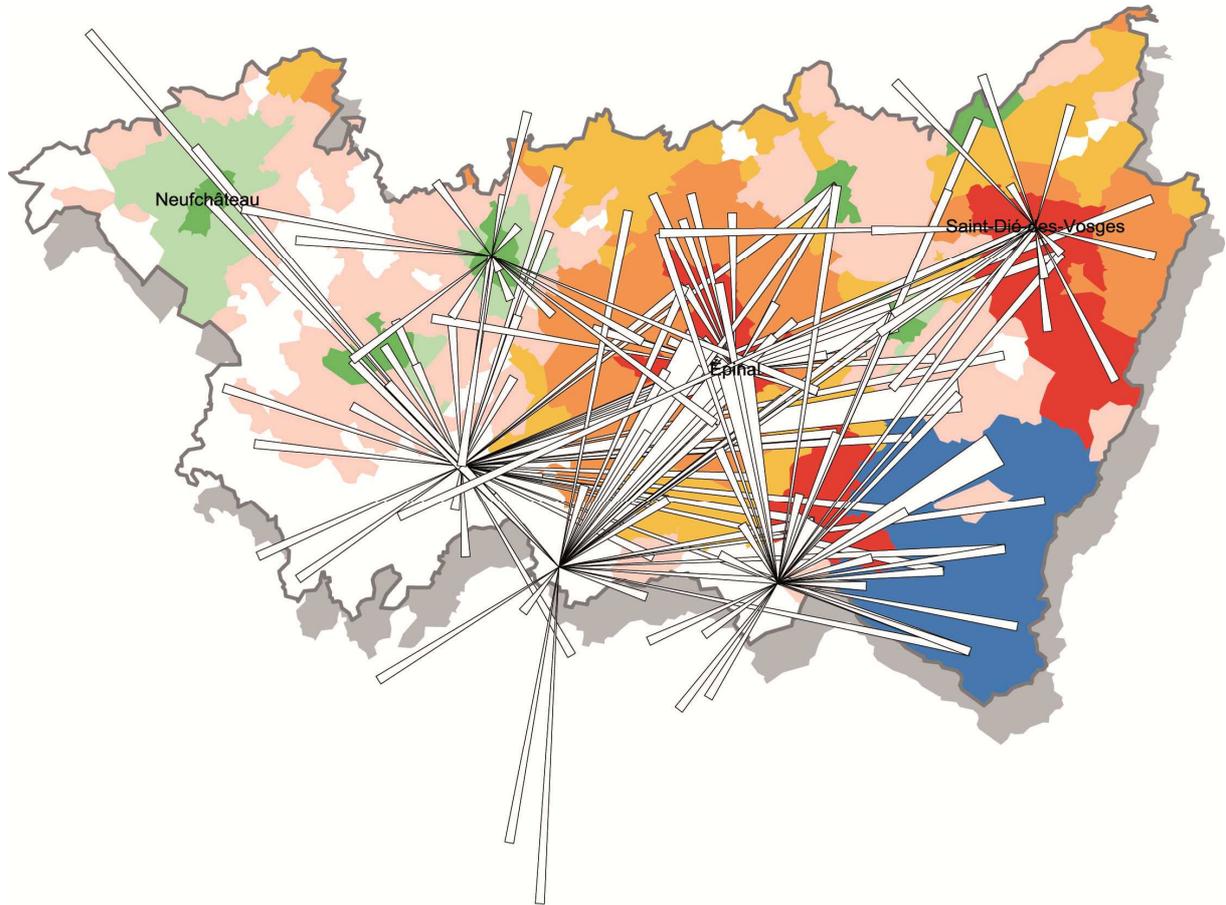
Fig. 3 : Aire de recrutement des IME de la Moselle



Sources : INSEE - CREA Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 40 km

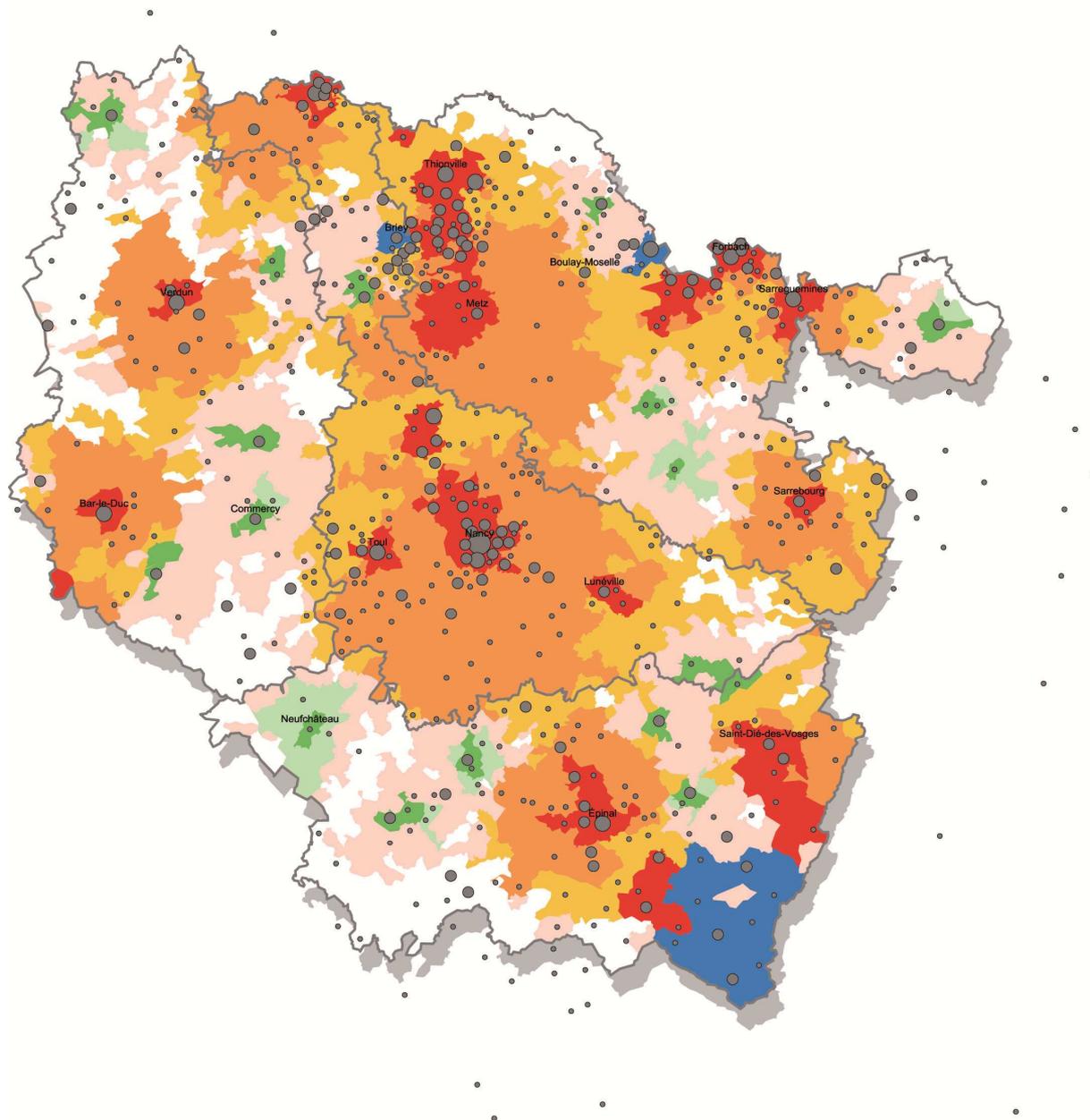
Fig. 4 : Aire de recrutement des IME des Vosges



Sources : INSEE - CREAL Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 50 km

Fig. 5 : Nombre d'enfants selon la commune de résidence



Sources : INSEE - CREA Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 70 km

Offre de service

Les possibilités d'accueil régional peuvent être appréhendées *via* les **taux d'équipement** en IME, en déclinant l'offre selon la modalité d'accueil. Ainsi, l'offre apparaît comme étant relativement homogène, puisque les taux d'équipement départementaux sont compris entre 5,4 places pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans dans la Meuse à 5,9 ‰ dans les Vosges (respectivement 5,5 ‰ et 5,7 ‰ en Meurthe-et-Moselle et en Moselle – cf. tableau 7).

Le taux d'équipement global supérieur dans les Vosges s'explique surtout par l'offre de places en **internat** complet (2,5 ‰, contre 1,9 ‰ maximum dans les autres départements). A noter, aucune place pour **autisme** n'est installée en Meurthe-et-Moselle.

Tableau 7 - Taux d'équipement (pour 1 000) en IME, en Lorraine.

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Capacités installées ARS	976	247	1 376	521	3 120
<i>dont internat</i>	250	89	388	217	944
<i>dont accueil de jour</i>	726	145	922	265	2 058
<i>dont autisme</i>	0	13	66	39	118
Taux d'équipement	5,5	5,4	5,7	5,9	5,7
<i>dont internat</i>	1,4	1,9	1,6	2,5	1,7
<i>dont accueil de jour</i>	4,1	3,2	3,8	3,0	3,7
<i>dont autisme</i>	0,0	0,3	0,3	0,4	0,2

Source - ARS Lorraine au 01.01.2015, Diagnostic IME 2015.

Note de lecture - En Meurthe-et-Moselle, au 01.01.2015, 5,5 places sont disponibles pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans.

Modalités d'accueil

Dans la région, 12 des 28 établissements ayant participé à l'enquête proposent de l'internat de semaine. Parmi ces établissements, 4 proposent également de l'internat aménagé, 3 ne proposent pas d'accueil de jour et 2 ne proposent que de l'internat de semaine. Au total, 13 structures ont un mode d'hébergement, et 3 proposent les trois modes d'accueil.

Tableau 8 - Modalités d'accueil, par département.

	Meurthe-et-Moselle (n=7)	Meuse (n=6)	Moselle (n=9)	Vosges (n=6)	Lorraine (n=28)
Modalités d'accueil					
Internat de semaine	2	3	3	4	12
Internat aménagé	1	0	1	3	5
Semi-internat	6	5	9	5	25

Source - Diagnostic IME 2015.

Le nombre de jours d'ouverture annuel des internats dans la région varie de 196 à 365 jours, sachant que deux établissements au sein de l'échantillon proposent une ouverture complète (l'un en Moselle et l'autre dans les Vosges).

Dans la **Meuse**, au cours des tables rondes, l'EPDAMS a par exemple évoqué un **appartement d'autonomie** (4 places sur le site) pour les jeunes adultes, qui peuvent continuer leur scolarité ou leur formation professionnelle, tout en pouvant jouir d'un espace de vie à l'écart, plus autonome. Ainsi, ils ne côtoient plus les plus jeunes et ont des activités adaptés à leurs âges.

Dans ce département, cet organisme a réduit son nombre de jours d'ouverture. Cela correspond à une volonté de ne plus ouvrir sans accueillir d'enfants, et a permis de récupérer des heures éducatives et pédagogiques, et de réduire l'effectif des groupes.

En **Moselle**, les IME déclarent qu'il y a un déficit d'accueil en hébergement. De fait, pour l'accueil en internat aménagé, certains IME utilisent la notification « accueil temporaire », qui permet d'accueillir jusqu'à 90 jours par an en internat. Un aménagement de l'internat est possible mais, générant un « manque à gagner », l'accueil se fait en sureffectif.

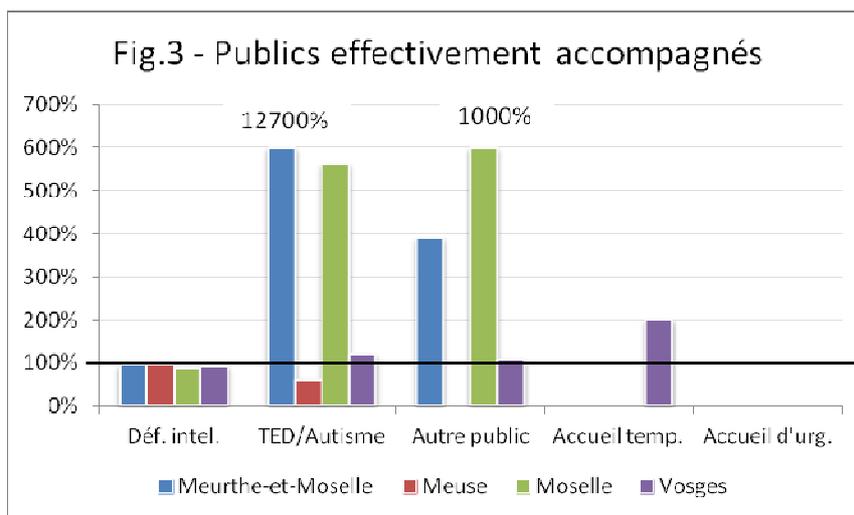
Préconisations – Tous les départements

- Encourager la mise en place de possibilité d'accueil « hors-les-murs » pour les adolescents et jeunes adultes (i.e. rattaché à l'IME mais physiquement à l'écart), dans une optique d'individualisation des accompagnements.

Les publics effectivement accompagnés

La figure 3 présente les ratios qui correspondent au rapport entre le nombre d'**usagers effectivement accompagnés** sur le nombre de places agréées et installées.

Pour le public le plus nombreux dans les IME (les déficients intellectuels), entre 88 et 96 % de la capacité installée est couverte et effectivement occupée par des usagers. Par contre, les publics **TED/Autisme** sont, dans les départements de Meurthe-et-Moselle et de Moselle, **très largement surreprésenté** par rapport aux nombres de places installées. En Moselle, par rapport aux **26 places agréées et installées, 146 usagers sont effectivement accompagnés** en IME (soit 562 % de la capacité prévue). En Meurthe-et-Moselle, le fait qu'aucune place ne soit agréée pour le public TED/Autisme génère un taux d'occupation aberrant (12 700 %, soit 127 enfants ou adolescents accueillis et présentant des TED/Autisme).



Les **tables rondes** ont été l’occasion de contextualiser les données recueillies dans le cadre de l’enquête et d’apporter des éléments d’explication sur les résultats obtenus :

En **Meurthe-et-Moselle**, par rapport à l’absence de places installées en **section Autisme** dans le département, les IME signalent que plusieurs propositions ont été faites mais qu’aucune suite n’a été donnée par l’ARS. Sur ce point, la DT ARS précise qu’il s’agit de co-construire, avec des gestionnaires porteurs d’avenir et que la « désinstitutionnalisation voulue par le ministère doit être travaillée ». Pour la DT ARS, le taux d’activité de certains IME interroge, au-delà de l’absentéisme. Un appel à candidature est envisagé mais, dans tous les cas, il sera difficile de répondre à l’importance de la demande. Au niveau de la formation à l’Autisme, l’ARS souhaite favoriser une stratégie de formation inter associative.

Dans la **Meuse**, le seul moment où les jeunes ne sont pas comptabilisés est quand ils sont à l’hôpital (car doublon au niveau du financement par l’assurance maladie).

Pour les IME, la politique de l’Education nationale peut impacter le nombre d’enfants accueillis. En effet, dans le département, l’Education nationale maintient la scolarisation en milieu ordinaire des enfants autistes, d’où le fait que le nombre d’autistes effectivement accueillis en IME n’excède pas le nombre de places installées.

En **Moselle**, les établissements médico-sociaux estiment que les **enfants autistes sont accueillis sans que soit proposé un accompagnement adapté**. Or, certains établissements déclarent que, outre les enfants autistes diagnostiqués, **40 à 50 % des effectifs** présentent des TED (non diagnostiqués). Dans d’autres IME, le choix est fait d’accueillir un nombre d’enfants inférieur à l’agrément pour élever le **taux d’encadrement** dans ces situations. Les **CPOM** devront être mobilisés pour prendre en compte ces problématiques. Des unités autisme feront également l’objet d’appels à projet.

Préconisation – Meurthe-et-Moselle et Moselle

- Développer une offre adaptée, quantitativement et qualitativement, à destination des publics TED/Autisme (AAP pour section autisme, formations sur les bonnes pratiques professionnelles d'accompagnement).

Les listes d'attente

Parmi les 28 IME ayant participé à l'enquête, **16 ont déclaré disposer d'une liste d'attente**. Au niveau des délais d'admission dans ces établissements, le temps moyen d'attente varie essentiellement de 5 à 12 mois. Deux établissements (un avec hébergement et un sans hébergement) ont des temps d'attente de plus de 2 ans.

Tableau 9 - Temps d'attente moyen avant admission

	Avec héberg. (n=13)	Sans héberg. (n=15)
Tps d'attente		
Entre 5 et 11 mois	4	2
1 an	3	2
2 ans ou plus	1	1
Sans précision	2	1

Source - Diagnostic IME 2015.

Toujours d'après l'enquête, entre 9 et 73 personnes sont inscrites sur les listes d'attente dans les différents départements : 9 dans la Meuse, 13 en Meurthe-et-Moselle, 19 en Moselle et 73 dans les Vosges.

Cela dit, les données transmises par les quatre **MDPH** sur les effectifs de personnes en attente ont permis de constater que les **établissements et les MDPH ne retiennent pas spécialement les mêmes critères et ne coordonnent pas, dans certains départements, leurs actions en matière de gestion des attentes**. Ainsi, le nombre de personnes en attente selon les MDPH est de :

- 8 dans la Meuse (soit 1 de moins que selon les IME), dont 1 en internat et 3 en accueil de jour (4 non renseignés) ;
- En Meurthe-et-Moselle, la MDPH informe qu'elle « *n'est pas en mesure à ce jour de vous transmettre ce type d'information* ». Par ailleurs, au cours d'une table ronde, la MDPH a pu préciser que, « *à part dans un secteur géographique du département, il n'y a pas d'attente* ».
- 27 en Moselle (soit 8 de plus que selon les IME), dont 5 en internat et 22 en accueil de jour. Parmi les 27 demandes, 14 concernent le public TED/Autisme ;
- Dans les Vosges, la MDPH informe qu'elle « *ne dispose pas pour le moment de l'outil nécessaire pour comptabiliser les personnes sur liste d'attente pour un établissement* ». Par ailleurs, au cours

d'une table ronde, la MDPH a estimé à « environ 140 dans le département » le nombre de personnes en attente d'IME.

Les **tables rondes** ont été l'occasion de contextualiser les données recueillies dans le cadre de l'enquête et d'apporter des éléments de réponse sur les écarts observés :

En **Meurthe-et-Moselle**, l'ARS rappelle que le projet IMAD est en *stand by*. Ce projet vise à obtenir une vision globale des places occupées et des listes d'attente. Pour la MDPH, il faut partager le degré de priorité. L'ASE est d'accord car le manque de visibilité perturbe la construction du dossier, mais cette institution se demande quels critères doivent être retenus pour donner la priorité (antériorité, autre...) et qui doit gérer cette liste (l'ARS ?). Bref, **il n'y a pas que la question de l'outil, il y a également celle de la méthode et du partenariat**. Par exemple, entre autres problématiques, certains parents refusent parfois des solutions pour conserver le caractère prioritaire de leur demande.

Dans la **Meuse**, selon un IME, il y aurait une certaine pression à l'entrée et les listes d'attente seraient donc importantes, surtout pour les garçons (ce qui dénote avec les données de la MDPH présentées ci-dessus). Dans les faits, puisque certaines familles sont inscrites sur plusieurs listes, les IME contactent la MDPH pour savoir si l'enfant est toujours demandeur.

La **MDPH, avec un système de fichier sous Excel**, de manière trimestrielle, croise les données remontées par les établissements, et les retourne aux établissements. Mais ce travail est fastidieux. La MDPH est donc en attente d'un outil informatique (outil *trajectoire* probablement). Dans la Meuse, **les IME reçoivent toutes les notifications de la part de la MDPH**.

En **Moselle**, il a y une liste par établissement, avec un **système de priorisation** qui se base sur les éléments psychologiques, scolaires, sociaux et médicaux contenus dans le dossier de la personne. Quant à la MDPH, elle **gère un système d'information central**, ce qui est un gage de neutralité pour les parents. Ainsi, c'est d'une certaine manière la MDPH qui prend la décision de l'admission dans certaines structures. Pour autant, aucune orientation ne se fait sans communication entre la MDPH et les IME. Et, au final, la direction de l'IME doit valider l'admission.

Par ailleurs, pour les structures qui accueillent des enfants d'autres départements (ex. Bas-Rhin), **le fait que les MDPH n'aient pas toutes le même fonctionnement génère des difficultés** dans la gestion de la liste d'attente.

Dans les **Vosges**, pour un établissement, **être sur liste d'attente signifie « avoir fait une démarche auprès de l'établissement »**. Tandis que pour la MDPH, la liste veut dire « décision non suivie d'effet », ce qui signifie que l'enfant est probablement à domicile. Le nombre important d'enfants sur liste d'attente, soit environ 140 dans le département, peut s'expliquer en partie par le fait qu'un établissement ait fermé en Alsace, région qui sollicite historiquement la MDPH des Vosges. Pour faire face à ces nombreuses demandes, le département a mis en place une **cellule de crise** qui permet de trouver des solutions alternatives, à moyens constants.

Au mois de juillet, est organisée une réunion avec l'IEN ASH pour gérer les cas qui peuvent être orientés. Aujourd'hui, selon la MDPH, il y a environ **30 situations sans solutions** dans le département (chiffre obtenu avec l'Education nationale).

L'ARS reçoit un tableau de la part des IME, mais ce système ne permet pas de résoudre le problème des doublons.

Préconisation – Tous les départements

- Créer, avec l'ensemble des acteurs concernés, un système de gestion partagé des listes d'attente.
En confier la coordination à la MDPH.

L'accompagnement éducatif

Activités mises en place

Les activités développées dans les IME s'articulent autour du **trptyque éducatif-pédagogique-thérapeutique**. Elles sont proposées à chaque usager accueilli dans le cadre de son Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA). Dans le présent diagnostic, les différentes activités présentées représentent un recensement non exhaustif. Celles citées sont celles indiquées par les IME dans leurs réponses au questionnaire. Le niveau de détail s'est avéré variable d'un établissement à l'autre.

Tableau 10 - Activités éducatives proposées par les IME en Lorraine

Activités proposées par la (quasi-)totalité des IME	Fréquence intermédiaire	Activités proposées par une (petite) minorité d'IME
Développement de l'autonomie et de la socialisation		
<i>Dont cuisine</i> <i>Dont santé / hygiène</i>	<i>Dont courses</i>	<i>Dont citoyenneté</i> <i>Dont code de la route/sécurité routière</i> <i>Sont sensibilisation au développement durable</i>
Loisirs créatifs / de découverte		
<i>Dont théâtre /expression</i> <i>Dont ateliers peinture, dessin, art-plastiques</i>	<i>Sont chorale / chant</i> <i>Dont initiation à la ferme</i> <i>Dont contes / comptines</i>	<i>Dont art du cirque</i> <i>Dont marionnettes</i> <i>Dont pâte à modeler</i>
Activités sportives		
<i>Dont natation</i> <i>Dont équitation</i>	<i>Dont marche / parcours santé</i>	<i>Dont foot</i> <i>Dont ski</i> <i>Dont boxe</i> <i>Dont quad</i> <i>Dont judo</i> <i>Dont danse</i> <i>Dont médiation animale</i> <i>Dont roller</i> <i>Dont vélo</i> <i>Dont athlétisme</i>
	Activité culturelles	
<i>Dont sorties théâtre, musée ...</i>		<i>Dont médiathèque, ludothèque</i> <i>Dont musique</i>
Dont activités manuelles / ludiques		
<i>Dont ateliers nature, jardin</i> <i>Dont bricolage</i>		
		Vie affective et sexualité
	Activité de Bien-être	
		<i>Dont yoga</i> <i>Dont soins esthétiques</i>
		Activités Multimédia

Source - Diagnostic IME 2015.

