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

Synthèse & préconisations



Synthèse

L'analyse de l'offre médico-sociale présente sur le territoire de Champagne-Ardenne que ce diagnostic propose a permis de dégager les principaux besoins et attentes de la population concernée. Ce **Diagnostic Territorial Partagé** s'appuie sur une **contribution des IME quasi-exhaustive**, dans la mesure où 87 % d'entre eux (27 sur 31 établissements de la région) ont répondu aux différents questionnaires de la première phase de travail, et où 29 d'entre eux ont participé à au moins une des deux tables rondes organisées dans le cadre de la seconde phase de l'étude. Par ailleurs, trois quarts des **partenaires des IME** (MDPH, IEN ASH, secteur de la pédopsychiatrie et ASE) ont également apporté leur contribution au cours des deuxièmes tables rondes. Cette forte participation renforce ainsi la possibilité de pouvoir **construire une perspective réciproque** entre des acteurs issus de secteurs d'action, d'institutions et de corpus différents, pour appréhender les situations de vulnérabilité du territoire commun à tous.

Le **profil du public accompagné** par les IME a évolué au cours de ces dernières années. Dans les quatre départements, alors que l'âge médian était de 6/8 ans pour les cohortes d'utilisateurs entrés en IME en 2006 ou avant, il est passé à 10/12 ans en médiane pour les cohortes accueillis à partir de l'année 2010¹. Ces **entrées plus tardives** peuvent s'expliquer par l'effet de l'effort inclusif relancé par la loi de 2005 qui a notamment eu pour effet de maintenir en milieu ordinaire nombre de jeunes déficients. Dans certains établissements, les âges sont également plus élevés dans le haut de la pyramide, avec une part de plus en plus importante d'utilisateurs accueillis au titre de l'**amendement Creton**, qui s'explique probablement par des problèmes de places à la sortie. Le profil des usagers a également évolué pour plusieurs IME en termes de déficience, puisque, aujourd'hui, environ 1 enfant sur 5 présente des **troubles psychiques** et/ou des troubles du comportement et de la conduite (TCC) en déficience principale. La **population autiste** a également progressé, elle représente à l'heure actuelle 7,7 % des effectifs des établissements. Enfin, au moment de l'enquête, presque 17 % des usagers de la région sont suivis par les services de l'**Aide sociale à l'enfance** (ASE) ce qui, d'après les IME, constitue une évolution importante depuis quelques années.

La **confrontation de l'offre** médico-sociale sur le territoire **et des besoins** des enfants et de leurs familles a permis de pouvoir jauger l'adéquation des moyens aux besoins, et d'appréhender les pistes d'évolutions nécessaires. Les **difficultés en matière d'accompagnement et les besoins** exprimés respectivement par les familles, les établissements et leurs partenaires, ont ainsi pu faire émerger plusieurs enseignements qui s'articulent selon les points suivants².

¹ Sauf dans le département de l'Aube où ce changement a été plus lent et moins important.

² Les sous-parties, **en bleu**, correspondent aux axes de travail identifiés et présentés dans la partie du rapport consacrée aux préconisations. Les préconisations issues de cette étude, regroupées et structurées dans le chapitre suivant, sont d'ores-et-déjà (en partie) intégrées **en vert** dans cette conclusion.

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

D'après l'enquête, 326 jeunes en situation de handicap se répartissent sur les **listes d'attente** des différents départements : 46 en Haute-Marne, 62 dans l'Aube, 85 dans la Marne et 133 dans les Ardennes. Ce chiffre tombe à 235 selon les MDPH, réparti comme suit : 52 en Haute-Marne (soit 6 de plus que selon les IME), 96 dans l'Aube (soit 34 de plus que selon les IME), 29 dans les Ardennes (soit beaucoup moins que selon les IME), et enfin 58 dans la Marne (soit 27 de moins que selon les IME). Ces décalages, générés par des **différences de définition et de décompte**, font apparaître la nécessité de créer un groupe de travail pour **élaborer une définition commune de la liste d'attente**, mais aussi de confier aux MDPH la **coordination d'une gestion harmonisée** de ces listes.

