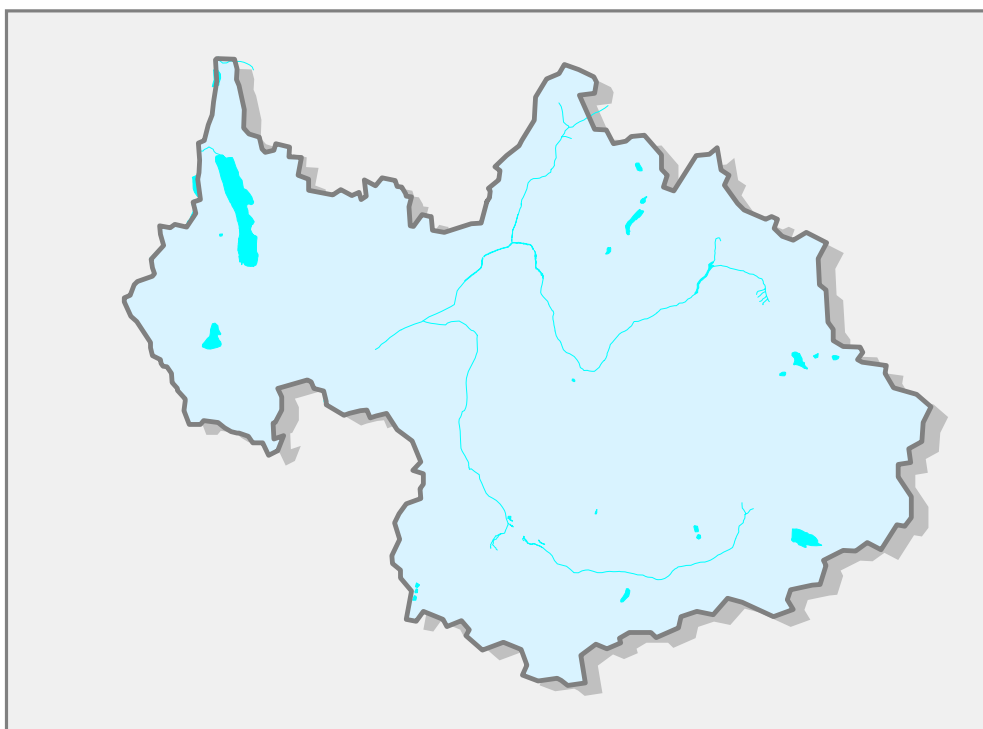


**État des lieux  
relatif aux actions  
en faveur des enfants  
ou adolescents handicapés  
du département de la Savoie**

**SAVOIE**



**CREAI Rhône-Alpes  
avril 2006**

***Étude réalisée par***

Éliane CORBET  
(Direction d'Étude, CREAI Rhône-Alpes)

Claire LAMY  
Patrick GRÉGOIRE  
Christophe PETCHANATZ  
(Conseillers Techniques, CREAI Rhône-Alpes)

# s o m m a i r e

<b>1</b>	<b>LE CONTEXTE</b> .....	<b>4</b>
	Les nouveaux enjeux .....	4
	Objectifs et méthodologie de l'état des lieux.....	6
<b>2</b>	<b>DONNÉES RELATIVES À LA POPULATION ET À L'ÉQUIPEMENT MÉDICO-SOCIAL DU DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE</b> .....	<b>8</b>
	Données démographiques .....	8
	Prévalence des déficiences.....	9
	Population et territoires.....	11
<b>3</b>	<b>L'ÉQUIPEMENT</b> .....	<b>14</b>
	Les taux d'équipement.....	14
	La répartition géographique de l'équipement .....	19
<b>4</b>	<b>SCOLARITÉ</b> .....	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX</b> .....	<b>32</b>
	CAMSP .....	33
	Établissements annexes 24, modalités d'admission .....	36
	Établissements annexes 24, modalités d'accueil au moment de l'enquête .....	39
	Populations accueillies, écarts par rapport à l'agrément .....	41
	Les jeunes relevant de l'amendement Creton .....	43
	Établissements annexes 24, listes d'attente .....	44
<b>6</b>	<b>RESSOURCES ET COMPÉTENCES</b> .....	<b>45</b>
	Plateau technique.....	45
	La formation des professionnels .....	46
	Évaluation interne .....	47
	Partenariats .....	48
<b>7</b>	<b>LES FLUX INTERDÉPARTEMENTAUX</b> .....	<b>52</b>
<b>8</b>	<b>ANALYSE DES DONNÉES RELATIVES AUX ORIENTATIONS PRONONCÉES PAR LA CDES DE LA SAVOIE</b> .....	<b>55</b>
	Nature et évolution des orientations souhaitées .....	55
	Âges pour les premières orientations et les réorientations .....	56
	Les modalités d'accueil souhaitables .....	56
	Les difficultés relatives aux orientations.....	57
	Extrait du rapport d'activité de la CDES pour les années 2000 à 2004 .....	59
<b>9</b>	<b>SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC</b> .....	<b>60</b>
	Une offre de Prévention, prise en charge précoce, accueil de la petite enfance ne couvrant pas tous les besoins .....	60
	Des parcours de scolarité et de formation souvent segmentés et cloisonnés.....	60
	Le soutien et l'accompagnement des familles .....	62
	Des modalités d'accueil insuffisamment souples.....	62
	Les difficultés relatives aux modalités de réponse du dispositif médico-social .....	63
	Une répartition de l'équipement déséquilibrée .....	64
	Les difficultés quant à répondre aux situations d'urgence et de crise .....	65
	Un accès aux soins psychiques ou somatiques insuffisant pour certaines situations .....	65
	Des partenariats insuffisamment assurés .....	65
	Des compétences à développer et à partager .....	66

---

# L'ÉTAT DES LIEUX

---

## 1 LE CONTEXTE

---

### LES NOUVEAUX ENJEUX

Les principes et finalités des schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont été réaffirmés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui en a amplifié l'enjeu en les instituant comme véritables outils de régulation de l'action sociale et médico-sociale<sup>1</sup>, celle-ci étant « conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées modifie de façon très importante les dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Si les enjeux du secteur médico-social sont aujourd'hui multiples, il s'agit essentiellement et prioritairement de répondre aux attentes exprimées par les personnes en situation de handicap et leurs familles, notamment :

- Tenir compte de toutes les dimensions de la situation de vie ;
- Délivrer des réponses (qui s'inscriront dans les plans personnalisés de compensation) qui facilitent la vie quotidienne des personnes handicapées et leur permettent d'accéder à des services le plus tôt et le plus près possible de leur lieu de vie ;
- Prendre en compte les choix, les souhaits et les attentes des personnes concernées et de leurs familles,
- Favoriser les parcours de scolarisation et de formation adaptés, en privilégiant chaque fois que possible la scolarisation en milieu ordinaire (en ménageant des passerelles scolarité et formation en milieu ordinaire/ scolarité et formation au sein des établissements spécialisés), ceci avec l'étayage des établissements et services médico-sociaux (cf. également le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap).

La loi pose le principe de la reconnaissance du choix des parents, renforce la responsabilité de l'État en matière de scolarisation des enfants handicapés, prévoit l'élaboration de projets personnalisés de scolarisation inclus dans les plans personnalisés de compensation, élaborés en fonction de l'évaluation des besoins de l'enfant. Ces plans de compensation et projets de scolarisation organiseront la complémentarité des réponses pédagogiques et médico-sociales. Devra également être conçue leur lien d'une part avec les projets de vie et d'autre part avec les projets personnalisés mis en œuvre par les établissements et services.

Dans ce contexte, s'agissant du champ de « l'enfance handicapée », c'est finalement la confirmation des politiques publiques en matière de scolarisation des jeunes en situation de handicap qui va modifier en profondeur l'organisation des dispositifs d'accueil des enfants et

---

1. « Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale [...] :

- *apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;*
- *dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;*
- *déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant d'accueils familiaux [...] ;*
- *précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [sociaux et médico-sociaux, à l'exception des structures expérimentales, ainsi qu'avec les établissements de santé [...]] ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés ;*
- *définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas. »*

adolescents vivant une situation de handicap (qui devrait être pensé comme un dispositif global associant le dispositif Éducation Nationale et le dispositif médico-éducatif). En effet, la scolarité en milieu ordinaire ne pourra être mise en œuvre sans compensation du handicap (cf. le plan de compensation dont le projet personnalisé de scolarisation est un élément) avec l'intervention de services (SESSAD et plateau technique d'établissements spécialisés) et sans aménagement de conditions permettant de façon durable ou temporaire, selon les situations de vie, d'effectuer une scolarité dans les unités d'enseignement des établissements spécialisés. C'est le sens de la notion de *parcours de scolarisation et de formation* introduite dans la loi du 11 février 2005 et le décret précité du 30 décembre 2005.

S'ajoutent aussi d'autres enjeux :

Comment favoriser la vie dans la cité de l'enfant vivant une situation de handicap ou pour lequel les parents formulent le choix d'un accueil dans les dispositifs ordinaires (accessibilité, mobilité, participation sociale) ?

Quels modes de prise en charge alternatifs à l'hébergement permanent proposer pour répondre à la diversité des situations handicapantes et à l'exercice du « libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes soit dans le cadre d'un service à domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé » (services de soutien et de soins à domicile, accueil temporaire, d'urgence, de rupture, à temps partiel, aide et conseils aux familles) ?

Comment articuler le suivi psychiatrique, les soins somatiques et les prestations médico-sociales pour les enfants et adolescents ? A ce propos, un groupe de travail, déjà mis en place et associant représentants du CHS, des établissements et services médico-sociaux et de la DDASS, a déjà été saisi des questions liées à cet enjeu. Ses propositions s'intégreront dans les préconisations d'évolution des actions en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap.

Enfin, ce nouveau contexte législatif comprend également l'acte II de la décentralisation, qui en matière d'adoption de schéma départemental a introduit une nouvelle répartition des compétences. En effet la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales stipule que le schéma départemental est adopté par le Conseil Général après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Aussi, pour arrêter un schéma départemental cohérent, une articulation devra être recherchée entre les orientations relevant de la compétence du représentant de l'État ou de compétences conjointes avec les perspectives d'évolution des établissements et services relevant de la compétence du Conseil Général.

Le représentant de l'État a à porter à connaissance les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 4°, a du 5°, 8° et 10° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés à l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie. [...].

Dans le secteur dit de « l'enfance handicapée », à l'exception des CAMSP, pour lesquels la compétence est partagée, l'ensemble des établissements et services médico-éducatifs relève d'un financement de l'assurance maladie et est sous l'autorité de contrôle de l'État, exercée par la DDASS.

Dans ce contexte rénové, les orientations du Représentant de l'État pour le schéma départemental auront à impulser des transformations en s'appuyant sur les éléments du diagnostic départemental et la prise en compte des différents enjeux.

Le présent document rend compte de la phase diagnostic d'élaboration des orientations du représentant de l'État pour l'enfance et l'adolescence handicapée dans le département de la Savoie (appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ; bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale médico-sociale de la population).

## **OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTAT DES LIEUX**

La phase « diagnostic » du schéma qui consiste à dresser un état des lieux des dispositifs offerts sur le territoire départemental et à évaluer les besoins des enfants ou adolescents handicapés constitue une étape fondamentale.

En effet, la pertinence des choix d'orientations qui seront retenus dans le schéma dépendra de l'état de connaissance par tous les acteurs des attentes des personnes, des réponses existantes et des évolutions prévisibles. Aussi la démarche engagée a-t-elle visé à construire un diagnostic appuyé sur une observation partagée.

Dans cet objectif la DDASS de la Savoie a demandé au CREA Rhône-Alpes :

- d'une part, de produire un état des lieux des dispositifs offerts sur le territoire départemental et une étude de l'évolution des besoins des enfants et adolescents vivant une situation de handicap et de leurs familles ;
- d'autre part, d'animer les groupes de travail prévus dans le processus de concertation afin que l'analyse des acteurs soit intégrée à ce diagnostic et que la proposition de préconisations d'évolution de l'action sociale en médico-sociale soit appuyée sur l'identification de problèmes ou d'enjeux.

Les enjeux précités organisent la construction de ce diagnostic.

Diverses investigations ont été menées afin d'établir un état des lieux. Des données existantes ont également été rassemblées.

**Analyse des données concernant la population générale du département de la Savoie,** afin de souligner les tendances démographiques (données INSEE) du département, proposer une approche territoriale et produire une description du dispositif d'accueil des enfants et adolescents handicapés au regard de ces données.

Une estimation théorique du nombre d'enfants ou adolescents atteints de déficiences sévères a également été tentée avec les précautions d'usage.

Pour ce faire :

- les données démographiques générales concernant le département de la Savoie ont été rassemblées : population de 0-19 ans (données 1999 et perspectives d'évolution) ;
- les taux de prévalence des déficiences sévères ont été appliqués aux données démographiques ;
- les taux d'équipement calculés ;
- des cartographies ont été établies décrivant les ressources, les axes de circulation, les taux d'équipement et délimitant des territoires d'intervention sociale et médico-sociale.

### **Analyse des dispositifs d'offre**

Il s'est agi de décrire le dispositif départemental d'accueil des enfants ou adolescents handicapés et de repérer les problématiques relatives à la population accueillie, à l'établissement et à son environnement.

Au vu des enjeux liés à la scolarité et aux demandes d'accueil souple actuellement formulées par les familles :

- les articulations entre le dispositif médico-éducatif et les dispositifs connexes, en particulier celui de l'Éducation Nationale, sont étudiées ;
- les conditions de scolarisation et de formation professionnelle sont examinées ;
- la plasticité du dispositif en matière de modalité d'accueil des enfants et adolescents est appréciée.

Une enquête exhaustive auprès des établissements et services relative à leur équipement, leur organisation, les critères d'admission, les conventions ou partenariats avec les dispositifs connexes, leurs projets et leurs difficultés, a été menée.

### **Analyse des flux interdépartementaux**

L'objectif est de souligner les flux interdépartementaux, les déplacements d'enfants ou d'adolescents vers les ressources médico-éducatives par défaillance de l'équipement départemental ou pour une recherche de plus grande proximité, l'accueil dans le département de la Savoie d'enfants originaires d'autres départements.

Cette analyse est basée sur les résultats de l'enquête ES 2001 (Source : DRASS Rhône-Alpes) et de l'enquête menée auprès des responsables d'établissements et services. Elle examine aussi l'évolution au cours des dernières années des taux d'orientations hors département souhaitées et réalisées, à partir des flux d'orientation (cf. observatoire CDES).

### **Étude des besoins des populations**

L'analyse a porté sur les données issues de l'observatoire régional des CDES (DRASS Rhône-Alpes avec le concours du CREAI Rhône-Alpes) et les résultats de l'enquête menée par le CREAI Rhône-Alpes auprès des responsables d'établissements et services.

Elle a été enrichie des analyses produites dans les groupes de travail

### **Groupes de travail**

Enfin, un processus de concertation (groupes de travail) qui a rassemblé les acteurs de l'action sociale et médico-sociale, des professionnels de l'intervention sociale, médico-sociale et de santé, des usagers et des personnes qualifiées, des représentants institutionnels publics ou associatifs, des pouvoirs publics a permis de compléter l'étude des besoins relatifs aux deux thématiques :

#### **— Scolarité et articulation secteur médico-social / secteur scolaire**

La réflexion centrée sur les modalités de scolarisation des jeunes handicapés pour la recherche de pistes favorisant :

- l'accompagnement de parcours individualisés de scolarité et de formation,
- l'adaptation du dispositif médico-social par une nouvelle mise à disposition des ressources et compétences,
- la scolarité au sein de l'établissement spécialisé.

#### **— Diversification des accueils**

L'objectif est de définir des préconisations de changement permettant :

- d'adapter les réponses aux besoins des enfants et de leurs familles,
- d'assurer souplesse et diversité,
- de garantir des accueils de proximité (en proposant une approche territoriale).

La méthodologie retenue pour conduire la réflexion au sein de ces deux groupes de travail a été celle de l'identification et de la résolution des points – problèmes.

## 2 DONNÉES RELATIVES À LA POPULATION ET À L'ÉQUIPEMENT MÉDICO-SOCIAL DU DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE

### DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Sources : INSEE (estimations) / DRASS Rhône-Alpes

La Savoie représente 6,6% de la population de Rhône-Alpes.

La densité moyenne est 64 habitants/km<sup>2</sup>.

Les principales unités urbaines sont : Chambéry (113 457 habitants au recensement de 1999), Aix-les-Bains (40 278), Albertville (31 162).