Les **activités mises en place** dans les IME en matière éducative (cf. tableau 10) sont diverses et relativement hétérogènes dans la région. La grande majorité d'entre elles ne sont proposées que par une (petite) minorité d'entre eux. Néanmoins, en regroupant ces activités dans des ensemble thématiques, il apparaît que les établissements ayant répondu possèdent une **offre en matière éducative plutôt comparable**, dans la mesure où les thématiques identifiées (développement de l'autonomie et de la socialisation, les activités sportives, ou encore les loisirs créatifs ou de découverte et les activités ludiques) sont proposées par la (quasi-)totalité des IME.

Les activités proposées par les établissements en matière éducative peuvent également être présentées par département, en précisant les différences entre les IMpro et les IME.

LES ACTIVITES EDUCATIVES PROPOSEES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : l'Impro du département qui a répondu à l'enquête propose des activités manuelles et culturelles, ainsi que du développement de l'autonomie et de la socialisation. Les IME proposent également des activités manuelles et culturelles, la plupart offrent la possibilité de faire du sport. Des activités liées aux actes de la vie quotidienne, de l'éveil, de la communication, des activités de loisirs créatifs et du développement de l'autonomie et de la socialisation font également partis de la gamme des activités éducatives proposées par certains IME. A noter, tous les IME proposent de l'initiation professionnelle.

Meuse : l'Impro du département propose du sport et des loisirs créatifs. La plupart des IME proposent également du sport. Les autres activités sont culturelles et manuelles (y compris les loisirs créatifs), en lien avec l'éveil ou le développement de l'autonomie et de la socialisation. 3 des 5 IME proposent de l'initiation professionnelle.

Moselle : l'Impro du département propose des activités sportives, ainsi que du développement de l'autonomie et de la socialisation. Les IME proposent des activités de sport, de bien-être, d'éveil, de loisirs créatifs. Ils offrent également la possibilité d'activités manuelles et culturelles, et du développement de l'autonomie et de la socialisation. Enfin, deux IME proposent de l'initiation professionnelle.

Vosges : Les IME proposent des activités de sport, de bien-être, d'éveil, de loisirs créatifs. Ils offrent également la possibilité d'activités manuelles et culturelles, et des activités tournées vers le développement de l'autonomie et de la socialisation. Enfin, trois IME proposent de l'initiation professionnelle (stages, découvertes de métier, etc.).

Difficultés rencontrées par les équipes éducatives

Les difficultés rencontrées par les **équipes éducatives** dans l'accompagnement des usagers sont assez nombreuses et variées. Elles peuvent être liées aux **caractéristiques** mêmes des usagers, du point de vue de leur-s déficience-s ou de leur-s trouble-s :

- La gestion des **troubles du comportement** (7 situations déclarées) ;
- La gestion des « **cas complexes** » (7) : « *typologie de public pour laquelle des problèmes de comportement se surajoutent à la déficience intellectuelle. Cette situation génère des accompagnements différenciés et disparates (pour 30 à 40 % de la population accueillie)* » ;
- Faire face aux agressions (7 établissements concernés) ;
- L'accompagnement des enfants atteints de troubles autistiques (3 cas) ;
- La gestion des usagers présentant des troubles psychiques (2).

Les autres obstacles à l'accompagnement relevés par les équipes éducatives sont davantage d'ordre **organisationnel**, bien qu'ils ne soient pas sans liens avec les difficultés rapportées précédemment :

- Les difficultés liées au fait que les différents publics aujourd'hui accompagnés en IME présentent des profils hétérogènes (8 structures concernées), qui rendent le travail quotidien plus délicat : « **hétérogénéité importante des profils et des compétences des jeunes accueillis** ».
- La gestion du travail avec les familles : « *Mobilisation difficile de certaines familles (enfants ASE, éloignement géographique, etc.)* » ;
- La problématique de l'individualisation que suppose l'accueil et l'accompagnement a également été abordée par 5 établissements comme étant un facteur concourant à rendre plus difficile les activités éducatives ;
- Le manque et la gestion du temps dans son ensemble (5 cas) et le manque de moyens (4) semblent également poser parfois des problèmes : « *l'accueil séquentiel des enfants qui amène un emploi du temps découpé* » ;
- Enfin, l'absentéisme des enfants (dans 1 établissement), mais aussi du personnel (2 cas) ont été déclaré comme étant des freins à l'accompagnement éducatif.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES EDUCATIVES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : la gestion des troubles du comportement (3 cas), celle des cas complexes (3), des agressions (2) et de l'individualisation des accompagnements (2) sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les équipes éducatives de ce département. Le manque de temps (sans plus de précision), le manque de place dans le secteur adulte et le difficile travail avec les familles sont également soulignés.

Meuse : l'hétérogénéité des publics accompagnés (4 cas) et la gestion des emplois du temps (3 cas) sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les équipes éducatives de ce département. La difficile gestion des agressions, des troubles du comportement de l'individualisation des accompagnements et du travail avec les familles sont également soulignés. Enfin, 2 IME déclarent rencontrer des difficultés liées aux absences ou aux manques de personnels.

Moselle : les difficultés rencontrées par les équipes éducatives de ce département sont les plus diverses et variées : gestion des cas complexes (4 cas) ; hétérogénéité des publics accompagnés (3) ; gestion du travail avec les familles (3) ; gestion des agressions (3) ; individualisation des accompagnements (3) ; gestion des troubles du comportement (2) ; de l'autisme (2) ; des cas psychiatriques (2) ; gestion des usagers de l'ASE (1) ; et absentéisme des élèves (1).

Vosges : la gestion des troubles du comportement (2 cas) est la seule difficulté un peu plus fréquemment rencontrée que les autres par les équipes éducatives de ce département. Ces autres difficultés (une seule fréquence) sont : la gestion de l'autisme ; des cas complexes ; des agressions ; du travail avec les familles ; le manque de places à l'entrée et à la sortie ; le manque d'encadrement ; l'absentéisme du personnel ; l'hétérogénéité des publics accompagnés.

Préconisations – Tous les départements

- Accompagner les équipes éducatives dans leur capacité à accompagner les cas complexes :
 - Former les équipes qui ne le sont pas aux troubles psychiques ;
 - Former les équipes qui ne le sont pas à la gestion des situations violentes ;
 - Former les équipes éducatives qui ne le sont pas à l'accompagnement des personnes autistes.
- Promouvoir des outils d'évaluation partagée des besoins des jeunes accueillis avec le secteur pédopsychiatrique ;
- Promouvoir, en lien avec les objectifs de la mission Desaulle, une réflexion entre les acteurs de chaque département sur la possibilité de prise en charge partagée pour les situations les plus complexes (y compris hors des départements pilotes comme les Vosges).

Postes à pourvoir dans le domaine éducatif

Le département de Meurthe-et-Moselle est le seul où un poste est à pourvoir au sein d'une équipe éducative. Ainsi, 1 ETP d'éducateur technique spécialisé n'est pas occupé actuellement.

Scolarité des usagers et activités en matière pédagogique

Niveau et modalités de scolarisation

Selon l'enquête menée par le CREAI, dans les départements de Lorraine, les **taux de scolarisation** des enfants et adolescents accueillis en IME, bien qu'élevés (entre 76,9 % et 83,8 % - cf. tableau 11 ; sauf en Meurthe-et-Moselle où le taux est de 40,8 % mais où la non réponse est très élevée), montrent que **certains enfants ou adolescents ne bénéficient pas d'un accès à la scolarité** (de 4 à 16 % selon le département).

Ce constat partagé recouvre malgré tout des réalités diverses, dans la mesure où les proportions d'usagers déclarés comme scolarisés en milieu ordinaire¹⁰ (classe ordinaire ou dispositif adapté) varient de 22,4 % dans la Meuse, à 37,7 % en Moselle et 38,1 % en Meurthe-et-Moselle et 43,2 % dans les Vosges. Les enfants scolarisés le sont le plus souvent entre 1 jour et 4 jours par semaine (en Moselle, c'est le cas pour 57,8 % des enfants¹¹), la scolarisation à temps plein étant relativement peu fréquente.

La moitié des enfants non scolarisés a plus de 16 ans, soit l'âge limite légal d'instruction obligatoire (47 % d'entre eux, contre 25 % des enfants scolarisés). Ce phénomène de non scolarisation ne touche pas les différentes catégories d'usagers de la même manière. Les enfants atteints d'**autisme**, en situation de **plurihandicap** ou de **polyhandicap** sont ainsi **surreprésentés parmi les non scolarisés**. Inversement, les enfants atteints de troubles psychiques et/ou TCC sont plus fréquemment scolarisés (20 % vs 11 %).

Tableau 11 - Taux de scolarisation, par département.

	Meurthe-et-Moselle (N=588)	Meuse (N=197)	Moselle (N=568)	Vosges (N=229)	Lorraine (N= 1 582)
Scolarité des 6-16 ans					
Scolarisés	40,8%	89,7%	82,3%	85,0%	70,7%
<i>Classe ordinaire</i>	37,8%	0,0%	27,7%	19,2%	25,4%
<i>Dispositif adapté</i>	0,3%	25,5%	0,3%	14,0%	6,4%
<i>UE IME</i>	0,0%	50,3%	39,3%	38,3%	28,2%
<i>UE externalisée</i>	2,7%	13,8%	15,1%	13,5%	10,7%
Non réponse	42,7%	1,4%	13,4%	3,1%	19,1%
Non scolarisé	16,5%	9,0%	4,3%	11,9%	10,2%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

Cependant, dans son rapport, la **mission interministérielle** estime que, sans pouvoir établir les chiffres précis, un nombre important de jeunes ne bénéficient d'aucune forme de scolarisation (environ **15 % des usagers d'IME** de 6-16 ans selon l'enquête ES2010 de la Drees) et, pour ceux qui le

¹⁰ La notion de scolarisation en milieu ordinaire a pu être interprétée diversement chez les enquêtés (cf. infra dans la restitution des tables rondes).

¹¹ Et 75,7 % des enfants en excluant la non réponse partielle, très élevé sur cette question.

sont, que **le volume d'enseignement reste (très) faible**. Ce constat correspond globalement aux observations réalisées dans le cadre de ce diagnostic, sans savoir si, comme dans la présente étude, les disparités sont fortes ou non entre département.

Enfin, au cours des différentes **tables rondes** départementales, les éléments suivants ont été collectés :

En **Meurthe-et-Moselle**, selon les informations fournies au cours des tables rondes, les notifications se répartissent à part égales entre les IME et les dispositifs de l'Education nationale. Et il y a aussi des scolarités partagées. **Les parents sont d'ailleurs demandeurs de ces situations partagées**. Ces temps partagés interviennent surtout au moment du collège du fait des difficultés à suivre.

Selon l'Education nationale, il y a de plus en plus d'enfants en ULIS et de plus en plus de dispositifs créés année après année. Mais il y a également la volonté de développer les UE externes. Aujourd'hui, **un enseignant référent s'occupe en moyenne de 140 enfants. Tous les IME ne disposent pas d'un enseignant mis à disposition par l'Education nationale** et ceux qui le sont ne détiennent pas toujours les qualifications spécifiques (cas d'un ingénieur textile faisant fonction).

L'Education nationale rappelle qu'il est difficile de prévoir la demande d'ULIS, car c'est seulement les enseignants référents qui font remonter leurs observations de terrain et qui permettent de faire des choix d'ouverture d'ULIS.

La MDPH rappelle que c'est la mission des IME que de réfléchir à la manière d'inclure les enfants en milieu ordinaire.

Par ailleurs, il est soumis à la réflexion que, en Belgique, les établissements qui accueillent les enfants en situation de handicap sont considérés comme des écoles.

Dans la **Meuse**, environ deux tiers des enfants sont scolarisés. Les enfants polyhandicapés, les jeunes autistes et les usagers atteints de troubles importants du comportement sont les moins scolarisés. Aussi, des unités d'enseignement externalisées se mettent en place, lié aux nouvelles orientations décidées en 2015. Et il y a actuellement dans un IME un travail avec l'Education nationale pour externaliser une partie de sa prise en charge scolaire.

Les établissements précisent que si dans l'enquête, aucun enfant n'est scolarisé en classe ordinaire, c'est du à un problème de compréhension, car ils pensaient que « classe ordinaire » correspondait uniquement à une scolarisation à temps complet, d'où le 0 % en classe ordinaire au niveau du questionnaire. Alors que, dans les faits, il y a bel et bien des enfants scolarisés en classe ordinaire selon les IME. Cela dit, la MDPH précise que très peu d'enfants sont en classe ordinaire avec un AESH, ce qui signifie que le résultat de l'enquête n'est peut-être pas uniquement dû à une question de compréhension.

Les IME pensent néanmoins « jouer le jeu de l'inclusion », dès lors que les capacités de l'enfant le permettent. Quant à l'Education nationale, elle estime que la Meuse est relativement bien équipée (4 % des enfants en élémentaire sont en ULIS ; 4 ULIS par circonscription). Il y a eu de nouvelles

ouvertures de poste à la rentrée 2015 dans la Meuse. Les ouvertures et fermetures de poste ne sont d'ailleurs pas, le plus souvent, négociées avec les IME.

Les IME rappellent que c'était aussi la volonté de l'ancien IEN ASH de ne pas vouloir de scolarité partagée UE/ULIS. Pourtant, ils pensent que **la scolarité partagée ULIS/UE est un très bon tremplin pour envisager une scolarité à temps plein et trouvent que c'est un bon système**. Mais il y a quelques cas de figures (quand les parents sont défailants par exemple), qui nécessitent un soutien éducatif et pour lesquels ULIS/UE ne suffit pas. Dans les faits, ce soutien se fait avec un SESSAD, car il n'est pas possible aux yeux des acteurs de dormir en internat IME sans y passer un minimum de temps au cours de la journée. Aujourd'hui, les notifications MDPH peuvent aller jusqu'à « IME et scolarité partagée », avec la précision entre semi-internat ou internat (idem autres département).

L'Education nationale se demande comment gérer les places ULIS quand il y a trop de demandes, et **pourquoi les ULIS pro sont-ils si peu fréquentés dans la Meuse ?** Pourquoi ne pas orienter en ULIS pro les enfants de 3^{ème} ?

En **Moselle**, il n'y a **pas de double-notification UE/ULIS**. Mais certains IME accueillent, *via* des conventions spécialisées, des enfants d'ULIS pour sensibiliser l'enfant et les parents à l'orientation à venir. La plupart des enfants est donc **scolarisée en UE**. Quelques **inclusions en classe ordinaire** existent, mais elles restent très rares et généralement sur des temps courts et des matières précises (sport, chant...). La localisation éloignée peut d'ailleurs être, selon un établissement, un obstacle à la scolarité en milieu ordinaire. Il y a **beaucoup d'UE externes** dans le département. Pourtant, les IME sont tous d'accord pour dire qu'il est en effet important que les personnes en situation de handicap puissent partager du temps avec d'autres enfants dans les cours d'écoles. Mais ils se demandent également quel est l'intérêt de scolariser en milieu ordinaire quand il y a des UE externes.

Les établissements estiment par ailleurs ne **pas avoir les mêmes moyens** : certains ont 2 enseignants de droit privé tandis que d'autres ont 4 enseignants de droit public. Et, pour les enfants non scolarisés, certains éducateurs ont une « spécialisation scolaire ». Au final, seuls 4 établissements disposent d'enseignants mis à disposition par l'Education nationale. Les autres ont des enseignants qui relèvent du privé (catholique ou non). Pour les IME, il est donc **nécessaire que l'Education nationale revoie le système d'affectation** des enseignants dans les IME. Au total, il y a 53 enseignants (publics ou privés) dans la Moselle, pour 17 ESMS.

D'autres remarques recueillies lors des tables rondes montrent que la thématique de la scolarisation est loin de faire consensus entre l'ensemble des acteurs. Ainsi, **pour un IME, les enfants n'ont pas à être scolarisés en milieu ordinaire** car, dans la mesure où ils sont confiés à un IME, cela signifie qu'ils n'ont pas le niveau pour être en classe ordinaire. Un autre IME s'interroge également de savoir si la maternelle est à considérer comme une forme de scolarisation ? Si oui, alors les éducateurs assurent des missions similaires, dans la mesure où ils axent leur travail sur la socialisation et l'ouverture à l'autre. Ainsi, la fonction pédagogique serait délivrée, mais pas par des personnels pédagogiques, et les travaux proposés par les personnels éducatifs permettent aux enfants de développer des compétences dans différents domaines, y compris pour développer une employabilité.

Même en UE interne, les enfants déficients « sévères » ne sont pas scolarisés, car les IME considèrent qu'il n'y a pas de réels besoins de scolarisation. Les IME remarquent une **scolarisation plus importante pour les 14-16 ans**. Scolarisation qui baisse pour les plus âgés qui seront quant à eux plus orientés vers des stages professionnels.

Selon l'Education nationale, un enfant capable d'être scolarisé est un enfant capable de faire des apprentissages et ayant un niveau de petite section au minimum. Aussi, les enfants **autistes** capacitaires sont scolarisés en milieu ordinaire. Les autres sont orientés en IME, mais ces établissements sont insuffisamment équipés pour accueillir les enfants autistes.

Dans les **Vosges**, selon les IME, les difficultés à scolariser en milieu ordinaire conduisent à devoir garder des enfants en UE. De plus, avec le **nouveau dispositif ULIS¹²**, l'Education nationale souhaite que les enfants soient prioritairement scolarisés en UE. Pourtant, en termes de moyens, un IME dispose par exemple de 2 UE pour 90 jeunes, soit 28 scolarisés (25 %). L'Education nationale rappelle qu'elle est d'accord pour évoluer et trouver des solutions et accueillir des jeunes, mais que cela est difficile car elle n'a pas les moyens nécessaires. Pour l'Education nationale, il y a aussi des difficultés à scolariser en UE par manque d'enseignants. Et, pour les ULIS, il y a un **problème de financement des transports** (lié au fait que les enfants font des allers-retours entre l'IME et leur établissement scolaire).

Plusieurs IME considèrent qu'un IME est une « école spécialisée » (avec un accompagnement éducatif et thérapeutique).

Préconisations – Tous les départements

- Favoriser le développement des scolarités partagées entre UE et ULIS, dans le respect des PPS ;
- Encourager le développement des UE externalisées ;
- Objectiver précisément le nombre d'enfants totalement ou largement exclus de tout enseignement, en lien avec l'Education nationale ;
- Ouvrir un dialogue avec l'Education Nationale pour envisager les modalités pour remédier à cette situation, notamment au regard du nombre d'enseignants mis à disposition et du nombre d'ULIS dans les départements ;

¹² **Circulaire n° 2015-129 du 21-08-2015** (BOEN n°31 du 27-8-2015) relative aux unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degré. Elle prévoit les évolutions suivantes :

- A compter du 1er septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, tous les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège et ULIS-lycée ;
- Les ULIS, dispositifs ouverts constituent une des modalités de mise en œuvre de l'accessibilité pédagogique ;
- Une nouvelle dénomination a été ajoutée à l'organisation des ULIS : les ULIS TSLA (troubles spécifiques du langage et des apprentissages).

- Prévoir, dans les conventions constitutives des UE, un temps minimum hebdomadaire de scolarité pour chaque enfant (en conformité avec leur PPS) ;
- Inclure des indicateurs de fonctionnement des UE dans ces conventions ;
- Effectuer (en lien avec l'IEN ASH) un bilan annuel des quotités de scolarisation de chaque enfant.

Les outils normalisés

Dans la **Meuse**, au cours des tables rondes, la MDPH précise que le **Geva-Sco** est de plus en plus fréquemment rempli par les enseignants référents, mais que **cela n'est pas pour autant très développé**. Cela dit, la MDPH se demande si cela est souhaitable pour tous les enfants d'IME. Il faut certes un document harmonisé, mais les IME transmettent déjà beaucoup d'informations. Selon la MDPH, le Geva-Sco ne suffit donc pas à lui seul pour l'évaluation des besoins de l'enfant. L'Education nationale précise de son côté que le Geva-Sco n'est pas toujours utilisé et que les ESS ne sont pas suffisantes.

La MDPH précise que, même quand le Geva-Sco est complété, tous les éléments ne sont pas forcément là. **Le remplissage est très variable d'un établissement scolaire à l'autre**. Donc la **compatibilité** dépend aussi de la personne qui remplit le Geva-Sco. Dans tous les cas, le Geva-Sco doit être complété par des éléments des équipes éducatives et thérapeutiques pour pouvoir mettre en place des PPS¹³.

Pour la MDPH, le **PPS** devrait permettre de dire précisément (UE, partagée...) quelle modalité de scolarisation doit être prononcée. Mais cela implique d'avoir d'autres éléments (que ceux en lien avec la scolarité) dans les dossiers, absents à l'heure actuel. A l'inverse, l'Education nationale estime qu'il est inutile de préciser au-delà d'une scolarité partagé ou non.

La MDPH aurait **besoin d'un document harmonisé entre les ESSMS et suffisamment synthétique** pour y trouver l'essentiel. Aujourd'hui, beaucoup d'informations (riches) sont transmises par les IME, qui nécessitent un travail de synthèse. Ce travail a été fait par ex. pour les ESAT. Pour autant, l'évaluation est réalisée dans le cadre scolaire. Il reste important d'avoir d'autres éléments dans d'autres domaines, de compléter l'outil. Pour l'Education nationale, ce document serait également utile pour la scolarité partagée. Ce document existe, mais il n'est pas utilisé dans les collèges.

En **Moselle**, au cours des tables rondes, les acteurs ont pu d'abord préciser que le **Geva-Sco est utilisé**. L'appropriation de cet outil est cependant plus ou moins longue selon les établissements. Quelques réticences de la part de certaines directions ont même été évoquées. Par ailleurs, un obstacle technique fait que, au format PDF, les contenus peuvent disparaître après la saisie. Par ailleurs, pour un directeur d'IME, le Geva-Sco n'a pas de sens en deçà d'un certain taux de scolarisation (inférieur à 3h).

¹³ Le PPS institué par la loi du 11 février 2005 et organisé par un première circulaire n°2006-126 du 17 aout 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi du PPS, est devenu un outil réglementaire depuis la parution du décret n°2014-1485 du 11 décembre 2014 « portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap ».

Les **PPS ne sont pas encore mis en place**, les acteurs évoquant un obstacle technique (logiciel SOLIS). Par ailleurs, pour un IME, la scolarisation n'est pas un objectif mais un moyen (de socialisation, d'apprentissage...). Or, la question du sens des projets (en dehors de toute contrainte technique) n'est pas simple, dans des instituts traversés par trois cultures différentes.

