

LE DEVENIR DES IME



Préconisations

La lecture croisée du **volet 1** et **volet 3** a permis l'élaboration d'un certain nombre de préconisations relatives à l'évolution de l'offre de service portée par les IME (établissement / section / service) au regard de l'évolution :

- des besoins et attentes des enfants et de leurs parents,
- de l'évolution de la politique publique.

⌘ Préconisations 1 ➔ Volet 1 (page 9)

Diagnostic de l'étude :

Des disparités départementales qui parfois interrogent,
Un taux parfois important d'items non renseignés,

- 1.1 ➔ Créer une observation régionale, à partir d'un outil commun, permettant de suivre de manière continue l'évolution du dispositif régional au regard des attentes et des besoins identifiés par les MDPH.
- 1.2 ➔ Dans le cadre de cette observation, définir précisément les critères rendant compte de la situation de l'enfant ou du jeune handicapé au moment de son inscription sur la liste d'attente de l'IME.
- 1.3 ➔ Comprendre les fortes disparités entre le Maine et Loire et la Loire Atlantique en termes de nombre d'enfants et jeunes handicapés accueillis en IME par rapport à la population globale (à croiser avec le niveau d'équipement en IME et ITEP).

⌘ Préconisations 2 ➔ Volet 1 (page 13)

Nombre important des jeunes de 18 ans et + actuellement accueillis en IME

- 2.1 ↪ Considérer les besoins actuels ou imminents en places d'établissements ou de services dans le secteur adulte.

⌘ Préconisations 3 ➔ Volet 1 (page 13)

Part non négligeable des [16 – 17 ans] actuellement en IME.

Un nombre important de jeunes de cet âge inscrits sur les listes d'attente sans parcours dans le secteur spécialisé annexes XXIV

- 3.1 ↪ Prévoir dans les 1 ou 2 ans, les places nécessaires dans le secteur adulte en établissement ou service.
- 3.2 ↪ Développer la prise en compte des problématiques liées à l'adolescence et au passage à la majorité.
- 3.3. ↪ Intégrer des modes de prises en charge pour des jeunes n'ayant pas eu de parcours dans le secteur spécialisé avant l'âge de 16 ans.

⌘ Préconisations 4 ➔ Volet 1 (pages 20, 21)

Nombre important des jeunes relevant de l'amendement CRETON.

- 4.1 ➔ Améliorer la lisibilité sur la façon dont les établissements comptabilisent dans leurs effectifs les jeunes relevant de l'amendement CRETON. Améliorer également la lisibilité des modes de financement, ceci pour tendre à une harmonisation au niveau régional.
- 4.2 ➔ Faciliter le maillage des offres de services du secteur adulte avec le secteur enfants et adolescents.
- 4.3 ➔ Assurer le relais avec les SAVS et les SAMSAH dès 18 ans et non pas 20 ans pour certains jeunes à leur sortie de l'IME.
- 4.4 ➔ Communiquer les données sur les amendements CRETON au Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées, ce conseil étant chargé de transmettre ses observations au Conseil National Consultatif des personnes Handicapées.
- 4.5 ➔ Disposer d'un tableau de bord départemental et régional sur les orientations prononcées par la CDA de la MDPH concernant les jeunes relevant de l'amendement CRETON. Ce tableau de bord servirait de base au rapport biennal du Préfet sur l'application de l'amendement CRETON (cf article 67 de la loi 2005.102).

⌘ **Préconisations 5** ➔ **Volet 1** (pages 49, 50) - **Volet 3** (pages 60, 80)

Part importante d'enfants et jeunes déficients intellectuels souffrant de handicap psychique.

Part non négligeable d'enfants ou jeunes déficients intellectuels présentant des troubles de la conduite et du comportement.

Des besoins insuffisamment couverts nettement concentrés sur la dimension thérapeutique (pédopsychiatre, psychologue, orthophonie, psychomotricité).

Des postes vacants de pédopsychiatre malgré la recherche active des établissements.

- 5.1 ➔ Renforcer les plateaux techniques des IME sur la dimension thérapeutique dans toutes ses composantes (pédopsychiatre, psychologue, orthophonie, psychomotricité).
- 5.2 ➔ Renforcer l'accompagnement des professionnels des IME sur le handicap psychique et les TED/TCC. Développer comme le prévoit l'article 7 de la loi 2005.102 la formation continue des professionnels du médico-social sur l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, éducatives et sociales les concernant.
- 5.3 ➔ Développer le regroupement de plusieurs temps partiels :
 - soit au sein d'une même association gestionnaire,
 - soit sur un même territoire de façon inter-associative en développant des coopérations entre secteur privé et secteur public.
- 5.4 ➔ Ré-examiner les moyens alloués.
- 5.5 ➔ Engager une réflexion au niveau régional entre les secteurs médico-social et sanitaire sur l'urgence de cette question. Examiner avec l'ARH la faisabilité d'une plus grande coopération et mutualisation de moyens avec la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.
- 5.6 ➔ Faire correspondre le taux d'encadrement des SEHA aux besoins des enfants et pour ce faire, s'assurer que toutes les SEHA disposent d'un projet d'un agrément spécifique.
- 5.7 ➔ Développer les accueils séquentiels et temporaires surtout pour les IME avec internat.