44% de la population savoyarde est concentrée sur le bassin d'habitat Chambéry / Aix-les-Bains.

	population au 01.01.2003	taux de natalité pour 1000 habitants en 2003	taux de mortalité pour 1000 habitants en 2003	indice de vieillesse au 01.01.2003 (*)
AIN	539 006	12.7	7.8	51.8
ARDÈCHE	294 933	11.4	10.8	83.5
DRÔME	452 652	12.2	9.2	66.7
ISÈRE	1 128 755	13.2	7.3	52.7
LOIRE	726 613	12.1	9.9	74.3
RHÔNE	1 621 718	14.4	7.6	54.7
SAVOIE	386 246	12.1	8.6	63.5
HTE-SAVOIE	663 810	13.3	7.0	49.8
<b>RHÔNE-ALPES</b>	<b>5 813 733</b>	<b>13.1</b>	<b>8.1</b>	<b>58.6</b>

(\*) 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

La structure de la population montre une population légèrement plus âgée que celle de la région. En effet, la part des moins de 20 ans représente 25% de la population savoyarde (26% pour la région Rhône-Alpes).

**En 2003, le taux de natalité est parmi les moins élevés de la région avec 12,1 naissances pour 1000 habitants (13,1‰ en Rhône-Alpes et 12,7‰ en France).**

La part des 60 ans et plus s'élève à 20% en Savoie alors qu'elle est de 19% en Rhône-Alpes.

7,4% de la population a 75 ans et plus (la moyenne régionale est de 7,1%).

L'indice de vieillissement confirme cette tendance avec plus de 63 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (58,6 en Rhône-Alpes et 65 en France).

### Évolution du nombre de jeunes de 0 à 20 ans

	2000		2003		2010		2020	
AIN	145 000	9,70%	146 715	9,70%	149 500	10%	157 400	10,60%
ARDÈCHE	68 900	4,60%	69 673	4,60%	63 900	4,30%	60 600	4,10%
DRÔME	115 900	7,70%	116 852	7,70%	110 000	7,30%	108 900	7,30%
ISÈRE	296 800	19,80%	299 306	19,80%	307 300	20,50%	313 300	21,10%
LOIRE	183 400	12,30%	179 369	11,90%	163 700	10,90%	149 100	10,00%
RHÔNE	418 600	28%	424 121	28,10%	424 600	28,40%	414 200	27,80%
SAVOIE	95 300	6,40%	96 514	6,40%	96 000	6,40%	95 500	6,40%
HTE-SAVOIE	173 200	11,60%	176 428	11,70%	181 500	12,10%	189 000	12,70%
<b>RHÔNE-ALPES</b>	<b>1 497 100</b>	<b>100%</b>	<b>1 508 918</b>	<b>100%</b>	<b>1 496 500</b>	<b>100,00%</b>	<b>1 488 000</b>	<b>100%</b>

(Source : Statiss Rhône-Alpes 2005 et projections INSEE-OMPHALE)

## PRÉVALENCE DES DÉFICIENCES

Estimer la population de moins de 20 ans présentant une déficience n'est pas aisé.

En effet, les données quantitatives sur le handicap sont multiples et hétérogènes selon les sources (administratives, enquêtes menées auprès des personnes) de même que la manière d'appréhender la notion de « handicap » pour identifier les personnes concernées (incapacité à accomplir certains actes de la vie quotidienne, nécessité de recourir à une aide technique ou humaine, accès à certaines prestations ou à une reconnaissance administrative...).

Une estimation théorique de la population concernée peut être produite à partir des taux de prévalence des déficiences sévères issus de deux enquêtes conduites par l'INSERM en 1994 et 1998, portant sur 3 générations d'enfants dans 4 régions françaises<sup>2</sup>.

Une telle estimation doit être utilisée avec précaution.

**Prévalence** : nombre de cas observés dans une population donnée, à un moment donné rapporté à l'ensemble de la population.

La population de référence est la population 0-19 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (estimation INSEE) soit 97 644 jeunes de moins de 20 ans.

	Taux de prévalence (pour 1000 enfants)	Estimation théorique des effectifs en Savoie
Autisme <sup>3</sup>	0,6 à 1,00	59 à 98
Retards intellectuels légers (QI compris entre 50 et 69)	2,00	195
Retards intellectuels moyens, sévères ou profonds (QI<50)	2,00 à 2,60	195 à 254
Déficience motrice (malformations congénitales du SNC, maladies héréditaires et dégénératives du SNC, IMC, malformations ostéo-musculaires)	2,23	218
Association de déficiences motrices + retard intellectuel sévère dont polyhandicap	1,10 (0,98)	107 (96)
Cécité, amblyopie des 2 yeux	0,7	68
Surdité sévère	0,80	78

*SNC : Système Nerveux Central*

*IMC : Infirme Moteur Cérébral*

2. In C. Rumeau-Rouquette, C. du Mazaubrun, Prévalence des handicaps – évolution dans trois générations d'enfants 1972, 1976, 1981 / Collection Grandes enquêtes / éd. INSERM.

3. Source : RHEOP à partir de l'étude des dossiers détenus par la CDES de l'Isère.

*En Isère, les recherches du RHEOP montrent une évolution du taux de prévalence de l'autisme pour les enfants nés entre 1980 et 1994. La moyenne du taux de prévalence est de 0,6‰, passant de 0,3‰ pour les enfants nés en 1980 à 1‰ pour les enfants nés en 1994.*

Le rapport du nombre de places dans les établissements de la Savoie (hors SESSAD) à l'effectif théorique des enfants présentant une déficience sévère permet d'estimer la proportion de jeunes pris en charge dans un établissement médico-éducatif parmi les jeunes présentant une déficience sévère.

	Estimation théorique des effectifs en Savoie	Nombre de places en établissement (hors SESSAD)	Nombre de places en SESSAD
Autisme	59 à 98	21	
Retards intellectuels légers (QI compris entre 50 et 69)	195	385	85
Retards intellectuels moyens, sévères ou profonds (QI<50)	195 à 254		
Déficience motrice	218	70	
Déficience motrice + retard intellectuel sévère dont polyhandicap	107 (96)	65	49
Cécité, amblyopie des 2 yeux	68	-	
Surdité sévère (*)	78	190	

(\*) INJS : établissement d'enseignement public à recrutement régional

Remarques :

Le nombre de places en établissement est donné à titre indicatif.

Les réponses à apporter ne se traduisent pas nécessairement par une prise en charge en établissement ; un maintien au domicile familial est parfois préférable dès lors qu'un accompagnement est possible (suivi par un SESSAD, auxiliaires de vie scolaire...).

## **POPULATION ET TERRITOIRES**

Le département est découpé administrativement en 3 arrondissements :

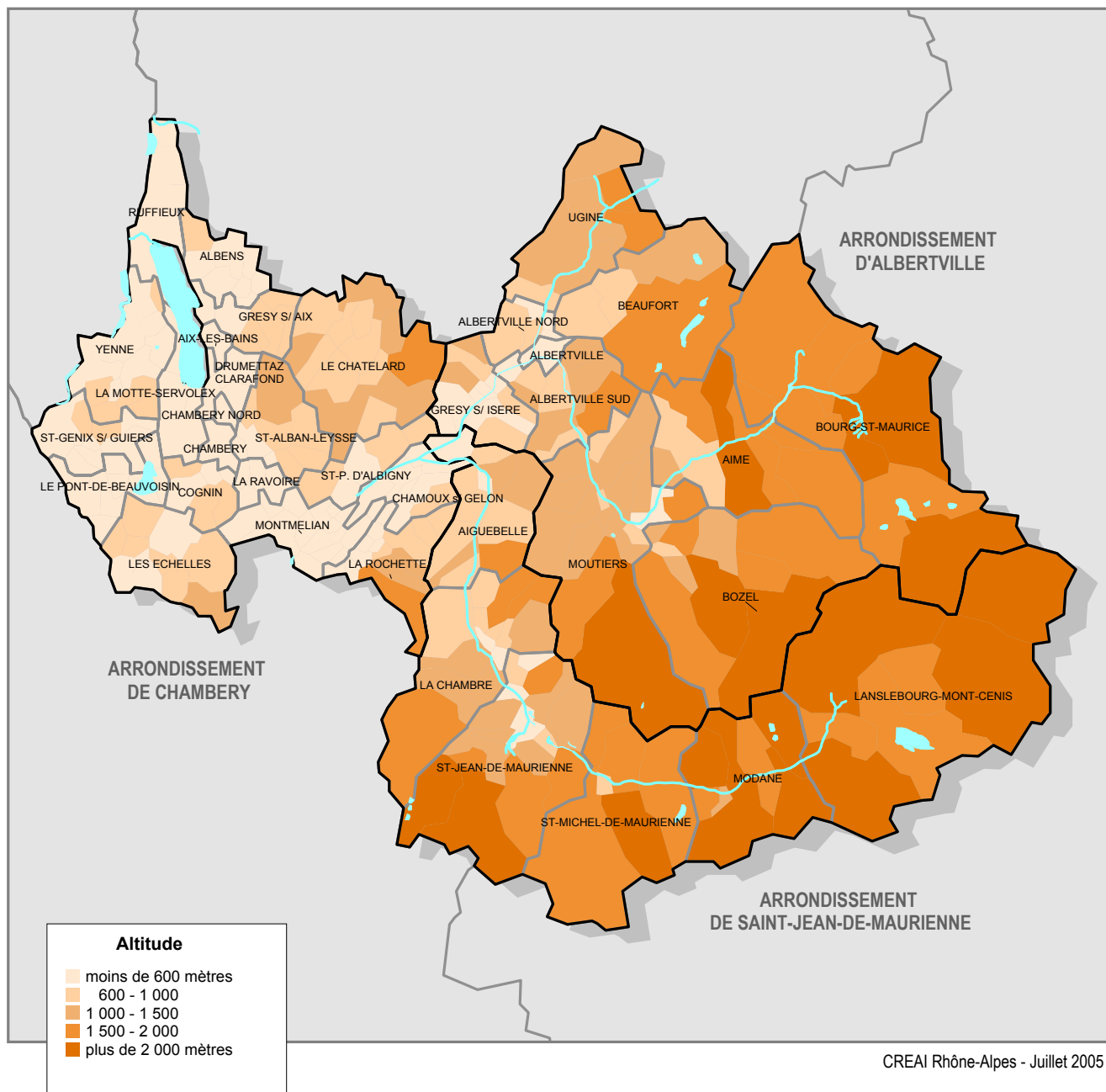
- **L'arrondissement de Chambéry** – le plus petit en superficie - qui concentre 62% de la population savoyarde soit 230 257 habitants<sup>4</sup> regroupés essentiellement autour d'un axe Chambéry / Aix-les-Bains dont 56 347 jeunes de moins de 20 ans (24% de la population de l'arrondissement).  
Cette zone regroupe 63% de la population de moins de 20 ans du département de la Savoie.
- **L'arrondissement d'Albertville** qui compte 101 394 habitants (27% de la population savoyarde) dont 25 195 jeunes de moins de 20 ans (25% de la population de cette zone géographique).
- **L'arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne** – le moins peuplé - qui compte 41 607 habitants (11% de la population savoyarde) dont 4 023 jeunes de moins de 20 ans (à peine 10% de la population de l'arrondissement).

➔ Des arrondissements déséquilibrés en termes de population et présentant pour certains — zones montagneuses — des difficultés d'accès.

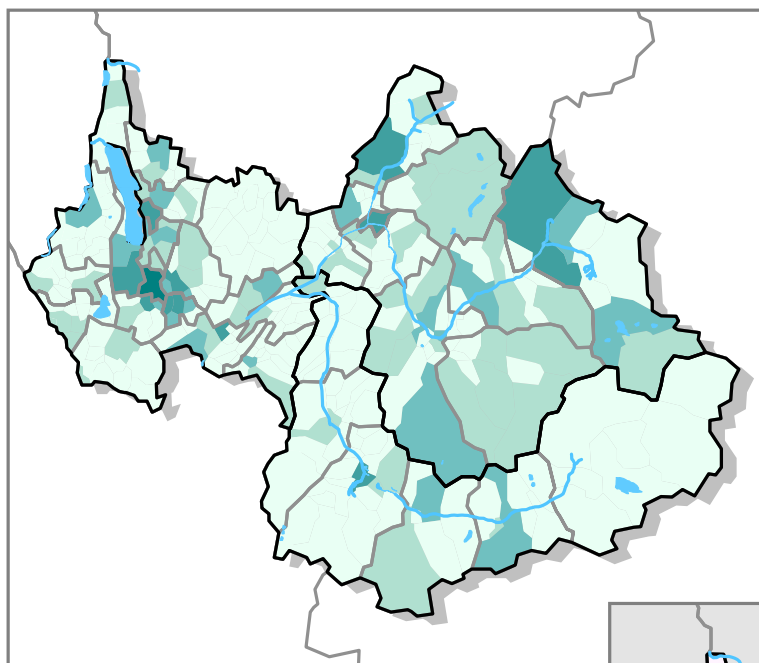
---

4. Recensement de la population en 1999, seules données disponibles par âge au niveau communal

Géographie du département



Répartition de la population par commune

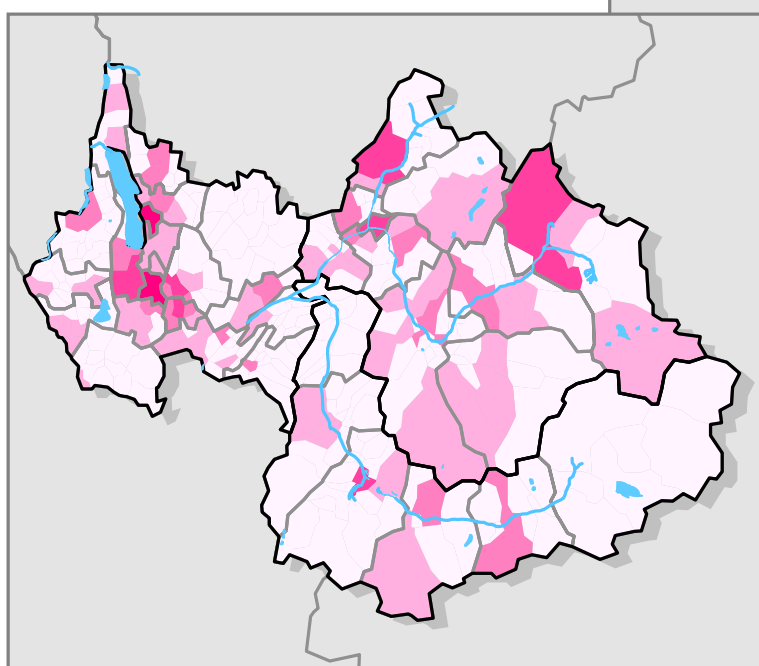
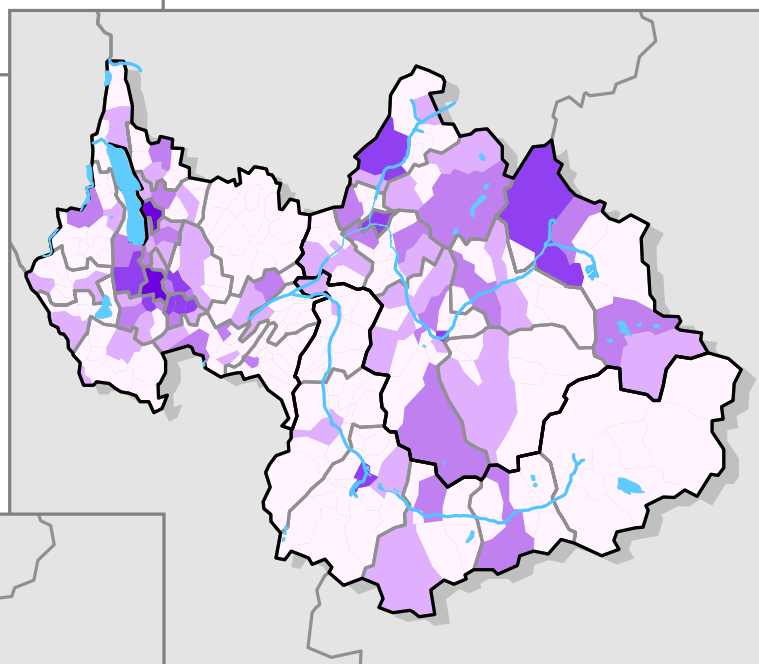


**Population 0 - 6 ans**  
(INSEE 1999)

1 710 - 3 890	(1)
340 - 1 710	(11)
160 - 340	(23)
60 - 160	(56)
0 - 60	(214)

**Population 7 - 11 ans**  
(INSEE 1999)

1 090 - 3 280	(2)
270 - 1 090	(11)
130 - 270	(28)
50 - 130	(54)
0 - 50	(210)



**Population 12 - 19 ans**  
(INSEE 1999)

2 330 - 5 820	(2)
600 - 2 330	(7)
230 - 600	(24)
80 - 230	(55)
0 - 80	(217)

### 3 L'ÉQUIPEMENT

#### LES TAUX D'ÉQUIPEMENT

Nombre de places et/ou lits pour 1000 enfants de moins de 20 ans.

