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



Table des matières

Introduction	4
Contexte	4
La démarche méthodologique : Un diagnostic territorial partagé.....	4
Le comité de pilotage	5
Participation des établissements et de leurs partenaires à l'étude.....	5
Le public accompagné en IME : profil et évolution	7
Des entrées plus tardives	7
Une part importante d'enfants ou adolescents avec troubles psychiques et/ou TCC.....	11
De plus en plus d'usagers relevant de l'ASE.....	13
Les situations de violence.....	13
Conséquences de ces évolutions.....	14
Quels services rendus dans les territoires ?	15
Aires de recrutement des établissements.....	15
Offre de service	22
<i>Modalités d'accueil</i>	<i>22</i>
<i>Les publics effectivement accompagnés</i>	<i>23</i>
<i>Les listes d'attente</i>	<i>24</i>
L'accompagnement éducatif	26
<i>Activités mises en place.....</i>	<i>26</i>
<i>Difficultés rencontrées par les équipes éducatives.....</i>	<i>27</i>
<i>Postes à pourvoir dans le domaine éducatif</i>	<i>28</i>
Scolarité des usagers et activités en matière pédagogique.....	29
<i>Niveau et modalités de scolarisation</i>	<i>29</i>
<i>Les outils normalisés (PPS, Geva-Sco)</i>	<i>34</i>
<i>Parcours et suivi de la scolarisation</i>	<i>36</i>
<i>Activités mises en place.....</i>	<i>38</i>
<i>Difficultés rencontrées par les équipes pédagogiques.....</i>	<i>39</i>
<i>Postes à pourvoir dans le domaine pédagogique</i>	<i>40</i>
<i>Le partenariat autour de la scolarisation.....</i>	<i>40</i>
Accompagnement et activités thérapeutiques	42
<i>Activités mises en place.....</i>	<i>42</i>
<i>Organisation de l'accompagnement thérapeutique et moyens dédiés</i>	<i>43</i>

<i>Difficultés rencontrées par les équipes thérapeutiques</i>	46
<i>Postes à pourvoir dans le domaine thérapeutique</i>	47
<i>Les partenariats autour de l'accompagnement thérapeutique</i>	47
Articulation des IME avec la protection de l'enfance	50
<i>Le public concerné et son accompagnement</i>	50
<i>Continuité et rupture de l'accompagnement</i>	50
<i>Le partenariat et le partage d'informations autour de la protection de l'enfance</i>	53
L'articulation globale des accompagnements.....	57
<i>Vers un dispositif IME ?</i>	57
<i>Geva-compatibilité</i>	62
Les autres partenariats entretenus par les IME	63
Les IME vus par les familles	65
Questionnaire adressé aux familles	65
<i>Propos introductif</i>	65
<i>Satisfaction globale</i>	66
<i>L'accueil des enfants</i>	67
<i>L'admission des enfants</i>	68
<i>Les relations avec les établissements</i>	68
<i>Les projets des enfants</i>	69
<i>L'accompagnement au quotidien</i>	71
<i>Les repas et l'hébergement</i>	73
<i>Les transports</i>	74
Les besoins et attentes non satisfaits des usagers.....	76
Et les projets pour répondre à ces besoins	77
Conclusion et préconisations	80
Conclusion	80
Préconisations	87
Annexes	93
Annexe 1 – Déficiences principales et associées, par département	93
Annexe 2 – Données statistiques issues des réponses des familles	94
Annexe 3 – Questionnaires	101
<i>Questionnaire à destination des établissements</i>	101
<i>Grille enfants (à destination des établissements)</i>	105
<i>Questionnaire à destination des familles</i>	106
Annexe 4 – Listes des participants aux tables rondes.....	111

Introduction

Contexte

Le Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS) de Champagne-Ardenne entend suivre les préconisations du ministère et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) quant à la transformation et l'adaptation de l'offre d'équipement sur le territoire. Cette ligne de conduite passe notamment par la recherche d'une diversification de cette offre, à même de favoriser et de renforcer **l'inclusion des jeunes en situation de handicap en milieu « ordinaire »**.

La mise en œuvre de ces priorités ne peut toutefois être opérée sans une analyse fine **et partagée** de l'offre médico-sociale présente sur le territoire et sans une connaissance approfondie des besoins et attentes de la population concernée.

L'objectif de cette étude est de pouvoir disposer d'un point de vue objectif sur l'accompagnement des enfants en situation de handicap, par les Instituts médico-éducatifs (IME), en Champagne-Ardenne. La confrontation de l'offre médico-sociale sur le territoire et des besoins des enfants et de leurs familles permettra ainsi de pouvoir jauger l'adéquation des moyens aux besoins, et le cas échéant d'appréhender les pistes d'évolutions nécessaires.

La démarche méthodologique : Un diagnostic territorial partagé

Introduire et promouvoir le **changement dans l'organisation territoriale** de l'offre médico-sociale ne peut être une démarche réaliste et pérenne qu'en s'appuyant sur une **dynamique collective**, où chaque acteur, tout en préservant ses propres prérogatives, stratégies et préoccupations, reconnaît l'utilité voire la nécessité d'engager certaines transformations.

C'est la raison pour laquelle l'Association Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) a rédigé un guide à l'attention des ARS et des Conseils Départementaux pour conduire un **Diagnostic Territorial Partagé (DTP)**¹. Cette démarche vise, sur un territoire d'intervention donné, à 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 présent diagnostic s'inscrit dans cette démarche.

Cette méthodologie originale privilégie une **approche populationnelle** à une approche sectorielle et consiste à objectiver, sous différentes focales, la situation des organisations médico-sociales : public

¹ ANCREAI, *Guide méthodologique pour conduire un Diagnostic Territorial Partagé (DTP)*, Octobre 2015.

effectivement accompagné, aires de recrutement, difficultés rencontrées par les équipes, stratégies mises en place pour les dépasser, etc.

Ce premier tour d'horizon est complété en s'attachant également à recueillir le point de vue des bénéficiaires. Les représentations et analyses des acteurs institutionnels sont ainsi abondées ou nuancées par celles des familles des enfants accueillis.

Enfin et surtout, les résultats obtenus par ces démarches « traditionnelles » d'enquête sont exposés, pour être **discutés collectivement** (et ainsi illustrés, contextualisés, explicités...) avec les acteurs concernés (IME, ARS), ainsi que les autres acteurs du territoire qui entrent en contact avec le public juvénile en situation de handicap (partenaires des IME).

Ce diagnostic territorial est donc produit dans une **démarche collective de co-construction**. Les acteurs sont non seulement informés de phénomènes objectivés, mais ils discutent également les leviers d'évolution mutuellement acceptables pour dépasser les obstacles identifiés. Cette méthodologie d'étude permet ainsi d'élaborer, **selon un principe d'acceptabilité commune**, les principales lignes du changement à conduire sur le territoire Champardennais. C'est sur ces lignes que les dynamiques d'acteurs (réseaux institutionnels, dialogue de gestion IME/ARS, partenariats...) pourront se poursuivre après le diagnostic, sa démarche constituant moins un aboutissement qu'un point de départ.

Le comité de pilotage

Le comité de pilotage, associant l'ARS Champagne-Ardenne et le CREAI Champagne-Ardenne / Délégation Lorraine et Alsace, a supervisé la réalisation des travaux. Ont participé à ce comité de pilotage :

- Mme Valérie PAJAK, Pôle sécurité et qualité de la Direction de l'offre de soin à l'ARS Champagne-Ardenne ;
- Mme Karine VIENNESSE, Secteur des personnes handicapées de la Direction médico-social de l'ARS Champagne-Ardenne ;
- M. Thibault MARMONT, Directeur du CREAI Champagne-Ardenne / Délégation Lorraine et Alsace ;
- M. Stéphane BERNARD, Conseiller technique du CREAI en charge de l'étude.

Participation des établissements et de leurs partenaires à l'étude

La première phase de l'étude a donc reposé sur deux axes d'investigation, auprès des établissements et auprès des familles. Pour approfondir la connaissance de la réalité de l'offre médico-sociale, un questionnaire et une grille à remplir (cf. annexe 3) ont été diffusés à tous les IME de la région. Par

ailleurs, un questionnaire a également été diffusé aux familles (cf. annexe 3) pour connaître leur niveau de satisfaction actuel, pour préciser leurs attentes et leurs besoins, satisfaits, insuffisamment satisfaits, voire non satisfaits. Au total, ce sont 457 réponses des familles qui ont pu être traitées, soit environ un quart d'entre elles.

Du côté des établissements, malgré une participation mitigée des établissements aubois (cf. tableau 1), la première phase de l'étude s'appuie sur des données quasi-exhaustives d'un point de vue statistique. Partant du nombre de places installées (selon l'Agence Régionale de Santé), le nombre d'enfants pour lesquels des informations ont été collectées représente un taux de 90,3 %, soit 1 736 enfants au total.

Tableau 1 - Participation à la 1ère phase de l'étude.

	Ardennes	Marne	Aube	Haute-Marne	Champ.-Ard.
Capacités installées ARS	547	672	378	325	1 922
Etude IME	556	665	187	328	1 736
Taux de réponse	101,6%	99,0%	49,5%	100,9%	90,3%

Source - ARS CA, Diagnostic IME 2015.

En lien avec la méthodologie adoptée, une deuxième phase a consisté à aller à la rencontre des établissements et de leurs partenaires. Ces rencontres ont pris la forme de tables rondes dans chacun des départements de Champagne-Ardenne. Une première table ronde a d'abord réuni les IME et les DT ARS, une deuxième table ronde a ensuite convié ces mêmes acteurs ainsi que les principaux partenaires des IME (MDPH, IEN ASH, ASE et pédopsychiatrie). Cette deuxième phase fait état d'une large concertation (cf. tableau 2), sauf dans la Marne où la participation a été plus mitigée (6 des 9 établissements du département ont participé à la première table ronde, et 7 sur 9 à la deuxième). Les listes détaillées des participants, par département, sont situées en annexe 4.

Tableau 2 - Participation aux tables rondes.

	Ardennes (9 IME)	Marne (9 IME)	Aube (6 IME)	Haute-Marne (7 IME)
Table ronde 1 (nb d'IME participant)	7	6	6	7
Table ronde 2 (nb d'IME participant)	8	7	5	7
<i>MDPH</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
<i>IEN ASH</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
<i>ASE</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
<i>Pédopsychiatrie</i>	<i>non</i>	<i>non</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>

Source - Diagnostic IME 2015.

Le public accompagné en IME : profil et évolution

Les évolutions majeures des publics accueillis en IME se caractérisent par un recul de l'âge moyen à l'entrée en établissement, quel que soit la modalité d'accueil, mais aussi par un accroissement des effectifs d'enfants et adolescents atteints de troubles psychiques et/ou de la conduite et du comportement (TCC). Enfin, les usagers accompagnés par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance sont également de plus en plus nombreux dans ces structures.

Des entrées plus tardives

L'**âge médian à l'admission** varie de 7 ans dans l'Aube à 12 ans en Haute-Marne (8 ans dans les Ardennes ; 9 ans dans la Marne) (cf. tableau 3). La particularité **haut-marnaise** réside dans le fait que, quelle que soit la déficience des enfants, ils sont **admis en établissement à des âges plus** (voire beaucoup plus) **élevés** que dans les autres départements. Par exemple, pour les enfants déficients intellectuels, alors que la moitié de ceux accueillis actuellement dans ce département est entrée en établissement après l'âge de 12 ans, cet âge est de 7 à 9 ans dans les autres territoires. Inversement, les enfants des IME de l'**Aube** sont, pour **la moitié d'entre eux, entrés avant 7 ans**, avec très peu de variation selon la déficience. Globalement, à l'échelle régionale, ce sont les enfants atteints de troubles autistiques et les polyhandicapés ou déficients viscéraux qui sont accueillis les plus jeunes (7 ans en médiane). Le public souffrant de troubles psychiques et/ou TCC est celui qui entre en établissement le plus tardivement (10 ans). Au cours des tables rondes dans la **Marne**, un établissement a avancé l'idée que **le maintien en milieu ordinaire expliquerait ce recul** de l'âge à l'admission des enfants (en l'occurrence de 14 à 16 ans).

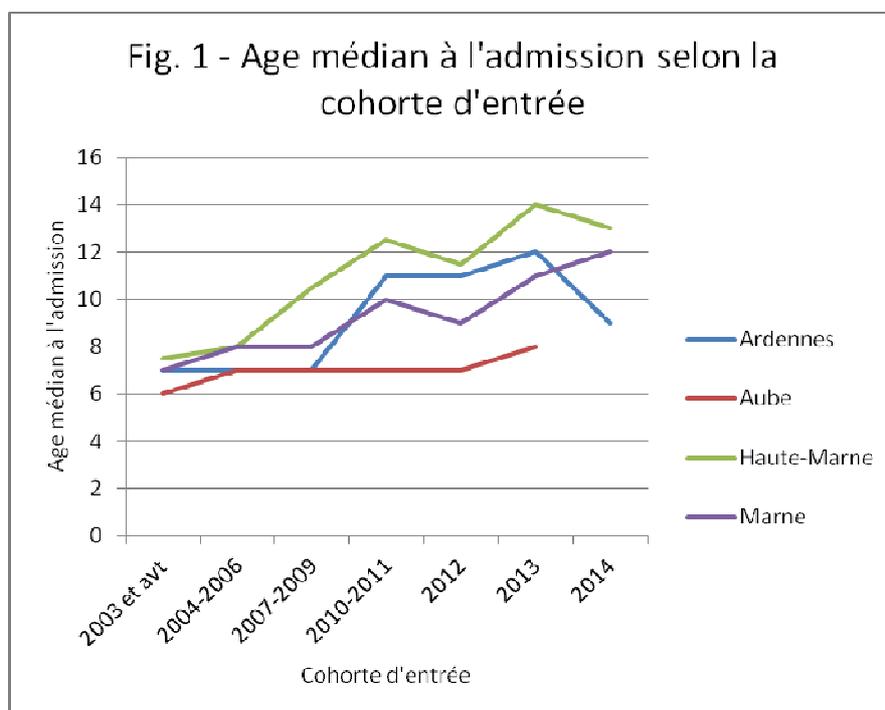
Cet âge à l'admission n'est **pas le même selon la période** à laquelle les usagers sont entrés en IME (cf. figure 1)². Dans les quatre départements, alors que l'âge médian était de 6/8 ans pour les cohortes d'usagers entrés en IME en 2006 ou avant, il est passé à 10/12 ans en médiane pour les cohortes accueillis à partir de l'année 2010, sauf dans le département de l'Aube où ce changement a été plus lent et moins important (entre 2003 et 2013, l'âge médian à l'admission est passé de 6 à 8 ans).

Cette tendance a été mise en évidence en décembre 2014 à l'échelle nationale par une **mission interministérielle** réunissant les services d'inspection et de contrôle des ministères des Affaires sociales, de l'Education nationale, et des Finances a rendu un rapport sur les UE dans les établissements médico-sociaux et de santé³. Ce rapport indique qu'en 10 ans, le nombre d'élèves scolarisés en milieu ordinaire et considérés comme handicapés a beaucoup augmenté, par un **effet**

² Ces données relatives à l'âge au moment de l'admission devraient idéalement être complétées par des informations concernant les usagers qui sont entrés puis sortis des IME de la région. Pour autant, en faisant l'hypothèse que le nombre d'année que vont passer les usagers actuels en IME n'est pas significativement différents du nombre d'année qu'ont passé les anciens usagers en IME, il est possible d'affirmer que les résultats présentés sont représentatifs des réalités de parcours des usagers d'IME, quel que soit la cohorte d'entrée auxquelles ils appartiennent.

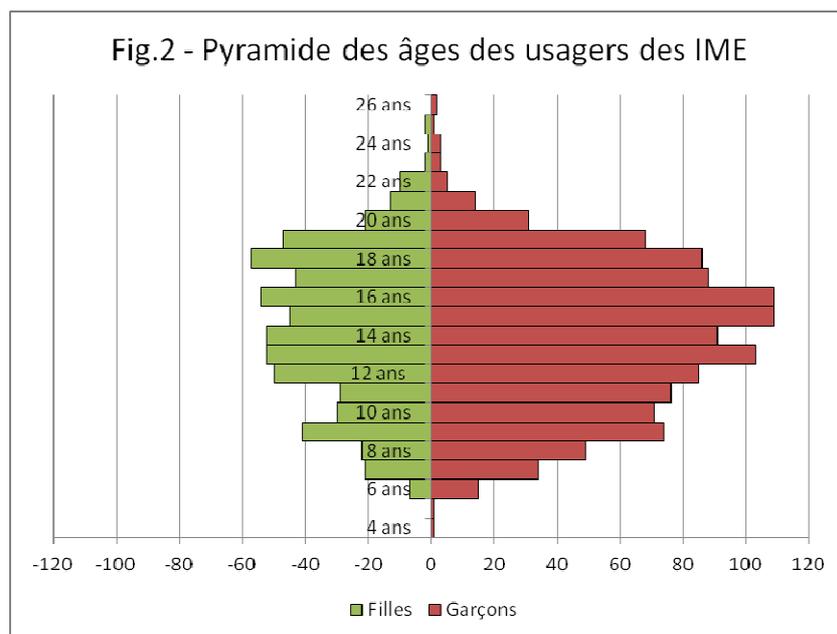
³ Rapport CGEF, IGAS, IGEN, IGAENR n° 14.03.09/2014-046R/2014-090, « Les unités d'enseignements dans les établissements médico-sociaux et de santé », décembre 2014.

combiné du changement de définition introduit par la **loi de 2005** et de **l'effort inclusif** alors demandé. Cela ayant provoqué des âges moyens à l'entrée en établissement (surtout en IME) plus tardifs, qui s'expliquent à la fois par un « **effet ULIS** » qui maintient plus d'élève et plus longtemps en milieu ordinaire, et par un **effet « liste d'attente »** (augmentation du nombre de demandes). La mission observe ainsi **deux modes d'entrées : à 5-7 ans** (pour ceux qui ont connu la maternelle) et à **12-13 ans** (pour ceux qui ont connu l'ULIS).



L'**âge médian actuel** des enfants accueillis varie de 13 ans dans l'Aube à 15 ans en Haute-Marne (14,5 ans dans les Ardennes ; 14 ans dans la Marne), soit une « gradation » identique à celle des âges à l'admission. La proportion d'enfants âgés d'au moins 20 ans (*i.e.* sous **amendement Creton**) représente de 1,1 % dans l'Aube à 5,5 % en Haute-Marne (3,3 % dans la région Champagne-Ardenne). L'ensemble de ces faits soulève la question de la possibilité de sortir de l'IME qui, semble-t-il, soit davantage problématique dans le département de la Haute-Marne, et moins dans l'Aube.

La pyramide des âges (*cf.* figure 2) indique par ailleurs que, quel que soit l'âge observé, les **garçons sont toujours plus nombreux que les filles** (65 % de garçons au total). Les âges inférieurs à 9 ans et supérieurs à 19 ans sont sous-représentés dans la population usager des IME.



Dans les **Ardennes**, au cours des tables rondes, a émergé l'idée que la part de plus en plus importante d'usagers accompagnés au titre de l'amendement Creton peut être liée au refus d'orientation proposée à certains parents, pour des questions de proximité géographique par exemple. Or, ce fonctionnement (le libre choix des parents) a des répercussions sur toute la « chaîne » et donc sur les possibilités d'accueil dans le secteur adulte et donc, par voie de conséquence, sur les possibilités de sortie des IME.

En **Haute-Marne**, le fait que les admissions soient, dans certains IME, plus tardives s'explique par plusieurs points évoqués au cours des tables rondes :

- Le contexte démographique, car les écoles font le maximum pour garder leurs élèves ;
- Le contexte socio-économique, car la précarité, parfois grande dans certaines familles, se traduit par une faible capacité des familles à bien s'orienter. La plupart du temps, l'« aiguillage » est réalisé par l'institution scolaire ;
- Les CAMSP ont également des réticences à laisser partir les enfants qu'ils accompagnent ;
- Le **problème des places à la sortie, y compris pour les plus de 14 ans.**

Tableau 3 - Age actuel et âge à l'admission, par département.

	Ardennes (N=556)	Marne (N=665)	Aube (N=187)	Haute-Marne (N=328)	Champ.-Ard. (N=1 736)
Ages					
Age actuel (médiane)	14,5	14,0	13,0	15,0	14,0
% de plus de 20 ans	3,1%	3,0%	1,1%	5,5%	3,3%
Age à l' admission (médiane)	8,0	9,0	7,0	12,0	9,0
<i>Déf. Intellectuelle</i>	8,5	9,0	7,0	12,0	9,0
<i>Troubles psy / TCC</i>	8,0	10,0	7,0	14,0	10,0
<i>Autisme</i>	6,0	7,5	6,5	12,0	7,0
<i>Déf. Moteur</i>	15,0	8,5	7,0	-	8,5
<i>Plurihandicap</i>	10,0	9,0	-	8,0	9,0
<i>Polyhand/Viscérales</i>	11,0	7,0	-	-	7,0
<i>Autres déf.</i>	11,0	7,0	-	8,0	8,0

Source - Diagnostic IME 2015.

Préconisation – Tous les départements

- Objectiver les orientations qui restent sans suite.

Préconisation – Haute-Marne

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

Une part importante d'enfants ou adolescents avec troubles psychiques et/ou TCC

En Champagne-Ardenne, « seuls » deux tiers des enfants accueillis en IME ont pour **déficiences principale** une déficience intellectuelle, bien que cette proportion varie d'un département à l'autre (de 51 % dans la Marne à 88,2 % dans l'Aube ; cf. tableau 4). Les troubles psychiques et/ou TCC concernent **environ 1 enfant sur 5 dans la région**, et peuvent atteindre **près de 3 enfants sur 10** dans le département de la **Marne**. Ce dernier territoire est également atypique dans la mesure où il accueille plus que les autres des publics présentant une déficience principale très minoritaire par ailleurs (polyhandicap, déficience viscérale, autres déficiences). La **population autiste** est quant à elle représentée de manière relativement semblable au sein des différents départements (**7,7 %** des effectifs accueillis en moyenne régionale)⁴.

Les différences de « profil » entre départements – identifiées par le biais de la déficience principale – trouvent un écho dans les déficiences associées. En effet, globalement, plus la déficience principale est d'origine intellectuelle et plus la présence d'une déficience associée est élevée, cette dernière étant fréquemment d'ordre psychique⁵.

Plus spécifiquement sur les **troubles psychiques / TCC**, en cumulant les usagers qui ont ces troubles **en déficience principale ou en déficience associée**, ce sont **environ un tiers** des usagers accompagnés dans la région (35 %) qui sont concernés. Cette proportion varie de 33 % (dans la Marne et en Haute-Marne), à 37 % dans les Ardennes et 39 % dans l'Aube.

A ce sujet, au cours des tables rondes dans les **Ardennes**, la MDPH signale que 645 enfants ont un droit ouvert en IME et que, parmi eux, 62 % ont des troubles psychiques, 264 ont une déficience intellectuelle et cognitive, 229 ont une déficience du langage ou de la parole.

Dans la **Marne**, par rapport à l'évolution des types de déficiences, un établissement se pose la question de savoir si les diagnostics réalisés par les psychologues scolaires et ceux de l'IME concordent, eu égard les décalages observés entre les IME et l'Education nationale. D'ailleurs, il serait pour eux intéressant de pouvoir comparer les déficiences principales à l'entrée et 4/5 ans plus tard, pour estimer l'évolution des troubles. En effet, au moment de l'entrée, ce témoin estime probable que la « réelle » déficience ne soit pas toujours la déficience intellectuelle, mais une autre, qui n'apparaîtrait seulement qu'au fil des années, mais qui pourrait peut être, en réalité, être déjà prépondérante au moment de l'entrée. Selon l'ARS, la MDPH ne serait pas en mesure de poser un diagnostic aussi précis que ceux réalisés par les IME eux-mêmes. Quoiqu'il en soit, l'évolution de la part d'usagers avec troubles psychiques pose en effet des problèmes de cohabitation (avec les déficients intellectuels légers par exemple) dans les IME.

Dans l'**Aube**, tous les établissements ne sont pas concernés, mais la fréquence de plus en plus importante d'usagers avec des troubles du comportement pose des problèmes aux équipes (IME l'Eveil ou Impro l'Accueil par exemple ; l'IME Chantejoie se déclare non concerné). Pour les

⁴ La population autiste est identifiée par le biais de la section à laquelle appartient l'enfant, et non par celui de la nomenclature proposée quant aux déficiences principales et associées.

⁵ Le détail des déficiences principales et associées peut être consulté en annexe 1.

établissements, ces enfants sont souvent issus d'un contexte familial défaillant et socialement précarisé et démuné. Ces usagers, dont une part significative relève de l'ASE, présentent des difficultés à pouvoir cohabiter, ce qui oblige les établissements à diminuer les effectifs des groupes.

En **Haute-Marne**, pour certains établissements, l'évolution significative du nombre d'usagers présentant des troubles psychiques s'explique par l'absence de solutions, notamment en ITEP pro, pour les jeunes de 16 ans et plus. D'autres établissements ne constatent toutefois pas de hausse des effectifs de jeunes avec TCC, bien qu'ils accompagnent également ce type de public.

Tableau 4 - Déficience principale, par département.

	Ardennes (N=556)	Marne (N=665)	Aube (N=187)	Haute-Marne (N=328)	Champ.-Ard. (N=1 736)
Déficience principale					
Déf. Intellectuelle	70,3%	51,0%	88,2%	78,4%	66,4%
Troubles psy / TCC	16,9%	28,1%	5,9%	11,3%	19,0%
Autisme	8,3%	7,2%	5,3%	9,1%	7,7%
Déf. Moteur	0,5%	1,2%	0,5%	-	0,7%
Plurihandicap	2,7%	2,1%	-	0,9%	1,8%
Polyhand/Viscérales	1,1%	4,2%	-	-	2,0%
Autres déf.	0,2%	6,2%	-	0,3%	2,5%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

Préconisation – Tous les départements

- Développer l'offre de formation et d'insertion professionnelle des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.

Préconisations - 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.

De plus en plus d'usagers relevant de l'ASE

Au moment de l'enquête, presque **17 % des usagers** accompagnés par les IME de la région sont également suivi par les services de l'**Aide sociale à l'enfance (ASE)**⁶. Dans les départements des Ardennes et de la Haute-Marne, environ 1 enfant sur 5 est concerné par cette situation (cf. tableau 5). La modalité d'accompagnement majoritaire est l'accueil familial (environ deux tiers des cas sur l'ensemble de la région). Aussi, au cours des tables rondes, les établissements médico-sociaux des **Ardennes** enregistrent une forte hausse des effectifs d'enfants relevant de l'ASE dans leur structure, depuis environ 3 ans.

Tableau 5 - Accompagnement par l'ASE.

	Ardennes (N=556)	Marne (N=665)	Aube (N=187)	Haute-Marne (N=328)	Champ.-Ard. (N=1 736)
Aide sociale à l'enfance	19,4%	13,7%	14,4%	19,5%	16,7%
<i>dont ASE placement étab.</i>	4,0%	3,5%	1,6%	1,2%	3,0%
<i>dont accueil familial</i>	13,1%	8,1%	11,8%	14,6%	11,3%
<i>dont mesure éducative</i>	2,3%	2,1%	1,1%	1,8%	2,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

Les situations de violence

Dans les **Ardennes**, les équipes ont signalé qu'elles ne se sentent pas suffisamment formées pour faire face aux cas de violence ou aux cas complexes.

Dans la **Marne**, les usagers présentant un niveau de violence trop important ne peuvent pas être maintenus en établissement. Dans ce cas, la MDPH est saisie afin que soit prononcé une notification de sortie.

Dans l'**Aube**, une des conséquences de l'évolution du nombre d'usagers avec des troubles du comportement est l'apparition de phénomènes de violence. Ces situations de violence existent entre jeunes, mais également envers les professionnels, qui aboutissent par exemple à des demandes de sorties définitives auprès de la MDPH. La problématique de la violence comportementale a également été évoquée à propos des enfants et adolescents avec autisme, l'adaptation de leurs modalités d'accueil jouant comme un facteur de prévention des troubles qui se situent souvent à l'origine des conduites violentes.

Cette problématique n'a pas été abordée en **Haute-Marne**.

Préconisation – Tous les départements

- **Former les équipes à la gestion des conduites violentes.**

⁶ L'articulation entre les IME et la protection de l'enfance est détaillée dans la partie « Articulation avec la protection de l'enfance ».

Conséquences de ces évolutions

Dans les **Ardennes**, les acteurs estiment que l'actuelle multiplicité des situations ainsi que l'évolution des handicaps entraîne une nécessaire adaptation des établissements, qui se retrouvent parfois limités dans leur capacité d'offre de réponse face à cette réalité des besoins. Il faut de fait **créer des nouveaux modes de prise en charge**, les schémas d'organisation actuels n'étant plus adaptés.

Quels services rendus dans les territoires ?

Aires de recrutement des établissements

L'objectivation de l'origine géographique des enfants accueillis pour chaque département permet de déterminer le rayonnement de l'attractivité des établissements. Elle vise également à mettre en perspective d'éventuels chevauchements territoriaux. Rappelons que la question territoriale est toujours délicate à traiter dans le secteur médico-social, car le phénomène de rationalisation de l'équipement est susceptible de se heurter au phénomène de libre choix dont bénéficie les parents.