⌘ Préconisations 6 ➔ Volet 1 (pages 34)

Des enfants et jeunes déficients intellectuels et traumatisés crâniens accueillis en IME

6.1 ↗ Développer un réseau de soutien avec les spécialistes des traumatisés crâniens.

⌘ Préconisations 7 ➔ Volet 1 (pages 29, 53, 66) - Volet 3 (page 42)

Des enfants et jeunes déficients intellectuels accueillis en IME et relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance.
Des niveaux de partenariat avec les services de Conseil Général (PMI, ASE) plus ou moins engagés selon les départements.

7.1 ↗ Délimiter les champs de compétences et le contenu des interventions dans le suivi des enfants handicapés qui relèvent également de l'Aide Sociale à l'Enfance.

7.2 ↗ Clarifier les responsabilités lors du passage de ces jeunes à la majorité.

7.3 ↗ Développer le travail partenarial entre le médico-social et l'aide sociale à l'enfance.

⌘ Préconisations 8 ➔ Volet 1 (pages 57)

Décalage parfois important des niveaux scolaires et les âges des enfants ou des jeunes,
Un nombre important d'enfants déficients intellectuels non scolarisés,

- 8.1 ↗ Développer en collaboration avec l'Education Nationale, une réflexion prospective sur la scolarisation des enfants handicapés en IME dans le cadre des conventionnements des Unités d'Enseignement Spécifiques (UES).
- 8.2 ↗ Profiter du reconventionnement des UES pour clarifier le statut des écoles, le nombre de classes dans les IME et de professeurs des écoles spécialisés affectés dans ces UES.
- 8.3 ↗ Clarifier la mise en œuvre de la fonction pédagogique des IME qui ne sont pas pourvus d'une école interne.

⌘ Préconisations 9 ➔ Volet 1 (pages 18, 62) - Volet 3 (page 31)

- 9.1 ↗ Réfléchir aux spécificités des orientations professionnelles des jeunes filles ou jeunes femmes accueillies en IME.
- 9.2 ↗ Concernant l'orientation professionnelle, renforcer la préparation vers le milieu ordinaire de formation et de travail pour les jeunes déficients intellectuels qui en présentent les potentialités.
- 9.3 ↗ Ré-interroger la légitimité du suivi du jeune à la sortie de l'IME depuis l'instauration du contrat de séjour par la loi du 2 janvier 2002 et depuis le principe du libre choix des prestations par l'utilisateur confirmé par la loi 2005.102.

⌘ Préconisations 10 ➔ Volet 1 (pages 73, 75)

La grande majorité de la liste d'attente régionale concerne les seuls départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée.

Une part non négligeable de jeunes âgés entre 15 et 18 ans en attente d'entrée en IME.

10.1 ➔ Clarifier avec les MDPH le nombre d'enfants ou de jeunes orientés vers un IME et en attente d'une admission.

10.2 ➔ Réfléchir aux orientations spécifiques de jeunes âgés de 15 à 18 ans vers un établissement pour enfants.

⌘ Préconisations 11 ➔ Volet 3 (pages 61, 62, 63, 64)

Un constat assez général sur l'inadéquation des périodes de fermeture...

... mais pour des raisons diverses pouvant même apparaître contradictoires.

11.1 ➔ Proposer un groupe de réflexion inter-établissements sur cette question complexe.

11.2 ➔ Ré-examiner les jours d'ouverture et de fermeture.

11.3 ➔ Réfléchir à d'autres modes d'accueil lors des périodes de fermeture des IME pour les enfants ou jeunes qui en ont besoin ou dont les parents souhaitent des périodes de répit.

⌘ Préconisations 12 ➔ Volet 3 (page 36)

Des partenariats fréquents et variés avec d'autres établissements ou services médico-sociaux

12.1 ↗ Pour les partenariats les plus réguliers et les plus importants, systématiser la formalisation des conventions traduisant les niveaux de coopération et de mutualisation.

