



Centre Régional
d'Études et d'Actions
sur les Inadaptations
et les handicaps

A propos de ...

N° 34 – septembre 2010

Evolution des publics, adaptation des dispositifs : L'exemple des IME, IEM et IEAP

Exploitation de l'enquête réalisée auprès des IME, IEM et IEAP de Bretagne et Pays de la Loire dans le cadres des 5^è journées interrégionales IME/IEM/IEAP

Ce numéro d'A Propos de ... présente les résultats de l'enquête que les CREAi de Bretagne et Pays de Loire ont réalisé auprès des IME, IEM et IEAP des deux régions.

Ces résultats comportent des données quantitatives et des éléments qualitatifs relatifs aux adaptations de l'offre de service des établissements aux nouveaux besoins et attentes des enfants et adolescents accueillis en IME / IEM / IEAP.

Cette restitution propose notamment des « portraits » ou une description de parcours ou de situations de jeunes, qui témoignent de la complexité de leur problématique subjective et de la complexité de l'accompagnement qui peut leur être proposé. Ces résultats sont mis en perspective avec ceux observés en 2005, témoignant ainsi d'une évolution des réalités de ces établissements au cours des dernières années.

*Rachelle LE DUFF
Conseillère Technique
CREAI de Bretagne*

*Avec la participation du
CREAI Pays de La Loire*

Dans le cadre des 5^{èmes} journées IME IEM IEAP Bretagne Pays de La Loire qui se sont tenues à Saint-Malo les 27 et 28 mai 2010, le comité de pilotage a souhaité renouveler l'enquête réalisée en 2006 lors de la mise en place de ce cycle de rendez-vous annuels inter-régionaux de formation.

Une des questions transversales débattues au sein de ce cycle concerne l'évolution des publics accueillis dans chaque établissement, qui aurait pour conséquence l'évolution des pratiques professionnelles, ainsi qu'une adaptation de l'organisation du service.

Ainsi, après avoir proposé en 2006 une photographie des évolutions sur la période 2000 à 2005, une seconde enquête a été mise en place en 2010 afin d'identifier les évolutions récentes, sur la période 2005 à 2010.

Nous vous proposons dans ce numéro la restitution de ses résultats.

Les objectifs de cette étude étaient :

- **d'identifier les évolutions des publics** accueillis en IME, en IEM et en IEAP, en terme de déficiences et pathologies, de situations antérieures d'accompagnement et de scolarisation, de type de sortie, de caractéristiques sociales.
- **de recenser les adaptations des établissements** à ces évolutions de publics, en terme de capacité, de modalités d'accueil (internat, semi-internat, accueil temporaire) de mise en place d'unité spécifique, de modalités de scolarisation, de dispositif de pré-formation professionnelle, de ressources humaines ou encore de partenariats.

Le questionnaire a ainsi été adressé à l'ensemble des IME, IEM et IEAP des deux régions par son CREAi en janvier 2010. Nous remercions les établissements ayant participé à l'étude.

Les répondants

Sur 140 questionnaires adressés sur les deux régions, 69 ont été réceptionnés, dont deux sont inexploitable (insuffisamment renseignés).

Les résultats portent donc sur 67 questionnaires (61 en 2006) : 50 IME, 7 IEM et 10 IEAP.



Agrément	IME (annexe XXIV)	IEM (annexe XXIVbis)	IEAP (annexe XXIVter)
Côtes-d'Armor	5	1	2
Finistère	5		1
Ille-et-Vilaine	8	1	1
Morbihan	8	1	1
Bretagne	26	3	5
Loire-Atlantique	8	2	2
Maine et Loire	6	1	1
Mayenne	2	1	1
Sarthe	4		
Vendée	4		1
Pays de la Loire	24	4	5
Les deux régions	50	7	10

Compte-tenu de l'absence de réponse de la part de certains établissements, les données présentées dans ce numéro sont à prendre avec prudence, dans la mesure où nous ne savons pas si les non-répondants ont connu ou pas les mêmes évolutions que les répondants.

Parmi les 50 IME ayant répondu :

- 2 déclarent avoir un agrément pour déficience intellectuelle sans trouble associé,
- 32 un agrément pour déficience intellectuelle avec troubles associés,
- 7 un agrément Déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés,
- 7 déclarent un agrément Déficience intellectuelle ainsi qu'un autre type de public : polyhandicap (3 établissements), autisme (6 établissements),
- 2 établissements déclarent un agrément pour jeunes avec autisme, troubles envahissants du développement (TED).

Parmi ces 50 IME, 36 précisent que le projet d'établissement est orienté historiquement sur une catégorie de public (Déficience intellectuelle légère, Déficience intellectuelle moyenne, Déficience intellectuelle lourde, autisme/TED), 6 précisent qu'il ne l'est pas et 8 ne répondent pas.

Parmi les 7 IEM, tous déclarent un agrément pour Déficience motrice avec troubles associés. Un déclare également l'agrément Déficience motrice sans trouble associé. Un autre déclare l'agrément complémentaire en direction du polyhandicap.

Parmi les 10 IEAP, 1 déclare accueillir des jeunes autistes en plus de l'agrément polyhandicap.

I- Une évolution des publics ?

A- Perception générale

Une majorité des IME (33 sur 50) et des IEM (5 sur 7) ayant participé à l'enquête déclare avoir connu une évolution significative de la population accueillie au cours des 5 dernières

années (2005/2010). Les IEAP ne sont que 4 sur 10 à partager ce constat.

Si la moitié des IME considère que leur établissement accompagne des jeunes dont les problématiques s'éloignent de l'agrément, ils sont minoritaires au sein des IEM (2 sur 7) et des IEAP (1 sur 10).

