



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

A propos de ...

N°21 – Septembre 2006

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

Volet II : Exploitation de l'enquête réalisée auprès des IME et IEM de Bretagne et Pays de la Loire dans le cadres des 1ères journées interrégionales IME/IEM

Ce numéro d'A PROPOS DE présente les résultats de l'enquête que les CREA I de Bretagne et de Pays de Loire ont faite en direction et en collaboration avec les établissements IME et IEM des deux régions.

Ces résultats comportent des données quantitatives et des éléments qualitatifs relatifs aux adaptations des réponses des institutions aux nouveaux besoins des enfants et adolescents accueillis en IME/IEM.

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 la prise en charge ou de l'accompagnement qui peut leur être proposés.

*Rachelle LE DUFF**
Avec la participation de
*Jean-Yves BROUDIC**
*Josette BRIZAIS** et*
*Corinne PICHELIN***
Conseillers techniques
**CREAI de Bretagne*
*** CREAI Pays de la Loire*

Les premières journées IME/IEM Bretagne/Pays de la Loire qui ont eu lieu en les 22 et 23 mars 2006 à St Malo s'inscrivent dans une réflexion de professionnels sur l'évolution et la place de ces institutions dans le contexte actuel. L'une des questions transversales débattues au sein du Comité de préparation de ces journées intitulées « *Demain ... l'avenir des IME et des IEM* » est relative à l'évolution des publics accueillis dans chaque établissement, qui aurait pour conséquences l'évolution des pratiques professionnelles, ainsi qu'une adaptation de l'organisation du service.

Selon certains directeurs, le public adressé aujourd'hui est différent de celui reçu dans l'établissement il y a quelques années ; on évoque à ce sujet l'accueil d'enfants avec des "troubles du comportement et/ou de la conduite", d'enfants nécessitant une surveillance médicale importante, d'enfants « autistes » ou psychotiques nécessitant un suivi régulier avec la psychiatrie, d'enfants qui relèveraient davantage de l'Aide Sociale à l'Enfance, etc.

Selon d'autres directeurs, cette évolution doit être relativisée ou en tout cas ne peut être affirmée clairement.

Afin de mieux cerner cette question, le Comité de pilotage a décidé d'organiser une investigation auprès des IME et IEM de Bretagne et Pays de la Loire. Nous vous proposons dans ce deuxième volet une restitution de ses résultats.

Les objectifs de cette étude étaient de :

- **identifier les évolutions des publics** accueillis en IME et en IEM, en terme de déficiences et pathologies, de situations antérieures de prise en charge et de scolarisation, de type de sortie, de caractéristiques sociales, d'origines géographiques.
- **recenser les adaptations des établissements** à ces évolutions de publics, en terme de capacité, de modalités d'accueil (internat, semi-internat, accueil temporaire, ouverture de SESSAD), d'âge des publics, de mise en place d'accueil spécifique, de dispositif de pré-formation professionnelle, de plateau technique de l'établissement, de formations des plans de formation pour les professionnels et de relations régulières nouvelles de travail avec des professionnels.

Le questionnaire, validé par le comité de pilotage, a été adressé à l'ensemble des IME et IEM des deux régions par son CREA I le 9 novembre 2005.

Après relance, 63 questionnaires ont été réceptionnés, soit :

- 57 questionnaires d'IME, soit 50 % des IME des deux régions,
- 6 questionnaires d'IEM sur les 14 IEM des deux régions.

Taux de retour	IME		
	Nb IME	Nb Retours	Tx retour
Côtes d'Armor	9	7	77.8
Finistère	12	4	33.3
Ille-et-Vilaine	14	10	71.4
Morbihan	13	9	69.2
Bretagne	48	30	62.5

Taux de retour	IEM		
	Nb IEM	Nb Retours	Tx retour
	1	0	0.0
	1	0	0.0
	1	1	100.0
	1	1	100.0
	4	2	50.0

Loire-Atlantique	25	6	24.0
Maine et Loire	18	8	44.4
Mayenne	6	4	66.7
Sarthe	9	8	88.9
Vendée	8	1	12.5
Pays de la Loire	66	27	40.9

	6	1	16.7
	2	1	50.0
	1	1	100.0
	1	1	100.0
	0	0	0.0
	10	4	40.0

I- Une évolution des publics des IME et des IEM ?

A- Perception générale

La majorité des IME (45 sur 54) ayant participé à l'enquête déclare avoir connu une évolution significative de la population accueillie au cours des 10 dernières années. Par ailleurs, plus d'un sur deux considère que leur établissement accompagne des jeunes dont les problématiques s'éloignent de l'agrément.

Quant aux IEM ayant répondu à l'enquête, 2 sur 5 mentionnent une évolution significative de leurs publics, mais aucun ne signale que son public s'éloigne de son agrément.

Pour décrire ces publics nouveaux ou plus présents, les établissements utilisent les catégories suivantes :

- « *Troubles de la personnalité* »
- « *Troubles du comportement* » associés à une déficience intellectuelle
- « *Troubles de la conduite et du comportement* » (TCC)
- Autisme et « *Troubles envahissants du développement* » (TED)
- « *Problématiques psychiatriques* », jeunes sortants d'hôpital de jour, de pédopsychiatrie
- « *Maladies mentales* »
- Plurihandicap / multihandicap
- Maladies génétiques/Troubles du langage

Cette perception générale peut se lire ensuite de façon plus précise au travers des données relatives aux parcours antérieurs des jeunes accueillis, des caractéristiques sociales des familles, et des parcours à la sortie, des prises en charge par défaut, des difficultés à vivre en groupe et dans la description de certaines situations complexes de jeunes, telles que les suivantes :

Décrivons la situation d'A. né en 1992 : candidat à une orientation vers notre structure depuis 2 ans, a été admis à la rentrée scolaire 2004-2005 ; Durant la période d'attente, il est maintenu en CLIS et parallèlement suivi en hôpital de jour à raison d'une demi-journée par semaine. Situation familiale et sociale : les parents se sont séparés dès sa première année. Il a vécu chez ses grands-parents maternels jusqu'à l'âge de 7 ans, avant de retourner vivre avec sa maman et son nouveau mari durant une année. Face aux situations de maltraitance vite repérées, le signalement conduit à un placement d'urgence à la sortie de l'audience en octobre 2001. Depuis cette date, A. en vit dans une maison d'enfants et rencontre sa mère un samedi tous les 15 jours et sa grand-mère le reçoit un après-midi par mois. Son père, quant à lui, accueille A. un week-end tous les 15 jours à son domicile. Accompagnement à l'Institut : A. est aux prises à un sentiment de persécution qui le conduit à vivre les autres comme des individus parfois dangereux qu'il faut maîtriser quitte à les contraindre avec violence. Sans la régulation de l'adulte, il peut avoir des attitudes sadiques avec un enfant et le soumettre à sa loi par les menaces ou la violence. A. accueilli sur le groupe des plus âgés, a très vite occupé une place influente auprès de ses pairs. Il construit des relations le plus souvent de manière duelle avec des jeunes pour qui il a de l'estime et avec lesquels il tente des alliances. Avec A., l'échange est possible et de nature à favoriser l'apaisement. Il convient régulièrement de désamorcer les situations de conflit sans quoi le passage à l'acte violent apparaît rapidement. De même, nous avons pu repérer un accroissement des manifestations encoprétiques dans ces phases de tension émotionnelle. Malgré l'intervention bienveillante de l'adulte, A. rencontre de grandes difficultés à reconnaître ses torts et argumente son bon droit et justifie sa violence sans remord. Par ailleurs, nombreux sont les objets de nature à lui évoquer les organes sexuels masculins ou féminins provoquant une excitation qui devient débordante dans ses propos mais aussi dans ses actes. La question sexuelle occupe une place prédominante dans son discours et la nature de ses relations aux autres jeunes se trouve imprégnée de cette dimension. L'accès aux apprentissages peut être altéré par le surgissement imprévisible de toutes ces manifestations et il convient de faire preuve d'une grande anticipation pour tenter de limiter ces parasitages. Ce jeune, bon lecteur, se situe dans un niveau moyen de compétences scolaires proche du CM1. L'accompagnement thérapeutique réclamait l'expression d'une parole authentique le dégageant de son histoire, l'orientant vers une position dans sa vie, un désir, faisant émerger une souffrance probable. Des entretiens ont été proposés, il les refuse désormais. Il faut saisir au quotidien des propos, des paroles, des attitudes et en faire une construction à plusieurs, décrypter avec lui ses impasses pour qu'il en trouve l'issue. La situation de ce garçon nous paraît exemplaire quant à la complexité des situations dans lesquelles sont beaucoup de jeunes qui nous sont adressés par la CDES ; Ce n'est pas sous l'angle de la déficience intellectuelle qu'elles peuvent être approchées, mais dans un travail d'élaboration dans les champs thérapeutique, éducatif, pédagogique et social.