Par ailleurs, même si dans tous les départements, une très grande majorité des dossiers, voire l'intégralité, sont codés dans le cadre de la **Geva-compatibilité** par les MDPH, cette démarche reste encore largement méconnue des IME. Une majorité de ces derniers, qu'ils aient élaboré ou non des méthodes d'évaluation des besoins pour élaborer les PIA, semblent peu encline à l'adopter, bien que la Geva-compatibilité soit pointée par la CNSA comme le levier le plus efficace pour établir un langage commun et une évaluation partagée. C'est pourquoi il apparaît opportun de **promouvoir des actions de sensibilisation et de formation** sur la Geva-compatibilité et la méthodologie de projet dans l'ensemble de la région.

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

Parmi les **principales difficultés rencontrées** par les équipes pédagogiques, thérapeutiques, mais surtout éducatives, la capacité à accompagner les **situations complexes** (parmi lesquels les usagers présentant des troubles psychiques ou des troubles du spectre autistique) (12 des 22 difficultés rapportées par les équipes éducatives) et le fait que les différents publics aujourd'hui accompagnés en IME présentent des **profils hétérogènes** (11 cas), ont été les plus fréquentes. Les CREAL participent plus particulièrement, dans un système d'interactions entre tous les acteurs, à la compréhension, au repérage et à l'organisation des réponses en direction des **situations complexes** ou de particulière vulnérabilité, **définies comme** la résultante de **l'interaction de trois types de difficultés**³ :

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

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

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

Ainsi, dans l'Aube, un IME a insisté sur la sévérité des déficiences qui caractérise les jeunes accueillis et les difficultés d'accompagnement que cela induit. Il en a été de même en Haute-Marne concernant les **TCC** et les **conduites violentes** d'une part significative de la population accueillie, qui déstabilisent les équipes professionnelles. De façon générale, les agressions physiques subies par de plus en plus de professionnels posent d'ailleurs des problèmes croissants aux IME. L'émergence ou, selon les cas, le renforcement de ces problématiques, indique que le besoin de **former les équipes** qui ne le sont pas aux troubles psychiques, à l'accompagnement de l'autisme et à la gestion des conduites violentes.

Renforcer l'implication des familles des jeunes en situation de handicap dans l'accompagnement

Bien que 9 familles sur 10 soient **globalement satisfaites** des conditions d'accueil et d'accompagnement de leur enfant par l'IME, quelques éléments collectés au cours du diagnostic indiquent l'importance de la continuité du travail à assurer en lien avec les familles. Ainsi, même si trois quarts d'entre elles affirment être correctement **associées à l'évaluation du projet** de leur enfant, ce sujet laisse plusieurs familles perplexes (**10,5 % des familles « ne savent pas »**), voire non satisfaites (5,7 %), essentiellement par manque de communication ou d'échanges : « *Nous avons reçu le compte rendu au courrier à la maison. Nous aurions aimé être associés à cette réunion* ». Il apparaît donc comme nécessaire de **faire participer systématiquement les familles** des usagers à l'élaboration et l'évaluation du Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) de leur enfant.

Par ailleurs, les acteurs haut-marnais ont eu l'occasion souligner qu'un **contexte socio-économique** marqué par la **précarité** (parfois grande) dans certaines familles, peut se traduire par une faible **capacité des familles à bien s'orienter**. L'« aiguillage » se faisant alors, la plupart du temps, par l'institution scolaire, et pouvant expliquer le phénomène des **entrées tardives**, observé dans les résultats de l'enquête et confirmé par plusieurs IME pendant les tables rondes. Ces observations tendent à devoir **renforcer l'information auprès des familles** sur les possibles réponses d'accompagnement et, plus globalement, à mieux les accompagner, en établissant éventuellement des liens avec des partenaires comme les Circonscription d'action sociale.