Dans les **Ardennes**, où sont représentées les aires de recrutement de neuf structures, une majorité des enfants accompagnés par un IME sont domiciliés dans le nord du département (*cf.* carte 5), dans les principaux pôles urbains et leur aire⁷. Si la grande majorité d'entre eux sont effectivement accueillis par un établissement se situant également dans ces zonages, certains jeunes le sont dans les structures du sud du département (par défaut de places, par choix, etc. ; *cf.* carte 1). Au total, **c'est près de la moitié des bénéficiaires (47,3 %) qui vit dans une commune située en dehors de l'aire urbaine où est installé son établissement** d'accueil (*cf.* tableau 6). L'entrecroisement observable dans l'espace géographique de l'axe Charleville-Mézières-Sedan-Revin traduit des situations où l'enfant n'est pas accompagné par l'établissement le plus proche de son domicile. Cependant, près de 4 enfants sur 10 n'ont pas à sortir de l'unité urbaine de leur commune de résidence pour s'y rendre. Enfin, le département des Ardennes accueille **14 enfants vivant dans un autre département** (soit 2,5 %), dont sept dans la Meuse et trois dans la Marne. Les usagers recrutés hors département ont la particularité d'être admis en établissement à un âge médian plus élevé que celui des autres usagers (+ 1,5 an).

Dans la **Marne**, neuf structures accompagnent 665 enfants. L'agglomération rémoise concentre une forte activité (quatre établissements, soit 58 % de l'offre totale de ce département) et, bien que des entrecroisements existent (*cf.* carte 2), la grande majorité de la population qui y est accueillie vit dans cette aire urbaine (90 %). Ce n'est pas le cas dans le reste du département où, par exemple, le nombre limité de places dans le sud-ouest (18) pousse les enfants vivant dans cette zone vers d'autres établissements, hors de leur aire urbaine de résidence. Néanmoins, la Marne est – logiquement au regard de sa densité urbaine – le département de la région où les enfants accompagnés sont le plus souvent issus d'une commune située dans la même aire urbaine que l'IME, voire **de la même commune (21,5 % des cas ; cf.** tableau 6). Enfin, les établissements Marnais accueillent **17 enfants vivant dans un autre département** (soit 2,6 %), dont trois dans l'Aisne, cinq

⁷ Selon l'Insee, la notion d'**unité urbaine** repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Une **aire urbaine** est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) – de plus de 10 000 emplois pour les « grandes aires urbaines », de 5 000 à 10 000 emplois pour les « moyennes aires urbaines » ou de 1 500 à 5 000 emplois pour les « petites aires urbaines » –, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

dans la Meuse et cinq dans l’Aube. Les usagers recrutés hors département ont la particularité d’être admis en établissement à un âge médian plus élevé que celui des autres usagers (+ 2 ans).

Dans l’**Aube**, où les trois structures répondantes, accompagnent 187 enfants, plus de la moitié des effectifs accompagnés (**54 %**) **sont domiciliés dans la grande aire urbaine de Troyes** (cf. carte 5). Si la majorité d’entre eux sont effectivement accueillis par un établissement se situant également dans cette zone, environ un tiers l’est dans les deux autres structures du département (par défaut de places, par choix, etc. ; cf. carte 3). Au total, c’est près de la moitié des bénéficiaires (48,1 %) qui vit dans une commune située en dehors de l’aire urbaine où est installé son établissement d’accueil (cf. tableau 6). Parmi ces derniers, **six sont des enfants qui viennent d’un autre département** (soit 3,2 %), dont cinq de la Marne. Les usagers recrutés hors département ont la particularité d’être admis en établissement à un âge médian plus élevé que celui des autres usagers (+ 3,5 ans).

Dans la **Haute-Marne**, sept structures accueillent 328 enfants. Dans la moitié sud du département, les trois établissements recrutent – du fait d’un nombre limité de places dans l’agglomération langroise – de manière relativement entremêlée. L’un des établissements étant situé dans une commune du sud-est du département, isolée et hors d’influence des pôles, 44 % des enfants accueillis dans la moitié sud de la Haute-Marne vivent dans une aire urbaine différente de celle de leur établissement d’accueil, susceptibles donc de rencontrer davantage de difficultés en matière de transport.

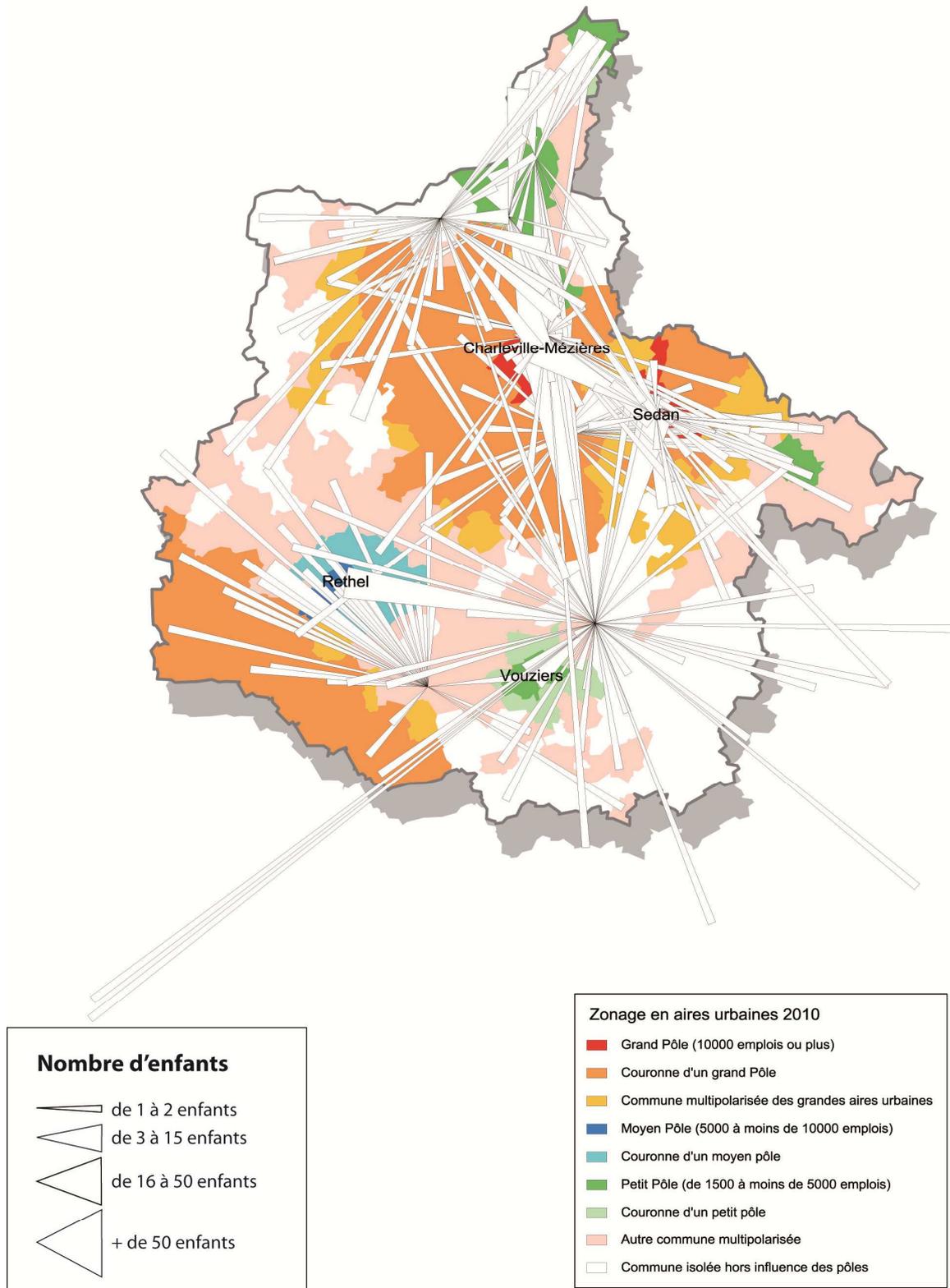
Les enfants vivant dans le nord du département se répartissent dans les quatre établissements installés dans cette zone (à Saint-Dizier, Puellemontier, Montier-en-Der et Joinville), d’où un certain entrecroisement observable (cf. carte 4). Cependant, dans cette partie de la Haute-Marne, près de 5 enfants sur 10 n’ont pas à sortir de leur aire urbaine de résidence pour se rendre à l’IME qui les accueille. L’autre particularité du nord du département est sa propension à accueillir une **part relativement élevée d’enfants provenant d’un autre département**. En effet, **20 enfants (6,1 %)** résident ailleurs qu’en Haute-Marne, six dans l’Aube, sept dans la Marne et trois dans la Meuse (cf. tableau 6). Mais les usagers recrutés hors département n’ont pas, contrairement aux autres départements de la région, la particularité d’être admis en établissement à un âge médian plus élevé que celui des autres usagers. Cela pouvant s’expliquer par le fait que les usagers accueillis en Haute-Marne sont déjà, au moment de l’admission, plus âgés qu’ailleurs (12 ans contre 7 à 9 ans).

Tableau 6 - Origine géographique des enfants accompagnés.

	Ardennes (N=556)	Marne (N=665)	Aube (N=187)	Haute-Marne (N=328)	Champ.-Ard. (N=1 736)
Dans la même commune	6,5%	21,5%	11,2%	25,0%	16,2%
Dans la même unité urbaine	31,1%	20,8%	24,6%	6,4%	21,8%
Dans la même aire urbaine	12,6%	35,2%	16,0%	15,2%	22,1%
Dans une autre zone du département	47,3%	20,0%	44,9%	47,3%	36,6%
Dans un autre département	2,5%	2,6%	3,2%	6,1%	3,3%

Source - ARS CA, Diagnostic IME 2015.

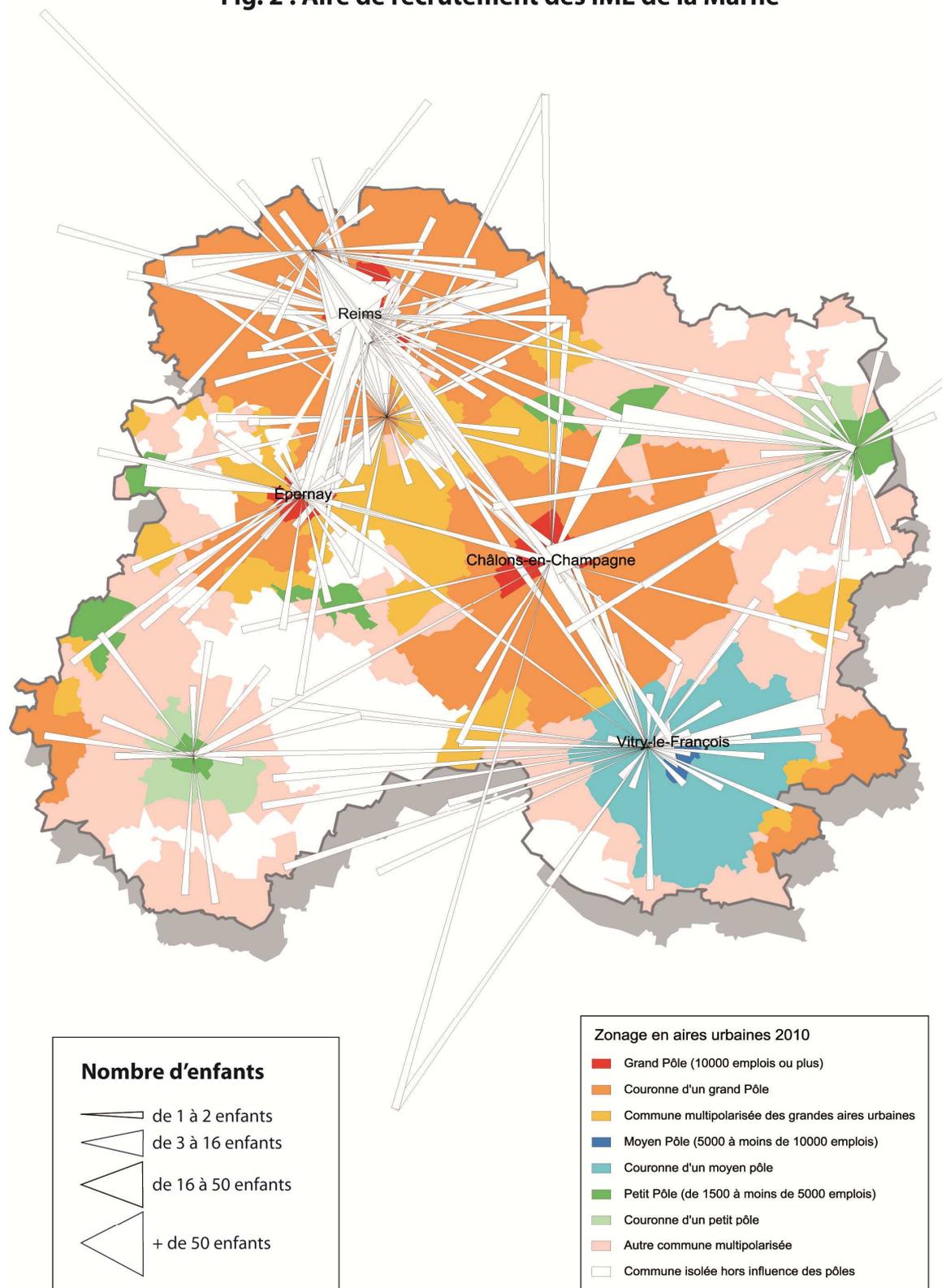
Fig. 1 : Aire de recrutement des IME des Ardennes



Sources : INSEE - CREA Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 55 km

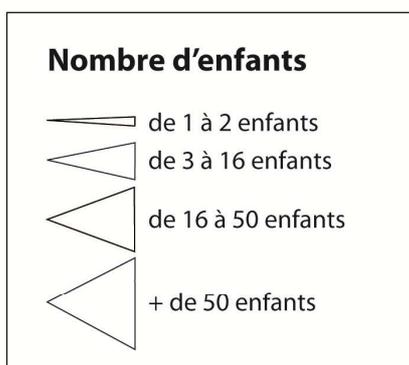
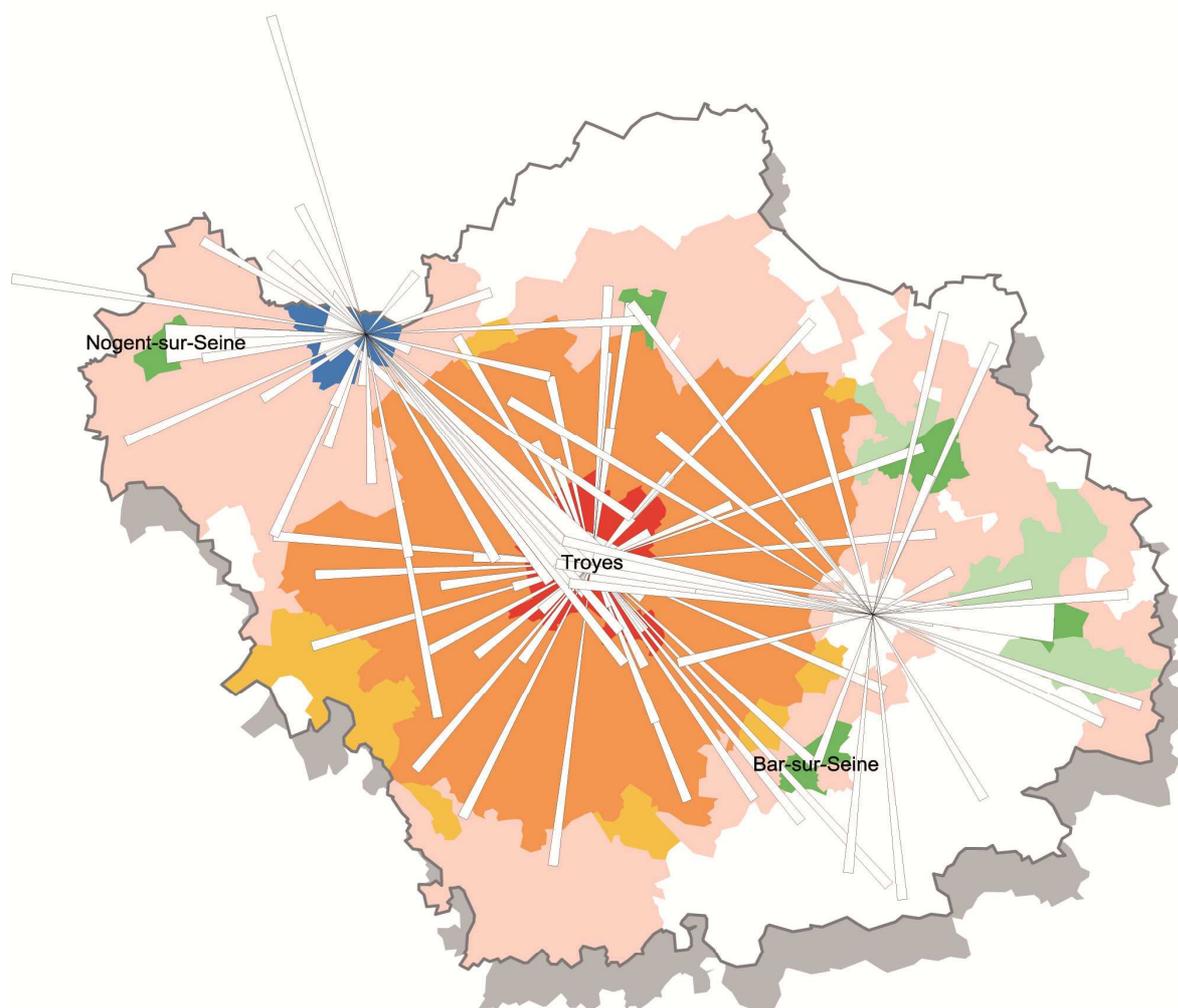
Fig. 2 : Aire de recrutement des IME de la Marne



Sources : INSEE - CREAL Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 55 km

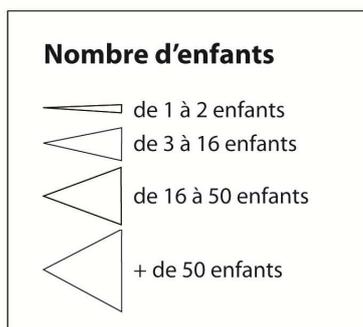
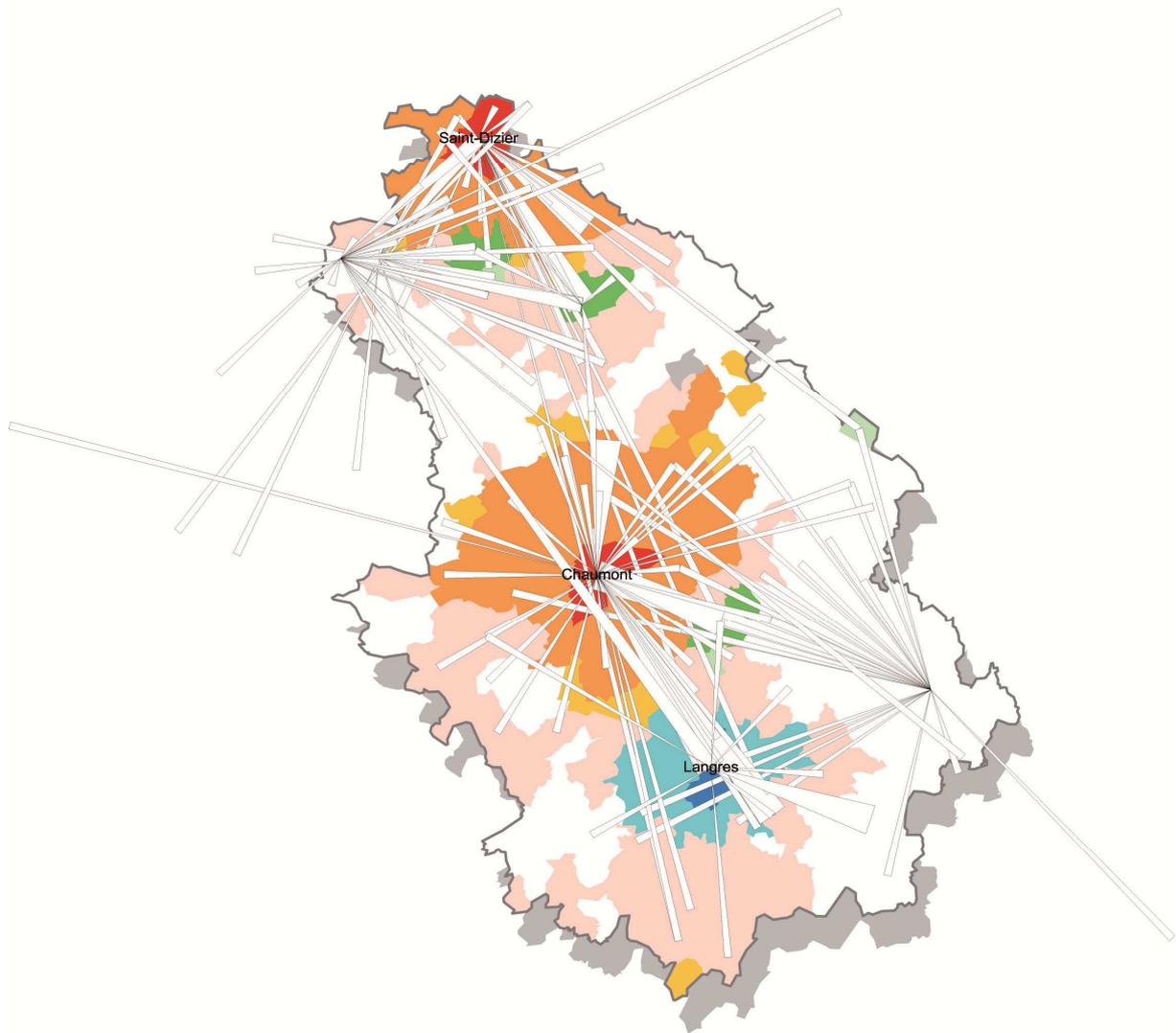
Fig. 3 : Aire de recrutement des IME de l'Aube



Sources : INSEE - CREAL Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 55 km

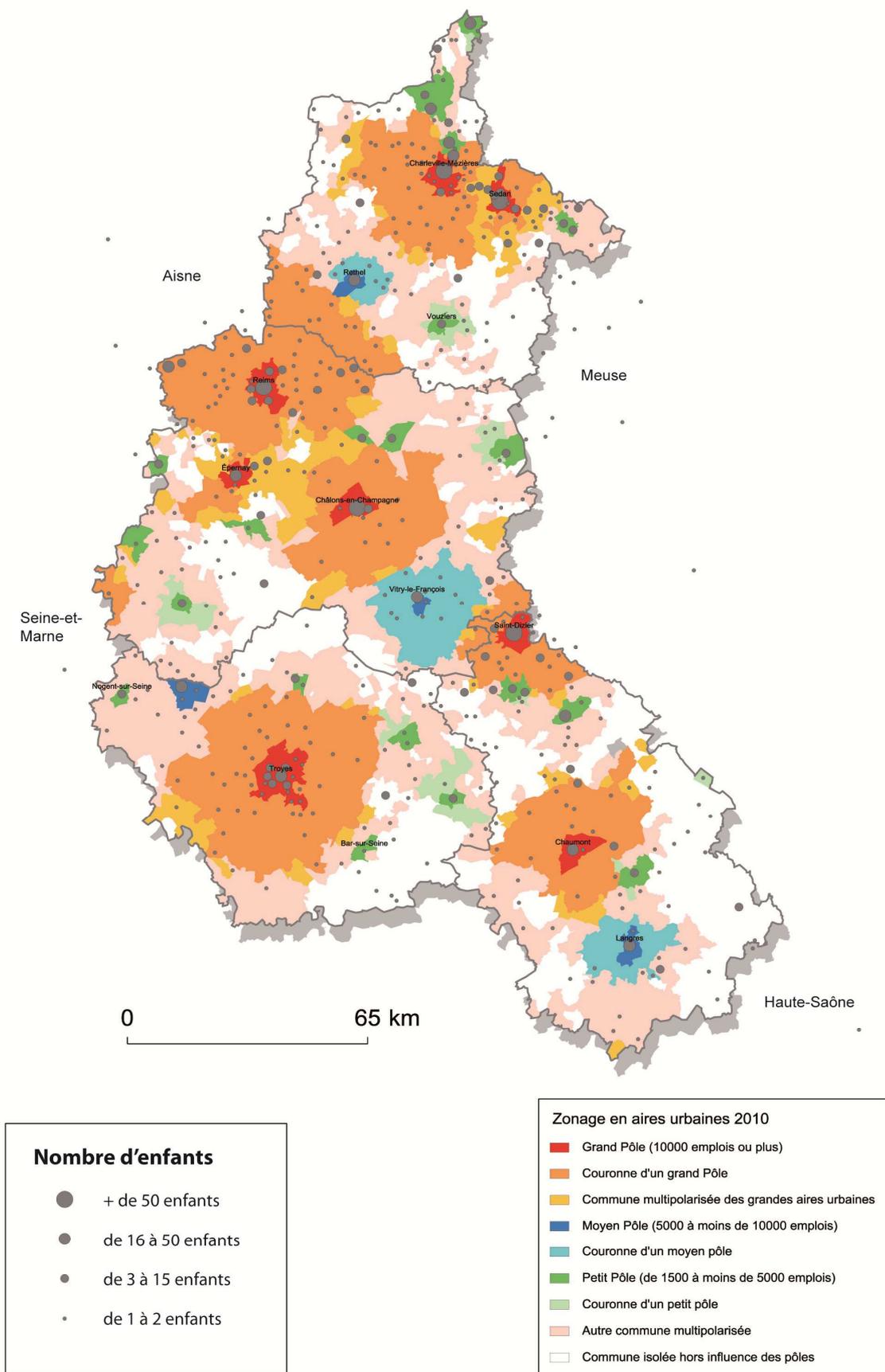
Fig. 4 : Aire de recrutement des IME de la Haute-Marne



Sources : INSEE - CREAI Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

0 50 km

Fig. 5 : Nombre d'enfants selon la commune de résidence



Sources : INSEE - CREAL Champagne-Ardenne/Délégation Lorraine
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

Offre de service

Les possibilités d'accueil régional peuvent être appréhendées *via* les **taux d'équipement** en IME, en déclinant l'offre selon la modalité d'accueil (cf. tableau 7). Ainsi, les **offres territoriales des Ardennes et de la Haute-Marne sont supérieures** puisque les taux y sont respectivement de 7,8 et 7,9 places pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans ; tandis que ce même taux est de 5,1 ‰ dans l'Aube et 4,8 ‰ dans la Marne.

Le taux d'équipement global supérieur dans les **Ardennes** s'explique surtout par l'offre de places en **accueil de jour** (5,5 ‰, contre 3,1 à 4,0 ‰ dans les autres départements). Tandis que le taux d'équipement en **Haute-Marne** plus élevé s'explique par une offre en **hébergement** plus importante que dans les autres territoires (3,4 places pour 1 000 personnes de moins de 20 ans, contre 1,1 à 1,9 ‰ ailleurs).

Tableau 7 - Taux d'équipement (pour 1 000) en IME, en Champagne-Ardenne.

	Ardennes	Marne	Aube	Haute-Marne	Champ.-Ard.
Capacités installées ARS	547	672	378	325	1 922
<i>dont internat</i>	97	148	140	142	527
<i>dont accueil de jour</i>	390	484	228	165	1 267
<i>dont autisme</i>	60	40	10	18	128
Taux d'équipement	7,8	4,8	5,1	7,9	5,9
<i>dont internat</i>	1,4	1,1	1,9	3,4	1,6
<i>dont accueil de jour</i>	5,5	3,5	3,1	4,0	3,9
<i>dont autisme</i>	0,9	0,3	0,1	0,4	0,4

Source - ARS Lorraine au 01.01.2015, Diagnostic IME 2015.

Note de lecture - Dans les Ardennes, au 01.01.2015, 7,8 places sont disponibles pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans.

Modalités d'accueil

Dans la région, environ la moitié des établissements propose de l'internat aménagé (9 sur les 22 répondants⁸). Globalement, il y a autant de semi-internat que d'internat de semaine. Il y a 16 structures avec hébergement au total. Parmi les 22 structures, 8 proposent les 3 modes d'accueil.

Tableau 8 - Modalité d'accueil, par département.

	Ardennes (n=6)	Marne (n=7)	Aube (n=4)	Haute-Marne (n=5)	Champ.-Ard. (n=22)
Modalités d'accueil					
Internat de semaine	4	4	3	5	16
Internat aménagé	2	1	2	4	9
Semi-internat	5	7	3	4	19

Source - Diagnostic IME 2015.

⁸ Ces 22 répondants gèrent à eux tous 32 établissements. Ce qui signifie que des gestionnaires ont répondu au questionnaire qui leur était adressé pour l'ensemble des structures qu'elles gèrent (y compris pour les antennes) ou séparément pour chacune d'entre elles. C'est pourquoi, dans ce document est parfois utilisé la terminologie « gestionnaires/établissements » lorsqu'il n'est pas possible de pouvoir démêler l'un de l'autre des deux termes.

Le nombre de jours d'ouverture varie **de 190 à 220 jours par an**, sauf pour l'IME de l'ACPEI qui ouvre son **internat 365 jours** par an. Tous les autres établissements ferment tout ou partie des vacances scolaires. Parmi les 16 IME qui offrent de l'hébergement, 2 sont ouverts moins de 200 jours dans l'année, 5 le sont entre 200 et 204, 8 offrent leurs services de 207 à 210 jours par an, et donc 1 internat est ouvert toute l'année.