Pour l'ARS, il faut un **projet global** intégrant les **différentes dimensions de vie** de l'enfant. La question étant alors celle **de leur articulation**. Un document allant en ce sens est mis en place dans une structure, mais celle-ci déplore que cette démarche reste interne à l'établissement. Selon elle, la MDPH et l'Education nationale n'ont pas voulu adopter ce modèle. Il y a donc un besoin de clarifier ce qui est commun et ce qui relève au contraire de chaque acteur, les temporalités de chaque niveau de projet. Il s'agit de définir des objectifs en équipe pluridisciplinaire et de les décliner en objectifs spécifiques, permettant ainsi de savoir quels en sont les moyens nécessaires.

La plupart des participants déclarent enfin une difficulté concernant les sigles et l'**appellation des différents outils (PIA, PPE, PPS)**. En filigrane, il apparaît donc que les différents niveaux de projet et leur articulation ne sont pas clairs pour certaines équipes d'IME, qui estiment qu'il est nécessaire d'identifier le sens de chaque outil. L'objectif est d'identifier la scolarisation comme facteur d'insertion sociale, de transmission d'un savoir. Mais cette vision semble peu partagée, notamment en raison de cultures professionnelles différentes.

Dans les **Vosges**, au cours des tables rondes, certains établissements rappellent que ces outils relèvent de l'Education nationale. Cela dit, un établissement a créé un **GEVA-sco+**, qui porte davantage sur le volet social, pour éviter, par exemple, de mélanger les troubles de l'apprentissage et les déficiences intellectuelles. En fait, il s'agit d'une **grille d'observation Geva-compatible** visant à faciliter la lecture des analyses faites par la MDPH, et qui reprend les mêmes *items* que ceux du Geva-Sco, pour compléter le volet scolaire. Une autre difficulté évoquée concerne les mesures psychométriques qui peuvent varier d'une évaluation à une autre (phénomène lié au professionnel qui réalise l'évaluation), d'où la nécessité de s'emparer de ce sujet en interne.

Préconisations – Tous les départements

- **Elaborer systématiquement un PPS pour chaque enfant ;**
- **Proposer des formations sur les différents niveaux de projet et leur articulation ;**
- **Favoriser l'émergence d'outils d'évaluation Geva-compatibles, par la formation-action, et/ou en s'appuyant sur des expériences locales.**

Parcours et suivi de la scolarisation

Dans la **Meuse**, les IME ont rappelé, au cours des tables rondes, que l'enseignant référent de l'enfant est toujours invité aux réunions de synthèse. De son côté, l'Education nationale précise que le Geva-Sco n'est pas toujours utilisé et que les ESS ne sont pas suffisantes.

En **Moselle**, différents acteurs locaux observent contraintes institutionnelles qui rendent difficiles la mobilisation des parents lors des réunions de synthèse. Par ailleurs, **au préalable de ces ESS, un dossier regroupant les informations nécessaires est préparé** pour optimiser les temps de réunion. Ces rencontres ont permis de nouer le dialogue avec les parents. En effet, l'ensemble des établissements évoquent une attente importante des parents sur la scolarisation de leur enfant.

Pour des directions d'établissements, il n'a **pas été simple d'instaurer les ESS. Dans certains établissements, les réunions de projet intègrent l'ESS**. Ceci a amené une forte participation des parents (dans des IME où la participation des parents était pourtant historiquement faible). Les attentes des parents sont fortes sur la scolarité de leur enfant (l'IME est présenté comme le lieu où un apprentissage sera possible, là où il ne l'a pas été dans les dispositifs de scolarité ordinaire).

Dans les **Vosges**, il est signalé que parmi les jeunes qui arrivent en fin d'ULIS collège, certains vont en UE car il n'y a pas de places en ULIS lycée et ULIS pro. Certains doivent même retourner en milieu ordinaire lorsqu'il n'y a pas de places en IME. La scolarisation de ces jeunes pose alors des difficultés car ces enfants n'ont pas le niveau requis pour être en milieu ordinaire. Les familles ont d'ailleurs très peur de ce genre de situations.

Activités mises en place

Les **activités pédagogiques mises en place** dans les IME (cf. tableau 12) sont diverses et variées dans la région. Les seules activités très souvent proposées par les établissements sont les activités de dessin et de création (activités englobées dans l'ensemble plus large des activités pédagogiques), et la validation du socle commun.

Tableau 12 - Activités pédagogiques proposées par les IME en Lorraine

Activités proposées par la (quasi-)totalité des IME	Fréquence intermédiaire	Activités proposées par une (petite) minorité d'IME
Activités pédagogiques <i>Dont dessin, création</i>		<i>Dont atelier d'écriture Dont cuisine Dont reprographie, imprimerie Dont multimédia Dont initiation faune/flore Dont sorties culturelles Dont citoyenneté Dont expression théâtrale Sont projets spécifiques</i>
Validation du socle commun de connaissances		
	UE / UE externalisée	
	Insertion professionnelle	<i>Dont stages Dont ateliers techniques Dont entretien locaux collectifs Dont ateliers bois Dont ateliers espaces verts</i>
	Activités physiques	<i>Dont natation Dont équitation</i>
		Prévention (sécurité routière)
		Activités pré-scolaires
		Activités didactiques
		Dispositifs EN

Source - Diagnostic IME 2015.

Les activités proposées par les établissements en matière éducative peuvent également être présentées par département, en précisant les différences entre les IMpro et les IME.

LES ACTIVITES PEDAGOGIQUES PROPOSEES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : l'Impro a pour activités pédagogiques un enseignement spécialisé et des activités physiques, sportives et artistiques. Quant aux IME, leurs activités sont : des ateliers d'éveil, des ateliers cognitifs, des ateliers citoyenneté, des activités culturelles ou basées sur la communication, des loisirs créatifs, du développement de l'autonomie et de la socialisation. Par ailleurs, de l'initiation professionnelle, de l'enseignement pré-scolaire, pré-professionnel, ou encore

spécialisé sont proposés. Un IME dispose d'une classe d'inclusion scolaire et un autre propose d'utiliser les supports de la Khan Academy et de la méthode PECS.

Meuse : l'Impro a pour activités pédagogiques le sport et les loisirs créatifs. Quant aux IME, leurs activités sont : des ateliers (sans précision), un enseignement spécialisé, du sport et des activités culturelles. Au cours des tables rondes, un établissement a précisé qu'il envisageait la reconstruction de l'ensemble de ses ateliers, avec une réflexion pour pouvoir proposer une prise en charge en matière d'insertion professionnelle.

Moselle : l'Impro a pour activités pédagogiques de l'enseignement spécialisé et de l'enseignement pré-professionnel. Quant aux IME, ils proposent également de l'enseignement spécialisé et de l'enseignement pré-professionnel. Par ailleurs, un établissement propose du sport et signale qu'il dispose d'une Unité d'enseignement.

Vosges : les IME proposent de l'enseignement spécialisé, du théâtre et des activités culturelles. Par ailleurs, un établissement signale qu'il dispose d'une Unité d'enseignement.

Difficultés rencontrées par les équipes pédagogiques

En matière d'**activités pédagogiques**, le nombre de difficultés rencontrées par les acteurs est sensiblement plus faible qu'en matière éducative (37 recensées pour 25 établissements en ayant rencontrées, contre 58 difficultés en matière éducative, au sein de 28 structures), mais elles se répartissent également entre les **difficultés liées aux déficiences et troubles** des enfants d'une part et celles que l'on peut qualifier d'**organisationnelles**, sachant que ces dernières sont majoritaires dans le domaine pédagogique. Dans le détail, les premières difficultés sont :

- La gestion des troubles du comportement (3 situations déclarées) ;
- Le traitement des « cas complexes » (3) : « *situations sociales de plus en plus complexes et déficiences liées (non plus simplement des difficultés d'apprentissage)* » ;
- Faire face aux agressions (4 établissements concernés) ;
- Le fait que certains enfants présentent un très faible niveau scolaire et un degré d'autonomie moindre ;
- L'accompagnement des enfants atteints de troubles autistiques (1 cas).

Et celles nécessitant une réflexion d'un point de vue organisationnel :

- Les conséquences de l'hétérogénéité des publics accueillis (7 structures concernées) : « *difficulté d'adapter les apprentissages au regard de l'évolution des publics décrite ci-dessus (baisse des niveaux, hétérogénéité)* » ;
- Le déficit d'enseignants qui interviennent dans les structures (6 cas déclarés) ;
- Le manque de moyens en règle générale (de temps, de matériel informatique...) est rapporté par 5 établissements ;

- Les relations parfois compliquées avec les familles : « *désengagement de certaines familles* » ;
- L'individualisation que suppose l'accueil et l'accompagnement a également été abordée par 2 établissements comme étant un facteur concourant à rendre plus difficile les activités pédagogiques ;
- Enfin, l'absentéisme constitue une difficulté pour une structure.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : l'individualisation des accompagnements (2 cas) est la seule difficulté un peu plus fréquemment rencontrée que les autres par les équipes pédagogiques de ce département. Ces autres difficultés (une seule fréquence) sont : la gestion des agressions ; des troubles du comportement ; et plusieurs type de manque : de temps, d'autonomie de la part de certains usagers, d'enseignants, de matériel informatique, et enfin de temps de présence des enseignants.

Meuse : les 4 équipes pédagogiques (sur 6) ayant déclaré avoir des difficultés ont toutes rencontrées des problèmes liés à l'hétérogénéité des publics accompagnés. Un IME regrette également le manque d'enseignant.

Moselle : l'hétérogénéité des publics accompagnés (3 cas), la gestion des cas complexes (2), des agressions (2), du travail avec les familles (2), du manque d'enseignants (2) et le très faible niveau scolaire de certains usagers sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les équipes pédagogiques de ce département. Le manque de temps (sans plus de précision), l'absentéisme d'élèves, le problème de formation des enseignants, la gestion de l'autisme et les cas psychiatriques sont également soulignés.

Vosges : la gestion des troubles du comportement et le manque d'encadrement (2 cas chacun) sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les équipes pédagogiques de ce département. La gestion des cas complexes et l'hétérogénéité des publics accompagnés (1 cas) sont également soulignés.

Postes à pourvoir dans le domaine pédagogique

Le département de la **Meuse**, un poste d'enseignant spécialisé à mi-temps (0,50 ETP) est à pourvoir dans un IME. Ce manque est pallié par du personnel faisant fonction (un éducateur, qui co-anime avec un enseignant).

En **Moselle**, un établissement possède 3 postes d'enseignants suppléants à pourvoir. Pour pallier ce problème, les enfants sont répartis dans d'autres classes.

Le partenariat autour de la scolarisation

L'ensemble des établissements de la région est partenaire de l'**Éducation nationale**. À l'exception de deux situations, tous ces liens sont conventionnés. Ces conventions prennent des formes relativement semblables d'un territoire à un autre : parmi l'ensemble des partenariats qui ont été précisés (33), 15 concernent les dispositifs adaptés Clis/Ulis ; les Unités d'Enseignement (externalisée ou non) sont évoquées à 5 reprises. Tous ces partenariats sont qualifiés de satisfaisants par les IME.

LE PARTENARIAT AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : les 7 établissements ont un partenariat conventionné et un IME a précisé qu'il portait sur une UE. Tous les partenariats sont jugés satisfaisants.

Meuse : les 2 partenariats (sur 6) non conventionnés sont établis dans la Meuse. 11 partenariats pour des dispositifs adaptés de l'Education nationale (CLIS/ULIS/SEGPA) sont déclarés. Tous les partenariats sont jugés satisfaisants. Dans la **Meuse**, l'ARS a pu, au cours des tables rondes, déplorer l'absence de convention institutionnalisée avec l'Education nationale pour les ULIS.

Moselle : les 9 établissements ont un partenariat conventionné, dont 3 pour la constitution d'une UE, 2 pour des dispositifs ULIS. Tous les partenariats sont jugés satisfaisants. En **Moselle**, un IME travaille avec un collège sur les compétences réelles de l'enfant pour essayer de l'intégrer sur des dispositifs professionnels (type CAP ...). Le but étant de valoriser l'autonomie des jeunes de 14-20 ans.

Vosges : les 6 établissements ont un partenariat conventionné, dont 2 pour des dispositifs ULIS, 3 pour de la mise à disposition d'enseignant et une pour la constitution d'une UE externalisée. Tous les partenariats sont jugés satisfaisants.

Accompagnement et activités thérapeutiques

Parmi les usagers d'IME accueillis en Lorraine, les services de la **pédopsychiatrie** en accompagnent **3,7 %**, le **secteur libéral** en prend en charge **7 %**. Aussi, 1,5 % des enfants bénéficient d'un suivi médical ailleurs qu'au sein de leur établissement d'accueil.

Activités mises en place

Les **activités thérapeutiques mises en place** dans les IME (cf. tableau 13) sont diverses et variées dans la région. Les seules activités très souvent proposées par les établissements sont la psychomotricité, le suivi psychologique et l'orthophonie

Tableau 13 - Activités thérapeutiques proposées par les IME de Lorraine.

Très souvent proposées	Souvent à moyennement proposées	Peu proposées	Très peu proposées
Psychomotricité Suivi psychologique Orthophonie	Groupe de parole, théâtre, expression Suivi psychiatrique Kinésithérapie Soins infirmiers Suivi médical	Musicothérapie Art-thérapie Equithérapie Ergothérapie Vie affective, sexualité	Démarche Snoezelen Balnéothérapie Médiation animale Orthoptie Appareillages, outils (MPR) Sophrologie, techniques de relaxation Prévention conduites addictives Education santé / hygiène Soins / hygiène bucco-dentaire Activités sensorielles

Source - Diagnostic IME 2015.

Les activités mises en place dans les établissements en matière thérapeutique peuvent également être présentées par département, en précisant les différences entre les IMpro et les IME.

LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES PROPOSEES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : l'Impro du département ayant répondu a, en matière thérapeutique, des activités en orthophonie, psychomotricité, ergothérapie et réalise des bilans psychiatriques. Les IME proposent quant à eux des activités plus divers et variées : de l'éducation à la santé et sexuelle, de la médecine physique et de réadaptation, des soins infirmiers, du suivi de traitement médicamenteux et de vaccination, des activités en psychomotricité, orthophonie, ergothérapie, kinésithérapie, balnéothérapie, art thérapie, de la médiation animale.

Meuse : les IME proposent des activités en psychomotricité, psychothérapie, orthophonie. Mais également des soins infirmiers, du suivi psychologique et de l'éducation sexuelle. Des ateliers (sans plus de précision) sont aussi proposés.

Moselle : l'Impro du département ayant répondu a, en matière thérapeutique, du suivi psychologique. Les IME proposent quant à eux des activités plus divers et variées : art thérapie, orthophonie, kinésithérapie, psychothérapie, pédopsychiatrie, médecine générale, psychomotricité, ergothérapie, psychiatrie. Ils offrent également des soins pédiatriques et infirmiers, mais aussi des suivis psychologiques, psychiatriques et pédiatriques.

Vosges : les IME proposent des activités en art thérapie, musicothérapie, psychomotricité, orthoptie, orthophonie, psychothérapie, équithérapie. Ils offrent également des suivis psychologiques et un établissement propose la démarche Snoezelen.

Organisation de l'accompagnement thérapeutique et moyens dédiés

A ce sujet, les **tables rondes** ont indiqué que :

En **Meurthe-et-Moselle**, environ **60 % des besoins thérapeutiques des enfants ne sont pas couverts** dans un IME, surtout parce qu'il est aujourd'hui presque impossible de recruter après un départ en retraite. Ces besoins concernent l'orthophonie, la psychologie et la psychiatrie. Selon l'ARS, il serait nécessaire que de nouvelles sources de financement puissent contribuer pour faire face à ces problèmes de pénurie.

Les acteurs présents ont également souligné que le **repérage** nécessite de disposer d'un plateau technique avec des personnels formés.

Dans la **Meuse**, la **double prise en charge** avec le CMP est possible et considérée comme un avantage. Par contre les acteurs regrettent l'**absence de toute structure de répit**. Il arrive que certaines prises en charge soient **partagées avec les Hôpitaux de jour**, à hauteur d'un ou deux jours par semaine.

Dans le sud du département : La pédopsychiatrie souligne la particularité d'avoir mis en place des **formations communes entre la pédopsychiatrie et les IME** (avec supervision commune) dans le domaine de l'autisme. Un travail peut être engagé dès les 18 mois de l'enfant avec la **méthode de Denver** et les outils recommandés par la HAS (approche comportementaliste). Le personnel du CRA participe également, car l'antenne du CRA comprend des personnels des deux établissements. Une équipe de 2^{nde} ligne est en cours de constitution, pour alléger la liste d'attente (de 18 mois) diagnostique. Une convention est en cours de finalisation entre les deux établissements.

Avec le CMP, la collaboration est plus limitée (consensus sur le fait que ce constat est lié à une question de personne).

Dans le nord du département : La question du **transport** peut poser problème, la distance entre les IME et l'Hôpital de jour étant plus importante. Les équipes de l'EPDAMS n'ayant pas de formation pour l'accueil et l'accompagnement des enfants autistes, les enfants **autistes** vont historiquement vers l'Adapei de la Meuse (expérience reconnue). L'Adapei tente de développer aujourd'hui la même approche avec le secteur pédopsychiatrique au nord du département. Le rôle des liens interpersonnels dans la construction et la pérennisation du partenariat est à nouveau évoqué.

Par ailleurs, pour pallier le **manque de professionnels** (manque d'attractivité territoriale), un établissement a **recruté 3 psychomotriciennes contractuelles à l'issue de leur formation en**

Belgique. Le statut de contractuel permet de mieux payer ces professionnels (ex. recrutement d'une orthophoniste directement au 9^e échelon, soit 20 ans d'ancienneté). Par contre, le problème des orthophonistes et des psychiatres n'est pas résolu.

En **Moselle**, il y a la **possibilité de double prise en charge CMP-IME (par notification)**, même si une vigilance est présente pour ne pas multiplier les transports. Les passages entre l'hôpital et l'IME sont décrits comme fréquents vers l'âge de 12 ans. Et vers 18 ans, il y a des retours vers la psychiatrie adulte. La tranche d'âges **14-16 ans pose quant à elle problème** au secteur pédopsychiatrique, car ces jeunes sont décrits comme trop âgés pour le secteur enfant et trop jeunes pour le secteur adulte.

Au niveau des moyens humains, dans un IME par exemple, le **psychiatre parti il y a 8 ans n'a toujours pas pu être remplacé**. Pourtant, les IME trouvent qu'il est préférable d'avoir un pédopsychiatre au sein même de la structure. Mais les salaires en IME ne sont pas, selon les établissements, assez attractifs.

Dans le secteur de Lorquin, un gros problème d'effectif est évoqué par le représentant de la pédopsychiatrie aux tables rondes (passage de 5,6 à 2,5 ETP de personnels soignants dans un hôpital de jour à St-Avold, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre). Parallèlement, des demandes émanent du secteur médico-social. Donc il y a des difficultés pour se projeter, même à moyen terme. Même si un travail de passerelle présente des intérêts forts (ex. IME + HJ), il n'est pas sûr que ce travail puisse se faire.

Un travail en commun se fait ainsi avec les IME, mais l'avenir est ressenti comme incertain. Par exemple, la **recherche de conventionnement (venant déjà pallier un poste de pédopsychiatre non attribué...)** se heurte aujourd'hui au fait que certains médecins disent « **n'avoir plus rien à mutualiser** ». Il y a aujourd'hui une réflexion pour mutualiser (au sein du médico-social, au sein des hôpitaux), pour construire un poste présentant une attractivité suffisante (à temps plein, avec notamment un meilleur équilibrage zones rurales / zones urbaines). Pour certains IME, il peut également y avoir des difficultés liées au lieu géographique de l'orientation qui empêche la **continuité des soins** dont l'enfant bénéficiait auparavant.

Certains IME interprètent leur contexte actuel comme une demande de « faire de la psychiatrie *light* », et indiquent les **limites de leur capacité d'action** dans le domaine du soin en santé mentale.

Au CMSEA, sont organisées des **formations communes sur l'autisme** avec les équipes de pédopsychiatrie.

Dans les **Vosges**, la **double prise en charge IME/CMP peut exister, mais elle est rare et ne dure pas sur des temps longs**. Dans les faits, il s'agit même plus de consultations, dans le cadre de conventions. Localement, une consultation est dite plus facile à obtenir dans le secteur adulte. De fait, il y a **6 mois d'attente pour un rendez-vous en CMP** actuellement. Un IME affirme qu'il est prêt à mettre à disposition des CMP ses locaux pour que la pédopsychiatrie entre dans les murs de l'IME. Mais la pédopsychiatrie rappelle qu'elle souffre d'une réorganisation par pôle, et que la question des financements remet en cause la psychiatrie telle qu'elle existait il y a 20 ans. Elle pense que cela

passé par des conventions. Avec les enfants, c'est souvent le « parcours du combattant », le secteur de la pédopsychiatrie étant déjà débordé par ailleurs. Pour s'en sortir, les établissements doivent aller chercher du lien sur le terrain, être proactifs sinon les relations se distendent. Dans les faits, aujourd'hui, la pédopsychiatrie oriente les IME vers la pédiatrie.

Pour sa part, la DT ARS précise qu'un projet est en cours avec le CH Ravenelle (sectorisé mais à vocation départementale) pour étoffer la prise en charge des jeunes (sans moyens supplémentaires), par de la **mutualisation de moyens** existants. L'ARS estime également qu'il y a effectivement des liens à créer avec le secteur médico-social, pour tenter de « dépasser cette culture sanitaire » de la psychiatrie, qui règne historiquement au Centre hospitalier. Mais les IME rappellent aussi que plusieurs tentatives de mutualisation des postes de pédopsychiatrie ont déjà été effectuées mais ont toutes échoué. La DT ARS indique enfin que des **formations** dispensées par la pédopsychiatrie à destination des professionnels du médico-social sont en projet.

La DT ARS souligne qu'il ne faut pas ignorer la solution du **médecin traitant**, qui est un partenaire utile (notamment pour débloquer l'accès à des consultations spécialisées). Pour autant, dans l'ouest du département, la moitié des **médecins partent à la retraite** d'ici 5 ans.

Les acteurs de la **pédopsychiatrie** pensent qu'il faudrait une prise en charge une fois par semaine, mais que le problème est le **manque de moyens**. Une solution peut être recherchée avec l'Hôpital de jour par exemple. Selon un directeur d'IME, « mettre bout à bout les morceaux d'ETP » conférerait quelques moyens malgré tout. Ce témoin se pose ainsi la question de savoir s'il s'agit d'un problème de moyens ou d'un problème de disponibilité de professionnels de santé (attractivité des postes, salaires...) ? Les **équipes mobiles** sont également citées comme des pistes de travail intéressantes. Toutefois, selon les acteurs, ces dispositifs se sont vite retrouvés saturés en Alsace, où il a été mis en place. D'autres questions posées par les IME restent ouvertes concernant cette organisation : « qui pilote ? », qui gère et qui (les gestionnaires) est prêt à céder ses « morceaux » d'ETP ? L'ARS est attendu pour impulser ce mouvement.

Les IME souhaiteraient également pouvoir réfléchir pour proposer une **solution de répit**.

Préconisations – Tous les départements

- Encourager les liens des équipes thérapeutiques avec les médecins traitants ;
- Encourager les formations communes entre les équipes des IME et les acteurs du secteur sanitaire.