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

En Champagne-Ardenne, les **niveaux et les modalités de scolarisation** des enfants et adolescents accueillis en IME sont très variables. Bien qu'élevés (entre 74,4 % et 95,7 %) dans les Ardennes, la Marne et la Haute-Marne, les **taux de scolarisation** montrent que certains enfants ou adolescents ne

bénéficient pas d'un accès à la scolarité. Dans l'Aube, la part d'usagers scolarisés, selon les informations transmises par les établissements participants, n'excède pas un enfant sur trois. Cette situation, confirmée par certaines directions d'IME au cours des tables rondes, s'expliquent par les niveaux de déficience des jeunes accueillis et/ou le faible nombre d'enseignants dans l'établissement. Par ailleurs, pour les usagers scolarisés, le **volume d'enseignement reste (très) faible**. Ce constat correspond globalement aux observations réalisées dans le cadre de ce diagnostic, puisque 13 % des jeunes sont scolarisés moins d'un jour par semaine. Il invite à **renforcer l'évaluation des besoins d'apprentissage scolaire** de tous les enfants accueillis en IME.

Au niveau des **modalités de scolarisation**, les tables rondes départementales ont permis de remarquer que le dispositif de la **scolarité partagée** (notification UE/ULIS) existe depuis longtemps dans les Ardennes. A l'inverse, dans la Marne, les différents acteurs partagent l'idée que la scolarité d'un enfant en IME ne doit pas primer sur les autres types d'accompagnement, et l'Education Nationale n'est pas favorable à la double notification UE/ULIS. Un IME a d'ailleurs fait savoir qu'il rencontrait des difficultés à scolariser les enfants en milieu ordinaire. Il semble ainsi nécessaire de **favoriser le développement des scolarités partagées, en cohérence avec le PPS**. Les mécanismes d'**inclusion scolaire** sont également décrits par les IME de ce département comme variables selon le lieu d'origine de l'enfant et l'enseignant référent. Dans l'Aube, des dispositifs innovants ont été mis en avant, comme la « **scolarisation inversée** » : celle-ci qui consiste en l'accueil d'un enfant scolarisé en milieu ordinaire posant problème dans l'école, en « échange » de l'accueil d'un enfant de l'ITEP (ou de l'IME) dans le milieu scolaire ordinaire. Dans tous les cas, **développer l'externalisation d'UE** pourrait permettre, comme l'indique la **mission interministérielle**⁴, d'offrir un temps partiel proche du mi-temps (soit bien plus qu'en UE interne), mais surtout une approche d'un rythme scolaire qui permette plus facilement des inclusions, tout en renforçant les possibilités d'apprentissage. Cependant, la mission souligne que l'externalisation représente un **surcoût** important (en matière de **transport** essentiellement, comme signalé par les IME de l'Aube au cours des tables rondes).

Dans la région, le **Geva-Sco** semble généralisé et utilisé systématiquement dans les quatre départements. Néanmoins, les différents acteurs ont tenu à souligner, comme en Haute-Marne, que la place et le rôle de ce document dans l'élaboration de l'accompagnement du jeune doit être suffisamment clair pour tous, et que les évaluations, au-delà du Geva-Sco, doivent **conserver une dimension qualitative** (qui pourrait échapper à un document de ce genre).

Pour autant, les **Projet Personnalisé de Scolarisation** (PPS) restent peu mobilisés et, même lorsqu'ils sont utilisés à minima (comme dans les Ardennes), ils ne sont pas systématiquement envoyés aux familles (système trop chronophage selon les établissements). Il importe donc que soit **élaboré systématiquement un PPS** pour chaque enfant, et que ce document prenne le soin de préciser le temps de scolarisation minimal. Par ailleurs, les **parents** doivent être partie prenante dans l'élaboration des projets de scolarisation de leurs enfants, dès l'**instruction du Geva-Sco**. Enfin, face

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

aux difficultés exprimées, il serait intéressant de pouvoir proposer des formations aux équipes pluridisciplinaires des IME pour clarifier l'articulation des différents niveaux de projet.

Au niveau du **parcours et du suivi de la scolarisation**, certains établissements ardennais ont estimé que les réunions de l'Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS) étaient trop nombreuses et pas toujours nécessaires (car peu de valeur ajoutée). Dans la Marne, ces mêmes ESS ont été considérées comme difficiles à mettre en place, et constituent l'unique occasion de rencontre entre les équipes d'IME et l'enseignant référent. Il faut rappeler que dans ce département, les **enseignants référents** ont en moyenne environ 300 usagers dans leur portefeuille de suivis, d'où un **constat partagé de manque de moyens humains**. Il apparaît donc important de renforcer la communication entre les IME et les enseignants référents.