En **Haute-Marne**, au cours des tables rondes, a été signalé qu'une place de plus en plus importante était accordée à l'accueil en internat aménagé, mais que cela avait des conséquences sur les **coûts de transports**. Mais la rationalisation de ces coûts se traduit par une augmentation des temps de transport.

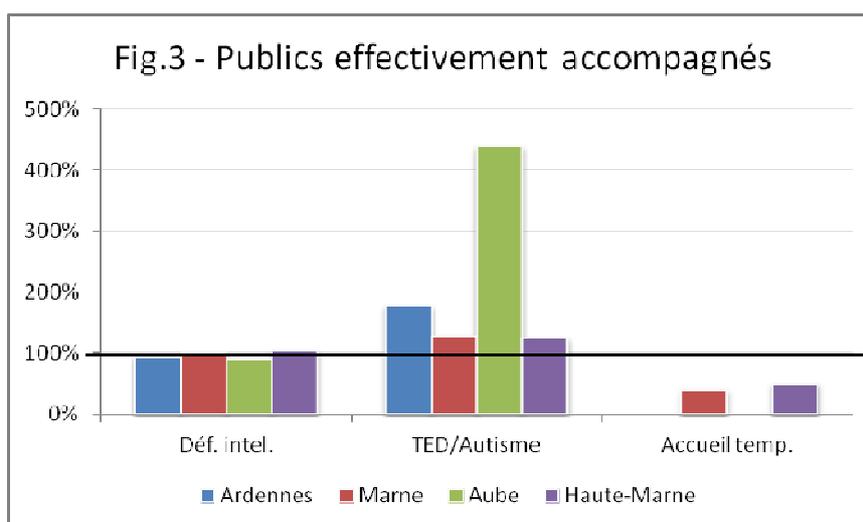
Préconisation – Tous les départements

- Renforcer l'individualisation des modalités d'accueil, favoriser le développement de l'internat aménagé.

Les publics effectivement accompagnés

La figure 3 présente les ratios qui correspondent au rapport entre le nombre d'**usagers effectivement accompagnés** sur le nombre de places agréées et installées.

Pour le public le plus nombreux dans les IME (les **déficients intellectuels**), entre **90 et 104 % de la capacité installée** est couverte et effectivement occupée par des usagers. Par contre, les publics **TED/Autisme sont surreprésenté par rapport aux nombres de places installées** dans les différents départements. **Surtout dans l'Aube** où, par rapport aux 10 places agréées et installées, 44 usagers sont effectivement accompagnés en IME (soit 440 % de la capacité prévue).



Les listes d'attente

Parmi les 22 IME ayant participé à l'enquête, un seul a déclaré ne pas disposer de **liste d'attente**. Pour les autres, le temps moyen d'attente avant admission peut être de moins de 6 mois (3 structures avec hébergement et 1 sans hébergement), mais il est plus régulièrement de 6 mois à 1 an (respectivement 4 et 3 IME) (cf. tableau 9). Certains établissements ont des temps d'attente de plus de 1 an (5 IME au total).

Tableau 9 - Temps d'attente moyen avant admission.

	Avec héberg. (n=15)	Sans héberg. (n=6)
Tps d'attente		
Moins de 6 mois	3	1
Entre 6 mois et 1 an	4	3
1 an ou plus	2	3
Sans précision	6	0

Source - Diagnostic IME 2015.

Toujours d'après l'enquête, entre 46 et 133 personnes sont inscrites sur les **listes d'attente dans les différents départements : 46 en Haute-Marne, 62 dans l'Aube, 85 dans la Marne et 133 dans les Ardennes.**

Cela dit, les données transmises par les quatre **MDPH** à la suite des tables rondes sur les effectifs de personnes en attente ont permis de constater que les établissements et les MDPH ne retiennent pas spécialement les mêmes critères pour enregistrer une personne comme étant en attente et ne coordonnent pas, dans certains départements, leurs actions en matière de gestion des attentes. Ainsi, le nombre de personnes en attente **selon les MDPH** est de :

- 52 en Haute-Marne (soit 6 de plus que selon les IME), dont 22 en internat et 21 en accueil de jour (dont 3 places autisme) (9 non renseignés) ;
- 96 dans l'Aube (soit 34 de plus que selon les IME), sans possibilité de précision de la modalité d'accueil demandée ;
- 29 dans les Ardennes (soit beaucoup moins que selon les IME), dont 2 en internat et 19 en accueil de jour (8 non renseignés et pas de précision autisme) ;
- 58 dans la Marne (soit 27 de moins que selon les IME), sans possibilité de précision de la modalité d'accueil demandée.

Les **tables rondes** ont été l'occasion de contextualiser les données recueillies dans le cadre de l'enquête et d'apporter des éléments de réponse sur les écarts observés :

Dans les **Ardennes**, selon la MDPH, 28 enfants sont actuellement sur leur liste d'attente. Parmi eux, **la moitié a entre 6 et 10 ans (48 %)** et une légère majorité vit dans le sud du département (54 %). **La MDPH souhaiterait que les pratiques soient homogénéisées au niveau de la gestion des listes** (les établissements transmettent d'ailleurs leur liste à la MDPH), afin qu'une définition unique et

partagée soit effective. Un IME souligne par ailleurs qu'il a conscience des difficultés rencontrées par la pédopsychiatrie pour limiter les attentes avant une prise en charge dans ce secteur sanitaire.

Dans la **Marne**, pour la plupart des établissements, une personne sur liste d'attente est quelqu'un qui a fait au moins une démarche et qui a visité au moins un établissement. De son côté, la MDPH signale toute l'importance de la liste d'attente dans le cadre d'une possibilité de traçabilité globale des démarches engagées par les familles. Or, les établissements adoptent parfois des pratiques non compatibles avec une gestion globale et harmonisée, comme le fait de ne pas inscrire sur leur liste d'attente les familles auxquelles est refusée une entrée (pour un cas complexe par ex.), pour ne pas leur donner de l'espoir inutilement. De fait, ces personnes apparaissent comme n'étant pas en attente pour les services de la MDPH, alors qu'elles sont en recherche active d'une solution en réalité. Par ailleurs, les IME recourent à leurs listes respectives sans que la MDPH soit incluse dans cette démarche, ce qui génère une incohérence supplémentaire. Enfin, pour une gestion globale des attentes dans un département donnée, la MDPH exprime le besoin d'une vision interdépartementale (personnes de la Marne accueillies dans un autre département, et inversement).

Dans l'**Aube**, les tables rondes ont conclu à une faible communication entre les établissements sur leurs listes d'attente. Seule la MDPH en est informée car c'est elle qui gère les attentes. Dans le département, cette institution actualise la liste une fois par an. Elle a toutefois fait remarquer qu'elle n'a pas toujours connaissance des sorties d'établissement. Son directeur souligne par ailleurs que le rapport Piveteau risque d'engendrer des mesures « dégradées », qui ne permettraient que de répondre à l'urgence – alors que normalement la MDPH prononce toujours des orientations « hors contrainte de l'offre ». De plus, ces réponses entraînent aussi une moindre visibilité des besoins pour la MDPH. L'ASE souligne également que les prises en charge non adaptées (les « bricolages ») génèrent des situations inadaptées, voire sans solutions. La mise en place de la commission des cas critiques n'est pas anodin à cet égard.

En **Haute-Marne**, à la MDPH, une personne à mi-temps (depuis 2009) est dédiée pour mettre à jour la liste d'attente tout les 6 mois. Cette liste a une vocation départementale. Un croisement avec les données des établissements est effectué afin d'éviter des doublons et de pouvoir se « partager » les enfants en attente.

Préconisations – Tous les départements

- Créer un groupe de travail pour élaborer une définition commune de la liste d'attente ;
- Confier à la MDPH la coordination d'une gestion harmonisée des listes d'attente.

Préconisation - Ardennes

- Permettre le rapprochement des données de la MDPH, celles de l'Education nationale et de la Protection de l'enfance.

Préconisation – Marne

- Elaborer des stratégies de gestion des listes d'attente communes avec le secteur adulte.

L'accompagnement éducatif

Activités mises en place

Les activités développées dans les IME s'articulent autour du **trptyque éducatif-pédagogique-thérapeutique**. Elles sont proposées à chaque usager accueilli dans le cadre de son Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA). Dans le présent diagnostic, les différentes activités présentées représentent un recensement non exhaustif. Celles citées sont celles indiquées par les IME dans leurs réponses au questionnaire. Le niveau de détail s'est avéré variable d'un établissement à l'autre.

Tableau 10 - Activités éducatives proposées par les IME en Champagne-Ardenne.

Activité proposées par la (quasi-)totalité des IME	Fréquence intermédiaire	Activité proposées par une (petite) minorité d'IME
	Initiation professionnelle (sans précision)	
		Soutien scolaire (sans précision)
Développement de l'autonomie et de la socialisation		
<i>Dont cuisine</i>	<i>Dont sensibilisation à la citoyenneté</i>	<i>Dont sensibilisation en sante</i> <i>Dont démarche administratives</i> <i>Dont courses</i> <i>Dont sensibilisation au dvlt durable</i> <i>Dont couture / repassage</i> <i>Dont apprentissage code de la route</i>
Activités culturelles	<i>Dont Médiathèque / ludothèque</i>	<i>Dont sorties théâtre/ conservatoire</i> <i>Dont musique</i>
Loisirs créatifs / de découverte	<i>Dont théâtre/ atelier d'expression</i>	<i>Dont photos</i> <i>Dont chorale</i> <i>Dont arts du cirque</i> <i>Dont marionettes</i> <i>Dont peinture /pâte à modeler</i> <i>Dont création journal/ateliers d'écriture</i> <i>Dont ateliers contes</i> <i>Dont contes</i> <i>Dont découverte de la ferme</i>
Activités sportives	<i>Dont natation</i> <i>Dont équitation</i>	<i>Dont médiation cognitive et sportive</i> <i>Dont judo</i> <i>Dont tir à l'arc</i> <i>Dont médiation animale</i> <i>Dont dance</i> <i>Dont vélo</i> <i>Dont parcours santé</i>
	Vie affective et sexualité	
	Activité manuelles / ludiques	
	<i>Dont bricolage /dessin</i> <i>Dont ateliers nature / jardin</i>	
	Activités Bien-être	<i>Dont balnéo</i> <i>Dont soins esthétiques</i> <i>Dont éveil corporel</i>
		Activités Multimédia

Source - Diagnostic IME 2015.

Les **activités mises en place** dans les IME en matière éducative (cf. tableau 10) sont diverses et relativement hétérogènes dans la région. La grande majorité d'entre elles ne sont proposées que par une (petite) minorité d'entre eux. Néanmoins, en regroupant ces activités dans des ensemble thématiques, il apparaît que les établissements ayant répondu possèdent une **offre en matière éducative plutôt comparable**, dans la mesure où les thématiques identifiées (développement de l'autonomie et de la socialisation, les activités culturelles ou sportives, ou encore les loisirs créatifs ou de découverte) sont proposées par la (quasi-)totalité des IME.

Les activités proposées par les établissements en matière éducative peuvent également être présentées par département, en précisant les différences entre les IMpro et les IME.

LES ACTIVITES EDUCATIVES PROPOSEES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : l'Impro du département propose du sport, des loisirs créatifs, des activités manuelles et du développement de l'autonomie et de la socialisation. Les IME ont la même gamme d'activités éducatives que ce dernier, et proposent également des activités culturelles, des activités ludiques et multimédia, de l'accompagnement scolaire et de l'initiation professionnelle. Ils proposent aussi des activités en lien avec la vie sexuelle et affectives ou encore le dispositif différent et compétent.

Marne : dans ce département, les activités éducatives proposées par les IME sont : le développement de l'autonomie et de la socialisation, des activités de bien-être, du sport, l'initiation professionnelle, des activités de loisirs créatifs, manuelles et ludiques, ou encore culturelle. Ils proposent aussi des activités en lien avec la vie sexuelle et affective. Quelques-unes s'inscrivent dans le dispositif différent et compétent.

Aube : l'Impro du département propose du sport et du développement de l'autonomie et de la socialisation. Les deux IME ayant répondu à l'enquête proposent, en sus de ces mêmes activités, des activités culturelles et de bien-être, des activités de loisirs créatifs et plus globalement manuelles, et enfin de l'initiation professionnelle.

Haute-Marne : les établissements haut-marnais proposent, en matière d'activités éducatives : du développement de l'autonomie et de la socialisation, du sport, de l'initiation professionnelle, des activités de loisirs créatifs ou manuelles, des activités ludiques ou multimédia, ou encore culturelle. Ils proposent aussi des activités en lien avec la vie sexuelle et affectives ou encore le dispositif différent et compétent, et du soutien scolaire.

Difficultés rencontrées par les équipes éducatives

Les deux **principales difficultés rencontrées** par les équipes éducatives dans l'accompagnement des usagers ont trait à la **gestion des « cas complexes »** (12 cas sur 22) et au fait que les différents publics aujourd'hui accompagnés en IME présentent des **profils hétérogènes** (11 cas), qui rend le travail quotidien plus délicat : *« faire face aux troubles du psychisme et du comportement. La population accueillie a évolué ces dernières années dans le sens des troubles associés et nos équipements (personnels non qualifiés dans ce type d'accompagnement) sont parfois trop légers*

pour faire face aux crises ». La problématique de l'**autisme** et de l'individualisation que suppose l'accueil et l'accompagnement a également été abordée par 7 gestionnaires/établissements comme étant un facteur concourant à rendre plus difficile l'accompagnement (« *Individualisation nécessaire pour les enfants avec autisme ou TED* »). Enfin, ce sont les **agressions physiques** qui posent fréquemment problème pour les activités éducatives (5 situations signalées).

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES EDUCATIVES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : La gestion des « cas complexes » et l'hétérogénéité des publics accompagnés constituent les deux principales difficultés que les professionnels Ardennais rencontrent en matière éducative, soit une situation comparable à la tendance régionale.

Marne : Dans la Marne, les réalités vécues que décrivent les équipes éducatives correspondent aux tendances régionales décrites précédemment.

Aube : Les difficultés évoquées par les équipes éducatives sont diverses et variées. Elles portent aussi bien sur le fait de devoir gérer individuellement les situations des différents usagers, que sur les cas d'agression ou complexes, ou encore l'hétérogénéité des publics accompagnés. Ainsi, au cours de la première table ronde, l'IME Gai Soleil a par exemple reconnu accueillir des enfants présentant des déficiences particulièrement sévères, qui induisent d'importantes difficultés de prise en charge.

Haute-Marne : En Haute-Marne, les réalités auxquelles sont confrontées les équipes éducatives correspondent aux tendances régionales décrites précédemment.

Préconisation – 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.

Postes à pourvoir dans le domaine éducatif

Le département de la **Marne** est le seul où des postes sont à pourvoir au sein des équipes éducatives. Ainsi, 0,4 ETP d'éducateur spécialisé, 1 ETP d'éducateur technique spécialisé et 1 ETP d'éducateur technique espaces verts ne sont pas occupés actuellement.

Scolarité des usagers et activités en matière pédagogique

Niveau et modalités de scolarisation

Selon l'enquête menée par le CREA, dans les trois départements des Ardennes, de la Marne et de la Haute-Marne, les **taux de scolarisation** des enfants et adolescents d'âge scolaire (6-16 ans), bien qu'élevés (entre 74,4 % et 95,7 %), montrent que certains enfants ou adolescents ne bénéficient pas d'un accès à la scolarité (cf. tableau 11). Ce constat partagé recouvre malgré tout des réalités diverses, dans la mesure où les proportions d'usagers scolarisés en milieu ordinaire varient de 10,4 % dans la Marne, à 43,8 % dans les Ardennes et 75,3 % dans la Haute-Marne. Les enfants scolarisés le sont le plus souvent entre 1 jour et 4 jours par semaine (en Haute-Marne, c'est le cas pour 82,2 % des enfants), la scolarisation à temps plein étant relativement peu fréquente (exceptée pour les enfants scolarisés en UE, puisque 21,3 % d'entre eux sont à l'école à temps plein). Ce phénomène de non scolarisation n'est pas sans liens avec le type de déficience, puisque d'une part les **enfants autistes sont surreprésentés parmi les non scolarisés** (17,3 % des non scolarisés vs 8,8 % de l'ensemble des usagers), et que d'autre part les enfants atteints de **troubles psychiques sont eux sous-représentés** (4,5 % vs 17,3 % des usagers). La situation pour le département de l'Aube est particulière puisque – selon les informations transmises par les établissements participants –, moins d'un enfant sur trois est scolarisé. Cette information, exposée en table ronde, a pu être confirmée par certaines directions d'IME, du fait des niveaux de déficience des jeunes accueillis et/ou du faible nombre d'enseignant dans l'établissement.

Tableau 11 - Taux de scolarisation, par département.

	Ardennes (N=394)	Marne (N=478)	Aube (N=154)	Haute-Marne (N=208)	Champ.-Ard. (N=1 234)
Scolarité des 6-16 ans					
Scolarisé	89,1%	74,4%	34,4%	95,7%	77,7%
Milieu ordinaire	43,7%	9,8%	9,1%	73,1%	31,2%
UE (extern. ou non)	45,4%	64,6%	25,3%	22,6%	46,5%
Non réponse	10,6%	20,3%	0,0%	1,4%	11,5%
Non scolarisé	0,3%	5,2%	65,6%	2,9%	10,8%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

Cependant, dans son rapport, la **mission interministérielle** estime que, sans pouvoir établir les chiffres précis, un nombre important de jeunes ne bénéficient d'aucune forme de scolarisation (environ **15 % des usagers d'IME** de 6-16 ans selon l'enquête ES2010 de la Drees) et, pour ceux qui le sont, que **le volume d'enseignement reste (très) faible**. Ce constat correspond globalement aux observations réalisées dans le cadre de ce diagnostic, sans savoir si, comme dans la présente étude, les disparités sont fortes ou non entre département.

Aussi, selon les résultats de l'**enquête DGESCO 32**, transmis par l'académie de Reims, sur l'ensemble des enfants accueillis en établissement médico-social, 9,5 % ne sont pas scolarisés. Pour ceux qui le

sont, 8,6 % sont scolarisés en milieu ordinaire (ce qui correspond aux déclarations des IME de l'Aube et de la Marne).

Ce croisement d'informations permet de réaliser dans quelle mesure les données sur la scolarisation des enfants en situation de handicap ont des difficultés à circuler et être cohérentes. Pourtant, ces éléments devraient constituer le socle d'une possibilité de pilotage, qui de fait se voit restreinte à l'heure actuelle.

Enfin, au cours des différentes **tables rondes** départementales, les éléments suivants ont été collectés :

Dans les **Ardennes**, la **scolarité partagée (notification UE/ULIS)** existe depuis longtemps dans le département, mais son effectivité dépend néanmoins des moyens et places disponibles. De plus, la MDPH estime ne pas toujours avoir les connaissances suffisantes pour décider des modalités de scolarité pour certains usagers. Selon la MDPH, la scolarité des « publics frontière » ne se pose pas vraiment car, pour eux, il s'agit avant tout de leur dispenser des soins, même si les avis commencent à évoluer à ce sujet.

Dans la **Marne**, les établissements se posent parfois la question de savoir à partir de quel moment il faut envisager de scolariser un enfant. Faut-il essayer, comme le suggère la DT ARS, de dégager le profil type de l'utilisateur qui pourrait être scolarisé en milieu ordinaire ? Dans tous les cas, les différents acteurs présents partagent l'idée que la scolarité d'un enfant en IME ne doit pas primer sur les autres types d'accompagnement. Sa présence en établissement traduisant justement son incapacité à pouvoir être scolarisé à temps plein. Ce qui interroge aussi sur le moment où un enfant doit, s'il en a les moyens, revenir à un accompagnement de type SESSAD. Pour l'ARS, le SESSAD est d'ailleurs un outil indispensable.

La distinction entre temps complet et temps partiel ne signifie pas grand-chose en matière de scolarisation, car un usager peut très bien être, administrativement, être considéré comme étant scolarisé à temps complet mais, dans les faits, ne pas l'être dans la mesure où, par exemple, il peut être « sorti » de la classe pour un acte thérapeutique.

La scolarité des usagers est déterminée par plusieurs facteurs : le type de public, les possibilités d'accueil du secteur, la possibilité ou non de scolariser en milieu ordinaire (SEGPA ou ULIS). **Dans la Marne, l'Education nationale n'est pas favorable à la double notification UE/ULIS.**

Sur proposition d'un établissement, la MDPH n'est pas défavorable au principe d'une notification « scolarisation partagée », mais estime que ce genre de mesure ne sert à rien si elles ne sont pas mises en œuvre, même si cela peut au moins avoir comme intérêt de faire apparaître des besoins.

Les **mécanismes d'inclusion scolaire sont différents selon le lieu d'origine** de l'enfant et l'enseignant référent, ce qui amène les établissements à dresser un constat d'**inégalité de traitement** dans le

département⁹. Et dans la Marne, les enfants de l'IME ne sont pas prioritaires. De fait, il est difficile pour eux de bénéficier d'une inclusion dans une ULIS car, même si la MDPH prononce une orientation en ce sens, la mise en œuvre relève de l'Education Nationale. Aussi, selon la MDPH, la **scolarisation partagée** n'est pas un système soutenu par l'Education Nationale dans la Marne, car elle estime que cela relève de « leur fonctionnement interne ». Or, la mise en œuvre de la scolarisation partagée relève de la décision de l'Education Nationale.

Au niveau des **moyens**, quel que soit l'âge, les possibilités peuvent parfois être très restreintes. Ainsi, lors des tables rondes, un établissement a déclaré disposer d'un enseignant pour 85 usagers. Plus largement, le **département dispose d'une offre très limitée en ULIS¹⁰** et l'Education Nationale ne considère pas que les enfants accompagnés en IME soient prioritaires pour intégrer ces dispositifs, d'où ce faible niveau de scolarisation en milieu ordinaire.

La DT ARS estime en outre que le bilan de la scolarité en milieu ordinaire à tout prix n'est pas satisfaisant, y compris avec la présence d'un AESH ou dans les dispositifs de type SEGPA. C'est pourquoi l'Agence souhaite engager un travail avec les IME afin que, dès les premiers signes de difficulté dans la scolarité en milieu ordinaire, il puisse y avoir des échanges pour mieux connaître le profil de l'enfant. Il s'agit de pouvoir anticiper des situations de changement brutal et permettre aux IME d'avoir davantage de lisibilité.

Dans l'**Aube**, la scolarisation des enfants accompagnés en IME est une réalité qui varie sensiblement d'un établissement à l'autre. Ceux-ci n'accueillent pas les mêmes publics et n'ont pas les mêmes moyens en matière de mise à disposition d'enseignants de la part de l'Education nationale. Pour information, les moyens dont disposent les établissements sont les suivants :

- Verger fleuri : 1 enseignant d'UE pour 63 enfants ;
- Gai Soleil : 1 UE pour 90 enfants ;
- Impro l'Accueil : pas d'UE
- PEP : 2,5 postes d'enseignants. Classes de 12 enfants. Les éducateurs sont couplés avec les enseignants.

Par conséquent, les parents ayant le libre choix et dans la mesure où ils souhaitent systématiquement la scolarité de leur enfant, ils se dirigent vers les IME qui propose la meilleure offre scolaire. Pour optimiser la scolarisation des enfants, l'IME Chantejoie pratique la « **scolarisation inversée** ». Il s'agit d'accueillir un enfant scolarisé en milieu ordinaire mais qui pose problème dans l'école (seulement pour les enfants avec une notification ITEP mais qui ne trouvent pas de place en établissement), en « échange » de l'accueil d'un enfant de l'ITEP dans le milieu scolaire ordinaire. Mais ce système ne fait pas consensus, dans la mesure où il consiste en sommes à gérer l'urgence à moyens constants.

⁹ Aucune précision n'ayant été apporté à ce sujet.

¹⁰ Pour l'année scolaire 2013-2014, le département de la Marne disposait de 18 ULIS pour élèves déficients intellectuels.

La scolarisation des enfants en milieu ordinaire est également un sujet qui se pose d'un point de vue financier. Elle est **coûteuse en transport** et chronophage. C'est la raison pour laquelle les établissements ruraux les plus éloignés des services peuvent faire le choix de se concentrer sur une scolarisation en UE interne.

L'Education Nationale considère que les enfants ne sont pas toujours accueillis dans les dispositifs les plus adaptés. Ce problème ayant par exemple pour conséquence de boucher l'accès à ceux qui auraient besoin du dispositif ULIS, ou encore d'être dans des situations de non-scolarisation d'enfant en attente d'une entrée en ITEP ou en SESSAD.

Le niveau de **non-scolarisation** observé dans le département (65 % des enfants pour lesquels une information a été transmise) s'explique, selon les établissements, par des **raisons historiques**. En effet, par le passé, des choix de ne pas scolariser (en milieu ordinaire mais aussi en interne) les enfants accompagnés en établissement ont généré un « retard » qui est difficile à rattraper aujourd'hui. D'autres formes d'accueil se sont alors développées qui, en retour, ont impacté les publics accueillis. Les établissements estiment que **le phénomène de déscolarisation ne pourra être endigué qu'avec l'octroi de moyens supplémentaires**. La question est celle des enseignants mis à disposition, mais également celle de l'accompagnement des enfants à l'école (en ULIS par ex.).

Aussi, l'Education Nationale considère que pour certains enfants une scolarisation (quelle qu'elle soit) ne permet pas d'apporter les acquisitions scolaires de base et qu'il est donc nécessaire, dans ce cas, de **mieux évaluer et d'objectiver les besoins réels** des enfants concernés en matière d'apprentissage. Enfin, l'ARS rappelle également que les comportements très problématiques de certains enfants nécessiteraient qu'un enseignant soit dédié par enfant. Or, pour des questions de moyens, ce système semble trop compliqué à promouvoir.

Par ailleurs, la déscolarisation des enfants dont les troubles sont les plus importants et qui constituent une bonne partie des listes d'attente – amène des familles à devoir supporter l'insupportable. Pour ne **pas les laisser sans solution**, il apparaît nécessaire de faire évoluer le contexte institutionnel pour prendre en compte ces situations atypiques, qui sont de plus en plus nombreuses dans les établissements. Aujourd'hui, ces enfants constituent une large partie du public accueilli par le Centre départemental de l'enfance.

Pour la MDPH, une des solutions pourrait consister à **faire sortir certains enfants d'IME** (ceux qui pourraient être scolarisés en milieu ordinaire), afin de libérer des places (notamment pour des enfants sans solution). Mais les établissements déclarent que les enfants concernés ne sont pas majoritaires en IME, car la plupart du temps si un enfant a les capacités de suivre une scolarité ordinaire, il est orienté en SESSAD.

En **Haute-Marne**, tous les postes d'enseignants sont pourvus au sein des IME. Au niveau de l'enquête, les taux de scolarité obtenus ne reflètent pas la réalité (par défaut d'interprétation de la question de la part des IME). Ainsi, les tables rondes ont fait apparaître que les modalités de scolarisation étaient beaucoup plus souvent l'UE au lieu du milieu ordinaire déclaré au moment de l'enquête. La forte propension à scolariser en UE dans certains établissements est essentiellement

due à leur situation géographique très rurale. Aussi, les établissements ne considèrent pas que les ULIS viennent en complémentarité des IME.

Selon l'Education nationale, la majorité des élèves déficients intellectuels est scolarisée en classe ordinaire et quand ce mode ne répond plus aux besoins du jeune, il est envisagé de recourir au dispositif ULIS. Les enseignants référents s'entretiennent alors avec les familles, le RASED, la MDPH, etc. L'Education nationale a également affirmé son souci de mettre à disposition un nombre suffisant d'enseignant dans les UE, au regard du nombre d'enfants qui y sont orientés.

Dans son rapport, la **mission interministérielle** souligne que le nombre des **scolarités partagées** a peu augmenté (10,2 % des enfants scolarisés) et que le nombre d'**UE externalisées** est très faible. Pourtant, la scolarité partagée est présentée dans ce rapport comme présentant des apports significatifs du point de vue de l'accès à une scolarisation à temps plein. La mission interministérielle affirme même que cette modalité présente de meilleures conditions d'inclusion que la classe externalisée. Par ailleurs, une enquête réalisée par la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO), la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)¹¹ indique que l'UE externe offre en général un temps partiel proche du mi-temps (soit bien plus qu'en UE interne), mais surtout représente une approche d'un rythme scolaire qui permet 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).

Préconisations – 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.

Préconisation - 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.).

Préconisation - Marne

- Harmoniser et augmenter les moyens de scolarité attribués aux IME (mise à disposition d'enseignants par l'Education Nationale) ;

Préconisations - Aube

- Harmoniser et augmenter les moyens de scolarité attribués aux IME (mise à disposition d'enseignants par l'Education Nationale) ;

¹¹ CNSA, DGCS, DGESCO, « Enquête qualitative : les unités d'enseignement externalisées des établissements et services médico-sociaux », mars 2015, disponible sur www.cnsa.fr

- 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.

Les outils normalisés (PPS, Geva-Sco)

Dans les **Ardennes**, les **Projet personnalisé de scolarisation (PPS)**¹² sont peu mobilisés. Le fonctionnement actuel consiste en la rédaction d'un document qui reprend les orientations définies par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE). Les PPS vont dépendre de la nature de la situation : **quand les usagers** (*i.e.* l'enfant et ses parents) **sont d'accord** avec l'établissement médico-social et avec l'Education nationale, **alors le PPS n'est pas mobilisé** ; par contre, lorsqu'il y a de l'incompréhension avec les familles, le PPS est mis en œuvre. Dans tous les cas, **les PPS ne sont pas systématiquement envoyés aux familles** car ce système est très chronophage. Par ailleurs, **le Geva-Sco est utilisé systématiquement**, et c'est une condition de traitement des dossiers pour la MDPH. Si cet outil fonctionne bien pour la grande majorité des situations, pour 10 % d'entre elles (très chronophages par ailleurs), il faut, pour la MDPH, qu'il soit absolument accompagné d'un échange avec l'IME pour définir précisément les termes employés et s'assurer d'un langage commun, sous peine d'incompréhension mutuelle pour l'évaluation.