Le nombre de places correspond à la capacité des établissements et services au 1<sup>er</sup> janvier 2006 (source : DRASS Rhône-Alpes).

#### TAUX D'ÉQUIPEMENT DU DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE

Nombre de places financées, incluant la programmation 2006, pour 1000 enfants de moins de 20 ans (97644 estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2004)

	Places ou lits au 01/01/2006 <b>Savoie</b> (+ programmation 2006)	Taux d'équipement (pour 1000) <b>Savoie</b> 01/01/2006	Taux régional 01/01/2006
CAMSP <sup>5</sup>	100	3,31	2,93
SESSAD (hors SSEFIS)	174	1,78	2,00
IME pour déficients intellectuels	385	3,94	4,05
Établissement ou section pour autistes	21	0,22	0,27
Établissement ou section pour polyhandicapés	65	0,67	0,57
ITEP (IR)	71	0,73	1,29
Établissement pour déficients moteurs	70	0,72	0,44
IES pour déficients visuels	-	-	0,03
IES pour déficients auditifs (INJS)	190	1,95	0,39
<b>TOTAL Savoie</b>	<b>976</b>	<b>10</b>	<b>8,35</b>
<b>TOTAL Savoie</b> en décomptant les non savoyards accueillis à l'INJS		<b>8,97</b>	

Le taux d'équipement en SESSAD en Savoie n'intègre pas les places en SSEFIS (alors qu'elles sont intégrées dans le taux régional)

#### Ouverture en 2005 :

- S3AIS-SAFEP (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire – Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce), SESSAD pour jeunes déficients visuels appuyé sur le CTRDV de Villeurbanne.  
18 places pour le S3AIS Savoie / Haute-Savoie dont 7 places en Savoie  
6 places supplémentaires seront financées en 2006 (S3AIS 73/74) puis 7 places en 2007 et 6 en 2008 soit 37 places pour les 2 départements en 2008
- SESSAD pour troubles du comportement à Aix les Bains (La Ribambelle)
- IMPro la Rochette : 8 places supplémentaires

#### Places financées en 2006 :

- SESSAD Saint Jean de Maurienne : 3 places supplémentaires
- SESSAD Albertville (pour déficients moteurs) : 3 places supplémentaires en avril 2006 et 6 places supplémentaires en novembre 2006

5. Source pour les CAMSP : Diagnostic et perspectives, DRASS Rhône-Alpes, septembre 2003 pour le taux régional

Globalement, le département de la Savoie est bien équipé au regard de l'équipement régional. Néanmoins, le département l'est **faiblement en ITEP** (un seul établissement).

Par ailleurs, l'établissement pour déficients auditifs (INJS) a une vocation régionale et recrute par conséquent hors du département (60% de l'effectif au moment de l'enquête « équipement »).

*Sans l'INJS, le taux d'équipement du département est à 8,05 pour 1000.*

*En décomptant les non-savoyards accueillis à l'INJS, ce taux est à 8,97 pour 1000 (approximation).*

Au regard des effectifs théoriques calculés à partir des taux de prévalence, on observe pour certaines populations, des insuffisances en termes de places en établissement ou service médico-éducatif.

- Pour le département, la population des enfants souffrant d'autisme est évaluée de 59 à 98 enfants selon le taux de prévalence retenu, le nombre de places en établissement médico-éducatif est de 21 et apparaît faible au regard des besoins. Les enfants atteints de ces pathologies et suivis par les services de pédopsychiatrie ne sont pas recensés.
- Pour les enfants ou adolescents souffrant de déficience motrice, la population est estimée à 218 quand le nombre de places en établissement est de 70 et le nombre de places en SESSAD de 49 (incluant des places pour enfants polyhandicapés) — et qu'en outre 20 enfants ou adolescents accueillis dans un établissement pour déficients moteurs savoyard sont originaires d'un autre département.

Ces données doivent être nuancées.

En effet l'accompagnement nécessaire ne se manifeste pas seulement sous la forme d'un accueil en établissement mais aussi sous la forme de services leur permettant d'accéder aux réponses de droit commun.

D'autre part la confirmation des politiques publiques en matière de scolarisation des jeunes en situation de handicap peut influencer le « profil » des jeunes accueillis au sein de CEM.

Toutefois, il faut prendre en compte que la scolarité en milieu ordinaire ne pourra être mise en œuvre sans compensation du handicap (cf. plan de compensation dont le projet personnalisé de scolarisation est un élément) avec l'intervention de services (SESSAD et plateau technique d'établissement spécialisé rapproché du lieu de scolarisation) et sans aménagement de conditions permettant de façon durable ou temporaire d'effectuer une scolarité dans les unités d'enseignement des établissements spécialisés.

- L'estimation évalue à 96 le nombre de jeunes présentant un polyhandicap, quand le dispositif offre 65 places (+ quelques places en SESSAD).

A noter : si le taux d'équipement en ITEP est particulièrement faible pour le département (1 seul établissement), le taux d'équipement (établissements de type MECS notamment) de l'Aide Sociale de la Savoie est de 7.72 (région : 4.2) — ceci interroge toutefois la spécificité des missions, des publics accueillis et des prises en charge dispensées par ces établissements respectifs.

- Faible taux d'équipement en ITEP (1 seul établissement)
- Faible taux d'équipement pour l'accueil de jeunes souffrant d'autisme ou de troubles envahissants du développement
- En décomptant les places de SESSAD pour déficients auditifs, le département a un taux d'équipement en SESSAD de 1,78 (région : 2)

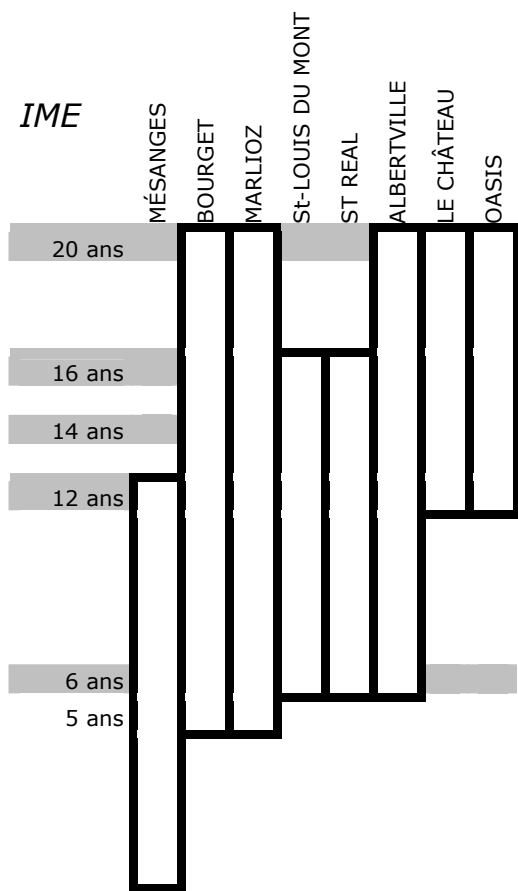
## MODES D'ACCUEIL (AGRÉMENTS)

	Semi-internat	Internat	Population
IME les Mésanges	24	20	Mixte 0/12 ans
IME Le Bourget	49	31	Mixte 5/20 ans
IME de Marlioz	28	30	Mixte 5/20 ans
IME St-Louis du Mont	30	42	Mixte 6/16 ans
IME St-Réal	5	45	Mixte 6/16 ans
IME d'Albertville	14	44	Mixte 6/20 ans
IME Le Château	24	52	Mixte 12/20 ans
		<i>dont 15 en appartements éducatifs</i>	
IME L'Oasis	13		Mixte 12/20 ans
IR La Ribambelle		71	Mixte 5/16 ans
CEM L'Accueil Savoyard	35	55	Mixte 5/20 ans
INJS	190 garçons et filles de 3 à 20 ans, internat et externat		

Répartition des modes d'accueil définis au titre des agréments pour les IME : semi-internat : 41%, internat : 59%.

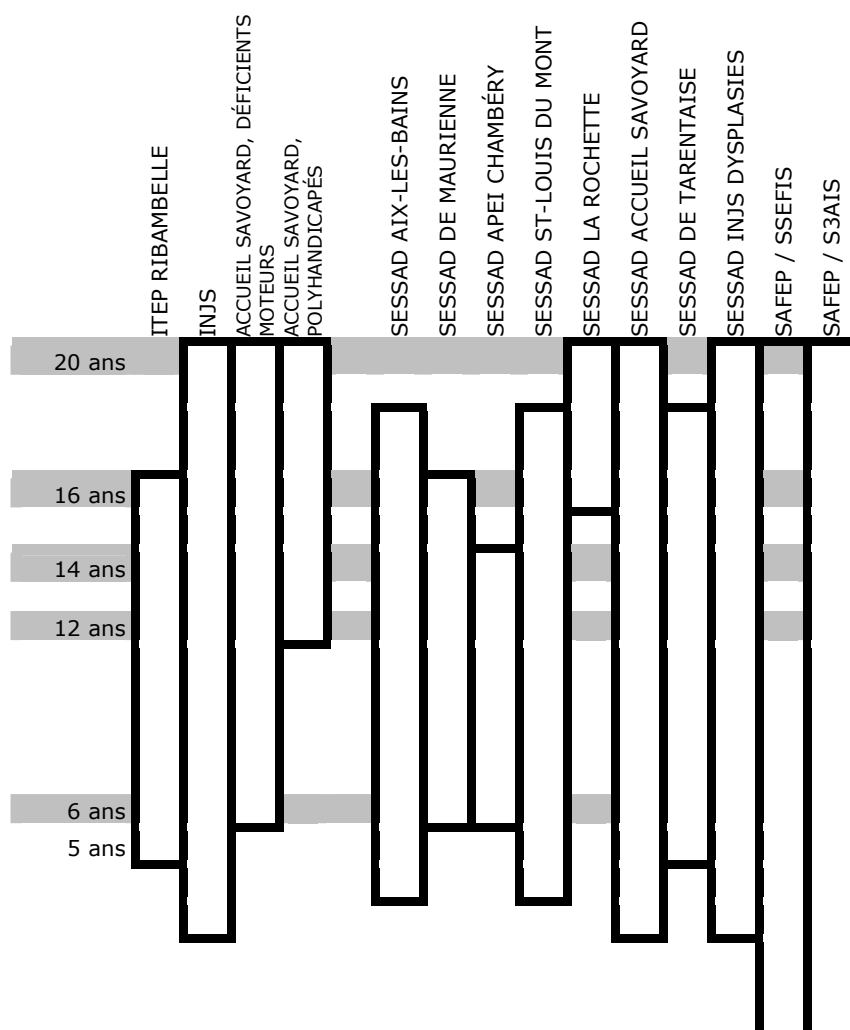
Ces chiffres sont cependant à mettre en perspectives avec les données décrivant les modes d'accueil des enfants ou adolescents au moment de l'enquête « équipement », cf. page 39 (données précisant les diverses modalités d'internat).

## TRANCHES D'ÂGE DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ACCUEILLIS (AGRÉMENTS)



## AUTRES ÉTABLISSEMENTS

Les CAMSP accueillent des enfants de 0 à 6 ans



## LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉQUIPEMENT

### ARRONDISSEMENT DE CHAMBÉRY

<b>Pop 0-19 ans : 24 583</b>	<b>Places ou lits en 2005</b>	<b>taux d'équipement ‰</b>	<b>Créations de places 2005-2006</b>
IME pour déficients intellectuels	325	13,23	
Établissement ou section pour autistes	10	0,41	
Établissement ou section pour polyhandicapés	65	2,64	
Itep (IR)	71	2,89	
Établissement pour déficients moteurs	70	2,85	
IES pour déficients auditifs	190	7,73	
SESSAD / déficiences intellectuelles	54	2,2	+ 8
SESSAD / troubles du comportement	-	-	+ 20
SESSAD / déficiences motrices et polyhandicap	39	1,59	
<b>TOTAL Arrondissement de Chambéry</b>	<b>824</b>	<b>33,52</b> (25,79 sans l'INJS)	

### ARRONDISSEMENT D'ALBERTVILLE

<b>Pop 0-19 ans : 10 367</b>	<b>Places ou lits en 2005</b>	<b>taux d'équipement ‰</b>	<b>Créations de places 2005-2006</b>
IME pour déficients intellectuels (dont 11 places pour enfants souffrant d'autisme)	58	5,59	
SESSAD / déficiences intellectuelles	19	1,83	
SESSAD / déficiences motrices et polyhandicap	10	0,96	+ 9
<b>TOTAL Arrondissement d'Albertville</b>	<b>87</b>	<b>8,39</b>	

### ARRONDISSEMENT DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE

<b>Pop 0-19 ans : 4 023</b>	<b>Places ou lits en 2005</b>	<b>taux d'équipement ‰</b>	<b>Créations de places 2005-2006</b>
IME pour déficients intellectuels	13	3,23	
SESSAD / déficiences intellectuelles	12	2,98	+ 3
<b>TOTAL Arrondissement de St-Jean-de-Maurienne</b>	<b>25</b>	<b>6,21</b>	

L'arrondissement de **Chambéry** a le taux d'équipement le plus élevé du département et ce, quel que soit le type de structure.

Cette zone est dotée de 88% des places du département (63% de la population de moins de 20 ans est regroupée dans cette zone).

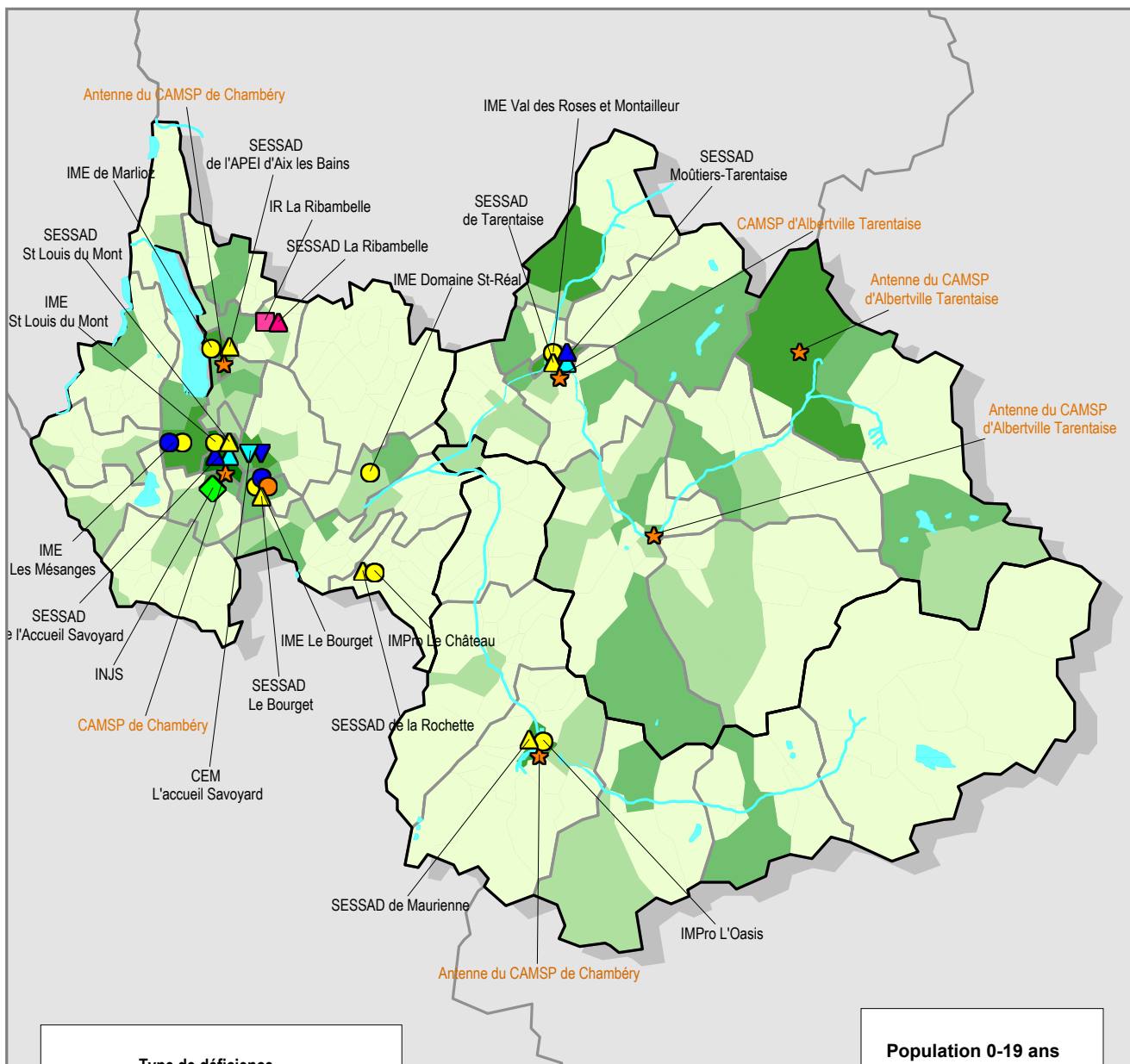
Cet arrondissement est le seul à être équipé de toutes les catégories de structures : les places dans les ITEP, les établissements pour déficients moteurs, les établissements ou section pour polyhandicapés ou autistes, les établissements pour déficients auditifs sont dans cette zone.