⌘ Préconisations 13 ➔ Volet 3 (pages 14, 26)

13.1 ↗ Diversifier davantage les modalités d'accueil et notamment envisager les possibilités d'un internat à temps complet au moins dans chaque département.

13.2 ↗ Développer les prises en charge en Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS) dans les départements où cette possibilité n'existe pas.

13.3 ↗ Développer par territoire une offre de services diversifiés.

13.4 ↗ Repréciser les notions de rattachement d'un SESSAD à un IME en lien avec l'agrément. Définir les orientations politiques au niveau de chaque département sur les choix qui sous-tendent le rattachement d'un SESSAD.

13.5 ↗ Repréciser au plan régional, les liens entre l'accueil séquentiel et l'accueil temporaire en IME avec les relais des SESSAD.

13.6 ↗ Actualiser les agréments pour les mettre en conformité avec l'évolution des établissements sur le plan du public accueilli, les âges, les sections.

⌘ Préconisations 14 ➔ Volet 3 (pages 56, 59)

Un constat mitigé sur l'adéquation entre le projet d'établissement et les locaux.
La notion d'accessibilité comprise essentiellement sur l'aspect accessibilité physique.
Des locaux parfois vétustes.

14.1 ↗ Intégrer la définition inter-ministérielle de l'accessibilité.

14.2 ↗ Engager un diagnostic sur la localisation de certains établissements.

14.3 ↗ Porter une attention particulière à la question de l'acoustique.

14.4 ↗ Elaborer un plan de modernisation d'un certain nombre d'IME en lien avec ces différentes problématiques.

⌘ Préconisations 15 ➔ Volet 3 (pages 81, 82)

15.1 ↗ Développer la formation sur la loi 2005-102 et ses décrets d'application.

15.2 ↗ Initier des formations sur la clarification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé.

⌘ Préconisations 16 ➔ Volet 3 (pages 81 à 105)

Des échéances dépassées dans la mise en œuvre effective des outils liées à la loi du 2 janvier 2002.
Une application dans l'ensemble bien engagée.

- 16.1 ↗ Terminer la mise en conformité des établissements avec les outils de la loi du 2 janvier 2002.
- 16.2 ↗ Engager une réflexion inter-établissements et un partage d'expériences concernant la formalisation du protocole d'accès aux dossiers et celle du protocole de prévention des violences et maltraitances.
- 16.3 ↗ Etablir la liste de personnes qualifiées conjointement choisies par le représentant de l'Etat dans le département et le Président du Conseil Général après avis de la commission départementale consultante.
- 16.4 ↗ Organiser des rencontres inter-établissements afin de partager les expériences et les outils, échanges sur les effets des résultats des enquêtes de satisfaction sur l'organisation et l'accompagnement des enfants et des jeunes, sur les évolutions induites sur les relations avec les parents.

⌘ Préconisations 17

Mesurer les impacts liées à l'application progressive de la loi 2005.102

- 17.1 ↗ Réfléchir sur la mise en œuvre de la prestation de compensation pour les transports pour les enfants et les adolescents accueillis en établissement médico-social.
- 17.2 ↗ Anticiper l'impact de la mise en œuvre à partir de 2008 de la prestation de compensation pour les enfants et les adolescents handicapés de moins de 18 ans.

⌘ Préconisations 18 ➔ Volet 3 (pages 73 à 77)

Des salariés faisant fonction et qui assurent une prise en charge directe auprès des enfants et adolescents.

Des disparités départementales au niveau des postes d'assistant(e) de service social dans les IME.

- 18.1 ➔ Mener un examen approfondi au niveau régional sur tous les « faisant fonction » qui sont dans la prise en charge directe des enfants et adolescents.
- 18.2 ➔ Examiner les disparités régionales au niveau des postes d'assistant(e) de service social dans les IME tel que prévu dans les annexes XXIV.

En conclusion :

Mener des investigations complémentaires pour avoir une connaissance exhaustive de l'offre de service régionale pour les jeunes autistes / TED accueillis en IME, soit en ITEP, soit en section spécialisée (SEES), soit en SEHA sans que les agréments et les projets soient pour autant formalisés et connus des acteurs institutionnels ou partenaires (MDPH, ...).

Il en est de même pour les enfants et les adolescents polyhandicapés qui sont accueillis soit en institut spécialisé (annexes XXIV ter), soit en SEHA, soit dans une section annexes XXIV ter au sein d'un IME.

Cette démarche de clarification présenterait l'avantage de faciliter les missions des centres ressources (CRA, ...) et l'élaboration du PRIAC en prenant en compte les différents plans (handicap psychique, autisme / TED, polyhandicap, traumatisés crâniens).