

Rapport IGAS n° 2024-081R « Les instituts médico-éducatifs au défi de la transformation de l'offre » (septembre 2025, publié février 2026)

Synthèse

1. Les IME : un pilier historique confronté à une transformation profonde

1.1. Une place centrale dans l'offre médico-sociale

Les instituts médico-éducatifs (IME) constituent l'offre majoritaire pour les enfants en situation de handicap ne pouvant être scolarisés à temps plein en milieu ordinaire. Ils accueillent principalement des enfants présentant :

- des troubles du développement intellectuel (TDI),
- des troubles du spectre de l'autisme (TSA),
- des troubles psychiques ou des troubles du comportement associés,
- parfois un polyhandicap.

Quelques données chiffrées de 2022 (Drees issues des enquêtes ES-Handicap 2022) :

- **1 380 IME → dont 122 pour le secteur public – soit 9%**
- **75 700 places → dont 8300 pour le secteur public – soit 11%**
- La capacité moyenne des IME s'élève à **55 places**
- Ils concentrent **64 % des places et 65 % des enfants accompagnés** dans les établissements pour enfants
- 75% des établissements ayant renseigné le tableau de bord de la performance sont ouverts entre **198 et 212 jours par an, 7% seraient ouverts 365 jours par an.**

Les IME proposent différentes modalités d'accueil : l'internat complet est devenu minoritaire (avec 23 % des enfants accueillis, chiffre en baisse). Parmi les enfants accompagnés entre 6 et 15 ans inclus, **88 % sont scolarisés**, sachant que 51 % des IME disposent d'une unité d'enseignement externalisée (située au sein d'un établissement scolaire ordinaire).

Le coût moyen annuel par place atteint environ **50 000 €**, représentant une **enveloppe nationale de 3,5 Md€** en 2023 (prise en charge 100% assurance autonomie).

Les IME emploient, en 2022, 50 400 équivalents temps pleins (ETP) tout secteur confondu, soit **0,67 ETP par place**.

1.2. Une forte hétérogénéité territoriale

Le **taux moyen national est de 50 places pour 10 000 jeunes**, mais varie de moins de 30 à plus de 110 selon les départements, soit **un écart-type de 2,25**.

Les tensions capacitaires sont donc très inégalement réparties :

- **zones urbaines denses** : sous-équipement et listes d'attente longues → taux d'équipement les plus bas en Gironde (28), l'Hérault (30), la Haute-Garonne (34), la Loire-Atlantique (33) ou encore des départements franciliens
- **zones rurales** : parfois sur-représentation historique → taux d'équipement les plus élevés dans l'Orne (137), la Creuse (119), le Territoire de Belfort (116), l'Indre (111) et la Haute-Marne (109)

→ La mission estime qu'à minima les 20 % de départements les plus sous-dotés devraient faire l'objet d'un rattrapage capacitaire afin de réduire les inégalités territoriales = **un enjeu budgétaire de 159 M€**.

Les listes d'attente ne sont pas pilotées de manière précise et fiable avec ViaTrajectoire : le nombre d'enfants en liste d'attente s'élèverait à minima à plusieurs milliers, et pourrait même se chiffrer en dizaine de milliers. Sur le panel étudié par la mission, **pour un enfant accueilli, un enfant est en liste d'attente** (0,9 précisément). La durée d'attente s'établit, sur cet échantillon d'établissements, **à 21 mois en moyenne**, avec des écarts importants selon les établissements, **d'un mois à 5 ans**.

Le coût moyen à la place d'IME s'élève à 51 314 euros en 2023, avec de fortes disparités territoriales et entre établissements : **le premier décile affiche un coût moyen de 31 554 euros, tandis que le neuvième décile atteint 89 106 euros. Ce rapport interdécile de 2,8** traduit une hétérogénéité marquée, imputable à la diversité des profils d'enfants accompagnés, la réalité du bâti, mais également aux contextes et historiques territoriaux. Les IME accueillant majoritairement des enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme (73 218 euros) ou un polyhandicap (95 872 euros) affichent un coût moyen par place beaucoup plus élevé que les établissements accueillant des enfants présentant des troubles du développement intellectuel (entre 45 000 et 50 000 euros).