➤ L'arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne est le moins bien équipé avec seulement deux structures accueillant 25 jeunes au total (6,21 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans) ; l'unique IME n'accueillant que des jeunes au-delà de 12 ans et en semi-internat.

➤ L'arrondissement d'Albertville, avec un taux d'équipement global de 8,39‰ dispose de 58 places en IME (dont 11 places pour enfants souffrant d'autisme) et 29 en SESSAD (pour déficients intellectuels mais aussi déficients moteurs et polyhandicapés).

Noter par ailleurs la couverture de la Savoie et de la Haute-Savoie par le S3AIS-SAFEP (SESSAD pour jeunes déficients visuels) : 18 places dont 7 pour la Savoie ; 37 places pour les 2 départements à terme (2008).

Implantation des établissements



**Type de déficience**

- autisme
- déficiences auditives
- déficiences intellectuelles
- déficiences motrices
- polyhandicap
- troubles du caractère & du comportement

**Type d'établissement**

- △ SESSAD
- IR
- ◇ Etab. pour déf. auditifs
- IME
- ▽ Centre d'Education Motrice
- ☆ CAMSP

**Population 0-19 ans  
(INSEE 1999)**

- 5 500 - 13 000
- 1 100 - 5 500
- 500 - 1 100
- 200 - 500
- 0 - 200

## 4 SCOLARITÉ

---

### CLIS

Source : Inspection d'Académie, 10 mars 2005

Le nombre de CLIS est passé de 34 (rentrée 2000) à 33 (rentrée 2004) par suite d'une réorganisation interne, avec un effectif relativement stable d'un peu plus de 300 élèves.

A partir de la rentrée 2002 un effort particulier a été réalisé en direction des élèves souffrant de troubles sévères du langage et de la communication. A la rentrée 2003, une CLIS destinée à accueillir des élèves dysphasiques a été créée avec le concours de l'INJS.

Certaines de ces CLIS fonctionnent avec l'appui de SESSAD (St Jean de Chaudannes, Albertville R. Noël et Barby) ou des intersecteurs de pédopsychiatrie (Chambéry Bissy) mais dans la plupart des cas, les seuls moyens à disposition sont pédagogiques.

Source : groupe de travail « scolarité et articulation secteur médico-social / secteur scolaire »

La presque totalité de ces CLIS accueillent des enfants atteints de troubles des fonctions cognitives. Noter que certains enfants accueillis sont situés au-dessus du seuil du handicap fixé par la nomenclature des déficiences (retard mental :  $QI \leq 70$ ).

Noter également qu'il n'existe pas dans le département de CLIS pour enfants souffrant de déficiences visuelles, auditives ou motrices.

### UPI

Source : Inspection d'Académie, 10 mars 2005

5 UPI pour élèves souffrant de troubles à dominante cognitive ; la création de chaque UPI a été accompagnée de moyens supplémentaires en places de SESSAD et de mise à disposition d'auxiliaires de vie scolaire à temps plein.

### INTÉGRATION INDIVIDUELLE

Source : Inspection d'Académie, 10 mars 2005

En mars 2005, 155 élèves étaient dénombrés :

- 78 en maternelle
- 61 en classes élémentaires
- 12 en collège
- 4 en lycée.

119 élèves sont pris en charge par des AVS (auxiliaires de vie scolaire) Éducation Nationale, ce qui correspond à 35 équivalents temps plein et 59 personnes ; 36 par le dispositif CG-DDASS et commune (environ 9 équivalents temps plein). En mars 2005, **8 élèves** (4 en maternelle, 4 en élémentaire) **pour lesquels la CDES a notifié la nécessité d'un accompagnement par un AVS ne sont pas pris en charge faute de moyens.**

Parmi les moyens d'enseignement mobilisés par l'inspection académique, il convient de signaler par ailleurs :

- La création d'un poste supplémentaire d'enseignant sous contrat simple à l'IMP St-Réal (rentrée 2003) ;
- L'augmentation des horaires d'enseignement de l'ITEP La Ribambelle ;
- La création d'un poste destiné à la classe relais implantée dans le collège de Cognin ;
- La création d'un poste d'enseignant destiné à l'accompagnement des enfants déficients visuels (S3AIS, service commun Savoie / Haute-Savoie) : rentrée 2006.

## RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

L'implantation des établissements médico-éducatifs et des classes d'intégration scolaire se superpose en grande partie dans les 3 arrondissements du département.

On peut néanmoins observer des manques concernant les implantations d'établissements. En effet, **l'arrondissement d'Albertville** est doté de 8 CLIS 1 (déficiences intellectuelles) réparties sur 5 communes et ne dispose que d'un IME et d'un SESSAD pour déficients intellectuels (19 places) implantés à Albertville.

**L'arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne** compte 4 CLIS 1 et une UPI réparties sur 3 communes alors qu'il dispose d'un seul SESSAD de 12 places et d'un IME n'accueillant pas de jeunes avant 12 ans.

Ces zones ne comptent par ailleurs qu'une seule UPI chacune.

La question du soutien et de l'articulation éventuelle avec un établissement médico-éducatif se pose pour ces jeunes scolarisés en CLIS (notamment Modane et Bourg-Saint-Maurice).

Concernant **l'arrondissement de Chambéry**, les structures d'intégration scolaire collective sont principalement concentrées dans les communes autour de Chambéry.

L'implantation des établissements médico-éducatifs suit sensiblement la même logique (forte concentration autour de Chambéry) ; néanmoins, les SESSAD pour déficients intellectuels sont peu nombreux au regard de la densité de CLIS 1 dans ce secteur géographique (2 sur Chambéry, 1 sur Aix-les-Bains).

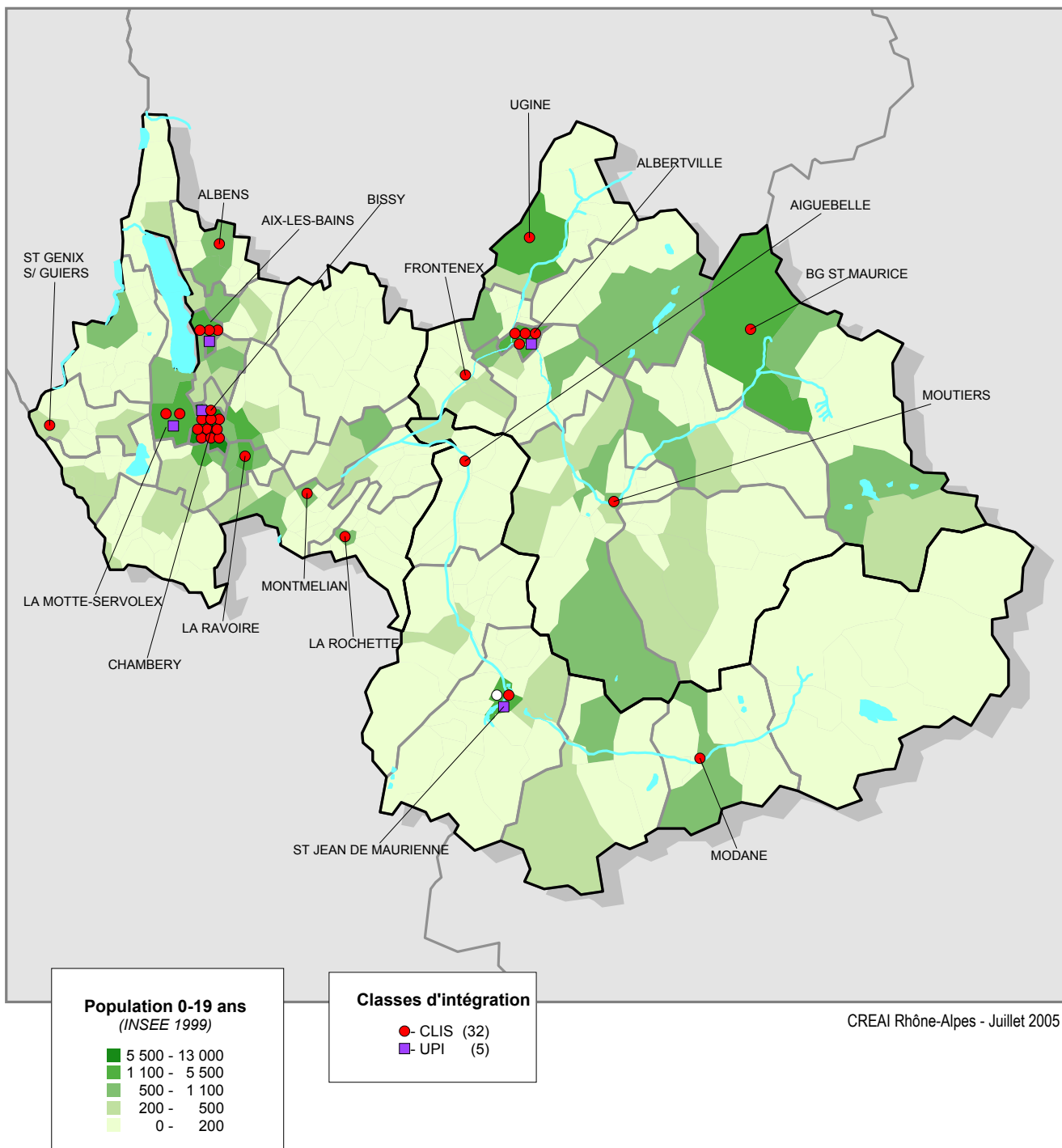
On peut également noter la présence d'une CLIS 1 dans l'Avant-Pays savoyard (Saint-Genix-sur-Guiers), zone dépourvue d'établissement médico-éducatif.

Certaines classes CLIS auraient conservé un recrutement semblable aux anciennes classes de perfectionnement.

À la rentrée 2006, 3 classes CLIS de ce profil devraient être fermées (2 à Chambéry et 1 à Saint Jean de Maurienne), par contre, une ouverture est prévue dans une école maternelle d'Aix les Bains pour l'accueil d'enfants présentant des troubles envahissants du développement.

- Des dispositifs (Éducation Nationale et Médico-Social) dont les complémentarités sont à optimiser
- Prévoir des orientations plus nombreuses d'enfants et adolescents vers une scolarité ordinaire avec l'étayage médico-éducatif nécessaire (inscrit dans les futurs plans de compensation)

Implantation des classes d'intégration (CLIS et UPI)



## SCOLARITÉ ET FORMATION PROFESSIONNELLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Source : données issues de l'enquête équipement.

### SESSAD

	NOMBRE DE JEUNES CONCERNÉS	
	A temps plein	temps supérieur ou égal à un mi-temps
en classe ordinaire	<b>55</b>	<b>5</b>
en classe spécialisée (CLIS, UPI)	<b>28</b>	<b>9</b>
UPI/SEGPA	<b>1</b>	
CLIS	<b>8</b>	
UPI	<b>2</b>	
en classe d'adaptation (SEGPA)	<b>2</b>	
Autre : formation AEFTIS via la MLJ	<b>1</b>	
Autre : CFA	<b>1</b>	

Concernant les jeunes suivis par un SESSAD au moment de l'enquête : **la moitié des enfants sont scolarisés en classe ordinaire à temps plein**. Plus du tiers sont en classe spécialisée. Le temps partiel (supérieur ou égal à un 1/2 temps) est peu cité : 12% des situations.

Jeunes non scolarisés :

La situation d'un enfant polyhandicapé pour lequel l'école maternelle n'est pas adaptée est citée.

Par ailleurs, un SESSAD indique la limite d'âge de la prise en charge à 20 ans comme un obstacle pour les jeunes suivant un parcours qualifiant.

➔ Question des limites des tranches d'âge fixées par les agréments quant au suivi de la scolarité pour les jeunes relevant d'un SESSAD.

## IME

	NOMBRE DE JEUNES CONCERNÉS		
	A temps plein	temps supérieur ou égal à un mi-temps	moins d'un mi-temps
dans votre établissement	<b>180</b>	<b>61</b>	<b>87</b>
en classe ordinaire		<b>1</b>	
en classe spécialisée (CLIS, UPI)		<b>5</b>	
en classe d'adaptation (SEGPA)	<b>16</b>		

Pour les IME, la scolarisation s'effectue très majoritairement au sein de l'établissement (94% des situations), à temps plein le plus souvent (dans les 2/3 des situations de scolarisation dans l'établissement). Parmi les autres modalités, le recours au SEGPA concerne 5% des jeunes fréquentant un IME et scolarisés.

Non scolarisés :

- 27 enfants ou adolescents « non accessibles à la scolarité » ;
- 30 jeunes pour lesquels les activités scolaires sont jugées non adaptées mais relevant d'une prise en charge par des éducateurs spécialisés ;
- 1 jeune pour cause d'absentéisme total.

- IME : une scolarisation dispensée au sein des établissements.
- Près de 14% des enfants accueillis en IME non scolarisés.

Professionnels dédiés à la scolarité au sein des IME :

	CME les Mésanges	IME le Bourget	IME de Marlioz	St-Louis du Mont	St-Réal	IME Val des Roses et Montailleir Albertville	IMPro Le Château	IMPro L'Oasis
<b>Enseignant EN spécialisé sous contrat</b>		●	●			●		
<b>Enseignant EN spécialisé mis à disposition</b>				●			●	
Enseignant EN non spécialisé sous contrat			●		●	●		
Enseignant EN non spécialisé mis à disposition							●	
Éducateur scolaire		●						
Autres			● Éducateurs spécialisés					● Éducateurs spécialisés
Éléments recueillis lors du groupe de travail « scolarité et articulation secteurs médico-social / scolaire »		2 enseignants (statut e. privé) + éducateurs spécialisés faisant fonction d'éducateurs scolaires	2 enseignants (statut e. privé)	7 enseignants EN	4 enseignants non spécialisés	2 enseignants (statut e. privé)	5 enseignants EN	1 éducateur scolaire

Le nombre de postes pourvus n'est pas toujours indiqué. On observe une grande dispersion concernant la répartition spécialisé / non spécialisé et sous contrat / mis à disposition.

⇒ Des ressources allouées à la scolarité très variables (en nombre et en nature) selon les IME.

### *PRÉAPPRENTISSAGE, PRÉFORMATION*

Préapprentissage : dispensé par 2 IME ;

Préformation : 5 IME dispensent de la préformation ;

les disciplines professionnelles représentées concernent :

- Espace verts (pour 5 IME)
- Bois (pour 4 IME)
- Cuisine (3 IME)
- Atelier ménager (2)
- Fer (2 IME)
- Lingerie
- Soins aux animaux
- ETC
- Constructions extérieures
- Couture

### *ENFANTS ACCUEILLIS AU CEM*

La plupart des enfants ou adolescents sont scolarisés dans l'établissement (57 jeunes), à temps plein pour la plus grande partie d'entre eux (46).

2 jeunes sont au lycée.

8 enfants ne sont pas scolarisés du fait de leur âge et 21 (dont 20 souffrant de polyhandicap) ne sont pas scolarisés du fait de leur état de santé.

Professionnels dédiés à la scolarité au sein de l'établissement :

- 2 enseignants EN spécialisés ;
- 5 enseignants EN non spécialisés sous contrat.