Pour décrire ces évolutions de publics, les IME utilisent les terminologies, non exhaustives, suivantes : problématiques plus complexes et plus marquée, TED ou autisme, plurihandicap, polyhandicap, troubles de la personnalité et/ou des troubles du comportement et/ou de handicap psychique, troubles psychiatriques...

Nous reprenons ici quelques réponses apportées par des IME :

« Nous accueillons environ 50% de jeunes venant d'IME (SEES). Ces jeunes présentent un nouveau profil : déficience intellectuelle beaucoup plus marquée associée souvent à des troubles de la personnalité et/ou des troubles du comportement. Chaque année nous accueillons 2 ou 3 jeunes présentant des psychopathies sévères qui nécessiteraient un accompagnement type hôpital de jour. L'intégration dans le collectif IME de ces jeunes en grande souffrance psychique est un véritable « casse tête ». L'autre moitié vient des dispositifs de l'Education Nationale adaptés (UPI, SEGPA, EREA,...). Ces adolescents sont orientés en IME tardivement (souvent après 16 ans). Beaucoup de ces adolescent(es) présentent des troubles de la personnalité (psychoses, névroses très invalidantes) qui nécessitent un accompagnement thérapeutique fort » (IME-35)

« Les effets de la loi 2005-102 concernant la scolarisation en milieu ordinaire se traduisent par une entrée plus tardive des jeunes à l'IME : à la SEES, arrivée autour de 12 ans après une scolarité en CLIS ou en classe ordinaire et à la SIPFP, arrivée d'adolescents vers 16-17 ans après une scolarité en SEGPA ou UPI (...). Augmentation non négligeable d'enfants et jeunes déficients intellectuels souffrant de handicap psychique et/ou présentant des troubles de la conduite et du comportement avec pour conséquence de créer une hétérogénéité des groupes de jeunes : l'équilibre entre le collectif et l'individuel est difficile avec des niveaux de maturité très différents. Le profil de la population (déficience intellectuelle légère et moyenne avec ou sans troubles associés) n'est pas modifié mais les jeunes accueillis présentent cependant des problématiques plus complexes et marquées dont il faut tenir compte » (IME-44).

« Plus de jeunes porteurs de plurihandicap (problèmes de santé, maladies évolutives, handicaps rares... nécessitant un suivi médical

plus important et une vigilance au quotidien). Plus de jeunes avec déficience légère, présentant plus de déficience sociale, carences psycho affectives nécessitant un soutien éducatif renforcé et un étayage familial. Mais aussi plus de jeunes avec troubles du psychisme présentant des comportements agressifs et/ou violents nécessitant plus de soins, plus de temps thérapeutique direct ou indirect. Et de fait moins de jeunes présentant une déficience légère ou moyenne mieux intégrés sur le plan scolaire. Tous ces publics étaient déjà connus. L'évolution porte surtout sur la répartition (augmentation des difficultés des publics, hétérogénéité) nécessitant un renforcement de l'ensemble des réponses éducatives, pédagogiques et thérapeutiques, ainsi que le recrutement de nouvelles compétences » (IME-44).

« De plus en plus d'usagers porteurs d'autisme ou de TED (51 % de l'effectif), mais sur un versant gravement déficitaire. Ces jeunes sont orientés en IME par les services de pédopsychiatrie (43 %). Même si pour 50 % de l'effectif l'origine du diagnostic est indéterminée, de plus en plus de jeunes sont diagnostiqués autistes par le Centre de Ressources pour l'Autisme » (IME-29).

En IEM, sont relevées les situations suivantes :

« Troubles neuropsychologiques liés à une prématurité ou non, repérés, isolés de toute autre pathologie (handicap Déficience intellectuelle invisible). Enfants en grand échec scolaire mais aussi social. Souvent suivis par un SESSAD mais qui prouve sa limite du fait de la difficulté à maintenir une intégration scolaire. Besoins de rééducations spécifiques » (IEM-35).

« Jeunes présentant des difficultés d'ordre psychologique importantes et prédominantes par rapport au handicap moteur (5 à la rentrée 2009), auxquelles s'ajoutent des mesures de protection » (IEM-44).

« Nous accueillons désormais la moitié des enfants porteurs de polyhandicap. Nous devrions, à terme, avoir un double agrément 24 bis et 24 ter (prévu dans le cadre du CPOM). Les enfants ont des besoins de soins plus importants, notamment soins infirmiers. Une importance plus grande donc pour l'internat partiel qui aide les familles dans le rythme quotidien » (IEM-44).

« Majoration des troubles associés, de la dépendance physique et psychique, sans pour autant nous éloigner de l'agrément. De moins en moins d'enfants scolarisables. En entrée à l'IEM des sortants de CLIS, faute d'UPI ou du fait de la situation de handicap trop lourde pour l'UPI » (IEM-35).

« En fait, non n'a pas de situation nouvelle, mais plutôt une intensification du nombre d'enfants à problématiques de santé multiples : gastrotomie + problèmes épileptiques + problèmes respiratoires + problème atrophique important. En 2005 : 2 enfants avec gastrotomie, en 2009 : 9 » (IEM-44).

Quant aux IEAP, ils traduisent leurs évolutions dans les termes suivants :

« Depuis 2001, une partie des enfants accueillis présente moins de troubles d'ordre "physique" avec une accentuation des troubles dits autistiques ou TED (hyperactif), sans communication verbale et des troubles associés, ajouté au déficit intellectuel très important » (IEAP-35)

« Cas d'enfants bénéficiant depuis 2 ans d'un accompagnement de type palliatif : travail avec le réseau régional de soins palliatifs pédiatriques, travail en partenariat avec les libéraux, les services d'hospitalisation pédiatrique » (IEAP-22).

