

DES PUBLICS, DES MISSIONS ET DES COMPÉTENCES QUI ÉVOLUENT

*Dr Bernard AZEMA
IME Château d'O, Montpellier
CREAI Languedoc Roussillon*

*Demain les IME et IEM
CONGRES de ST MALO
22-23 mars 2006
CREAI Bretagne et Pays de la Loire*

CREAI
LANGUEDOC ROUSSILLON

PLAN

- **Hier :**
 - Des origines
 - Des Annexes XXIV réformées
- **Aujourd'hui :**
 - Une commande publique qui a évolué
 - Familles partenaires : entre alliance et défiance
 - Des interfaces
- **Demain :** Un saut dans le troisième millénaire
 - Un nouvel acteur la MDPH et la CDA
 - Le parcours de scolarisation
 - Les enfants autistes
 - Vers des enfants à troubles complexes
 - Quelles évolutions pour les IME ?

I. HIER



Des origines

Les fondements de l'action médico-pédagogique : les pionniers

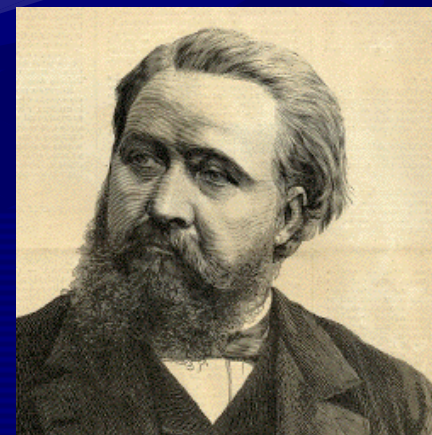


Jean Marc Gaspars ITARD
(1775-1838)



Edouard SEGUIN
(1812-1880)

Désiré Magloire BOURNEVILLE
(1840-1909)



Textes de 1956

Décret n° 56-284 du 9 mars 1956

- Textes fondateurs de l'action médicosociale de l'après guerre
- Soucieux de construire les dimensions concrètes :
 - des surfaces des pièces au nombre des professionnels
- Une approche monomorphe par déficience « pure » :
 - intellectuelle, motrice, sensorielle.
- Excluant les troubles « associés » :
 - Les grands empêcheurs de prise en charge : épilepsie, troubles du comportement et/ou de la personnalité, déficience intellectuelle dans les Annexes XXIV bis etc..

Décret de 1956 : TITRE 1er - Classification

Article 1er

Sous la dénomination d'enfants mentalement inadaptés, sont comprises les catégories suivantes :

1. Enfants présentant des **psychoses ou névroses graves** et qui se définissent comme des **maladies évolutives** ;
2. Enfants de déficience à **prédominance intellectuelle** liée à des troubles neuropsychiques, exigeant **sous contrôle médical**, le recours à des **techniques non exclusivement pédagogiques** :
 - A/ Arriérés profonds (imbéciles ou idiots)
 - B/ Débiles moyens
 - C/ Débiles légers
3. Enfants présentant essentiellement des **troubles du caractère ou du comportement**, susceptibles d'une **rééducation psycho-thérapeutique, sous contrôle médical** ;
4. Enfants **inadaptés scolaires simples** relevant des techniques purement **pédagogiques** ;
5. Enfants ne présentant pas de troubles caractérisés et dont l'inadaptation tient essentiellement à la déficience du milieu familial.

TITRE 1er - Classification

Article 2

Les catégories d'enfants visés à l'article 1, s'ils ne sont pas traités à domicile, peuvent être placés dans les établissements énumérés ci-après :

- Les enfants de la catégorie 1 (*psychoses ou névroses graves*) dans les sections d'hôpitaux psychiatriques (..)
- Les enfants de la catégorie 2a (*arriérés profonds*) dans les sections d'hôpitaux psychiatriques ou dans des établissements spécialisés publics ou privés (..)
- Les enfants de la catégorie 2b et 2c (*débiles moyens & débiles légers*) sont traités dans des IMP et des IMPro
- Les enfants de la catégorie 3 (*TCC*) dans des Instituts de Rééducation
- Les enfants de la catégorie 4 (*inadaptation familiale*) sont placés dans des établissements scolaires appropriés

Individualisation de populations

- 1967 : Naissance des **Annexes XXIV Bis**
(Décret n° 67-43 du 2 janvier 1967)
- 1970 : naissance des **Annexes XXIV Ter et Quater**
(Décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970)
- **Circulaire n° 443 du 16 mars 1972** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents :
 - Changements de classification
 - Moins de rigidité nosologique
 - Évolutivité des troubles plutôt qu'états fixés
 - Des troubles « associés » reconnus et acceptés

Des Annexes XXIV réformées (1988-1989)

Les nouvelles Annexes XXIV

E. Zucman, 1993

A l'époque, **une frilosité des acteurs devant tant de changements !**

- Une approche désormais **qualitative** obligatoire :
 - Sous-titre des Annexes XXIV « Pour une prise en charge qualitative des handicaps »
 - Une approche de qualité de vie : parents, enfants et professionnels
- **Rehausser le niveau** de l'ensemble du dispositif
- **Une approche à moyens constants** : déjà !

Les grands traits de la réforme des Annexes XXIV

- **La place de la famille** : une mutation majeure
 - Des familles « *informées, associées et soutenues* »
 - Une des principales innovations de la réforme
 - Consacre l'état de la société sur l'autorité parentale
 - Des familles désormais *partenaires*
- **Des craintes, des attentes, des ambivalences**
 - *Du côté des professionnels* : partager l'information et le pouvoir de décision avec les familles ? Quelle place pour l'enfant ?
 - *Du côté des familles* : psychiatrisation du soutien ?

- **Soins et Pédagogie**, un équilibre difficile :
 - Une pédagogie souvent en retrait
- **Le Projet individualisé ou personnalisé**
 - Un outil recentré sur l'utilisateur
 - Une approche écologique :
 - = interactions de l'individu et de ses milieux (institutionnels, naturels, de vie)
 - « Support de validation des prestations de services mises à disposition de l'utilisateur »
 - Des évaluations périodiques rendues obligatoires
 - Mais, quelles articulations (conflictuelles ?) entre *Projets individuels* et *Projets d'Établissement* ?
- Développement **de l'éducation précoce**

- Une **logique de trajectoire** se substitue à une logique de structure
- Une approche résolument **pluridisciplinaire**
- Centrée sur une **conception évolutive** de l'enfant
- Avec une approche **évaluative**
- Conforte une approche **SESSAD**

Évolution des Établissements et Services Médico-Educatifs (ESME)

Phase des bâtisseurs

Phase des gestionnaires

Phase de la mobilité ?

Les représentations historiques de l'établissement : stéréotypes

- **Un lieu** spécifique, dont la frontière avec l'extérieur est identifiée par les murs
 - Historiquement souvent hors ou à la périphérie des villes
 - Recréer artificiellement la vie mais..
 - Un lieu (trop) sécurisé ?
 - Gommer les aléas (accidents, imprévus...)
- **Identification forte** entre l'établissement (comme structure) et les lieux qui l'abritent
 - Force du lien entre le projet et le lieu
- **Un public spécifique « captif »**
 - orienté par des institutions sociales véritable client
 - La survie de l'établissement dépend des financeurs

D'après L.Barbe et .al., cabinet COPAS pour Cahiers de Promofaf n°8, 1999

Les représentations historiques de l'établissement : stéréotypes

- Des prises en charge longues
- Dans une logique de **filières**
- Des prises en charge **globales** :
 - Avec des secteurs spécialisés : médical, scolaire, rééducations ...
- Accent est mis sur la **vie collective**
 - Les problèmes d'organisation prennent une grande place
 - Place de l'animation des groupes
 - Des routines institutionnelles
- Coupure entre établissements **autonomes** / actions territoriales (prévention, animation, politiques de la ville, insertion...)


Les critiques de ce modèle : *des limites actuelles de l'avancée du modèle « établissement »*

- Maîtrise et resserrement des dépenses
MAIS SURTOUT
- Manque de **respect des droits des usagers**
 - *P.e.c. longues, projets +/- révisés, manque de fluidité*
 - *Le placement comme outil systématique*
 - *Un modèle substitutif, compétitif avec les familles*
 - *Manque de concertation avec les familles*
- Un modèle « **ségrégatif** »
 - *Modèle substitutif au milieu ordinaire*
 - *Déchargeant les acteurs du milieu ordinaire de leurs responsabilités*
- Des **réponses aujourd'hui inadaptées** aux besoins sociétaux
 - *Difficultés d'insertion et de parcours (ESAT ; Retours en famille à la sortie)*
 - *Sélection des clientèles ? (« incasables » entre PJJ, HP, ASE et ESME)*

...Critique des critiques des établissements

- Manque de moyens des établissements
 - Tentation **défensive** ? / Logique « *Monsieur Plus de Bahlsen* »?
 - **Quels financements** dans un contexte budgétaire contraint ?
- Efficacité et compétences mises en cause
 - La qualité a un coût : celui du personnel et celui de sa formation !