Dans la **Marne**, l'Education nationale utilise le **Geva-Sco depuis le 1^{er} octobre 2015**. C'est un outil de réception des informations pour la MDPH, quel que soit le mode de scolarisation. Du côté de la MDPH, le **modèle provisoire de PPS de la CNSA n'est pas encore intégré** (donc pas encore utilisé) dans leurs systèmes d'informations, qui lui-même doit être revu (système commun à toutes les MDPH à terme).

Dans l'**Aube**, le Geva-Sco est généralisé et utilisé systématiquement. Sa mise en place a été difficile, principalement pour des raisons de communication, l'outil devant circuler par plusieurs partenaires pour être complété. Pour la MDPH il s'agit d'une évolution importante, car ce document permet de structurer les informations dans un cadre harmonisé, et de réduire le risque de subjectivité des observations. Mais c'est un système qui peut créer des écarts avec les souhaits de la famille. Ainsi, lorsque des réorientations sont réalisées « hors contrainte de l'offre », il y a peu de chances pour qu'elles aboutissent. Autre exemple, pour les enfants dont l'accompagnement est le plus difficile, l'Education Nationale a la possibilité de ne pas accepter la scolarisation selon les modalités prescrites (l'enfant est alors scolarisé moins longtemps, voire pas du tout en milieu ordinaire). De même, les établissements peuvent de leur côté être réticent pour accueillir le public des cas complexes, pour conserver un certain équilibre institutionnel. Concernant le PPS, le nouveau modèle a également été mis en place. De leur côté, les établissements, même s'ils mobilisent des outils jugés « moins

¹² Le PPS institué par la loi du 11 février 2005 et organisé par un première circulaire n°2006-126 du 17 aout 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi du PPS, est devenu un outil réglementaire depuis la parution du décret n°2014-1485 du 11 décembre 2014 « portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap ».

théoriques » que le Geva-Sco, procèdent à un partage de l'évaluation avec la MDPH *via* une présynthèse collective.

En **Haute-Marne**, le **Geva-Sco est en place depuis le 1^{er} septembre 2015**. Concernant cet outil, l'Education Nationale alerte sur le fait qu'il ne faut pas qu'il se transforme en « usine à cases », que **l'aspect qualitatif soit conservé**. Selon l'Education Nationale, le Geva-Sco ne sera véritablement utile que si les éléments scolaires (au sein des IME) remontent vraiment par cet outil. Cela signifie qu'il faut **se mettre d'accord sur la place et le rôle de ce document dans l'élaboration de l'accompagnement globale du jeune**. La MDPH partage également des points de vigilance, comme le fait qu'il ne faut pas perdre la qualité des évaluations qui étaient réalisées jusque-là, qui contenaient des éléments narratifs. Quant aux établissements, ils estiment que la présence des parents est indispensable pour que le Geva-Sco fonctionne, mais qu'il est également **essentiel que les enseignants référents aient toute leur place dans l'IME**, car les interventions thérapeutiques et éducatives doivent se placer au service du projet scolaire.

Enfin, des manques et difficultés sont exprimés quant à la méthodologie de projet. D'un côté, l'Education nationale regrette qu'il n'y ait pas d'outil commun comme le projet de vie concernant la scolarité. D'un autre côté, les IME estiment que la **multiplication des outils projets (PAI, PIA, PPS, PPE...) peut être source de confusion** et qu'il serait opportun de n'avoir qu'un document unique.

La **mission interministérielle** pointe également que le **PPS**, qui est au fondement même de la scolarité des usagers, n'est pas encore mis en place dans une grande partie des établissements. Or, c'est bel et bien le PPS qui définit théoriquement les modalités de déroulement de la scolarité de chaque élève. Dans les faits, au niveau national, faute de PPS, c'est au cours des réunions de synthèse (internes aux ESMS) que les modalités de scolarisation sont définies, alors qu'elles devraient l'être par les équipes de suivi de scolarisation, coordonnée par l'enseignant référent.

Préconisations – Tous les départements

- 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'élaboration du Geva-Sco ;
- Renforcer le partage d'informations entre les équipes d'IME et l'enseignant référent lors des évaluations des besoins des jeunes accueillis.

Préconisation - Aube

- Encourager l'utilisation systématique d'outils Geva-compatibles par les IME.

Préconisation – Haute-Marne

- Veiller à un usage du Geva-Sco qui préserve l'aspect qualitatif des évaluations.

Parcours et suivi de la scolarisation

Dans les **Ardennes**, les **Equipe de suivi de scolarisation (ESS)** veillent à rencontrer systématiquement les familles. Certains établissements estiment que les **réunions de l'ESS sont trop nombreuses et pas toujours nécessaires** (car peu de valeur ajoutée), d'où le besoin de trouver une solution qui soit un bon compromis. Par exemple, la faible autonomie de transport de certaines familles nécessite de devoir les véhiculer pour qu'elles puissent assister aux ESS. Par ailleurs, en fonction de la situation du jeune, l'ASE peut être invitée. Les ESS sont l'occasion de faire intervenir le référent ASE, pour instaurer une réelle dynamique entre les partenaires, de communiquer et de dialoguer.

Par ailleurs, parmi les jeunes pour lesquels l'**orientation MDPH est non réalisée**, 18 sont maintenus en scolarité ordinaire, sinon l'enfant est à la maison. Près de la moitié ont entre 16 et 18 ans (44 %) et environ un tiers a entre 6 et 10 ans. Les orientations non réalisées se situent donc à des âges variés. Aussi, **85 enfants sont « sans solutions »**, dont une part importante est scolarisée en milieu ordinaire (en ULIS, même si ce n'est pas la solution la plus adaptée) afin d'éviter le plus possible des situations de rupture totale. A cet égard, les établissements signalent que **le manque de places dans le secteur adulte dérégule en cascade le secteur enfance**, surtout depuis 2012, même si le phénomène n'est pas récent. Un IME souligne même que, dans sa structure, ce problème de places génère un vieillissement de la population qu'il accompagne (dont l'augmentation du nombre d'usagers accompagnés au titre de l'amendement Creton, actuellement de 3,1 % dans les Ardennes), ou encore le maintien en ULIS par défaut. Il arrive que des demandes d'entrée en IME surviennent à la fin de l'ULIS, alors que le cœur de métier des établissements est plutôt de donner la priorité aux jeunes enfants.

Dans la **Marne**, l'âge est un facteur important quant aux possibilités de scolariser les jeunes en situation de handicap. Par exemple, les **usagers de plus de 14 ans**, surreprésentés dans certains établissements, se voient difficilement proposer une modalité de scolarisation. Et c'est encore plus

complicé pour les enfants de **plus de 16 ans**. Par conséquent, surviennent des **ruptures de parcours** scolaire pour ceux qui entrent en IME et qui étaient auparavant en ULIS.

Au niveau du suivi de la scolarisation, un établissement a tenu à souligner que les **enseignants référents ne viennent que rarement au sein de l'IME** (environ 1 fois par an, à l'occasion des réunions de l'ESS). Ces ESS sont considérées comme **difficiles à mettre en place** en raison des changements fréquents de sa composition et du nombre très important de cas à aborder. Dans d'autres établissements, l'enseignant vient à l'IME pour effectuer l'ESS avec l'enseignant référent et les jeunes. Dans ce département, les **enseignants référents** ont en moyenne **environ 300 usagers dans leur portefeuille de suivis**, soit un constat de pénurie.

Les différents acteurs estiment qu'il faut une réflexion collective sur les temps d'accueil pour éviter une **rupture brutale** après le collège. Un travail en amont permettrait d'avoir un retour en scolarité ou une entrée en IME progressive quand cela s'avère nécessaire.

Dans l'**Aube**, la remarque a souvent été faite que, du point de vue de la **continuité des parcours**, il valait mieux être accompagné en IMpro plutôt qu'en ULIS, pour pouvoir bénéficier plus facilement d'un accompagnement à la sortie. Ce constat expliquant d'ailleurs les orientations en IMpro réalisées à la sortie des ULIS-collège. En effet, le département ne compte que **très peu d'ULIS-lycée et d'ULIS-pro**.

Préconisations – Tous les départements

- Renforcer l'offre de formation professionnelle pour les adolescents et jeunes adultes (ULIS lycée, ULIS pro, mais aussi SESSAD pro et SIPFP) ;
- Ré-affirmer la place de l'enseignant référent au sein de l'accompagnement global du jeune.

Préconisation - Marne

- Pérenniser la présence de l'enseignant référent aux ESS.

Activités mises en place

Les **activités pédagogiques mises en place** dans les IME (cf. tableau 12) sont diverses et variées dans la région. Les seules activités très souvent proposées par les établissements sont les UE (internes et externes) et les « activités pédagogiques » comme les sorties à la médiathèque ou la ludothèque, et les « sorties culturelles ».

Tableau 12 - Activités pédagogiques proposées par les IME en Champagne-Ardenne.

Activité proposées par la (quasi-)totalité des IME	Fréquence intermédiaire	Activité proposées par une (petite) minorité d'IME
UE /UE externalisé		<i>Dont groupe illetrisme</i>
		Activité pré-scolaire
		Activités didactiques
		Dispositif de l'Education nationale
	Validation socle commun de connaissance	
		<i>Dont soutien scolaire</i>
		Préparation au CFG
Activités pédagogiques		
<i>Dont médiathèque/ludothèque</i>	<i>Dont création journal / presse</i>	<i>Dont atelier SLAM</i>
<i>Dont sorties culturelles</i>		<i>Sont sensibilisation à la citoyenneté</i>
		<i>Dont initiation à la faune et la flore</i>
		<i>Dont cuisine</i>
		<i>Dont dessin / création (BD, histoite ...)</i>
		<i>Dont étude de la langue</i>
		<i>Dont techniques usuelles de la communication</i>
	Activités de prévention	
	<i>Dont Sécurité routière</i>	<i>Dont prévention espace urbain</i>
	Insertion/initiation professionnelle	
	<i>Dont ateliers espaces verts</i>	<i>Dont stages</i>
		<i>Dont ateliers bois/menuiserie</i>
		<i>Dont cuisine</i>
		<i>Dont vannerie</i>
		<i>Dont poterie</i>
	Activités physiques et sportives	
		<i>Dont natation</i>

Source - Diagnostic IME 2015.

Les activités proposées par les établissements en matière éducative peuvent également être présentées par département, en précisant les différences entre les IMpro et les IME.

LES ACTIVITES PEDAGOGIQUES PROPOSEES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : l'Impro a pour activités pédagogiques le Certificat de formation générale (CFG) et une UE externe. Quant aux IME, leurs activités sont : l'attestation scolaire de sécurité routière (ASSR), une formation de Prévention et secours civiques (PSC), le CFG, une UE externe, des UE internes,

de la validation de socle commun, de la co-animation, des activités Cinémascol et des centre de ressource. Un IME propose aussi des activités pour acquérir des compétences civiques.

Marne : dans ce département, les établissements ont pour activité pédagogique : des activités didactiques au sens large, des UE internes, des activités préscolaires et pré-professionnelles, du soutien scolaire, le CFG, de la validation du socle commun, ou du code de la route et du vélo, des activités physiques et culturelles.

Aube : l'Impro a pour activités pédagogiques une UE interne et des activités pré-professionnelles. Les IME proposent quant à eux des UE internes et une UE externe.

Haute-Marne : les IME de ce département ont pour activité pédagogique : des activités didactiques au sens large, des activités physiques et culturelles, l'acquisition du code de le route, un groupe illettrisme, des UE internes, de la validation du socle commun, une activité SLAM, l'ASSR, le B2i, des activités techniques, un dispositif APT, le dispositif différent et compétent.

Difficultés rencontrées par les équipes pédagogiques

En matière d'activités pédagogiques, les **difficultés majeures rencontrées** par les équipes se regroupent d'une part autour des **liens avec l'Education Nationale**, dans la difficulté à **scolariser les enfants en milieu ordinaire** (2 cas), ou à **adapter les programmes** et obtenir une communication de qualité avec cette institution (2). Elles se retrouvent d'autre part dans le **manque d'enseignant** (4 cas) ou plus simplement dans la délicate organisation du temps scolaire (2). Outre ces obstacles de nature pédagogique, les équipes professionnelles se heurtent aux mêmes difficultés qu'en matière éducative : **l'hétérogénéité des publics accueillis** (10 cas recensés) ; la **gestion de « cas complexe »** (5) ; celle des agressions (4) et le fait de devoir gérer individuellement les situations des usagers (4).

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES PEDAGOGIQUES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : La gestion des « cas complexes » et l'hétérogénéité des publics accompagnés constituent les deux principales difficultés que les professionnels ardennais rencontrent en matière pédagogique, soit une situation comparable à la tendance régionale.

Marne : Dans la Marne, les réalités vécues que décrivent les équipes pédagogiques correspondent aux tendances régionales décrites précédemment.

Aube : En matière pédagogique, la spécificité du département est de ne faire référence qu'aux seules difficultés en lien avec le manque d'enseignants ou l'organisation du temps scolaire.

Haute-Marne : En Haute-Marne, les réalités auxquelles sont confrontées les équipes pédagogiques correspondent aux tendances régionales décrites précédemment.

Postes à pourvoir dans le domaine pédagogique

Le département des Ardennes est le seul où un poste est à pourvoir au sein des équipes pédagogique. En effet, un IME est en attente d'un ETP d'enseignant dans ce territoire.

Le partenariat autour de la scolarisation

L'ensemble des gestionnaires/établissements de la région est **partenaire de l'Éducation Nationale**. À l'exception d'une situation (déclarée), **tous ces liens sont conventionnés**. Ces conventions prennent des formes relativement semblables d'un territoire à un autre : parmi l'ensemble des partenariats qui ont été précisés (15), sept portent sur les **Unité d'enseignement**, deux sur l'**inclusion scolaire** et cinq sur la **mise à disposition d'enseignant**. Le dernier est en relation avec une psychologue scolaire. **60 % de ces partenariats donnent satisfaction** aux IME, le **manque de moyens (3) et d'échanges** entre les différents acteurs (3) étant les deux causes principales des insatisfactions déclarées (« *Plusieurs enfants devraient pouvoir bénéficier d'un temps de scolarisation et ne le peuvent pas car il n'y a pas assez d'enseignant en interne* »). Est également signalée la difficulté à inclure les enfants en milieu ordinaire.

LE PARTENARIAT AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE DANS CHACUN DES DÉPARTEMENTS

Ardennes : toujours conventionné (6 gestionnaires/établissements), ce partenariat porte sur la mise à disposition d'enseignants (2 fois) et les UE (2 fois). Il est très majoritairement jugé satisfaisant ;

Marne : tous les gestionnaires/établissements en ont un. Il est presque toujours conventionné et porte le plus fréquemment sur l'inclusion scolaire et les UE (externalisée ou non), puis sur la mise à disposition d'enseignants ou d'une psychologue scolaire. La satisfaction des partenariats est mitigée, jugés trop peu développés ou souffrant d'un déficit d'échanges mutuels ou d'un manque de moyens ;

Aube : tous les gestionnaires/établissements en ont un. Toujours conventionné, ce partenariat semble ne porter que sur les Unité d'enseignement (mais la question est peu renseignée). Il est jugé satisfaisant dans 3 cas sur 4 ;

Haute-Marne : tous les gestionnaires/établissements ont un partenariat conventionné avec l'Éducation nationale. Il porte sur la mise à disposition d'enseignants (2 fois) et l'externalisation d'Unité d'enseignement (1). La satisfaction des partenariats est mitigée, souffrant d'un manque d'échanges mutuels et de moyens.

Dans la **Marne**, il existe deux sortes de convention entre l'Éducation nationale et les établissements. Mais le fonctionnement relève davantage du cas par cas. Parfois, une convention est signée pour un seul enfant. Un établissement travaille par exemple avec les ULIS collège (sous forme de convention) pour que, dès qu'un enfant atteint l'âge de 14 ans (et que l'orientation le concernant ne sera probablement pas le lycée pour des raisons de fragilité par exemple), il puisse être accueilli dans des

ateliers professionnels, en vue d'une éventuelle entrée en IME, afin d'éviter une sortie brutale du milieu ordinaire, sans solution.

En **Haute-Marne**, pour l'ARS, les projets proposés par les établissements portent véritablement sur une inclusion scolaire, et pas seulement sur une stratégie d'intégration et de sensibilisation au milieu scolaire ordinaire. Cette tendance s'est construite en lien avec les directions d'IME, sur la base d'un **partenariat fort**, et en amont des rapprochements effectués avec les directions des établissements scolaires.

Globalement, une bonne coopération est constatée au niveau du terrain entre l'Education nationale et les IME, les protocoles sont établis. La présence systématique d'éducateurs dans les UE de plusieurs établissements (externalisées ou en voie de l'être) améliore entre autre la possibilité de personnaliser les projets scolaires.

L'Education nationale rappelle qu'il existe trois types de conventions différentes, qui définissent le nombre d'heures : convention cadre (pour 3 années avec mise à disposition de moyens dédiés) ; UE externalisée ; convention de coopération. Dans le département, la plupart des établissements ont une convention cadre (mais un certain nombre arrivent en fin de vie), quelques UE externalisées et aucun convention de coopération. A ce sujet, l'Education nationale estime que cela est une erreur car, pour elle, les **conventions de coopération** sont celles qui créent de vrais partenariats, car traitant de cas particulier.

Préconisation – Tous les départements

- Renforcer les échanges et la communication entre l'IEN ASH et les directions d'IME en instaurant plusieurs rencontres annuelles.

Accompagnement et activités thérapeutiques

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 %).

Activités mises en place

Les **activités thérapeutiques mises en place** dans les IME (cf. tableau 13) sont diverses et variées dans la région. Les seules activités très souvent proposées par les établissements sont le suivi psychologique et la psychomotricité.

Tableau 13 - Activités thérapeutiques proposées par les IME en Champagne-Ardenne.

Très souvent proposées	Souvent à moyennement proposées	Peu proposées	Très peu proposées
Suivi psychologique Psychomotricité	Démarche SNOEZELEN Jeux de rôle / expression Suivi psychiatrique Groupes de parole Orthophonie Kinésithérapie Soins infirmiers	Art thérapie Balnéothérapie Médiation aquatique Equithérapie Vie affective et sexualité Rééducation	Musicothérapie Médiation animale Ergothérapie Médiation Sophrologie/techniques de relaxation

Source - Diagnostic IME 2015.

Les activités mises en place dans les établissements en matière thérapeutique peuvent également être présentées par département, en précisant les différences entre les IMpro et les IME.

LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES PROPOSEES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : l'Impro du département a, en matière thérapeutique, des activités en psychologie, balnéothérapie, un groupe de parole et des activités contes et théâtre. Les IME proposent quant à eux des activités plus divers et variées : de la co-animation sport et psychomotricité, de l'art thérapie, de la rééducation, de la relaxation, la méthode verbo tonale, des activités de contes et théâtre, un groupe de parole, de la psychologie, de l'orthophonie, de la psychomotricité, la démarche Snoezelen, des ateliers sensoriels, de la relaxation, des repas thérapeutiques et des activités sur le thème vie affective et sexuelle.

Marne : dans ce département, les établissements ont déclaré pour activités thérapeutiques : la démarche Snoezelen, des ateliers d'émotion ou d'expression, de l'art thérapie, un groupe fratrie, un atelier empans de copie, de la médiation animale, de la musicothérapie, des activités sur le thème de la vie affective et sexuelle, de la psychomotricité, de la psychologie, un groupe de parole, du soutien familial, de la psychiatrie, de la balnéothérapie, de l'équithérapie, de l'orthophonie, et des soins infirmiers.

Aube : l'Impro du département a, en matière thérapeutique, des activités en psychologie, en psychiatrie, en psychomotricité, en orthophonie et en kinésithérapie. Les activités thérapeutiques du seul IME ayant répondu à cette question sont de la rééducation et un groupe thérapeutique.

Haute-Marne : les établissements de ce département proposent comme activités thérapeutiques : la balnéothérapie, de la psychomotricité, de la psychologie, de l'équithérapie, de la médiation aquatique, des activités de contes et de théâtre, de la rééducation, de l'orthophonie, de la psychiatrie, de la kinésithérapie, des soins infirmiers, de l'ergothérapie, de la médiation animale, la démarche Snoezelen, de la musicothérapie, de la relaxation.

Organisation de l'accompagnement thérapeutique et moyens dédiés

A ce sujet, les **tables rondes** ont indiqué que :

Dans les **Ardennes**, au niveau organisationnel, les soins peuvent intervenir alors que l'enfant est sur une activité pédagogique, même si les équipes essaient le plus possible de les placer en dehors du temps scolaire, afin d'éviter quelque déséquilibre que ce soit. Puisque chaque enfant a son propre emploi du temps (en fonction de ses besoins et de ses contraintes), les équipes doivent s'appuyer sur différents supports mais doivent également **composer avec les familles**, qui doivent valider les choix. Or, parfois, certaines familles sont dans une telle situation (souffrance psychiques, violence, séparation problématique, etc.) qu'il ne leur est pas possible de contribuer activement au projet de l'enfant. Par exemple, à l'EDPAMS, la proximité (géographique et partenariale) du CATTP et de l'Hôpital de jour permet de pouvoir **accueillir conjointement les familles** et ces services. Ce travail en réseau permet de co-construire les projets personnalisés, de manière cohérente d'un point de vue de l'articulation entre le soin et l'éducatif.

Les acteurs ardennais pensent qu'il est **possible d'anticiper des hospitalisations** mais que, pour se faire, il faut que les liens soient étroits, pour **pouvoir s'expliquer en permanence**. Mais cela signifie qu'un tel mode de fonctionnement s'appuie aussi sur les relations interpersonnelles.

Un constat de **déficit de professionnels de santé sur le territoire** est établi, notamment en matière de médecins psychiatres. Ce déficit pourrait être pallié, au moins en partie, par de la mutualisation de moyens, les professionnels travaillant alors sur plusieurs lieux. Mais cette mutualisation pourrait porter sur de la **formation commune**, et permettrait tout du moins de pouvoir bénéficier de compétences disponibles sur le territoire.

Par ailleurs, puisque la CPAM n'autorise pas la double-prescription, les familles peuvent choisir de ne conserver que la prise en charge par un **praticien à l'extérieur de l'IME** (déjà fréquenté avant l'entrée en IME par exemple). Plus globalement, les **problèmes de délai** parfois (voire souvent) rencontrés **pour obtenir un rendez-vous au CMP** peuvent entraîner des situations délicates pour les usagers nécessitant des soins importants.

Le **réseau « public frontière »** développé dans les Ardennes en 2011 a en projet de rendre opérationnel et structuré un dispositif de consultations des médecins, pour obtenir un **bilan partagé**. Les IME n'étant pas des établissements de soin (au sens sanitaire), une vraie coopération est nécessaire (pour gérer les usagers présentant des troubles psychiques par exemple). Ce système présente l'avantage de ne pas requérir de moyens importants.

Dans la **Marne**, les acteurs déplorent un **nombre insuffisant de pédopsychiatres**, même s'ils reconnaissent que la situation s'améliore. La disponibilité en milieu rural des médecins généralistes et des infirmières est encore plus problématique. Et le problème est vrai aussi pour les orthophonistes et les kinésithérapeutes.

Les IME signalent que le parcours médical est surtout sous la responsabilité des parents, mais ces derniers ne transmettent pas l'ensemble des informations, d'où une difficulté pour les IME s'assumer leur rôle de médiateur.

Les parents ont des difficultés pour trouver des praticiens qui acceptent de soigner leurs enfants, car **les professionnels de santé ne sont pas toujours formés et sont également réticents à soigner ce type de public**. C'est pourquoi l'ARS a engagé un travail avec des **écoles de formation** dans le but de **familiariser les professionnels au public et le public aux professionnels**. Il y a une volonté de mobiliser les personnels de santé par un **travail de communication, de sensibilisation et de formation** important sur le handicap et les formes de handicap, eu égard l'actuelle méconnaissance. Mais aussi de les sensibiliser aux nécessaires adaptations des cabinets médicaux à engager. Il y a également des réflexions en cours pour développer les actes de télémédecine (pour les consultations) à destination de certains publics comme les autistes, qui peuvent être déstabilisés par les modes traditionnelles de prise en charge.

Dans l'**Aube**, la **pénurie de professionnels de santé** (qui touche particulièrement l'orthophonie) est due à la fois au problème d'attractivité territoriale et au problème d'attractivité salariale de la convention 66. De fait, les IME doivent recourir à des **accompagnements par le secteur libéral**, dont les surcoûts occupent une part de plus en plus importante dans les budgets des établissements, à cause des transports notamment. Une des conséquences étant l'obligation de restreindre les activités de loisirs. Pour trouver des solutions au niveau du financement, l'établissement Chantejoie par exemple demande systématiquement aux parents d'accompagner leur enfant aux séances d'orthophonie, en dehors du temps IME. Cela permet à la fois de réduire les coûts liés au transport (notamment pour les IME dont la position géographique est plus rurale) et implique d'autant plus les parents dans le projet de l'enfant. Cela dit, les difficultés ne sont que partiellement résolues, puisque de nombreux enfants nécessiteraient deux séances d'orthophonie par semaine. Or, actuellement, et malgré ce genre de solution, une part parfois importante d'enfants ne peut bénéficier d'un suivi orthophonique. C'est par exemple le cas à l'IME Gai Soleil, où la Direction de l'établissement a tenu à souligner que seuls 10 enfants sur 90 peuvent en bénéficier. Ce déficit démographique des professions paramédicales et médicales engendre un déséquilibre dans la globalité de l'offre d'accompagnement que les IME tentent de mettre en œuvre.

A propos du financement des soins, les établissements se demandent d'ailleurs s'il ne faut pas **dépasser la logique de « qui paie ? », pour privilégier la notion de parcours, et la coordination inter-établissement**.

Pour les acteurs de la pédopsychiatrie, les **moyens consacrés** dans l'Aube sont **trop faibles**. Par exemple, le département, en pénurie de psychiatre, ne compte aucun lit à plein temps ni d'accueil

familial thérapeutique et, plus globalement, le nombre d'ETP est de 90, contre 150 en Haute-Marne par exemple. Plus globalement, le département a connu une perte de 40 % de temps médical par rapport à 2003. Ce manque de moyens a une répercussion sur l'organisation de la scolarité des enfants ou celle du secteur de la protection de l'enfance, car il est générateur de ruptures dans les parcours des jeunes.

Lorsqu'un enfant entre en établissement, et pour éviter la double facturation, le relai est passé à l'IME, même si des avis sur le suivi des traitements sont donnés. Le problème se situe également en amont car le CMP est débordé. Ainsi, dès qu'un enfant trouve une solution ailleurs, il lui est « demandé » de libérer la place. Beaucoup d'enfants troyens sont accueillis en Hôpital de jour à Brienne-le-Château ou Romilly-sur-Seine, avec 35 minutes de taxi.

En **Haute-Marne**, la **pénurie des personnels paramédicaux** (surtout orthophonistes, mais aussi psychomotricité) et médicaux (psychiatres, dont une bonne partie est en outre proche de la retraite) pose la question de leur renouvellement. Pour pallier ces manques, des **contrats de professionnalisation** sont proposés, par exemple, dans des écoles de psychomotricité. Certains professionnels sont même directement recrutés en Belgique à l'issue de leurs études. Globalement, les établissements estiment qu'il y a un **manque de moyens** dédiés aux IME. Cette pénurie est un **facteur limitatif de l'accès aux soins**. Les IME sont contraints d'accepter des créneaux horaires inadaptés (en milieu de matinée par ex.). Au final, les IME se demandent si la seule solution ne serait pas d'obliger les professionnels de santé à rendre un service minimum dans le secteur médico-social. L'Education Nationale signale également qu'il n'y a **pas assez de médecins scolaires** dans le département.

Les IME rappelle qu'il est nécessaire que les **évaluations soient partagées** car, parfois, certains enfants sont pris en charge en sanitaire alors qu'ils auraient besoin d'un accompagnement en médico-social. Et les établissements doivent également admettre leur « insuffisance ». Mais pour pouvoir partager des points de vue, il faut que les différents acteurs puissent se retrouver.

L'ARS estime qu'il y a une vraie **implication du sanitaire** dans le département, ce qui aboutit à des services comme Mod'ado, un service d'hospitalisation complète pour adolescents (accueil temporaire de 5 lits, au CHHM). Par ailleurs, un double accompagnement Hôpital de jour / IME est possible, permettant de ne pas être confronté qu'aux seules situations d'urgence.

Préconisation – Tous les départements

- Recenser précisément les défauts d'accès aux soins des enfants accueillis ;

Préconisations - 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) ;
- Anticiper autant que faire se peut les hospitalisations par un travail collectif.

Préconisation - Marne

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

Préconisations – Aube et Haute-Marne

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

Difficultés rencontrées par les équipes thérapeutiques

Les **difficultés des équipes thérapeutiques** leur sont relativement propres. Bien que la gestion des « cas complexes » soit indiquée par 4 gestionnaires/établissements, d'autres sont au moins aussi fréquentes. Le **manque de moyens en psychiatrie** est ainsi la principale difficulté relevée (7 cas recensés), suivie par le **manque de moyens (en général)** et une charge de travail trop importante (4 cas). Deux IME soulignent enfin que le manque d'orthophonistes et de psychomotriciens est source de difficultés.

PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES EQUIPES THERAPEUTIQUES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : La délicate coordination entre les trois domaines d'intervention est soulignée comme un obstacle à une bonne prise en charge thérapeutique, tout comme l'individualisation de l'accompagnement qui engendre une difficile gestion du temps de travail (2 cas). A ce sujet, **au cours des tables rondes**, les établissements ont signalé que, même si pour des raisons liées à leur culture professionnelle respective, chaque corps de métier a sa propre représentation des autres équipes, dans les faits, les différentes équipes parviennent à travailler ensemble. Des ruptures peuvent néanmoins apparaître, qui peuvent par exemple s'expliquer par un turnover important (surtout du côté des équipes pédagogiques).

Marne : En matière thérapeutique, la spécificité du département est de ne faire référence qu'aux seuls manques en interventions psychiatriques ou de moyens en général.

Aube : Dans le domaine thérapeutique, les obstacles déclarés suivent la tendance régionale décrite précédemment.

Haute-Marne : En Haute-Marne, en matière thérapeutique, la spécificité du département est de ne pas faire référence – contrairement aux autres territoires – à de quelconques difficultés avec la prise en charge psychiatrique.

Postes à pourvoir dans le domaine thérapeutique

Parmi les 22 établissements de Champagne-Ardenne ayant contribué au diagnostic, 18 ont au moins un **poste à pourvoir** au sein de leur équipe thérapeutique (cf. tableau 14). Les métiers les plus demandés sont clairement l'**orthophonie** (0,54 ETP en moyenne, pour 14 établissements demandeurs) et la **psychomotricité** (0,84 ETP, 9 étab.). Les autres postes non pourvus concernent la psychiatrie (0,42 ETP, 6 étab.) et, dans une moindre mesure, la pédiatrie qui ne concerne qu'un seul établissement dans l'Aube. Ces manques sont exclusivement palliés par le **recours à un prestataire libéral**.

Tableau 14 - Nombre moyen d'ETP à pourvoir dans le domaine thérapeutique, par département.

	Ardennes	Marne	Aube	Haute-Marne	Champ.-Ard.
Orthophonie	0,64 ETP (4 IME)	0,56 ETP (6 IME)	0,37 ETP (2 IME)	0,50 ETP (2 IME)	0,54 ETP (14 IME)
Psychomotricité	1,33 ETP (3 IME)	0,61 ETP (4 IME)	-	0,50 ETP (2 IME)	0,84 ETP (9 IME)
Pédopsychiatre	0,39 ETP (2 IME)	0,46 ETP (3 IME)	0,36 ETP (1 IME)	-	0,42 ETP (6 IME)
Pédiatrie	-	-	0,07 ETP (1 IME)	-	0,07 ETP (1 IME)

Source - Diagnostic IME 2015.

Note de lecture - Au moment de l'enquête, dans les Ardennes, 4 IME avaient un poste à pourvoir en orthophonie. En moyenne, ces postes représentaient 0,64 ETP

Les partenariats autour de l'accompagnement thérapeutique

Le secteur de la **pédopsychiatrie** fait l'objet de 12 partenariats non conventionnés et 6 conventionnés dans la région (**4 gestionnaires/établissements n'en ont pas**). Parmi ces 18 partenariats, 12 ont été précisé (cf. tableau 15). Le partenaire le plus fréquent est l'Hôpital de jour (4 IME, dont 3 dans la Marne). En moyenne, au niveau de la Champagne-Ardenne, l'**appréciation par les IME** des partenariats avec la pédopsychiatrie est **plutôt mitigée**, puisque 11 sur 18 sont satisfaisants, les autres ne l'étant pas. Les établissements précisent que les **insuffisances en matière d'échanges** ou de moyens sont responsables dans les situations de mécontentement (« *Places d'accueil insuffisantes, et pouvoir unilatéral* »).

Au cours des tables rondes, dans les **Ardennes**, certains acteurs ont estimé que les **relations** avec le secteur de la pédopsychiatrie **méritent d'être renforcées**. Les obstacles institutionnels doivent être dépassés par des liens et une **communication permanente**, pour dégager des **objectifs communs**. Par ailleurs, les IME rappelle que **le PIA s'élabore à partir d'une concertation qui doit tenir compte des disponibilités et des apports de la pédopsychiatrie** car, par exemple, il arrive que le médecin

psychiatre connaisse tout l'historique des parents d'un usager, ce qui constitue un éclairage qui permette de donner du sens à l'élaboration du projet.

Dans la **Marne**, les relations avec le secteur de la pédopsychiatrie varient d'un établissement à l'autre. Parfois, le travail se fait directement en lien avec le CHU. C'est alors un pédopsychiatre du CHU qui se déplace au sein de l'IME. Un établissement déclare avoir la volonté que tout enfant qui a un parcours en psychiatrie puisse **bénéficier d'un directeur de cure (i.e. un responsable du suivi de l'enfant, qui peut être sollicité en permanence)**. Pour d'autres IME, bien qu'ils pensent qu'un travail important est à faire avec le secteur psychiatrique, le partenariat rencontre de grandes difficultés.

En **Haute-Marne**, les liens avec le secteur de la pédopsychiatrie sont plus ou moins étroits d'un établissement à l'autre. Ils peuvent être de très bonne qualité, ou plus délicat car soumis à des fluctuations due aux difficultés propres du secteur (pénurie de plus en plus importante). De fait, c'est la capacité à co-construire qui s'en trouve amoindrie. D'après les établissements, leurs missions et limites sont insuffisamment connues de la pédopsychiatrie, bien qu'il y ait une prise de conscience de ce que les partenaires peuvent s'apporter mutuellement, car **la méconnaissance est réciproque**, les éducateurs ne connaissent pas non plus les services de pédopsychiatrie.

Tableau 15 - Partenariats (conventionnés et non conventionnés) des IME dans le domaine thérapeutique, par département.

	Ardennes	Marne	Aube	Haute-Marne
Partenariats non conventionnés				
Pédopsychiatrie				
CATTP		1		
CMP	1	1		
Hôpital de jour	1	3		
CHU		1		
CMPP		1		
Libéraux de santé				
Orthophonie		1	1	
Kinésithérapie			1	
Partenariats conventionnés				
Pédopsychiatrie				
CATTP				1
CHU		1		
Pédopsychiatrie (sans précision)		1		
Libéraux de santé				
Orthophonie	3	4	2	1
Kinésithérapie	1		2	
Dentiste				1
Généraliste	1			
Hôpital (sans précision)				1

Source - Diagnostic IME 2015.

Par ailleurs, la majorité des gestionnaires/établissements (18 d'entre eux) ont également un partenariat avec le **secteur libéral**, le plus souvent sous une forme conventionnée (16 des 19 partenariats). L'**orthophonie** est très fréquemment impliquée (12 fois) et la **kinésithérapie** est l'autre métier le plus sollicité (4 fois). Par ailleurs, un IME de Haute-Marne a conventionné un partenariat avec un dentiste, un IME ardennais a conventionné avec un médecin généraliste et un établissement haut-marnais a un partenariat avec un hôpital (sans plus de précision).

La **satisfaction des IME est mitigée** quant à leur-s partenariat-s avec des acteurs du domaine thérapeutique car, si 11 d'entre eux sont jugés positivement, 8 ne le sont pas, pour des raisons ayant trait à des manques de ressources (3 cas) ou d'échanges entre les différents acteurs (3) : « *Les orthophonistes participent rarement aux réunions, ne laissent pas forcément de bilan écrit de leur travail avec les enfants, ce qui ne permet pas de reprendre le travail le reste de la semaine avec les enfants* ».

Au cours des tables rondes, dans les **Ardennes**, les IME ont souligné que **les liens avec le secteur libéral sont très peu développés**. Le recours au libéral peut se faire pour un besoin de remplacement mais, globalement, les questions de financement et d'emploi du temps surchargés des libéraux constituent un frein à ce recours.

Dans l'**Aube**, la participation des professionnels de santé libéraux aux réunions de synthèse n'est pas systématique. Cette présence n'est d'ailleurs pas toujours souhaitée : un établissement estime que c'est la fonction de référent qui a du sens, et non la présence des professionnels aux réunions de synthèse.

En **Haute-Marne**, les professionnels de santé libéraux viennent rarement, voire jamais, aux réunions de synthèse. Et le système de rétribution pour compenser la perte d'honoraires n'a pas fait évoluer ce phénomène. Pour solutionner ce problème, un établissement a conditionné le conventionnement à la remise des bilans par les libéraux (bilans demandés dans les conventions).

Préconisations – 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.

Articulation des IME avec la protection de l'enfance

Le public concerné et son accompagnement

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)** (cf. tableau 16), sachant que l'**accueil familial** est la modalité de suivi la plus fréquente (**11,3 % des cas** ; cf. tableau 5). Dans les **Ardennes** et la **Haute-Marne**, c'est environ **1 enfant sur 5** qui est suivi par les services de l'ASE.

Les enfants suivis par les services de l'ASE sont proportionnellement **deux fois plus nombreux que les autres à présenter des troubles psychiques (29,7 % vs 16,8 %)**. D'ailleurs, parmi ces usagers souffrants de troubles psychiques, 21 % sont également suivi par les services de la pédopsychiatrie.

Tableau 16 - Nombre d'enfants accompagnés par l'ASE et par la pédopsychiatrie.

	Ardennes (N=556)	Marne (N=665)	Aube (N=187)	Haute-Marne (N=328)	Champ.-Ard. (N=1 736)
Nb d'enfants accompagnés par l'ASE	108	91	27	64	290
% d'enfants accompagnés par l'ASE	19,4%	13,7%	14,4%	19,5%	16,7%
Nb d'enfants accompagnés par la pédopsychiatrie	40	75	5	22	142
% d'enfants accompagnés par la pédopsychiatrie	7,2%	11,3%	2,7%	6,7%	8,2%

Source - Diagnostic IME 2015.

Dans les **Ardennes**, au cours des tables rondes, et d'après l'ASE, les établissements de la protection de l'enfance se sont, au fil des années, adaptés de manière plus ou moins contrainte à des publics de jeunes qu'ils n'accueillaient pas auparavant. Ces changements ont provoqué un certain désarroi de la part des équipes qui rencontrent des difficultés à gérer un certain nombre de situations. Les **équipes doivent beaucoup « bricoler »**, d'où la nécessité pour cette institution de trouver des solutions pérennes. L'ASE estime que 15 à 20 % de la population qu'elle accompagne l'est sur du long terme. Or, pour ce public, l'offre proposée reste insuffisamment adaptée. Ces constats sont globalement partagés par les acteurs des autres départements.

De leur côté, les établissements médico-sociaux enregistrent **une forte hausse des effectifs** d'enfants relevant de l'ASE dans leur structure, depuis environ 3 ans.

Continuité et rupture de l'accompagnement

Dans son rapport annuel de 2015¹³, 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. Par exemple, la fermeture des établissements chaque fin de semaine et pendant les vacances scolaires

¹³ Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles. Disponible sur www.defenseurdesdroits.fr.

entraîne un accroissement des difficultés à prendre en charge pour les services de l'ASE et sont autant de facteurs d'instabilité pour ces jeunes. De même, le peu de moyens de répit pour les aidants et de séjours de ruptures pour les enfants offerts renforcent les risques de ruptures qui peuvent se traduire par des comportements problématiques (violences, agressions sexuelles, etc. ; Cf. supra *Les situations de violence*).

Aussi, ce même rapport remarque que la sortie du dispositif de protection de l'enfance est en général un moment de rupture.

A ce sujet, les tables rondes départementales ont indiqué que :

Dans les **Ardennes**, à l'EDPAMS, un Foyer répit de 4 places réservé aux cas critiques, sans solution, permet pendant 3 ou 4 semaines de refaire un bilan complet de l'enfant. Ce système permet d'éviter des ruptures liées à d'éventuels changements de comportement générés par un nouveau mode éducatif. Mais les établissements souhaitent affirmer que ce type d'offre ne doit pas faire dévier les IME de leurs missions fondamentales.

Les acteurs ardennais rappellent qu'il faut également mieux **anticiper le passage à la majorité** (environ 1 à 2 ans avant), ne pas attendre une situation de crise, d'urgence pour que les différents acteurs se réunissent. De fait, cela implique que les établissements soient davantage impliqués, même si des choses se font actuellement. Par exemple, le renouvellement des **Contrats jeune majeur** peut davantage être anticipé pour garantir une meilleure continuité dans l'accompagnement.

Dans la **Marne**, si l'internat peut en effet être considéré comme étant une alternative au placement, les IME reconnaissent les difficultés de l'ASE à pouvoir trouver des familles d'accueil, surtout pour les plus de 18 ans. **Pour les majeurs, les risques de se trouver sans solution les week-ends** sont encore plus problématiques. C'est pourquoi, l'IME de Châlons-en-Champagne, qui ouvre son internat toute l'année (34 places), est très sollicité de la part de l'ASE pour accueillir des enfants le week-end. Localement, d'autres solutions existent comme la mise à disposition d'un appartement les week-ends, ou encore le système de « familles gouvernantes » proposé par l'UDAF¹⁴.

Dans l'**Aube**, un manque de prise en charge adaptée aboutit à des situations où, par exemple, les enfants restent à la maison faute de place et demeure sans réponse malgré des besoins avérés. Ce phénomène étant de plus en plus prégnant. La mise en place de la commission des « cas critiques » a montré que certaines situations (sans précision du nombre) sont en attente depuis 3 ans.

Par ailleurs, sur la pertinence de pouvoir disposer d'un **accueil les week-ends et les vacances** au sein d'un IME, l'ASE estime que cela peut être une bonne solution, à condition qu'elle aille dans l'intérêt de l'enfant. Elle **ne doit pas être considérée comme une solution unique** car, du point de vue de l'enfant, ce découpage peut aussi être très déstructurant, angoissant (nécessité de s'adapter en

¹⁴ Le dispositif Familles-Gouvernantes propose à des personnes en pouvant vivre seule de façon autonome et ne relevant plus d'un mode d'hébergement institutionnel, de partager la location d'appartements situés à proximité dans le même immeuble, voir sur le même pallier. Ces personnes bénéficient collectivement de la prestation d'un-e gouvernant-e chargé-e de veiller à leur entretien et à leur bien-être quotidien.

permanence au turnover des équipes, etc.). Les acteurs de la pédopsychiatrie y sont favorables, pour les questions de continuité dans l'accompagnement. C'est une ressource supplémentaire qui peut permettre de répondre à certains besoins, comme la séparation thérapeutique par exemple. Cet accueil permettrait de prévenir l'émergence de certaines situations à risque de danger car, parfois, le retour en famille génère des situations critiques. Pour les établissements, **le « tout institutionnel » n'est pas spécialement une bonne chose et soulève des doutes sur la qualité d'un tel accompagnement, sans changement de cadre de vie ni d'interlocuteurs**. Ils invitent entre autre à réfléchir, au-delà de la question de l'ouverture, aux partenariats à structurer. Par exemple, un « Village d'enfants » existe déjà dans l'Aube. Dans tout les cas, cette réflexion doit être élargie à la thématique plus large du partenariat entre les IME et l'ASE, notamment du point de vue de l'anticipation des ruptures et de l'organisation annuelle des activités (chantiers spécialisés pendant les vacances, etc.).

En **Haute-Marne**, historiquement, il y a eu des établissements qui ont ouverts pendant 365 jours par an, mais les politiques publiques ont estimé que les IME ne pouvaient pas s'occuper de toutes les problématiques, qu'il ne fallait pas tout institutionnaliser. Dans tout les cas, une direction d'IME rappelle que les expériences passées en matière d'accueil les week-ends n'ont jamais posées de réels problèmes.

Les établissements se sont approprié depuis longtemps cette problématique, et tendent à proposer des ouvertures quelques week-ends et pendant une partie des vacances, mais ils ne pensent pas que les besoins d'ouverture soit sensiblement supérieurs à l'offre actuelle. Aussi, ils mettent en exergue que **cette offre ne doit pas concerner que les enfants de l'ASE et plus généralement les cas critiques, tous les publics sont concernés, notamment les autistes (répits de la famille)**. Pour l'ASE, ce débat doit également tenir compte de la tendance démographique. En effet, le vieillissement des Assistantes familiales et la diminution de leurs effectifs (environ 15 départs par an depuis plusieurs années) contraignent l'ASE à transférer de plus en plus de charge aux MECS, qui se retrouvent à présent surchargées. L'ARS a évalué le nombre d'enfants concernés par ces situations critiques et estime qu'il faudrait **trois entités sur le département avec un volume de 4 ou 5 places modulables** pour répondre complètement aux besoins. Ce système permet de garantir la **continuité temporelle de l'évaluation** de la situation et de l'accompagnement de certaines situations critiques.

Préconisations – 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).

Préconisation – Ardennes

- Vérifier si le nombre de places du Foyer répit de l'EDPAMS suffit à répondre aux besoins du territoire.

Préconisation – Haute-Marne

- Proposer 12 à 15 places d'accueil de répit, ouverte sur toute l'année.

Le partenariat et le partage d'informations autour de la protection de l'enfance

Tout d'abord, à l'exception d'une structure, tous ont un partenariat avec la protection de l'enfance. Très souvent non conventionné, une part importante d'entre eux est tissée avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou des acteurs « associés » comme la Madef ou le Cadef (9 sur les 18 déclarés). La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et la Direction de la solidarité départementale sont chacune citées à deux reprises par les IME. La **majorité des partenariats (68 %) donne satisfaction** aux établissements. Et, parmi les 7 raisons de non satisfaction, 4 critiquent le **manque de concertation et de partage d'informations** et 3 des **problèmes de délais** (« Réponses très tardives ne permettant pas d'assurer la continuité de l'accompagnement »).

PARTENARIATS AVEC LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : exclusivement non conventionné, il est plus ou moins étendu selon les gestionnaires/établissements (au nombre de six). Ce partenariat est jugé moyennement satisfaisant, mais parfois critiqué pour son manque de concertation (1 fois) et de partage d'informations entre acteurs (à 3 reprises) ;

Marne : presque exclusivement non conventionné (5 sur 6 gestionnaires concerné), il semble se limiter à des partenariats avec l'Aide sociale à l'enfance et la Direction de la solidarité départementale ; mais la question est à moitié renseignée). Ce partenariat est principalement jugé satisfaisant, bien qu'un manque de concertation et de partage d'informations entre acteurs soit évoqué ;

Aube : les quatre gestionnaires/établissements du département ayant participé à l'étude ont un partenariat avec ce secteur. Majoritairement non conventionné (3 cas), il semble se limiter à des partenariats avec l'Aide sociale à l'enfance (mais la question est peu renseignée). Ce partenariat est principalement jugé satisfaisant, bien que la longueur des délais soit critiquée ;

Haute-Marne : les cinq gestionnaires/établissements du département ayant participé à l'étude ont un partenariat avec ce secteur. Presque exclusivement non conventionné, il consiste en des partenariats avec l'Aide sociale à l'enfance (2 cas), la Protection judiciaire de la jeunesse (1) et de l'accueil

temporaire (1). Ce partenariat est principalement jugé satisfaisant, bien que les délais parfois importants sont critiqués (1 cas).

Dans son rapport, le **Défenseur des droits** pointe que « *La diversité constatée dans l'appréhension même du PPE conduit indéniablement à une problématique territoriale liée à la continuité de l'action autour de l'enfant* ». Il constate également que le **PPE ne s'articule pas** aujourd'hui **avec les projets formulés par ailleurs**. Ce constat fait de nouveau écho au sein des départements de Champagne-Ardenne.

Dans les **Ardennes**, la qualité du partenariat et le niveau d'information dont les établissements peuvent disposer dépend principalement des relations qui s'établissent avec le référent ASE. De plus, **les IME considèrent que les parents – étant les représentants légaux des enfants – sont de fait leurs premiers interlocuteurs, même pour les enfants relevant de l'ASE. Ils regrettent également que l'ASE, sous couvert du secret professionnel, ne communique pas assez d'éléments** sur les enfants qu'ils accompagnent. A ce sujet, dans le département, un outil est en cours d'élaboration – **une fiche de liaison** – pour pouvoir obtenir de la part de l'ASE un certain niveau d'information sur les enfants qu'il accompagne. Cet apport d'une information la plus juste et opérante possible permet de décliner un projet en fonction des risques globaux de l'enfant. Ainsi, c'est la **capacité à co-construire** les projets avec les parents et l'ASE qui se trouve augmentée. Même si, aujourd'hui, le **Projet pour l'enfant (PPE)**¹⁵ de l'ASE a du mal à vivre dans le département des Ardennes.

Un établissement propose par ailleurs que, **avant une décision de justice**, une rencontre préalable puisse être organisée afin que l'IME qui accompagne l'enfant jugé puisse donner son avis, que le juge aurait à sa connaissance pour prendre sa décision.

Dans la **Marne**, la qualité du partenariat avec l'ASE peut **dépendre**, selon certains établissements, **des relations interpersonnelles**. L'interlocuteur ASE semble donc avoir son importance. Dans tout les cas, ce partenariat nécessite d'être entretenu en permanence. La participation des référents ASE aux réunions dépend des relations établies et du langage commun que les partenaires auront su ou non établir. En règle générale, le référent ASE s'investit et demande des informations aux IME.

Ce partenariat nécessite d'être entretenu en permanence. Il est arrivé que des discussions aient eu lieu entre les différents partenaires pour se présenter mais que, par manque de contacts réguliers, il ait fallu se répéter les mêmes choses à plusieurs reprises. Par ailleurs, des divergences sur des décisions de suivi prises par l'ASE entraînent, selon des établissements, des conséquences sur les enfants.

Les IME regrettent de ne pas être un minimum **associés au moment des jugements** (mais ne sont pas du tout d'accord pour être présents lors du jugement). Un **manque de communication** et de partage d'informations peut aboutir à des situations où l'enfant ne connaît pas son référent ASE. Le manque

¹⁵ Le PPE est prévu à l'article L 223-1 alinéa 3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et institué par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

de partage d'informations entre les IME et l'ASE entraîne une moindre réactivité dans la gestion des situations dans la mesure où, lorsqu'il s'agit d'un cas qui n'est pas déjà connu, il demande des échanges et des négociations bien plus longs.

Dans l'**Aube**, à l'IME Chantejoie, un partenariat avec l'ASE a pu être développé par l'intermédiaire d'un ancien éducateur de l'ASE, donc grâce à des ressources locales qualifiées. Ce partenariat consiste en des temps de parole et d'échange et permettent d'atténuer les difficultés rencontrées dans certaines situations. Dans le reste du département, la question de ce partenariat n'a pas été développée.

En **Haute-Marne**, l'ASE est invitée aux réunions éducatives, où les parents sont également associés. Pour les cas complexes de l'ASE, le département dispose depuis sept ans de l'**instance d'étude des cas difficiles départementale (IDEC)**. Cette instance existe en parallèle de la commission des cas critiques de la MDPH, ce qui constitue pour l'ASE « un doublon » qu'il faudrait faire disparaître en fusionnant les deux instances. Les IME n'ayant pas fait part de leur avis sur ce système. La future convention ARS prévoit de **maintenir l'IDEC** avec une extension aux membres de la commission des cas critiques.

Certains établissements pensent que le partenariat avec l'ASE **manque de conventionnement-cadre**, nécessaire pour que soient respectées quelques règles. De son côté, l'ASE estime que les établissements se sont bien appropriés le PPE, qui est préparé en amont avec la famille et le mineur. **Le PPE associe les IME** et les établissements scolaires et aboutit à un document de synthèse permettant de répartir les interventions. Selon l'ASE, il faut aussi **que le référent ASE prenne la responsabilité de mettre en lien** l'ensemble des professionnels qui gravitent autour d'un enfant, pour assurer un partage optimal.

Selon la MDPH, la communication est parfois difficile avec la PJJ.

Préconisations – Tous les départements

- 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.

Préconisations - Ardennes

- 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.

Préconisations - 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).

Préconisation – Haute-Marne

- 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.

L'articulation globale des accompagnements

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. Malgré d'indéniable progrès dans ce domaine, des enfants et adolescents peinent encore à trouver des réponses adaptées à leur situation, qui plus est lorsque leur situation est complexe. Ce phénomène, connu des différents acteurs, a abouti à un questionnement partagé sur l'évolution de l'organisation de l'offre de réponse des IME, en direction notamment d'un « dispositif ».

Vers un dispositif IME ?

Les éléments recueillis aux cours des **tables rondes** sont les suivants :

Dans les **Ardennes**, certains acteurs pensent que le **conventionnement** entre les IME et leurs partenaires pérennise les échanges et prévient les difficultés liées par exemple aux changements organisationnels (ex. turnover), à condition toutefois que tous les responsables des différentes institutions soient signataires, afin de légitimer le plus possible la convention. Mais d'autres estiment que les conventions entre partenaires ne règlent pas tout. Il faut d'une part **que les familles soient associées** aux échanges pour valider les choix, au-delà du fait que les parents sont les représentants légaux. Mais il faut également que les expériences des uns et des autres soient valorisées. Le **débriefing collectif** est un moyen intéressant par exemple, il peut permettre de capitaliser des informations importantes. Mais ces séances de débriefing **doivent être pilotées** (par l'ARS ?). Dans tout les cas, il y a consensus pour dire qu'il faut que chaque acteur accepte l'idée que, parfois, il ne détient pas la solution adéquate pour un enfant.

Le **réseau « public frontière »** doit, selon la MDPH, être davantage rendu opérationnel et structuré, notamment en ce qui concerne les cas complexes d'adolescents. Il faut gagner en fluidité dans la prise en charge partagée des médecins et des ESMS, faire en sorte qu'il y ait une **coopération** entre eux. Cela passe peut-être par plus d'institutionnalisation, qui exige la présence d'un représentant des différentes institutions. Dans tous les cas, pour la MDPH, il est nécessaire de changer de posture pour vraiment intégrer l'idée de **l'individualisation de l'accompagnement**, même si cela est aussi une question de moyens. Pour cela, il serait utile de **décloisonner les champs du soin et du médico-social, d'où une réflexion en cours sur la création de « postes « mobiles »**. La MDPH pense aussi que la **valorisation des expériences** sur le territoire et la **capitalisation des connaissances** et de l'information sont les moyens à mettre en œuvre pour que les différents acteurs puissent agir de manière la plus éclairée qu'il soit. Et cette démarche doit être structurée par l'Etat. Un tel dispositif permettrait par exemple de gagner du temps sur la **priorisation des situations**, mais aussi de ne pas remettre en cause en permanence des solutions qui fonctionnent et qui peuvent inspirer d'autres établissements.

Dans la **Marne**, la DT ARS souhaiterait que soit engagée une réflexion autour d'un **dispositif IME** sur le modèle des ITEP car, par exemple, **la double notification SESSAD-IME est un outil qui ne permet**

pas d'aller aussi vite qu'il le faudrait et n'est pas assez souple. Mais la MDPH estime que le dispositif ITEP (encore en phase d'expérimentation) n'est pas suffisamment concluant à l'heure actuelle pour s'engager dans une telle réflexion pour les IME. De plus, **des outils existent**, comme la possibilité de pouvoir orienter en milieu ordinaire (avec présence d'une AESH) en attendant une place en ULIS, et ce afin de répondre au mieux aux préconisations du rapport Piveteau. Un autre outil est la notification en semi-internat avec une possibilité de 90 jours d'internat dans l'année (voire plus lorsqu'il s'agit d'un internat séquentiel), qui permet également davantage de fluidifier dans les parcours.

Dans ce département, **la MDPH informe qu'environ un tiers des enfants pour lesquels est prononcé une notification ne se trouve pas en établissement, n'a pas demandé à intégrer un établissement.**

Aussi, selon la DT ARS, il y a une différence entre les primo-arrivants en établissement médico-social et les enfants qui ont un passé institutionnel important. Pour les primo-arrivants, il n'y a **pas suffisamment d'informations dans le dossier**, notamment dans le volet médical. Tandis que pour les usagers ayant un passé institutionnel, des informations sont collectées et transmises.

Enfin, certains établissements souhaiteraient que la MDPH **transmette les notifications plus rapidement** et qu'ils puissent disposer d'une copie du dossier des enfants orientés. Mais la MDPH rappelle que la transmission et la divulgation de la notification d'un usager est contraire à la réglementation.

Dans l'Aube, concernant l'idée d'un dispositif IME, sur le modèle des ITEP, les établissements pensent que, pour être pertinent, un tel dispositif doit passer par des évaluations plus fines, ce qui implique une augmentation de l'encadrement paramédical et médical. La MDPH estime que ce type de système peut effectivement permettre aux établissements de trouver une solution dans certaines situations, mais que cela suppose d'adapter tout le cadre institutionnel, pour que soient pris en compte les effets induits, comme les droits aux allocations des parents qui peuvent varier en fonction de la situation institutionnelle de l'enfant (ce qui signifie d'intégrer la CAF au Copil) ou encore la nécessité de statuer sur la **prise en charge des transports** (ce qui relève du médico-social ou de l'Education Nationale). De son côté, l'Education Nationale est plutôt réservée car des dysfonctionnements ont été observés pour le dispositif ITEP. Pour elle, **l'assouplissement est nécessaire, mais il faut aussi des contrôles** pour que les besoins des établissements ne soient pas privilégiés par rapport à ceux des enfants.