### *PRÉAPPRENTISSAGE, PRÉFORMATION ET FORMATION PROFESSIONNELLE*

« Les adolescents et jeunes adultes pour lesquels une orientation type ESAT est envisagée sont pris en charge par un éducateur technique qui travaille auprès d'eux en collaboration avec l'ergothérapeute ; l'objectif est de mettre le jeune en situation de travail, de mesurer sa vitesse d'exécution, sa fatigabilité ; différents travaux sont proposés : gravure de pictogrammes, mailing, reprographie... et des travaux en collaboration avec des ESAT ou entreprises. »

➡ CEM : scolarité majoritairement dispensée dans l'établissement, 21 enfants ou adolescents non scolarisés compte tenu de leur état de santé.

## JEUNES ACCUEILLIS À L'ITEP

La plupart des jeunes (57 sur 71) sont scolarisés dans l'établissement à temps plein. 9 sont en classe ordinaire, 8 à temps plein, 1 pour moins d'un 1/2 temps. 4 sont en SEGPA.

Professionnels dédiés à la scolarité au sein de l'établissement :

- 1 éducateur scolaire,
- 3 professeurs des collèges (non spécialisés sous contrat),
- 4 instituteurs(trices) (non spécialisés sous contrat).

➔ ITEP : scolarité principalement dispensée dans l'établissement.

## INJS

Tous les jeunes sont scolarisés à temps plein, 111 dans l'établissement, 115 en classe ordinaire, 10 en CLIS ou UPI. 5 ne sont pas scolarisés du fait de leur âge.

Professionnels dédiés à la scolarité au sein de l'établissement :

- Enseignants spécialisés CAPEJS<sup>6</sup> relevant du Ministère des Affaires Sociales (PEG et PET).

### FORMATION PROFESSIONNELLE

Secteurs : restauration collective, habillement, carrosserie, génie climatique et thermique, bâtiment.

Mode de validation (CAP ou partie du CAP, certificat de 1<sup>ère</sup> formation professionnelle, dispositif de reconnaissance des savoir-faire professionnels (AFPA)).

➔ L'INJS indique recevoir de plus en plus de jeunes bénéficiant d'une intégration scolaire (à la demande des familles).

---

6 . Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement de Jeunes Sourds.

## LES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA SCOLARITÉ

Source : enquête auprès des établissements et services.

Des difficultés relatives à ce champ sont citées **pour 1 établissement sur 4**. De natures diverses, elles appellent généralement des réponses spécifiques.

- Question de la ségrégation ;
- Constat de difficultés accrues relatives au milieu scolaire (marginalisation, rupture, baisse de l'efficacité, de l'appétence), à mettre en relation avec l'accroissement des troubles du psychisme ;
- Problèmes liés aux limites d'âge (quelle prise en charge scolaire ou de formation après 16 ans, quid de l'après UPI, SEGPA, EREA ?) ;
- Absence de dispositif préqualifiant ;
- Manque de souplesse concernant les modalités de passage scolarité en établissement / en milieu ordinaire.

- Ruptures induites par les limites d'âge.
- Absence de dispositif préqualifiant.
- Souplesse insuffisante concernant les modalités de passage scolarité en établissement / en milieu ordinaire.

*LE GROUPE DE TRAVAIL « SCOLARITÉ ET ARTICULATION SECTEUR MÉDICO-SOCIAL / SECTEUR SCOLAIRE » RELÈVE LES POINTS-PROBLÈME SUIVANTS :*

### **Dépistage, diagnostic**

- Nécessité d'un dépistage et d'un diagnostic précoce des troubles des fonctions d'apprentissage, des troubles sévères du langage, de la dyspraxie, avec parfois méconnaissance des ressources propres à répondre à ces besoins.
- Réactivation du processus de révélation du handicap lors de certaines étapes de la scolarité.

## **Les modalités de scolarisation**

- Un manque de moyen des structures Petite Enfance pour accueillir les enfants handicapés.
- Certains enfants ne peuvent être scolarisés à temps plein : lorsque le handicap s'avère sévère, il est difficile de trouver des solutions d'accueil.
- Des contenus d'apprentissage nécessitant d'être adaptés.
- Problématique d'une intégration qui ne soit pas seulement scolaire mais qui comprenne les déplacements, la fréquentation de la restauration scolaire...
- Inadaptation des locaux dans les classes uniques.
- Difficultés d'accès à un atelier lorsque l'UPI est installée dans un collège sans SEGPA et pour lequel l'IMPro est trop éloigné.
- Rareté de la ressource enseignants spécialisés dans l'enseignement privé.
- Des enfants et adolescents soumis à la scolarité obligatoire ne fréquentent plus l'école.

## **Notion de parcours scolaire**

- Quel devenir scolaire après 14 ans ?
- Absence de suite avec voie intégrative après l'UPI.
- Nécessité d'offrir la possibilité de parcours intégrant des passages entre des modalités diversifiées de scolarisation.
- Des jeunes hors des parcours de scolarisation à 16 ans.

## **Articulations médico-social / secteur scolaire**

- La place de la scolarité au sein de l'éducation pour les enfants atteints de graves déficiences cognitives ou de polyhandicap.
- Articulation et complémentarités de l'approche pédagogique à d'autres dimensions de la prise en charge.
- Difficulté à mettre en place des partenariats médico-social / éducation nationale dans les cantons éloignés et les zones de montagne.
- Nécessité de modalités d'accompagnement et de suivi de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, sur l'accessibilité des locaux scolaires ainsi que sur la formation des personnels à l'accueil des élèves vivant une situation de handicap.

## 5 LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

---

Fin 2005, la Savoie compte :

- **2 CAMSP (Chambéry et Albertville)**
- **12 SESSAD ou services**
  - SESSAD de l'IME le Bourget (dont annexes 24 ter)
  - SESSAD APEI Aix les Bains
  - SESSAD Tarentaise
  - SESSAD de Maurienne
  - SESSAD St-Louis-du-Mont
  - SESSAD La Rochette
  - SESSAD de la Ribambelle (troubles du comportement)
  - SESSAD Moûtiers-Tarentaise (déficients moteurs et polyhandicapés)
  - SESSAD Accueil Savoyard (déficients moteurs et polyhandicapés)
  - SAFEP<sup>7</sup>, SFEFIS<sup>8</sup> INJS (déficients auditifs)
  - SESSAD INJS dysphasie<sup>9</sup>
  - SAAAIS (pour déficients visuels)
- **8 IME**
  - Les Mésanges (Annexes 24 et Annexes 24 ter)
  - IME Le Bourget (Annexes 24 et Annexes 24 ter + section pour autistes)
  - IME de Marlioz
  - IME St-Louis du Mont
  - IME St-Réal
  - IME d'Albertville (établissement accueillant également des enfants souffrant d'autisme)
  - IME Le Château
  - IME L'Oasis
- **1 ITEP**
  - ITEP La Ribambelle
- **1 établissement pour déficients auditifs**
  - INJS (Institut National des Jeunes Sourds : SSES, SPFP et services)
- **1 établissement pour déficients moteurs**
  - CEM l'Accueil Savoyard (handicapés moteurs et polyhandicapés)

*Annexes 24 bis : établissements ou services pour déficients moteurs,  
Annexes 24 ter : établissements ou services pour polyhandicapés.*

---

7. Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce, 20 places, enfants déficients sensoriels, 0-6 ans.  
8. Soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire, 50 places, enfants et adolescents déficients auditifs, 0-20 ans.  
9. 15 places.

## **CAMSP**

Les deux CAMSP du département ont fait l'objet d'un questionnaire spécifique, au regard des missions et populations (âge notamment) imparties à ces structures.

Certains des éléments de réponse ont été intégrés à la partie commune de l'exploitation des données (partenariats, notamment).

L'effectif d'enfants suivis est de 40 enfants par mois pour le CAMSP d'Albertville, celui de Chambéry indique une file active de 60 places.

Les enfants suivis au moment de l'enquête :

	<b>CAMSP Albertville</b>	<b>CAMSP Chambéry</b>
<b>Suivis pour un dépistage</b>	38 (enfants nés prématurément)	15
<b>Suivis pour un bilan diagnostique</b>	21	5
<b>Prise en charge</b> dont :	<b>43</b>	<b>66</b>
Prise en charge complète (tous les soins sont réalisés au CAMSP, au moins une fois par semaine et avec au moins 2 intervenants différents)	23	44
Prise en charge modulée (soins partagés entre le CAMSP et des rééducateurs libéraux rémunérés sur le budget du CAMSP)	19	21
Prise en charge partielle (soins partagés entre le CAMSP et d'autres intervenants ou services)	1	1
Prise en charge déléguée (le CAMSP n'assure que la coordination ou la « guidance » des soins assurés par des libéraux extérieurs non rémunérés par le CAMSP)	-	-

En cas de recours à des intervenants libéraux, l'action de ces professionnels est coordonnée au niveau du CAMSP par courriers, téléphones avec les médecins, kinésithérapeutes et orthophonistes libéraux, par la participation des kinésithérapeutes et orthophonistes libéraux aux réunions de synthèse au CAMSP, conventions, via les parents, et par des réunions à thème pour l'équipe et les intervenants (thèmes : pathologies ou techniques de rééducation) – pour le CAMSP d'Albertville ;

conventions avec kinésithérapeutes, fixant le tarif de la séance et les tarifs de défraiement des temps de réunions et de déplacement, concertations téléphoniques, présence à la consultation du médecin de rééducation fonctionnelle pour les kinésithérapeutes (2 fois par an en moyenne) – pour le CAMSP de Chambéry.

## **Actions (et leurs modalités) mises en œuvre par les CAMSP concourant au soutien des familles :**

Ces actions relèvent de deux dimensions : une dimension relative à l'organisation des rencontres et des consultations (consultations conjointes, guidance et soutien familial, prise en charge individuelle et/ou collective parents/enfants) ; une dimension concernant la facilitation des rencontres, des consultations (planning prenant en compte la disponibilité des parents, mise en place de transports (taxi) si besoin, interprétariat, moments festifs, mise en relation des parents entre eux...

### **Difficultés particulières rencontrées dans la mise en œuvre des prises en charge**

- Le délai d'attente pour un premier rendez-vous (minimum 3 mois pour le CAMSP d'Albertville)
- La demande des parents ne correspond pas toujours aux besoins évalués par les professionnels pour permettre d'instaurer une relation de confiance, certaines situations pouvant conduire à une rupture de prise en charge
- A la sortie du CAMSP : manque de place dans les établissements ou services spécialisés (SESSAD, IME, CMP...)
- La plupart des consultations ayant lieu au CAMSP, cela requiert le déplacement des enfants et d'un parent 1 à 4 fois par semaine, avec des difficultés relatives à la disponibilité de certains parents : des enfants de 3, 4 ans ne sont pas toujours accompagnés lors des déplacements en taxi
- Par ailleurs, la liaison avec les autres intervenants auprès des enfants (écoles maternelles, crèches ou haltes-garderies) exigerait davantage de déplacements des membres de l'équipe (nécessitant temps et moyens de transfert adaptés).

Les difficultés relatives aux déplacements sont induites par la taille des territoires couverts et les distances importantes à parcourir (pour les professionnels et pour les enfants et leurs parents) — le temps passé en déplacements « est du temps pris sur les prises en charge ».

- Délai d'attente important pour un premier rendez-vous.
- Manque de place à la sortie du CAMSP vers les établissements et services médico-sociaux.
- Déplacements des enfants.
- Déplacements des professionnels.

### **Difficultés auxquelles sont confrontés les enfants et leurs familles**

- Difficultés sociales,
- Les troubles psychotiques et autistiques sont insuffisamment pris en charge,
- Un grand nombre d'enfants est scolarisé à temps « trop » partiel,
- Manque de temps d'AVS,
- Lieux de scolarisation réticents à l'accueil d'enfants handicapés et parfois exigeants quant aux conditions de l'accompagnement, éléments pouvant contraindre l'un des parents à quitter son emploi : les professionnels des écoles maternelles sont encore peu préparés à l'accueil d'enfants handicapés,
- Difficultés à trouver des assistantes maternelles agréées (et notamment pour les enfants porteurs de handicaps sévères ou moyens),
- Les moyens en haltes-garderies, mini-crèches (très peu de crèches en Savoie) sont insuffisants même pour les enfants ordinaires — et davantage encore pour les enfants handicapés.

- Difficultés sociales rencontrées par les parents.
- Troubles psychotiques et autistiques insuffisamment pris en charge.
- Un grand nombre d'enfants scolarisés à temps « trop » partiel.
- Manque d'AVS.
- Lieux de scolarisation réticents à l'accueil d'enfants handicapés et parfois exigeants quant aux conditions de l'accompagnement.
- Difficultés à trouver des assistantes maternelles agréées.
- Moyens en haltes-garderies, mini-crèches insuffisants.
- Prise en charge précoce insuffisante pour les enfants porteurs de handicaps plus légers.

*ÉLÉMENTS RELEVÉS DANS LE GROUPE DE TRAVAIL « DIVERSIFICATION DES ACCUEILS »*

Au titre de la prise en charge précoce et de la petite enfance, deux points-problème sont évoqués :

- La nécessité d'une mise en place des prises en charge adéquates sans retard ni rupture parallèlement à un diagnostic aussi précis et rapide que possible.
- L'accueil des enfants souffrant de handicap dans les structures « petite enfance » de droit commun ainsi que dans les structures proposant des loisirs devrait être amélioré.

## **ÉTABLISSEMENTS ANNEXES 24, MODALITÉS D'ADMISSION**

### **EN SESSAD**

- **CRITÈRES D'ADMISSION OU DE NON ADMISSION**

Les éléments relatifs à l'admission indiquent : une conformité de l'orientation à l'agrément de la structure, une notification CDES, la zone d'intervention géographique du service.

Un service indique la restriction relative aux places disponibles.

- **MODALITÉS**

Sauf pour un service — qui indique la CDES — la décision d'admission incombe au directeur.

Un seul service indique ne pas mettre en œuvre une procédure d'admission formalisée (indiquant une admission de fait : notification CDES : SESSAD+CLIS).

Pour les autres les modalités relèvent de rencontres avec les parents et le jeune et d'entretiens avec des professionnels spécialisés. Un SESSAD indique explicitement la mise en œuvre de bilans, un autre une période d'essai.

Sauf pour un service (indiquant CCPE), la communication relative à l'admission s'opère très majoritairement verbalement dans un premier temps puis par écrit, associant parfois la signature du contrat de séjour ou du règlement de fonctionnement.

Professionnels concernés par l'admission : il s'agit dans la grande majorité des cas de l'ensemble des professionnels de l'équipe.

### **EN IME**

- **CRITÈRES D'ADMISSION OU DE NON ADMISSION**

Peu de critères de non-admission au sens strict sont énoncés : pour un établissement il s'agit de respecter les équilibres de composition des groupes à des fins de sécurité et de qualité de la prise en charge, pour un autre est citée l'impossibilité d'accueillir des enfants ou adolescents requérant la présence permanente et exclusive d'un adulte ; un troisième établissement, dont l'agrément permet l'accueil des enfants à partir de 6 ans indique des demandes régulières de dérogation pour un accueil à 5 ans.

- **QUI DÉCIDE DE L'ADMISSION ?**

La notion de décision de l'admission se réfère essentiellement à une représentation administrative (ouverture des droits) de la procédure (« notification CDES puis, conformément aux Annexes XXIV, le directeur prononce l'admission ») ; 3 établissements seulement indiquent une décision s'appuyant sur les avis d'une commission d'admission ou d'autres professionnels de l'établissement.

- **PROCÉDURE D'ADMISSION**

1 seul établissement sur les 8 IME déclare ne pas disposer d'une procédure d'admission formalisée.

- **MODALITÉS**

Les modalités évoquées sont diverses, elles sont également liées à l'état de santé des enfants.

Trois dimensions sont évoquées principalement, qui peuvent se cumuler :

Les rencontres et entretiens famille / enfant avec les professionnels (5 citations) et visites de l'établissement ;

Les stages ou périodes d'essai (4 citations) : « stages d'observation », « période d'essai », « stage suivi d'une évaluation en réunion de service », « stage si la commission émet des réserves ou si la famille est inquiète » ;

Une dimension plus formaliste directement liée à la constitution du dossier et aux documents à destination des usagers (3 citations) : « définition d'un avant-projet et contrat de séjour », « constitution du dossier », « confirmation écrite de la demande par la famille ».