II. AUJOURD'HUI



Déclaration universelle des Droits de l' Homme, 10 décembre 1948

- *« Toute personne a droit à l'éducation (...) L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (...) Les parents ont en priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants. »*

Principes de la loi 2005-102

- **Accès aux Droits fondamentaux**
- **Participation** à la vie sociale
 - Libre choix du projet de vie
 - **Droit à compensation**
 - Aides à la personne
 - Principe d'accessibilité généralisée : Ecole, emploi, transports, culture, loisirs...
 - **Revenu d'existence**
- **Usager au centre des dispositifs** :
 - une logique de services
 - et non une logique administrative de filière

Principes de la loi

- Pour les enfants : « **Mainstreaming** »

- Accès à des institutions ouvertes à l'ensemble de la population
- Maintien dans un cadre ordinaire de scolarité

« *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap est inscrit dans l'école ou l'établissement le plus proche de son domicile, qui constitue son **établissement de référence*** »

UNE COMMANDE PUBLIQUE PUBLIQUE QUI A EVOLUE

Un repositionnement des relations commanditaires / opérateurs

- D'une phase de « quasi-délégation » de service public
- A une contractualisation des rapports
 - Phase de « *prestataire* »
 - Contrats d'objectifs, appels d'offre...
 - Évaluation,
 - Agréments renouvelables et révisables
 - Contrôle : « *L'ère du soupçon / ESME ?* »
 - A l'inverse : co-construction des politiques publiques
 - Concertations sur les objectifs et les moyens
 - Schémas partagés dans les diagnostics et les propositions
 - Indice de reconnaissance de l'expertise institutionnelle

Une vision territoriale des *Etablissements et Services Médico-Educatifs*

- *La redécouverte de l'espace* : une changement irréversible, des politiques publiques territorialisées
- *Les Schémas territoriaux* : la question posée aux ESME
 - Un positionnement correct dans l'ensemble général des services :
 - Spécificité et/ou complémentarité des ESME ?
 - Diversité institutionnelle
 - Sur un espace assigné
 - Par rapport à des priorités désignées
 - Dans une réflexion collective : un diagnostic partagé
 - QUESTION : **comment concilier Qualité et Proximité ?**

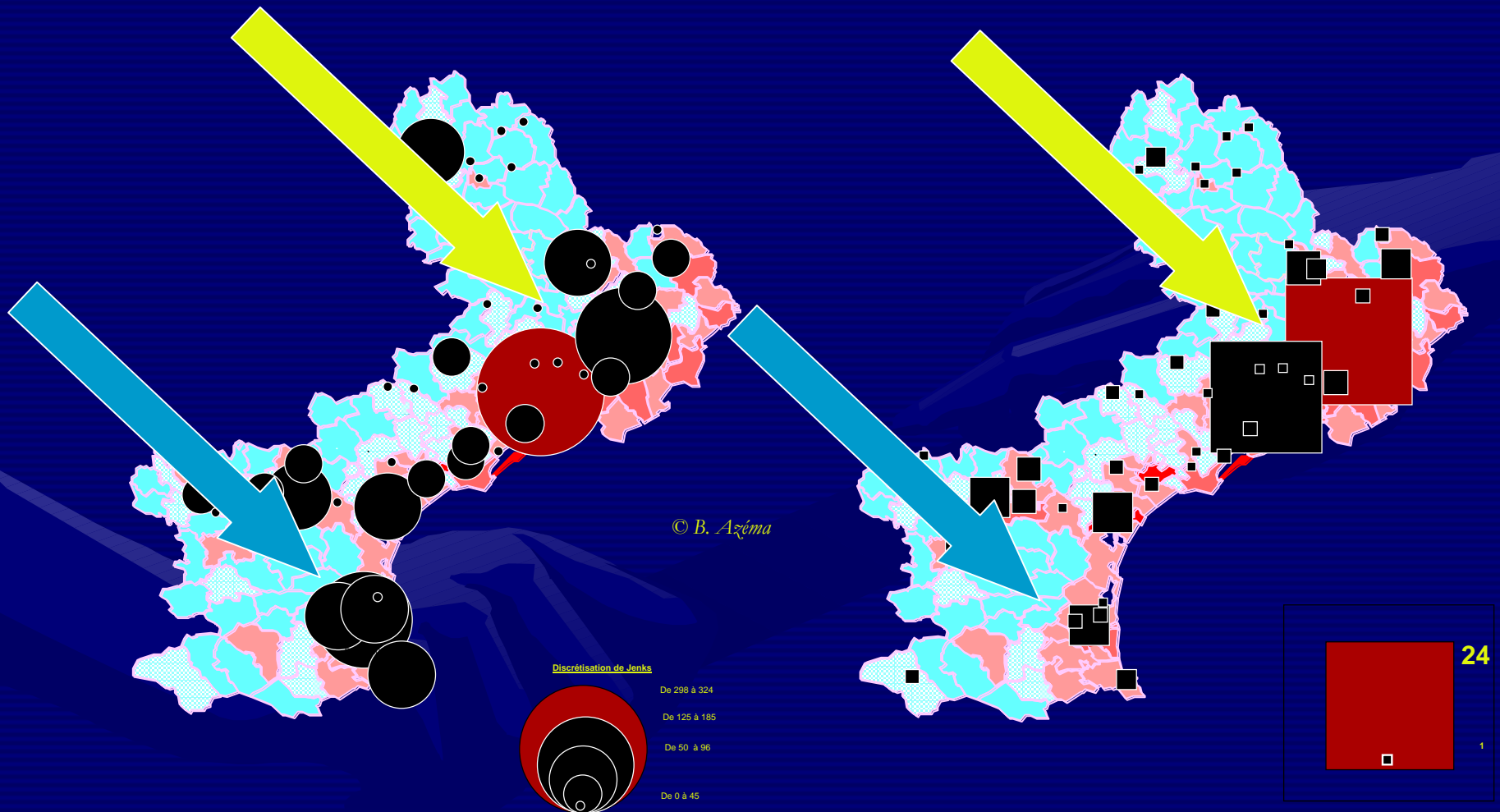
La « biodiversité » institutionnelle

Nombre de *places* pour enfants handicapés par cantons

(Source Finess, 1997)

Nombre de *structures* pour enfants handicapés par cantons

(Source Finess, 1997)



Une mutation de grande ampleur : un changement d'époque

- Recherche d'une *meilleure cohérence territoriale* : planification par Schémas
- *Individualisation des réponses*
- Réaffirmation des *droits des usagers*
- Interrogation des acteurs associatifs :
 - passer d'une logique de « murs » et de gestion
 - à une *logique ouverte sur l'environnement*
- *Une adaptation impérative des établissements*
« La peur n'évite pas le danger »

Une mutation de grande ampleur

- **Avec le Projet Individualisé** = modifications profondes
 - des modalités de fonctionnement interne
 - et des rapports noués avec les usagers et les familles
 - **Le rôle central de l'encadrement** dans ce processus de changement : rôle d'interface environnement/direction/équipes
- = **Face à un avenir peu lisible**, un jeu des acteurs complexe il va falloir
- Développer l'intelligence collective
 - Et la capacité de coopération