IME DI légère-moyenne- 44

S. est un garçon de 10 ans et est en troisième année à l'Institut. Second d'une fratrie de 4 (...). Des problèmes médicaux provoquent une hospitalisation à 3 semaines, par la suite, il se développe lentement sur tous les plans. Dès le début de sa scolarisation, à 3 ans, a entamé un suivi psychologique et psychomoteur. A 4 ans, un examen génétique révèle une anomalie chromosomique XYY. Première institution spécialisée en septembre 2000 et entrée à l'IME en 2003. La symptomatologie est foisonnante. Enurésie et encoprésie quotidiennes sans aucun soin à l'égard de lui-même. Il se lave difficilement seul. Trouble de la parole : il n'est pas facile de le comprendre. Troubles psychomoteurs. Relations aux autres très complexes. Il veut garder la maîtrise et est très sensible à la frustration. Dérangé, envahi ou persécuté par un regard, un geste, un mot... Il répond par des insultes, des grossièretés, des gestes obscènes, des crachats... réponse ou non car la raison de ce comportement n'est pas toujours décelable. IL est imprévisible. IL peut passer de gestes affectueux à des coups violents ?. Dans l'après-coup, lui-même ne s'y reconnaît pas, il attribue l'acte à quelqu'un d'autre, à son « bibi », voire sa main... Troubles de l'identité donc, et sexuelle aussi. Les activités qui paraissent davantage l'apaiser sont celles qui ont une dimension corporelle, sport, poney, piscine ou jeux d'eau en bassin, et qui sont pratiquées en petit groupe ou en individuel. La scolarité est très limitée, plutôt angoissante, donc fatigante. La déficience intellectuelle n'est pas avérée, mais le niveau scolaire est préélémentaire. Toute cette symptomatologie et la souffrance des autres face à lui ne permettent pas à l'institut de l'accueillir à temps plein. Avec les parents, nous nous sommes adressés à l'équipe du secteur pédo-psy qui, après évaluation, n'a pu faire aucune offre de prise en charge ; malgré une reconnaissance que ces problèmes relevaient bien de son champ. Depuis plus d'un an donc, sa mère l'accueille chez elle 4 demi-journées par semaine – est-ce une solution pour aider S. à se dépendre d'un lien de forte dépendance à sa mère ? L'institution médico-sociale ne peut être, dans le cas de S., une réponse unique aux impasses de son existence. Elle est même aux limites de son agrément. Des relais sont nécessaires, et là assurément du côté de la psychiatrie.

(IME DI Légère, moyenne – 44)

Deux types de « pathologies ou de troubles du comportement **mettent particulièrement les équipes en difficulté** :

- **des accès de violences verbales et/ou physiques** – inattendues et imprévisibles – sensation d'insécurité diffusée très rapidement à l'entourage. Absence de rationalité de ces symptômes
- **des troubles liés à des carences éducatives et/ou affectives** très précoces et profonde. Défaut d'image de soi. Grande dévalorisation. Situations d'échecs parfois plus graves que dans des déficiences plus habituelles.

IME DI légère – 56

Une adolescente présente des troubles profonds de la personnalité de type psychose avec agitation, **violence, agressivité, passage à l'acte ayant entraîné des arrêts de travail du personnel**. Elle était auparavant hébergée à temps complet en structure psychiatrique avant d'être admise à l'internat de semaine et en foyer le week-end. Le partenariat a été maintenu avec la structure psychiatrique qui a accepté de l'héberger à nouveau temporairement à la suite d'agressions graves sur les adultes.

IME DI légère, moyenne, trb associés – 49

Pré-adolescente bénéficiant d'une mesure ASE, présentant des troubles profonds de la personnalité. **Les troubles induisent des manifestations de violence, d'agressivité envers les adultes et les autres jeunes. Les agressions sont violentes, fréquentes et parfois dangereuses. Le secteur de pédo-psy contacté ne peut fournir d'aide (limite d'âge - limite possibilité accueil - pas d'hôpital de jour, seulement des consultations)**. Des contacts ont été pris avec les structures pédo-psychiatriques d'un autre secteur, avec des lieux d'accueil temporaire pour des séjours de rupture. La famille d'accueil souffre parallèlement des distorsions comportementales de cette jeune. **Des séjours de rupture ont pu être mis en place, se sont avérés bénéfiques à court terme**. Après de nombreuses démarches, le service psychiatrique a accepté un accueil thérapeutique d'une demi-journée par semaine. Plus d'un an de démarche a été nécessaire pour obtenir cette aide a-minima. Pendant tout ce temps, la SEES a tenté avec la famille d'accueil de contenir les troubles bruyants de la jeune et d'apaiser ses souffrances. CDES et ASE étaient informées de la situation. Nous n'avons pas eu d'aide particulière, sinon la prise en charge du transport par l'ASE, lors des séjours de rupture.

IME DI légère, moyenne, trb associé – 49

Jeune présentant des troubles graves de la structuration de la personnalité (noyau psychotique). **Manifestations agressives, attitudes de défi, de provocation à l'égard de l'autorité. Situations fréquentes de rupture. Hospitalisations régulières.**

IME DI légère – 56

B- Prise en charge antérieure

L'évolution des publics s'illustre également au regard des accompagnements antérieurs à l'admission en IME ou en IEM (Graphiques page 4).

La mise en regard des admissions en IME de 2005 à celles de 2000 (graphique 1) traduit :

- d'une part la progression des admissions de sortants d'un autre IME ou d'un SESSAD
- d'autre part, la progression des admissions de sortants de psychiatrie.

La lecture comparative des admissions en IEM de 2005 à celles de 2000 (graphique 2) traduit quant à elle une progression des admissions de « sortants » d'un autre IEM et de Centre de rééducation fonctionnelle.