Mais surtout, la problématique des parcours de scolarisation renvoie au phénomène de **rupture de parcours**, rapporté par nombre d'acteurs et cristallisé par le nombre d'enfants et adolescents « sans solutions » (85 situations recensées dans les Ardennes selon les acteurs présents aux tables rondes). Que ce soit pour des raisons de pénurie de places dans le secteur adulte (qui ne permet donc pas aux usagers du secteur enfant d'« accéder » au secteur adulte), ou dans les **ULIS-lycée** de la région, une des manières de résorber ce problème peut être de renforcer l'offre de formation professionnelle pour les adolescents et jeunes adultes (ULIS lycée, ULIS pro, mais aussi SESSAD pro et SIPFP).

Enfin, l'analyse du **partenariat autour de la scolarisation** a mis en exergue que, si 60 % de ces partenariats donnent satisfaction aux IME, le **manque d'échanges** entre les différents acteurs peut être une source d'insatisfaction. D'où la nécessité de renforcer les échanges et la communication entre l'IEN ASH et les directions d'IME, par exemple en instaurant plusieurs rencontres annuelles.

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

Parmi les usagers d'IME accueillis en Champagne-Ardenne, les **services de la pédopsychiatrie** en accompagnent 8,2 % (seulement 2,7 % dans l'Aube). Quant au **secteur libéral**, il prend en charge 5 % d'entre eux (dans l'Aube, cette proportion s'élève à 16,6 %).

Sur le territoire, des **manques de moyens** en psychiatrie et un déficit de professionnels de santé ont été soulignés dans chaque département. Mais, au-delà de ces réalités structurelles, ce sont également des **questions de formations** et de **coordination** entre les acteurs du sanitaire et du médico-social qui ont resurgi. De fait, le partenariat autour de l'accompagnement thérapeutique a été jugé mitigé par les IME, essentiellement par insuffisance d'échanges. Cette méconnaissance, réciproque, incite par exemple à promouvoir l'organisation d'évènements permettant la présentation des différents modes d'interventions entre sanitaire et médico-social, pour favoriser une meilleure interconnaissance chez les équipes professionnelles. En Haute-Marne, les IME proposent que soient organisées des formations communes, afin de renforcer la professionnalisation de chacun de ces acteurs.

Renforcer l'articulation avec la protection de l'enfance

Le diagnostic permet de constater qu'en Champagne-Ardenne, 16,7 % des enfants accompagnés en IME bénéficient d'un accompagnement par les services de l'**Aide sociale à l'enfance (ASE)**, sachant que l'accueil familial est la modalité d'accueil la plus fréquente (11,3 % des cas). Dans les Ardennes et la Haute-Marne, c'est environ 1 enfant sur 5 qui est suivi par les services de l'ASE.

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

Par ailleurs, si les risques de se retrouver **sans solution les week-ends** sont problématiques, l'ASE de l'Aube a par exemple exprimé son souhait de ne pas considérer une possibilité d'accueil en IME lors des week-ends et des vacances comme une solution unique, dans la mesure où cette solution n'est pas forcément moins déstructurante au regard de l'ASE. Néanmoins, il apparaît opportun de **favoriser la concertation et l'élaboration commune** par les différents acteurs concernés (IME, l'ASE, autres acteurs du secteur social, acteurs socioculturels ou d'insertion, etc.) de solutions structurées pour éviter autant que faire se peut ces situations de ruptures. En rappelant également, à la suite des IME de Haute-Marne, qu'une offre de cette nature ne doit pas concerner que les enfants de l'ASE, mais qu'elle doit aussi représenter **une possibilité de répit aux familles** (notamment aux familles d'enfant autiste).

L'analyse du **partenariat** et du **partage d'informations** autour de la protection de l'enfance a d'abord indiqué que la **majorité des partenariats** avec les acteurs de la protection de l'enfance (**68 %**) **donne satisfaction** aux IME. Les non satisfaits critiquent surtout le **manque de concertation et de partage d'informations**. Les acteurs marnais ont en effet estimé que ce partenariat doit être entretenu en permanence. Certains IME de Haute-Marne pensent quant à eux que le partenariat avec l'ASE manque de conventionnement-cadre, nécessaire pour que soient respectées quelques règles. Enfin, il conviendrait de **clarifier l'articulation entre les PIA des IME et les PPE construits par l'ASE**, pour mieux cibler les objectifs de chacun et les rôles des différents intervenants auprès de l'enfant.