LES FAMILLES PARTENAIRES

ENTRE ALLIANCE ET DEFIANCE

Parentalisation éducative / Professionnalisation parentale

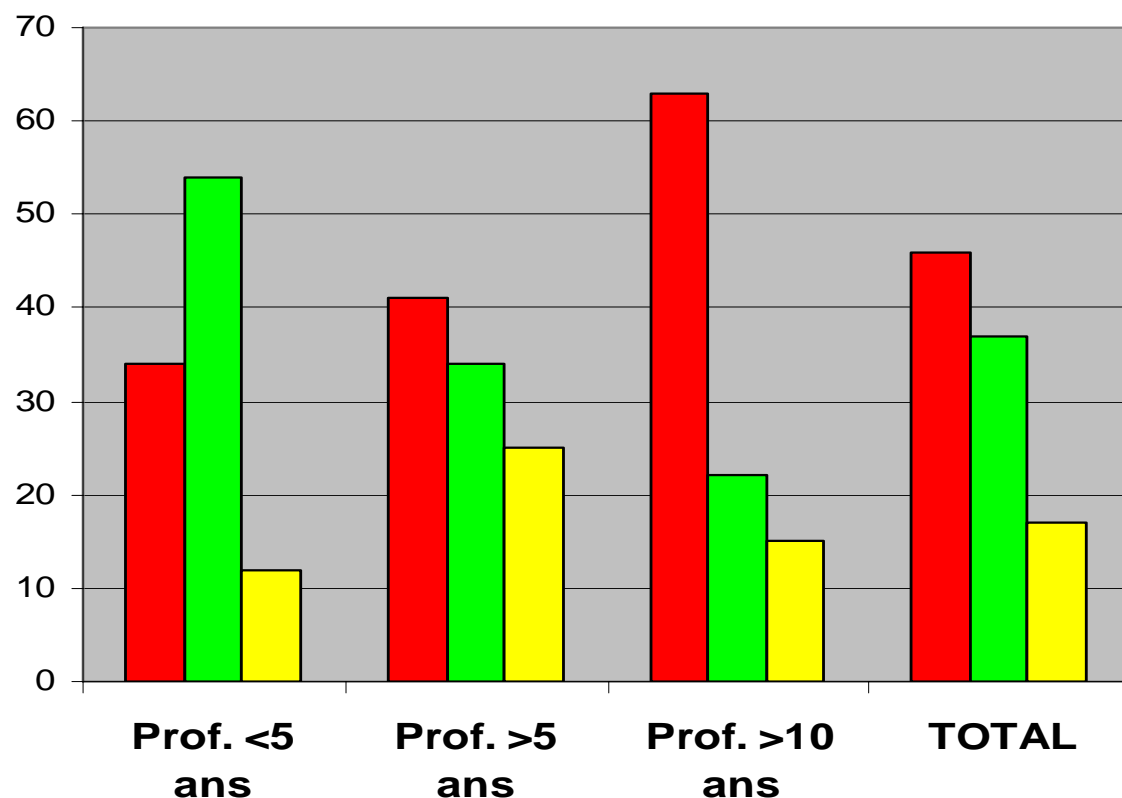
- Des parents partenaires de plus en plus informés
 - Maladies rares, autismes, IMC etc...
 - Les nouveaux outils de la législation
- Vers une judiciarisation des rapports ?

Quelle rôle pour les familles ?

Dewaesne, 2005

- **Un rapport complexe institué par la Loi :**
 - Le « couple » famille/ institution médico-éducative :
 - Partenariat, « mariage forcé », « cohabitation »
 - Le Contrat : entre fantasmes et réalités
 - Quels territoires de légitimité et de pouvoir
 - Pouvoirs réels, imaginaires et symboliques de la famille
 - Distance/Proximité de la famille :
 - physique
 - et relationnelle

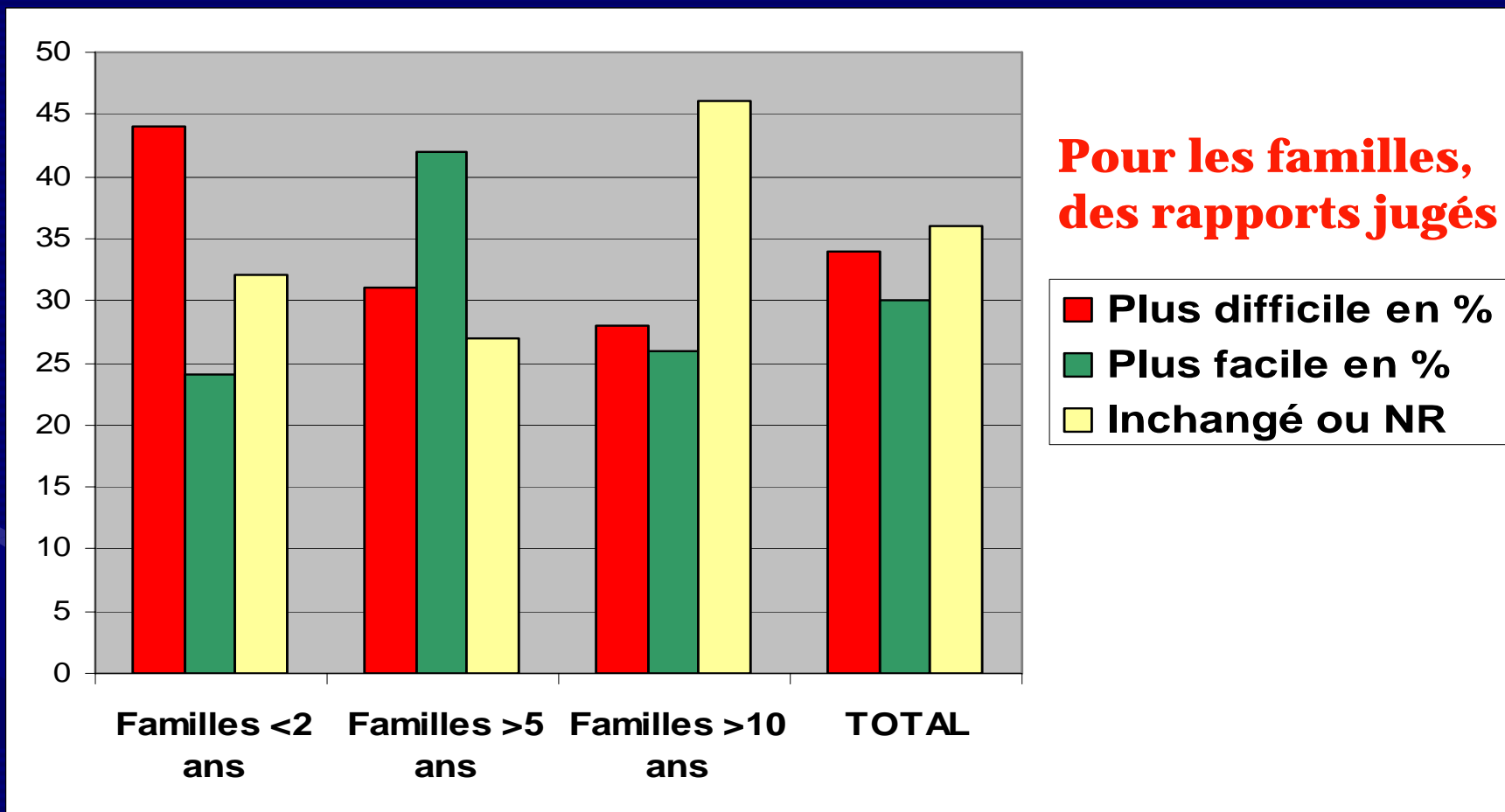
Représentations de la collaboration entre Familles et Professionnels *(Dewaesne, 2005)*



Pour les professionnels, des rapports jugés ...

- Plus difficile en %
- Plus facile en %
- Inchangé ou NR

Représentations de la collaboration entre Familles et Professionnels *(Dewaesne, 2005)*



Attentes réciproques (Dewaesne, 2005)

FAMILLES

- Plus grande transparence et plus grande lisibilité des actions
- Des exigences professionnelles trop décalées / exigences sociales
- Des méthodes éducatives manquant de cohérence et d'évaluation

PROFESSIONNELS

- Un positionnement plus clair de l'autorité parentale
- Un positionnement ambitieux pour la personne de la part des familles

Attentes réciproques (Dewaesne, 2005)

FAMILLES

- Plus de moyens individualisés pour des actions devant permettre l'intégration sociale la plus forte possible
- Des moyens prioritairement en faveur de leur enfant ou adulte
- Une connaissance des besoins à partir d'un modèle éducatif familial


PROFESSIONNELS

- Plus de moyens collectifs pour des actions individuelles si besoin
- Approche collective pour un impact individuel, dans l'après-coup
- Une connaissance des besoins à partir d'un modèle éducatif idéalisé

Familles « *coach* » / invalidées

- Des familles *coach*, qui portent parfois à grand prix personnel ou pour les fratries les difficultés de leur enfant
- Parallèlement :
 - montée de l'exclusion sociale et de familles désaffiliées dans les ESME
 - sélection des problématiques sociales :
 - Les cas les plus complexes dans les ESME
 - Décharge familiale ou sociale sur l'IME et en particulier sur l'Internat de la difficulté sociale

DES INTERFACES

A stylized, low-poly illustration of two hands shaking, rendered in shades of blue. The hands are positioned horizontally across the middle of the slide, with the fingers interlaced in a firm grip. The background is a solid dark blue.

Les problèmes d'interfaces : *des charnières qui grincent !*

- Avec la **PSYCHIATRIE**

- Des transferts massifs de clientèle vers les ESME
- L'offre d'accueil thérapeutique en temps ?
- L'offre d'accueil en soins psy. :
 - Quels soins ?
 - Quelles spécificités de l'offre pédopsy. / IME
 - Quelles capacités d'accueil et de gestion des crises psychopathologiques graves (violence, délire aigu etc..) = les lits d'hospitalisations introuvables
- La barrière des 16 ans : la zone de tous les dangers

Les problèmes d'interfaces : des charnières qui grincent

- Avec la PJJ et l'ASE (1/2)


- Des zones de chevauchement ?
- Des situations de grande précarité et de désaffiliation sociale de familles
- Des AEMO qui s'arrêtent très vite après admission
- Parfois une perte d'histoire familiale des travailleurs sociaux : redécouverte lors d'un signalement de problématiques anciennes
- Confusion Placement Social, Suppléance parentale et Placement en Internat d'IME
 - Quel avenir pour ces *distinguos* avec la montée en puissance du Département dans le pilotage des politiques du handicap ?