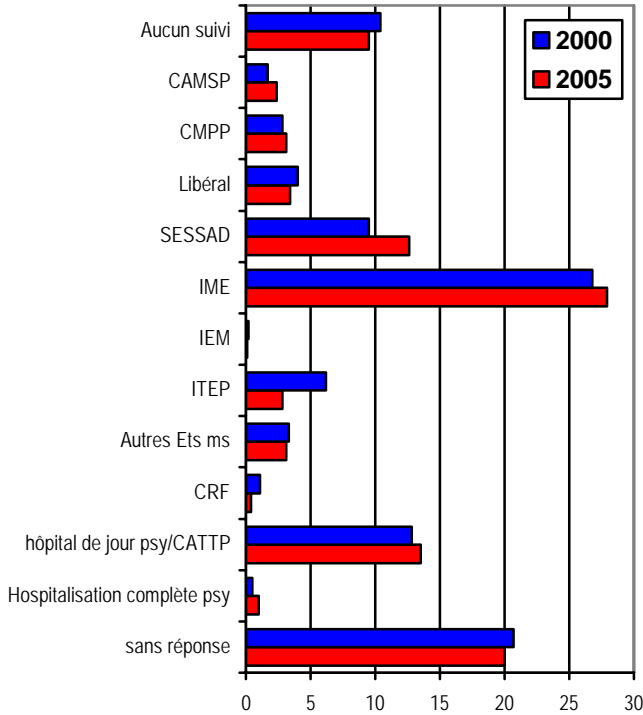
La mise en regard des modalités de scolarisation précédent l'entrée en IME (graphique 3) ou en

IEM (graphique 4) des jeunes admis en 2005 à celles des jeunes admis en 2000 traduit une augmentation des admissions de jeunes précédemment scolarisés en CLIS ou UPI.

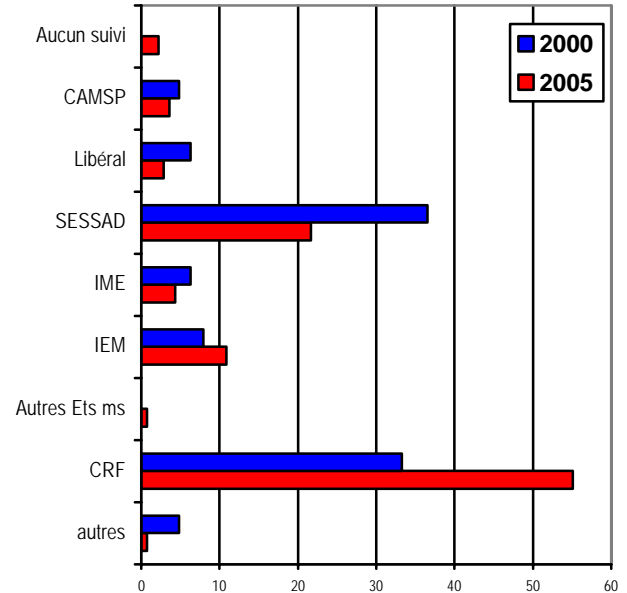
Ce constat est à mettre en perspective avec la progression de l'intégration collective en milieu ordinaire au cours des dernières années.

Répartition (en %) des jeunes pris en charge en 2000 et en 2005

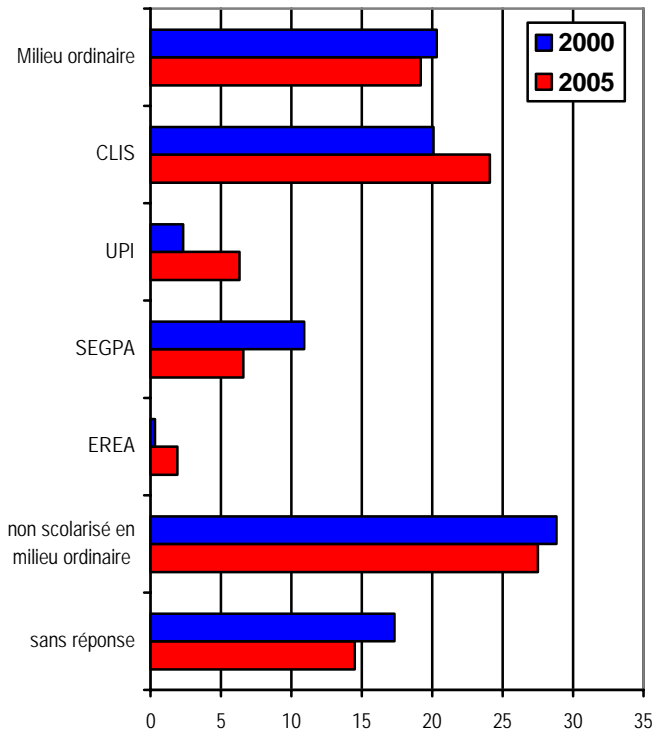
Graphique 1 : Prise en charge antérieure à l'admission en IME



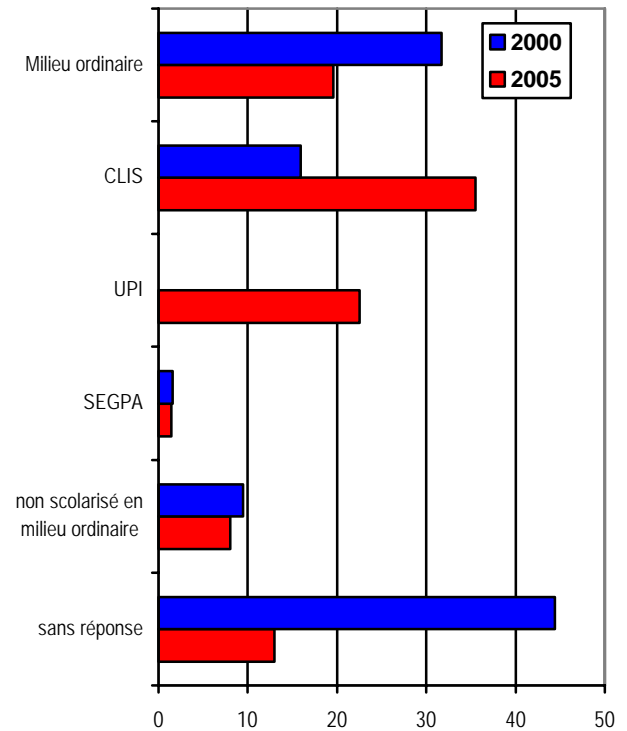
Graphique 2 : Prise en charge antérieure à l'admission en IEM



Graphique 3 : Scolarisation antérieure à l'admission en IME



Graphique 4 : scolarisation antérieure à l'admission en IEM



Ado de 15 ans, entre à l'IME après un parcours à la Maison des Enfants au Pays en raison de troubles de la relation. Reçu en famille d'accueil spécialisée à la semaine. Il a intégré une CLIS pendant 1 an. Un projet d'orientation vers une UPI est envisagé avec retour chez ses parents. L'intégration en UPI s'avère très difficile. Il est accompagné par un SESSAD qui lors de la demande de renouvellement de prise en charge, propose une orientation vers un établissement spécialisé, orientation également proposée par le collège. Admis à l'IME après un 1^{er} temps de refus des parents.

(IME DI moyenne, profonde)

Admission d'un jeune adulte de 18 ans avec trisomie 21. Déficience moyenne, venant d'un milieu scolaire normal. Dans l'histoire de ce jeune, les parents étaient en refus d'admission en établissement spécialisé. Dans l'attente d'une admission en CAT, les parents ont souhaité une admission en IME afin de le préparer au marché du travail. Ce jeune a vite montré des difficultés d'intégration dans le monde du handicap, il était en souffrance, ce qui a provoqué des attitudes et des comportements (au sein et à l'extérieur) inadaptés, à la limite de la socialisation. Pour la 1^{ère} fois, ce jeune prenait conscience de son handicap. La relation et le travail a été différent avec les parents, ce jeune est sorti avec une orientation SACAT

(IME, DI légère, moyenne, troubles associés)

Jeune fille en UPI au collège. Elle fréquente la section d'apprentissage de l'IME de plus en plus régulièrement. Une orientation vers un CAT est envisagée.