Diversifier/assouplir des modalités d'accueil

Dix ans après la loi de 2005 et treize ans après celle de 2002, la prise en compte des **besoins singuliers d'accompagnement** est plus que jamais à l'ordre du jour dans les débats concernant l'évolution du secteur médico-social. Ainsi, entre autre questionnement, celui de l'évolution de l'organisation de l'offre de réponse des IME en direction d'un « **dispositif** » (à l'instar des réflexions que développent les ITEP depuis plusieurs années) ne fait pas consensus, mais est aujourd'hui inscrit dans les réflexions. Par exemple, dans la Marne, la DT ARS estime que le système actuel, basé sur la **double notification SESSAD-IME** est un outil qui ne permet pas d'aller aussi vite qu'il le faudrait et qui n'est **pas encore assez souple**. Dans l'Aube, l'Education Nationale, bien que réservée en raison de

dysfonctionnements observés sur le dispositif ITEP, admet qu'un certain assouplissement est nécessaire, tout **en gardant des contrôles** pour que les besoins des établissements ne soient pas privilégiés par rapport à ceux des enfants. Plusieurs IME de ce département ont également affirmé qu'il fallait sortir de l'idée qu'une place en internat doit être attribuée et fixée pour toute une année durant.

Ce débat est à rattacher à celui, plus large, du **décompte de l'activité** et de la **tarification** des ESMS. Les IME sont aujourd'hui **pris en tension dans un paradoxe**, car d'un côté les usagers (les jeunes et leur famille) souhaitent vivre « comme les autres » et revendiquent leur liberté de pouvoir recourir à une offre de service souple ; d'un autre côté, les établissements se demandent comment répondre favorablement aux demandes des usagers et des partenaires, tout en affichant une activité potentiellement critiquable au regard du financeur. Les directions d'IME de Haute-Marne ont à cet égard exprimé la nécessité de ne plus devoir fonctionner avec les taux d'activité et d'occupation tels qu'ils sont définis aujourd'hui, s'il est envisagé de faire évoluer l'organisation du secteur. Faute de quoi, les établissements continueront par exemple à **refuser des demandes d'accueil** séquentiel, pour n'accepter que les demandes de 5 jours, et pour lesquelles les risques sont minimisés en termes d'**absentéisme**. Bref, il s'agit de **rediscuter avec les IME les objectifs concernant les taux d'occupation et les périodes d'ouverture, pour laisser plus de possibilité de réponse à l'offre de répit**, sachant qu'aujourd'hui les IME sont **ouverts entre 190 et 220 jours** par an.

La diversification des modalités d'accueil s'observe dans les **initiatives ou projets des IME** de la région, qui demandent toutefois à être reconnus et stabilisés. Ainsi, dans l'Aube, un IME propose des **stages d'accueil**, pour que les familles puissent tester l'offre et décider de maintenir ou non leur demande. Dans les Ardennes, pour lutter contre la pénurie de professionnels dans le secteur de la pédopsychiatrie (des **postes** sont également à **pourvoir** dans la plupart des IME **en orthophonie et psychomotricité**), les acteurs concernés proposent de créer des **postes « mobiles »**. Favoriser l'assouplissement des modalités d'accompagnement en IME, c'est donc aussi **encourager la diversité des initiatives et expérimentations** dans les différents territoires départementaux.

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

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

Préconisations

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

Tous les départements

- Créer un groupe de travail pour élaborer une définition commune de la liste d'attente ;
- Confier aux MDPH la coordination d'une gestion harmonisée des listes d'attente ;
- Objectiver les orientations qui restent sans suite ;
- Promouvoir des actions de sensibilisation et de formation sur la Geva-compatibilité et la méthodologie de projet.

Ardennes

- Permettre le rapprochement des données de la MDPH, celles de l'Education nationale et de la Protection de l'enfance ;
- Confier à l'ARS le pilotage de la valorisation des expériences et de la capitalisation des connaissances sur le territoire (« débriefing collectif »).