1.3. Une transformation imposée : inclusion et modularité

Depuis la loi de 2005, et plus encore depuis la Conférence nationale du handicap (2023), les IME doivent s'inscrire dans une double dynamique

- **d'inclusion** : s'ouvrir au milieu ordinaire (école, loisirs, emploi),
- **et d'une individualisation** : modulariser les accompagnements,

que l'impulsion ministérielle de 2023 a accéléré avec la transformation progressive des IME en **dispositifs intégrés médico-éducatifs (DIME)** – décret du 5 juillet 2024, dont la généralisation du fonctionnement en dispositifs intégrés a été fixée à 2027.

La transformation en dispositif s'inscrit dans le prolongement du rapport dit Piveteau « Zéro sans solution » de 2014, mettant en avant l'enjeu de **subsidiarité de l'offre médico-sociale** qui devient une fonction appui-ressources auprès de l'ensemble des acteurs du droit commun, pour permettre une inclusion effective.

→ **Evolution d'une logique de place vers une logique de parcours coordonné et modulable.**

La mission souligne que la réussite de l'inclusion suppose paradoxalement le maintien d'IME capables d'accueillir les situations les plus complexes.

2. Une évolution majeure des publics : complexification et tensions accrues

2.1. Une « sévérisation » des profils

Les constats convergent vers :

- une **augmentation des troubles du spectre autistique (TSA)** (jusqu'à 25 % des jeunes en 2018), baisse du nombre de jeunes présentant des **troubles du développement intellectuel (TDI) qui restent néanmoins majoritaires (67% en 2022 contre 81% en 2001)**.
- Une hausse des **troubles psychiques**, estimés à 25% des jeunes en IME
- Une multiplication des **troubles du comportement**,
- Et une hausse du cumul des vulnérabilités : par ex 15 % des enfants accueillis en IME sont également **suivis par l'ASE**.

Les changements de profils accueillis en IME témoignent de plusieurs facteurs : déports progressifs du champ sanitaire vers le médico-social, conséquences de la dynamique inclusive sur les collectifs (maintien des profils moins complexes dans le droit commun), et meilleur repérage des situations de handicap.

Les équipes décrivent davantage de violence, plus de situations nécessitant du 1 pour 1, et des besoins en soins psychiatriques accrus.

La mission note toutefois que les TDI légers représentent encore une part non négligeable de la file active (30 % en moyenne au niveau national).

2.2. Une baisse des ressources médicales

Paradoxalement, alors que les besoins augmentent, 80 % des IME se déclaraient en 2022 particulièrement touchés par les difficultés de recrutement :

- forte diminution des pédopsychiatres en IME (-38 % en dix ans),
- raréfaction des orthophonistes (- 35 % entre 2014 et 2022)
- difficultés de recrutement des psychomotriciens et infirmiers.

Certaines situations de troubles psychiques ne bénéficient d'aucun suivi spécialisé.

Par ailleurs le **taux d'absentéisme augmente** (à 10.9% en 2023, soit +22 % en 6 ans) ainsi que le taux de rotation des personnels qui s'élève à 13,7% en 2023 (+23 %) confirmant une instabilité importante des effectifs.

2.3. Vieillesse et blocage des sorties

25 % des jeunes accueillis en IME ont 18 ans ou plus.

Les jeunes adultes en aménagement Creton sont environ 6 250 fin 2022, contre 3 800 fin 2006, sachant que 81 % de ces jeunes ont entre 20 et 22 ans.

Les jeunes adultes attendent principalement une place dans **trois types d'établissement**, à part pratiquement égale : foyer de vie/accueil de jour, ESAT avec ou sans foyer hébergement, FAM ou MAS (respectivement 32, 34 et 29 %). Mais les parcours sont « embolisés », en raison d'un manque de places, qui bloque les admissions

en amont. L'accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH est aussi possible pour des jeunes en capacité d'autonomie.