Les problèmes d'interfaces : des charnières qui grincent

- Avec PJJ et ASE (2/2)
 - Une clarification qui s'impose entre tous les acteurs
 - Construire des protocoles, des périmètres d'action
 - Garantir l'existence d'un *Tiers Social* dans la relation Institution, enfant et familles en difficulté socio-éducative

MAIS trop souvent les partenariats dépendent des personnes de bonne volonté et non des institutions

III. DEMAIN

A stylized, low-poly illustration of two hands shaking, rendered in shades of blue. The hands are positioned in the lower half of the frame, with the right hand on the left and the left hand on the right, meeting in the center. The background is a solid dark blue.

Le saut dans le troisième millénaire

*The pessimist complains about the wind;
the optimist expects it to change;
the realist adjusts the sails.*

*Le pessimiste se plaint du vent, l'optimiste espère qu'il va changer,
le réaliste ajuste ses voiles*

William Arthur Ward (1921-1994)

LE PARCOURS de SCOLARISATION : REFORME OU REVOLUTION ?



Ce que dit la Loi sur la scolarisation

- Inscrit dans l' **Établissement de Référence**
 - Si non accessible, surcoûts à la charge de la collectivité
- Si nécessaire : **Scolarisation dans CLIS, UPI**
 - Inscrit dans l'établissement de la CLIS ou UPI
- **Si besoin**, sur décision de la CDAPH formations dispensées dans les **Établissement et Services de Santé ou Médico-Educatifs**
- +/- Inscrit dans établissement scolaire proche autre qu'établissement de référence
- Dans les ESME enseignement par **personnels relevant de l'E.N.**

NB :

- **Plus d'éducation spéciale !!**
- **Plus de CCPE et de CCSD qui deviennent enseignants référents dans les équipes de suivi de la scolarisation**

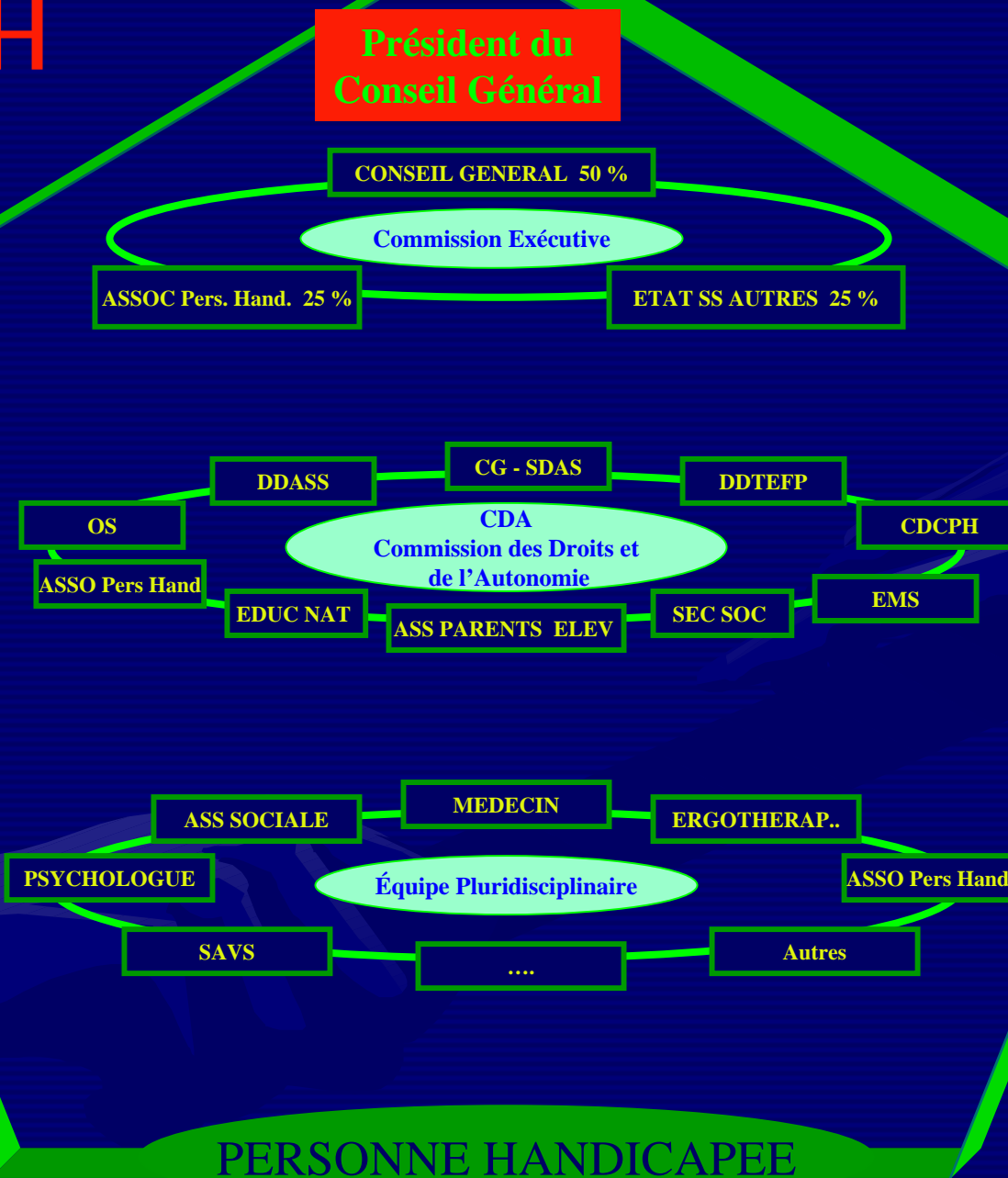
Questions

- Quels changements réels ?
- Quelles places et rôles des familles ?
- Quels moyens nouveaux l'E.N. mettra en œuvre pour accueillir les enfants et adolescents
- Quelles complémentarités entre ESME et E.N.
- Quels délais et quelles fréquences de « rafraîchissements » des projets de scolarisation si les équipes de suivi sont saturées de situations à suivre ?