Par ailleurs, un IME estime que **l'internat doit être intégré dans la tarification comme une prestation parmi d'autres**, au service du projet individualisé de l'enfant. Les **CPOM** doivent d'ailleurs contribuer à cette évolution vers un système plus souple. Selon cet établissement, il faut **sortir de l'idée qu'une place en internat est donnée et fixée pour toute l'année**. Ces évolutions vers une plus grande souplesse renvoient à une question financière, mais également à une question de **culture professionnelle**. Une réelle évolution culturelle est en marche et peut s'avérer difficile pour certains professionnels car ces derniers ressentent une perte d'identité professionnelle. Ils doivent par exemple **se former à des méthodes** qu'ils ne maîtrisent pas jusque-là, mais l'ajustement au PIA le

demande pourtant. Il faut accompagner les éducateurs vers cette évolution, consistant à **aller également dans les familles**. Ce besoin d'accompagnement des équipes consiste en la formation à des **méthodes de travail avec les familles, de la méthodologie de projet**. C'est une question de compétence, au-delà de la qualification. Il faut pour cela favoriser les formations intra pour limiter les phénomènes de résistance au changement.

Un établissement propose de réfléchir à la généralisation des **stages d'accueil**, pour que les familles puissent tester l'offre et décider de maintenir leur demande ou non.

Aussi, les IME pensent que leurs limites ne sont pas suffisamment prises en compte. Pour eux, la MDPH ne connaît pas suffisamment les projets d'établissement, et ne s'appuie donc pas dessus pour prononcer les orientations.

Cela dit, les établissements aubois déclarent effectif le **partage d'outils et l'évaluation** des jeunes, ces démarches donnent satisfaction à l'ensemble des partenaires. Pour la majorité des enfants, lorsque la situation n'est pas problématique, l'évaluation partagée est obtenue à la MDPH et est jugée satisfaisante (elle contient les éléments d'ordre psychologiques, pédagogiques, etc.). A cela s'ajoutent deux dispositifs : la **cellule des cas critiques** (dont c'est la vocation et qui est une obligation ministérielle) ; la **cellule technique partenariale**, installée depuis 2012 entre l'Education nationale, l'ARS et la MDPH pour examiner les situations urgentes qui sont sur liste d'attente. Dans les faits, ces deux commissions sont fusionnée et se réunissent à la suite de façon institutionnalisée et permettent un partage d'informations optimisé. Cette **grande qualité partenariale** est soulignée collectivement. Pour autant, les solutions ne sont pas aisées à trouver, même si certaines situations ont pu être résolues. Dans le département, **le nombre de jeunes « sans solution » est de 10 situations critiques et de 20 situations urgentes**, selon les données fournies par la MDPH.

En **Haute-Marne**, la DT ARS considère que, globalement, il y a localement une véritable considération des IME et que **la coopération l'emporte** sur les éventuels mouvements de concurrence. **Les IME se sont fortement spécialisés** mais semblent complémentaires. Aussi, **le partage d'information**, eu égard la taille modeste du département, **est de bonne qualité**. Cela dit, les IME rappellent que ce partenariat doit être entretenu en permanence, au-delà de la gestion des seuls cas complexes. Qu'il faut échanger sur les pratiques professionnelles quotidiennes, car il y a parfois de la méconnaissance et un manque de reconnaissance du travail des autres. Donc, les établissements pensent que les équipes de terrain doivent davantage se découvrir, ce qui n'est pas un obstacle très difficile à lever. Quant au **langage commun**, à la transdisciplinarité, les IME proposent que soient organisées des **formations communes**, afin de renforcer la professionnalisation de tous les acteurs concernés.

En matière de fonctionnement, les établissements disent qu'il ne faut plus fonctionner avec les **taux d'activité et d'occupation** tels qu'ils sont calculés aujourd'hui. Car, par exemple, le fait d'accueillir un enfant relevant de l'ASE peut constituer un risque pour un établissement en termes d'absentéisme, pourtant les IME font le choix de les accueillir. C'est le **paradoxe actuel**, d'un côté les usagers souhaitent vivre « comme en milieu ordinaire » et revendiquent leur liberté de pouvoir recourir à l'offre de service ; d'un autre côté, les établissements se demandent comment répondre

favorablement aux demandes des usagers et des partenaires, tout en affichant une activité de moins en moins acceptable au regard du financeur. Car **refuser les demandes d'accueil séquentiel amènerait les IME à n'accepter que les demandes de 5 jours, pour lesquelles les risques sont minimisés.**

Par ailleurs, les établissements rencontrés ont affirmé que les **notifications** « internat » et « semi-internat » peuvent être contradictoires avec l'évolutivité du projet d'accueil et d'accompagnement. Par exemple, pour un enfant autiste semi-interne qui nécessitait d'être accueilli en internat, une demande a du être faite en urgence.

De son côté, l'Education Nationale se demande comment le Projet de l'enfant peut se mettre en place sans avoir une vue globale, *via* les notifications, du parcours des enfants. Car, actuellement, les enseignants référents ne reçoivent pas les notifications. La MDPH ne partage pas ce point de vue puisque, pour elle, ce projet se construit en équipe pluridisciplinaire.

Sur la pertinence de tendre vers un **dispositif IME**, la MDPH pense que cela peut apporter de la souplesse, mais qu'il est nécessaire de veiller à répondre aux vrais besoins, et de ne pas sortir les cas complexes du dispositif. Les établissements soulignent que la MDPH doit garder un rôle de tiers dans un tel système, afin d'éviter une situation où les établissements auraient tous les pouvoirs. Mais l'Education nationale n'y est pas du tout favorable dans la mesure où le dispositif ITEP n'a pas encore fait ses preuves et qu'il est donc inutile d'envisager pour le moment de le transposer aux IME. Par ailleurs, un dispositif IME pourrait impacter les allocations versées aux familles par les CAF, ce qui est un élément à prendre en compte dans les réflexions.

Enfin, rappelons que les IME estiment que la **multiplication des outils projets** (PAI, PIA, PPS, PPE...) peut être **source de confusion** et qu'il serait opportun de n'avoir qu'un document unique.

En résumé

La question de la faisabilité et de la pertinence d'un « dispositif » IME tend, comme les échanges restitués précédemment tendent à le montrer, à se généraliser, sans pour autant faire consensus. Des micro-initiatives qui visent à assouplir l'action des IME sont entreprises, d'autres sont en projet. Dans un cas comme dans l'autre, ces **émergences demandent à être reconnues et stabilisées.**

Préconisations – 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 ;
- Organiser des sessions d'échanges inter-établissements sur les pratiques professionnelles des différentes équipes d'IME.

Préconisations - Ardennes

- Renforcer et structurer le réseau « public frontière » en direction des adolescents à difficultés multiples notamment ;
- Encourager le développement des « postes mobiles » ;
- Confier à l'ARS le pilotage de la valorisation des expériences et de la capitalisation des connaissances sur le territoire (« débriefing collectif »).

Préconisations - 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.

Geva-compatibilité

Dans **tous les départements**, une très grande majorité des dossiers, voire l'intégralité, sont codés dans le cadre de la Geva-compatibilité (94 % dans les Ardennes, 100 % dans la Marne). Cela dit, dans la **Marne**, la MDPH observe au cours des réunions annuelles un delta d'environ 10 % entre leurs données et celles des établissements.

Dans l'**Aube**, pour les établissements, la Geva-compatibilité s'apparente « de la théorie » et ne correspond pas à la mission première des IME. Ce qui ne signifie pas que les équipes ne réalisent pas les évaluations dans les différents domaines de compétence de l'enfant. La finalité de l'évaluation reste celle du bien-être, de l'acquisition des compétences sociales, du libre-choix de la personne. Certes, certaines équipes ont actuellement des difficultés à mettre en œuvre cette évaluation, mais des aménagements organisationnels sont en cours dans les établissements concernés pour les dépasser. Cette **démarche demande à être accompagnée** pour passer « de l'oralité à l'écrit », et ainsi dépasser la résistance au changement. Cela dit, certains établissements pensent également que les évaluations se font « sans qu'elles en portent le nom ». Dans tous les cas, les IME estiment qu'il faut du temps et que les différents professionnels se rencontrent pour bien évaluer. Au niveau de la scolarité, les établissements, même s'ils mobilisent des outils moins « théoriques » que le Geva-Sco, procèdent à une évaluation commune avec la MDPH *via* une présynthèse collective.

En résumé

La Geva-compatibilité, pointée par la CNSA comme le levier le plus efficace pour établir un langage commun et une évaluation partagée, reste une démarche encore largement méconnue des IME. Ces derniers, qu'ils aient élaboré ou non des méthodes d'évaluation des besoins pour élaborer les PIA, ne semblent pas prêts à l'adopter.

Préconisation – Tous les départements

- [Promouvoir des actions de sensibilisation et de formation sur la Geva-compatibilité et la méthodologie de projet.](#)

Les autres partenariats entretenus par les IME

Seule une structure n'a pas déclaré de partenariat avec un acteur **socioculturel**. Plus souvent conventionné (12 vs 9 non conventionnés), ces liens sont tissés par exemple avec des équipements municipaux (maisons de quartiers (2 cas), médiathèque ou ludothèque (6) ou musée (1)). Les Centres sociaux (3 partenariats) et autres associations (3) sont également représentés. Le sport est souvent désigné comme étant une activité ciblée (6 fois). Quasiment tous ces partenariats (une exception, pour des raisons de besoins non pourvus) sont jugés satisfaisants par les IME.

PARTENARIATS AVEC LES ASSOCIATIONS SOCIOCULTURELLES DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : aussi bien conventionné (3) que non conventionné (2), ce partenariat prend des formes variées (loisir, sport, culture) et se tisse avec des acteurs eux aussi variés (municipalité, autre association, Centre social). Il donne entièrement satisfaction ;

Marne : tous les gestionnaires/établissements en ont un, et ils sont aussi bien conventionnés que non conventionnés. Ils prennent des formes variées et se tisse principalement avec la municipalité (5 cas : médiathèque, Maison de quartier), mais également avec les Centre sociaux à deux reprises. Il donne entièrement satisfaction ;

Aube : tous les gestionnaires/établissements ont un partenariat avec ces acteurs. Majoritairement conventionné, il est établi avec des municipalités (médiathèque, ludothèque et musée) et donne globalement satisfaction (questions peu renseignées) ;

Haute-Marne : tous les gestionnaires/établissements ont un partenariat avec ces acteurs. Aussi bien conventionné (2 d'entre eux) que non conventionné (3), il prend des formes variées selon les établissements et les configurations locales (sport, culture). Le seul acteur cité est le secteur associatif (1 fois). Il donne entièrement satisfaction.

Presque deux tiers des gestionnaires/établissements de la région ont également développé un ou plusieurs partenariats avec un « **autre** » acteur. A l'exception d'un cas, tous sont conventionnés. Dans l'ordre d'importance, les acteurs cités sont : un autre établissement social ou médico-social (6 partenariats) ; un « autre » acteur (3) ; l'IRTS (3) ; un entreprise privée (2) ; l'Education nationale (2) ; la Caf (1) ; le département (1) ; le CREA (1) ; l'IFSI (1). Tous les partenariats donnent satisfaction aux IME.

PARTENARIATS AVEC D' « AUTRE ACTEUR » DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : plusieurs « autres » partenariats existes, le plus souvent conventionnés. Les acteurs sont variés (Caf, département, entreprises et autre ESMS) et apportent satisfaction dans tous les cas ;

Marne : 6 gestionnaires/établissements sur 7 ont un « autre » partenariat, toujours sous forme conventionnée. Les acteurs sont variés (Education nationale, IRTS, autre ESMS, IFSI ou autres) et apportent satisfaction dans tous les cas ;

Aube : un seul gestionnaire/établissement a un « autre » partenariat. Mais aucun renseignement n'est apporté à ce sujet ;

Haute-Marne : lorsqu'il existe (3 gestionnaires/établissements), ce type de partenariat prend toujours une forme conventionnée. Les acteurs sont variés (IRTS, autre ESMS et « autre » acteur) et apportent satisfaction dans tous les cas.

Par ailleurs, en Champagne-Ardenne, **aucun partenariat formalisé** mais non effectif n'est à signaler. Par contre, sept gestionnaires/établissements sur l'ensemble du territoire régional souhaiteraient en mettre un nouveau en place : 4 en lien avec la pédopsychiatrie ; 2 avec l'Education nationale et 1 avec le secteur sanitaire.

La moitié des gestionnaires/établissements estime que leurs missions et limites respectives sont suffisamment connues de leur-s partenaire-s. Lorsque ce n'est pas le cas, les IME déclarent que ce constat est dû à des échanges insuffisants (4 cas), ou de l'ignorance mutuelle, un manque de temps pour faire connaissance, ou encore à des intérêts divergents.

ARDENNES

Dans les Ardennes, deux gestionnaires/établissements souhaiteraient mettre en place un nouveau partenariat, un avec le secteur sanitaire et un avec l'Education nationale.

Enfin, la majorité des gestionnaires/établissements (4 sur 6) estime que leur-s partenaire-s ont une bonne connaissance de leurs missions et leurs limites.

MARNE

Dans la Marne, trois établissements souhaiteraient mettre en place un nouveau partenariat avec la pédopsychiatrie. Un nouveau partenariat avec l'Education nationale est également envisagé.

Enfin, la moitié des établissements estime que leur-s partenaire-s n'ont pas une bonne connaissance de leurs missions et leurs limites. Les raisons en sont diverses : intérêts divergents, échanges insuffisants, manque de temps.

AUBE

Dans l'Aube, aucun établissement ne semble souhaiter mettre en place un nouveau partenariat.

Enfin, la plupart des établissements estime que leur-s partenaire-s ont une bonne connaissance de leurs missions et leurs limites (3 sur 4).

HAUTE-MARNE

En Haute-Marne, un établissement souhaiterait mettre en place un nouveau partenariat avec la pédopsychiatrie.

Trois établissements estiment que leur-s partenaire-s n'ont pas une bonne connaissance de leurs missions et leurs limites, en raison d'échanges insuffisants ou même d'ignorance mutuelle.

Les IME vus par les familles

Questionnaire adressé aux familles

Cette partie décrit dans un premier temps la tendance régionale, puis un focus est proposé pour chaque département et souligne, le cas échéant, les convergences et divergences par rapport à la situation régionale. L'intégralité des données statistiques mobilisées dans cette partie et issues de l'exploitation des questionnaires adressés aux familles (cf. annexe 3) se trouve en annexe 2.

Propos introductif

Le recueil du point de vue des bénéficiaires s'appuie – au niveau régional – sur l'exploitation de **457 réponses** des familles ayant au moins un enfant accompagné par un IME. Les résultats restitués ci-après traduisent ainsi la parole d'environ **un quart des familles**¹⁶, leurs attentes et besoins, et leur niveau de satisfaction actuel. Près de 9 enfants sur 10 vivent chez leur-s parent-s (88 %), 8 % dans une famille d'accueil, les autres essentiellement chez un autre parent ou chez un tuteur.

DANS LES ARDENNES

Sur les 556 enfants effectivement accompagnés dans les Ardennes, 116 familles ont apporté leur contribution à cette étude, soit un niveau de réponse légèrement en dessous de la moyenne régionale (21 % vs 24 %). La proportion d'enfants vivant chez leur-s parent-s reste très élevée (88 %).

DANS LA MARNE

217 familles marnaises sur 672 ont exprimé leurs points de vue. Il s'agit de la participation départementale la plus élevée (32,3 %). Comme dans les Ardennes, près de 9 enfants sur 10 vivent au domicile parental.

DANS L'AUBE

Avec un taux de participation de 14 %, les 53 familles de l'Aube sont nettement en retrait dans cette étude. Notons que la part d'enfants ne résidant pas avec leur-s parent-s est faiblement supérieure à ce qui s'observe pour la région (15 % vs 11,6 %).

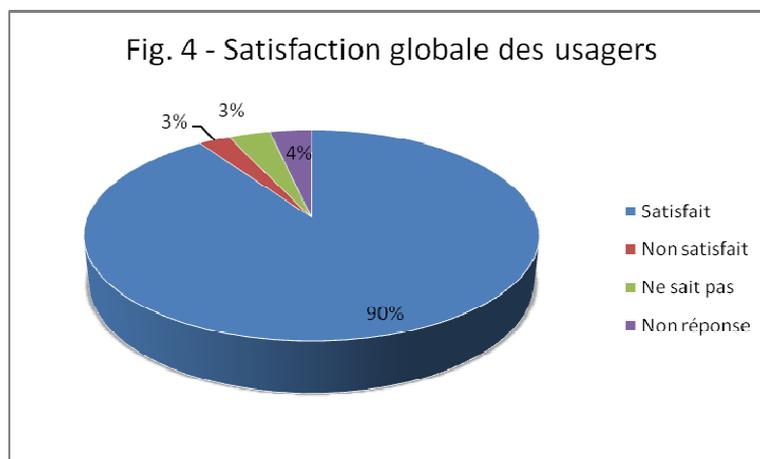
DANS LA HAUTE-MARNE

Dans ce département, les familles se sont modérément mobilisées pour donner leurs appréciations, elles sont 64 sur 328 (19,5 % vs 24 % en Champagne-Ardenne). Les enfants accompagnés en Haute-Marne sont ceux qui vivent le plus souvent chez leur-s parent-s (93,8 %).

¹⁶ Selon l'ARS Champagne-Ardenne, la capacité installée est de 1 922 places dans la région. En faisant l'hypothèse qu'un enfant accompagné correspond à une famille (non vérifiée), les 457 questionnaires retournés représenteraient au minimum 23,7 % des enfants concernés. En revanche, pour les départements des Ardennes et de la Haute-Marne, le nombre d'enfants effectivement accompagnés est supérieur aux capacités installées renseignées par l'ARS. Ce contexte ne permet donc qu'une estimation des taux de réponse, probablement très proche de la réalité.

Satisfaction globale

En Champagne-Ardenne – en général et pour ses quatre départements – **une grande majorité** des bénéficiaires (90,4 %) **est satisfaite des conditions d'accueil et d'accompagnement** de leur enfant par l'IME.



DANS LES ARDENNES

108 des 116 familles (93,1 %) sont satisfaites des conditions d'accueil et d'accompagnement de leur enfant par les IME de ce département. Les deux familles non satisfaites ayant apporté des précisions rapportent d'une part que le « personnel n'est pas assez formé aux maladies des enfants », et d'autre part que plus de communication et d'échange d'informations serait souhaité.

DANS LA MARNE

196 des 217 familles (90,3 %) sont satisfaites des conditions d'accueil et d'accompagnement de leur enfant par les IME de ce département. Les neuf familles (non satisfaites ou qui ne savent pas si elles sont satisfaites) ayant apporté des précisions réclament plus de participation de la part des familles aux divers activités, plus d'activités adaptées pour les autistes. La mère d'un enfant signale également « Aucune évaluation pour notre enfant qui est à l'IME depuis 4 ans ».

DANS L'AUBE

47 des 53 familles (88,7 %) sont satisfaites des conditions d'accueil et d'accompagnement de leur enfant par les IME de ce département. La seule famille non satisfaite ayant apporté des précisions regrette qu'il n'y ait qu'une enseignante pour assurer la scolarité dans l'IME où est accueilli son enfant.

DANS LA HAUTE-MARNE

58 des 64 familles (90,6 %) sont satisfaites des conditions d'accueil et d'accompagnement de leur enfant par les IME de ce département. Les trois familles (non satisfaites ou qui ne savent pas si elles sont satisfaites) ayant apporté des précisions ont des attentes en matière de scolarité de leur enfant (« depuis 3 ans il ne fait aucun progrès en écriture »). Une famille déplore également des horaires de transport inadaptés.

L'accueil des enfants

Les enfants des familles pour lesquelles ont été collectées des informations ont en moyenne 13,4 ans et fréquentent leur établissement d'accueil depuis 4,2 ans. Comparées aux éléments communiqués par les IME participants (âge moyen de 14,1 ans et ancienneté moyenne de 4,3 ans), ces informations signifient que, globalement, les familles qui ont accepté de s'exprimer sont représentatives de la population régionale.

Presque deux tiers des enfants sont accueillis en semi-internat (64,8 %), 22,8 % le sont en internat et 5,9 % le sont en internat aménagé. Au moins trois quart sont accueillis à temps plein (75,3 %).

DANS LES ARDENNES

Accompagnés depuis 4,3 ans en moyenne, environ 7 enfants sur 10 sont accueillis de jour. Le temps partiel est également la fréquence d'accueil minoritaire (9 %).

DANS LA MARNE

Avec une moyenne d'âge de 12,8 ans (contre 14 ans selon les données des établissements), c'est dans la Marne que l'écart est le plus important. Cependant, l'ancienneté étant comparable entre les deux sources (4,3 et 4,6 ans), les résultats obtenus demeurent largement exploitables.

D'ailleurs, les modalités et les fréquences d'accueil correspondent ici aux réalités des familles de la région dans leur ensemble.

DANS L'AUBE

Le département compte également une des moyennes d'âges les plus jeunes (13 ans), bien que l'ancienneté des enfants accompagnés soit la plus élevée (4,4 ans), traduisant une entrée en institution aux âges les plus jeunes.

L'accueil en internat aménagé n'y concerne qu'un enfant, au bénéfice de l'accueil de jour. Comme dans les autres départements, la fréquence à temps plein est très majoritaire.

DANS LA HAUTE-MARNE

Les enfants accompagnés en Haute-Marne sont à la fois les plus âgés (14,4 ans), et ceux qui sont entrés en IME les plus récemment (3,2 ans vs 4,2 ans au niveau régional).

Le département a la particularité d'accueillir une part importante des enfants en internat ; c'est le cas de 52 % des familles qui ont répondu à cette étude (46 % à partir des agréments de l'ARS). Rappelons que la Haute-Marne accueille proportionnellement deux fois plus d'enfants vivant dans un autre département (*Cf. infra Aires de recrutement des IME*).

L'admission des enfants

En Champagne-Ardenne – en général et pour ses quatre départements – **une très grande majorité** des bénéficiaires (95 %) **est satisfaite de l'accueil réservé** lors de l'admission de l'enfant. Parmi les dix familles exprimant un mécontentement, huit en ont précisé les raisons. Pour trois d'entre elles il s'agissait d'un accueil en IME par défaut de place, les autres cas ayant trait à l'absence de visite ou un manque d'explications lors de celle-ci.

DANS LES ARDENNES

A l'exception d'une famille, toutes ont le sentiment d'avoir été bien accueillies lors de l'admission de leur enfant à l'IME. Cette seule famille ne s'exprime d'ailleurs pas sur les raisons de son insatisfaction.

DANS LA MARNE

Le département regroupe six des dix cas présentés, dont deux des trois accueils par défaut.

DANS L'AUBE

C'est dans l'Aube que se situe la dernière famille relatant un accueil par défaut.

DANS LA HAUTE-MARNE

Les deux situations d'insatisfaction sont relatives à un défaut de visite et d'explications.

Les relations avec les établissements

Globalement, les familles estiment que la **prise de contact** avec l'établissement est **de bonne qualité**, que ce soit pour **obtenir le bon interlocuteur** (93 % des cas) ou une **réponse à leur-s demande-s** (94 %). La disponibilité des professionnels est également appréciée, même si 25 familles de la région (5,5 %) expriment une réserve. Les trois principales causes avancées par ces familles sont relatives à des désaccords avec les équipes : « *Certain(e)s éducateurs(trices) sont consciencieux et à l'écoute de nous. D'autres relativisent beaucoup trop nos besoins et ceux de notre enfant.* » ; À des manques de communication : « *Les réponses sont vagues, manque de clarté.* » ; Mais aussi un manque de disponibilité.

DANS LES ARDENNES

C'est le département où les insatisfactions liées à cette thématique sont les plus nombreuses, pour chacun des trois points abordés. En effet, ce sont près de dix familles qui regrettent des désaccords avec les décisions prises par l'établissement (4 cas) ou encore un manque de communication (2) ou de disponibilité (2).

DANS LA MARNE

Dans la moyenne régionale pour les différents sujets évoqués, les familles Marnaises répondantes n'ont pas exprimé de revendications particulières.

DANS L'AUBE

Il s'agit du département où le niveau de satisfaction est le plus élevé. Concernant les motifs, les deux seules familles dans la région à avoir mentionnées un problème de moyen au sein des établissements vivent dans ce département : « *Les éducateurs sont toujours à notre écoute mais leur charge de travail ne leur laisse peu de temps pour nous rencontrer.* ».

DANS LA HAUTE-MARNE

Dans la moyenne régionale pour les différents sujets évoqués, les familles Haut-Marnaises n'ont pas de revendications particulières.

Les projets des enfants

Que ce soit pour son élaboration, sa mise en place ou son suivi, **une grande majorité des familles** (entre 82 et 84 %) **pense être suffisamment associée au projet de leur enfant. Néanmoins, près d'une famille sur dix relève des lacunes, se rapportant essentiellement à des manques de communication et/ou d'échanges** : « *Il est déjà fait lorsque l'on est convié* », « *C'est l'équipe qui met en place le projet de l'enfant* ».

Presque un quart des familles (23,2 %) n'a pas répondu à la question « *Lorsqu'une de vos demandes n'est pas acceptée, comprenez-vous pourquoi ?* ». Et, parmi celles qui ont répondu « Non », la moitié n'a pas précisé les raisons de son affirmation. Malgré cette participation mitigée à ce sujet, il apparaît que 33 familles de la région **ne comprennent pas la raison pour laquelle leur demande est refusée**, soit 7,2 % d'entre elles (ou **9,4 % des familles répondantes**). Quant aux explications données par les familles, elles peuvent encore se résumer autour du thème du désaccord sur les décisions prises par les établissements : « *J'ai demandé une seule chose un jour : que mon fils change de référent. Ce dernier ne me convenait pas. Ceci m'a été refusé, sans explication* ».

Bien que trois quart des familles 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* ».

Le **rôle** et la **fonction** des différents professionnels apparaissent **suffisamment clairs** pour une grande majorité des familles ayant un enfant accompagné dans la région (87,3 %). Lorsque ce n'est pas le cas, les familles décrivent une nouvelle fois un défaut de communication et/ou d'échanges avec les établissements.

DANS LES ARDENNES

C'est le département où, globalement, les bénéficiaires s'estiment être le plus pris en considération pour l'élaboration et le suivi du projet de l'enfant (85 % minimum). Les quelques « déceptions » sont également générées par des soucis de communication et/ou d'échanges avec l'établissement.

Six familles Ardennaises se sont vues refuser une demande par un établissement. Leur incompréhension se formule – pour celles qui se sont exprimées (3) – autour d'un désaccord avec la décision.

Les Ardennes est le territoire départemental où la satisfaction est la plus élevée concernant le fait d'être associé ou non à l'évaluation du projet de l'enfant (80 %). Si, comme au niveau régional, certaines familles *ne savent pas* ce qu'il en est (11,2 %), très peu (4) montrent un mécontentement sachant que, pour ces derniers, les raisons sont du même ordre qu'évoqué plus haut (défaut de communication et/ou d'échanges).

Les résultats obtenus quant au rôle et fonction des différents professionnels des établissements suivent de très près la tendance régionale précédemment décrite.

DANS LA MARNE

Les avis exprimés par les familles Marnaises suivent la tendance régionale précédemment décrite sur la construction et au suivi du projet de l'enfant.

Seize familles Marnaises se sont vu refuser une demande par un établissement. Leur incompréhension se formule – pour celles qui se sont exprimées (7) – aussi bien autour d'un désaccord avec la décision qu'avec un manque de communication et/ou d'échanges : « *Pas assez clair* ».

Les avis exprimés par les familles du département suivent la tendance régionale précédemment décrite sur leur association à l'évaluation du projet de l'enfant.

Les résultats obtenus quant aux rôles et fonctions des différents professionnels des établissements suivent de très près la tendance régionale précédemment décrite.

DANS L'AUBE

Les familles ayant un enfant accompagné dans un IME de l'Aube sont – toutes proportions gardées – les plus critiques à l'endroit de leur association au projet de leur enfant. Quel que soit l'aspect considéré, plus d'une famille sur dix fait part de ses reproches, qui tournent eux aussi autour d'un déficit de communication et/ou d'échanges. Contrairement aux autres départements, le manque de moyens est également mis en évidence par les familles aubois : « *Les projets ne sont que des projets et n'aboutissent pas forcément par manque de personnel* ».

Cinq familles aubois se sont vu refuser une demande par un établissement. Leur incompréhension se formule surtout – pour celles qui se sont exprimées (4) – autour d'un manque de moyens : « *Pas assez de moyens et de personnel ! Les enfants sont mélangés et cela tire vers le bas* ».

L'Aube est le département où l'absence d'évaluation (déclarée par les familles) est la plus importante (9,4 % vs 4,6 % pour la région). Par ailleurs, parmi les familles non satisfaites par cette association (5 cas), une seule a exprimé un manque de communication et/ou d'échanges avec l'établissement : « *Le projet est tapé on nous demande de le signer même si des remarques sont faites. Les réponses ne sont alors qu'orales* ».

Concernant le rôle et la fonction des différents professionnels des établissements, aucune famille auboise ne regrette un manque de clarté. Le niveau de satisfaction est le plus élevé (92,5 %).

DANS LA HAUTE-MARNE

Les avis exprimés par les familles haut-marnaises suivent la tendance régionale précédemment décrite par rapport à la construction et au suivi du projet de l'enfant.

Cinq familles du département se sont vues refuser une demande par un établissement. Leur incompréhension se formule – pour celles qui se sont exprimées (3) – autour d'un désaccord avec la décision : « *Je n'ai pas compris, quand j'ai demandé que [...] ait un taxi le lundi matin, qu'on me le refuse en prétextant que si on le fait pour lui, il faut le faire pour les autres* ».