Cette perception générale peut se lire au travers d'illustrations de certaines situations complexes de jeunes présentées par les établissements répondants :

A. a été admis à l'IME en août 2008 à l'âge de 8 ans, suite à de multiples hospitalisations et à une prise en charge en pédopsychiatrie. Il présente une déficience intellectuelle moyenne due à des troubles de la communication et de la relation. Doté d'une **canule**, l'accompagnement médical reste important. **Ses troubles du comportement peuvent mettre en danger les autres enfants et lui-même.** Son accompagnement nécessite toujours une **prise en charge individualisée** dont les objectifs sont essentiellement tournés vers le plaisir de faire et le bien être sensoriel et vers l'acceptation des règles du collectif. Pendant la première année, **un temps partiel en pédopsychiatrie a été maintenu.** Depuis un an, nous avons obtenu un **poste d'AMP** non pérenne pour répondre à ses besoins spécifiques. (IME-35)

Accueil d'une jeune atteinte de troubles envahissants du développement, voire d'autisme (non diagnostiqué) avec des **troubles sensoriels (surdité)**. Elle est alors accompagnée par un **SEFISS** et bénéficie d'un **temps partagé avec le CMP** (soins) en complémentarité de l'accompagnement à l'IME. (...). L'équipe se forme actuellement à la langue des signes. Les temps thérapeutiques au CMP ont apporté un complément à ce que la jeune pouvait mettre au travail à l'IME dans sa dimension corporelle (un atelier "piscine" avec le CMP pour travailler autour de l'enveloppe). Tous les professionnels sont conviés régulièrement aux réunions PIA de l'IME et aux synthèses CMP, le SEFISS étant toujours présent. (IME-49)



X, diagnostiqué « autiste Asperger », . aujourd'hui âgé de 12 ans, est accueilli à l'IME depuis 2007. Placé en **famille d'accueil** par l'ASE, il est accueilli en famille d'accueil en semaine et en famille d'accueil relais durant les week-end. Les droits de visite avec sa mère se font en lieu neutre, le père est actuellement incarcéré. L'admission de X à l'IME s'est faite très progressivement : de quelques heures par semaine accompagnée par l'infirmière du service de pédopsychiatrie à un accueil à mi-temps puis à trois quart temps. X, avant son admission à l'IME n'a jamais été scolarisé. Cette admission progressive a pour objectif de garder un lien avec le secteur soins et d'éviter de se trouver dans l'obligation d'hospitaliser en urgence. Le premier objectif du projet personnalisé vise la socialisation. X possède aussi de réelles capacités d'apprentissage : il est aujourd'hui scolarisé à l'IME, en groupe et a accès à la lecture. Cependant, il possède de **grandes difficultés de concentration, l'anxiété est massive ainsi que l'instabilité**. L'image de soi est défaillante. **Le travail en partenariat avec le service de pédopsychiatrie et les services de l'ASE est conséquent.** (IME-29)

Un jeune autiste accueilli à temps partiel, les parents ayant recours au **secteur libéral par ailleurs (orthophoniste, psychologue et éducatrice)**. Ces intervenants étant "spécialisés" dans ce type d'intervention auprès des familles. Problématique : haut niveau d'exigence des parents, liens entre les différents intervenants. Rapport entre une intervention ciblée au domicile et accompagnement au sein d'un dispositif collectif, donc plus contraignant pour la famille. Question : comment préserver une équipe de l'exigence "sans borne" d'une famille, tout en étant le plus possible à l'écoute des besoins de la famille ? (IME-85)

R présenté des TED (instabilité du comportement, agressivité, etc...). Accueilli au départ à plein temps à l'IME, il a fallu très vite mettre en place un **partenariat avec le CHS (ce qui a pris 2 années)**. Il est maintenant accueilli 1 semaine tous les 2 mois au CHS et chaque mercredi. Au départ, le mercredi avait été mis en place un accueil à la journée et depuis 3 mois, il dort sur place afin de répondre à la demande de la famille (**droit au répit**). Il est pris par ailleurs en charge de manière ponctuelle en **accueil temporaire** dans le Morbihan car la Vendée ne propose actuellement pas ce genre de prestation. (IME-85)

Garçon de 12 ans avec **syndrome de l'X fragile**. Peu accès au langage, dans son monde, peu autonome. Demande un accompagnement important et inventivité pour les professionnels pour la communication verbale ou non verbale. Nécessité également d'**accompagnement en tout petit groupe** (3 ou 4 enfants maxi), **de soigner** (prise en charge thérapeutique et travail sur repères, rituels, changements). (IME-44)

X, garçon de 7 ans, accueilli à l'IME 2 jours par semaine. Le mercredi, il reste au domicile familial et les 2 autres jours de la semaine sont passés en grande section de maternelle. X est très tonique et très actif, a besoin de repères et d'un cadre très clair pour pouvoir se poser. Il est en effet à la recherche importante de limites. Il présente aussi certaines obsessions (rangement, fermeture de portes...) (...) L'école est en grande difficulté et le centre de loisirs qui l'accueille l'est aussi. **L'équipe de l'IME vient en soutien de la famille mais aussi de l'école et du CLIS pour permettre à X d'être maintenu dans des dispositifs de droit commun.**(IME-85)