- INFORMATION RELATIVE À L'ADMISSION

Par courrier pour 2 établissements,

Rencontre avec les responsables légaux pour une structure,

Rencontres **et** formalisation écrite (courrier, signature du contrat de séjour) pour 4 établissements.  
Professionnels participant à la procédure

Tous les professionnels de l'établissement sont cités comme participant à la procédure. Les plus cités sont le directeur, le chef de service, le psychologue, le médecin, l'infirmier, l'assistante sociale. Les éducateurs sont parmi les professionnels les moins cités et sont surtout sollicités pour les évaluations de stages.

- ORGANISATION SPÉCIFIQUE PARTICULIÈRE CONCERNANT L'AFFECTATION DES NOUVEAUX ADMIS

5 établissements font mention d'une organisation relative à ce point :

En fonction de l'âge et de l'orientation CDES (vis-à-vis d'une section en particulier) – 2 établissements,

En tenant compte de l'avant projet établi avec les représentants de l'enfant ou adolescent

En s'appuyant sur une période d'évaluation de l'efficacité scolaire avant désignation d'une classe, se référant aux bilans et aux évaluations pour affectation dans un groupe avec modification si nécessaire.

Un établissement indique par ailleurs une modalité d'accueil des nouveaux arrivants spécifique : « accueil transversal le jour de la rentrée afin de faciliter l'intégration ».

## *ITEP*

- CRITÈRES D'ADMISSION OU DE NON-ADMISSION

Les priorités sont définies par la CDES relativement à l'âge et au sexe des enfants (mixité).  
Les jeunes présentant un QI < 70 ne sont pas admis au titre d'un écart trop important entre les moyens à mettre en œuvre et les moyens disponibles.

- MODALITÉS

Le directeur décide de l'admission. Une procédure d'admission formalisée définit les modalités suivantes : visite de préadmission, entretien d'accueil, entretien psychiatrique.  
L'admission est communiquée à l'utilisateur et aux parents par la CDES et par l'établissement (courrier).

Les personnels participant à la procédure d'admission : le directeur, le chef de service, le médecin psychiatre, les éducateurs et les enseignants.

Une organisation particulière concernant l'affectation des nouveaux admis prend en compte l'âge et les classes concernées.

## INJS

- CRITÈRES D'ADMISSION OU DE NON-ADMISSIONN

1. déficience auditive profonde ou sévère, autre déficiences (neurologiques) ou difficultés (psychologiques et sociales) compatibles avec le projet d'établissement, capacité à vivre en internat si demande d'internat ; **exclusion** : troubles de la personnalité, du comportement (graves), déficiences intellectuelles relevant de l'IME
2. dysphasie : enfants atteints de troubles sévères du langage et des apprentissages adressés par le centre de référence du langage de Savoie.

- MODALITÉS

Le directeur avec l'équipe de direction décide de l'admission après examen du dossier et réception par différents professionnels (médecin, conseillers techniques, enseignants).

Une procédure d'admission formalisée propose une ou deux journées de rencontre et d'évaluation avec les différents professionnels de l'établissement, un séjour d'une semaine peut être proposé.

L'admission est communiquée par courrier à la famille sous réserve de l'accord de la CDES.

Les professionnels participant à la procédure sont les enseignants, les éducateurs et les conseillers techniques d'éducation spécialisée. Une organisation particulière concernant l'affectation des nouveaux admis prend en compte le niveau scolaire et l'âge pour l'internat.

## CENTRE D'ÉDUCATION MOTRICE

- MODALITÉS

Le directeur décide de l'admission après avis de l'équipe d'encadrement (médecins, psychologues, chefs de mission). Il n'y a pas de procédure d'admission formalisée. Les modalités d'admission consistent en : entretiens avec les parents, visite de l'établissement par les parents et le jeune après réception du dossier. Un stage de 1 à 2 jours est proposé, suivi d'un entretien avec la famille et le jeune — selon son âge — après ces journées. L'admission est communiquée à la personne par la CDES et le directeur de l'établissement. Une organisation particulière concernant l'affectation des nouveaux admis prend en compte l'âge et le sexe (pour les chambres), la maturité du jeune et son niveau de scolarité.

- Des modalités, procédures d'admission et communications avec l'enfant ou adolescent et les familles relativement hétérogènes.
- La notion de périodes d'essai serait à préciser.

## **ÉTABLISSEMENTS ANNEXES 24, MODALITÉS D'ACCUEIL AU MOMENT DE L'ENQUÊTE**

3 **SESSAD** indiquent le souhait de pouvoir recourir à un accueil temporaire spécialisé, les week-ends, en soirée voire en semaine pour les familles dont l'enfant est porteur d'un handicap sévère ; la possibilité d'un accueil séquentiel en établissement spécialisé des jeunes enfants ; mais aussi le développement de structures d'accueil relatives aux loisirs, au sport...

Pour les **IME**, l'essentiel des modalités d'accueil se répartit en semi-internat et internat de semaine (respectivement 155 et 174 enfants ou adolescents au moment de l'enquête) ; l'internat aménagé est cité pour 47 enfants ou adolescents, l'internat séquentiel pour 30. L'internat complet concerne 15 situations (deux établissements : IME de Marlioz et d'Albertville).

Pour les IME : les modalités d'accueil se répartissent comme suit au moment de l'enquête :

- semi internat : 40%
- internat de semaine : 39%
- internat aménagé : 10%
- internat séquentiel : 5%
- internat complet : 3%

Les établissements étaient également interrogés sur leur capacité à offrir des modalités d'accueil spécifiques.

L'internat séquentiel, l'internat aménagé, pratiqués par 5 établissements au moment de l'enquête peuvent être proposés par un sixième établissement.

L'accueil temporaire, pratiqué par un établissement au moment de l'enquête, peut être pratiqué par deux autres IME.

### **L'accueil d'urgence n'est possible que pour un établissement (Marlioz).**

Structures d'accueil pour les jeunes qui ne peuvent retourner dans leurs familles lorsque l'établissement est fermé ; sont cités :

- les familles d'accueil
- l'association Loisirs Vacances
- des lieux de vie
- MECS
- Assistante maternelle
- Recours — exceptionnel — au foyer de l'enfance.

Pour l'**ITEP** : les jeunes sont tous en **internat complet**, aucune des autres modalités d'accueil n'est possible. Lors de la fermeture de l'établissement, les jeunes sont accueillis dans des structures d'accueil prévues dans le cadre d'une mesure ASE et justice.

A l'**Accueil Savoyard (centre d'éducation motrice)**, les enfants ou adolescents accueillis au titre des Annexes 24 bis se répartissent à parts égales en semi-internat et en internat de semaine ; 3 jeunes bénéficient d'un accueil en internat aménagé. Les jeunes relevant des Annexes 24 ter sont principalement accueillis en internat complet (14), 5 sont en semi-internat, 3 en internat de semaine, 3 en internat aménagé. L'accueil temporaire et l'accueil d'urgence ne sont pas pratiqués. Lors de la fermeture de l'établissement, 3 jeunes (Annexes 24 bis) se rendent dans leur famille (décision du juge des enfants).

**INJS** : L'INJS (et services) compte 111 jeunes en externat au moment de l'enquête, 50 en internat de semaine, 46 en semi-internat, 19 en internat séquentiel et 15 en ambulatoire. Cette structure offre tous les modes d'accueil (internat séquentiel ou aménagé, accueil temporaire ou d'urgence).

Dans les groupes de travail, les représentants des parents ont fait part de leurs attentes en matière de souplesse d'accueil et de réponse de répit.

- Les modalités d'accueil souples (accueil temporaire, accueil d'urgence mais aussi internat séquentiel et internat aménagé) sont globalement relativement peu proposées par les établissements.
- L'accueil des jeunes ne pouvant retourner dans leur famille lorsque l'établissement (IME) est fermé ne se fait pas dans le dispositif médico-social.
- Pas d'autre modalité d'accueil que l'internat en ITEP.
- Pas d'accueil temporaire ou d'urgence pour les jeunes accueillis dans un établissement pour déficients moteurs.

## **POPULATIONS ACCUEILLIES, ÉCARTS PAR RAPPORT À L'AGRÉMENT**

Source : enquête équipement auprès des établissements et services, problématiques relevées par les groupes de travail.

Sur les 19 établissements ou services interrogés dans le cadre de l'enquête « équipement », 1/4 indiquent la présence de troubles ou déficiences présentant un écart par rapport à ceux définis par l'agrément de l'établissement.

### **CAMSP**

Diminution du nombre d'enfants atteints de trisomies 21 et des cas d'IMC.

Accroissement de situations sociales et familiales perturbées ayant des incidences sur le développement de l'enfant,

Augmentation du nombre de situations de polyhandicap, d'épilepsies graves, de pathologies motrices graves associées à des pathologies respiratoires, de syndromes malformatifs sévères, de séquelles plus légères de pathologies périnatales et de prématurité (par ailleurs, les CAMSP ne peuvent répondre à toutes les demandes).

### **SESSAD**

2 SESSAD indiquent un écart. Pour l'un il s'agit d'une situation où la déficience intellectuelle trop importante ne semble pas compatible avec un projet d'insertion professionnelle en milieu ordinaire voire en milieu protégé ; pour l'autre (SESSAD pour déficients moteurs) il s'agit de jeunes ne présentant pas un handicap moteur majeur mais par exemple des difficultés praxiques dont la prise en charge en libéral n'est pas remboursée par la CPAM.

### **IME**

Pour 4 d'entre eux il s'agit de la présence de troubles psychiatriques importants (2 jeunes concernés au total) ; pour 1 établissement (1 jeune), d'une déficience intellectuelle trop sévère au regard des projets portés par l'établissement (insertion professionnelle en milieu ordinaire ou en ESAT).

D'autres établissements n'indiquent pas d'écart population accueillie/agrément mais indiquent des tableaux où les troubles de la personnalité sont plus fréquents et plus sévères.

Enfin, un établissement interroge la notion de déficience intellectuelle (« retard mental ») inscrite à l'agrément au regard de la population accueillie, présentant des troubles de la personnalité induisant une déficience.

### **CEM**

Accueil, depuis 3 ou 4 ans, de jeunes souffrant également de troubles psychiatriques (psychoses).

### **INJS**

De plus en plus d'enfants présentent en sus d'une déficience auditive profonde d'autres troubles — en particulier : neurologiques (dysphasie, dyspraxie, troubles visuels) ou des troubles psychologiques et psychiques.

### **ITEP**

Jeunes souffrant de psychose.

- Les **troubles de la personnalité, trouble du psychisme** sont largement cités. Les établissements et services font état d'une augmentation du nombre d'enfants ou adolescents porteurs de troubles du psychisme, à un âge plus précoce, et d'une aggravation des troubles présentés, parfois qualifiés de « spectaculaires ». Ces troubles induisent également des difficultés d'apprentissage non liées aux capacités intellectuelles et nécessitent des réponses spécifiques.
- D'autres besoins de **soins** sont indiqués pour des troubles spécifiques (épilepsie, troubles alimentaires, soins courants ne pouvant être effectués par la famille). Un SESSAD indique des besoins en kinésithérapie pour les enfants très handicapés et pour des moments particuliers (suite d'intervention par exemple). L'INJS indique l'accueil de jeunes présentant des tableaux plus complexes (déficience auditive + dysphasie, dyspraxie...). Un CAMSP fait état de l'augmentation de séquelles de pathologies périnatales et de prématurité (et beaucoup d'enfants ne sont pas suivis par le CAMSP).
- Enfin, **les difficultés sociales des familles** sont citées pour un établissement sur 3 comme à la fois plus fréquentes mais aussi plus sévères. Ces difficultés sont souvent évoquées comme facteur aggravant de situations de handicap difficiles. Un IME travaille en partenariat avec le pôle social, l'ITEP indique un accroissement des doubles mesures. Ces difficultés interrogent aussi la prise en charge hors temps d'accueil dans l'établissement.

Autres points abordés :

- La question relative à la prégnance des troubles des fonctions d'apprentissage est évoquée en groupes de travail ;
- Un établissement évoque la posture consumériste des familles ;

Remarques renvoyant à la nécessité de soutien des familles :

- La difficile séparation famille/enfant lors de l'entrée dans l'établissement ;
- Certaines familles ont des difficultés quant à accepter les prises en charge mises en œuvre (réactivation du processus d'annonce du handicap lors de ces moments).
- Enfin, concernant les familles, toujours, le groupe de travail « diversification des accueils » relève la situation de familles en désarroi, désorientées, en souffrance, qui perdent confiance dans leurs compétences et qui ont le sentiment d'être laissées seules face à leurs questions et à leurs besoins d'informations.

## **LES JEUNES RELEVANT DE L'AMENDEMENT CRETON**

Sur les 446 jeunes accueillis en **IME** dans le département au moment de l'enquête, **26** soit 6% de l'effectif, relèvent de l'amendement Creton. 3 établissements sont concernés (Le Bourget, Marlioz, Val des Roses) sur les 5 accueillant des jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans. Ces jeunes ont un âge moyen de 21 ans (maximum : 25 ans) ce qui tend à caractériser une situation où l'accès au dispositif pour adultes handicapés n'est pas *trop* difficile.

Les orientations COTOREP pour ces jeunes se répartissent comme suit :

- 8 orientations vers un ESAT sans hébergement,
- 7 orientations ESAT + FH,
- 1 orientation ESAT à temps partiel avec activité de jour et hébergement en FH,
- 3 orientations vers un Foyer de Vie (dont 1 orientation vers un FV pour autistes),
- 2 orientations vers un FAM (dont 1 orientation FAM/MAS),
- 5 orientations vers une MAS.

Concernant le **CEM** :

**6** jeunes sont dénombrés, ils ont entre 20 et 25 ans.

- 2 relevant des annexes 24 bis (déficients moteurs) et pour lesquels une orientation vers un ESAT avec hébergement est souhaitée ;
- 4 relevant des annexes 24 ter (polyhandicapés) et pour lesquels une orientation vers une MAS est attendue.

Soit au total, pour 32 jeunes :

- 8 orientations vers un ESAT sans hébergement,
- 9 orientations vers un ESAT + FH,
- 1 orientation vers un ESAT à temps partiel avec activité de jour et hébergement en FH,
- 3 orientations vers un Foyer de Vie (dont 1 orientation vers un FV pour autistes),
- 2 orientations vers un FAM (dont 1 orientation FAM/MAS),
- 9 orientations vers une MAS.

➔ 32 jeunes relevant de l'amendement Creton, avec principalement des orientations vers un ESAT (18 jeunes) ou une MAS (10).

### **Projection des effectifs à l'horizon 2010**

Nombre de jeunes susceptibles de bénéficier de l'amendement Creton, si les sorties vers les établissements pour adultes ne peuvent se réaliser :

- 28 jeunes adolescents polyhandicapés
  - 28 jeunes adolescents atteints de déficiences motrices et troubles associés
- auront atteint l'âge de 20 ans en 2010

## **ÉTABLISSEMENTS ANNEXES 24, LISTES D'ATTENTE**

Trois structures (un SESSAD, un IME et le CEM) indiquent ne pas tenir de liste d'attente. La plupart des établissements et services rencontrent les enfants et leur famille avant l'inscription sur la liste d'attente (13 sur 19 établissements et services).

15 établissements et services indiquent procéder à une mise à jour de la liste.

Pour 10 établissements ou services, la mise à jour s'effectue, de 1 à 3 fois par an, en relation avec la CDES. Pour les autres, avec une périodicité de 2 à 3 fois par an, les mises à jour s'effectuent lorsqu'une place est disponible, ou en fin d'année scolaire, ou avec les établissements ou services prescripteurs.

## 6 RESSOURCES ET COMPÉTENCES

---

### **PLATEAU TECHNIQUE**

L'enquête permet une description des plateaux techniques des établissements et services, permet également de repérer les écarts entre les postes prévus et les postes occupés, et de dénombrer les vacances.

Pour les **CAMSP** : pédiatre, psychologue, assistante sociale, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, éducatrice de jeunes enfants composent le plateau technique. Un CAMSP a un pédopsychiatre, l'autre un médecin en médecine physique et réadaptation. A noter, pour un CAMSP, un léger décalage entre le temps prévu pour 2005 et le temps occupé pour les postes de kinésithérapeute et de psychomotricien.

Pour les **SESSAD**, les professions les plus citées sont bien sûr, les éducateurs spécialisés ainsi que les psychologues (8 citations pour 8 SESSAD) ; viennent ensuite les orthophonistes et les psychomotriciens (7), les psychiatres (4), assistants sociaux, pédiatres, ergothérapeutes, kinésithérapeutes (3), médecins de rééducation fonctionnelle (2).

Vacations :

Elles concernent un poste de psychiatre pour 0.01 ETP et un médecin généraliste pour 0.10 ETP.