La question de l'**évaluation du projet** de l'enfant laisse perplexe (*i.e.* correspond aux réponses « Je ne sais pas ») un certain nombre de familles Haut-Marnaises (17,2 % vs 10,5 % en Champagne-Ardenne).

Les résultats obtenus quant aux rôles et fonctions des différents professionnels des établissements suivent de très près la tendance régionale précédemment décrite.

Préconisation – Tous les départements

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

L'accompagnement au quotidien

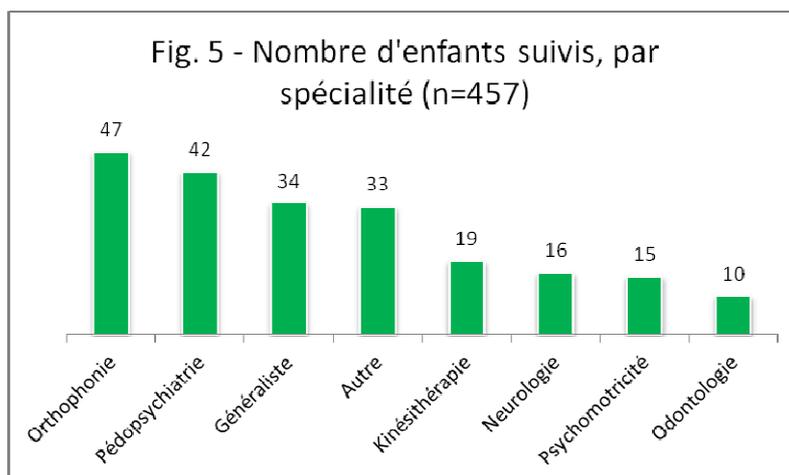
Au niveau de la région, les **activités** (pédagogiques, techniques, de loisirs, etc.) proposées semblent **adaptées aux besoins** des enfants pour une très forte majorité des familles (86,2 %). Néanmoins, quelques remarques émergent des réponses des familles, qui font ressortir essentiellement trois sujets : des **manques en matière éducative et pédagogique** (12 cas) (« *Il est en demande (et en capacité) d'apprendre à lire et on s'évertue à vouloir lui faire faire des activités manuelles de maternelle* ») ; des **manques de moyens** pour mener à bien les activités proposées (7 familles) ; et un **trop peu d'activités** mises en place (4).

Le **niveau d'information** concernant ces mêmes activités est jugé *grosso modo* dans les mêmes proportions, avec 62 familles qui considèrent que les informations sont insuffisantes (soit 14 %) : « *Pas assez de retours, au quotidien, des activités effectuées en internes ou externes* ». Quel que soit le département, les précisions données par les familles ayant émis une critique ne font qu'allusion à un défaut de communication.

Parmi les enfants pour lesquels ont été collectées des informations *via* les familles, deux tiers (soit 301) bénéficient d'un **suivi médical ou paramédical**, au sein de leur établissement et/ou par des professionnels libéraux. Le suivi par le seul IME est le cas de figure le plus courant (29,3 % des enfants), les autres configurations étant à part relativement égale : 17,7 % par un ou des professionnels libéraux et 15,5 % par l'IME et un ou des professionnels libéraux. Ce sont ainsi près

d'1 enfant sur 3 qui ne sont pas suivis médicalement (28 %) par l'intermédiaire de l'établissement médico-social.

Sans distinguer s'il s'agit d'un suivi par l'IME et/ou par un professionnel de santé libéral, l'orthophonie et la pédopsychiatrie sont les deux spécialités les plus répandues, devant la médecine générale et les « autres disciplines » regroupées. Les quatre métiers également sollicités par un suivi des enfants en IME sont la kinésithérapie, la neurologie, la psychomotricité et l'odontologie.



DANS LES ARDENNES

Le niveau de satisfaction concernant les activités proposées aux enfants est de 93,1 %, soit le taux le plus élevé.

Les résultats obtenus quant au niveau d'information apporté aux familles sur les activités mise en place pour les enfants suivent la tendance régionale précédemment décrite.

La typologie des suivis médicaux et paramédicaux des enfants accompagnés dans les Ardennes ne diverge pas de celle dégagée au niveau de la région.

DANS LA MARNE

Les avis exprimés par les familles du département suivent la tendance régionale précédemment décrite par rapport au degré de satisfaction des activités suivies par les enfants accompagnés.

Les résultats obtenus quant au niveau d'information apporté aux familles sur les activités mise en place pour les enfants suivent la tendance régionale précédemment décrite.

La typologie des suivis médicaux et paramédicaux des enfants accompagnés dans la Marne ne diverge pas de celle dégagée au niveau de la région.

DANS L'AUBE

Bien que les familles aubois soient globalement très satisfaites des activités que les établissements mettre en place pour les enfants, le département enregistre plus de **20 % de personnes mécontentes** à ce sujet. Les raisons sont les mêmes qu'au niveau régionale (manques en matière éducative ; manques de moyens ; trop peu d'activité proposées).

Les résultats obtenus quant au niveau d'information apporté aux familles sur les activités mise en place pour les enfants suivent la tendance régionale précédemment décrite.

La proportion d'enfants médicalement suivis dans l'Aube est supérieure à la moyenne régionale (83 % vs 66 %), due à un recours plus prononcé au secteur libéral. De fait, les soins sont articulés entre les établissements et les professionnels libéraux. Les orthophonistes et les médecins généralistes sont très nettement les plus sollicités.

DANS LA HAUTE-MARNE

Les avis exprimés par les familles du département suivent la tendance régionale précédemment décrite par rapport au degré de satisfaction des activités suivies par les enfants accompagnés.

Les familles haut-marnaises ont été les plus critiques à l'égard du niveau d'information apporté sur les activités mise en place pour les enfants. Plus d'une famille sur cinq (21,9 %) n'approuve pas le système d'information de l'établissement concerné.

La typologie des suivis médicaux et paramédicaux des enfants accompagnés en Haute-Marne ne diverge pas sensiblement de celle dégagée au niveau de la région, à l'exception du fait que l'orthophonie n'est pas une discipline autant sollicitée que dans les autres départements.

Les repas et l'hébergement

Au sein de l'échantillon, environ 3 enfants accompagnés sur 10 sont accueillis en internat (28,7 %, complet ou aménagé). Si quelques familles concernées se sont abstenues de répondre, quasiment l'ensemble d'entre elles se disent **satisfaites des conditions d'hébergement**. Ce constat étant valable pour les quatre départements de la région, le détail par territoire ne fait pas sens et n'est donc pas restitué ici.

De la même manière, les propos des familles ne diffèrent pas d'un département à l'autre quant à la **restauration** proposée, quantitativement ou qualitativement. Globalement, environ un tiers des bénéficiaires ne s'est pas exprimé à ce sujet – par le biais d'une absence de réponse ou d'une **méconnaissance** (« *Je ne sais pas* ») –. Sinon, les critiques sont peu nombreuses (2,8 % pour la quantité et 4,6 % pour la qualité) et ne portent sur aucun sujet en particulier.

Les transports

La problématique du transport est différente selon la modalité d'accueil et mérite d'être restituée séparément pour l'accueil de jour (64,8 % des enfants) et l'internat (22,8 %)¹⁷.

Au niveau de la région, la majorité des enfants qui effectuent un trajet entre le domicile parental et l'établissement pour un accueil en **semi-internat, quitte leur domicile entre 8h et 8h30 du matin** (44,9 % des situations), sachant que l'amplitude horaire des départs matinaux s'étend de 7h15 à 9h10. Les autres enfants se répartissent donc entre ceux qui doivent partir **avant 8h (22,6 %)** ou après 8h30 (26,7 %).

Deux tiers des enfants sont, le **soir**, de retour au domicile avant 17h30 : 35,1 % avant 17h et 33,4 % entre 17h et 17h30. Cela signifie que plus d'1 enfant sur 5 rentre chez ses parents **après 17h30 (23 %)**. L'amplitude horaire des retours dans l'après-midi s'étend de 15h45 à 18h20. Mais les disparités départementales – détaillées ci-après – sont assez fortes chez ces bénéficiaires.

Beaucoup de familles ayant un enfant accueilli en **internat** n'ont pas renseigné les informations relatives au transport entre le domicile et l'établissement. De plus, les réalités départementales sont très diverses et ne permettent pas de dégager une tendance régionale qui ferait sens, d'où le parti pris de se restreindre – pour ce sujet – à une description par territoire départemental.

DANS LES ARDENNES

Pour l'accueil de jour, le département des Ardennes se situe dans la moyenne régionale.

Quant aux enfants internes, une légère majorité d'entre eux quitte le domicile parental le lundi matin avant 8h (7 sur 17). Le retour du vendredi se fait soit avant 17h (3 cas), soit après 17h30 (5 enfants) (9 familles n'ayant pas souhaité d'exprimer).

DANS LA MARNE

Pour l'accueil de jour, la particularité de la Marne est que, si le départ matinal est conforme à la tendance régionale, le retour au domicile parental s'effectue relativement tôt, puisque la moitié des enfants accompagnés dans ce département sont chez eux avant 17h.

Bien que le taux de réponse soit faible, il semble que les enfants internes dans la Marne sont plus nombreux à ne devoir quitter le domicile parental qu'après 8h30 le lundi matin, et à rentrer avant 17h le vendredi (8 cas parmi les 14 répondants).

DANS L'AUBE

Pour l'accueil de jour, la situation dans l'Aube est doublement singulière. En effet, le départ du matin se fait un peu plus tard, en moyenne, que dans les autres départements (32,5 % après 8h30 vs 26,7 % au niveau régional) ; et le retour au domicile est également plus tardif dans la mesure où une nette majorité (72,5 %) des enfants rentre à 17h30 ou après. Bref, la journée-type des enfants accompagnés

¹⁷ De plus, les éléments décrits dans cette partie ne prennent pas en compte le fait qu'un temps de transport est fonction de la distance à parcourir, du trajet effectué (ramassage dans différentes communes, etc.) et du trafic routier de la localité.

dans l'Aube n'est pas différente en termes de durée moyenne, elle est simplement décalée dans le temps.

Dans l'Aube, parmi les 11 familles concernées par un accueil en internat, presque toutes (10) se trouvent dans la situation où l'enfant quitte le domicile à 8h30 ou après le lundi matin. Le vendredi, le retour se fait majoritairement avant 17h (7 enfants).

DANS LA HAUTE-MARNE

Pour l'accueil de jour, le département semble doublement pénalisé en matière de transport. Les enfants qui y sont accompagnés quittent, en moyenne, leur domicile parental plus tôt qu'ailleurs (36,4 % partent avant 8h vs 22,6 % en Champagne-Ardenne) ; et la moitié sont de retour chez eux à 17h30 ou après (23 % au niveau régional).

De même, la plupart des enfants internes en Haute-Marne doivent quitter leur domicile avant 8h le lundi matin. Par contre, le retour du vendredi à lieu avant 17h pour 18 d'entre eux (sur les 20 familles ayant répondu à la question).

Les besoins et attentes non satisfaits des usagers

Les éléments mobilisés dans cette partie sont issus de l'exploitation des questionnaires adressés aux établissements (cf. annexe 3), à qui était demandé : « *Quelles sont les besoins et attentes des usagers (enfants et familles) auxquels vous n'arrivez pas à répondre de façon satisfaisante ?* ».

Au niveau de la région Champagne-Ardenne, les **besoins et attentes** des usagers auxquels les IME estiment avoir des difficultés à répondre de manière satisfaisante semblent d'abord mettre l'accent sur la **prise en charge thérapeutique** (8 cas). A ce sujet, les souhaits portent sur différents types de soins comme l'orthophonie, la psychiatrie ou encore la psychomotricité. Les besoins exprimés ont également trait aux **aspects pédagogiques** (6 cas), avec une volonté de pouvoir bénéficier de plus d'enseignements, avec des attentes de résultats en la matière. Par ailleurs, les établissements relatent des interpellations de familles quant aux problèmes de places, tant au moment de l'entrée à l'IME (3 cas à ce sujet) qu'à la sortie (5). La **réduction des temps de transport** est également un souhait de la part de 2 familles, que les établissements ne semblent pas être en mesure de régler de manière satisfaisante.

BESOINS ET ATTENTES DES USAGERS DANS CHACUN DES DEPARTEMENTS

Ardennes : Les besoins et attentes des usagers auxquels les IME n'arrivent pas à répondre sont – comme au niveau régional – relatifs aux besoins thérapeutiques (3 cas) et aux manques de solutions pour sortir de l'IME (3). Mais est également souligné dans ce département un souhait de semi-internat (2).

Marne : Les besoins et attentes des usagers d'un établissement de la Marne auxquels les IME ont des difficultés à répondre sont presque exclusivement relatifs aux besoins thérapeutiques (5 cas) et aux besoins d'ordres pédagogiques (3). Une volonté de pouvoir apporter davantage de soutien aux familles est également exprimée.

Aube : Peu de besoins et attentes de la part des bénéficiaires ont été restitués par les établissements aubois. Les quelques éléments évoqués sont variés : le manque de places pour entrer en IME ; le besoin de pouvoir bénéficier d'une meilleure prise en charge des enfants et adolescents autistes ; la nécessité de réduire les temps de transport ; l'amélioration du cadre de vie en général.

Haute-Marne : Les besoins et attentes des usagers auxquels les IME départementaux ont des difficultés à répondre sont surtout relatifs aux manques de places à la sortie de l'établissement.

Et les projets pour répondre à ces besoins

De nombreux projets, de natures différentes (agrément, organisationnel, de formation, de sollicitation de nouvelles compétences externes et d'aménagement), sont envisagés par les établissements pour répondre aux besoins non satisfaits du public accompagné.

Les premiers concernent les **agréments** dont disposent les IME, qui déterminent leur volume d'activité. Si quelques établissements (6) n'ont pas de projet de cette nature, les autres portent aussi bien sur de l'extension : d'externat, de places pour TED/Autisme (7 cas, soit le souhait le plus fréquent), d'ouverture de SESSAD (3 gestionnaires), de nouvelles possibilité d'accueil (pour les 4-6 ans, les jeunes adultes, hébergement d'urgence, temporaire), de Centre d'accueil familial spécialisé ; le projet peut également s'attacher à un redéploiement de places (de déficience intellectuelle en TED/Autisme (5 places) ou d'IME en SESSAD (4 places)).

Vingt-deux projets d'évolution **organisationnelle** sont prévus dans la région. Les projets les plus évoqués relèvent du **domaine pédagogique** (10 cas) : Externalisation d'UE, atelier pédagogique, dispositif d'inclusion scolaire, etc. Ce sont ensuite des projets en lien avec le personnel (5) qui sont entrepris, qui portent sur le **renforcement ou la réorganisation de l'encadrement**, ou une embauche (d'un chef de service). Enfin, deux projets de mutualisation de moyens sont envisagés.

En accord avec les projets d'évolution des agréments, ceux consacrés à la **formation du personnel** sont le plus fréquemment orientés vers le **public autiste** (12 au total, sur les 44 déclarés). Les autres besoins sont beaucoup plus diffus et singuliers et correspondent aux situations propres aux différents établissements. Ainsi, les formations à la démarche Snoezelen (3 cas), à la relaxation (2), aux troubles psychiques (2), à la bientraitance (2) et à l'analyse des pratiques (2) sont les seules à ne pas être unitaires. Les différentes formations envisagées sont : la conduite d'entretien, la psychomotricité, la démarche qualité, la gestion de la violence, les écrits professionnels, la vie affective et sexuelle, la médiation animale, etc. Autrement dit, malgré l'hétérogénéité de cette liste, il faut remarquer qu'il n'y a pas de besoins sortant de l'offre « classique » de formation, traduisant peut-être une simple logique de renouvellement de personnels.

La sollicitation de **nouvelles compétences externes** est – avec 18 projets – l'axe d'amélioration le moins envisagé dans la région. Les **projets sont divers et variés** et correspondent à des besoins locaux propres à chacun des gestionnaires/établissements. Si l'ergothérapie est citée à deux reprises, l'ensemble des autres compétences ne l'est qu'une seule fois : l'art thérapie, l'éducation de jeunes enfants, l'enseignement spécialisé, le diététicien, les techniques comportementales et développementales, la psychiatrie, l'orthophonie, la psychomotricité, etc.

Le nombre de projets d'**aménagement** est de 20 pour l'ensemble des IME de Champagne-Ardenne, sachant que quatre gestionnaires/établissements n'en ont pas. Leur diversité est relativement faible, les différents établissements ayant à priori des préoccupations partagées en la matière. Les plus

courants ont trait aux travaux pour améliorer l'**accessibilité** à l'établissement¹⁸ (4 cas) et, de manière plus conséquente, à la construction d'un nouvel IME (3) ou son déplacement (1). Ce sont ensuite les aménagements spécifiques à la démarche **Snoezelen** (3) et la construction d'un **hébergement** (3) qui sont en projet ; puis ceux liés à la restauration (2). Ainsi, deux axes de travail se dessinent en matière d'aménagement : ceux consacrés à l'amélioration du confort des usagers ; et ceux qui visent à développer des équipements pour une évolution de l'offre de service.

DANS LES ARDENNES

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agrément**s, chaque IME a ses projets propres : Hébergement d'urgence pour déficients intellectuels, Accueil de jour pour jeunes adultes, MAS-FAM, Centre d'accueil familial spécialisé, Foyer de répit, Foyer occupationnel, Entreprise adaptée ;

Côté **organisation**, quatre gestionnaires/établissements souhaitent mettre en place des UE externalisées (2 projets), favoriser l'inclusion scolaire (2), redéployer au sein des cadres socio-éducatifs ou encore mutualiser des moyens ;

Les besoins en **formation** du personnel sont variés, même si la démarche Snoezelen et la spécificité du public atteint de TED/Autisme sont les plus à l'ordre du jour ;

Diverses **compétences externes** sont sollicitées par les établissements Ardennais : Educateur de jeunes enfants ; Ergothérapeute ; professionnels libéraux et réseau « jeune public frontière ».

Les **aménagements** nécessaires à la démarche Snoezelen ressortent des besoins (2 cas), tout comme les travaux d'amélioration de l'accessibilité (2). Des aménagements divers sont également prévus par deux gestionnaires/établissements.

DANS LA MARNE

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agrément**s, chaque IME a ses projets propres. Néanmoins, l'accent semble se positionner sur l'accueil des enfants et adolescents avec TED/Autisme (redéploiement de 5 places pour déficients intellectuels en TED/Autisme, autre redéploiement de place de SESSAD en TED/Autisme). L'accueil ou encore l'internat séquentiel sont également des projets dans ce département ;

Côté **organisation**, un léger accent est mis sur les aspects pédagogique (atelier pédagogique, externalisation d'UE ou plus globalement projet avec l'EN) ;

Les besoins en **formation** du personnel sont variés, mais les compétences à acquérir en lien avec la spécificité du public atteint de TED/Autisme apparaissent clairement prédominantes ;

Aucune **compétence externe** n'est sollicitée plus qu'une autre (Art thérapie, Diététicien, etc.)

¹⁸ Conformément à la réglementation relative à l'Agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP), en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2015.

Des **aménagements** assez conséquents sont en projet dans le département : deux constructions d'un nouvel IME et un d'un hébergement. D'autres aménagements divers sont envisagés : démarche Snoezelen, cuisine, accessibilité et autres aménagements divers.

DANS L'AUBE

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'évolution des **agréments**, deux projets visent à développer l'offre en direction du public atteint de TED/Autisme. Un autre est prévu pour de l'accueil d'urgence ;

Côté **organisation**, les projets envisagés sont divers et propres aux différentes structures (externalisation d'UE, accompagnement adapté ou mutualisation de moyens) ;

Les besoins en **formation** du personnel sont presque tous orientés vers les compétences à acquérir en lien avec la spécificité du public atteint de TED/Autisme ;

Aucune **compétence externe** particulière n'est sollicitée ;

Des **aménagements** assez conséquents sont en projet dans le département. Par ailleurs, les aménagements envisagés sont divers.

DANS LA HAUTE-MARNE

Les différents projets pour répondre aux besoins sont les suivants :

Du point de vue de l'**évolution** des agréments, l'accent semble se positionner sur la volonté de développer l'offre en direction du public atteint de TED/Autisme (3 des 7 projets), même si d'autres projets divers sont examinés (accueil de 4-6 ans, extension d'externat, permanence éducative et accueil séquentiel) ;

Côté **organisation**, chaque établissement songe à des évolutions qui lui sont propres (inclusion scolaire, externalisation d'UE, réorganisation de l'encadrement, etc.) ;

Les besoins en **formation** du personnel sont variés, même si les compétences spécifiques à acquérir en lien avec les publics atteints de TED/Autisme et de troubles psychiatriques sont les plus souvent évoquées ;

Peu de **compétences externes** sont sollicitées (dans le sanitaire par exemple) ;

Des **aménagements** plus ou moins conséquents sont prévus dans le département, allant de l'amélioration de l'accessibilité ou de travaux pour la cuisine, à la construction d'un nouvel établissement.

Conclusion et préconisations

Conclusion

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 2010¹⁹. 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 enseignements²⁰ qui s'articulent selon les points suivants²⁰.

¹⁹ Sauf dans le département de l'Aube où ce changement a été plus lent et moins important.

²⁰ 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**²¹ :

- 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 ;

²¹ 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**²², 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

²² 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.

Annexes

Annexe 1 – Déficiences principales et associées, par département

	Ardennes		Aube		Haute-Marne		Marne		Champ.-Ard.	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Autisme	46	8,3%	10	5,3%	30	9,1%	48	7,2%	134	7,7%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	15	32,6%	1	10,0%	2	6,7%	1	2,1%	19	14,2%
<i>Troubles psy / TCC</i>	2	4,3%	6	60,0%	14	46,7%	6	12,5%	28	20,9%
<i>Autres déf.</i>	5	10,9%	2	20,0%	10	33,3%	16	33,3%	33	24,6%
<i>Pas de déf. Associée</i>	24	52,2%	1	10,0%	4	13,3%	25	52,1%	54	40,3%
Autres déf.	1	0,2%	-	-	1	0,3%	41	6,2%	43	2,5%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	-	-	-	-	-	-	26	63,4%	26	60,5%
<i>Troubles psy / TCC</i>	1	100,0%	-	-	-	-	1	2,4%	2	4,7%
<i>Autres déf.</i>	-	-	-	-	1	100,0%	9	22,0%	10	23,3%
<i>Pas de déf. Associée</i>	-	-	-	-	-	-	5	12,2%	5	11,6%
Déf. Intellectuelle	391	70,3%	165	88,2%	257	78,4%	339	51,0%	1 152	66,4%
<i>Troubles psy / TCC</i>	111	28,4%	62	37,6%	72	28,0%	33	9,7%	278	24,1%
<i>Autres déf.</i>	33	8,4%	60	36,4%	122	47,5%	76	22,4%	291	25,3%
<i>Pas de déf. Associée</i>	247	63,2%	43	26,1%	63	24,5%	230	67,8%	583	50,6%
Déf. Moteur	3	0,5%	1	0,5%	-	-	8	1,2%	12	0,7%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	3	100,0%	1	100,0%	-	-	5	62,5%	9	75,0%
<i>Troubles psy / TCC</i>	-	-	-	-	-	-	3	37,5%	3	25,0%
Plurihandicap	15	2,7%	-	-	3	0,9%	14	2,1%	32	1,8%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	-	-	-	-	-	-	2	14,3%	2	6,3%
<i>Autres déf.</i>	-	-	-	-	1	33,3%	-	-	1	3,1%
<i>Pas de déf. Associée</i>	15	100,0%	-	-	2	66,7%	12	85,7%	29	90,6%
Polyhand/Viscérales	6	1,1%	-	-	-	-	28	4,2%	34	2,0%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	3	50,0%	-	-	-	-	22	78,6%	25	73,5%
<i>Troubles psy / TCC</i>	-	-	-	-	-	-	2	7,1%	2	5,9%
<i>Autres déf.</i>	3	50,0%	-	-	-	-	2	7,1%	5	14,7%
<i>Pas de déf. Associée</i>	-	-	-	-	-	-	2	7,1%	2	5,9%
Troubles psy / TCC	94	16,9%	11	5,9%	37	11,3%	187	28,1%	329	19,0%
<i>Déf. Intellectuelle</i>	9	9,6%	8	72,7%	22	59,5%	124	66,3%	244	74,2%
<i>Troubles psy / TCC</i>	-	-	-	-	6	16,2%	3	1,6%	9	2,7%
<i>Autres déf.</i>	1	1,1%	-	-	8	21,6%	40	21,4%	49	14,9%
<i>Pas de déf. Associée</i>	3	3,2%	3	27,3%	1	2,7%	20	10,7%	27	8,2%
Total général	556	100,0%	187	100,0%	328	100,0%	663	100,0%	1 734	100,0%

Source - Diagnostic IME 2015.

Annexe 2 – Données statistiques issues des réponses des familles

		Ardennes		Marne		Aube		Haute-Marne		Champagne-Ardenne	
		Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
L'accueil à l'IME	Lieu de vie										
	Autre	14	12,1	24	11,1	8	15,1	4	6,3	53	11,6
	Parents	102	87,9	193	88,9	45	84,9	60	93,8	404	88,4
	Groupes d'âges										
	3-10 ans	26	22,4	55	25,4	17	32,1	10	15,6	108	23,6
	11-14 ans	30	25,9	82	37,8	9	17,0	15	23,4	136	29,8
	15-20 ans	44	37,9	64	29,5	26	49,1	24	37,5	160	35,0
	21-24 ans	6	5,2	2	0,9	0	0,0	3	4,7	11	2,4
	Non réponse	10	8,6	14	6,5	1	1,9	12	18,8	42	9,2
	Modalité d'accueil										
	Accueil de jour	81	69,8	151	69,6	40	75,5	22	34,4	296	64,8
	Internat	17	14,7	42	19,4	11	20,8	33	51,6	104	22,8
	Internat aménagé	9	7,8	10	4,6	1	1,9	7	10,9	27	5,9
	Non réponse	9	7,8	14	6,5	1	1,9	2	3,1	30	6,6
	Fréquence d'accueil										
	Temps partiel	10	8,6	18	8,3	3	5,7	5	7,8	37	8,1
	Temps plein	79	68,1	177	81,6	39	73,6	48	75,0	344	75,3
Non réponse	27	23,3	22	10,1	11	20,8	11	17,2	76	16,6	
Age actuel & ancienneté (moyenne en années)											
Age actuel	14,1		13		13,1		14,3		13,5		
Ancienneté	4,3		4,3		4,4		3,2		4,2		
L'admission de l'enfant	Bien accueilli										
	Non	1	0,9	6	2,8	1	1,9	2	3,1	10	2,2
	Oui	113	97,4	206	94,9	51	96,2	60	93,8	434	95,0
	Non réponse	2	1,7	5	2,3	1	1,9	2	3,1	13	2,8
	Raisons du mauvais accueil										
	Accueil par défaut	0	0,0	2	0,9	1	1,9	0	0,0	3	0,7
	Manque d'explications	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	0,2
	Pas de visite	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	1,6	2	0,4
	Pas de visite ; Manque d'explications	0	0,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,4
	Non concerné	115	99,1	211	97,2	52	98,1	62	96,9	447	97,8
Non réponse	1	0,9	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,4	
Les relations	Bon interlocuteur										
	Non	7	6,0	4	1,8	1	1,9	2	3,1	14	3,1

avec l'IME

Oui	106	91,4	205	94,5	52	98,1	58	90,6	426	93,2
Non réponse	3	2,6	8	3,7	0	0,0	4	6,3	17	3,7
Obtention d'une réponse										
Non	3	2,6	3	1,4	0	0,0	1	1,6	8	1,8
Oui	109	94,0	207	95,4	53	100,0	60	93,8	431	94,3
Non réponse	4	3,5	7	3,2	0	0,0	3	4,7	18	3,9
Disponibilité des pro.										
Non	9	7,8	8	3,7	4	7,6	3	4,7	25	5,5
Oui	95	81,9	182	83,9	44	83,0	53	82,8	376	82,3
Non réponse	12	10,3	27	12,4	5	9,4	8	12,5	56	12,3
Raisons des mauvaises relations										
Désaccord sur les décisions	4	3,5	1	0,5	0	0,0	1	1,6	7	1,5
Manque de communication	2	1,7	2	0,9	1	1,9	1	1,6	6	1,3
Manque de communication ; Désaccord sur les décisions	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Manque de disponibilité	2	1,7	2	0,9	1	1,9	1	1,6	6	1,3
Manque de disponibilité ; Manque de communication	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Manque de moyens	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0	0,0	2	0,4
Non concerné	108	93,1	210	96,8	49	92,5	61	95,3	434	95,0
Construction du projet										
Non	5	4,3	17	7,8	7	13,2	2	3,1	32	7,0
Oui	101	87,1	175	80,7	44	83,0	58	90,6	382	83,6
Non réponse	10	8,6	25	11,5	2	3,8	4	6,3	43	9,4
Mise en place du projet										
Non	7	6,0	16	7,4	8	15,1	3	4,7	35	7,7
Oui	101	87,1	180	83,0	43	81,1	56	87,5	384	84,0
Non réponse	8	6,9	21	9,7	2	3,8	5	7,8	38	8,3
Suivi du projet										
Non	8	6,9	19	8,8	6	11,3	7	10,9	41	9,0
Oui	99	85,3	174	80,2	45	84,9	51	79,7	373	81,6
Non réponse	9	7,8	24	11,1	2	3,8	6	9,4	43	9,4
Raisons de la non association										
Absence de projet	1	0,9	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Désaccord sur les décisions	0	0,0	1	0,5	1	1,9	1	1,6	3	0,7
Manque de communication/d'échanges	6	5,2	12	5,5	4	7,6	5	7,8	27	5,9
Manque de communication/d'échanges ;	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2