La mission recommande une stratégie nationale 16-25 ans

3. Orientation, inclusion et inégalités sociales

3.1. L'orientation vers l'IME : entre nécessité et défaut d'alternative

Certains enfants sont orientés en IME :

- faute de solutions scolaires adaptées,
- en raison de pratiques d'évaluation hétérogènes des MDPH,
- ou du refus d'admission de dossiers jugés « trop lourds »

Inversement, 15 % des enfants accueillis présentent un TDI léger sans vulnérabilité associée.

La mission pointe un manque d'adaptation du collège inclusif.

3.2. Une perception ambivalente des familles

L'orientation en IME est souvent vécue comme un échec symbolique

Mais une fois l'admission effective, les familles reconnaissent l'utilité sociale de cet accompagnement, le répit qu'il leur procure et la stabilisation des parcours qu'il permet.

Les inégalités sociales sont marquées par des familles favorisées qui mobilisent le secteur libéral, face à des familles précaires qui subissent davantage les ruptures

L'IME joue donc un rôle de **réduction des inégalités sociales face au handicap**.

4. Grands enjeux pour les ESMS

Le rapport ne distingue pas explicitement les IME publics et associatifs dans toutes les analyses, mais plusieurs constats ont des implications directes pour les ESMS publics.

➔ **Pilotage par les ARS et CPOM : hétérogénéité et tension**

Les ARS assurent autorisation, tarification et contractualisation via les CPOM, mais les relations sont très variables selon les régions, les CPOM hétérogènes, et parfois constat d'un manque de dialogue stratégique.

La mission recommande de renforcer les CPOM (formation, insertion professionnelle, fonction appui-ressources, coordination CAA)

➔ **Réforme du financement : Serafin-PH**

À partir de 2027, mise en œuvre du nouveau modèle national de financement lié aux caractéristiques des enfants, dont les difficultés pourront être l'appropriation de la complexité technique du modèle, l'anticipation de l'impact budgétaire...

➔ **Transformation en dispositifs intégrés**

Le passage en DIME implique des interventions hors les murs, une coordination renforcée, une adaptation bâtiminaire, de nouveaux métiers (coordonnateur de parcours), et potentiellement une hausse des coûts logistiques.

S'ils doivent poursuivre leur mue dans le sens attendu par les pouvoirs publics et partagé par les professionnels eux-mêmes (s'ouvrir sur l'école et sur le monde, modulariser et individualiser les accompagnements), les IME ne le peuvent **qu'à certaines conditions et selon un rythme adapté à la réalité de chaque établissement et territoire.**

« la réussite du processus d'inclusion des enfants en situation de handicap suppose le **maintien d'IME, organisés certes différemment d'aujourd'hui.** En effet, ces établissements **demeureront indispensables pour accueillir les situations les plus complexes** qui nécessitent des accompagnements intensifs et spécialisés. »

La mission IGAS met par ailleurs en garde contre le « faire plus avec autant », le risque d'épuisement professionnel, et le transfert de charge vers les familles.

5. Recommandations (voir détail ci-après)

Parmi les recommandations prioritaires :

- Plan de rattrapage capacitaire (160 M€)
- Publication biannuelle des listes d'attente à l'entrée des IME
- Harmonisation des admissions
- Généralisation des unités d'enseignement externalisées
- Élaboration d'une stratégie nationale 16-25 ans

Conclusion générale

La question n'est plus de savoir s'il faut des IME, mais pour quels publics et selon quelles modalités

Le rapport souligne que :

- l'inclusion ne signifie pas disparition des IME,
- les situations les plus complexes nécessitent un cadre spécialisé,
- la transformation doit être progressive et financée.