Y., à l'IME depuis 2007, est un enfant autiste âgé de 13 ans aujourd'hui. Y était auparavant accueilli en hôpital de jour, scolarisé en CLIS, avec un accueil le mercredi en Centre de Loisirs Mixte. (...) **Une psychologue ABA intervient à domicile.** (...) Les formations suivies par les professionnels de l'IME sur l'accompagnement des personnes avec autisme ont permis de prendre réellement en compte cette pathologie spécifique (...) **La maman de Y nous a beaucoup aidé au travers de la connaissance qu'elle a de son fils** (...) La rencontre de professionnels possédant des compétences différentes (ex : méthode ABA, approche sensorimotrice, PECS ...) autorise l'élaboration d'un projet riche, ouvert et en adéquation avec les besoins repérés de l'enfant (IME-29)

P. né en 1996, scolarisé dans un établissement spécialisé, puis orientation vers IEM à la rentrée 2008. Déficience : Trouble de la mémoire de travail, problème d'attention et de concentration, difficulté à inhiber les interférences externes et internes, rigidité mentale (...). **Scolarisé en UPI** pour les maths et le français et **cette année en classe de 5ème pour des cours** d'EPS, d'histoire-géo, de musique, de physique-chimie, d'anglais, de SVT, d'arts plastiques. **Avec AVS pour certains cours.** Partenariat très proche entre l'UPI et l'IEM : Réunion hebdomadaire entre l'équipe UPI et l'équipe pluridisciplinaire IEM ; Présentation aux professeurs d'une fiche répertoriant les troubles neuropsychologiques et proposant des axes de remédiation en début d'année ; **Formation organisée par l'IEM pour l'équipe de professeurs** du collège en novembre 2008 ; P. quittera l'IEM en juillet 2010 pour une UPI "TED". Son passage par l'IEM et l'UPI lui aura permis de reconstruire une image positive de lui-même (IEM-35)

T., né en 1991, entré à l'IEM en juin 2005 venant d'un autre établissement pour intégrer l'UPI jusqu'à la classe de 3ème avec passation du DNB pour l'histoire+géo. Puis orientation lycée pro et obtention du CAP vente en 2 ans. Aujourd'hui, en 1ère année BAC Pro. Dyspraxies massives, Troubles des fonctions exécutives (...). **Scolarisation avec AVS à 1/2 temps ; parcours scolaire adapté** (le CAP avait été organisé sur 3 ans puis s'est réalisé en 2 ans compte tenu de ses bonnes performances). Accompagnement psychologique à l'IEM. Accompagnement très rapproché dans la vie quotidienne au moment des **stages en appartement et en FJT**. Contacts très réguliers de l'ergo avec le maître de stage pour réajuster les tâches en prenant soin d'expliquer les "impossibilités" fonctionnelles de T. (IEM-35)

Enfant de 11 ans, entré en 2008, arrivant de l'hôpital de jour, pris en charge par l'ASE avec placement en famille d'accueil. Jeune psychotique avec traits autistiques très prononcés avec une déficience mentale profonde. Hyperactivité, enfant pulsionnel, problème d'endormissement et de sommeil. **Nécessité d'un partenariat étroit avec le secteur pédopsychiatrique et travail en partenariat avec l'ASE. Au quotidien, garantir la sécurité des autres usagers et adapter les pratiques professionnelles.** (IEAP-35)



B- Parcours antérieurs

L'évolution des publics s'illustre également au regard des accompagnements antérieurs à l'admission en IME, IEM ou IEAP.

Situation antérieure à l'admission en IME

La mise en regard des admissions en IME réalisées en 2005 à celles réalisées en 2009 (graphique 1) traduit la diminution des admissions d'enfants n'ayant aucun suivi avant l'entrée en IME (constat observé également sur la période 2000/2005), au profit d'une progression de jeunes venant de CAMSP, du libéral, de SESSAD et d'un autre IME.

Sur cette période, les admissions d'enfants scolarisés en classe ordinaire et en CLIS diminuent (graphique 2) au profit d'admissions de jeunes venant d'UPI ou d'un autre IME.

Ces constats sont à mettre en perspective avec la progression de l'inclusion scolaire en milieu ordinaire au cours des dernières années.

Situation antérieure à l'admission en IEM

La lecture comparative des admissions en IEM réalisée en 2005 à celles réalisées en 2009 (graphique 3) traduit quant à elle une progression de jeunes venant de SESSAD ou d'un autre IEM ou autre établissement médico-social. La diminution d'admissions de jeunes venant de CRF résulte d'un effet de conjoncture (transfert important en 2005 de jeunes du CRF Kerpape lors de l'ouverture de l'IEM).

Cet effet de conjoncture se retrouve dans l'évolution des lieux de scolarisation (graphique 4) : les admissions des jeunes scolarisés en milieu ordinaire et en UPI augmentent au détriment des admissions de jeunes scolarisés en CRF (contexte de l'ouverture de l'IEM avec transfert de jeunes du CRF de Kerpape).

Situation antérieure à l'admission en IEAP

En IEAP, l'admission de jeunes scolarisés en classe ordinaire progresse, constat à mettre en perspective avec la progression de jeunes venant de CAMSP, du libéral ou de SESSAD (graphiques 5 et 6)

C- Evolution sociale des familles

Des établissements font le constat d'une dégradation des situations sociales et familiales qui s'illustrent notamment au travers des indicateurs suivants :

- Des familles séparées, mono-parentales, recomposées,
- Une précarisation des familles, qui s'illustre au travers de difficultés financières, de parents bénéficiaires du RSA, de l'absence de moyens de transports, ...

- Situations familiales complexes : problèmes de santé, maladie alcoolique, troubles mentaux, des parents ayant un parcours médico-social, isolement ...
- Des familles concernées par des mesures éducatives ou judiciaires; des jeunes placés en famille d'accueil.

Toutefois ces constats nécessiteraient d'être objectivés, en notamment en comparant ces indicateurs avec ceux en population générale.