Marne

- Structurer et pérenniser la présence de tous les acteurs concernés aux EPE ;
- Harmoniser les transmissions des différentes évaluations disciplinaires au sein d'un outil de recueil des besoins multidimensionnel de la personne ;
- Elaborer des stratégies de gestion des listes d'attente communes avec le secteur adulte.

Aube

- Former ou actualiser les connaissances des professionnels sur les nouveaux modes d'accompagnement lorsque cela est nécessaire (avec les familles, à la méthodologie de projet, notamment) ;
- Evaluer la faisabilité d'une généralisation des stages d'accueil, préalables à l'admission en IME ;
- Favoriser la prise de connaissance des projets d'établissement par la MDPH. A cette fin, rédiger des synthèses des projets d'établissement, en conformité avec les recommandations de l'ANESM.

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

Tous les départements

- Accompagner les équipes éducatives dans leur capacité à accompagner les cas complexes. Ainsi, il s'agit de former les équipes qui ne le sont pas à :
 - Aux troubles psychiques ;
 - A l'accompagnement de l'autisme ;
 - A la gestion des conduites violentes.
- Développer l'offre de formation et d'insertion professionnelle des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap ;
- Organiser des sessions d'échanges inter-établissements sur les pratiques professionnelles des différentes équipes d'IME.

Axe 3 – Renforcer l'implication des familles des jeunes en situation de handicap dans l'accompagnement

Tous les départements

- Faire participer systématiquement les familles des usagers à l'élaboration et l'évaluation du PIA de leur enfant.

Haute-Marne

- Renforcer l'information auprès des familles sur les possibles réponses d'accompagnement (Envisager de proposer un guichet unique).

Axe 4 – Faire en sorte que chaque jeune accompagné en établissement bénéficie d'un véritable projet personnalisé de scolarisation

Tous les départements

- Renforcer l'évaluation des besoins d'apprentissage scolaire de tous les enfants accueillis en IME ;
- Favoriser le développement des scolarités partagées, en cohérence avec le PPS ;
- Développer l'externalisation d'UE ;
- Evaluer l'appropriation effective par les équipes des nouveaux outils réglementaires (Geva-Sco, PPS) ;
- Proposer des formations aux équipes pluridisciplinaires des IME pour clarifier l'articulation des différents niveaux de projet ;
- Elaborer systématiquement un PPS pour chaque enfant, qui indique un temps de scolarisation minimal ;

- Prévoir, dans les conventions constitutives des UE, un temps minimum hebdomadaire de scolarité pour chaque enfant accueilli en IME. En cas d'impossibilité absolue de scolariser un enfant, en préciser explicitement les raisons dans son projet d'accompagnement ;
- Inclure des indicateurs de fonctionnement des UE dans ces conventions (durée effective de scolarisation, temps d'inclusion dans les écoles et établissements) ;
- Effectuer (IEN ASH) un bilan annuel des quotités de scolarisation de chaque enfant, et organiser une remontée des évaluations qualitatives de la scolarisation des jeunes accompagnés, *via* des rencontres régulières entre les directions d'IME et l'IEN ASH par exemple ;
- Faire participer les parents à l'instruction du Geva-Sco ;
- Renforcer l'offre de formation professionnelle pour les adolescents et jeunes adultes (ULIS lycée, ULIS pro, mais aussi SESSAD pro et SIPFP) ;
- Renforcer la communication entre les IME et les enseignants référents ;
- Renforcer les échanges et la communication entre l'IEN ASH et les directions d'IME en instaurant plusieurs rencontres annuelles.

Ardennes

- Permettre le rapprochement des évaluations de la MDPH et celles de l'Education nationale, pour pouvoir proposer les solutions les mieux adaptées (notification UE/ULIS, etc.).

Marne

- Harmoniser et augmenter les moyens de scolarité attribués aux IME (mise à disposition d'enseignants par l'Education Nationale) ;
- Pérenniser la présence de l'enseignant référent aux ESS.

Aube

- Harmoniser et augmenter les moyens de scolarité attribués aux IME (mise à disposition d'enseignants par l'Education Nationale) ;
- Etablir une réflexion autour de la problématique du transport, favorable à une plus grande inclusion scolaire en milieu ordinaire ;
- Favoriser une évaluation plus fine des besoins d'enseignement des enfants ;
- Encourager l'utilisation systématique d'outils Geva-compatibles par les IME.