Difficultés rencontrées par les équipes thérapeutiques

Les difficultés que rencontrent les **équipes thérapeutiques** sont à la fois moins fréquentes et plus diversifiées (31 dans 23 établissements), par rapport aux deux autres secteurs étudiés. Cependant, **une de leurs difficultés est partagée par presque la moitié des équipes (11 sur 23) : le manque de temps et de moyens pour la prise en charge thérapeutique** (« *Pour le psychiatre, une journée ne permet pas de rencontrer les usagers et familles de façon régulière. Uniquement entretien dans le cadre de la synthèse et dans les cas d'urgence* »). **Certaines difficultés sont communes à celles rencontrées par les autres équipes (éducative et pédagogique) :**

- Le traitement des « cas complexes » (5 structures concernées) : « *gestion de situations de plus en plus complexes socialement, ce qui a des incidences sur l'état psychologique des enfants* » ;
- La gestion du travail avec les familles (3 cas déclarés) ;
- Les problèmes liés à des questions de moyens pour exercer l'accompagnement (2) ;
- La gestion des agressions (1) ;
- L'hétérogénéité des publics accueillis (1) ;

Par ailleurs, les équipes thérapeutiques font remonter plusieurs **difficultés qui leur sont propres**, telles :

- Le manque de temps consacré à l'analyse des pratiques (2 structures) ;
- La difficulté à recruter (sans précision supplémentaire) (1 cas) ;
- Le manque d'encadrement (1) ;
- La gestion des temps de crise (1) : « *gestion des adolescents et jeunes majeurs en situation de crise* » ;
- Le fait de devoir gérer les traitements médicamenteux (1 situation) ;
- L'inadéquation de l'offre par rapport à la demande (1) : « *Offrir une réponse thérapeutique systématique* » ;
- L'incompréhension entre les différentes équipes (1) : « *reconnaissance de leur place et prise en compte de leur parole par les éducateurs et enseignants* ».

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : le manque de temps pour l'analyse des pratiques et le manque de temps de prise en charge (2 cas chacun) sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les équipes thérapeutiques de ce département. Sont également citées (1 fois) les difficultés suivantes : le manque de moyens (sans plus de précision), la gestion des cas complexes, les difficultés à recruter et l'incompréhension entre les différentes équipes.

Meuse : les quatre IME ayant répondu et ayant déclaré rencontrer des difficultés dans l'accompagnement thérapeutique ont fait référence à un manque de temps de prise en charge des usagers.

Moselle : le manque de temps de prise en charge des usagers (4 cas) est la seule difficulté fréquemment rencontrée par les équipes thérapeutiques de ce département. Sont également citées les difficultés suivantes : la gestion des cas complexes (2 cas), le manque de moyens (sans plus de précision), la gestion du travail avec les familles (1), l'inadéquation de l'offre (1), la gestion des agressions (1) et enfin l'hétérogénéité des publics accueillis (1).

Vosges : le manque de temps de prise en charge, la gestion du travail avec les familles et celle des cas complexes (2 cas chacun) sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les équipes thérapeutiques de ce département. La gestion des temps de crise et des traitements médicamenteux, ainsi que le manque d'encadrement (1 cas chacun) sont les autres difficultés évoquées par les équipes thérapeutiques du département.

Postes à pourvoir dans le domaine thérapeutique

Parmi les 28 établissements de Lorraine ayant contribué au diagnostic, 15 ont au moins un **poste à pourvoir** au sein de leur équipe thérapeutique (cf. tableau 14). Le métier le plus demandé est clairement l'**orthophonie** (0,56 ETP en moyenne, pour 8 établissements demandeurs), suivi par la **psychomotricité** (0,34 ETP en moyenne, 5 étab.) et la **psychiatrie** (0,3 ETP, 2 étab.). La **pédopsychiatrie** (0,16 ETP, 5 étab.) est également, dans une moindre mesure, un métier à pourvoir dans les structures départementales. La moitié des établissements (7) a recours à un prestataire libéral pour pallier ces manques, et cinq ont développé un partenariat avec le secteur de la psychiatrie. Enfin, un établissement a recours à du personnel faisant fonction, et un autre a effectué un recrutement. L'ensemble de ces solutions présentent des avantages et des inconvénients.

Tableau 14 - Nombre moyen d'ETP à pourvoir dans le domaine thérapeutique, par département.

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Orthophonie	0,80 ETP (1 IME)	0,20 ETP (1 IME)	0,63 ETP (4 IME)	0,48 ETP (2 IME)	0,56 ETP (8 IME)
Psychomotricité	-	0,65 ETP (2 IME)	-	0,34 ETP (3 IME)	0,34 ETP (5 IME)
Psychiatrie	-	-	0,30 ETP (1 IME)	0,31 ETP (1 IME)	0,30 ETP (2 IME)
Pédopsychiatre	0,48 ETP (3 IME)	-	-	0,07 ETP (2 IME)	0,16 ETP (5 IME)

Source - Diagnostic IME 2015.

Note de lecteur - Au moment de l'enquête, en Meurthe-et-Moselle, 3 IME avaient un poste à pourvoir en pédopsychiatrie. En moyenne, ces postes représentaient 0,48 ETP

Les partenariats autour de l'accompagnement thérapeutique

En Lorraine, 19 des 28 établissements ayant participé ont un partenariat avec le secteur de la **pédopsychiatrie**. Certains IME ont des liens partenariaux avec plusieurs structures. De fait, le nombre total de partenariats déclarés s'élève à 25 (dont un seul conventionné, avec un CMP en Meurthe-et-Moselle) (cf. tableau 15). Les deux partenaires les plus cités sont les CMP (10 cas, répartis dans trois départements) et l'Hôpital de jour (6 cas, également répartis dans trois territoires). Au niveau de la Lorraine, **l'appréciation par les IME des partenariats avec la pédopsychiatrie est plutôt favorable**, puisque 14 IME sur 19 en sont satisfaisants, les autres ne l'étant pas. Les établissements précisent que les **délais d'attente**, **l'insuffisance des échanges** ou encore les différences d'approches sont les causes de ces mécontentements.

Aussi, au cours des tables rondes, les établissements de **Meurthe-et-Moselle** ont pu préciser qu'après chaque **vacances**, ils rencontrent des problèmes pour « remettre la machine en route » avec la pédopsychiatrie. Et dès que les jeunes viennent de loin, ce partenariat se complique davantage.

L'**accès aux soins** est considéré comme **long et difficile** par certains IME, notamment en raison du fait qu'il leur serait demandé de « tout savoir faire » : si un enfant entre en IME, alors il n'aurait plus besoin de soin par ailleurs. Cette vision des IME crée ainsi des tensions entre eux et le secteur sanitaire. Il y a des classes d'âge où il y a un *no mans land* (**12/13 ans**, soit la fin de prise en charge en pédopsychiatrie). Cette **rupture de prise en charge sanitaire** génère des problèmes, car l'éducatif ne suffit pas, et il peut y avoir émergence de **cas de violence**. Même si ces cas de ruptures sont « peu nombreux », ils peuvent mettre toute une organisation à mal au sein d'un IME.

D'ailleurs, un IME exige maintenant que le suivi par le CMP (ou autre) se poursuive pendant quelques mois après l'entrée pour **éviter ce genre de rupture**. Des solutions sont également imaginées pour la sortie de l'IME. Ces passerelles entre IME et Hôpital de jour **dépendent néanmoins de la relation** avec la personne en face.

Malgré tout, **le partenariat existe et fonctionne** dans l'ensemble. Les relations ont évolué depuis quelques années (7/8 ans). Cela dit, les IME souhaiteraient avoir un peu plus d'informations de la part de la pédopsychiatrie.

Dans la **Meuse**, il y a un **partenariat fort** entre la pédopsychiatrie et les IME, des invitations mutuelles aux réunions (**les synthèses se font en commun**). Pour un IME, le pédopsychiatre de l'IME est aussi le pédopsychiatre d'un hôpital. De ce fait, le lien se fait directement. Il y a une facilité de communication et une cohérence dans l'équipe pluridisciplinaire.

De son côté, l'ARS évoque la nécessité, pour une mission d'intérêt général, d'**effectuer des conventions** entre les structures (synthèses, outils partagés...). Il s'agit de valoriser le travail ensemble institutionnalisé. Cela dit, l'absence de partenariats conventionnés s'explique par le fait de l'interconnaissance forte (due au milieu rural), qui est facilitante.

En **Moselle**, les IME constate une certaine **méconnaissance du secteur psychiatrique de la part du médico-social**. Et la qualité des liens avec la pédopsychiatrie est conditionnée par la présence d'un médecin psychiatre.

Certains partenariats ont été particulièrement réussis (avec l'UHA), se traduisant par un engagement mutuel et durable, y compris sur les situations les plus lourdes. Mais ces partenariats avec l'UHA tiennent avant tout à des questions de personnes. Selon les acteurs rencontrés, si le médecin qui favorise la pérennité de ce partenariat part, le partenariat est mis à mal. Cet engagement actuel est source d'une meilleure connaissance partagée par chaque acteur. L'IME Le Point du Jour a également un partenariat de longue date avec un Hôpital de jour, avec des rencontres régulières (3 à 4 dans l'année). Ce partenariat offre la possibilité aux enfants de venir à temps partiel.

La pédopsychiatrie participe aux réunions de synthèse, informe les équipes médico-sociales des changements (de traitement, d'atelier...). Donc il y a une communication globale autour du jeune, un réel travail en commun autour du « patient-usager-résident ». A l'inverse, malgré la rétribution qui leur est proposée, les professionnels de santé libéraux ne viennent pas toujours aux réunions de synthèse.

Enfin, parfois, il peut y avoir des conflits avec des parents qui estiment qu'il est nécessaire de continuer l'accompagnement (avec le secteur libéral) que leur enfant avait avant d'entrer en IME.

Dans les **Vosges**, pour la **MDPH**, la pédopsychiatrie est jugée assez hermétique même si cela s'améliore actuellement, grâce aux professionnels de la MDPH, surtout dans le cadre de la Commission des cas critique. Toutefois, aux yeux de cette institution, la prise en charge demeure insuffisamment adaptée aujourd'hui.

Les **IME** estiment qu'il y a un **travail de coordination à faire avec le secteur de la pédopsychiatrie**, trop souvent sollicité seulement dans l'urgence. Cet objectif se heurte cependant, selon les acteurs présents à la table ronde, à un manque de volonté de la pédopsychiatrie de sortir de ses murs.

Les IME estiment également qu'il y a une **frilosité du partage des informations** de la part de la pédopsychiatrie. Car sans présence de la famille il n'y a pas de réunion, donc les rencontres sont très feutrées. Les établissements regrettent qu'aucun élément ne soit transmis sur les capacités de l'enfant par exemple, et ont le sentiment que « le diagnostic n'est basé que sur des suppositions », alors que les IME auraient vraiment **besoins du regard de la pédopsychiatrie pour mieux évaluer**. La pédopsychiatrie affirme qu'elle essaie de toujours avoir l'accord des parents, mais il faut aussi veiller à l'intérêt de l'enfant.

Tableau 15 - Partenariats (conventionnés et non conventionnés) des IME dans le domaine thérapeutique, par département.

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Partenariats non conventionnés				
Pédopsychiatrie				
CMP	3		4	2
Hôpital de jour	2	1	3	
CHU (ou CHS)	1		1	
UHA		1	1	
Pédopsy (sans précision)	1		1	
CMPP	3			
Libéraux de santé				
Orthophonie	1		1	2
Médecine générale			1	2
Médecine scolaire	1			
Kinésithérapie	1		1	
Partenariats conventionnés				
Pédopsychiatrie				
CMP	1			
Libéraux de santé				
Orthophonie	2	3	3	
Kinésithérapie	3			
Psychologue	2		1	
Pédopsychiatrie	1			
Ergothérapie			1	
Pharmacie			1	
Autre (sans précision)		1		
Dentiste		1		1
Pédiatre				1
Ophthalmologie		1		
Spécialiste (sans précision)		2		
Médecine générale	2	1		
Psychomotricité	1			

Source - Diagnostic IME 2015.

La **grande majorité** des établissements ont également un partenariat avec le **secteur libéral** (25 sur 28 possibles – cf. tableau 15), le plus souvent sous une forme conventionnée (14 sur 25). L'**orthophonie** est la discipline la plus fréquemment impliquée (12 fois sur 38 partenariats effectifs). La médecine générale (6 fois), les kinésithérapeutes (5) et les psychologues (3) sont ensuite les deux catégories qui font le plus l'objet d'un partenariat. La grande majorité des établissements lorrains se montre **satisfaite par ces partenariats (88 %)**. Les trois critiques ont trait à un manque de communication ou de coopération, et à une « insuffisance » (sans plus de précision).

En **Meurthe-et-Moselle**, un établissement affirme que, parfois, la **communication** est meilleure de la part des orthophonistes libéraux que des orthophonistes salariés.

Préconisations – Tous les départements

- Renforcer le conventionnement entre les IME et les établissements sanitaires ;
- Organiser des événements permettant la présentation des différents modes d'interventions entre sanitaire et médico-social, pour favoriser une meilleure interconnaissance chez les équipes professionnelles ;
- Renforcer la communication entre IME et pédopsychiatrie. S'assurer d'échanges réguliers sur le suivi des situations et la construction d'objectifs communs ;
- Systématiser les clauses de comptes-rendus écrits, voire de présence aux réunions de synthèse dans les conventions avec les professionnels de santé libéraux.

Articulation avec la protection de l'enfance

Le public concerné et son accompagnement

En Lorraine, 191 enfants de l'échantillon (soit 12,1 %) bénéficient d'un accompagnement par les services de l'Aide sociale à l'enfance, cette proportion étant supérieure en Meuse (17,3 %) et dans les Vosges (14,8 %) qu'en Meurthe-et-Moselle (9,9 %) ou en Moselle (11,4 %) (cf. tableau 4). Cet accompagnement se fait soit *via* une famille d'accueil (4 %), une mesure éducative (2,5 %) ou une mesure de placement (2,1 %). Pour 3,5 % des cas, aucune précision n'a été donnée.

Les enfants suivis par les services de l'ASE sont un peu plus nombreux que les autres à être atteints de troubles psychiques (18,3 % vs 14,8 %). Ils sont également plus souvent scolarisés (85,3 % le sont, contre 75 %).

Les **tables rondes départementales** ont permis de recenser les pratiques et réflexions autour de l'accompagnement de ce public. Ainsi :

En **Meurthe-et-Moselle**, au niveau de l'accompagnement en général, l'ASE considère qu'il est relativement **difficile de faire coïncider les projets de l'ASE et ceux de l'IME**. Et c'est d'autant plus vrai lorsque l'enfant est accueilli « trop tard ».

Certains enfants suivis par l'ASE ont plus d'une heure de transport pour rejoindre leur IME.

Les IME qui le peuvent **accueillent** des jeunes déficients sévères **le week-end**, mais pas de déficients légers. Mais ils rappellent aussi qu'un établissement médico-social n'a pas vocation à institutionnaliser des situations qui ne sont pas de son ressort à la base.

Dans la **Meuse**, selon l'ARS, le **taux de placement** au titre de la protection de l'enfance est 10 fois supérieur dans la Meuse par rapport aux autres départements (700 enfants placés). Ce constat peut s'expliquer par deux phénomènes complémentaires, l'un relatif à l'efficacité du travail mené par l'ASE (le bon repérage des situations de danger de l'enfant), l'autre concernant la vulnérabilité d'une part grandissante de la population rurale (et néo-rurale), en situation de grande précarité.

En matière d'**organisation**, les IME rencontrent des difficultés quand les enfants de l'ASE sont malades. Il faudrait un **dispositif** qui puisse être **souple** pour pouvoir les accueillir.

En matière de **soutien à la parentalité**, les éducateurs de structure n'ont pas toujours l'habitude d'aller dans les familles. Il y a une volonté d'**étendre le champ d'action de l'éducateur référent**, mais ceci est complexe. Ainsi, il y a une volonté de mettre en place des formations quant à l'importance de se présenter aux familles pour présenter le projet de l'enfant.

Enfin, par rapport à la pertinence d'une **ouverture pendant les week-ends et les vacances**, les IME indiquent que c'est une réflexion en cours car les demandes sont de plus en plus pressantes. Mais **la question ne se pose pas spécialement en termes de nombre de jours d'ouverture**. Les IME rappellent qu'ils **souhaitent rester dans leurs missions**. S'il est admis que, parfois, le problème de

l'accueil les week-ends et les vacances est laissé entre les mains de l'ASE, la fermeture de l'IME correspond à la possibilité d'un retour en milieu ordinaire (famille naturelle ou famille d'accueil). Certains jeunes se retrouvent cependant en foyers qui n'ouvrent que le soir et le week-end. Faut-il alors privilégier l'accueil en semi-internat dans le médico-social, et développer l'**internat ASE** ? Cette hypothèse nécessite un transfert de charges et un transfert de compétences. Une des problématiques à prendre en compte dans ces réflexions est le fait que si l'enfant tombe malade, il n'y a plus d'accueil possible en dehors de l'IME.

L'ARS précise que pour les enfants relevant de l'ASE il y a les Maisons de l'enfance et les MECS dans le département, et qu'il a été demandé aux IME d'harmoniser leurs périodes de vacances. Il y a aussi les liens avec les MECS, qui accueillent aussi.

Un IME demande à ce que les enfants ASE des MECS (accueillis les vacances et les week-ends) ne soient accueillis que sur un seul lieu, l'IME.

La MDPH précise que cette question de l'ouverture ne concerne pas seulement l'ASE.

En **Moselle**, plusieurs IME (6) proposent une ouverture (y compris avec internat) 365 jours par an ou un internat ouvert 320 jours par an. Il n'y a pas de MECS près de ces établissements. 30 % des effectifs y relèvent de la protection de l'enfance. A ce sujet, un groupe de travail est organisé depuis un an, dans le cadre du schéma départemental. Ces IME sont davantage situés dans le nord du département. En IMP, il peut y avoir jusqu'à 10 % des effectifs accueillis en MECS.

En internat, le travail d'accompagnement (en audience, le suivi de mesure, la vêtue, le suivi médical ordinaire comme l'orthodontiste, l'ophtalmologiste, les signalements...) **revient à l'IME, ce qui est très chronophage**. Dans ce cadre, le partenariat avec l'ASE peut être un facteur facilitant, mais parfois c'est un obstacle (mais globalement positif). Du travail reste à faire pour **mieux savoir qui fait quoi**.

Sur l'**évaluation des besoins**, les IME se demandent qui est le plus à même de réaliser cette évaluation, qui n'est pas normée par ailleurs ? Les établissements peuvent participer mais c'est bel et bien la MDPH qui établie *in fine* la notification. Il ne faut pas perdre de vue que la part d'enfants touchés par une déficience est plus élevée parmi les enfants de l'ASE que les autres. Donc, surajoutée aux difficultés sociales, il est logique de constater cette forte hausse de demandes d'enfants de l'ASE pour entrer en établissement.

Les acteurs présents pensent qu'il faut aussi préserver les deux **modes d'accueil**, et reconnaître (financièrement) la spécialité des établissements qui ouvrent 365 jours par, en les dotant notamment d'une ASS. Même s'il est précisé qu'il faut néanmoins privilégier les possibilités d'un accompagnement familial.

Il faut **prendre en compte également les territoires** dans cette problématique, **ne pas placer l'enfant loin de son territoire d'origine**. L'absence de choix territorial demande à être corrigé, pour éviter des situations actuelles où des enfants sont en IME loin de chez leurs parents.

Dans les **Vosges**, l'ASE procède actuellement à une restructuration dans le but de mieux répartir sa charge de travail sur l'ensemble du département. Cela aboutira à une plus grande proximité (**3 territoires sur le département** à terme).

Les établissements présents et la MDPH s'interrogent vis-à-vis de la position de l'ASE, qu'ils pensent être historiquement plus « tournée vers les parents », ce qui a peut-être eu pour effet de relayer le choix de l'enfant au second plan.

Par ailleurs, la MDPH n'est pas du tout d'accord sur le fait qu'il y aurait des **orientations par défaut** liées au fait des conditions de passation des tests réalisés sur les enfants (argument de certains IME). La MDPH précise à ce sujet que, pour les enfants qui ont des conditions de vie très dégradées, qu'il faut juste trouver une solution alternative à la famille pour les protéger.

Pour l'ASE, le travail avec les **familles d'accueil répond aux besoins** des enfants : même « d'accueil », il s'agit d'une famille. Ainsi, il lui semble **difficile de privilégier l'internat** à ce mode de placement. Toutefois, historiquement, il est difficile de recruter des familles d'accueil sur certains territoires, d'où un certain déséquilibre.

Continuité et rupture de l'accompagnement

Les IME présents en **Meurthe-et-Moselle** ont souligné que lorsque les jeunes atteignent l'âge de 20 ans, les situations peuvent se compliquer si aucun **Contrat jeune majeur** n'a été prévu. C'est la raison pour laquelle, pour eux, il est nécessaire de rechercher un hébergement dès l'âge de 18 ans.

La MDPH rappelle que la commission essaie de **prévenir ces ruptures**, mais qu'il faut de la coordination pour y parvenir.

L'ARS rappelle également que le **rapport Piveteau** indique les idées à suivre, mais que sa mise en œuvre est compliquée. Pour autant, il existe des moyens pour ces situations complexes, à savoir d'abord essayer de **mieux répartir les moyens** et avoir une **meilleure coordination**.

Dans la **Meuse**, pour les IME, la situation de placement complexifie l'accompagnement médico-social et peut induire des ruptures dans le parcours, outre les questions que pose la multiplication des interventions. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un enfant est renvoyé de la SEGPA, dans un contexte où ces sections ne sont pas nombreuses sur le territoire, et où il faut donc changer le lieu de son placement pour le rapprocher de son lieu de scolarité. Car pour éviter au mieux les ruptures, il faut **favoriser le maintien de l'enfant sur son territoire de vie**. Pour **prévenir ces situations complexes**, il faut s'appuyer sur les accueillants familiaux.

Quand l'ASE rompt le **Contrat jeune majeur**, certains jeunes n'ont pas d'autres solutions que de retourner chez eux, ce qui crée des situations de rupture.

En **Moselle**, les IME s'accordent sur le principe de **partir du besoin des enfants** pour prendre les bonnes décisions, mais débattent sur la bonne manière de répondre à ces besoins. Ainsi, pour

certain, ne pas être transporté d'une équipe à l'autre (jour, nuit ; semaine, week-end) peut être bénéfique aux enfants qui relèvent à la fois d'un accompagnement médico-social et social. Pour d'autres établissements, il paraît préférable de proposer une alternance des modes d'accueil.

Sur le fait de proposer des **week-ends de répit**, consistant à sortir l'enfant de l'IME une fois par trimestre, pour diversifier l'accompagnement, les premières expérimentations menées (en lien avec l'ARS) ont été concluantes tant pour l'enfant que pour le personnel.

Les départements limitrophes interpellent régulièrement les IME mosellans pour les plus de 18 ans. Face au peu de Contrats jeunes majeurs, les jeunes qui quittent leur famille d'accueil ou leur MECS peuvent ne plus tenir la scolarité en Impro, car ils l'interprètent comme une mesure du juge des enfants. Certains de ces jeunes finissent parfois en CHRS.