UN NOUVEL ACTEUR : LA *MDPH*

MDPH

GIP sous tutelle
administrative et
financière des départements



MISSIONS

des MDPH

Accompagnement - Médiation

Suivi de la compensation

Attribution des prestations

Élaboration du plan de compensation

Évaluation

Aide à la définition
du projet de vie

Accueil - Écoute

Information

PERSONNE HANDICAPEE

Avec / Sans
Orientation

IME

MAS

CAT

FAM

FOYER

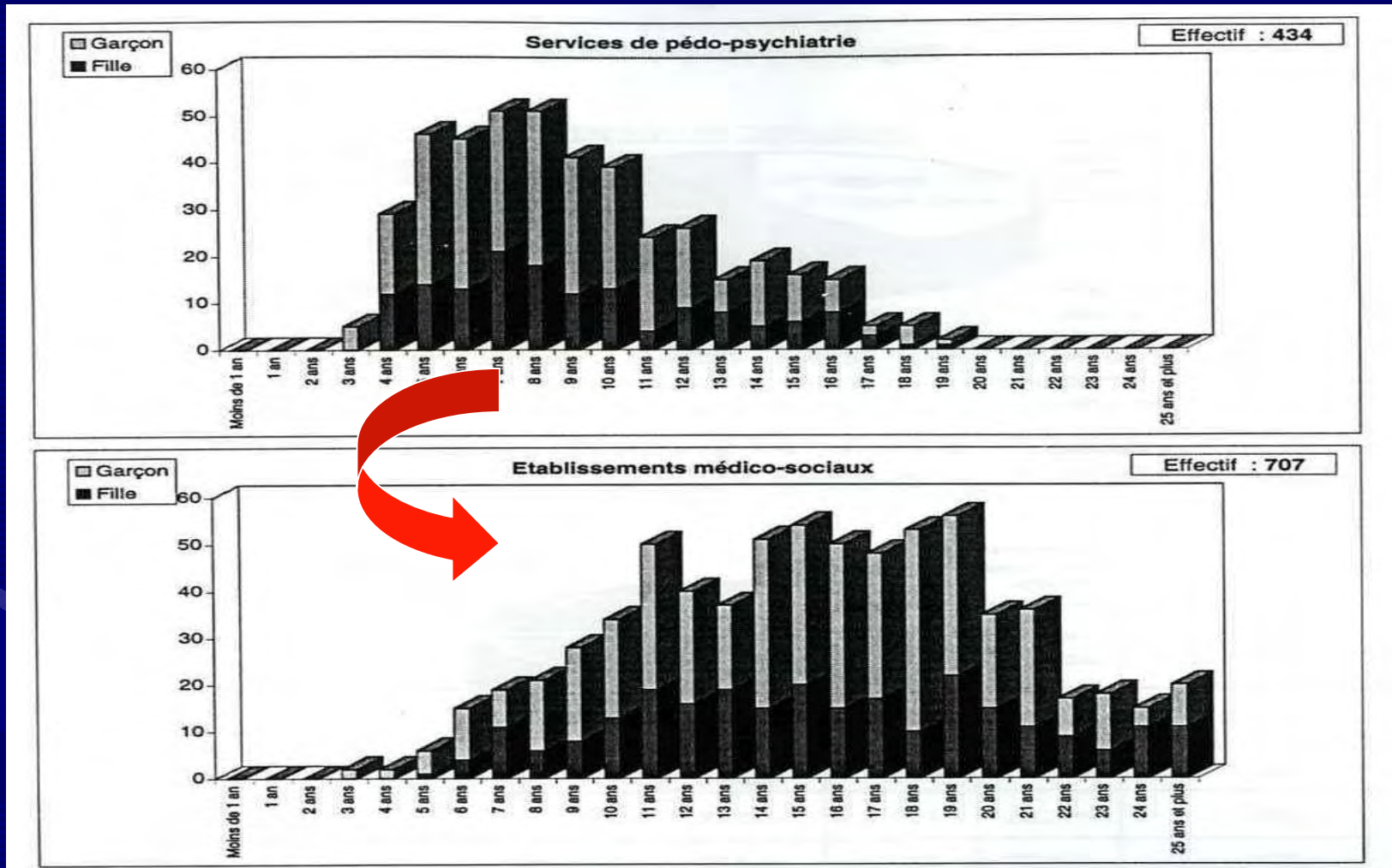
SAMSAH

PUBLIC
CONCERNE

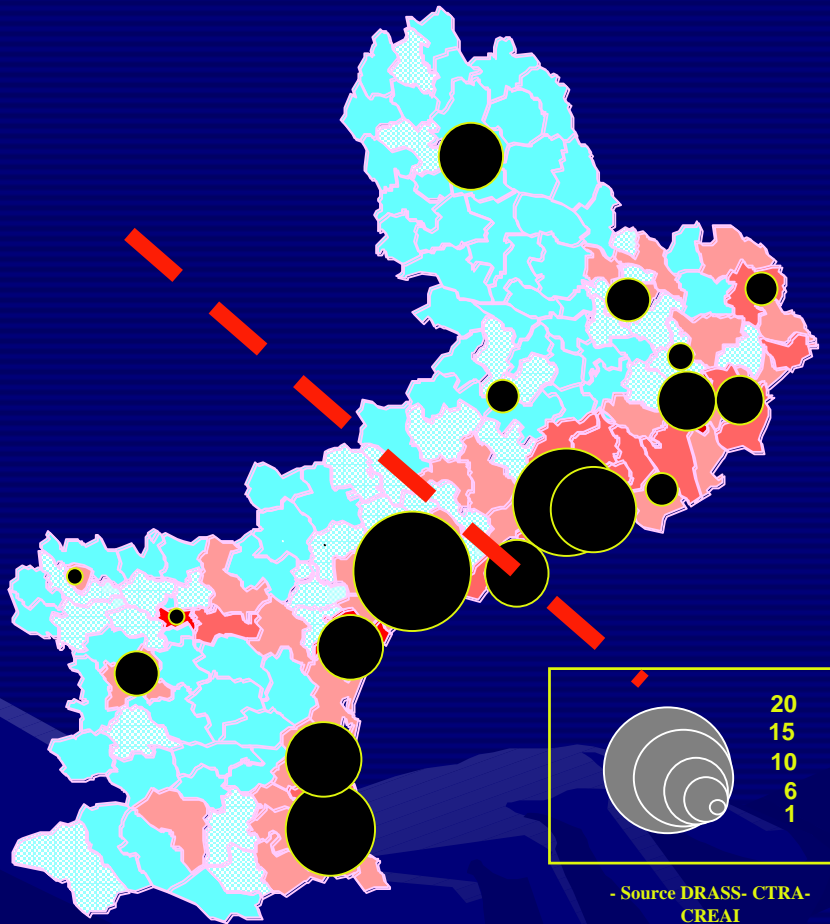
GRAND
PUBLIC

**TED et autismes :
préfigurent-ils la
nouvelle clientèle ?**

Un transfert d'effectifs des autistes : l'exemple en Languedoc Roussillon dès 1996

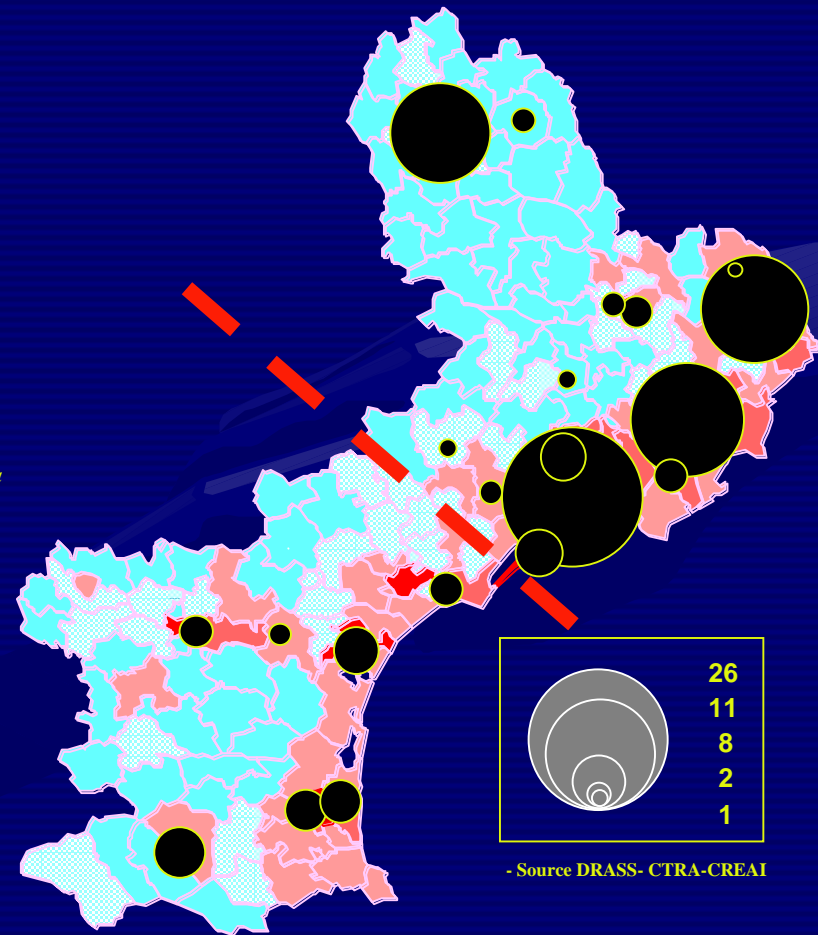


Les autistes : IME ou Pédopsychiatrie ?



Enfants autistes dans les services de Pédopsychiatrie

© B. Azéma



Enfants autistes dans les EMS

L'autisme aujourd'hui dans les ESME : partenariats ou mistigris ?

- Des **autistes** mieux connus et mieux reconnus
- **Quelles prises en charge ?**
 - Prises en charge généralistes dans les IME
 - ...ou spécialisées : les sections pour autistes
- Reste à **parfaire la connaissance** de l'autisme
- Et à **construire des stratégies partenariales respectueuses des acteurs**
 - Introduction des techniques **TEACCH**^{*} (E. Schopler, 1972)
 - Techniques de communication augmentative
 - Solutions d'accueil plus souples
 - Partenariats entre équipes d'horizons divers : p.e.c. *multipolaires*

** Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*

Les autistes : partenariats ou mistigris ?