II- Evolutions des établissements

Pour répondre aux évolutions des besoins et des attentes des usagers, les établissements témoignent des adaptations de leur offre de service sur la période récente.

Adaptation de l'internat

50 établissements sur 67 ont des places d'internat agréées. L'occupation de ces places est variable d'un établissement à l'autre. Au 31 décembre 2009, 17 établissements faisaient état d'un différentiel positif entre le nombre de jeunes accueillis et le nombre de places agréées (« sur-effectif ») et 16 d'un différentiel négatif (« sous-effectif »).

41 établissements ont signalé des adaptations de l'internat :

- internat modulé, séquentiel, mentionné par 25 établissements. Cette modalité s'est diffusée sur un plus grand nombre d'établissements depuis 2006 (mentionnée par 9 établissements en 2006) et cette pratique a augmenté au sein même des établissements qui la pratiquent.
- recours à des hébergements hors institution, tel que des gîtes, des appartements ou encore des FJT, pour des stages ou comme modalité alternative à l'internat collectif,
- recours à des familles d'internat ou familles d'accueil.

Certains internats ont connu une diminution de leur capacité, et à l'inverse, des établissements ont vu leur capacité d'internat augmenter ou ont un projet de création d'internat. Ce mouvement contradictoire était déjà observé en 2006.

Les adaptations de l'internat porte également sur la composition des groupes, en terme de constitution de petits groupes ou de réflexion sur les cohabitations à proposer.

Sont également mentionnées les évolutions suivantes : l'introduction de personnels éducatifs le week-end et le soir en internat, la généralisation de chambres individuelles, l'autorisation pour un hébergement à la semaine

(IEAP) ou encore des temps de répit à l'hôpital psychiatrique.

Exemple de partenariats entre les FJT et les IME et IEM

Le FJT, la MAPAR, Maison d'accueil du pays de Redon et de vilaine loue à l'IEM La Clarté à Redon 3 chambres sur une période déterminée (pendant l'été) pour 9 jeunes en mobilité réduite, pour un séjour d'immersion de 7 semaines environ, avec un accompagnement au quotidien et des échanges réguliers entre le personnel des 2 structures.

Les apports de l'action :

- Diversité des publics,
- Mixité renforcée,
- Travail sur la différence, sur la tolérance,
- Apprentissage du vivre ensemble,
- Expérimentation encadrée et structurante,
- Interroge les pratiques des professionnels.

Le FJT identifie peu de limites à cette action du fait de :

- Préparation en amont de l'équipe de l'IEM qui oriente vers le FJT: auprès des jeunes, auprès de l'équipe des FJT,
- Echange entre le FJT et l'IEM,
- Réactivité des équipes.

Autre expérience : 2 FJT de Rennes accueillent 12 jeunes déficients en partenariat avec l'IME de la Bretèche, avec présence d'un éducateur du petit déjeuner au coucher, dans le but d'utiliser le FJT comme outil d'insertion et d'accompagnement dans le processus de l'autonomie.

Adaptation de l'externat/semi-internat

A l'exception d'un IEAP, l'ensemble des répondants a un agrément pour du semi-internat. Parmi ces 66 établissements, 42 faisaient apparaître un différentiel positif entre le nombre de jeunes accueillis et le nombre de places agréées (« sur-effectif ») et 10 d'un différentiel négatif (« sous-effectif »).

Une majorité de ces établissements (36) déclarent des évolutions sur la période récente. Ces évolutions se traduisent par une augmentation de la capacité du semi-internat (6 établissements) en lien le plus souvent avec la diminution de l'internat ou le développement de prises en charge partielles (5 établissements). Certains répondants évoquent une intensification du pôle thérapeutique (4), l'accueil en petits groupes (3) ou des adaptations architecturales (3).

Un établissement a mis en place un accompagnement externalisé : « *un assistant familial salarié de l'IME propose à son domicile des activités de soutien éducatif de manière modulée et temporaire pour certains jeunes qui ne parviennent pas à respecter le cadre et / ou qui ne rentrent pas dans les apprentissages* »

Mise en place de l'accueil temporaire

En 2010, l'accueil temporaire reste une pratique marginale : seuls 4 établissements sur 67 ont des places agréées pour l'accueil temporaire (dont un pour 2011). A ces établissements, s'ajoutent les projets de deux établissements.

Un IME signale qu'à l'occasion de la construction des nouveaux bâtiments pour l'internat, 2 chambres ont été anticipées pour l'hébergement temporaire (non ouvertes à ce jour).

Articulation des réponses avec un SESSAD

Parmi les 67 répondants, 42 ont un SESSAD rattaché à l'établissement dont 6 créés depuis 2005. Au cours des 5 dernières années, des organismes gestionnaires d'IME ou IEM ont déposé des demandes de création ou d'extension de SESSAD, des demandes de modifications de l'âge des bénéficiaires du SESSAD, des projets de « SESSAD professionnels » ou encore de SESSAD pour jeunes avec autisme ou TED.

Mise en place d'accueil spécifique

Une autre forme d'adaptation aux évolutions des publics a consisté pour 36 sur 67 à proposer un accueil dédié à destination de publics spécifiques. Il s'agit notamment des accueils pour autistes/TED (23 contre 10 en 2006) en unité spécifique (18) ou en SEHA (5), des accueils en SEHA sans précision sur public (2), ou encore de mise en place de groupe de jeunes adultes « creton » (9 contre 1 en 2006), dont un projet qui n'a pas pu aboutir.