C- Evolution sociale des familles

Si une minorité d'établissements mentionne que leur public n'a pas connu d'évolution en termes de caractéristiques sociales, un plus grand nombre fait état d'une augmentation des familles précarisées et / ou avec un suivi social. Les évolutions suivantes sont précisées :

- une diversification des structures familiales avec la présence en plus grand nombre de familles séparées, mono-parentales, recomposées

« Il y a une augmentation significative du nombre de familles recomposées ou de parents divorcés » (IME DI avec ou sans troubles associés. 56)

« (On observe une) proportion importante et croissante de familles monoparentales, recomposées ». (IME DI légère, moyenne, sévère, troubles associés, polyhandicap-35)

- une précarisation des familles :

« On note une évolution des familles vers une grande détresse avec paupérisation, marginalisation et une augmentation des troubles psychologiques et psychiatriques parentaux ». (IME DI légère, moyenne, troubles associés- 49)

« Nombre plus important de familles en difficultés socio-économiques » (IME DI légère, moyenne- 35)

- des familles concernées par des mesures éducatives ou judiciaires.

Sur la période 2000/2005 est constatée dans ces établissements une augmentation du nombre de jeunes bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative, et des familles avec une mesure de protection.

« Pour 79 familles, 36 suivis par un travailleur social, dont 16 en AEMO (dont 12 jeunes en familles d'accueil) et 2 sous tutelle ».

(IME DI légère, moyenne, troubles associés -22)

« 20 % de l'effectif sont suivis par l'ASE »

(IME DI légère, trb associé- 29)

« Le taux de mesures d'accompagnement ou de tutelle se stabilise autour de 25 % contre 14 % en 1998 ».

(IME DI moyenne et profonde - 56)

« Un quart de la population accueillie est sous contrôle judiciaire. Diverses mesures ASE, AEMO, etc. ».

(IME DI légère, moyenne, trb associés. 44)

« Douze des quarante jeunes accueillis font l'objet d'une mesure de protection dans le cadre d'une assistance éducative avec, pour 7 d'entre eux, un placement en maison d'enfants ou en famille d'accueil. L'ensemble de ces situations génère, par la nécessité des rencontres régulières, une mobilisation très importante des professionnels de l'institut. Pour un même enfant, placé dans le cadre d'une mesure de justice, il nous arrive d'avoir au moins 3 interlocuteurs en plus des parents eux-mêmes parfois séparés ».

(IME DI Légère, moyenne - 44)

« Un tiers de l'effectif bénéficie soit d'une mesure de protection soit d'un suivi social au titre de la protection soit d'un suivi social au titre de la prévention »

(IME DI légère, moyenne- 35)

« 50 % sont suivis par des travailleurs sociaux. »

(IME DI légère moyenne- 35)

« 50 % des familles sont sous tutelle, avec (suivi des enfants) en AEMO ou avec placement, dont 20 % en famille d'accueil ».

(IME DI légères, moyenne -35)

« Le pourcentage des familles en difficulté sociale (avec mesures administratives ou judiciaires) est en hausse. Auparavant, un quart de la population était concernée. Depuis 10 ans, régulièrement nous atteignons la moitié voire plus ».

(IME DI légère, troubles associés -35).

*Enfants, enjeu d'une problématique de couple.
Deux enfants adoptés après période d'errance dans les
pays de l'Est. (IME DI - 29)*

*L'accueil d'enfants issus de **milieux socio-
professionnels défavorisés est en progression**. Nous
rencontrons des **difficultés de collaboration avec ces
parents qui s'investissent peu ou pas dans le projet
individuel**.*

(IME DI trb associés - 22)

*Accueil de jeunes **enfants ne parlant pas ou peu le
français** (originaires du Maghreb ou de Turquie).
Enfant de famille réfugiée politique. Enfant arrivant
en France par regroupement familial (père travailleur
expatrié). **La difficulté de communication avec
l'enfant et ses parents complique notre travail et peut
fausser notre appréciation de la situation et des
capacités de l'enfant**.*

(IME DI trb associés, Guy Corlay - 22)

*Jeune homme de 19 ans. Problématique psychiatrique
bien installée (psychose avec épisodes de délire).
Aucun suivi psy à l'extérieur. Remis à sa famille après
prise en charge PFS malgré une situation familiale très
perturbée. A commis un acte de violence important sur
un éducateur → mise à pied → refus de réintégrer
l'établissement → la déscolarisation (cautionnée par
la famille) inquiète l'établissement → signalement
pour dénoncer les risques → alerte du secteur
psychiatrique pour que ce jeune soit suivi (notamment
sur le plan du suivi médicamenteux). Un an plus tard,
la situation de danger potentiel se précise : des actes
sont posés. 2^{ème} signalement au procureur →
placement à la demande d'un tiers (intervention du
Maire de la commune). Situation qui pose le problème
de la non-collaboration des parents qui prennent le
risque de déscolariser leur enfant sans chercher
d'alternative → la sœur du jeune homme est elle-même
déscolarisée depuis 1 mois.*

D-Prise en charge « par défaut » de places dans une autre structure

De nombreux jeunes viennent en établissement
IME-IEM en raison de l'absence de places dans
d'autres structures. Mais cette réponse ne s'avère
pas toujours adaptée :

*Hospitalisation régulière en psychiatrie après 5 ans de
prise en charge. Jeune auparavant scolarisé en SEGPA
et hospitalisé en psychiatrie infantile. « orientation »
prévue sur secteur sanitaire en psychiatrie adulte. Pas
de suivi par les services sociaux.*

(IME DI légère, trb associé -29)

*Cet enfant a été accueilli en septembre 2000 à l'âge de
8 ans. suite à un traumatisme crânien, elle venait juste
de récupérer la marche et l'autonomie première.
Depuis lors, il y a comme un blocage dans ses
apprentissages. Elle est envahit par l'autre : elle peut
rire avec lui, pleurer avec lui. Ses émotions sont
difficilement contrôlables. Elle doit être accompagnée
dans ses déplacements car elle oublie l'objet de celui-
ci et s'intéresser aux nouveaux événements qui
l'entourent. Ses crises d'épilepsie sont par période très
fréquentes. Sa fatiguabilité s'accroît. Depuis trois ans,
d'abord à la demande des parents (l'IME fonctionne
en semi-internat) puis à notre demande, nous
recherchons un établissement adapté. Un IME de
l'Orne ne peut plus répondre à ses besoins. Nous
sommes actuellement sans solution pour ce jeune.*

(IME DI légère, moyenne, trb associé, autisme - 44)

*Garçon de 16 ans, à l'IME depuis 1993. «Enfant très
angoissé, avec de nombreux traits d'ordre autistique,
une organisation obsessionnelle très rigide, des
explosions caractérielles, un autoritarisme marqué, un
isolement relationnel, des difficultés d'intégration
scolaire mais non cognitives, laissant préjuger d'un
potentiel certain ». les troubles du comportement sont
en diminution, notamment depuis la mise en place d'un
traitement par neuroleptique sédatif (difficilement
accepté par le jeune et sa famille). L'accueil en IR
envisagé n'a pu se réaliser compte tenu de la difficulté
à vivre au milieu de jeunes avec des troubles du
comportement. **Passé à la SIPFP par défaut, il a un
rythme différent des cycles, puisqu'il bénéficie d'un
temps scolaire supplémentaire et un temps d'atelier
pré-professionnel réduit**. La question de sa place et de
son orientation à l'IME se sont toujours posés et se
poseront encore à 18 ans. **Il n'y a pas de solution
actuellement**. Le milieu familial a du mal à percevoir
les réelles difficultés et compétences de cet enfant.*

(IME DI légère, moyenne, trb associés -44)

*(On a affaire à) des situations d'enfants dont ni
l'Education Nationale, ni le secteur psychiatrique ne
veut se charger. Enfants laissés aux familles qui
« bidouillent » des débuts de solution
d'accompagnement pour des enfants violents qui n'ont
que 2 à 3 ans de prise en charge en SESSAD ou hôpital
de jour/semaine. Grosse intolérance du secteur
psychiatrique qui n'ayant plus d'internat poussent les
enfants à..... problèmes dans les internats du secteur
médico-social dont le personnel n'est pas forcément
formé et prêt à assumer de telles situations.*

(IME Autisme, TED, polyhandicap - 56)

E- Une difficulté des jeunes à vivre en groupe

Cette évolution des publics se traduit dans le fonctionnement quotidien des établissements, et notamment dans la vie collective : le lien social qui repose sur la reconnaissance de l'autre dans son altérité et de la différence, est souvent mis à mal, comme le montrent ces « portraits » :

Un enfant de 8 ans, avec un retard de développement important, et des aspects déficitaires et des troubles relationnels et comportementaux, apparaît indifférent aux enfants du groupe. Instabilité comportementale et agitation massives. N'utilise pas le langage pour communiquer. Il ne peut accéder aux activités éducatives et pédagogiques proposées dans le cadre du groupe. Il nécessite un accompagnement individuel, peu compatible avec le projet d'établissement. Une attention sans faille de l'adulte est indispensable (mise en danger, fuit le groupe de façon imprévisible)(...).