Dans les **Vosges**, la **MDPH** se demande pourquoi, en présence d'enfants vivant dans un climat social compliqué, la CDPE de l'ASE n'est pas saisi dès le départ, pour **éviter une rupture** qui serait générée par une entrée en IME. L'ASE rappelle en effet qu'il faut résonner en termes de direction « Enfance-Famille » et non simplement ASE, ce qui signifie que la CDPE doit être davantage connue de tous. Elle peut être saisie en amont de la rupture, pour la prévenir.

La **pédopsychiatrie** signale que, parfois, des **hospitalisations** surviennent alors qu'il n'aurait fallu qu'un « temps de répit » à l'enfant.

Pour l'ASE, le besoin de l'enfant n'est pas pris en compte lorsqu'« on le balade dans une MECS pour un week-end » par exemple. De plus, en MECS, les enfants des IME ne sont pas intégrés car de toute façon ils repartent aussitôt, les autres résidents ne faisant pas attention à eux de fait.

Pour la **MDPH**, il faut des moments de **répit pour les familles**, surtout pour les populations autistes.

Le partenariat et le partage d'informations autour de la protection de l'enfance

A l'exception de deux structures, tous entretiennent des partenariats dans le domaine de la **protection de l'enfance**. Très souvent non conventionné, le partenariat le plus fréquent est celui tissé avec les services de l'Aide sociale à l'enfance (11 sur les 35 déclarés). Sont ensuite déclarés les liens avec une série d'acteurs différents : les MECS (3) ; la Protection judiciaire de la jeunesse (3) ; les services AEMO (1) ; CMP (2) ; Centre départemental de l'enfance (1) ; le Placement familial spécialisé (1) ; l'Unité d'hébergement pour adolescents (1) ; et les acteurs en charge de la protection judiciaire des majeurs (2).

Jugés majoritairement satisfaisant (68 % des cas), ces partenariats sont cependant **améliorables** du point de vue de la qualité de la **communication** entre les différents partis, ou du **partage d'informations**. Les établissements insatisfaits souhaiteraient aussi que leur-s partenaire-s en matière de protection de l'enfance développent leurs connaissances du handicap, ainsi que leur réactivité face aux problèmes rencontrés.

PARTENARIATS AVEC LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : dans ce département, un IME ayant participé à l'étude n'a pas de convention avec la protection de l'enfance et, parmi les 6 qui en ont un, 5 sont non conventionnés. L'Aide sociale à l'enfance est le partenaire le plus fréquent (4 fois). Les autres partenaires sont : le service social AEIM, la PJJ, une MECS et le Réseau éducatif de Meurthe-et-Moselle (REMM). Ce partenariat est principalement jugé satisfaisant (5 sur 6), bien qu'un IME souligne qu'il puisse y avoir des « tentations de déléguer des missions relevant des la protection de l'enfance aux IME ».

Meuse : dans ce département, un IME n'a pas de convention avec la protection de l'enfance et, parmi les 5 qui en ont un, 4 sont non conventionnés. Les partenaires précisés sont : l'Aide sociale à l'enfance (1), un service social d'AEMO (1) et une MECS (1). Ce partenariat est principalement jugé satisfaisant (4 sur 6), les critiques portant sur des manques de communication et de partage d'informations.

Moselle : dans ce département, un IME n'a pas de convention avec la protection de l'enfance et, parmi les 8 qui en ont un, tous sont non conventionnés. L'Aide sociale à l'enfance est le partenaire le plus fréquemment cité (4 fois). Les autres partenaires sont : un Centre départemental de l'enfance, deux MECS, un Village SOS, ainsi que plusieurs associations. La majorité des IME considèrent que leur partenariat n'est pas satisfaisant (5 sur 8), pour des raisons liées à des manques de communication ou de réactivité, des manques de connaissances du handicap ou encore des défauts dans le partage d'informations.

Vosges : dans ce département, un IME n'a pas de convention avec la protection de l'enfance et, parmi les 5 qui en ont un, 3 sont non conventionnés. L'Aide sociale à l'enfance est citée 2 fois en tant que partenaire, et un service des tutelles à une reprise. Tous les IME estiment que leur partenariat est satisfaisant.

Au sujet des partenariats et du partage d'informations, les **tables rondes** ont fait ressortir les éléments suivants :

En **Meurthe-et-Moselle**, selon l'ARS, le partenariat se met tout de suite en place pour les enfants de l'ASE. La qualité du partenariat dépend beaucoup du travailleur social. Les IME trouvent que les cas où les enfants sont en famille d'accueil sont plus facile à gérer, et que c'est plus délicat lorsque l'enfant est dans un foyer (plus de cas de violence chez eux).

Les IME et l'ASE se rencontrent au moment des réunions de synthèse.

Par ailleurs, l'**ASE élabore actuellement un modèle de PPE¹⁴, qui sera alimenté par le PIA**. Mais l'ASE se demande en même temps quel pourrait être le « fil rouge » dans le suivi global ? Qui prend en main, et quelle place est accordée à la famille ? Pour l'ASE, peut-être faudrait-il identifier un « fil rouge » dans chacun des domaines pour **optimiser la communication** entre les différents domaines.

¹⁴ Le PPE est prévu à l'article L 223-1 alinéa 3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et institué par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Globalement, les IME considèrent que les **relations sont satisfaisantes avec l'ASE**, même s'ils aimeraient être au courant lorsqu'un enfant est convoqué chez le juge, car ils savent que le jour du jugement les enfants ont tendance à « perdre les pédales », d'où l'intérêt d'être systématiquement être mis au courant pour mieux comprendre les réactions du moment. L'ASE estime que « le bon niveau d'informations » pour éviter des situations où l'enfant va être stigmatisé (violent par exemple, y compris sexuellement) n'est pas simple à identifier. Par ailleurs, l'ASE trouve aussi qu'elle ne **dispose pas d'assez d'informations claires et détaillées sur la scolarité et la santé** des enfants pour faire les choix les plus adaptés. Même si, d'un autre côté, il faut aussi avoir des équipes suffisamment armées pour **interpréter correctement** certaines informations. Par exemple la mention « l'enfant est violent » ne veut rien dire en soi, il faut plus d'informations (quantitativement et qualitativement) pour identifier la problématique.

Dans la **Meuse**, des **rencontres sont organisées avec la famille et l'ASE dans l'IME**. Mais cela nécessite de définir les champs d'intervention de tous et d'instaurer une certaine harmonisation dans les pratiques. L'IME n'intervient pas dans la famille lorsqu'il y a déjà un trop grand nombre d'intervenants.

A l'ADAPEI, **l'arrivée d'une ASS** dans les établissements **a modifié le travail avec les familles**. Par exemple, sur l'autisme, il faut obligatoirement **travailler avec les mêmes outils**, ainsi la prochaine étape va être de suivre des formations partagées avec les familles.

Les IME ne savent pas si l'ASE met en place le Projet pour l'enfant (PPE).

L'Education nationale estime que la « **lenteur de traitement** » par les services de l'ASE engendre des difficultés. D'ailleurs, les IME vont directement dans les familles parfois, pour remplir plus rapidement les dossiers pour qu'ils puissent passer en CDAPH avant qu'il ne soit trop tard. Mais cette démarche crée évidemment **des tensions avec l'ASE**.

Pour l'ARS, c'est aussi la **multiplication des intervenants ASE** (4/5 personnes aux réunions) qui est source de difficultés.

Lorsqu'ils accueillent un enfant, les IME n'ont pas d'informations par rapport à la situation ASE si les parents ne viennent pas avec le dossier MDPH (admission à l'aveugle), ce qui constitue pour eux une aberration. De fait, les IME regrettent la suspicion qui leur est faite de choisir « à la tête du dossier », de ne pas prendre les cas les plus difficiles (trouble comportement) en établissement.

En **Moselle**, le **PPE va se mettre en place pour l'ensemble des suivis** (1 750 enfants confiés). Il a démarré depuis le 15 octobre pour les placements judiciaires. Pour l'ASE, ce PPE implique un **grand changement culturel** à venir, car **les équipes dans le social n'avaient pas l'habitude d'associer les parents en mesure judiciaire**. Pour l'ASE, les IME sont les principaux partenaires de la mise en œuvre du PPE. La définition du PPE va aider car il demande des rencontres entre les acteurs institutionnels pour assurer une mise en œuvre efficiente.

Certains acteurs pensent que, pour les familles, **la multiplication des outils nuit à la visibilité** de qui fait quoi. Ce cumul des outils complique la compréhension des familles sur le rôle de chacun. A

savoir que le PPE est co-construit avec elles par exemple. Il est nécessaire que la famille se rende compte du rôle de chacun des établissements et de leurs fonctions.

Le travail d'articulation avec la MECS (lorsqu'il y en a une) est chronophage. Dans un IME, un personnel est dédié aux relations avec les MECS.

Selon l'ASE, les **cultures différentes** font que les professionnels d'ASE ne sont pas toujours conscients de ce qu'est un IME, de ses contraintes et de ses limites. Et, de leur côté, les IME ne savent pas trop ce que l'ASE attend d'eux. Selon les personnes, le travail avec l'ASE va différer. Ce qui nécessite une certaine cohérence et coordination de l'ensemble des établissements.

Actuellement, les services de l'ASE organisent la création de « correspondants d'établissement ». Il s'agit de cadres ASE désignés pour prendre connaissance du projet de l'établissement, et aborder des problèmes d'ordre institutionnel et organisationnel, et être un levier pour dépasser des difficultés.

Dans les **Vosges**, l'ASE rappelle que la **CDPE** est une commission d'étude relativement méconnue. C'est une équipe pluridisciplinaire qui traite des cas urgents et qui pourrait être une solution en matière de **partage d'information et l'interconnaissance**. La PJJ, la psychiatrie et la MDPH sont présents à cette commission.

Certains IME semblent en effet ne pas connaître le mode de fonctionnement de l'ASE (CRIP par exemple). Mais ils signalent également qu'ils n'ont pas toujours de retours de la part de l'ASE.

D'après l'ASE, les délégués ASE ont compris l'outil PPE mais il est chronophage. Les acteurs de ce département pensent également, comme dans les autres, qu'il faut procéder à un changement de positionnement professionnel. Pour l'ASE, la **compatibilité du PPE et du PIA** est surtout **conditionnée par la qualité des liens** tissés avec les délégués ASE. En tout cas, l'ASE est invitée à toutes les rencontres pour les usagers ASE dans les IME, même si elle estime qu'elle manque un peu d'écrits « factuel » pour prendre ses décisions.

Le PPE doit servir à savoir « Qui fait quoi ? ». C'est un outil au service de la coopération, pour éviter une incompréhension de la part des familles.

Préconisations – Tous les départements

- Informer les équipes médico-sociales et l'ASE de leurs procédures (équipes pluridisciplinaires, CRIP...) et outillage méthodologique (PPE, PPC, PIA, Geva...) respectifs pour que ces équipes se connaissent davantage ;
- Travailler, en associant les acteurs, à une articulation du PPE et du PIA qui permette :
 - d'éviter les doublons entre intervenants ;
 - réciproquement, de renforcer la cohérence et la continuité entre les différents lieux d'accueil et d'accompagnement ;

La grille à construire doit notamment permettre d'apporter et d'échanger des informations utiles sur la situation du jeune et/ou les principales conduites à tenir ;

- Valoriser les expériences innovantes et envisager leur généralisation dans d'autres départements (ex. lien entre PPE et PIA en Meurthe-et-Moselle, rencontres avec les familles et l'ASE dans l'IME en Meuse...);
- Proposer, par département, des accueils de répit qui permettent d'accueillir, s'ils en ont besoin, des enfants les week-ends et les vacances. Mettre en place cette offre en menant conjointement une réflexion avec le Conseil départemental pour renforcer l'offre en famille d'accueil, et implanter des MECS dans des territoires qui en sont totalement dépourvus.

L'articulation globale des accompagnements

Dix ans après la loi de 2005 et treize ans après celle de 2002, la prise en compte des besoins singuliers d'accompagnement est plus que jamais à l'ordre du jour dans les débats concernant l'évolution du secteur médico-social. Malgré d'indéniable progrès dans ce domaine, des enfants et adolescents peinent encore à trouver des réponses adaptées à leur situation, qui plus est lorsque leur situation est complexe. Ce phénomène, connu des différents acteurs, a abouti à un questionnement partagé sur l'évolution de l'organisation de l'offre de réponse des IME, en direction notamment d'un « dispositif ».

Vers un dispositif IME ?

Les éléments recueillis aux cours des **tables rondes** sont les suivants :

En **Meurthe-et-Moselle**, les IME estiment que leurs partenaires participent pleinement à la construction du PIA.

Concernant la pertinence de la mise en place d'un « **dispositif IME** », la MDPH met l'accent sur sa réactivité et met en garde sur les excès d'une trop grande souplesse, car la vocation de la MDPH est d'avoir une vision globale. Pour l'ASE la question d'un dispositif se pose car, quand les enfants ne sont pas à l'IME, l'IME est susceptible d'accompagner les enfants hors de ses murs. Il serait donc opportun de réfléchir à la manière dont les **CPOM** pourraient prévoir, structurellement parlant, de mobiliser les moyens disponibles de manière un peu différente qu'actuellement. Les IME rappelle qu'à l'heure actuelle, il n'y a pas de double notification SESSAD/IME dans le département. Enfin, l'IME de Flavigny signale qu'il a en projet de refondre son projet d'établissement du point de vue, notamment, des liens entre IME, SESSAD et hébergement.

Dans la **Meuse**, la loi de 2005 pour la scolarisation des enfants en milieu ordinaire a par exemple, pour un IME, généré des difficultés pour remplir le semi-internat, qui envisage alors de procéder à un redéploiement. C'est pourquoi les IME souhaitent **maintenir une certaine souplesse dans les agréments (notamment dans le cadre des CPOM)** pour pouvoir adapter l'offre à la demande. Le problème selon les gestionnaires reste néanmoins celui de la mobilité du personnel pour permettre cette souplesse.

Sur la **problématique des transports**, une tentative de mutualisation des transports entre l'ensemble des établissements du département a avorté il y a 3 ans. L'obligation de passer en marché public a joué un rôle important dans cet échec. L'idée initiale était de favoriser les arrangements *in situ* (« bla bla car » du médico-social). Mais cet arrangement est attaquant juridiquement, car potentiellement déloyal au niveau de la concurrence avec les prestataires classiques. Le retour à la situation antérieure est perçu comme une accalmie et, au final, comme une satisfaction, même si des améliorations restent possibles. Il y a une volonté de la part des IME de faire partager cette expérience sur l'ensemble de la grande région.

En **Moselle**, les établissements expriment leur **besoin de souplesse**, car **pour les situations les plus complexes, les difficultés sont souvent d'ordre administratif**. Mais la réponse tient précisément dans l'innovation, la capacité à sortir du cadre. Ces actions extralégales sont possibles de façon exceptionnelle. Elles doivent **associer les décideurs** pour valider (et financer) les montages qui permettent aux acteurs de se retrouver moins seuls face la difficulté.

D'ailleurs, les structures avec internat continu s'aperçoivent que les admissions pour des jeunes à difficultés multiples sont de plus en plus complexes, surtout en cours d'année. Il faudrait **inclure, pour ces situations complexes, des « relais garantis » dans les orientations MDPH (avec l'ASE, la pédopsychiatrie, etc.)**. Or, il arrive qu'un jeune doive attendre plusieurs mois avant de pouvoir bénéficier de l'hospitalisation dont il a besoin.

Par ailleurs, l'Education nationale rappelle que, si c'est bel et bien la **notification MDPH** qui s'impose, les équipes pédagogiques de l'Education nationale ne sont pas pour autant mieux armées que les équipes IME pour gérer la **scolarité des TED/Autisme sévères**. A ce propos, l'**ARS** affirme qu'elle va faire un appel à candidature pour les cas lourds de TED/Autisme.

Dans les **Vosges**, certains IME estiment qu'un « **dispositif IME** » peut avoir des avantages. Mais ils soulignent aussi à ce sujet, que :

- C'est un système chronophage ;
- Il faut que cela soit bien cadré ;
- Pourquoi ne pas imaginer une « équipe mobile » pour se déplacer au sein de l'Education nationale, pour des actions ciblées ;
- En tout cas, il faut **ne plus se focaliser sur les obligations du taux de remplissage**, mais plutôt pouvoir, par exemple, « sacrifier » une journée si c'est dans l'intérêt de l'enfant, sans que sa place soit entre temps occupée par quelqu'un d'autre. C'est théoriquement la logique du **CPOM**.

D'autres **IME** se demandent pourquoi ces idées de « **plateforme** » (l'appellation peut être différente) n'arrivent pas à se mettre en place, dans la mesure où elles sont en discussion depuis (très) longtemps. A chaque fois, ces systèmes ne fonctionnent que sur des cas singuliers, donc le principal problème est, pour les IME, de savoir « Qui pilote un tel mode de fonctionnement ? ». Autre idée soumise : une **notification plus ouverte** que seulement « IME ». A ce sujet, la **MDPH** est d'accord pour **décloisonner**, c'est une question de confiance accordée aux établissements.

Par ailleurs, **la MDPH confie que le fait de ne pas connaître le plateau technique des établissements rend plus difficiles les orientations**. La MDPH pense également qu'il faudrait peut-être envisager une solution qui permette de fournir aux familles une **aide les soirs et les week-ends**.

Enfin, en matière de **partenariat**, un IME estime, qu'au-delà des commissions en tout genre, il serait intéressant que les différents établissements puissent **partager des temps d'échanges** pour parler de leurs expériences respectives. Bref, comment faire pour transposer les relations d'entraides qui existent entre les établissements à l'ensemble des partenaires ?

Préconisations – Tous les départements

- Permettre, *via* la négociation des taux d'occupation, une plus grande souplesse au niveau des modalités d'accueil. Baser les objectifs à atteindre sur une activité objectivée et comparable entre ESMS, tenant compte de leurs particularités. A cette fin, construire des rapports d'activité harmonisés, avec des indicateurs élaborés conjointement et faisant consensus ;
- Rédiger des synthèses des Projets d'établissement (conformément aux recommandations de l'ANESM) à transmettre à la MDPH.

Préconisation – Vosges

- Mettre en place un groupe IME.

Geva-compatibilité

En **Meurthe-et-Moselle**, pour certains IME, le GEVA est un outil évident et effectif, mais ce n'est **pas le cas dans tous les établissements**. Cela dit, parmi ceux qui s'appuient dessus, les outils utilisés ne sont pas non plus calqués sur le GEVA, ce qui interroge sur le niveau de Geva-compatibilité.

Préconisation – Tous les départements

- Promouvoir des actions de sensibilisation et de formation sur la Geva-compatibilité et la méthodologie de projet.

Les parcours en IME : réorientation et sortie

Une **demande de réorientation** a été formulée par 15,3 % des usagers concernés par cette étude, soit 242 jeunes (*cf.* tableau 16). Les départements de la Meuse et des Vosges se situent dans cette moyenne régionale ; celui de la Moselle en-dessous (9,7 %) ; tandis qu'environ 2 enfants sur 10 accompagnés en Meurthe-et-Moselle ont formulé une telle demande (20,6 %). Cette donnée renvoie à la structure par âge de la population : une grande majorité des usagers accueillis dans le cadre de l'amendement Creton demande en effet une réorientation (83,8 %). Mais cet indicateur est également susceptible de renseigner l'**effet « filière »** des territoires départementaux.

Les souhaits de réorientation diffèrent selon les territoires. En Meurthe-et-Moselle, un tiers des demandes concerne un ESAT (33,1 %) et 15,7 % d'entre elles renvoient à une volonté de s'orienter vers un Foyer de vie. La nature des demandes en Moselle se rapproche de ceux de la Meurthe-et-Moselle puisque plus de la moitié (54,5 %) des demandes concerne un ESAT et 21,8 % un Foyer de vie. La particularité des demandes de réorientation chez les jeunes vosgiens réside dans le fait qu'environ 3 sur 10 d'entre elles concernent une volonté d'intégrer un dispositif de l'Education nationale et, en quantité égale (29,4 %), le souhait de changer d'établissement d'accueil. Dans la

Meuse, un quart des usagers souhaite bénéficier d'un dispositif de l'Education nationale, et 21,9 % des demandes concernent une volonté d'être accompagné par un SESSAD.

Les enfants qui souhaitent le plus être réorientés sont ceux en situation de plurihandicap (47,6 %, dont une grande majorité sollicite une MAS) et atteint d'une déficience motrice (25 %) ¹⁵. Les autres usagers formulent une telle demande dans 10 à 16 % des cas.

Tableau 16 - Demande de réorientation, par département.

	Meurthe-et-Moselle (N=588)	Meuse (N=197)	Moselle (N=568)	Vosges (N=229)	Lorraine (N= 1 582)
Demande de réorientation					
Ensemble des usagers	20,6%	16,2%	9,7%	14,8%	15,3%
<i>amendement Creton</i>	82,1%	-	94,1%	-	83,8%

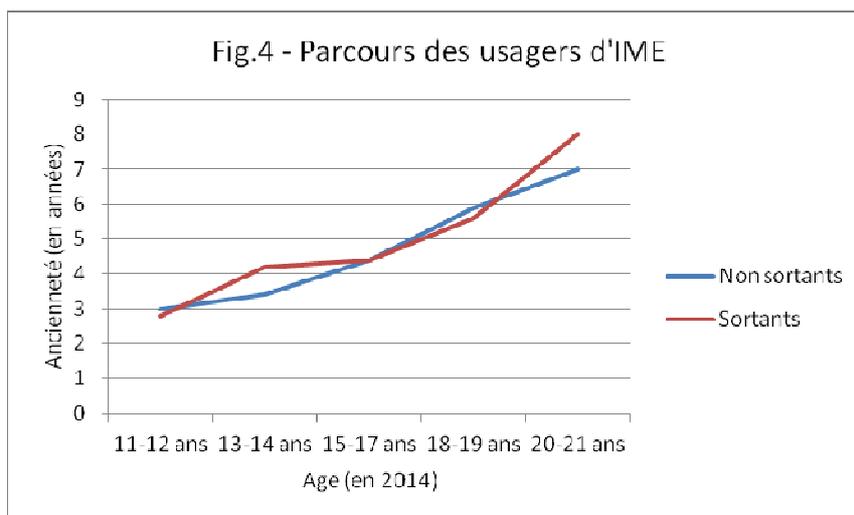
Source - Diagnostic IME 2015.

Enfin, cette étude a permis d'identifier les usagers qui ont **quitté leur établissement** au cours de l'année 2014. La part des sortants est comparable d'un département à l'autre (de 10,4 % en Moselle à 15,7 % dans les Vosges – cf. tableau 17). Bien qu'ils soient surreprésentés parmi ceux qui sont sortis de l'IME, les personnes de plus de 20 ans (sous amendement Creton, ils représentent 15,8 % des sortants) ne sont pas les seuls à avoir connus cette trajectoire. En effet, cette population de sortants est d'abord composée par les usagers âgés de 19 ou 20 ans (27,6 % des sortants ont cet âge), mais également par des enfants plus jeunes : par exemple, 31,6 % ont entre 12 et 15 ans au moment de quitter leur établissement.