Écarts prévu/occupé :

- un poste d'orthophoniste (0.25 ETP) non pourvu au moment de l'enquête ;
- un autre prévu à 0.75 et occupé à 0.50 ;
- un écart de 0.05 ETP pour un poste de médecin de rééducation fonctionnelle.

Pour les **IME** :

Psychiatre, psychologue, éducateurs spécialisés, orthophoniste et psychomotricien sont cités dans tous les cas (soit 8 IME).

Viennent ensuite :

- infirmière (7),
- moniteurs éducateurs (6),
- assistants sociaux (5),
- médecin généraliste et éducateurs techniques (4),
- kinésithérapeute (3),
- ergothérapeute, AMP, éducatrices de jeunes enfants (2),
- pédiatre, orthoptiste, médecin RRF, auxiliaire puéricultrice, aide soignant (1).

Vacations : elles concernent un poste d'orthoptiste, 3 médecins généralistes, un pédiatre à la demande, un kinésithérapeute selon les besoins, un psychiatre (0.03 ETP).

Écarts prévu/occupé :

- Assistant social : 0.90 ETP au lieu du 1 ETP prévu,
- Éducateurs spécialisés : 7.80 au lieu des 8 ETP prévus,
- Orthophoniste : 0.83 au lieu de 1 ETP, 0.75 au lieu de 1 ETP,
- **Un poste de psychiatre à 0.05 ETP, un à 0.17 ETP et un autre à 0.20 ETP sont non pourvus au moment de l'enquête,**
- Un poste d'éducateur spécialisé non pourvu,
- Psychomotricien : 0.25 ETP au lieu des 0.30 prévus,
- Psychologue : 0.70 ETP au lieu de 0.90 prévu.

**ITEP** : l'établissement dispose d'un plateau technique composé de : psychiatres, médecins généralistes, psychologues, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, infirmière, éducateurs scolaires, éducateurs sportifs. L'établissement n'a pas recours aux vacances et tous les postes sont pourvus conformément aux prévisions pour 2005.

*On observe l'absence d'assistante sociale.*

**CEM** : l'établissement dispose d'un plateau technique composé de : psychiatre, médecins RFF, pédiatre, psychologues, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, éducateurs techniques, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, diététicienne, infirmières de jour et de nuit, éducatrices de jeunes enfants, auxiliaires puéricultrices, AMP, aides-soignantes de jour et de nuit.

L'établissement a recours à une vacation d'orthoptiste 3 heures par semaine ; tous les postes sont pourvus conformément aux prévisions pour 2005.

**INJS** : l'établissement dispose d'un plateau technique composé de : pédopsychiatre, médecins généraliste, ORL, psychologue, assistant social, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, psychomotricien, psychothérapeute, infirmière, audioprothésiste, codeurs LPC.

L'orthophonie est assurée par les enseignants spécialisés CAPEJ.

- Globalement, concernant la question des moyens alloués, sont cités comme problématiques : **le manque de temps de psychiatre, de psychologue, de psychoneurologue,**
- d'orthophoniste, de personnel qualifié en LSF
- de temps d'éducateur (principalement pour les accompagnements)
- d'AVS.
- Pas d'assistante sociale à l'ITEP.
- Le manque de moyens dédiés aux déplacements est également pointé.

## **LA FORMATION DES PROFESSIONNELS**

Pour l'ensemble des établissements et services interrogés, 3 services indiquent ne pas avoir de plan de formation (dont un SESSAD d'ouverture très récente) et précisent qu'il reste à élaborer. Le plan de formation est parfois (2 situations) mis en place à l'échelon de l'association gestionnaire.

Personnels concernés : tous les personnels de l'équipe. 7 établissements ou services indiquent qu'il s'agit de formations qualifiantes (formation professionnelle complémentaire, maîtrise en management des établissements sociaux et médico-sociaux, passerelle pour qualification d'éducateur spécialisé (4, VAE ou CIF), formation de moniteur-éducateur, formation de chef de service, cadres de santé, LSF, LPC (codage).

Enfin, trois structures évoquent la mise en place d'une démarche qualité au registre de la formation continue.

- A noter, cet élément relevé parmi les remarques des responsables d'établissements et services médico-sociaux à propos de la nécessité de formation des professionnels du secteur médico-social concernant la prise en charge des troubles psychiatriques.

## ÉVALUATION INTERNE

### Références :

La loi du 2 janvier 2002 (Article 22<sup>10</sup>) rendant obligatoire l'évaluation pour l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social, la démarche évaluative devrait se généraliser.

La circulaire n°DGAS/2006/53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en oeuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (non encore publiée) prévoit un **décal supplémentaire pour la réalisation des évaluations internes et externes dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux**.

Au moment de l'enquête, pour les 8 **SESSAD**, 2 ont une démarche d'évaluation interne en cours, 2 étaient en phase de démarrage de la démarche, 3 n'en ont pas mené, 1 n'a pas répondu. Pour les services menant cette démarche, les domaines d'impact cités concernent :

- l'optimisation de la réflexion sur les pratiques, l'évolution et l'évaluation,
- le positionnement des familles, la guidance parentale,
- l'amélioration des procédures de suivi des projets individuels, élaboration du projet de service et des documents prévus par la loi 2002-2.

Pour les 8 **IME** interrogés : 6 conduisent une démarche d'évaluation interne au moment de l'enquête. Parmi les deux autres, 1 la commence à l'automne 2005. Pour les établissements conduisant cette démarche, les domaines d'impact cités concernent :

- la création d'outils d'évaluation et la mise en place de la démarche dans les établissements : mobilisation du personnel sur les notions de démarche qualité et d'autoévaluation,
- la mise en place de référentiels permettant de mieux mesurer les écarts dans la poursuite des objectifs éducatifs et pédagogiques individualisés pour chaque enfant,
- un meilleur suivi du PI des enfants, l'amélioration des procédures de bilan et de synthèse; l'élaboration du projet d'établissement et des documents prévus par la loi 2002-2,
- repérage des pratiques, formalisation et rôle des procédures dans l'amélioration du service rendu.

Parmi les points abordés : la prévention de la maltraitance, les procédures d'urgence, la communication, la sécurité, l'accueil.

Pour les 3 autres établissements (ITEP, CEM, INJS), seul l'INJS indique une démarche en cours.

➡ Pour 6 établissements ou services : pas de démarche qualité passée ou en cours, sans indication de projet à cet égard.

---

10. Article 22 : "Les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations".

## **PARTENARIATS**

L'ensemble des établissements et services a été interrogé quant aux partenariats effectifs, faisant ou non l'objet de conventions.

### **Les axes proposés concernaient :**

- La scolarité et la formation (pré)professionnelle
- Les soins
- Le suivi social
- L'accueil et l'accompagnement à la sortie de l'établissement ou du service
- L'offre culturelle
- Les vacances
- Les transports

Pour l'ensemble des structures interrogées, le nombre de citation selon les axes se répartit comme suit, sachant que certaines réponses peuvent concerner plusieurs modalités de partenariat :

soins	23
scolarité	19
suivi social	17
accueil à la sortie	12
transports	11
offre culturelle	10
vacances	10
formation (pré)professionnelle	9
autre	8
accompagnement à la sortie	8
sortie du CAMSP	2

Ce sont les problématiques relatives aux soins, à la scolarité et au suivi social qui sont les plus citées.

Dans la majorité des cas, ces partenariats sont mis en place dans un objectif de complémentarité de la prise en charge, certaines situations indiquent cependant le recours au partenariat pour pallier le manque de personnel de l'établissement (psychiatre).

Les avis concernant ces partenariats, lorsqu'ils sont exprimés, sont très majoritairement positifs. Quelques-uns pointent un manque de moyens en pédopsychiatrie ou au sein de l'éducation nationale. Enfin quelques remarques montrent que la qualité du partenariat dépend parfois de l'implication, de la « bonne volonté » des personnes référentes.

Enfin, la notion de partenariat est entendue autant dans le sens « recours à des ressources tierces » que « mise à disposition de compétences ».

**Conventions :** au moins un partenariat sur deux ne fait pas l'objet de convention.

### **Axes :**

- Concernant les soins, le CMP est le partenaire le plus cité, suivi du CHS et du CATT ; viennent ensuite l'hôpital général et les libéraux (spécialistes). Une convention est établie dans un cas sur deux.
- Scolarité. Sont cités : les établissements scolaires ordinaires ou les classes d'intégration (CLIS, UPI), les SEGPA dans une moindre mesure ; une convention est établie dans une grande partie des cas. Les avis indiquent que le partenariat relève en partie de la bonne volonté des instituteurs ; plusieurs indiquent une nécessité de formation des enseignants aux problématiques relatives aux situations de handicap.
- Formation (pré)professionnelle : les ESAT sont majoritairement cités. Autres partenaires : IMPro, CFA, CIO, MFR... L'objet de ces partenariats est très diversifié : orientation, stages (dont « découverte »), formation. Dans une situation sur deux une convention est établie.

- Suivi social : les TDS<sup>11</sup> (assistantes sociales de secteur) et le pôle EJF (enfance, jeunesse, famille) sont les partenaires les plus cités. Il s'agit soit de coordination des actions menées auprès du jeune, soit de suivi de situations familiales difficiles. Ces partenariats ne font pas l'objet de conventions. Les avis concernant ces partenariats renvoient d'une part la nécessaire complémentarité des actions menées, et interrogent également sur une répartition des rôles à définir ainsi que de l'importance de l'implication du référent.
- Accueil à la sortie : les partenaires cités sont principalement des établissements ou services médico-sociaux, pour enfants ou adultes selon l'établissement répondant. Sont cités par ailleurs : SEGPA, LEP, EREA, CAP Emploi et missions locales. Seule convention citée : avec CAP Emploi.
- Transports : cette dimension relève surtout d'une économie d'échelle ; il s'agit de mutualisation de moyens entre divers services pour réduire les coûts relatifs aux transports. Le Conseil Général, la Caisse d'Assurance Maladie et le GIHP sont cités au titre des partenaires. Sur 11 réponses, 2 font état d'une convention.
- Offre culturelle : réponses très variées concernant les partenaires (médiathèque, ADMS<sup>12</sup>, Conseil Général, Conseil régional, commune). La carte culture est curieusement peu citée. Une convention existe dans les ¾ des cas.
- Vacances : l'ACLV est très majoritairement citée suivi de l'UFCV. Ces partenariats ne font pas l'objet de conventions.
- Accompagnement à la sortie : de nombreux partenaires sont cités : CAP Emploi, ANPE, Direction du Travail, missions locales, CDES, COTOREP, établissements spécialisés de Savoie ou de Haute-Savoie, services sociaux, SESSAD... Conventions citées : CAP Emploi, un IME (pour un SESSAD).
- A la sortie des CAMSP. Partenaires : écoles maternelles, CDES, établissements spécialisés, libéraux, CMP. Une convention existe avec un IME. Ces partenariats sont indiqués comme étant à développer notamment pour des modalités d'accueil spécifiques (progressif, à temps partiel...).
- Autre. Concernant les partenariats relevant d'autres champs, sont essentiellement cités les activités sportives et les haltes-garderies, crèches et mini-crèches. Une convention est citée dans un cas sur deux.

#### *DIFFICULTÉS RELEVÉES AU TITRE DES PARTENARIATS*

Le partenariat évoqué est tributaire d'une part des ressources sollicitées, parfois insuffisantes (secteur de pédopsychiatrie) mais aussi de la localisation géographique de l'établissement.

Des synergies existent, elles demandent à être optimisées et formalisées (conventions).

Des demandes précises concernent la capacité d'accueil en urgence ou en hospitalisation alternée (avec l'accueil en IME) en pédopsychiatrie.

Des réponses du type prises en charge conjointes hôpital de jour/IME ou école maternelle/IME sont évoquées.

Certains SESSAD souhaitent la possibilité de partenariat avec les établissements spécialisés (annexes 24) en accueil mixte, en stage, afin de préparer l'orientation.

Partenariats et conventions avec des structures très spécialisées sont souhaités par l'INJS pour la prise en charge de jeunes présentant des troubles spécifiques (dysphasie, dyspraxie, déficits visio-perceptifs, attentionnels, moteurs...).

Enfin, l'ITEP souhaite que soit menée une réflexion avec les différents partenaires quant aux réponses concernant les enfants « aux limites des agréments » des différentes structures.

11 . Territoires de Développement Social.

12 . Association Danse et Musique en Savoie.

Par ailleurs, relativement aux partenaires recensés — mais aussi à destination des familles et des professionnels du secteur médico-social — de nombreuses remarques concernant l'information et la formation sont recueillies :

- Concernant certains troubles tels que les dyspraxies, est relevé le besoin de formations à destination des enseignants et des psychologues scolaires.
- Nécessité d'une information en direction de l'école ordinaire concernant les « handicaps invisibles » mal compris à l'école ordinaire (spina bifida par ex.).
- Nécessité de sensibilisation au handicap et au soutien pédagogique en direction des instituteurs.
- Formation des services d'aide à domicile concernant les situations de handicaps graves.
- Formation en direction des professionnels du secteur médico-social concernant la prise en charge des troubles psychiatriques.
  
- Nécessité d'une information concernant les structures existantes à destination des familles et des enfants vis-à-vis des réticences et des craintes manifestées par les parents et pour permettre des orientations plus précoces et plus adaptées aux besoins des enfants.

#### *GRUPE DE TRAVAIL « DIVERSIFICATION DES ACCUEILS »*

- Le groupe relève que le développement et l'aggravation des troubles psychiatriques nécessitent une bonne collaboration et des échanges entre la pédopsychiatrie et le secteur médico-social et le développement des référents psychiatres attachés aux établissements. Des obstacles administratifs et de facturation existent pour assurer des prises en charge partagées.
- Un accompagnement est souvent indispensable quand des soins somatiques, des consultations, des examens ou des hospitalisations sont nécessaires et concernent des enfants et des adolescents qui s'expriment mal, peu ou pas.
- Le groupe s'inquiète vivement de la réduction des moyens alloués à la pédopsychiatrie.

- Le partenariat est tributaire des ressources sollicitées, parfois insuffisantes (pédopsychiatrie en particulier : pour accueil d'urgence, hospitalisation alternée avec l'IME).
- Il est également tributaire de la localisation géographique de ces ressources.
- Les synergies existantes demandent à être optimisées et formalisées dans le cadre de conventions.
- Souhait de partenariat SESSAD / établissements médico-sociaux pour des accueils mixtes.
- Partenariats souhaités avec des structures très spécialisées (établissements ressource) pour des troubles très spécifiques.
- Réflexion à mener quant aux réponses concernant les enfants ou adolescents aux limites des différents secteurs.

- Besoin de formation à destination des enseignants et psychologues scolaires concernant des troubles spécifiques du type dyspraxies.
- Nécessité d'une information en direction de l'école concernant le handicap (et notamment les « handicaps invisibles »).
- Nécessité de sensibilisation au handicap et de soutien pédagogique en direction des instituteurs.
- Formation des services d'aide à domicile concernant les situations de handicap graves.
- Formation en direction des professionnels du secteur médico-social à la prise en charge des troubles psychiatriques.
- Nécessité d'une information concernant le dispositif médico-social en direction des familles.

## 7 LES FLUX INTERDÉPARTEMENTAUX

---

Source : DRASS Rhône-Alpes, résultats de l'enquête ES 2001 (estimations) et enquête auprès des établissements et services.

L'enquête ES 2001 a été réalisée auprès de tous les établissements et services pour enfants et adultes handicapés au 31 décembre 2001 ; elle donne des informations sur l'activité de tous les établissements inscrits au répertoire FINESS, le personnel employé et les personnes prises en charge dans les établissements et services. Elle est traitée par les DRASS à l'échelon régional.

En Rhône-Alpes, les résultats d'ES 2001 ont fait l'objet de redressements des non-réponses (8% des effectifs sont ainsi estimés) mais pas des réponses incomplètes.

Ces redressements valables au niveau global peuvent avoir des effets biaisés sur de très petits effectifs.

**Les résultats présentés ici sont donc à considérer avec prudence.**

### LES MOUVEMENTS

Le département de la Savoie a moins de ressortissants pris en charge à l'extérieur qu'il n'accueille d'enfants d'autres départements.

- 75 jeunes savoyards sont accueillis dans un autre département,
  - 175 jeunes originaires d'autres départements sont accueillis dans les établissements ou services savoyards,
- ➔ soit un « solde » positif de 100 enfants ou adolescents.