(IME DI moyenne, profonde,- 56)

(Pour un) jeune homme de 17 ans, (...) nous demandons depuis plus de 2 ans une réorientation dans le sanitaire. C'est un jeune abandonnique dont les symptômes se sont lourdement aggravés après la rupture avec les parents. Il a mis en échec plusieurs placements familiaux. Il supporte de moins en moins la vie en collectivité, incapable de tolérer la moindre frustration. Il répond par la violence quand il est fortement perturbé. A nécessité 2 hospitalisations en psychiatrie enfant puis adulte. Nous avons du mettre en place un accompagnement très rapproché : intervention très régulière du psychologue. Mise à l'écart du groupe quand son mal-être est avéré. Actuellement (il bénéficie d'une) prise en charge individuelle 3 demi-journée par semaine par un assistant maternel rémunéré sur le budget de l'établissement. Partenariat fortement recherché avec l'ASE et la psychiatrie de secteur.

(IME DI légère, trb associés -35)

Un enfant de 10 ans, avec un retard mental dysharmonique, une déficience du psychisme, de l'émotion de l'affect et de l'humeur, du comportement. Toute puissance, égocentrisme, exclusivité.

Agressivité, intolérance à la frustration, destruction d'objets, insolence avec injures, violence verbale.

Auto-agressivité, théâtralisme, exigences fortes. Difficultés à vivre en groupe

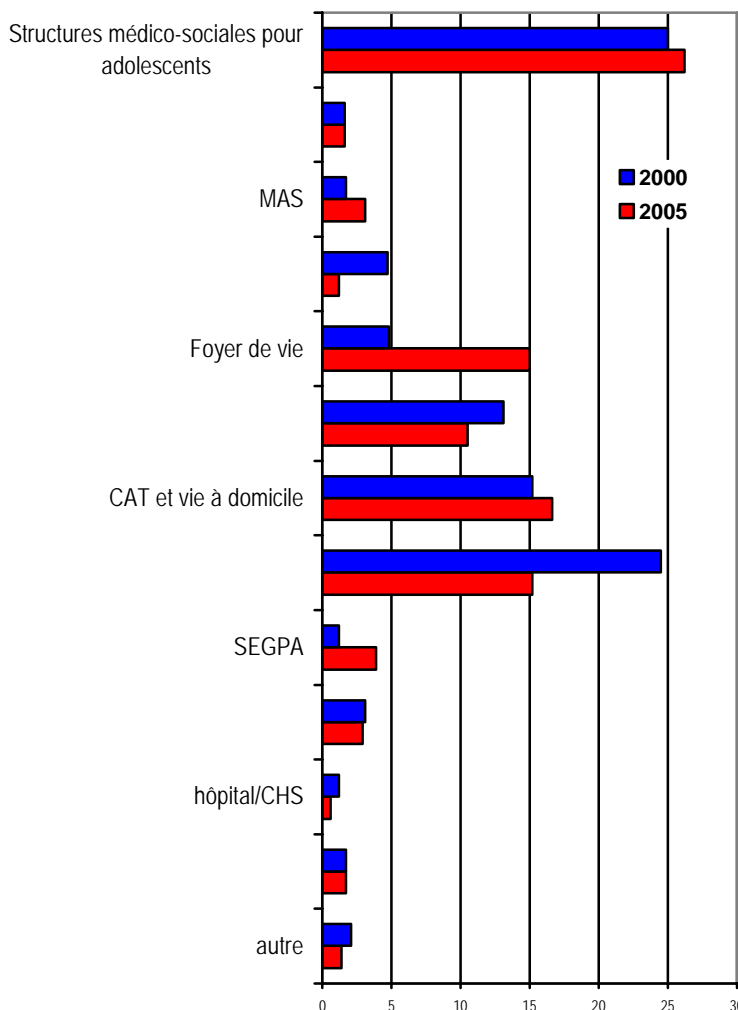
Désavantage de dépendance : majeur.

F- Parcours des jeunes en sortie

Soulignons tout d'abord que 10 IME (sur 48 répondants) déclarent une modification de **l'âge des publics bénéficiaires**, soit pour accueillir des enfants à partir de 3 ans ou avant 1 an, mais surtout en augmentant l'âge maximal d'accueil jusqu'à 20 ans.

Les destinations à la sorties d'IME renseignent également sur l'évolution du dispositif : entre 2000 et 2005, la part des sorties vers le travail en milieu ordinaire a diminué, tandis que celle vers les ESAT reste stable et celle vers les Foyers de vie a progressé.

Répartition (en %) des destinations des sortants d'IME en 2000 et en 2005



Jeune fille de 20 ans qui a vécu en institution depuis ses 5 ans. Le père a été condamné et déchu des droits parentaux. Elle n'a eu que de brèves relations avec sa mère malade mentale. Elle présente une carence affective, des troubles du comportement et un retard scolaire important. Elle a subi des actes de maltraitance avec suspicion d'inceste. A l'IME, elle a toujours été en marge des activités avec un suivi individualisé important. Elle a été accueillie dans de nombreuses familles d'accueil. Un partenariat avec l'hôpital s'est mis en place : un suivi deux jours par semaine avec des ateliers thérapeutiques. A sa majorité, la famille d'accueil a souhaité interrompre le travail. Après un long travail avec l'hôpital, une situation d'errance bien souvent dans la journée, des fugues, elle a été hospitalisée à notre demande en 2004. **Quelle est la place des jeunes majeurs très institutionnalisés à la limite des propositions actuelles (foyers) ayant un long parcours dans l'institution ?**

(IME DI légère, moyenne, trb associés 44)

L., 19 ans déficient intellectuel léger. En famille d'accueil ASE de 6 à 18 ans. Rupture contrat jeune majeur à 19 ans. Retour en famille naturelle impossible (refus de la mère). Laurent n'accepte pas l'internat et se retrouve donc à la rue, sans hébergement. Seule solution trouvée : accueil en CHRS car financement d'un logement impossible, Laurent n'ayant aucun droit aux allocations et aides diverses du fait de sa prise en charge médico-sociale en IME. A 20 ans, L. quitte l'IME. Il est aujourd'hui SDF et sans travail. En tant que jeune majeur, il a fait un choix de vie. Pour l'IME c'est un échec faute d'avoir pu lui proposer un accompagnement correspondant à ses besoins. Les jeunes adultes sont souvent en difficulté lorsqu'ils sont maintenant au-delà de l'âge de 20 ans dans nos institutions. L'attente d'une orientation vers CAT ou atelier protégé est trop longue (le plus âgé des creton a 25 ans) au terme d'une prise en charge qui dure depuis plus de 10 ans.