Evolution des modalités de scolarisation

17 établissements mentionnent des évolutions en matière de scolarisation. Il s'agit notamment d'une diffusion de la pratique de classe délocalisée en école primaire, collège ou lycée (13 répondants contre 2 en 2006), de l'émergence d'accompagnement partagé IME/CLIS ou IME/UPI (3 répondants) ou encore du développement de l'accueil à temps partiel dans les écoles (3 répondants).

Un établissement attire l'attention sur l'obtention d'un demi-poste d'enseignement.

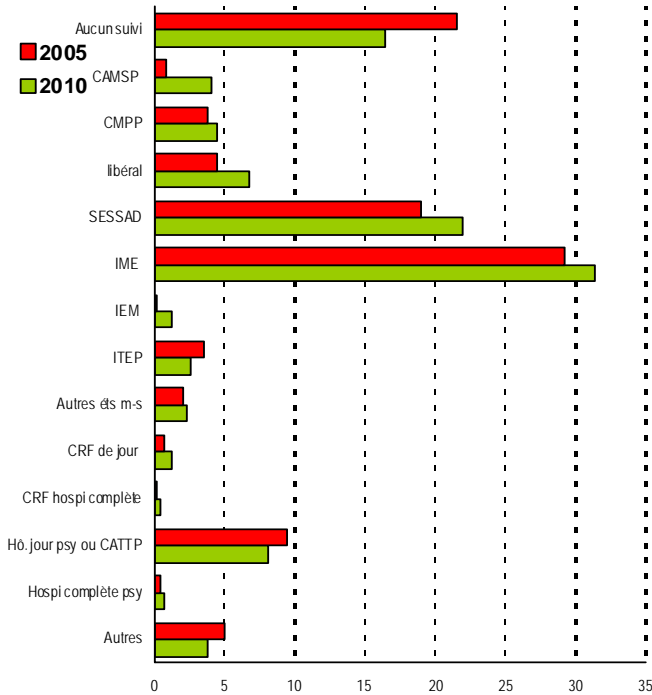
Evolution du dispositif de pré-formation professionnelle

22 établissements déclarent des évolutions du dispositif de pré-formation professionnelle :

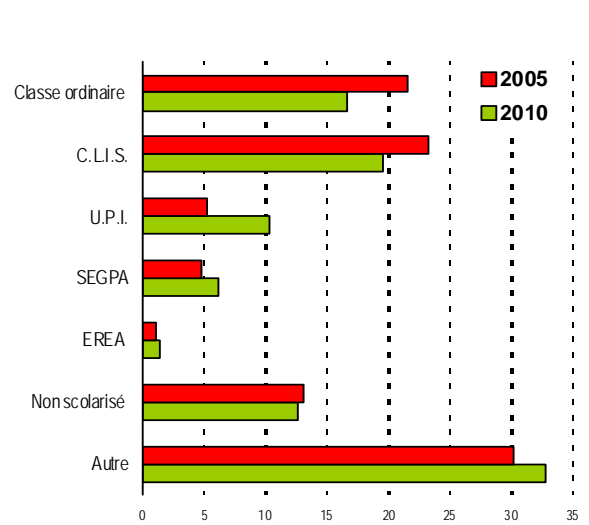
- stage en ESAT, en entreprise, en structure adulte,
- adaptation des rythmes de travail au rythme de l'ESAT,
- changement de nature des ateliers du fait de la législation en matière d'outils dangereux, suppression de l'utilisation des outils dangereux dans les ateliers techniques pour les moins de 18 ans,
- création poste de chargé d'insertion.



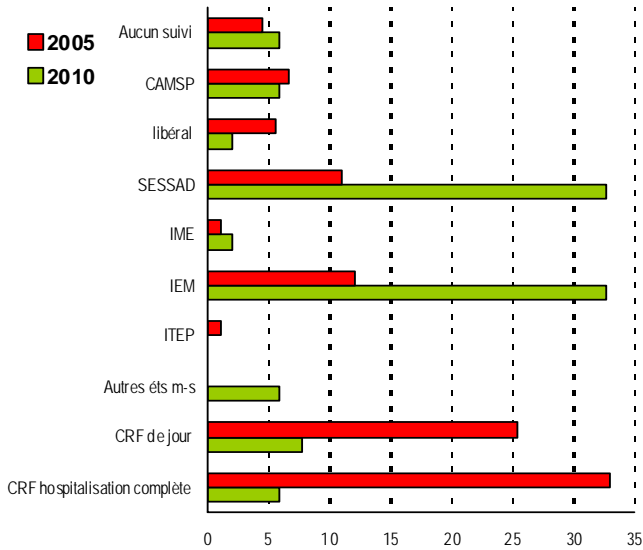
Graphique 1 : Prise en charge antérieure à l'admission en IME



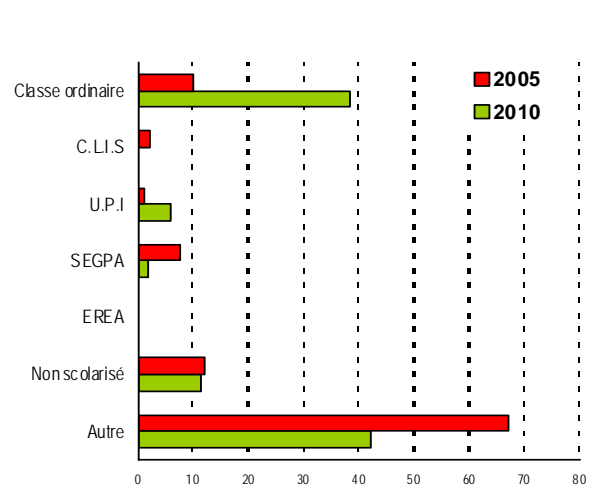
Graphique 2 : Scolarisation antérieure à l'admission en IME