Au sein de cette population des 12-15 ans, les usagers sortis de leur établissement au cours de l'année 2014 étaient proportionnellement plus nombreux à être déficients intellectuels que les non sortants. Aussi, les sortants n'avaient demandé aucune orientation particulière, mais leur niveau de scolarisation était très élevé (97 %). Enfin, ces sortants de 12-15 ans étaient relativement plus nombreux à être accompagnés par les services de l'ASE (24,2 % contre 15,4 % pour les autres usagers âgés de 12 à 15 ans).

Par ailleurs, la figure 4 indique qu'en termes de parcours au sein des IME, l'ancienneté ne semble pas être un facteur déterminant le départ d'un usager. En effet, quel que soit l'âge, ceux qui ont quitté l'établissement qui les accompagnait au cours de l'année 2014 n'avaient pas plus d'ancienneté que ceux qui sont restés.

¹⁵ Rappelons que ces effectifs restent minoritaires dans les IME, où ils ne cumulent que 2,1 % des publics accueillis (cf. tableau 3).



Parmi l'ensemble des sortants, 62,2 % avaient exprimés une demande de réorientation et 11,8 % ont quitté l'IME sans avoir formulé de demande (26 % de cas sans précision). Les plus jeunes d'entre eux (moins de 14 ans, soit 29 sorties) souhaitaient intégrer un autre IME (7 cas), un IME avec internat (6), un dispositif de l'Education nationale (6) ou encore un SESSAD (5 enfants). Les demandes des enfants âgés de 14 à 18 ans portaient également sur la volonté de changer d'établissement (10 cas sur 39) ou de pouvoir bénéficier d'un service d'internat (3), d'être inclus dans un dispositif de l'Education nationale (7) ou encore de bénéficier d'un accompagnement par un SESSAD (4 jeunes). Quant à ceux qui ont quitté leur établissement à 19-20 ans, ils voulaient majoritairement intégrer un ESAT (10 sur 25). Enfin, les sortants de plus de 20 ans avaient principalement exprimés un souhait en direction d'une MAS (12 sur 29), puis d'un ESAT (5).

Parmi les trois populations les plus présentes en IME du point de vue de la déficience principale (i.e. déficience intellectuelle, troubles psychiques et/ou TCC et troubles autistiques), aucune n'est surreprésentées au niveau des sorties d'établissement.

Tableau 17 - Usagers sortis au moment de l'enquête, par département.

	Meurthe-et-Moselle (N=588)	Meuse (N=197)	Moselle (N=568)	Vosges (N=229)	Lorraine (N= 1 582)
Sortie de l'IME					
Ensemble des usagers	12,9%	12,7%	10,4%	15,7%	12,4%
<i>amendement Creton</i>	48,2%	-	23,5%	-	41,9%

Source - Diagnostic IME 2015.

Au sujet des parcours (en général), les **tables rondes** ont permis de recueillir les éléments suivants :

En **Meurthe-et-Moselle**, la **MDPH** indique qu'il est possible d'orienter des jeunes **vers la Belgique**. Et que les familles françaises sont d'ailleurs **attirées par la représentation que les établissements belge ont de l'école**. Et le transport n'est pas payé par ces établissements, mais par le Conseil départemental. Aussi, par rapport au fait d'entrer en IME, la connotation IME en France n'aide pas,

et souffre d'un « déficit d'image » car l'étiquette « handicap » reste très présente chez les parents. Mais une fois dans l'établissement, les appréhensions tombent. Les parents ont des réticences tant qu'ils ne connaissent pas les lieux, c'est pourquoi il faut pouvoir **proposer des visites par exemple**.

Dans la **Meuse**, par rapport à la question des **sorties d'établissement**, des priorités existent encore dans l'accès aux établissements adultes, c'est l'**effet filière**. Les usagers qui ne demandent pas d'orientation au moment où ils sont en IME sont souvent, dans les faits, des adultes qui retournent chez eux, soit parce qu'ils ne peuvent pas aller en ESAT, soit parce qu'ils en ont assez de l'accompagnement médico-social (car suivi depuis l'enfance). Mais parfois, ces derniers retournent dans le médico-social après un an, car ils n'ont pas trouvé d'autre solution.

Dans les **Vosges**, le sujet des **évaluations**, du diagnostic pose question. Un établissement suggère, par exemple, que soit instauré une période d'essai de 6 mois environ, pour avoir une **évaluation plus approfondie** des situations individuelles. Car le test de QI réalisé par l'Education nationale ne fait l'unanimité (les structures ne souhaitent pas pour autant « jeter la pierre » à l'Education nationale, submergée par le nombre de dossiers à traiter). Cela dit, la question est posée de savoir « comment s'autoriser un regard critique sur le travail de l'Education nationale, remettre en cause leur évaluation (cette fameuse **zone « faible » où on bascule d'un côté du handicap ou pas**) ? ». Dans tous les cas, il est admis que l'évaluation psychologique en équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) reste très difficile. Par ailleurs, actuellement, il n'y a pas de professionnels des IME dans les EPE, mais la MDPH est ouverte à leur venue.

Dans ce département, la **préparation à l'entrée en IME est jugée insuffisante** par les établissements. Certains jeunes découvrent le handicap au moment même d'entrer en IME et ne comprennent pas leur situation. Parallèlement, les IME admettent qu'ils n'ont pas toujours les bons réflexes pour les accueillir et les accompagner, ce qui génère a priori nombre de cas d'agression.

Au sujet de la **sortie de l'IME**, les établissements estiment qu'elles se font également, comme les entrées, par défaut. Par exemple, des jeunes se retrouvent à domicile à 22 ans car ils n'ont pas de solution après l'IME. Pour les autistes, les **orientations dans le secteur adulte** sont encore plus problématiques.

Préconisation – Meurthe-et-Moselle

- [Proposer aux familles des visites de découverte des IME.](#)

Préconisations – Vosges

- [Missionner les ESMS pour qu'ils réalisent des évaluations approfondies de la situation des personnes qui le nécessitent \(au moyen d'une notification CDAPH\) ;](#)
- [En lien avec les schémas, renforcer l'offre médico-sociale dans le secteur adulte.](#)

Les autres partenariats entretenus par les IME

Seule une structure affirme ne pas avoir de partenariat avec un **acteur socioculturel**. Conventionnés dans 60 % des cas, ils sont par exemple tissés dans le domaine culturel et artistique (22 partenariats au total) : centre socioculturel, bibliothèques, théâtres, musique, chorale, cirque, ludothèque, médiathèque. Ils sont également portés sur une activité physique ou sportive (10) : équitation/poney ou autres sports. Tous ces partenariats sont qualifiés de satisfaisants par les IME.

PARTENARIATS AVEC LES ASSOCIATIONS SOCIOCULTURELLES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : plus souvent conventionnés (5) que non conventionnés (2), ces partenariats portent sur des sujets variés (culture (dont théâtre, musique et ludothèque), sport, cirque, poney, balnéothérapie) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (autres associations, collectivité territoriale). Ils donnent entièrement satisfaction.

Meuse : plus souvent conventionnés (3) que non conventionné (1), ces partenariats portent sur des sujets variés (culture (dont théâtre et chorale), équitation, bibliothèque) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (centre socioculturel, collectivité territoriale). Ils donnent entièrement satisfaction.

Moselle : aussi bien conventionnés (4) que non conventionnés (5), ces partenariats portent sur des sujets variés (culture (dont musique), sport, ferme éducative, équitation, cirque) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (autres associations, collectivité territoriale, Maison de quartier). Ils donnent entièrement satisfaction.

Vosges : exclusivement conventionnés (4), ces partenariats portent sur des sujets variés (culture, sport, médiathèque) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (autre association, collectivité territoriale). Ils donnent entièrement satisfaction.

Deux tiers des établissements de la région ont également développé un ou plusieurs partenariats avec un « **autre** » **acteur**. Une courte majorité est conventionnée. Très variés et en lien avec le contexte et les opportunités locales, les partenariats sont les suivants : les collectivités territoriales (3 fois) ; un acteur dans le domaine du sport (6) ; une activité socioculturelle ou éducative ; une association médico-sociale (3) ; l'IRTS ; l'IFSI ; un EHPAD ; la Police nationale ; une ferme pédagogique (2) ; la MDPH ; une auto-école ; une entreprise de transport. Tous ces partenariats sont qualifiés de satisfaisants par les IME.

PARTENARIATS AVEC D' « AUTRE ACTEUR » DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : aussi bien conventionnés (3) que non conventionnés (2), ces partenariats portent sur des sujets variés (sport, transport, éducation populaire) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (autres structures médico-sociales, collectivité territoriale). Ils donnent entièrement satisfaction.

Meuse : aussi bien conventionné (1) que non conventionnés (2), ces partenariats portent sur des sujets variés (culture, sport, ferme pédagogique, prévention routière) et se tisse avec des acteurs eux

aussi variés (associations, collectivité territoriale, Police nationale). Ils donnent entièrement satisfaction.

Moselle : plus souvent conventionnés (6) que non conventionnés (2), ces partenariats portent sur des sujets variés (culture, sport, code de la route) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (associations, collectivité territoriale, Education nationale, IRTS, IFSI). Ils donnent entièrement satisfaction.

Vosges : plus souvent non conventionnés (3) que conventionné (1), ces partenariats portent sur des sujets variés (activités éducatives, art-thérapie, formation) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (associations médico-sociales, MDPH). Ils donnent entièrement satisfaction.

En Lorraine, aucun **partenariat formalisé mais non effectif** n'est à signaler. En revanche, huit établissements sur l'ensemble du territoire régional souhaiteraient en **mettre un nouveau en place** : deux avec le secteur de la pédopsychiatrie ; un pour mettre en place une classe externalisée à temps partiel ; deux avec des clubs sportifs ; un avec une pharmacie ; un avec des entreprises du secteur privé ; un avec des centres socioculturels ; un avec une entreprise du milieu ordinaire.

Deux tiers des établissements estiment que leurs **missions et limites** respectives sont suffisamment connues de leur-s partenaire-s. Lorsque ce n'est pas le cas, les IME déclarent que ce constat est du à des problèmes de communication (signalés 5 fois), une manque de connaissances (respectif ou non ; 7 situations déclarées).

AUTRES ELEMENTS SUR LES PARTENARIATS DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : Un établissement souhaiterait mettre en place un nouveau partenariat, avec des centres culturels. Par ailleurs, **une courte majorité des IME (4 sur 7) estime que leurs partenaires n'ont pas une connaissance suffisante de leurs missions et leurs limites.**

Meuse : Un établissement souhaiterait mettre en place un nouveau partenariat, avec des clubs sportifs qui proposent des activités adaptées aux enfants en situation de handicap. Par ailleurs, une majorité des IME (4 sur 6) estime que leurs partenaires ont une connaissance suffisante de leurs missions et leurs limites.

Moselle : Trois établissements souhaiteraient mettre en place un nouveau partenariat, avec des entreprises du secteur privé ou le secteur de la psychiatrie. Par ailleurs, une majorité des IME (6 sur 9) estime que leurs partenaires ont une connaissance suffisante de leurs missions et leurs limites.

Vosges : Trois établissements souhaiteraient mettre en place un nouveau partenariat, avec clubs sportifs, une pharmacie, le secteur de la pédopsychiatrie ou encore l'Education nationale pour la mise en place d'une UE externalisée à temps partielle. Par ailleurs, tous les IME estiment que leurs partenaires ont une connaissance suffisante de leurs missions et leurs limites.

Les besoins et attentes des familles non satisfaits

Dans les structures de la région Lorraine, les **besoins et attentes** des usagers (enfants et familles) auxquels les différents professionnels estiment avoir des difficultés à répondre de manière satisfaisante semblent d'abord porter sur la prise en charge thérapeutique, l'accompagnement auprès de familles et sur certains aspects pédagogiques.

Les besoins **thérapeutiques** (cités 7 fois), concernent aussi bien la prise en charge paramédicale, psychiatrique ou de la rééducation. L'**accompagnement des familles** (également évoquée par 7 structures), s'entend comme le soutien à la parentalité, leur suivi social. Elles « *auraient besoin de temps de relais (internat temporaire de répit)* » comme le suggère un établissement. Quant aux besoins d'ordre **pédagogique** (5 situations), ils portent sur les temps de scolarisation, parfois jugés trop faibles. A deux reprises, une « *attente souvent démesurée des parents, en matière d'apprentissage scolaire* » est rapportée par les équipes.

Un éventail d'autres besoins et attentes, moins fréquemment signalés par les établissements, sont à noter. D'un point de vue plus matériel, des besoins en matière de transport ont été évoqués par 3 acteurs, tout comme les attentes de plus d'internat (3 cas). Des établissements estiment aussi qu'il est compliqué d'apporter des réponses au moment de la sortie de l'IME, par manque de place dans d'autres structures (3 cas), ou par difficulté à accompagner dans les choix à faire (2 cas). Le manque de place à l'entrée est par ailleurs signalé à deux reprises.

D'autres réponses à cette thématique des besoins et attentes des usagers sont en lien avec les caractéristiques mêmes des usagers, du point de vue de leur-s déficience-s ou de leur-s trouble-s. Ainsi, 3 structures rapportent que le développement de l'accompagnement de l'autisme est une attente de la part des usagers. C'est aussi le cas concernant l'accompagnement des enfants atteints de troubles psychiques (2 situations) ou de troubles du comportement (1 situation).

Enfin, la nécessaire gestion individualisée est annoncée par 3 structures comme étant source de difficulté. Le dernier besoin recensé porte sur la prévention.

BESOINS ET ATTENTES DES USAGERS DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Meurthe-et-Moselle : Les trois établissements où les usagers demandent des améliorations en matière de transport se situent dans ce département, tout comme ceux où des familles souhaiteraient davantage d'internat pour leurs enfants. Aussi, comme au niveau régional, des besoins d'ordre thérapeutique et pédagogique, ou encore un meilleur accompagnement aux familles sont exprimés. D'autres besoins ressortent dans ce département : celui de la reconnaissance d'une section autisme ; de mieux gérer le handicap psychique ; de pouvoir choisir son orientation à la fin de l'accompagnement par l'IME ; que les équipes soient formées à des méthodes de communication du type Makaton.

Meuse : deux établissements se sont exprimés à ce sujet : l'un pour relayer des besoins de soutien à la parentalité ; l'autre pour signaler que, pour les jeunes majeurs, les orientations sont problématiques et qu'ils ne peuvent bénéficier de temps en foyer occupationnel.

Moselle : dans ce département, les attentes en termes d'accompagnement des familles sont particulièrement présentes (4 des 7 occurrences dans la région). Aussi, des besoins en matière pédagogique et thérapeutique sont énoncés. D'autres besoins ressortent dans ce département : celui d'une plus grande individualisation de l'accompagnement ; de mieux gérer le handicap psychique et les troubles du comportement ; de pouvoir bénéficier de plus de suivi social (partenariat avec les assistantes sociales du secteur) ; d'avoir une offre plus étoffée au niveau de l'internat.

Vosges : dans ce département, les attentes dans le domaine thérapeutique sont les plus fréquentes. Deux établissements relaient également des besoins en matière d'accompagnement de l'autisme. D'autres besoins ressortent dans ce département : celui de pouvoir davantage scolariser les enfants ; celui d'une meilleure individualisation de l'accompagnement ; celui d'être plus près des familles ; celui d'avoir plus de choix en matière d'orientation à l'issue de l'IME.

En **Meurthe-et-Moselle**, les IME rappellent que les familles souhaitent être davantage impliquées. A cette fin, des **outils de communication numériques** sont envisagés afin de partager avec elles la démarche de l'IME.

Dans la **Meuse**, depuis environ 7/8 ans, l'éducateur référent intervient dans les familles pour travailler avec elles le projet de l'enfant. D'ailleurs, la **présence d'une ASS permet de renforcer ce travail avec les familles**, qui est une nécessité avérée et mise en œuvre.

Et les projets pour répondre à ces besoins

De nombreux **projets**, de natures différentes (agrément, organisationnel, de formation, de sollicitation de nouvelles compétences externes et d'aménagement), sont envisagés par les établissements pour **répondre aux besoins** non satisfaits du public accompagné.

Les premiers concernent les **agréments** dont disposent les IME, qui déterminent leur volume d'activité. Plus de la moitié des établissements (15 sur 28) ont un projet de cette nature (18 projets au total). Parmi eux, 7 concernent le public atteint de **TED ou d'autisme**, qu'il s'agisse de la création de places d'internat, de redéploiement de place DI, mais aussi de stratégie comme celle-ci : « *Demande de baisse d'agrément auprès de l'ARS pour pouvoir redéployer des éducateurs sur les groupes autistes et déficients sévères à moyens constants* ». Les autres projets portent sur des sujets différents : deux établissements souhaitent pouvoir **accueillir des enfants dès l'âge de 4 ans** ; une structure envisage la création d'un SESSAD Pro et une autre son extension ; un établissement rapporte un projet de création d'un internat séquentiel et un autre souhaite proposer de l'internat temporaire. Enfin, d'autres projets sont formulés comme le redéploiement de personnel, une extension non importante (sans précision ou pour le handicap rare) ou encore la volonté de proposer quelque chose « *pour des jeunes adultes non "employables" en ESAT et trop jeunes pour une admission en foyer occupationnel* ».

Vingt-deux projets d'évolution **organisationnelle** sont prévus dans la région. Les projets les plus évoqués relèvent du **domaine pédagogique** (12 cas) : Création (1) ou externalisation (5) d'UE, inclusion en milieu ordinaire (1), demande de poste d'enseignants (2), harmonisation des horaires avec l'Education nationale (1) ou encore travail pédagogique effectué par l'équipe éducative ou acquisition de tablettes numériques (à destination également des équipes éducatives).

Sont également déclarés des projets en lien avec les ressources humaines, comme la création d'un poste d'éducateur dédié au public autistique, ou celle d'un psychomotricien. Un projet de réorganisation de l'encadrement est aussi signalé.

Les autres projets sont divers : la création d'un service dédié aux familles ; la réintégration d'une section autisme dans un établissement ; la réorganisation des transports ; le travail en poste en internat ; l'externalisation d'internat ; une réflexion sur les périodes d'ouverture ; l'ouverture d'un atelier hebdomadaire en partenariat avec un ESAT.

Les projets en matière de **formation du personnel** sont très nettement les plus nombreux (49 au total, contre 19 à 23 dans les autres domaines) et les plus variés (23 différents). Les établissements n'en ayant pas sont également moins nombreux (6 seulement). A eux seuls, quatre sujets de formation regroupent 31 projets, il s'agit :

- 17 concernent le public atteint de **TED ou d'autisme** (formations aux outils PECS et Makaton, méthode ABA, etc.) ;
- 5 formations sur le thème de la communication ;

- La prise en charge des agressions (5 cas) ;
- 4 formations sur l'analyse des pratiques.

Les autres formations, qui sont toutes souhaitées dans un seul cas, sont les suivantes : troubles spécifiques du langage ; sur la déficience intellectuelle ; la sexualité ; méthode de contention ; une formation d'agents responsables d'une filière d'apprentissage ; approche systémique ; spécifiquement sur les troubles psychiques ; écrits professionnels ; formations aux outils numériques ; outils d'évaluation ; formation pour mieux accompagner les familles ; médiation thérapeutique et éducative ; bienveillance ; RBPP ; démarche Snoezelen.

La sollicitation de **nouvelles compétences externes** est – avec 22 projets – un des autres axes d'amélioration dans la région. Les projets sont diversifiés et variés, mais la majorité (13) concernent le **domaine thérapeutique** : pédopsychiatrie (3) ; art-thérapie (2) ; psychomotricité (2) ; psychiatrie (1) ; rééducation (1) ; musicothérapie (1) ; équitérapie (1) ; soins infirmiers.

Les autres besoins en nouvelles compétences déclarés par les établissements leurs sont propres et ne sont évoqués qu'une seule fois chacun : en activités sportives ; CRA ; en enseignant Education nationale ; outil numérique ; instituteur spécialisé ; intervention ponctuelles d'experts.

Le nombre de projets d'**aménagement** est de 23 pour l'ensemble des IME de Lorraine, sachant que 13 établissements n'en ont pas. Moins diversifiés que dans les autres domaines, les projets les plus nombreux visent à améliorer l'**accessibilité** à l'établissement¹⁶ (5 cas). Des travaux sont également prévus spécifiquement pour la démarche Snoezelen (1 cas), pour de la rééducation (1) ou encore pour accueillir une unité CRA (1) ou un atelier pédagogique (1). Deux établissements ont des projets d'envergure puisqu'une construction d'un nouvel hébergement et une restructuration architecturale sont souhaitées. Enfin, 12 projets portant sur des sujets diversifiés sont recensés (salle supplémentaire, bureau, cuisine, salle de réunion, etc.).

EN MEURTHE-ET-MOSELLE

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agréments**, trois IME ont un projet : une extension non importante ; un internat scolaire spécialisé de 15 places pour TED/Autistes ; un redéploiement de place IME vers TED/Autisme.

Côté **organisation**, 5 établissements déclarent un projet : une externalisation d'UE ; une création d'UE ; création d'un poste d'ES pour autistes ; une réflexion autour des périodes d'ouverture ; demande d'un poste d'enseignant auprès de l'Education nationale ; projet de partenariat avec un ESAT ; et « mise en place de tablettes numériques comme nouvel outil éducatif et pédagogique ».

Les besoins en **formation** du personnel sont variés, même si ceux en lien avec le public atteint de TED/Autisme (PECS, Makaton) et ceux en lien avec le public atteint de troubles psychiques sont les

¹⁶ Conformément à la réglementation relative à l'Agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP), en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2015.

plus fréquents. Les autres besoins portent sur : la gestion de l'agressivité des usagers ; l'analyse des pratiques ; les méthodes de communication ; les outils numériques ; la connaissance du handicap ; les RBPP ; formation sur la bientraitance ; la connaissance des troubles spécifiques du langage.

Diverses **compétences externes** sont sollicitées par les établissements de ce département : en psychiatrie ; rééducation ; art-thérapie ; musique ; un instituteur spécialisé ; outils numériques.

En matière d'**aménagement**, 5 établissements déclarent des projets. Ils portent sur : des travaux d'amélioration de l'accessibilité, une salle de rééducation, et d'autres aménagements divers.

DANS LA MEUSE

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agréments**, un IME a un projet d'extension non importante de places pour TED/Autistes.

Côté **organisation**, un IME souhaite d'une part harmoniser ses horaires avec l'Education nationale, et d'autre part procéder à une réorganisation des transports.

Les 4 besoins en **formation** du personnel concernent le public atteint de TED/Autisme (2 cas), la gestion de l'agressivité des usagers et l'analyse des pratiques.

Les **compétences externes** sollicitées par les établissements de ce département concernent les prises en charge par le CMP et l'Hôpital de jour et des ateliers d'animation éducatives et thérapeutiques.

En matière d'**aménagement**, le seul projet porte sur l'installation d'une cuisine équipée.

EN MOSELLE

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agréments**, six IME ont un projet : deux pour pouvoir accueillir dès l'âge de 4 ans ; une création d'internat séquentiel pour servir de relai aux parents ; la création d'un SESSAD pro ; une extension non importante en SESSAD ; création d'un internat de petite taille, temporaire ; redéploiement pour le public autiste.

Côté **organisation**, 3 établissements déclarent un projet : une externalisation d'UE ; le développement de l'inclusion scolaire ; l'externalisation de deux unités de vie internat ; la création d'un poste de psychomotricité ; la création d'un service dédié aux familles.