- Diachronie et Synchronie : Espace -Temps pour les autistes
 - Une prise en charge de longue durée :
 - Lutter contre l'usure du temps et l'illusion de l'autosuffisance
 - Prises en charge multipolaires : EMSE, Pédopsychiatrie, Éducation Nationale, accueils de répit etc...
 - Des réseaux à faire vivre sur le terrain

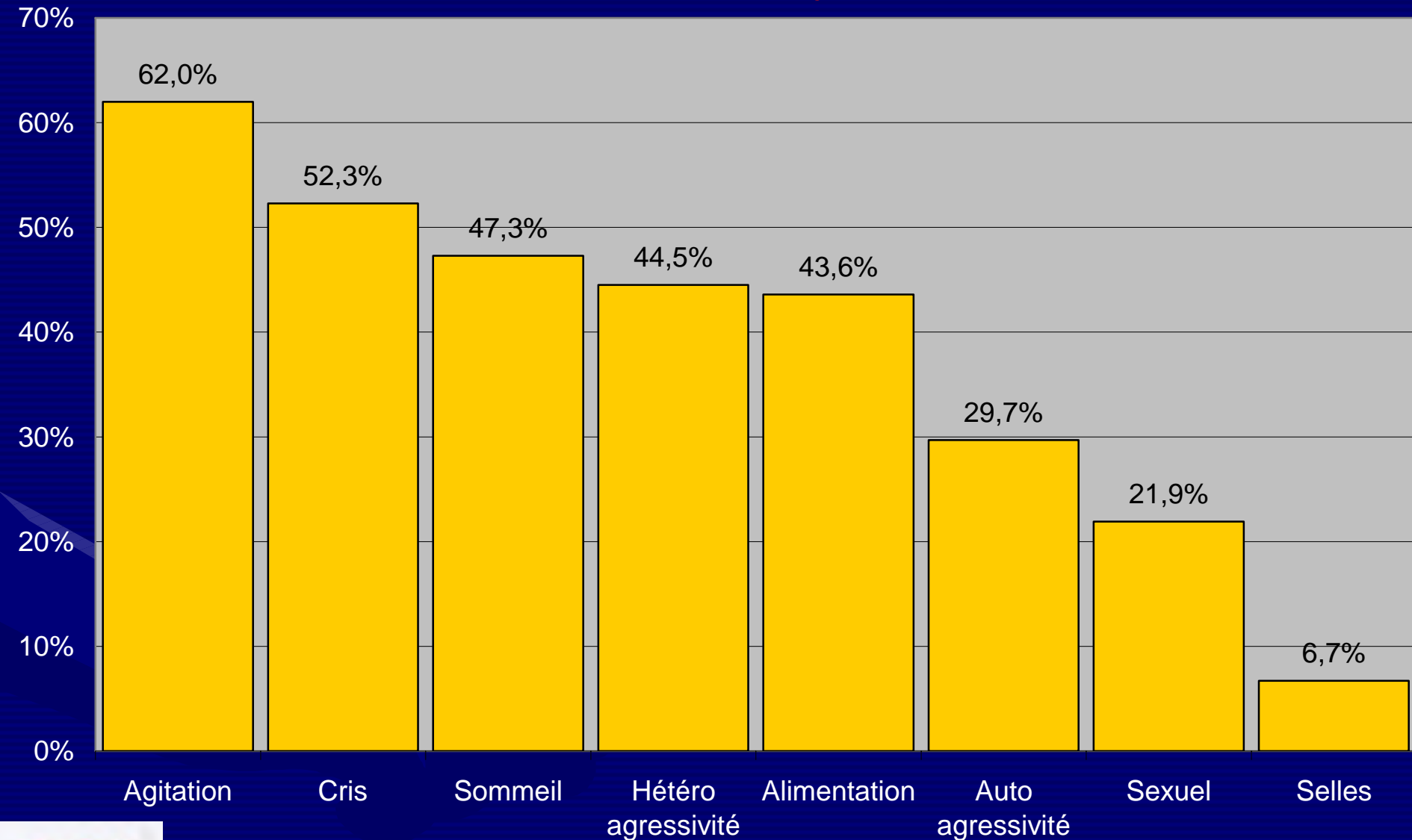
Disparités départementales de temps de prise en charge des autistes en L.R

(source Étude CREAI-ORS-CRA Languedoc Roussillon)

	Sanitaire	Médico-social	Scolaire	Total
Aude	12,1 (± 14,9)	21,7 (± 40,9)	13,6 (± 10,7)	47,4 (± 44,9)
Gard	5,1 (± 16,0)	36,8 (± 40,2)	4,8 (± 10,2)	46,7 (± 38,6)
Hérault	3,4 (± 10,8)	35,6 (± 44,0)	10,0 (± 14,9)	49,0 (± 41,9)
Lozère	39,3 (± 61,3)	6,2 (± 18,7)	5,5 (± 9,0)	51,0 (± 61,9)
Pyrénées - Or	6,7 (± 11,3)	33,4 (± 55,7)	5,8 (± 8,6)	45,9 (± 51,4)
Languedoc Roussillon	7,3 (± 19,9)	32,2 (± 44,6)	8,4 (± 12,5)	47,9 (± 44,4)

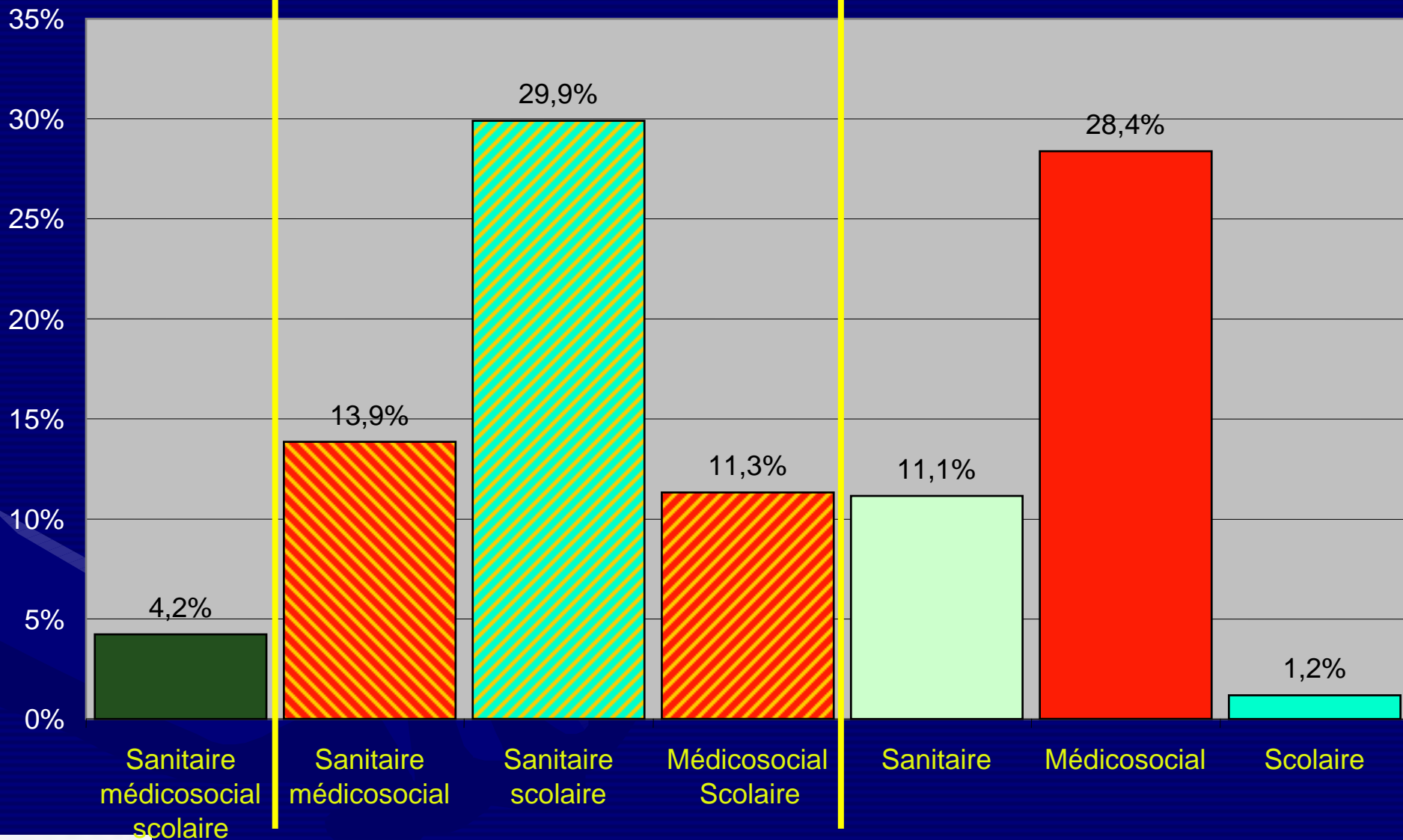
Autisme et troubles du comportement

(source Étude CREAI-ORS-CRA Languedoc Roussillon)



Autisme et prises en charge conjointes

(source Étude CREAI-ORS-CRA Languedoc Roussillon)



Vers une plus grande « porosité » institutionnelle

- Des transferts de moyens
 - Des Classes des IME vers ou aux côtés des écoles ou des collèges : les classes délocalisées ?
 - *Quid* des professionnels non éducatifs ?
 - Rééducateurs
 - Psychologues, Psychiatres

Vers une diversification des réponses institutionnelles et Réseaux

Pour mieux répondre à l'hétérogénéité des situations, évoluer vers :

- **Diversification en matière d'hébergement**
 - Internat, accueils séquentiels
 - Familles d'accueil
 - Accueils de répit
 - *i.e.* Projets innovants : Accueil Sésame Ados 34
- **Construction de réseaux formels et informels**
 - En Languedoc Roussillon par exemple : réseau Polyhandicap Hérault, réseau Autisme Agglo Montpellier, *RESADO* et *PHILADO (adolescents incasables)*

Le poids du social dans les IME

- L'IME un observatoire et un réceptacle des tensions sociales et des difficultés du lien social
 - Les enfants de l'A.S.E. : entre 10 et 15% dans les IME
 - La montée en puissance des signalements ces dernières années pour les enfants en situation de handicap
 - Une double posture, une double contrainte :
 - Intégrer et soutenir : la famille partenaire et actrice
 - Étayer, suppléer voire protéger : la famille défaillante
 - Place capitale pour le *Tiers* social ?