Haute-Marne

- Veiller à un usage du Geva-Sco qui préserve l'aspect qualitatif des évaluations ;
- Faire participer les parents à l'élaboration du Geva-Sco ;

Axe 5 – Poursuivre l’effort de décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

Tous les départements

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

Ardennes

- Proposer des formations communes et mutualisées entre établissements médico-sociaux et sanitaires ;
- Optimiser la co-construction du PIA en systématisant la participation des familles, par une coordination entre IME et pédopsychiatrie ;
- Renforcer le réseau « public frontière » (dispositif de consultations des médecins pour un bilan partagé) ;
- Encourager le développement des « postes mobiles » ;
- Anticiper autant que faire se peut les hospitalisations par un travail collectif.

Marne

- Prolonger les actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé à la prise en charge des jeunes en situation de handicap.

Aube

- Encourager le développement des maisons de santé ;
- Améliorer le partage d’informations, favoriser les évaluations partagées entre IME et secteur pédopsychiatrique.

Haute-Marne

- Encourager le développement des maisons de santé ;
- Améliorer le partage d’informations, favoriser les évaluations partagées entre IME et secteur pédopsychiatrique.

Axe 6 – Renforcer l’articulation avec la protection de l’enfance

Tous les départements

- Favoriser la concertation (entre les IME, l’ASE, les autres acteurs du secteur social, les acteurs socioculturels ou d’insertion, etc.) et l’élaboration commune de solutions structurées pour éviter autant que faire se peut les situations de ruptures ;
- Porter ce travail de réflexion sur deux axes prioritaires :
 - L’évaluation du nombre de personnes sans solution et sans solution adaptée
 - La construction d’une offre de réponse continue sur l’année (y compris week-end et vacances) ;
- Anticiper le passage à la majorité, en préparant le jeune à sa sortie des dispositifs d’accompagnement, et en travaillant donc son autonomie dans les domaines du logement, de la vie quotidienne, etc. ;
- Renforcer l’offre de répit aux familles (notamment aux familles d’enfant autiste) ;
- Systématiser l’usage du PPE pour tous les enfants accompagnés par l’ASE :
 - Inclure explicitement l’accompagnement médico-social dans ce document ;
 - Structurer et clarifier son articulation avec les PIA ;
- Institutionnaliser ces objectifs au sein d’un conventionnement cadre entre l’ASE et chaque IME.

Ardennes

- Vérifier si le nombre de places du Foyer répit de l’EDPAMS suffit à répondre aux besoins du territoire ;
- Soutenir puis évaluer, à N+1, la mise en place de la « fiche de liaison » entre l’ASE et les IME ;
- Solliciter les IME pour qu’ils transmettent à l’ASE des éléments d’évaluation actualisés de la situation du jeune avant un jugement.

Marne

- Favoriser la participation systématique des référents ASE aux réunions de synthèse au sein des IME ;
- Solliciter les IME pour qu’ils transmettent à l’ASE des éléments d’évaluation actualisés de la situation du jeune avant un jugement ;
- Assurer une régularité du partage d’informations entre les IME et l’ASE (Mettre en place une fiche de liaison en s’inspirant du modèle ardennais).

Haute-Marne

- Proposer 12 à 15 places d’accueil de répit, ouverte sur toute l’année ;
- Proposer une rencontre entre l’ASE, l’ARS, la MDPH et les IME pour définir ensemble quel acteur peut prendre la place de responsable de la coordination des accompagnements d’un enfant.

Axe 7 – Diversifier/assouplir des modalités d'accueil

Tous les départements

- Encourager la diversité des initiatives et expérimentations dans les territoires ;
- Rediscuter avec les IME les objectifs concernant les taux d'occupation. Baser les objectifs à atteindre sur une activité objectivée et comparable entre ESMS. A cette fin, construire des rapports d'activité harmonisés, avec des indicateurs élaborés conjointement et faisant consensus ;
- Renforcer l'individualisation des modalités d'accueil, favoriser le développement de l'internat aménagé.