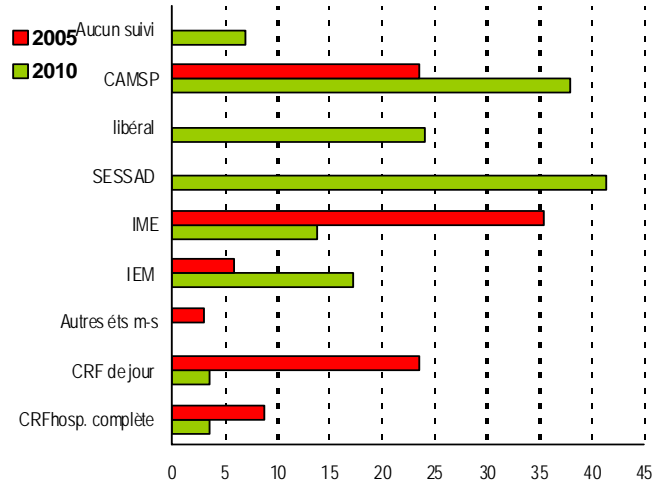
Gr 3 : Prise en charge antérieure à l'admission en IEM



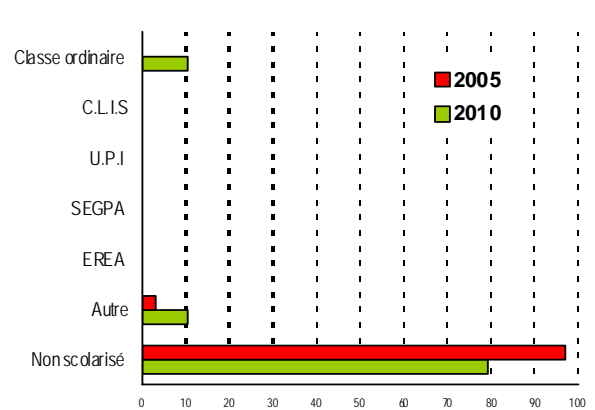
Gr 4 : Scolarisation antérieure à l'admission en IEM



Gr 5 : Prise en charge antérieure à l'admission en IEAP



Gr 6 : Scolarisation antérieure à l'admission en IEAP





D'autres établissements font le constat, observé également en 2005, d'une diminution du nombre de jeunes pouvant accéder à des apprentissages techniques/mise en place d'ateliers thérapies, modification du contenu pédagogique vers un objectif d'accompagnement social et occupationnel en SIPFP.

Un établissement mentionne l'accueil en stage d'élève d'UPI ou de SEGPA.

Evolution des ressources humaines

Des établissements mentionnent des augmentations du ratio d'encadrement dans le cadre notamment de prise en compte de publics spécifiques.

Certains établissements ont recruté de nouvelles professions : CESF (5 IME), AMP (5 IME, 2 IEAP), chargé d'insertion professionnelle (2 IME, 1 IEM), TISF (1 IME), ou encore responsable qualité (2 IME, 2 IEM, 2 IEAP).

Une majorité d'établissement a fait évoluer le contenu des plans de formation, notamment en programmant des actions de formations relatives à l'autisme/TED (21 répondants), des analyses de la pratique ou de supervision (7), des formations relatives à la Prévention de la maltraitance / bientraitance (6), à la démarche qualité / évaluation interne (5), aux problèmes psychiques / souffrance psychiques (5), à la gestion de la violence / gestion des conflits (4), mais aussi au travail avec les familles, à la systémie familiale ou au soutien parentalité (4). Des formations spécifiques au Polyhandicap (2) ou à la mise en œuvre des projets personnalisés (2) sont également mentionnées.

III- Evolutions des relations avec l'extérieur

Concernant les collaborations avec **l'Education Nationale**, un grand nombre d'IME, IEM et d'IEAP mentionnent les relations avec les **enseignants référents**, notamment à l'occasion des réunions des équipes de suivi de scolarisation (ESS) et de préparation des projets personnalisés de scolarisation (PPS) (19 répondants).

Mais ce sont aussi avec les enseignants des dispositifs de scolarisation collective, **CLIS et UPI**, que les professionnels des établissements médico-sociaux sont amenés à travailler, dans le cadre de temps partagés entre l'établissement médico-social et la CLIS ou UPI (12 répondants) ou encore de projets communs, de stage découverte (3 répondants). La scolarisation en SEGPA ou en EREA de certains jeunes conduit également à un partenariat entre les structures.

La pratique de **classes délocalisées**, mentionnée précédemment, amène également les établissements médico-sociaux à travailler avec l'Education Nationale.

Les établissements médico-sociaux construisent également des partenariats avec les **organismes de formation et d'insertion professionnelle**. Il s'agit alors des CFA (6 répondants), de l'AFPA (1 répondant), des maisons familiales rurales (MFR) (1) ou d'autres organismes de formation.

Les **missions locales** apparaissent comme des ressources pour les établissements médico-sociaux que ce soit pour des bilans de compétence, des passages de relais ou des préparations à la sortie notamment pour les jeunes qui refusent l'orientation ESAT et ne peuvent accéder au milieu ordinaire.

Grafic apparaît également comme un partenaire des IME et IEM.

Des IME et IEM mentionnent également leurs relations avec les **ESAT** dans le cadre de stage d'évaluation (13 répondants), de passages de relation ou de projets communs (8 répondants)

Les **structures sanitaires** apparaissent comme un autre partenaire incontournable des IME, IEM et IEAP. En effet, ils sont amenés à se rencontrer autour de situations communes dans le cadre des temps partagés (23 répondants). Dans des situations de crise (1 répondant), des hospitalisations ponctuelles (1) ou pour des consultations (2), des établissements médico-sociaux interpellent les acteurs du sanitaire dans situation de crise.