Vers des enfants à troubles complexes

« Il doit toujours y avoir plus de force dans le porteur que dans les fardeaux ; les fardeaux qui sont trop lourds pour lui doivent nécessairement l'écraser »

Sénèque : De la tranquillité de l'âme, VI.5.

Vers des enfants à « double » et « multiples diagnostics »

- **L'approche française : structurale et globale**
= Rôle des Annexes XXIV et de la Classification de Misès (CFTMEA)
- **Le « double ou multiple diagnostic »** une approche européenne et nord-américaine (Canada, Québec, USA)
 - Chaque « diagnostic » ouvre sur des prestations spécifiques
 - Déficience Intellectuelle = éducation spéciale
 - Tr. Mental (TED, psychoses...) = soins psychiatriques
 - Déficiences motrices = rééducation, aides techniques etc..
- Mais **garantissons nous vraiment l'accès aux soins** dans les Établissements et Services Médico-Educatifs ?
 - Quand existent des IME sans médecin de manière durable ou suffisante !
 - Du soin sans les soignants ?

Vers des enfants à « double » et « multiples diagnostics »

Vers des populations avec problématiques complexes associant :

- Déficience intellectuelle +/- importante
- +/- Troubles somatiques :
 - Tr. Neurologiques (épilepsie, ataxies ou IMC *a minima* etc..)
 - Maladies rares ?
- +/- Troubles envahissants du développement
- +/- Troubles des apprentissages complexes : «3 Dys »
- +/- Troubles psychopathologiques sévères mais stabilisés : psychoses infantiles, névroses sévères invalidantes
- +/- Difficultés sociales et/ou éducatives majeures

Troubles complexes et nouveaux défis

- **Les troubles « DYS »**
 - DYSPHASIQUES
 - DYSPRAXIQUES
 - DYSGNOSIQUES
 - +/- DYSHARMONIES DE PERSONNALITE
- **Les Traumatisés Crâniens et Cérébro-lésés**
- **La question des HANDICAPS PSYCHIQUES** : déjà là avec les autistes, les TED et les Psychoses.
- **Unités spécialisées / généralistes ?**
 - Jusqu'où multiplier les sections spécialisées ?
 - Entre diversification et fragmentation ou balkanisation des institutions

IEM et enfants avec déficience motrice

ACTUELLEMENT

- Un plateau technique performant
- Des savoir-faire
- Des moyens humains

REDEPLOYER ?

- Des enfants en accompagnement d'intégration avec des SESSAD en nombre insuffisant
- La question de la formation professionnelle des IMC
- Les déficiences motrices dans les autres ESME, des partenariats à développer

Quelles évolutions pour les Établissements et Services Médico- Educatifs ?

Passer d'une culture de la protection à une logique de promotion ? (Ayensa, 2004)

- Mobiliser les personnels
- Méthodologie du projet individualisé
- Mobiliser les compétences professionnelles
 - Faire évoluer les pratiques professionnelles
 - Introduire dans les équipes des nouveaux savoirs et savoir-faire
- Favoriser l'ouverture vers l'extérieur

Gérer l'espace et le temps : *interfaces et interstices*

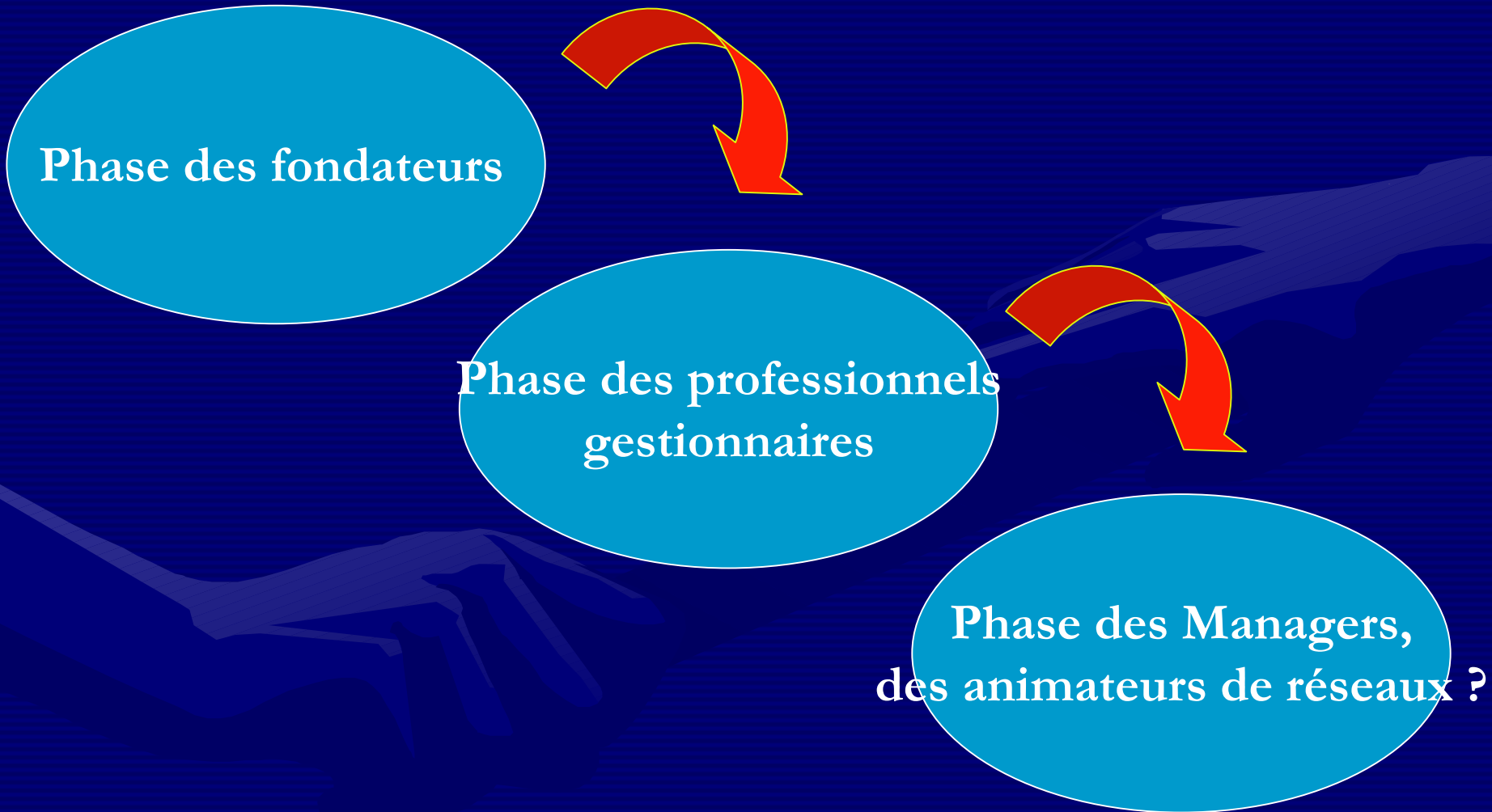
- *Penser l'action en terme **synchronique** : les Services à la personne sur un territoire de vie*
 - *Les espaces interstitiels* : tout ce qui soutient, qui fait lien et cohérence
 - Des réponses en proximité, en milieu ordinaire
 - Importance des partenariats et des alliances
 - Mais une fragmentation des décisions ?
- **Et Diachronique** : gérer des trajectoires, des parcours
 - Travailler les articulations : *interfaces* entre dispositifs
 - *Case management*, fonction de référence, réseaux...