La mission conclut à la nécessité d'un **effort budgétaire conséquent et durable**, condition sine qua non d'une transformation réussie sans perte de chance pour les enfants.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Améliorer l'accompagnement des enfants en situation de handicap en IME et dans leurs environnements				
9	Prévoir un plan de rattrapage capacitaire en IME pour la dizaine de départements les plus sous-dotés (160 M€).	1	DGCS	2026-2030
13	Publier de manière biannuelle un état des lieux fiable des listes d'attente par département.	1	CNSA	2026
15	Harmoniser les processus d'admission en IME en précisant la notion de liste d'attente (décret).	1	DGCS	2026
1	Augmenter le nombre d'enfants en attente de place suivis par les PCPE ⁸ ou équipes mobiles rattachées aux IME (instruction aux ARS).	2	DGCS	2026
3	Rendre systématique un module de formation pour l'accueil d'enfants en situation de handicap, et notamment de TND, dans la formation socle du BAFA.	2	DJEPVA ⁹	2027
4	Mener une étude visant à identifier les conditions d'une meilleure accessibilité des ESAT aux jeunes issus des IME, compte tenu de l'évolution de leurs profils (instruction aux ARS).	2	DGCS	2027
6	Lancer une concertation Etat/Départements sur la nécessaire évolution quantitative et qualitative de l'offre adultes handicapés au regard de la démographie, des besoins et attentes des nouvelles générations.	2	CNSA Départements	2027
7	Créer une notification MDPH générique « 16-25 ans » permettant l'adaptation des orientations des jeunes au gré de la construction de leur projet post IME.	2	CNSA	2027
8	Élaborer une stratégie nationale 16-25 ans.	2	CNSA/DGCS	2027

⁸ Pôles de compétences et de prestations externalisées.

⁹ Direction de la jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative.

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
10	Actualiser les textes réglementaires relatifs aux IME au regard des nouveaux publics accueillis ainsi que l'évolution des modalités d'accompagnement.	2	DGCS	2027
2	Définir des périodes minimales d'ouverture annuelle des IME et faire converger progressivement tous les IME vers cet objectif (décret).	3	DGCS	2027
5	Recenser et diffuser, pour capitalisation auprès des IME, les initiatives et innovations éprouvées en matière d'insertion professionnelle en milieu ordinaire.	3	GIP Les entreprises s'engagent	2028
Réussir la transformation de l'offre				
16	Elaborer une instruction aux ARS afin de renforcer les CPOM à contractualiser avec les IME :	1	DGCS	2025-2027
	a. Accentuer les efforts de formation des professionnels des IME à la transformation de l'offre et à l'évolution des profils en la dotant de moyens clairement dédiés au sein des CPOM.			
	b. Systématiser les solutions de répit et d'accueil temporaire territorialisées dans le cadre du déploiement des DIME (instruction aux ARS).			
	c. Mieux identifier les objectifs et moyens de l'accompagnement à l'insertion professionnelle des IME au sein des CPOM, notamment les fonctions de coordination et de développement des partenariats avec le milieu protégé et ordinaire.			
	d. Favoriser au sein des IME la mise en place d'une fonction de coordination de la communication alternative et améliorée (CAA) occupée par des orthophonistes.			
	e. Généraliser la fonction appui-ressources des IME/DIME en la dotant de moyens clairement dédiés au sein des CPOM.			
11	f. Rendre obligatoire l'avis des services de l'aide sociale à l'enfance sur chaque renégociation des CPOM IME-ARS.			
	Poursuivre le mouvement de création d'unités d'enseignement externalisées préconisé par le rapport Igas-IGESR sur l'acte II de l'école inclusive (recommandation 22) et instaurer une obligation pour tout établissement scolaire de disposer <i>a minima</i> d'un espace dédié aux dispositifs inclusifs (voie législative).	1	DGCS	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
12	Investiguer, avec l'éducation nationale, la faisabilité d'une fusion entre les équipes de suivi de scolarisation et les réunions de suivi du projet d'accompagnement médico-social pour les enfants accompagnés par un dispositif intégré.	2	DGCS	2026
14	Intégrer, dans les enquêtes ES-handicap, un suivi des temps réels d'accompagnement hebdomadaires des enfants pris en charge par les IME/DIME, y compris les temps d'inclusion scolaire.	2	Drees	2026
17	Élaborer une recommandation de bonnes pratiques professionnelles relative à l'accompagnement d'un enfant par un dispositif médico-social en y intégrant l'enjeu de la guidance parentale.	2	HAS	2027