(IME DI légère, moyenne, profonde, sévère, trb associés, autisme et TED- 72)

Jeune homme de 17 ans, à sa sortie d'IR est suivi en AEMO justice. Il entre à l'IME dans les sections d'adaptation au travail, hébergé en FJT (prise en charge PJJ) et rentre le week-end chez son père. Il eu quelques débordements de violence assez graves nécessitant des renvois. A l'issue de 2 réunions de concertation à l'IME avec l'éducateur AEMO justice et un ETS de l'équipe d'accueil éducatif justice, la proposition d'accompagnement du jeune a été revue :

- formation professionnelle à l'IME atelier peinture les lundis et mardis après-midi
- stage en entreprise peinture le jeudi toute la journée et le vendredi matin, avec un suivi par le responsable du service de suite à l'IME
- entraînement sportif dans un club de la ville le mercredi
- coordination par le service d'accueil éducatif PJJ le mercredi matin
- soutien scolaire le vendredi après-midi avec un enseignant de l'IME
- repas du midi pris en FJT
- entretien ponctuels avec le psychologue de l'IME

Dès la 2^{ème} semaine, l'entreprise demande l'arrêt du stage. Nouvelle proposition : alternance de semaine de stage et de semaine d'atelier peinture à l'IME.

(IME DI légère- 22)

II- Réponses des établissements

A- Evolution de l'agrément et de la capacité d'accueil

20 IME (sur 50 répondants) ont connu une évolution de leur **agrément** depuis 10 ans. Cela se traduit par une évolution :

- d'une part des modalités d'accueil en terme de mixité de l'internat et de l'externat ou encore de la création d'antenne ;
- et d'autre part en terme de public par l'accueil de jeunes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement, des jeunes polyhandicapés ou encore la création d'un ITEP.

23 IME et 1 IEM déclarent une évolution du nombre total de places, avec des mouvements contradictoires : certains avec une **extension** (5), et d'autres, plus nombreux (13), avec une **réduction de leur capacité**, notamment par **redéploiement SESSAD** (4)

Certaines de ces créations se sont faites dans le cadre du dispositif autisme (1), et en collaboration avec une autre association.

B -Adaptation de l'internat

28 IME (sur 45 répondants) et 3 IEM ont connu une évolution relative à l'**internat** :

- la plus grande partie (13) a connu une diminution de sa capacité d'accueil
- tandis qu'un petit nombre a augmenté sa capacité d'internat (2) ou en ont créé un (2).

Dans deux établissements, l'internat s'est ouvert à la mixité. Des établissements ont adapté l'internat aux situations, aux demandes en introduisant plus de souplesse, en proposant de l'internat modulé, « à la carte » (9 réponses). Un établissement a fait évoluer les plages d'accueil en proposant des prises en charge sur les temps de week-end ou de vacances.

Enfin, les modalités d'hébergement ont également connu des aménagements par le recours à des hébergements extérieurs sous forme d'appartements ou de pavillons loués ou encore de chambres en FJT (4 réponses). Cette évolution est à mettre en perspective avec l'accompagnement de jeunes adultes, maintenus dans le dispositif pour enfant par défaut de place dans le dispositif pour adultes.

33 IME (sur 47 répondants) et 2 IEM ont connu une **évolution relative au semi-internat** :

- soit en terme de capacité : plus par augmentation (9 réponses) que par une diminution (5)
- soit en terme de modalités d'accueil, en proposant de l'accueil partiel ou modulé (7 réponses), dont des temps partagés avec hôpital psychiatrique, des classes délocalisées (2), une organisation de l'accueil en pôle éducatif (2), en mettant en place des groupes plus petits (1) ou en adaptant les groupes en fonction de l'âge, des problématiques, des rythmes des jeunes (3).

C- Diversification de l'accueil et organisation d'un accueil spécifique.

17 IME (sur 46 répondants) et un IEM ont connu une évolution en terme **d'accueil temporaire**. Mais leurs réponses traduisent une confusion entre l'accueil temporaire et l'accueil partagé / partiel / modulé (16 réponses), dont l'accompagnement partagé avec la psychiatrie (8).

Seuls deux établissements évoquent l'accueil temporaire tel que défini par la loi 2002-2 et le décret récent. Cet accueil est proposé durant les périodes de fermeture de l'IME (2 réponses).

Cette évolution des formes d'accueil est à mettre en relation aussi avec des ouvertures de SESSAD, antérieures ou postérieures à 1995 dans ces établissements, dont deux créations de SESSAD pré-professionnels.

Mise en place d'accueil spécifique :

25 IME (sur 49 répondants) et un IEM (sur 4 répondants) ont proposé un accueil spécifique au cours des 10 dernières années. Ils évoquent alors :

- l'accueil d'autistes ou de jeunes présentant des « TED » (10 réponses), soit dans le cadre d'unités spécifiques ou de sections SEHA (4), soit au sein des groupes éducatifs existants (4).
- l'ouverture d'une section pour enfants avec troubles associés (SEHA) (5)
- l'accueil de polyhandicapés (2)

- l'accueil de jeunes présentant des troubles sévères du langage (1)
- la mise en place d'un dispositif thérapeutique pour jeunes à partir de 16 ans relevant de l'hôpital (1)
- la mise en place d'une section spécifique pour jeunes adultes relevant de l'amendement Creton (1)
- la mise en place d'un pôle insertion (1)

Le dispositif de pré-formation professionnelle :

25 IME (sur 44 répondants) et un IEM (sur 4 répondants) ont adapté leur **dispositif de pré-formation professionnelle** au travers :

- une adaptation des contenus, des rythmes des ateliers compte tenu des problématiques plus lourdes (5 réponses),
- une diminution ou suppression des temps d'atelier compte tenu des problématiques des jeunes (3)
- une adaptation des ateliers à la mixité (1)
- une ouverture sur le milieu ordinaire, une augmentation des stages en entreprise (7).

D-Modification dans l'organisation du travail

Les évolutions mentionnées précédemment nécessitent une transformation progressive des collectifs de travail constitués par les professionnels des IME-IEM. Ces évolutions se situent dans trois registres :

a- Un renforcement de l'encadrement et le recrutement de nouvelles professions :

31 IME (sur 48 répondants) et 2 IEM (sur 4 répondants) ont transformé **leur plateau technique, par**

- une augmentation du taux d'encadrement (11 réponses)
- un renforcement du plateau thérapeutique (8 réponses) ou du plateau éducatif (8)
- un renforcement du service social (4 réponses)
- le recrutement de nouvelles professions : CESF (7 réponses), AMP (4), chargé d'insertion (2), un cadre formé à la démarche qualité (1) la création de postes de chef de service (4).

b- Une adaptation des plans de formation

34 IME (sur 43 répondants) et 2 IEM (sur 4 répondants) déclarent avoir fait évoluer les **plans de formation**. Que ce soit dans le cadre de formations collectives sur site, de formation longues durées qualifiantes ou d'approches de méthodes insuffisamment enseignées en école d'éducateurs, ces contenus nouveaux ont porté sur

des thèmes tels que l'autisme et la psychose, le grand handicap, les problématiques des jeunes relevant d'ITEP, les enfants présentant des troubles de la personnalité, les prise en charge de jeunes polyhandicapés, la sexualité, la violence, l'acquisition de techniques de stimulation sensorielle (snoezelen)...

c- Mise en place de coopérations au sein ou à l'extérieur de l'établissement.