Les besoins en **formation** du personnel sont variés. Ils portent sur : des connaissances en lien avec le public atteint de TED/Autisme ; la gestion de l'agressivité des usagers ; l'analyse des pratiques ; les méthodes de communication ; les méthodes de contention ; le développement d'une filière apprentissage ; la démarche Snoezelen ; la sexualité.

Les **compétences externes** sollicitées par les établissements de ce département portent sur des activités sportives et de l'« intervention d'experts ».

En matière d'**aménagement**, 5 établissements déclarent des projets. Ils portent notamment sur : des travaux d'amélioration de l'accessibilité, la construction d'un nouvel hébergement ou de la

restructuration architecturale, la possibilité de proposer la démarche Snoezelen, et des aménagements divers.

DANS LES VOSGES

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agréments**, 4 IME ont un projet : une extension non importante ; un redéploiement de place IME vers TED/Autisme ; un agrément pour handicap rare ; un redéploiement au bénéfice des TED/Autisme.

Côté **organisation**, 5 établissements déclarent un projet : 3 externalisation d'UE ; une organisation en poste au niveau d'un internat ; une redéfinition au niveau de l'encadrement ; une mise à disposition d'un enseignant ; la réintégration d'une section autisme.

Les besoins en **formation** du personnel sont variés, même si ceux en lien avec le public atteint de TED/Autisme (PECS, ABA...) sont les plus fréquents. Les autres besoins portent sur : les écrites professionnels ; les outils d'évaluation ; l'accompagnement des familles ; la médiation thérapeutique et éducative ; sur la petite enfance ; sur les déficients intellectuels.

Diverses **compétences externes** sont sollicitées par les 6 établissements de ce département : en psychomotricité ; art-thérapie ; musicothérapie ; équithérapie ; infirmerie ; pédopsychiatrie ; pour l'autisme (CRA).

En matière d'**aménagement**, 4 établissements déclarent des projets. Ils portent sur : des travaux d'amélioration de l'accessibilité, et d'autres aménagements divers (salle de réunion, bureau...).

Conclusion et préconisations

Conclusion

L'analyse de l'offre médico-sociale présente sur le territoire de Lorraine que ce diagnostic propose a permis de dégager les principaux besoins et attentes de la population concernée. Ce **Diagnostic Territorial Partagé** s'appuie sur une **contribution des IME variable** d'un département à l'autre, dans la mesure où 57 % d'entre eux (28 sur 49 établissements de la région) ont répondu aux différents questionnaires de la première phase de travail, et où 38 (soit 78 %) d'entre eux ont participé à au moins une des deux tables rondes organisées dans le cadre de la seconde phase de l'étude. Par ailleurs, trois quarts des **partenaires des IME** (MDPH, IEN ASH, secteur de la pédopsychiatrie et ASE) ont également apporté leur contribution au cours des deuxièmes tables rondes. Cette participation mitigée, qui biaise possiblement une partie des résultats présentés, n'interdit toutefois pas de considérer les propos de ce rapport comme ouvrant des possibilités de pouvoir **construire une perspective réciproque** entre des acteurs issus de secteurs d'action, d'institutions et de corpus différents, pour appréhender les besoins et les réponses proposées aux jeunes en situation de vulnérabilité sur le territoire lorrain.

Le **profil du public accompagné** par les IME a évolué au cours de ces dernières années. Dans les quatre départements, alors que l'âge médian à l'entrée en établissement était de 6/7 ans pour les cohortes d'utilisateurs entrés en IME en 2003 ou avant, il est passé à au moins 11 ans en médiane pour les cohortes accueillis en 2014¹⁷. Ces **entrées plus tardives** peuvent s'expliquer par l'effet de l'effort inclusif relancé par la loi de 2005 qui a notamment eu pour effet de maintenir en milieu ordinaire nombre de jeunes déficients. Dans certains établissements, surtout en Meurthe-et-Moselle, les âges sont également plus élevés dans le haut de la pyramide, avec une part de plus en plus importante d'utilisateurs accueillis au titre de l'**amendement Creton**, qui s'explique probablement par des problèmes de places à la sortie. Le profil des utilisateurs a également évolué pour plusieurs IME en termes de déficience, puisque, au sein de l'échantillon d'étude, 15 % des enfants présentent des **troubles psychiques** et/ou des troubles du comportement et de la conduite (TCC) en déficience principale. Cette proportion atteint 45,4 % en cumulant les utilisateurs qui présentent des troubles psychiques en déficience principale ou en déficience associée. La **population autiste** a également progressé, elle représente à l'heure actuelle au moins 4 % des effectifs des établissements en Meuse et en Moselle. Enfin, au moment de l'enquête, 12 % des utilisateurs de la région sont suivis par les services de l'**Aide sociale à l'enfance** (ASE) ce qui, d'après les IME, constitue une évolution importante depuis quelques années.

La **confrontation de l'offre** médico-sociale sur le territoire **et des besoins** des enfants et de leurs familles a permis de pouvoir jauger l'adéquation des moyens aux besoins, et d'appréhender les pistes d'évolutions nécessaires. Les **difficultés en matière d'accompagnement et les besoins** exprimés par

¹⁷ Sauf dans le département de Meurthe-et-Moselle où ce changement a été plus précoce.

les établissements (et les familles par la voix des IME) et leurs partenaires, ont ainsi pu faire émerger plusieurs enseignements qui s'articulent selon les points suivants¹⁸.

Poursuivre la mobilisation générale autour d'un dispositif de gestion de la demande qui devienne de plus en plus structuré et harmonisé

D'après l'enquête, 114 jeunes en situation de handicap se répartissent sur les **listes d'attente** des différents départements : 9 dans la Meuse, 13 en Meurthe-et-Moselle, 19 en Moselle et 73 dans les Vosges. Pour les MDPH, les chiffres sont de 8 en Meuse (soit 1 de moins que selon les IME) et de 27 en Moselle (soit 8 de plus que selon les IME). Pour les deux autres départements, la MDPH a déclaré ne pas être en mesure de transmettre cette information. Ces décalages, générés par des **différences de définition et de décompte**, font apparaître la nécessité de créer un groupe de travail pour **élaborer une définition commune de la liste d'attente**, mais aussi de confier aux MDPH la **coordination d'une gestion harmonisée** de ces listes. Par ailleurs, la démarche de **Geva-compatibilité**, pointée par la CNSA comme le levier le plus efficace pour établir un langage commun et une évaluation partagée, semble encore largement méconnue des IME. C'est pourquoi il apparaît opportun de **promouvoir des actions de sensibilisation et de formation** sur la Geva-compatibilité et la méthodologie de projet dans l'ensemble de la région, pour une meilleure identification partagée et multidimensionnelle des besoins des jeunes.

Renforcer les compétences des équipes des IME, face à l'émergence de nouvelles problématiques d'accompagnement

Parmi les **principales difficultés rencontrées** par les équipes pédagogiques, thérapeutiques, mais surtout éducatives, la capacité à accompagner les **situations complexes** (parmi lesquels les usagers présentant des troubles psychiques ou des troubles du spectre autistique, et qui représentent près d'un tiers des difficultés citées (soit 19 des 62 de celles rapportées par les équipes éducatives)), le fait que les différents publics aujourd'hui accompagnés en IME présentent des **profils hétérogènes** (8 cas) et la difficulté à faire face aux agressions (7 cas), ont été les plus fréquentes. Ces **situations complexes** ou de particulière vulnérabilité peuvent être **définies comme** la résultante de **l'interaction de trois types de difficultés**¹⁹ :

- l'intrication et la sévérité des altérations organiques et/ou des difficultés sociales rencontrées par les personnes ;
- le caractère problématique d'une évaluation globale et partagée des besoins de la situation ;

¹⁸ Les sous-parties, **en bleu**, correspondent aux axes de travail identifiés et présentés dans la partie du rapport consacrée aux préconisations. Les préconisations issues de cette étude, regroupées et structurées dans le chapitre suivant, sont d'ores-et-déjà (en partie) intégrées **en vert** dans cette conclusion.

¹⁹ INSTRUCTION N° DGCS/3C/CNSA/2015/138 du 24 avril 2015.

- les incapacités ou difficultés constatées des professionnels de la santé et du social à mettre en œuvre, avec les personnes, une stratégie globale d'intervention partagée sur un territoire de vie donné.

Ainsi, en Meurthe-et-Moselle et en Moselle, les IME ont pu confirmer les difficultés d'accompagnement qu'induit la forte présence de jeunes avec troubles psychiques. Les agressions physiques subies par de plus en plus de professionnels posent également, selon les déclarations recueillies, des problèmes croissants aux IME. L'émergence ou, selon les cas, le renforcement de ces problématiques, indique le besoin de **former les équipes** qui ne le sont pas aux troubles psychiques, à l'accompagnement de l'autisme et à la gestion des conduites violentes.

Faire en sorte que chaque jeune accompagné en établissement bénéficie d'un véritable Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)

En Lorraine, les **niveaux et les modalités de scolarisation** des enfants et adolescents accueillis en IME sont variables. Bien qu'élevés (entre 82,3 % et 89,7 %) en Moselle, dans les Vosges et dans la Meuse, les **taux de scolarisation** montrent que certains enfants ou adolescents ne bénéficient pas d'un accès à la scolarité. En Meurthe-et-Moselle, la part d'usagers scolarisés, selon les informations transmises par les établissements participants, n'excède pas 4 enfants sur 10, mais les informations relatives à la scolarisation n'ont pas été transmises pour 43 % des jeunes.

Au niveau des **modalités de scolarisation**, les tables rondes départementales ont permis de remarquer que le dispositif de la **scolarité partagée** (notification UE/ULIS) existe depuis longtemps en Meurthe-et-Moselle. A l'inverse, en Moselle, cette possibilité n'est pas offerte aux familles, bien que les IME s'accordent pour dire qu'il est important que les personnes en situation de handicap puissent partager des temps scolaires avec d'autres enfants. Il semble ainsi nécessaire de **favoriser le développement des scolarités partagées, en cohérence avec le PPS**. Aussi, **développer l'externalisation d'UE** pourrait permettre, comme l'indique la **mission interministérielle**²⁰, d'offrir un temps partiel proche du mi-temps (soit bien plus qu'en UE interne), mais surtout une approche d'un rythme scolaire qui permette plus facilement des inclusions, tout en renforçant les possibilités d'apprentissage. Cependant, la mission souligne que l'externalisation représente un **surcoût** important (en matière de **transport** essentiellement, comme signalé par les IME des Vosges au cours des tables rondes).

Dans la région, le **Geva-Sco** ne semble pas, quel que soit le département, utilisé systématiquement. Pour autant, les IME transmettent leurs informations, parfois « beaucoup », comme dans la Meuse. De même, les **Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)** sont peu mobilisés. Il importe donc que soit **élaboré systématiquement un PPS** pour chaque enfant, et que ce document prenne le soin de préciser le temps de scolarisation minimal. Par ailleurs, les **parents** doivent être partie prenante dans

²⁰ Rapport CGEF, IGAS, IGEN, IGAENR n° 14.03.09/2014-046R/2014-090, « Les unités d'enseignements dans les établissements médico-sociaux et de santé », décembre 2014.

l'élaboration des projets de scolarisation de leurs enfants, dès l'**instruction du Geva-Sco**. Enfin, face aux difficultés exprimées, il serait intéressant de pouvoir **proposer des formations aux équipes pluridisciplinaires** des IME pour clarifier l'articulation des différents niveaux de projet. Plus généralement, ces constats invitent à **renforcer l'évaluation des besoins d'apprentissage scolaire** de tous les enfants accueillis en IME.

Au niveau du **parcours et du suivi de la scolarisation**, certains acteurs meusiens ont estimé que les réunions de l'Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS) n'étaient pas suffisantes pour assurer un véritable suivi de scolarisation. En Moselle, des initiatives ont cependant été prises pour optimiser l'efficacité des ESS (composition, en amont des ESS, d'un dossier regroupant les informations nécessaires) et certaines directions ont intégré les ESS aux réunions de projet pour favoriser la participation des parents au projet scolaire. Il apparaît donc important de **renforcer la communication entre les IME et les enseignants référents**. Par ailleurs, ce diagnostic a fait resurgir un **constat partagé de manque de moyens humains** (manque d'enseignants qui crée par exemple des difficultés à scolariser en UE dans les Vosges).

Mais surtout, la problématique des parcours de scolarisation renvoie au phénomène de **rupture de parcours**, rapporté par les acteurs vosgiens. Les principales raisons évoquées sont relatives à la pénurie de places dans le secteur adulte (qui ne permet donc pas aux jeunes majeurs du secteur enfant d'« accéder » au secteur adulte), ou dans les **ULIS-lycée** de la région. Une des manières de résorber ce problème peut être pour les acteurs présents, de **renforcer l'offre de formation professionnelle** pour les adolescents et jeunes adultes (ULIS lycée, ULIS pro, mais aussi SESSAD pro et SIPFP).

Enfin, et malgré les pistes d'amélioration citées, l'analyse du **partenariat autour de la scolarisation** a mis en exergue que l'ensemble des IME sont satisfaits de leurs relations avec l'Education nationale.

Poursuivre l'effort de décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

Parmi les usagers d'IME accueillis dans les établissements lorrains ayant participé à l'étude, les services de la **pédopsychiatrie** en accompagnent **3,7 %**, le **secteur libéral** en prend en charge **7 %**. Aussi, **1,5 %** des enfants bénéficient d'un suivi médical ailleurs qu'au sein de leur établissement d'accueil.

Sur le territoire, des **manques de temps et de moyens** (de professionnels médicaux comme paramédicaux) ont été soulignés par la moitié des équipes. Mais, au-delà de ces réalités structurelles, ce sont également des **questions de formations** et de **coordination** entre les acteurs du sanitaire et du médico-social qui ont resurgi. De fait, le partenariat autour de l'accompagnement thérapeutique ne satisfait pas tous les IME (6 sur 20), essentiellement par insuffisance d'échanges. Pour pallier cette méconnaissance, réciproque, il serait par exemple utile de promouvoir l'**organisation d'évènements** permettant la présentation des différents modes d'interventions entre sanitaire et médico-social, pour favoriser une meilleure interconnaissance chez les équipes professionnelles. L'ARS propose de

son côté que soient **organisées des formations communes**, afin de renforcer la professionnalisation de chacun de ces acteurs.

Renforcer l'articulation avec la protection de l'enfance

Le diagnostic permet de constater qu'en Lorraine, 12,1 % des enfants accompagnés en IME bénéficient d'un accompagnement par les services de l'**Aide sociale à l'enfance (ASE)**, sachant que l'accueil familial est la modalité d'accueil la plus fréquente (4 % des cas lorsque la précision était apportée). Dans la Meuse et les Vosges, c'est environ 1 enfant sur 5 qui est suivi par les services de l'ASE.

Dans son rapport annuel de 2015, le **Défenseur des droits** souligne qu'une **entrée en ESMS est possiblement**, pour les enfants de l'ASE, **source de ruptures** répétées dans leur parcours. Les acteurs rencontrés ont confirmé ce point de vue, comme les établissements meurthe-et-mosellans qui soulignent l'importance de devoir **anticiper le passage à la majorité**, en préparant les jeunes à leur sortie d'IME.

Par ailleurs, si les risques de se retrouver **sans solution les week-ends** sont problématiques, les IME de la Meuse et de Meurthe-et-Moselle ont tenu à souligner qu'ils souhaitent éviter l'accueil 365 jours par an, qui institutionnaliserait des situations qui ne sont pas de leur ressort à l'origine. Néanmoins, il apparaît opportun de **favoriser la concertation et l'élaboration commune** par les différents acteurs concernés (IME, l'ASE, autres acteurs du secteur social, acteurs socioculturels ou d'insertion, etc.) de solutions structurées pour éviter autant que faire se peut ces situations de ruptures. Et il conviendrait de **clarifier l'articulation entre les PIA des IME et les PPE construits par l'ASE**, pour mieux cibler les objectifs de chacun et les rôles des différents intervenants auprès de l'enfant. Rappelons par ailleurs, à la suite des tables rondes, qu'une offre de cette nature ne doit pas concerner que les enfants de l'ASE, mais qu'elle doit aussi représenter **une possibilité de répit aux familles** (notamment aux familles d'enfant autiste).

L'analyse du **partenariat** et du **partage d'informations** autour de la protection de l'enfance a d'abord indiqué que la **majorité des partenariats** avec les acteurs de la protection de l'enfance (**68 %**) **donne satisfaction** aux IME. Les non satisfaits critiquent surtout le **manque de communication et de partage d'informations**. Certains IME meurthe-et-mosellans pensent par exemple qu'ils devraient être informés lorsqu'un enfant est convoqué chez le juge. Quant à l'ASE de ce même département, elle estime ne pas disposer de suffisamment d'éléments concernant la scolarisation et la santé des jeunes.

Diversifier/assouplir des modalités d'accueil en IME

Dix ans après la loi de 2005 et treize ans après celle de 2002, la prise en compte des **besoins singuliers d'accompagnement** est plus que jamais à l'ordre du jour dans les débats concernant l'évolution du secteur médico-social. Ainsi, entre autre questionnement, celui de l'évolution de l'organisation de l'offre de réponse des IME en direction d'un « **dispositif** » (à l'instar des réflexions que développent les ITEP depuis plusieurs années) ne fait pas consensus, mais est aujourd'hui inscrit dans les réflexions. Par exemple, en Meurthe-et-Moselle, l'IME de Flavigny projette d'intégrer ces réflexions dans la prochaine refonte de son projet d'établissement. Néanmoins, dans les Vosges, certaines directions d'établissement font remarquer que, si un dispositif peut présenter quelques avantages, il faut conserver à l'esprit qu'il s'agit d'un système chronophage, qui nécessite d'être bien cadré.

Ce débat est à rattacher à celui, plus large, du **décompte de l'activité** et de la **tarification** des ESMS. Les IME sont aujourd'hui **pris en tension dans un paradoxe**, car d'un côté les usagers (les jeunes et leur famille) souhaitent vivre « comme les autres » et revendiquent leur liberté de pouvoir recourir à une offre de service souple ; d'un autre côté, les établissements se demandent comment répondre favorablement aux demandes des usagers et des partenaires, tout en affichant une activité potentiellement trop faible au regard du financeur. Les directions d'IME des Vosges ont à cet égard exprimé la nécessité de ne plus devoir fonctionner avec les taux d'occupation tels qu'ils sont définis aujourd'hui, s'il est envisagé de faire évoluer l'organisation du secteur. Bref, il s'agit de **rediscuter avec les IME les objectifs concernant les taux d'occupation et les périodes d'ouverture, pour laisser plus de possibilité de réponse à l'offre de répit**, sachant qu'aujourd'hui plusieurs IME ont un internat **ouvert 365 jours** par an dans la région.

La diversification des modalités d'accueil s'observe dans les **initiatives ou projets des IME** de la région, qui demandent toutefois à être reconnus et stabilisés. Ainsi, dans la Meuse, un IME propose un **appartement d'autonomie** pour les jeunes adultes, qui peuvent continuer leur scolarité ou leur formation professionnelle, tout en pouvant jouir d'un espace de vie à l'écart, plus autonome. Favoriser l'assouplissement des modalités d'accompagnement en IME, c'est donc aussi **encourager la diversité des initiatives et expérimentations** dans les différents territoires départementaux.

Au final, les IME de Lorraine assurent aujourd'hui une **offre de service** qui s'évertue à maintenir et renforcer sa qualité, malgré les **nombreuses évolutions qui viennent l'impacter**. Les **publics qu'ils accueillent évoluent** en avançant en âge, en présentant des besoins nouveaux liés à leurs troubles, une **ouverture croissante** est requise à et sur l'environnement scolaire, de soins, de loisirs, etc. De nouveaux outils ont été promus et, quelle que soit leur pertinence pour faciliter la globalité des évolutions et la communauté de langage, leur appropriation n'apparaît ni aisée ni, encore moins, automatique.

Il importe ainsi de **valoriser les réussites et les innovations** (multiples) des IME, et de les encourager et les accompagner à faire face aux **difficultés réelles** que ces établissements peuvent connaître. Un ultime chapitre propose des pistes de réflexion, structurées par axe, pour y contribuer.

Préconisations

Axe 1 – Poursuivre la mobilisation générale autour d'un dispositif de gestion de la demande qui devienne de plus en plus structuré et harmonisé

Tous les départements

- Fluidifier les parcours des adolescents et jeunes adultes, par le développement d'une offre en amont d'ULIS-Lycée, et en aval dans le secteur adulte ;
- Etudier l'opportunité, avec la MDPH et l'ensemble des acteurs concernés, de proposer l'orientation en ITEP des enfants présentant des troubles psychiques en déficience principale ;
- Créer, avec l'ensemble des acteurs concernés, un système de gestion partagé des listes d'attente. En confier la coordination à la MDPH ;
- Promouvoir, en lien avec les objectifs de la mission Desaulle, une réflexion entre les acteurs de chaque département sur la possibilité de prise en charge partagée pour les situations les plus complexes (y compris hors des départements pilotes comme les Vosges) ;
- Proposer des formations sur les différents niveaux de projet et leur articulation ;
- Favoriser l'émergence d'outils d'évaluation Geva-compatible, par la formation-action, et/ou en s'appuyant sur des expériences locales ;
- Rédiger des synthèses des Projets d'établissement (conformément aux recommandations de l'ANESM) à transmettre à la MDPH ;
- Proposer aux familles des visites de découverte des IME.

Meurthe-et-Moselle

- Développer une offre adaptée, quantitativement et qualitativement, à destination des publics TED/Autisme (appel à projet pour section autisme, formations sur les bonnes pratiques professionnelles d'accompagnement).

Moselle

- Généraliser la mixité dans les internats d'IME ;
- Développer une offre adaptée, quantitativement et qualitativement, à destination des publics TED/Autisme (appel à projet pour section autisme, formations sur les bonnes pratiques professionnelles d'accompagnement).

Vosges

- Missionner les ESMS pour qu'ils réalisent des évaluations approfondies de la situation des personnes qui le nécessitent (au moyen d'une notification CDAPH) ;
- En lien avec les schémas, renforcer l'offre médico-sociale dans le secteur adulte.

Axe 2 – Renforcer les compétences des équipes des IME, face à l'émergence de nouvelles problématiques d'accompagnement

Tous les départements

- Accompagner les équipes éducatives dans leur capacité à accompagner les cas complexes :
 - Former les équipes qui ne le sont pas aux troubles psychiques ;
 - Former les équipes qui ne le sont pas à la gestion des situations violentes ;
 - Former les équipes éducatives qui ne le sont pas à l'accompagnement des personnes autistes.

Axe 3 – Faire en sorte que chaque jeune accompagné en établissement bénéficie d'un véritable projet personnalisé de scolarisation

Tous les départements

- Elaborer systématiquement un PPS pour chaque enfant ;
- Favoriser le développement des scolarités partagées entre UE et ULIS, dans le respect des PPS ;
- Encourager le développement des UE externalisées ;
- Objectiver précisément le nombre d'enfants totalement ou largement exclus de tout enseignement, en lien avec l'Education nationale ;
- Ouvrir un dialogue avec l'Education Nationale pour envisager les modalités pour remédier à cette situation, notamment au regard du nombre d'enseignants mis à disposition et du nombre d'ULIS dans les départements ;
- Prévoir, dans les conventions constitutives des UE, un temps minimum hebdomadaire de scolarité pour chaque enfant (en conformité avec leur PPS) ;
- Inclure des indicateurs de fonctionnement des UE dans ces conventions ;
- Effectuer (en lien avec l'IEN ASH) un bilan annuel des quotités de scolarisation de chaque enfant.