Des changements de la « figure de direction »

- De la figure de Directeur fondateur
 - Qui incarne l'institution, y a vécu, la représente
 - Une posture militante, charismatique de meneur d'hommes
- Au Directeur technicien et gestionnaire
 - Issu du métier
 - Ayant intégré la dimension gestionnaire des ESME
- Vers un Directeur manager et/ou animateur de réseaux ?
 - Un portefeuille de Services et de prestations
 - Gérant des prestations
 - À l'aide d'indicateurs de suivi
 - Risque de marchandisation du social ?

FUSTIER P. *Le travail d'équipe en institution, 1999- Dunod.*
BILLOTTE G. *Éloge du directeur empiriste ASH 10 Mars 2006*

Évolution de la fonction de Direction



Avec quels professionnels

Deux crises démographiques majeures prévisibles

- **Démographie des cadres :**

- Des acteurs de l'intervention et de l'accompagnement de plus en plus autonomes et de plus en plus responsables
 - Au maximum, risque de dérives *quasi-libérales* au sein des équipes des ESME
- Quels et combien de cadres pour piloter ces nouvelles pratiques très dispersées avec le renouvellement massif à venir

- **Démographie médicale et désertification pédo-psychiatrique**

- Quels médecins pour couvrir les besoins de soins en santé mentale ?
- Du soin actif sans les soignants ?
- Des délégations de missions sur les psychologues mais ne pouvant pas couvrir tous les champs

Avec quels outils ?

- **Quelles nouvelles valeurs refondatrices** pour l'action des équipes ?
 - Papy boom / Papy-crash et perte de culture institutionnelle
 - Quel nouveau contrat social ? Quelle commande sociétale ?
 - Quelles valeurs partagées entre les acteurs d'IME : culture d'équipe et étayage réciproque des professionnels
 - Une culture de réseau, d'inclusion des personnes handicapées
- **La formation professionnelle = impérative**
 - Des nouveaux métiers : les *SESSAD généralisés*, les Réseaux
 - De nouvelles pratiques : intra- et extra-institutionnelles
 - Revisiter les pratiques actuelles de l'insertion sociale et professionnelle
 - Approche systémique familiale, approche écologique de l'enfant ...
 - Autismes et TED = des formations incontournables

Pauvreté de la recherche française en déficience intellectuelle

- **Un monde français coupé** de la recherche européenne et mondiale
 - Exemple de *IASSID* <http://www.iassid.org/>
- **La recherche en déficience intellectuelle** : largement insuffisante
 - Recherche fondamentale et recherche appliquée
 - Pas de départements de *Disability Studies*
 - Qualité de vie des personnes et des familles
 - Pédagogie adaptée à développer
 - Approches en santé/maladie (santé mentale, physique, buccodentaire, douleurs, épilepsie, autisme...)
<http://www.pomonaproject.org/>

Y A-T'IL UN AVENIR POUR L'IME ?

Ce que l'IME peut être

- **Lieu thérapeutique :**
 - Par sa fonction contenante : espace-temps
 - Le cadre : rythmes, temporalités,
 - Le groupe comme expérience
 - Par son contenu !
 - Offres diversifiées de thérapies et rééducations
- Réhabiliter non l'internat classique comme tel mais **des offres d'hébergement diversifiées ouvertes sur la cité**
 - apprentissage de l'autonomie, de la vie sociale
 - Accueils de répit, séquentiels...

Ce que l'IME peut être

- **Centre de ressources** de professionnalités et de pratiques : entre centralité et extériorité
 - **Espace-Temps d'accompagnement** vers une plus grande socialité
 - Lieu de découverte de Soi
 - Lieu de découverte de l'Autre
 - **Espace-Temps d'apprentissages** : de manière apaisée, en redonnant du sens aux apprentissages comme moyen d'épanouissement et de réalisation personnelle
 - **Ressources de professionnels** (éducatifs, rééducatifs, médico-psychologiques, thérapeutes..)
 - **Une équipe « projetable » sur un territoire**, vers des enfants, des familles et des institutions

Ce que l'IME n'est pas

- Un lieu d'accueil des urgences psychopathologiques et sociales :
 - Pourtant grande est la tentation de lui faire jouer un tel rôle
- Une **hospitalisation de nuit** des handicaps psychiques par le truchement de l'internat :
 - Le risque d'un travail à front inversé avec l'hôpital = la gestion des crises et de l'urgence :
 - A la psychiatrie, l'accueil d'urgence dans les crises psychopathologiques et familiales ;
 - A l'IME, la gestion de la moyenne et longue durée

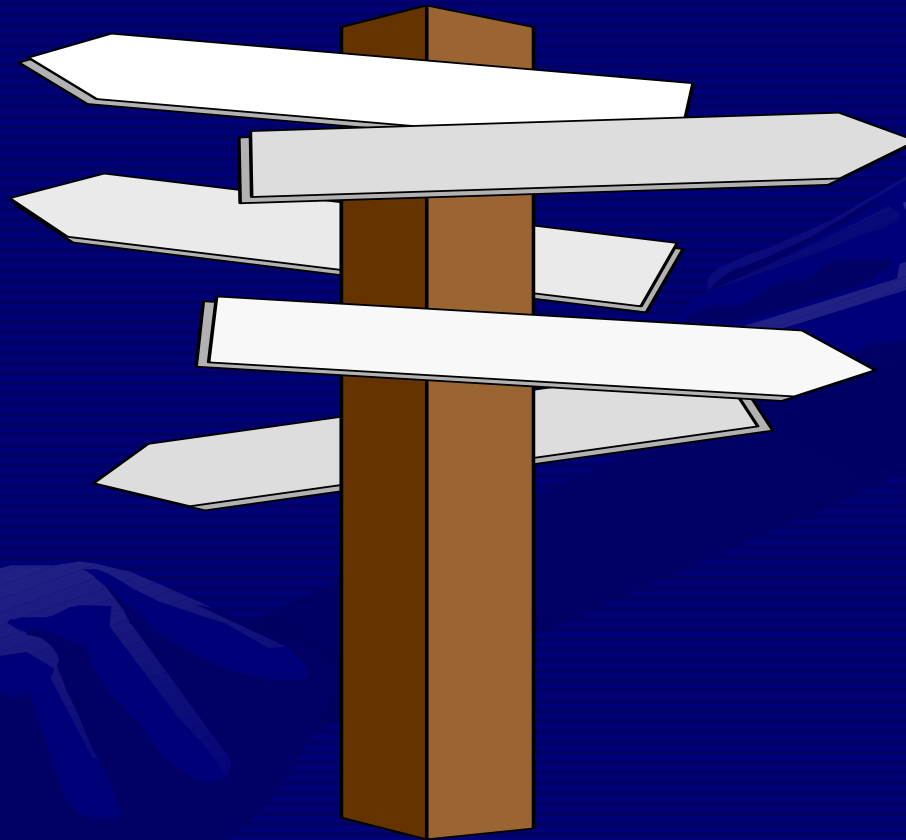
Des dangers, des écueils...

- **La commande sociétale « *Monsieur Plus* » = Double contrainte**
 - Faire toujours plus, avec moins ou autant de moyens
 - Mais où sont les gains possibles de « productivité » ? Où est la graisse dans les institutions ?
 - Comment assumer ces multiples missions ?
- **La Maltraitance**, la « mauvaise traitance » toujours prête à surgir,
- **La Médiocrité** des projets
- **Une crise prévisible de la fonction d'encadrement ?**
 - Entre Droits des usagers et Droit du travail, Judicialisation, injonctions associatives,
- **La dérive libérale** au sein des équipes :
 - des acteurs salariés incontrôlables
 - Perte de culture médicosociale dans les équipes
- **Conflits de loyauté pour les acteurs** dans la pratique des réseaux

Ce que l'avenir nous dira : les stratégies d'acteurs

- **Les rapports avec la MDPH**
 - De grandes disparités de pratiques : du « *gentlemen agreement* » à l'imposition brutale
 - Les équipes pluridisciplinaires et la CDA
 - Quelle place nouvelle des associations de personnes handicapées (AFM, APF, Alliance Maladies Rares...) ?
 - Les stratégies des Conseils Généraux ?
 - Quelle équité sur le territoire national ?
- **La place de l'État et de la CNSA : les *PRIAC***
- **L'articulation avec le parcours de scolarisation**

UN CLIMAT D'INCERTITUDES



*Qui trop écoute la météo,
passe sa vie au bistrot.*

*(Dicton de marin breton ou peut-être
marseillais ...)*

Pour une démarche prospective et proactive : la « *posture du navigateur* » (Hugues de Jouvenel, 2000)

« *Il n'y a pas de vent favorable pour celui
qui ne connaît pas son port* »
Sénèque 4-65 post JC

- Anticiper et veiller
- Agir
 - Tenir compte de ses forces et faiblesses
 - Une stratégie
 - Des instruments de pilotage.
- Une intention, des objectifs
- ... et des valeurs !

➡ **Un projet, une
mobilisation, des moyens**





Je vous remercie de votre attention

Azemab@club.fr