Dans les établissements, les évolutions soulignées sont :

- la généralisation du travail pluridisciplinaire (13 réponses),
- l'analyse des pratiques, les réunions cliniques (4), la supervision (2), des réunions de régulation (2)
- la mise en place de « pôles d'éducation », « d'unités éducatives et pédagogiques » (3)
- ou encore la mise en place de groupes de réflexion à thèmes (1)

Avec des structures ou des professionnels extérieurs, les coopérations nouvelles sous convention lient les établissements à divers partenaires :

- l'Education nationale : CLIS, UPI, SEGPA, collègues
- d'autres IME
- des organismes de formations et d'insertions professionnelles : CFA, ESAT pour stages, entreprises, Missions Locales, des dispositifs d'insertion
- le secteur social et Justice : ASE, PJJ
- le secteur sanitaire : pédo-psychiatrie, médecin de rééducation fonctionnelle
- mais aussi les municipalités, les maisons de quartier, l'association Loisirs Pluriels.

Des coopérations nouvelles existent également sans convention avec les partenaires suivants : CAMSP, CLIS, UPI, autres IME ou SESSAD, ITEP, secteur de pédo-psychiatrie, CMP, CATTP, réseaux de soins, handisport, Mission locale, la Sécurité routière.

L'accompagnement en IME est alors une réponse complémentaire permettant le maintien de la scolarisation.

Pour un garçon de 8 ans inscrit en CLIS, depuis quelques mois, il présente de graves perturbations (tentative de suicide). Pour répondre à la situation, un accueil en IME 2 jours par semaine a été envisagé (le jeudi et le vendredi). L'enfant continue de fréquenter son école le lundi et mardi. Le SESSAD assure la coordination des suivis. (IME DI- 22)

Un enfant qui fut intégré en école maternelle. Il bénéficie à 6 ans d'une orientation CLIS. En CLIS, après quelques mois de fonctionnement, l'enfant souffre. Le dossier est examiné en CDES. Une réorientation en IME est préconisée. A la lecture du dossier, après contact et avec la famille, il s'avérerait intéressant de faire bénéficier l'enfant d'un accompagnement partagé entre la CLIS et l'IME.

(IME DI autre- 72)

Prise en charge d'une scolarité extérieure dans un centre de rééducation fonctionnelle et atelier à l'IME. Ce jeune ne relève pas d'un IME pour son suivi scolaire. Il peut bénéficier des apports techniques de l'IME tout en étant soutenu par une structure psychiatrique extérieure.

(IME DI légère, moyenne- 35)

Une enfant à l'IME à Montfort, bénéficiant d'une prise en charge thérapeutique à temps partiel en psychiatrie à Redon, suivie par l'ASE sur décision judiciaire avec une famille d'accueil à Redon, suivie par le SAFT avec une famille d'accueil à proximité (relative) de l'IMEet cela s'appelle prise en charge globale ...

(IME DI légère moyenne- 35)

Enfant de 7 ans. Double prise en charge IME - structure de soins. Pas d'évolution constatée. Pas de possibilité d'accompagnement en secteur de travail par manque de moyens, ce qui nous a obligé à réorienter le jeune vers un établissement plus adapté alors que nous désirions la poursuite de la prise en charge en partenariat.

(IME DI légère, moyenne trb associés. 35)

Enfant de 8 ans, adopté à l'âge de 3 ans après période d'orphelinat en Bulgarie. Accueilli en hôpital de jour, tout en conservant un temps très partiel de scolarisation. Admis en 2003 à l'IME. Un an plus tard, mis en place d'un partenariat avec l'hôpital de jour, car l'enfant présentait des troubles importants de la personnalité, des troubles envahissants du développement avec une histoire personnelle traumatique. De plus, déficience intellectuelle dysharmonique est perçue. L'enfant est envahi par des angoisses profondes qui se manifestent le plus souvent par des attitudes de refus, des colères, des actes de fuite. L'équipe de l'IME triangule régulièrement avec la famille d'adoption et l'hôpital de jour.

(IME DI légère, moyenne, trb associés -44)

Adolescent ayant une déficience moyenne. Fort besoin de reconnaissance. Carencé affectif ++++. Met en échec ce que proposent les professionnels et ainsi peut provoquer le rejet. Evolution vers comportements « agressifs » à son passage à la SIFPRO : traitement + hospitalisation en unité psy débouchant sur un partenariat. 3 jours en IME et 2 jours en unité psy. En 1995, il y avait une situation de ce type sur l'IME. Aujourd'hui, nous avons 15 % de la population qui présente de type de difficultés. Les problèmes rencontrés en Mayenne : délai d'attente pour travailler avec l'unité psy ; pas de psychiatre sur le marché de l'emploi.

IME DI légère, moyenne, profonde, trb associés - 53

Yohann, 15 ans, (avec des) troubles psychotiques graves, en famille d'accueil ASE, (est) **très violent contre lui-même et les autres (jeunes et éducateurs)**. (Il est) incapable de s'inscrire dans un projet scolaire ou de pré-apprentissage. **Bénéficie d'une demi-journée à l'hôpital psy.**

En situation de crise, nous préconisons une hospitalisation.

1^{ère} difficulté : qui décide cette hospitalisation ? Nous n'avons pas de médecin psychiatre à l'IME. Or, il faut un avis médical. Le médecin traitant de la famille d'accueil refuse. Nous faisons appel aux urgences de l'hôpital général qui après une journée d'observation nous renvoie Yohann... La crise est passée, mais rien n'est réglée (3 hospitalisations de ce type à ce jour).

2^{ème} difficulté : les éducateurs ont peur de Yohann. Ils craignent pour leur sécurité et celles des autres usagers. Dans un tel contexte quel projet peuvent-ils proposer à Yohann ? **Yohann a surtout besoin de soins. Est-ce la mission de l'IME à ce niveau ?** Malgré ce combat, l'équipe éducative ne veut pas envisager une fin de prise en charge car en dehors d'une hospitalisation longue durée, aucune autre solution ne peut être proposée. L'équipe persiste dans sa volonté d'accompagner Yohann. Mais jusqu'où et avec quels risques ? En cas de problèmes graves, quel sera le degré de responsabilité de l'établissement pour avoir voulu remplir une mission qui n'était pas de son seul ressort ? Question subsidiaire : **l'agrément d'un IME peut-il être maintenu sans médecin psychiatre pendant plusieurs années, faut de candidats ?** Interrogée à ce sujet, la DDASS ne s'est pas encore prononcée !

IME DI légère, moyenne, profonde, sévère, trb associés, autisme et TED - 72

Une jeune de 19 ans, présentant une déficience intellectuelle moyenne, avec des troubles psychiatriques qui s'aggravent au fil des années (schizophrénie). **Les crises d'angoisse et de persécution sont journalières, mettant à mal les autres usagers et les équipes.** Elle est prise en charge **2 demi-journées par semaine en psychiatrie.**

IME DI moyenne, profonde-49

E- Mise en place d'un accompagnement individualisé

Une grande partie de ces jeunes nécessitent une prise en charge individualisée, un accompagnement permanent, ils sollicitent beaucoup les professionnels :

Un jeune de 16 ans présentant une déficience intellectuelle légère, avec des **troubles du comportement important, qui s'expriment dans une agressivité forte, imprévisible, à connotation sexuelle** (il a déjà violé d'autres jeunes dans les divers établissements où il est passé, il est poursuivi au pénal pour ces faits). Il est **en psychiatrie à temps plein et vient 2 demi-journées par semaine, en atelier, où il est pris en charge en individuel.**

(IME DI moyenne, profonde-49)

Un enfant de 6 ans arrive sur le secteur de Mauron avec sa mère. Cet enfant n'a jamais été scolarisé, ni repéré, ni pris en charge par un hôpital de jour. Enquête sociale. Juge des enfants avec demande d'inscription en IME. Cet enfant n'a aucun code social. pourquoi l'hôpital de jour n'intervient-il pas ? en IME, **il nécessite un adulte pour lui seul en permanence, ce qui nuit au groupe. Il faut protéger les autres jeunes qui ont peur., qui sont agressés physiquement. Quid du partenariat avec l'hôpital de jour ?**

(IME DI moyenne, profonde, sévère, trb associés, autismes, polyhandicap- 22)

Pré-ado présentant des handicaps multiples (troubles visuels graves, troubles moteurs induisant l'utilisation d'un fauteuil roulant, troubles de la personnalité de type psychose avec agitation et agressivité verbale) et nécessitant un éloignement familial de semaine. **Cette situation a nécessité l'emploi d'une AVS intervenant sur l'externat et l'internat en aide au groupe. Le partenariat avec les structures psychiatriques a été maintenu a minima (1/2 journée par semaine).**

(IME DI légère, moyenne, trb associés- 49)

15 ans. retard mental moyen, troubles psychiques importants, déficiences des pulsions difficile à canaliser. **Accompagnement permanent. Exclusive, sollicitation constante de l'adulte, provocations allant jusqu'à l'énurésie ou agressivité sur autrui.**

Déficience de l'émotion affect et humeur, relation à l'autre altérée, difficulté à vivre en groupe.