Axe 4 – Poursuivre l'effort de décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

Tous les départements

- Promouvoir des outils d'évaluation partagée des besoins des jeunes accueillis avec le secteur pédopsychiatrique ;
- Encourager les liens des équipes thérapeutiques avec les médecins traitants ;
- Encourager les formations communes entre les équipes des IME et les acteurs du secteur sanitaire ;
- Renforcer le conventionnement entre les IME et les établissements sanitaires ;

- Organiser des évènements permettant la présentation des différents modes d'interventions entre sanitaire et médico-social, pour favoriser une meilleure interconnaissance chez les équipes professionnelles ;
- Renforcer la communication entre IME et pédopsychiatrie. S'assurer d'échanges réguliers sur le suivi des situations et la construction d'objectifs communs ;
- Systématiser les clauses de comptes-rendus écrits, voire de présence aux réunions de synthèse dans les conventions avec les professionnels de santé libéraux.

Axe 5 – Renforcer l'articulation avec la protection de l'enfance

Tous les départements

- Informer les équipes médico-sociales et l'ASE de leurs procédures (équipes pluridisciplinaires, CRIP...) et outillage méthodologique (PPE, PPC, PIA, Geva...) respectifs pour que ces équipes se connaissent davantage ;
- Travailler, en associant les acteurs, à une articulation du PPE et du PIA qui permette :
 - d'éviter les doublons entre intervenants ;
 - réciproquement, de renforcer la cohérence et la continuité entre les différents lieux d'accueil et d'accompagnement ;

La grille à construire doit notamment permettre d'apporter et d'échanger des informations utiles sur la situation du jeune et/ou les principales conduites à tenir ;

- Valoriser les expériences innovantes et envisager leur généralisation dans d'autres départements (ex. lien entre PPE et PIA en Meurthe-et-Moselle, rencontres avec les familles et l'ASE dans l'IME en Meuse...);
- Proposer, par département, des accueils de répit qui permettent d'accueillir, s'ils en ont besoin, des enfants les week-ends et les vacances. Mettre en place cette offre en menant conjointement une réflexion avec le Conseil départemental pour renforcer l'offre en famille d'accueil, et implanter des MECS dans des territoires qui en sont totalement dépourvus.

Axe 6 – Diversifier/assouplir des modalités d'accueil en IME

Tous les départements

- Encourager la mise en place de possibilité d'accueil « hors-les-murs » pour les adolescents et jeunes adultes (*i.e.* rattaché à l'IME mais physiquement à l'écart), dans une optique d'individualisation des accompagnements ;
- Permettre, *via* la négociation des taux d'occupation, une plus grande souplesse au niveau des modalités d'accueil. Baser les objectifs à atteindre sur une activité objectivée et comparable entre ESMS, tenant compte de leurs particularités. A cette fin, construire des rapports d'activité harmonisés, avec des indicateurs élaborés conjointement et faisant consensus.

Annexes

Annexe 1 – Déficiences principales et associées, par département

	Meurthe-et-Moselle		Meuse		Moselle		Vosges		Lorraine	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Déf. Intellectuelle	487	82,8%	170	86,3%	397	69,9%	168	73,4%	1 222	77,2%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	25	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	2,0
<i>Troubles psy et/ou TCC</i>	229	47,0	73	42,9	91	22,9	70	41,7	463	37,9
<i>Autres déf.</i>	131	26,9	13	7,6	42	10,6	13	7,7	199	16,3
<i>Pas de déf. associée</i>	102	20,9	84	49,4	264	66,5	85	50,6	535	43,8
Troubles psy / TCC	71	12,1%	13	6,6%	131	23,1%	25	10,9%	240	15,2%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	63	88,7	13	100,0	67	51,1	22	88,0	165	68,8
<i>Autres déf.</i>	3	4,2	0	0,0	12	9,2	0	0,0	15	6,3
<i>Pas de déf. associée</i>	5	7,0	0	0,0	52	39,7	3	12,0	60	25,0
Autisme	0	0,0%	9	4,6%	23	4,0%	5	2,2%	37	2,3%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	0	0,0	9	100,0	5	21,7	1	20,0	15	40,5
<i>Troubles psy et/ou TCC</i>	0	0,0	0	0,0	4	17,4	4	80,0	8	21,6
<i>Pas de déf. associée</i>	0	0,0	0	0,0	14	60,9	0	0,0	14	37,8
Déf. Moteur	11	1,9%	0	0,0%	1	0,2%	0	0,0%	12	0,8%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	9	81,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	75,0
<i>Troubles psy et/ou TCC</i>	2	18,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
<i>Pas de déf. associée</i>	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	8,3
Plurihandicap	8	1,4%	0	0,0%	9	1,6%	4	1,7%	21	1,3%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	0	0,0	0	0,0	3	33,3	0	0,0	3	14,3
<i>Troubles psy et/ou TCC</i>	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	4,8
<i>Autres déf.</i>	0	0,0	0	0,0	1	11,1	1	25,0	2	9,5
<i>Pas de déf. associée</i>	8	100,0	0	0,0	4	44,4	3	75,0	15	71,4
Polyhandicap	11	1,9%	0	0,0%	5	0,9%	5	2,2%	21	1,3%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	2	9,5
<i>Troubles psy et/ou TCC</i>	1	9,1	0	0,0	0	0,0	1	20,0	2	9,5
<i>Autres déf.</i>	4	36,4	0	0,0	0	0,0	2	40,0	6	28,6
<i>Pas de déf. associée</i>	6	54,5	0	0,0	3	60,0	2	40,0	11	52,4
Autres déf.	0	0,0%	5	2,5%	2	0,4%	22	9,6%	29	1,8%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	95,5	21	72,4
<i>Troubles psy et/ou TCC</i>	0	0,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	2	6,9
<i>Autres déf.</i>	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4
<i>Pas de déf. associée</i>	0	0,0	2	40,0	2	100,0	1	4,5	5	17,2
Total général	588	100,0%	197	100,0%	568	100,0%	229	100,0%	1 582	100,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

Annexe 2 – Questionnaires

Questionnaire à destination des établissements

Diagnostic régional IME Lorraine - 1ère partie

Merci de remplir ce questionnaire

(le cas échéant, un questionnaire est à remplir par antenne).

Si vous souhaitez effectuer la saisie en plusieurs étapes, suivez alors la procédure suivante :

1. Valider votre questionnaire en bas en page (bouton "submit").
2. Une nouvelle fenêtre apparaît. Cliquez sur "Editer votre réponse" (selon votre navigateur cette expression peut apparaître en anglais)
3. Copiez-coller le lien URL (adresse de la page) sur un document texte, ou mettez-le en favori.
4. Servez-vous de ce lien pour retourner à votre questionnaire ultérieurement.

Pour tout renseignement ou difficulté de saisie, n'hésitez pas à nous contacter au 03.83.37.90.81 (Thierry ANTOINE)

*Obligatoire

Image sans légende

Nom de l'organisme qui gère l'IME

Nom de votre IME *

(réponse obligatoire)

Le cas échéant, précisez l'antenne

Adresse de l'IME

Code Postal

Commune

Modalités d'accueil de votre IME

Internat de semaine

Internat aménagé

Accueil de jour

Autre :

Certains jeunes accueillis bénéficient-ils de plusieurs modes d'accueil ?

Exemple : internat séquentiel et semi-internat

Oui

Non

Si oui, précisez combien de jeunes sont concernés

Quel est le nombre de places agréées et installées ?

Nombre de places pour enfants / adolescents avec déficience intellectuelle

Nombre de places pour enfants / adolescents avec autisme ou TED

Nombre de places pour autre public (précisez)

Nombre de places d'accueil temporaire

Nombre de places d'accueil d'urgence

Si vous accueillez en fait un public plus large que votre agrément, précisez

Nombre d'usagers effectivement accompagnés au 1er Janvier 2015

Enfants / adolescents avec déficience intellectuelle

Enfants / adolescents avec autisme ou TED

Autre public (précisez)

Accueil temporaire

Accueil d'urgence

Disposez-vous d'une liste d'attente ?

Oui

Non

Si oui, préciser le nombre d'usagers inscrits sur cette liste

Quel est le temps moyen d'attente avant l'admission ?

Précisez l'activité de votre établissement :

INTERNAT : nombre de jours d'ouverture par an

INTERNAT : nombre de journées réalisées en 2014

INTERNAT : nombre d'enfants accueillis en 2014

SEMI-INTERNAT : nombre de jours d'ouverture par an

SEMI-INTERNAT : nombre de journées réalisées en 2014

SEMI-INTERNAT : nombre d'enfants accueillis en 2014

Périodes de fermeture de l'établissement

Tous les postes prévus dans l'effectif des personnels de l'IME sont-ils pourvus (y compris les postes de l'Education Nationale) ?

Oui

Non

Si non, préciser quels sont les postes non pourvus ainsi que le nombre d'ETP correspondant

Quelle organisation avez-vous mise en place pour pallier l'absence de ces professionnels (ex : recours à un prestataire libéral, partenariat avec un établissement, personnel faisant fonction...) ?

Quelles sont les activités mises en place dans votre établissement ?

Activités éducatives

Activités pédagogiques

Activités thérapeutiques

Quelles sont les principales difficultés que les différents professionnels rencontrent dans l'accompagnement des usagers ? (Cinq au maximum)

Au niveau de l'équipe éducative

Au niveau de l'équipe pédagogique

Au niveau de l'équipe thérapeutique

Quels sont les besoins et attentes des usagers (enfants et familles) auxquels vous n'arrivez pas à répondre de façon satisfaisante ?

Avez-vous des projets pour répondre aux besoins non satisfaits du public accompagné ?

En termes d'évolution de l'agrément (extension non importante, redéploiement de places...)

En termes d'organisation (externalisation d'UE, modification des horaires d'accueil des enfants ou du personnel, réorganisation de l'encadrement...)

En termes de formation du personnel

En termes de sollicitation de nouvelles compétences externes

En termes d'aménagement de locaux

Si vous avez des partenariats avec d'autres acteurs, préciser lesquels ?

PROTECTION DE L'ENFANCE

Partenariat conventionné

Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez :

Le partenariat avec la protection de l'enfance est-il satisfaisant ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

ASSOCIATIONS SOCIO-CULTURELLES

Partenariat conventionné

Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez

Le partenariat avec les associations socio-culturelles est-il satisfaisant ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

PEDOPSYCHIATRIE

Partenariat conventionné

Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez

Le partenariat avec la pédopsychiatrie est-il satisfaisant ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

EDUCATION NATIONALE

Partenariat conventionné

Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez

Le partenariat avec l'Education Nationale est-il satisfaisant ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

SECTEUR LIBERAL

(Acteurs de santé)

Partenariat conventionné

Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez

Le partenariat avec le secteur libéral est-il satisfaisant ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

AUTRES ACTEURS

Partenariat conventionné

Partenariat non conventionné

Précisez

Le partenariat est-il satisfaisant ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Y a-t-il des partenariats formalisés non effectifs ?

Y a-t-il des partenariats souhaités mais inexistantes ?

De votre point de vue, vos partenaires connaissent-ils vos missions et vos limites ?

Oui

Non

Précisez

La réforme des rythmes scolaires a-t-elle eu un impact (positif et/ou négatif) dans l'accompagnement des enfants et adolescents ?



Diagnostic régional IME

2e partie : les enfants et adolescents accompagnés

Merci de remplir ce questionnaire (le cas échéant, un questionnaire est à remplir par antenne) et de le renvoyer au CREA Champagne-Ardenne Délégation Lorraine par mail à delegation.lorraine.ancreai@gmail.com

Pour tout renseignement ou difficulté de saisie, n'hésitez pas à nous contacter au 03.83.37.90.81

La saisie dans l'onglet "ETUDE IME 2015 CREA Données" est guidée avec des commentaires pour une meilleure saisie.

Merci de renseigner pour chaque enfant ou adolescent PRESENT AU 1/1/2014 accompagné le tableau ci-dessus selon les indications suivantes :

- 2ème colonne : précisez la section à laquelle appartient l'enfant (SEES, SIPFP, Autisme)
- 3ème colonne : Son sexe : Fille (F) ou Garçon (G)
- 4ème colonne : Son âge au 01/01/2014
- 5ème colonne : Son âge à l'admission
- 6ème et 7ème colonne : Sa déficience principale ainsi que la déficience associée, le cas échéant, selon la nomenclature suivante :
 - o 1 : Déficiences intellectuelles
 - o 2 : Troubles du psychisme/troubles des conduites et du comportement
 - o 3 : Troubles de la parole et du langage (à l'exclusion des troubles du langage dus à une surdité)
 - o 4 : Déficiences auditives
 - o 5 : Déficiences visuelles
 - o 6 : Déficiences motrices
 - o 7 : Plurihandicap (plusieurs déficiences de même gravité, empêchant alors de déterminer une déficience principale)
 - o 8 : Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles, respiratoires... non prises en compte dans les autres rubriques
 - o 9 : Polyhandicap associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante
 - o 99 : Autres déficiences non désignées par ailleurs
- 8ème colonne : Le domicile de ses parents (C : commune ; CP : Code postal)
- 9ème colonne : sa scolarité ; Cl : Classe fréquentée (préciser si plusieurs classes fréquentées) ainsi que la fréquence (temps plein (4,5 j/sem), de 1 à 4 j/sem, moins de 1j/sem, non scolarisé)
- 10ème colonne : indiquez si l'enfant ou l'adolescent bénéficie d'autres accompagnements (MECS, famille d'accueil, PJJ, hôpital de jour, CMP, professionnels libéraux...)

Annexe 3 – Listes des participants aux tables rondes

Tables ronde Meurthe-et-Moselle 1 - Le 13 novembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
GOEMINNE	Julie	Directrice	IME de Flavigny sur Moselle
HERIS	Marie-France	Directrice	IME Raymond Carel - Saint Nicolas de Port et VANDOEUVRE
HIRIART	Philippe	Directeur	IME Saint-Camille - VELAIN EN HAYE
HUBERT	Christine	Directrice	IME Toul et Pont à Mousson
HUREZ	Laurent	Directeur	IME MAXEVILLE
REYTER	Renée	Directrice	AEIM 54 - IME- BRIEY
BINSFELD-HOULNE	Claudine	Directrice	Institution Saint Camille
CHATRY-GISQUET	Jeanne	Resp Pôle Autorisation	ARS
MALHOMME	Jérôme	Chef de service médico-social	ARS DT 54
ROMAC	Philippe	Délégué territorial	ARS

Tables ronde Meurthe-et-Moselle 2 - Le 2 décembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
GOEMINNE	Julie	Directrice	IME de Flavigny sur Moselle
BINSFELD-HOULNE	Claudine	Directrice	IME Saint-Camille - VELAIN EN HAYE
REYTER	Renée	Directrice	AEIM 54 - IME- BRIEY
HERIS	Marie-France	Directrice	IME Raymond Carel - Saint Nicolas de Port et VANDOEUVRE
HUBERT	Christine	Directrice	IME Toul et Pont à Mousson
HUREZ	Laurent	Directeur	IME MAXEVILLE
PICHOL	Eric	Responsable direction er	ASE 54
NORROY	Karine	Conseillère Pédagogique	IEN NANCY III
KIFFER	Marc	IEN - ASH	Direction des Services Départementaux de l'EN de Meurthe et Moselle
DUSSINE	Stéphane	Directeur	MDPH
LEVY	Ariel	Responsable Pôle enfant	MDPH
MALHOMME	Jérôme	Chef de service médico-social	ARS DT 54

Tables ronde Meuse 1 - Le 9 novembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
CLAUSSE	François	Directeur du Pôle enfance	ADAPEI de la MEUSE - IME VASSINCOURT
BANNIER	Magali	CSSE	EPDAMS 55
ERRARD	Jean	Directeur	EPDAMS 55
BUVELOT	Catherine	SA DT55	ARS
PIQUET	Eliane	DT 55	ARS

Tables ronde Meuse 2 - Le 23 novembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
CLAUSSE	François	Directeur du Pôle enfance	ADAPEI de la MEUSE - IME VASSINCOURT
BANNIER	Magali	CSSE	EPDAMS 55
ERRARD	Jean	Directeur	EPDAMS 55
MILLE	Jean-Louis		IEN ASH Sud Meusien
PERRIN	Nelly		CPAIEN ASH Sud Meusien
ROUSSE	Caroline	Directrice	MDPH 55
SIKORA	Cyril	Cadre de santé	Pédopsychiatrie FAINS VEEL
PIQUET	Eliane	DT 55	ARS
BUVELOT	Catherine	SA DT55	ARS
HENRY	Gaëlle	Cadre de santé	CMP enfant Ligny et Commercy
CONTIGNON	Joselyne	Chef de service MS	ARS/DT

Tables ronde Moselle 1 - Le 9 novembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
VAYSSIERES	Jean-Marie	Directeur	IME Le Wenheck - VALMONT
THEIN	Chrystelle	Directrice	IME Les Genets - CRUTZWALD
MARANGE	Catherine	Directrice	IME Le Rosaire de RETTEL - Fondation Vincent de Paul
DURY	Olivier	Directeur	Secteur enfance de la Fondation Vincent de Paul - SARREBOURG
BROCHETTO/ELKANDAOUI	Denise	Directrice	IME Le Point du Jour - PIERREVILLERS
REVOLTE	Elisabeth	Directrice	IME Les Myosotis - GENANGE
REDT	Norbert	Directeur	IME Vert Coteau - THIONVILLE
JEAN	Christophe	Directeur	IME La Roseraie - JUSSY
DOYON	Bruno	Directeur	IME Les Primevères - KNUTANGE
SCHRWOFFENEGER	Myriam	Directeur	IME La Japinière
LEGRAND	Isabelle	CSTMS DT 57	DT 57
HANNHARDT	Claire-Lise	Resp secteur PH - DT 57	DT 57 - ARS Lorraine
DEQUIDT	Nelly	MISP ARS	ARS Lorraine

Tables ronde Moselle 2 - Le 23 novembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
VAYSSIERES	Jean-Marie	Directeur	IME Le Wenheck - VALMONT
MULLER		Directeur	IME Les Jonquilles - SARREBOURG
ROGNON	Stéphane	Directeur	CMSEA - IMPro La Horgne
MARANGE	Catherine	Directrice	IME Le Rosaire de RETTEL - Fondation Vincent de Paul
ERBRECH	Jacky	Directeur	EPSMS du Saulnois - ALBESTROFF
BROCHETTO/ELKANDAOUI	Denise	Directrice	IME Le Point du Jour - PIERREVILLERS
MULLER	Gilles	Directeur	IME Sarrebourg et IME Sarreguemines
REDT	Norbert	Directeur	IME Vert Coteau - THIONVILLE
JEAN	Christophe	Directeur	IME La Roseraie - JUSSY
DOYON	Bruno	Directeur	IME Les Primevères - KNUTANGE
PADIER	Anne	Conseillère pédagogique	IEN - ASH - METZ
SECHI	Gabriel	conseiller pédagogique	
MEYER MOUTON	Françoise	Inspectrice de l'EN	IEN - ASH - METZ
TOLLE	Didier	Préfigurateur du pôle handicap	CMSEA - IMP Espérance - METZ
GUILLAUME	Isabelle	Directrice de l'Aide Sociale à l'Enfance	Conseil Départemental de la Moselle -
NEU	Philippe	Praticien hospitalier - Psychiatre - Chef du Pôle Infanto-Juvenile	Centre Hospitalier de LORQUIN
HOCHARD	Laurence	Référente scolarité	MDPH
GASSEN	Christophe	Directeur	IME de DIEUZE
MULLER	Christine	CSE	IME de DIEUZE
PIED	Antoine	stagiaire	ARS
SCHRWOFFENEGER	Myriam	Directeur	IME La Japinière
LEGRAND	Isabelle	CSTMS DT 57	DT 57

Tables ronde Vosges 1 - Le 26 novembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
CONTER	Thierry	Directeur	IMT - NEUFCHATEAU
GUILLAUME	Marie-Noëlle	Directrice adjointe	IME/SESSAD - ADAPEI 88 - Saint Dié des Vosges
HAYOTTE	Michel		IME Clair Matin - EPINAL - ADAPEI 88
HUMBERTCLAUDE	Bernard	Directeur adjoint	Institut du Beau Joli - MIRECOURT
LABROUSSE	Christelle	Chef de Service	IME SAINT AME
MANSOURI	Solène	Directrice	IME - CHATEL SUR MOSELLE
RODIER	Catherine	Directrice	IME L'eau vive - DARNEY
QUERMONT	Corinne	CES	IMT - NEUFCHATEAU
REITHLER	François	Directeur	IME - SESSAD des trois Rivières - LE VAL D'AJOL
SOUDIERE	Nicole	Cadre supérieur socio-éducatif	IME - CHATEL SUR MOSELLE
SWARTENBROEKX	Audrey	Directrice adjointe	IME-SESSAD Saint Amé
SZARYK	David	Directeur	IME-SESSAD - FONTENOY LE CHÂTEAU
SABATINI	Nicolas	DG adjoint AVSEA	AVSEA
PREVOST	Florent	Directeur	IFPRO DARNEY - SESSAD Les Sources - SESSAD Pro Vosges - ITEP Epinal - SESSAD ITEP Les Images
VIRY	Virginie	Directrice adjointe	IME FONTENOY
GISQUET	Jeanne	Resp Pôle Autorisation	ARS Lorraine
DANNEQUIN	Aimée	Gestionnaire ESMS	
LE BALLE	Yves	Chef de service MS	DT88 ARS

Tables ronde Vosges 2 - Le 01 décembre 2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
ALIX	Sophie	Directrice adjointe	IME - SESSAD des trois Rivières - LE VAL D'AJOL
REITHLER	François	Directeur	IME - SESSAD des trois Rivières - LE VAL D'AJOL
MANSOURI	Solène	Directrice	IME - CHATEL SUR MOSELLE
SOUDIERE	Nicole	Cadre supérieur socio-éducatif	IME - CHATEL SUR MOSELLE
HUMBERTCLAUDE	Bernard	Directeur adjoint	Institut du Beau Joli - MIRECOURT
SWARTENBROEKX	Audrey	Directrice adjointe	IME-SESSAD Saint Amé
HAYOTTE	Michel		IME Clair Matin - EPINAL - ADAPEI 88
CONTER	Thierry	Directeur	IMT - NEUFCHATEAU
QUERMONT	Corinne	CES	IMT - NEUFCHATEAU
MARC	Alain	Chef de service	IME L'eau vive - DARNEY
BRULE	Nadine	Directrice	MDPH 88
BOTTERO		Chef de service ASE	Conseil départemental
BEDEL		Chargée de missions	Conseil départemental
VIRY	Virginie	Directrice adjointe	IME FONTENOY
NICOLAUS	Patricia	CS	CH Ravenel / PEA
SABATINI	Nicolas	DG adjoint AVSEA	AVSEA
LABROUSSE	Christelle	Chef de Service	IME SAINT AME