Le projet de l'enfant

Désaccord sur les décisions										
Manque de moyens	0	0,0	0	0,0	3	5,7	1	1,6	4	0,9
Non concerné	106	91,4	192	88,5	44	83,0	55	85,9	403	88,2
Non réponse	3	2,6	10	4,6	1	1,9	2	3,1	17	3,7
Compréhension d'un refus										
Non	6	5,2	16	7,4	5	9,4	5	7,8	33	7,2
Oui	91	78,5	135	62,2	42	79,3	47	73,4	318	69,6
Non réponse	19	16,4	66	30,4	6	11,3	12	18,8	106	23,2
Raisons de cette incompréhension										
Désaccord sur les décisions	3	2,6	3	1,4	1	1,9	3	4,7	11	2,4
Manque de communication/d'échanges	0	0,0	3	1,4	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Manque de moyens	0	0,0	1	0,5	3	5,7	0	0,0	4	0,9
Non concerné	110	94,8	201	92,6	48	90,6	59	92,2	424	92,8
Non réponse	3	2,6	9	4,2	1	1,9	2	3,1	15	3,3
Evaluation du projet										
Je ne sais pas	13	11,2	21	9,7	3	5,7	11	17,2	48	10,5
Non	4	3,5	10	4,6	5	9,4	6	9,4	26	5,7
Oui	93	80,2	161	74,2	36	67,9	44	68,8	338	74,0
Pas d'évaluation	5	4,3	10	4,6	5	9,4	1	1,6	21	4,6
Non réponse	1	0,9	15	6,9	4	7,6	2	3,1	24	5,3
Raisons de cette non association										
Absence de projet	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	1,6	2	0,4
Désaccord sur les conclusions	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	0,2
Manque de communication/d'échanges	3	2,6	3	1,4	1	1,9	3	4,7	10	2,2
Pas de point de comparaison	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Pas encore d'évaluation	0	0,0	2	0,9	0	0,0	1	1,6	3	0,7
Non concerné	112	96,6	207	95,4	48	90,6	58	90,6	431	94,3
Non réponse	0	0,0	4	1,8	4	7,6	0	0,0	9	2,0
Clarté des rôles et fonctions										
Je ne sais pas	7	6,0	5	2,3	3	5,7	2	3,1	17	3,7
Non	6	5,2	17	7,8	0	0,0	7	10,9	30	6,6
Oui	101	87,1	189	87,1	49	92,5	55	85,9	399	87,3
Non réponse	2	1,7	6	2,8	1	1,9	0	0,0	11	2,4
Commentaires sur les rôles et fonctions										
Manque de communication	1	0,9	2	0,9	0	0,0	1	1,6	4	0,9

	Manque de communication/d'échanges	4	3,5	7	3,2	0	0,0	5	7,8	16	3,5
	Manque de disponibilité	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Non concerné	110	94,8	200	92,2	53	100,0	57	89,1	427	93,4
	Non réponse	1	0,9	7	3,2	0	0,0	1	1,6	9	2,0
L'accompagnement au quotidien	Activités adaptées aux besoins										
	Non	7	6,0	24	11,1	11	20,8	6	9,4	48	10,5
	Oui	108	93,1	183	84,3	41	77,4	57	89,1	394	86,2
	Non réponse	1	0,9	10	4,6	1	1,9	1	1,6	15	3,3
	Raisons de cette non adaptation										
	Manque côté éducatif	1	0,9	8	3,7	3	5,7	0	0,0	12	2,6
	Manque côté éducatif ; manque de moyens	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Manque d'activités personnalisées	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	0,2
	Manque d'apprentissage pro	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
	Manque d'homogénéité dans les groupes	0	0,0	3	1,4	0	0,0	0	0,0	3	0,7
	Manque de communication	2	1,7	2	0,9	0	0,0	1	1,6	5	1,1
	Manque de diversité	1	0,9	0	0,0	1	1,9	0	0,0	2	0,4
	Manque de moyens	1	0,9	1	0,5	3	5,7	2	3,1	7	1,5
Pas adaptés pour les autistes	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2	
Trop peu d'activité	0	0,0	2	0,9	1	1,9	1	1,6	4	0,9	
Non concerné	109	94,0	193	88,9	42	79,3	58	90,6	409	89,5	
Non réponse	2	1,7	5	2,3	3	5,7	1	1,6	11	2,4	
	Informations sur les activités										
	Non	12	10,3	27	12,4	8	15,1	14	21,9	62	13,6
	Oui	97	83,6	176	81,1	42	79,3	47	73,4	368	80,5
	Non réponse	7	6,0	14	6,5	3	5,7	3	4,7	27	5,9
	Suivi médical/paramédical										
	IME	39	33,6	58	26,7	16	30,2	20	31,3	134	29,3
	Libéraux	15	12,9	39	18,0	13	24,5	13	20,3	81	17,7
	IME & Libéraux	13	11,2	37	17,1	14	26,4	6	9,4	71	15,5
	Oui	6	5,2	7	3,2	1	1,9	1	1,6	15	3,3
	Non	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
	NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
	Suivi par un omnipraticien										
	Oui	8	6,9	10	4,6	10	18,9	6	9,4	34	7,4

Non	65	56,0	131	60,4	34	64,2	34	53,1	267	58,4
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un neurologue										
Oui	5	4,3	9	4,2			2	3,1	16	3,5
Non	68	58,6	132	60,8	44	83,0	38	59,4	285	62,4
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un kinésithérapeute										
Oui	4	3,5	6	2,8	5	9,4	4	6,3	19	4,2
Non	69	59,5	135	62,2	39	73,6	36	56,3	282	61,7
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un orthophoniste										
Oui	9	7,8	24	11,1	11	20,8	2	3,1	47	10,3
Non	64	55,2	117	53,9	33	62,3	38	59,4	254	55,6
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un odontologue										
Oui	1	0,9	4	1,8	3	5,7	2	3,1	10	2,2
Non	72	62,1	137	63,1	41	77,4	38	59,4	291	63,7
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un pédopsychiatre										
Oui	6	5,2	25	11,5	2	3,8	9	14,1	42	9,2
Non	67	57,8	116	53,5	42	79,3	31	48,4	259	56,7
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un psychomotricien										
Oui	2	1,7	11	5,1	2	3,8			15	3,3
Non	71	61,2	130	59,9	42	79,3	40	62,5	286	62,6
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1
NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Suivi par un autre professionnel de santé										
Oui	5	4,3	22	10,1	2	3,8	4	6,3	33	7,2
Non	68	58,6	119	54,8	42	79,3	36	56,3	268	58,6
NRP	9	7,8	15	6,9	1	1,9	3	4,7	28	6,1

	NC	34	29,3	61	28,1	8	15,1	21	32,8	128	28,0
Repas, hébergement et transport	Qualité de l'hébergement										
	Satisfaisant	27	23,3	49	22,6	12	22,6	36	56,3	124	27,6
	Insatisfaisant	2	1,7	1	0,5	0	0,0	2	3,1	5	1,1
	Non concerné	81	69,8	151	69,6	40	75,5	22	34,4	294	65,3
	Non réponse	6	5,2	16	7,4	1	1,9	4	6,3	27	6,0
	Quantité des repas										
	Insuffisants	2	1,7	8	3,7	1	1,9	2	3,1	13	2,8
	Suffisants	71	61,2	134	61,8	31	58,5	37	57,8	277	60,6
	Je ne sais pas	25	21,6	46	21,2	16	30,2	18	28,1	107	23,4
	Non réponse	18	15,5	29	13,4	5	9,4	7	10,9	60	13,1
	Qualité des repas										
	Bons	67	57,8	128	59,0	34	64,2	38	59,4	270	59,1
	Mauvais	7	6,0	13	6,0	0	0,0	1	1,6	21	4,6
	Je ne sais pas	22	19,0	47	21,7	13	24,5	17	26,6	101	22,1
	Non réponse	20	17,2	29	13,4	6	11,3	8	12,5	65	14,2
	Heure de départ, par modalité d'accueil										
	<i>Accueil de jour</i>										
	Avant 8h	19	23,5	34	22,5	6	15,0	8	36,4	67	22,6
	Entre 8h et 8h30	34	42,0	72	47,7	19	47,5	8	36,4	133	44,9
	A 8h30 ou après	23	28,4	36	23,8	13	32,5	6	27,3	79	26,7
Non réponse	5	6,2	9	6,0	2	5,0	0	0,0	17	5,7	
Ensemble	81	100,0	151	100,0	40	100,0	22	100,0	296	100,0	
<i>Internat</i>											
Avant 8h	7	41,2	4	9,5	0	0,0	13	39,4	24	23,1	
Entre 8h et 8h30	4	23,5	5	11,9	1	9,1	4	12,1	14	13,5	
A 8h30 ou après	3	17,6	9	21,4	10	90,9	8	24,2	31	29,8	
Non réponse	3	17,6	24	57,1	0	0,0	8	24,2	35	33,7	
Ensemble	17	100,0	42	100,0	11	100,0	33	100,0	104	100,0	
<i>Internat aménagé</i>											
Avant 8h	2	22,2	3	30,0	0	0,0	6	85,7	11	40,7	
Entre 8h et 8h30	4	44,4	5	50,0	0	0,0	1	14,3	10	37,0	
A 8h30 ou après	1	11,1	2	20,0	0	0,0	0	0,0	3	11,1	
Non réponse	2	22,2	0	0,0	1	100,0	0	0,0	3	11,1	
Ensemble	9	100,0	10	100,0	1	100,0	7	100,0	27	100,0	
<i>Non réponse</i>											
Avant 8h	2	22,2	2	14,3	0	0,0	0	0,0	4	13,3	
Entre 8h et 8h30	2	22,2	4	28,6	0	0,0	0	0,0	6	20,0	

A 8h30 ou après	2	22,2	1	7,1	0	0,0	0	0,0	4	13,3
Non réponse	3	33,3	7	50,0	1	100,0	2	100,0	16	53,3
Ensemble	9	100,0	14	100,0	1	100,0	2	100,0	30	100,0
Heure de rentrée, par modalité d'accueil										
<i>Accueil de jour</i>										
Avant 17h	26	32,1	75	49,7	0	0,0	2	9,1	104	35,1
Entre 17h et 17h30	31	38,3	54	35,8	7	17,5	7	31,8	99	33,4
A 17h30 ou après	16	19,8	12	7,9	29	72,5	11	50,0	68	23,0
Non réponse	8	9,9	10	6,6	4	10,0	2	9,1	25	8,4
Ensemble	81	100,0	151	100,0	40	100,0	22	100,0	296	100,0
<i>Internat</i>										
Avant 17h	3	17,6	8	19,0	7	63,6	18	54,5	37	35,6
Entre 17h et 17h30	0	0,0	3	7,1	2	18,2	1	3,0	6	5,8
A 17h30 ou après	5	29,4	3	7,1	0	0,0	1	3,0	9	8,7
Non réponse	9	52,9	28	66,7	2	18,2	13	39,4	52	50,0
Ensemble	17	100,0	42	100,0	11	100,0	33	100,0	104	100,0
<i>Internat aménagé</i>										
Avant 17h	1	11,1	3	30,0	1	100,0	0	0,0	5	18,5
Entre 17h et 17h30	4	44,4	3	30,0	0	0,0	0	0,0	7	25,9
A 17h30 ou après	0	0,0	3	30,0	0	0,0	5	71,4	8	29,6
Non réponse	4	44,4	1	10,0	0	0,0	2	28,6	7	25,9
Ensemble	9	100,0	10	100,0	1	100,0	7	100,0	27	100,0
<i>Non réponse</i>										
Avant 17h	0	0,0	3	21,4	0	0,0	0	0,0	3	10,0
Entre 17h et 17h30	6	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0
A 17h30 ou après	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	2	6,7
Non réponse	3	33,3	10	71,4	1	100,0	2	100,0	19	63,3
Ensemble	9	100,0	14	100,0	1	100,0	2	100,0	30	100,0

Annexe 3 – Questionnaires

Questionnaire à destination des établissements

Quel le nom de l'organisme qui gère l'IME ?

Quel est le nom de votre IME ?

Le cas échéant, précisez l'antenne :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Quelles sont les modalités d'accueil de votre IME ?

Internat de semaine Internat Aménagé Accueil de Jour

Nombre de jours d'ouverture par an :

Période de fermeture :

Quel est le nombre de places agréées et installées ?

- Enfants / adolescents avec déficience intellectuelle :
- Enfants / adolescents avec autisme ou TED :
- Autre public (précisez) :
- Accueil temporaire :
- Accueil d'urgence :

Si vous accueillez en fait un public plus large, précisez :

Nombre d'usagers effectivement accompagnés au 1^{er} Janvier 2015 :

- Enfants / adolescents avec déficience intellectuelle :
- Enfants / adolescents avec autisme ou TED :
- Autre public (précisez) :
- Accueil temporaire :
- Accueil d'urgence :

Disposez-vous d'une liste d'attente ?

Oui Non

Si oui, préciser le nombre d'usagers inscrits sur cette liste :

Quel est le temps moyen d'attente avant l'admission ?

Tous les postes prévus dans l'effectif des personnels de l'IME sont-ils pourvus (y compris les postes de l'Education Nationale) ?

Oui Non

Si non, préciser quels sont les postes non pourvus ainsi que le nombre d'ETP correspondant :

Quelle organisation avez-vous mise en place pour pallier l'absence de ces professionnels (ex : recours à un prestataire libéral, partenariat avec un établissement, personnel faisant fonction...) ?

Quelles sont les activités mises en place dans votre établissement ?

- Activités éducatives :
- Activités pédagogiques :
- Activités thérapeutiques :

Quelles sont les principales difficultés que les différents professionnels rencontrent dans l'accompagnement des usagers ? (Cinq au maximum)

Au niveau de l'équipe éducative :

Au niveau de l'équipe pédagogique :

Au niveau de l'équipe thérapeutique :

Quels sont les besoins et attentes des usagers (enfants et familles) auxquels vous n'arrivez pas à répondre de façon satisfaisante ?

Avez-vous des projets pour répondre aux besoins non satisfaits du public accompagné ?

En termes d'évolution de l'agrément (extension non importante, redéploiement de places...)

Précisez :

En termes d'organisation (externalisation d'UE, modification des horaires d'accueil des enfants ou du personnel, réorganisation de l'encadrement...)

Précisez :

En termes de formation du personnel

Précisez :

En termes de sollicitation de nouvelles compétences externes

Précisez :

En termes d'aménagement de locaux

Précisez :

Si vous avez des partenariats avec d'autres acteurs, préciser lesquels ?

Protection de l'enfance : Partenariat conventionné Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez :

Ce partenariat est-il satisfaisant ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Associations socio-culturelles : Partenariat conventionné Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez :

Ce partenariat est-il satisfaisant ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Pédopsychiatrie : Partenariat conventionné Partenariat non conventionné

Partenariat non conventionné

Précisez :

Ce partenariat est-il satisfaisant ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Education Nationale : Partenariat conventionné Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez :

Ce partenariat est-il satisfaisant ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Secteur libéral (Acteurs de santé) : Partenariat conventionné Partenariat non conventionné

Pas de partenariat

Précisez :

Ce partenariat est-il satisfaisant ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Autres acteurs : Partenariat conventionné Partenariat non conventionné

Précisez :

Ce partenariat est-il satisfaisant ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Y a-t-il des partenariats formalisés non effectifs ?

Y a-t-il des partenariats souhaités mais inexistantes ?

De votre point de vue, les partenaires connaissent vos missions et vos limites :

Oui Non

Précisez :

La réforme des rythmes scolaires a-t-elle eu un impact (positif et/ou négatif) dans l'accompagnement des enfants et adolescents ?



Diagnostic régional IME

2e partie : les enfants et adolescents accompagnés

Merci de remplir ce questionnaire (le cas échéant, un questionnaire est à remplir par antenne) et de le renvoyer au CREAMI Champagne-Ardenne Délégation Lorraine mail à delegation.lorraine.ancreai@gmail.com

Pour tout renseignement ou difficulté de saisie, n'hésitez pas à nous contacter au 03.83.90.37.81

La saisie dans l'onglet "ETUDE IME 2015 CREAMI Données" est guidée avec des commentaires pour une meilleure saisie.

Merci de renseigner pour chaque enfant ou adolescent PRESENT AU 1/1/2015 accompagné le tableau ci-dessus selon les indications suivantes :

- 2ème colonne : précisez la section à laquelle appartient l'enfant (SEES, SIPFP, Autisme)
- 3ème colonne : Son sexe : Fille (F) ou Garçon (G)
- 4ème colonne : Son âge au 01/01/2015
- 5ème colonne : Son âge à l'admission
- 6ème et 7ème colonne : Sa déficience principale ainsi que la déficience associée, le cas échéant, selon la nomenclature suivante :
 - o 1 : Déficiences intellectuelles
 - o 2 : Troubles du psychisme/troubles des conduites et du comportement
 - o 3 : Troubles de la parole et du langage (à l'exclusion des troubles du langage dus à une surdité)
 - o 4 : Déficiences auditives
 - o 5 : Déficiences visuelles
 - o 6 : Déficiences motrices
 - o 7 : Plurihandicap (plusieurs déficiences de même gravité, empêchant alors de déterminer une déficience principale)
 - o 8 : Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles, respiratoires... non prises en compte dans les autres rubriques
 - o 9 : Polyhandicap associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante
 - o 99 : Autres déficiences non désignées par ailleurs
- 8ème colonne : Le domicile de ses parents (C : commune ; CP : Code postal)
- 9ème colonne : sa scolarité ; Cl : Classe fréquentée (préciser si plusieurs classes fréquentées) ainsi que la fréquence (temps plein (4,5 j/sem), de 1 à 4 j/sem, moins de 1j/sem, non scolarisé)
- 10ème colonne : indiquez si l'enfant ou l'adolescent bénéficie d'autres accompagnements (MECS, famille d'accueil, PJJ, hôpital de jour, CMP, professionnels libéraux...)

DIAGNOSTIC REGIONAL IME

Questionnaire aux familles

Ce questionnaire vous est envoyé dans le cadre d'une étude régionale sur les IME, commandée par l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne.

Il restera entièrement anonyme. Votre avis est important : nous vous remercions par avance de répondre aux questions (15 minutes environ) et de le renvoyer au CREAI Champagne-Ardenne **avant le 1^{er} juillet 2015** par courrier à l'adresse suivante :

**Cité Administrative Tirlet Bâtiment 3
51036 Châlons-en-Champagne Cedex**

ou par mail

creai-ca@orange.fr

Pour tout renseignement ou difficulté de saisie, n'hésitez pas à nous contacter à au **03.26.68.35.71**

Département : Aube Ardennes Haute-Marne Marne

IME accueillant votre enfant :

Par rapport à l'enfant :

Vous êtes : Le père La mère Les deux parents
 Famille d'accueil Autre (préciser) :

L'accueil au sein de l'IME

Quel âge a votre enfant ?

Quelle est la modalité de l'accueil ? Internat Internat aménagé Accueil de jour

A quelle fréquence est-il accueilli ? Temps partiel Temps plein

En quelle année votre enfant est-il entré à l'IME ?

L'admission de votre enfant dans l'IME

Avez-vous le sentiment d'avoir été bien accueilli lors de l'admission de votre enfant à l'IME (visite, entretiens d'admission, jour de rentrée) ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Les relations avec l'établissement

Lorsque vous contactez l'établissement,

- Est-ce que vous obtenez facilement le bon interlocuteur ? Oui Non
- Est-ce que vous obtenez une réponse à votre demande ? Oui Non

Selon vous, les professionnels sont suffisamment disponibles et à votre écoute ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Le projet de votre enfant

Pensez-vous être suffisamment associé au projet mis en place pour votre enfant ?

- Construction/Elaboration : Oui Non
- Mise en place : Oui Non
- Suivi : Oui Non

Pour quelles raisons ?

Lorsqu'une de vos demandes n'est pas acceptée, comprenez-vous pourquoi ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

Êtes-vous suffisamment associé à l'évaluation de ce projet, en fin d'année ?

Oui Non Je ne sais pas Pas d'évaluation

Si non, pourquoi ?

Le rôle et la fonction de chaque professionnel (éducateur, enseignant, psychologue et chef de service...) vous paraissent-il suffisamment clairs ?

Oui Non Je ne sais pas

Commentaires

L'accompagnement au quotidien

Les activités (pédagogiques, techniques, de loisirs, ...) vous semblent-elles adaptées aux besoins de votre enfant ? Oui Non

Êtes-vous suffisamment informé des activités proposées au quotidien (dans et hors de l'établissement) ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi médical / paramédical (médecin, kinésithérapeute, orthophoniste,...) ? Oui Non

– Par l'IME : Oui Non

– Suivi par des professionnels libéraux : Oui Non

Précisez lesquels :

Les repas et l'hébergement

Si votre enfant est accueilli en internat, l'hébergement vous paraît-il :

• Satisfaisant : Oui Non

- Insatisfaisant : Oui Non

Les repas vous paraissent-ils ?

- En quantité : suffisants insuffisants je ne sais pas
- En qualité : bons mauvais je ne sais pas

Les transports

A quelle heure votre enfant...

- Part-il le matin :
- Rentre-t-il le soir :

Globalement,

Êtes –vous satisfait des conditions d’accueil et d’accompagnement de votre enfant par l’IME ?

- Oui Non Je ne sais pas

Afin d’améliorer la qualité de l’accueil et de l’accompagnement de votre enfant, merci de nous faire part de vos attentes et suggestions

L’équipe du CREAI vous remercie vivement pour votre collaboration

Annexe 4 – Listes des participants aux tables rondes

Table ronde Ardennes 1 - Le 04/11/2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
BLAVIER	Corinne	Directrice générale	SAAME Thérèse et Charles Fortier
CLOGNIER	Karine	Chef de service	IMPro de REVIN
COTREAU	Alexandra	Directrice-adjointe	Pôle Enfants - EDPAMS BELLEVILLE SUR BAR
DEPOIX	Richard	Chef de Service éducatif	IME Les Sapins - ROCROI
DESSEILLE	Céline	Psychologue	IMPro de REVIN
BIRON	Audrey	Cadre supérieur socio-éducatif	Pôle Enfants - EDPAMS BELLEVILLE SUR BAR
FERNANDEZ	Albertos	Directeur adjoint	SAAME Thérèse et Charles Fortier
PATE	Annick	Directrice adjointe	SAAME Thérèse et Charles Fortier
GAGNERON	Marie-Annick	DTD 08	ARS CA

Table ronde Ardennes 2 - Le 16/11/2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
BITTEL	Vincent	Directeur	Association des Papillons Blancs des Ardennes
BLAVIER	Corinne	Directrice générale	SAAME Thérèse et Charles Fortier
CLOGNIER	Karine	Chef de service	IMPro de REVIN
COTREAU	Alexandra	Directrice-adjointe	Pôle Enfants - EDPAMS BELLEVILLE SUR BAR
DEPOIX	Richard	Chef de Service éducatif	IME Les Sapins - ROCROI
DESSEILLE	Céline	Psychologue	IMPro de REVIN
DESWAENE	Monique	Cadre supérieur socio-éducatif	Pôle Enfants - EDPAMS BELLEVILLE SUR BAR
DUCARMES	Nicolas	Directeur	APAJH ARDENNES - IME Les Sapins - SESSAD des Rièzes et des Sarts
FERNANDEZ	Albertos	Directeur adjoint	SAAME Thérèse et Charles Fortier
LEFEVRE	Catherine	TICE ASH représentant Mme SERAFINI, IEN ASH	DSD de l'EN Ardennes
PATE	Annick	Directrice adjointe	SAAME Thérèse et Charles Fortier
ROBLIN	Thierry	Directeur adjoint	IME BOUTANCOURT
WARIN	Claudy	Directeur adjoint	MDPH des ARDENNES
GARDEUR	Jérôme	Resp adjoint ASE 08	CD 08
COLLOMB	Evalie	Resp adjoint ASE 08	CD 08
SAPONE	Mélanie	Resp de service offre médico-social	ARS DTDO 08

Table ronde Aube 1 - Le 06/11/2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
KEDIM	Karim	Directeur	Secteur Jeunes - PEP 10
PATENOTRE-MARTIN	Edith	Directrice	IME Gai Soleil - APEI Aube
VILLE	Pascal	Directeur	IME Le Verger Fleuri - APEI Aube
JARRY	Claire	Directrice	IME L'Eveil - APEI Aube
NORMANT	Odile	Chef de Service	IME L'Eveil - APEI Aube
GERAULT	Stéphanie	Directrice	Impro L'Accueil APEI Aube
MAMMADT	Stephan	CDS	IME Chantejoie
AUVY	Christophe	Directeur	IME Chantejoie
DESSENNE	Sylvie	Délégation ARS	ARS
VIENNESSE	Karine	IASS ARS CA	ARS

Table ronde Aube 2 - Le 19/11/2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
JARRY	Claire	Directrice	IME L'Eveil - APEI Aube
MAO	Evelyne	Chargée de Mission handicap	Education nationale ASH
NORMANT	Odile	Chef de Service	IME L'Eveil - APEI Aube
PATENOTRE-MARTIN	Edith	Directrice	IME Gai Soleil
VILLE	Pascal	Directeur	IME Le Verger Fleuri
L'ABBE	Catherine	Chef de service	ASE
MALNOURY	Didier	Directeur	MDPH
GAUTHROT	Florise	Resp pôle enfance MDPH	MDPH
MACZYTA	Eric	Chef pôle EPSMA	EPSMA
GERAULT	Stéphanie	Directrice	Impro L'Accueil APEI Aube
MAMMADT	Stephan	CDS	IME Chantejoie
BOUDESOCQUE	Corinne	DT ARS 10	ARS
DELFORGE	Irène	DT ARS 10	ARS
DESSENNE	Sylvie	Délégation ARS	ARS

Table ronde Marne 1 - Le 04/11/2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
BAZIN	Margaux	Directrice adjointe	Association L'EVEIL - REIMS
BOUVIER	Myriam	Chef de service	IME Villa in Sylva - VILLE EN SELVE
LEBEGUE	François	Chef de service	IME Elan Argonnais - SAINTE MENEHOULD
PICHON	Bruno	Directeur	Association L'EVEIL - REIMS
ROQUES	Valérie	Directrice secteur enfance	IME- EPERNAY
SCHLOESSER	Monique	Directrice	IME Villa in Sylva - VILLE EN SELVE
SCHEFFER	Carine	Secrétaire de direction	IME Blacy APEI Vitry
DA SILVA	Daniel	Chef de service	IME Les Perrières APEI Vitry
PARENT	Sandrine	Directrice	IME ACPEI Châlons-en-Champagne

Table ronde Marne 2 - Le 16/11/2015

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
BAZIN	Margaux	Directrice adjointe	Association l'EVEIL - REIMS
DESTREZ	Philippe	Directeur Général	Association Elan Argonnais
FRANCOIS	Christel	Directrice	IME Elan Argonnais -
PHILIPPON	Fabrice	Chef de Service	MDPH dela MARNE
PICHON	Bruno	Directeur	Association l'EVEIL - REIMS
ROQUES	Valérie	Directrice secteur enfance	IME- EPERNAY
STEPHAN	Murielle	Pro de l'équipe pluridisciplinaire	MDPH dela MARNE
BOUVIER	Myriam	Chef de service	IME Villa in Sylva - VILLE EN SELVE
THAVSEN	Cécile	Chef de service	IME La Sittelle
SCHLOESSER	Monique	Directrice	IME Villa in Sylva - VILLE EN SELVE
GREGORIS	Claudine	Directrice	IME APEI Vitry
PARENT	Sandrine	Directrice	IME ACPEI Châlons-en-Champagne

Table ronde Haute-Marne 1 - Le 06/11/2015 de 9h à 11h

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
DEMONET	Christiane	Directrice	IME Val de Suize - UGECAMNE - BROTTE
SIMON	Véronique	Directrice adjointe	IME Val de Suize - UGECAMNE - BROTTE
HADET	Joffrey	Directeur du Pôle IME	Fondation Lucy LEBON - Montier en Der
DONATI	Isabelle	Chef de service	IME DE L'ADASMS
PEDERIVA	Pierre	Directeur	IME DE L'ADASMS
RECOUVREUR	Stéphane	Directeur Général	ADPEP 52
		Chef de service	ADPEP 52
BIENAIME	Bruno	Directeur du secteur Enfance	Association Le Bois l'Abbesse
B. LEGRIS	Olivier	ARS DTD 52	ARS

Table ronde Haute-Marne 2 - Le 19/11/2015 de 14h à 16h30

NOM	Prénom	Fonction	Etablissement
BIENAIME	Bruno	Directeur du secteur Enfance	Association Le Bois l'Abbesse
DEMONET	Christiane	Directrice	IME Val de Suize - UGECAMNE - BROTTE
DONATI	Isabelle	Chef de service	IME de l'ADASMS
PEDERIVA	Pierre	Directeur	IME DE L'ADASMS
RECOUVREUR	Stéphane	Directeur Général	ADPEP 52
SELSKI	Christine	Directrice	MDPH 52
SIMON	Véronique	Directrice adjointe	IME Val de Suize - UGECAMNE - BROTTE
GIRARD	Christine	Responsable du pôle placement	ASE
GARY	Christelle	Pôle enfants et adolescents	CHHM
HADET	Joffrey	Directeur du Pôle IME	Fondation Lucy LEBON - Montier en Der
GAIGNARD	Luc	IEN ASH 52	DSDEN 52
B. LEGRIS	Olivier	ARS DTD 52	ARS
FOURNIER	Olivier	Chef de service	Le Bois L'Abbesse Langres