Un établissement mentionne l'existence d'un groupe interprofessionnel « partage de pratique ». Enfin, des établissements médico-sociaux bénéficient de mise à disposition de professionnels du sanitaire.

Parmi les répondants, des établissements constatent une progression du nombre de jeunes accompagnés par les services de l'ASE, tandis que d'autres, déjà concernés par ces problématiques, mentionnent la poursuite de ce partenariat. L'accueil de jeunes suivis par l'ASE génère des participations aux réunions de synthèse réunissant des professionnels de l'ASE et des professionnels du médico-social.

« De plus en plus de jeunes dépendent des services de l'ASE et de protection de l'enfance ou de services de tutelle. Echanges réguliers avec les encadrants. Participation aux réunions de synthèse » (IME-29).

Des IME mettent en avant le soutien apporté aux familles d'accueil pour les enfants placés et s'interrogent sur leur devenir à la majorité :

« Pour 7 jeunes, mesures de protection dont 6 avec famille d'accueil. A 18 ans, sans contrat jeune majeur, se pose la question de la poursuite de l'accueil en famille d'accueil et donc le maintien dans l'IME » (IME-29).

« Développement du temps de rencontre avec les intervenants sociaux (ASE) ou la famille d'accueil et commissions diverses... L'arrêt des mesures ASE pour des jeunes adultes ayant

bénéficié de mesures "contrat jeune majeur" jusqu'à leur 20 ans pose de sérieux problèmes. Il n'y a souvent plus aucune solution d'accueil pour ces jeunes adultes sinon un retour en famille hautement pathogène ». (IME-56)

Un IME attire l'attention sur la nécessité de clarifier les missions de l'internat médico-social au vu des situations sociales de certaines jeunes ainsi accueillis.

Les IME, IEM et IEAP entretiennent des relations avec les autres dispositifs médico-sociaux. Il s'agit alors de réflexions de groupement de coopération (GCSMS), de mutualisation de moyens de transports, de projets de travail en partenariat avec d'autres IME pour des « séjour de rupture pour éviter la mise à pied ». Des IME peuvent également proposer des accueils partagés.

Le secteur adulte constitue également des ressources, que se soit des séjours en ESAT ou foyer de vie pour évaluer la pertinence d'une orientation ou pour proposer un accueil temporaire à des jeunes sous Amendements Creton. Les coopération se traduisent également sous la forme des séjours extérieurs communs ou encore de formations communes, de partage de savoirs.

IV – Les limites à l'accompagnement des nouveaux publics

Les **problèmes de cohabitation et d'accueil collectif** constituent une première limite à l'accueil de certaines situations de handicap.

« Principalement parvenir à faire vivre dans un collectif des jeunes qui sont incapables de supporter la moindre frustration ; ou qui présentent des pathologies nécessitant un encadrement de 1 pour 1. Le burn-out du personnel qui voit arriver ces grands changements avec angoisse et insécurité. » (IME-35)

« Difficulté à faire cohabiter harmonieusement des populations de plus en plus hétérogènes. Quelques adolescents dits TED suffisent parfois à mettre le système en difficulté. A terme, nous devons repenser nos organisations, groupes et activités et cloisonner un peu plus » (IME-56)

Au titre des limites sont également mentionnés les **moyens inadaptés**, en terme de taux d'encadrement insuffisant, de manque de formation ; personnel non formé aux problématiques particulières, de l'insuffisance de professionnels paramédicaux ou de locaux inadaptés

L'inadaptation des ateliers est mentionnée :

« Les ateliers doivent se réorganiser pour diversifier : plus d'offres d'activités à connotation thérapeutique et structurante et faire passer au second plan l'aspect professionnalisant » (IME-56).

Les limites concernent également le manque de relais pour certaines situations sociales, l'insuffisance de solutions de sorties à 20 ans et l'insuffisance des relations avec la psychiatrie.

Perspectives

Cette étude met en avant l'intérêt de l'approche clinique des professionnels afin d'identifier l'évolution des publics, des attentes et des besoins afin d'anticiper les adaptations nécessaires à mettre en œuvre : nouvelles organisations de travail (en interne, mais aussi avec partenaire), formations

Les enseignements de cette étude sont à rapprocher des apports et débats (téléchargeables sur les sites des CREAL Bretagne et pays de la Loire) qui ont rythmé le cycle des 5 années des journées « Demain... les IME IEM et IEAP » :

- L'environnement, une ressource pour les IME, IEM et IEAP ; ces établissements comme ressource pour l'environnement (2010, Saint-Malo),
- Contexte et contraintes : facteur d'imagination (2009, Angers),
- Mutations sociales, mutations du dispositif institutionnel : repositionner les rôles et les pratiques des professionnels (2008, Saint-Malo)
- Au carrefour des compétences complémentaires pour des réponses personnalisées sur un territoire. (2007, Angers),
- Ecole de la vie, pôle ressource, ouverture...Pour les enfants, adolescents, jeunes adultes handicapés (2006, St-Malo)

Un prochain rendez-vous inter-régional sera programmé au **second trimestre 2011 dans la région des Pays de la Loire** (et en 2012 en Bretagne).



CREAI de Bretagne - CS 60 615 – 35706 Rennes Cedex 7
Tél : 02.99.38.04.14 – Fax : 02.99.63.41.87 - Mail : creaibretagne@cegetel.net
Et retrouvez les informations du CREAI de Bretagne sur son site : www.creai-bretagne.org

Supplément à VRAC Info N°10-08 – ISSN 0298-4032