Retard psychomoteur global, pas intégré les schéma corporel, pas de repères spatiaux temporeux, angoissé par l'espace, la foule, certains bruits.

Difficulté d'attention. Désavantage d'orientation et de dépendance majeure, mobilité réduite. *(IME DI 56)*

Les admissions (3 en 2003/04, 2 en 2004/05 et 5 en 2005/06) de jeunes dont les troubles psychologiques ou du comportement sont dominants par rapport à la déficience intellectuelle. Ils demandent **une prise en charge individualisée.** Ils mettent leurs camarades et eux-même **en situation de danger physique et moral. Ils mobilisent l'encadrement** qui ne peut travailler avec les jeunes admis en conformité avec le projet de la structure.

(IME DI légère, moyenne, troubles associés - Belna 22)

Cet enfant a été accueilli en septembre 2003 à l'âge de 11 ans. ses troubles de la personnalité s'expliquent par une très forte angoisse. Il n'accepte pas de se trouver dans une salle d'activité dont la porte serait close. Dans les différents services, ils vérifient les présences des personnes. cette vérification peut prendre le rythme d'être toutes les 5 min. l'accueil de ce jeune a nécessité d'accepter qu'il soit dans des lieux « institutionnels » mais aussi que des règles soient définies. La rencontre avec tous les membres du personnel est envisagée. Des réunions trimestrielles à propos des enfants « institutionnels » ? rassemblant l'ensemble des professionnels ont été organisées pour aider chacun à comprendre ces comportements, à se positionner, à parler ou à rencontrer l'enfant.

(IME DI légère, moyenne, trb associé, autisme- 44)

*J., 15 ans. Admission à l'IME en janvier 2005/ interne. Département d'origine : La Sarthe. A été placé sur décision judiciaire jusqu'en décembre 2004, la famille d'accueil cessant son activité, une structure internat est envisagée. (...). Père sans emploi en grande difficulté sociale qui ne parvient pas à tenir un cadre rassurant à J. Relation très fusionnelle et pathogène. Nombreuses crises de Jérémie qui nécessitent des hospitalisations en pédo-psychiatrie. Ado psychotique qui ne parle pas avec des phrases mais arrive à se faire comprendre. **Ne peut s'inscrire dans certaines règles de vie quotidienne, accepte peu la frustration et supporte difficilement le groupe.** Les temps de pauses (récréation, repas...) sont particulièrement difficiles. J. cherche le contact de l'adulte mais communique pas les avec les autres jeunes ; Il manifeste des comportements rituels, obsessionnels. Quand l'angoisse ou la frustration est trop forte, Jérémie a une crise : sa colère (se traduit par une) destruction du matériel (vitres brisées, fortes dégradation...) sans passage à l'acte sur les personnes. Parfois, il est nécessaire de la contenir de façon bienveillante mais avec détermination jusqu'à un quart d'heure avant qu'il ne s'apaise. Les spécificités de sa prise en charge constituent à lui aménager autant qu'il est possible de le faire, un emploi du temps dans lequel il lui est proposé un environnement et des activités adaptées à sa problématique. Au regard de son âge, sa présence à la SIPFP section d'initiation à la première formation professionnelle ne s'inscrit pas dans une logique d'apprentissage mais dans un travail d'une autre nature, tourné vers le « soin ». Prendre soin de sa personne, l'apaiser. Il s'agit de l'aider à passer du réel à la représentation, de l'enjeu au jeu. Il faut beaucoup d'imagination par rapport à ses obsessions. Ce type d'accompagnement **demande un encadrement important, doté de compétences spécifiques et d'un soutien significatif (temps de réflexion, d'échanges des observations, synthèses...)**. Partenariat : rencontre au minimum une fois par trimestre de l'équipe de l'IME et du psychiatre traitant (...) que J. rencontre une fois par semaine.*

(IME DI légère, moyenne, profonde, sévère, trb associés- 53)

Les troubles psychotiques limitent toutes les capacités d'acquisition. Angoisses face à toute manifestation de son environnement

(IME DI légère -56)

F – Quel avenir pour ces institutions ?

Malgré ces adaptations et coopérations, les responsables d'établissements soulignent les limites rencontrées dans la prise en charge des nouveaux publics, et plus précisément, la cohabitation sur les temps informels, la dangerosité pour les jeunes et aussi les adultes, la violence, la nécessité pour certains jeunes d'une prise en charge individuelle qui est par moment incompatible avec une prise en charge collective, à moyens éducatifs constants depuis 10 ans.

Sont également évoquées des limites liées aux pratiques et moyens disponibles : le ratio d'encadrement insuffisant, la question du financement du personnel qualifié, l'absence de temps de médecin psychiatre dans certains établissements ou de poste non pourvu, la difficulté à mettre en place des partenariats, à travailler en réseau, l'insuffisance des places dans le dispositif adultes, et la difficulté de mise en place de partenariat avec le secteur de la psychiatrie.

L'ensemble de ces évolutions et enjeux interrogent les projets d'établissements :

*(Nous faisons des) admissions d'enfants et d'adolescents ne relevant ni véritablement d'une section traditionnelle d'IME ni d'une section polyhandicapée. (Ce sont) des enfants avec handicaps associés (déplacements difficiles avec et sans fauteuil, épilepsie sévère, aucune autonomie dans la vie quotidienne, parfois troubles du comportement). Ceci nous pose **des difficultés dans la composition des groupes et dans la gestion de la vie quotidienne d'un groupe devenant hétérogène.***

(IME DI profonde, polyhandicap – IME L'Eveil – 72)

L'établissement n'accueille aujourd'hui que 2 enfants trisomiques. L'un d'entre eux « est issu » d'une prise en charge SESSAD. La réponse de proximité a joué plus que l'agrément. Mais s'appuyant sur cette loyauté nous pensons possible de continuer l'accompagnement vers une réorientation en direction d'un établissement

(IME, DI moyenne et sévère).

Perspectives :

A l'heure où le cadre législatif et réglementaire relatif au secteur médico-social est en pleine mutation, les évolutions des publics des IME posent de multiples questions, telles que :

- l'adaptation permanente des compétences des professionnels
- l'implantation sur les territoires en voulant combiner proximité et spécialisation
- les possibilités et les limites de l'individualisation de la prise en charge
- l'évolution des modalités d'accueil (séquentiel, partagé avec d'autres partenaires)
- évolution des partenariats, notamment avec l'Education nationale et les MDPH..

Les premières journées d'étude de mars 2006 ont jeté les bases d'une réflexion collective sur ces questions. Les prochaines, qui auront lieu le **jeudi 22 et vendredi 23 mars 2007 à Angers**, permettront de les approfondir.