Ces chiffres sont cependant à relativiser compte tenu de l'implantation en Savoie de l'Institut National des Jeunes Sourds – établissement public national – qui recrute plus de la moitié de son effectif (soit 100 jeunes sur 190) au-delà des frontières du département avec principalement des enfants ou adolescents originaires de Haute-Savoie (39) et de l'Isère (27). 95% des jeunes accueillis sont originaires de Rhône-Alpes.

### LES ACCUEILS HORS SAVOIE

#### **Jeunes originaires de la Savoie accueillis hors département (75) :**

- 33 soit 44% d'entre eux sont dans un IME (notamment en Haute-Savoie et en l'Isère) (rappel : la capacité d'accueil en IME pour la Savoie est de 406 places dont 21 pour enfants autistes) ;
- 16 soit 21% de l'effectif accueilli hors Savoie sont dans un ITEP (Isère principalement) ;
- 12 sont accueillis par un établissement pour déficients moteurs (la moitié en Haute-Savoie).

#### **Les départements les plus sollicités :**

- l'Isère (44% des placements hors département) ;
- la Haute-Savoie (29%).

NB : Le placement « hors département » n'est pas nécessairement signe de défaillance du dispositif : en certains cas, l'établissement concerné peut être plus proche du domicile des parents – ou plus accessible – qu'un établissement situé dans le département.

## LES ACCUEILS EN SAVOIE DE JEUNES ORIGINAIRES D'UN AUTRE DÉPARTEMENT ET LES DURÉES DE TRAJET DOMICILE / ÉTABLISSEMENT

### **175 enfants ou adolescents non savoyards sont accueillis dans un établissement ou un service savoyard**

- 100 jeunes originaires d'un autre département sont accueillis à l'INJS soit 53% de la population accueillie dans cet établissement (39 sont originaires de la Haute-Savoie, 27 de l'Isère, 10 de l'Ain et 10 de la Saône-et-Loire),
- 21 jeunes accueillis en établissement pour déficients moteurs résident dans un autre département (Isère, Haute-Savoie, Ain),
- 20 jeunes – notamment isérois – sont accueillis dans un IME savoyard
- 17 enfants ou adolescents originaires de Haute-Savoie (6), de l'Ain (6) et du Rhône (4) sont accueillis dans un ITEP (La Ribambelle),
- 12 enfants ou adolescents polyhandicapés (venant principalement de l'Ain et de l'Isère) sont accueillis dans un établissement savoyard.

### **Les départements qui sollicitent principalement :**

- la Haute-Savoie (56)
- l'Isère (54 jeunes)
- l'Ain (27)

### **Les principaux motifs d'accueil en Savoie invoqués par les responsables d'établissements**

Pour les IME : les causes relèvent de la proximité géographique pour les départements limitrophes et du manque d'équipement pour les départements plus éloignés. On observe également une baisse des effectifs non savoyards au fil des années (entre 2002 et 2005).

### **Pour l'ensemble des jeunes accueillis en IME au moment de l'enquête :**

- pour 11% des familles la durée du trajet domicile/établissement est supérieure à 1 heure,
- pour 42% des familles la durée du trajet se situe entre ½ heure et 1 heure,
- pour 46% la durée du trajet est inférieure à ½ heure.

Ceci étant, pour certains établissements, la proportion de familles pour lesquelles la durée du trajet est supérieure à 1 heure peut atteindre 26%.

Pour l'ITEP, le nombre de jeunes dont les parents résident dans un autre département est de 19 sur 70 au moment de l'enquête.

Parmi l'ensemble des jeunes accueillis, pour 22 familles, la durée du trajet est supérieure à une heure.

INJS : cet établissement a un recrutement national, pour 2004-2005, 145 jeunes + 13 pour l'UFA (unité de formation des apprentis) non savoyards étaient dénombrés ; par ailleurs l'établissement dispose de filières de formation (CAP et BEP) attractives.

Parmi l'ensemble des jeunes accueillis, pour 75 situations, le temps de trajet domicile des parents / établissement est supérieur à une heure.

CEM : en 2004 30 jeunes non savoyards sont présents soit près d'un tiers de la capacité de l'établissement (la proportion va croissant au fil des années : 2002 : 22, 2003 : 25). Aux motifs de cette attractivité : l'insuffisance de places en internat en Isère, la spécialisation du CEM pour l'accueil des traumatisés crâniens, l'ouverture permanente de l'unité, la poursuite, faute de place dans des établissements plus proches du domicile des familles, de la prise en charge du suivi des adolescents sortant des Mésanges.

Parmi l'ensemble des jeunes accueillis, le nombre de jeunes pour lesquels le temps de trajet domicile des parents / établissement est supérieur à une heure est de 10 ; ces jeunes sont accueillis en internat.

Enfin, concernant de façon plus générale la situation géographique des établissements et services du département, ces remarques émises par des responsables d'établissements et services : Vis-à-vis de l'isolement géographique de certains établissements ou d'aires de recrutement très larges pour certains services : constat du manque de ressources locales permettant un partenariat effectif, refus des familles d'un accueil en internat lié à l'éloignement géographique de l'établissement proposé.

	Enfants savoyards pris en charge dans un autre département	Enfants non savoyards pris en charge en Savoie
ITEP	16	17
IME	33	20
SESSAD	8	5
Établissement pour polyhandicapés	2	12
IEM	12	21
IES déficients visuels	1	-
IES déficients auditifs	3	100 (INJS)
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>175</b>

***Les petits effectifs peuvent être biaisés. Seules les tendances sont à considérer.***

- 75 jeunes savoyards accueillis dans un autre département, 175 jeunes originaires d'autres départements accueillis dans les établissements ou services savoyards (principalement dû à la présence de l'INJS en Savoie) soit un « solde » positif de 100 enfants ou adolescents.
- Pour les jeunes savoyards orientés hors-département, les départements les plus sollicités sont l'Isère et la Haute-Savoie pour, principalement, un accueil en IME, en ITEP ou en établissement pour déficients moteurs.
- Baisse des effectifs non savoyards accueillis dans le département au fil des années (entre 2002 et 2005).
- Les jeunes originaires d'un autre département viennent principalement de l'Isère, de la Haute-Savoie et de l'Ain, départements limitrophes. Les établissements les plus sollicités : l'INJS (100 jeunes), le CEM (21 jeunes), les IME (20 jeunes – principalement isérois), l'ITEP (17), les établissements ou sections pour polyhandicapés (12 enfants ou adolescents).
- Les motifs des mouvements inter-départementaux relèvent le plus souvent de la proximité géographique.
- Pour l'ensemble des jeunes accueillis en établissements dans le département : de nombreuses situations où le temps de trajet domicile des parents / établissement est supérieur à une heure.

## 8 ANALYSE DES DONNÉES RELATIVES AUX ORIENTATIONS PRONONCÉES PAR LA CDES DE LA SAVOIE

L'observatoire régional auprès des CDES, mené par le CREA Rhône-Alpes avec les CDES de la région dans le cadre de la convention DRASS fonctionne depuis plus de dix ans.

Cette observation, outre la description démographique de la population orientée ou réorientée par les CDES, et les données concernant la situation antérieure à l'orientation en termes de scolarité, de placement ou de soutien, permet d'évaluer les difficultés éventuelles d'orientation des enfants ou adolescents vers le dispositif médico-social. Les indicateurs retenus concernent les orientations souhaitables et les orientations réalisées, les éventuelles orientations hors-département, les orientations problématiques (par défaut, ou sans solution médico-éducative).

Cette observation permet de décrire les flux d'orientation vers les établissements et services médico-sociaux, d'évaluer les possibilités — et les défaillances — offertes par ce dispositif.

La présente synthèse porte sur les données des 5 dernières années. Pour la campagne 2003/2004, 308 orientations ont été prononcées mais il n'a pas été possible de traiter le devenir de ces orientations, ce sont donc les données 98/99 - 2002/2003 qui seront mises en perspective pour cette partie de l'analyse.

Le nombre de dossiers diligentés par la CDES est en constante augmentation : il passe de **169** pour la campagne 98/99 à **308** pour 2003/2004.

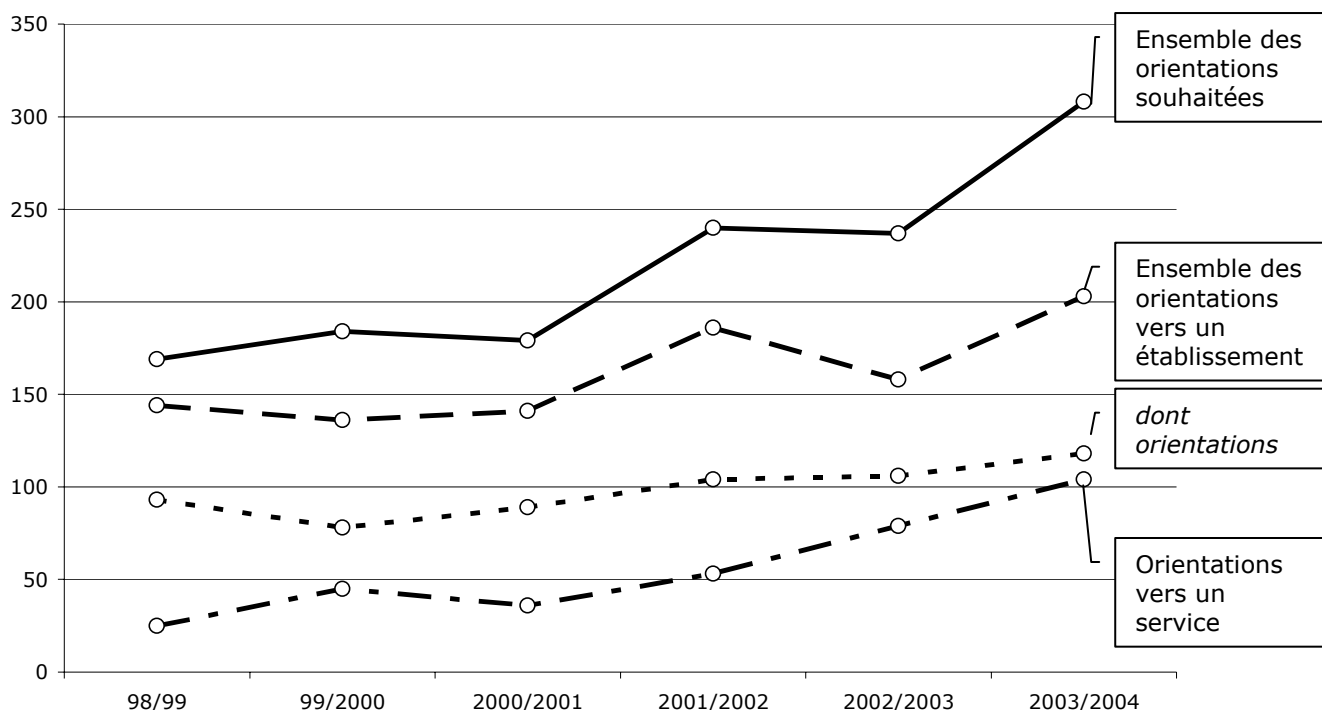
### NATURE ET ÉVOLUTION DES ORIENTATIONS SOUHAITÉES

	98/99	99/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
IME DIL	56	40	58	62	68	71
IME DIM	25	24	21	29	28	30
IME DIM/P						7
IME DIP	12	14	10	13	10	10
<b>TOTAL IME</b>	<b>93</b>	<b>78</b>	<b>89</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>118</b>
ITEP	26	37	32	40	23	45
ET. DM	6	5	5	4	5	12
ET. POLYH	15	9	5	17	11	16
ET. DA		2	3	12	11	8
ET. DV	2			2		1
ET. AUTISTES	1	2		6		3
ET EPIL.				1	1	
AUTRE	1	3	7		1	
<b>TOTAL ÉTABLISSEMENTS</b>	<b>144</b>	<b>136</b>	<b>141</b>	<b>186</b>	<b>158</b>	<b>203</b>
SESSAD DI	6	24	10	21	48	34
SESSAD ITEP					4	1
SERV. DÉFICIENTS MOTEURS	5	8	9	15	14	24
SERV. DA	12	12	16	17	12	34
SERV. DÉFICIENTS VISUELS	2	1	1			
SERV. DYSPH.					1	
AUTRE						11
<b>TOTAL SERVICES</b>	<b>25</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	<b>53</b>	<b>79</b>	<b>104</b>
NON-RÉPONSES		3	2	1		1
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>184</b>	<b>179</b>	<b>240</b>	<b>237</b>	<b>308</b>

Si l'ensemble des orientations souhaitables augmente de **82%** sur cette période. Les orientations souhaitables vers un établissement augmentent de 41% (vers un IME l'augmentation est de 27%), **les orientations souhaitables vers un service ont quadruplé sur la même période.**

Le taux de réorientations (jeunes déjà accueillis dans le dispositif annexes 24 pour lesquels la CDES est de nouveau sollicitée) croît régulièrement : il passe de **27%** en 98/99 à **39%** en 2003/2004.

## ÉVOLUTION DES ORIENTATIONS SOUHAITABLES



## ÂGES POUR LES PREMIÈRES ORIENTATIONS ET LES RÉORIENTATIONS

Depuis 98/99 les âges lors de la première demande d'orientation sont à 10/12 ans, avec une tendance à une saisine à un âge plus précoce pour les filles depuis 2001/2002 (6/9 ans en 2001/02, 4/6 ans en 2002/03).

Concernant les réorientations, les âges restent sensiblement les mêmes sur les 5 années (13/15 ans) avec un âge plus élevé pour les filles sur les deux dernières campagnes — 16 ans et plus en 2002/2003.

Pour 2003/2004, les âges les plus cités pour les premières orientations sont : garçons : 7/12 ans, filles : 4/12 ans ; réorientations : garçons : 13/16 ans et plus ; filles 13/15 ans.

## LES MODALITÉS D'ACCUEIL SOUHAITABLES

- 98/99 : pas d'indications
- 99/2000 : internat : 51%, semi-internat : 42%<sup>13</sup>
- 2000/2001 : internat : 48%, semi-internat : 41%
- 2001/2002 : internat : 48%, semi-internat : 48%, internat séquentiel : < 1%
- 2002/2003 : internat : 46%, semi-internat : 50%, internat séquentiel : 1%
- 2003/2004 : internat : 57%<sup>14</sup>, semi-internat : 42%, internat séquentiel : 2%

13. Nombre d'orientation vers un établissement, à l'exclusion des orientations vers un service.

14. Compte tenu des non-réponses.

Les modalités d'accueil souhaitables se répartissent différemment selon les catégories d'établissements concernés ; pour la campagne 2003-2004 :

- Pour les ITEP, l'internat représente 89% des modes d'accueil indiqués (actuellement en ITEP, seul l'accueil en internat complet est possible)
- Pour l'ensemble des IME : le semi-internat est indiqué dans 47% des situations, l'internat pour 37% ; (places en IME actuelles : le semi internat représente 40% des accueils et l'internat de semaine 39%).
- Pour les IME pour déficients intellectuels moyens, le semi-internat représente 73% des indications

## LES DIFFICULTÉS RELATIVES AUX ORIENTATIONS

Elles sont identifiées selon plusieurs axes :

- Les orientations **hors-département**, pour autant que le motif corresponde à un manque de place ou d'équipement dans le département : depuis la campagne 98/99, le nombre d'orientations proposées hors-département à ce titre est relativement stable et concerne une dizaine d'enfants ou adolescents par campagne. Ce sont principalement les ITEP d'autres départements qui sont sollicités.  
Pour les orientations hors-département réalisées : leur taux s'échelonne de 5% à 13% selon les années et concerne principalement des orientations vers un IME ou un ITEP, en Haute-Savoie, Isère ou Ain (départements limitrophes).
- Les orientations « **par défaut** » : l'enfant ou l'adolescent est accueilli, au sein du dispositif médico-social, dans un autre établissement ou service — ou selon une autre modalité d'accueil— que celui qui était souhaité et les orientations **sans solution** (l'enfant ou adolescent n'a pas pu être accueilli dans le dispositif annexes 24).

	Orientations par défaut	Orientations sans solution annexes 24		
98/99	<b>21</b> (dont IME : 8, établissement pour polyhandicapés : 8)	<b>32</b> (dont IME : 20, ITEP : 6)	<b>53</b>	<b>32%</b>
99/2000	<b>8</b> (IME pour déficients intellectuels moyens : 6)	<b>45</b> (ITEP : 10, IME pour déficients intellectuels légers : 9, IME pour déficients intellectuels moyens/profonds : 13)	<b>54</b>	<b>29%</b>
2000/2001 1	<b>20</b> (dont : IME déficients intellectuels moyens/profonds : 8, établissement pour polyhandicapés : 3, services pour déficients auditifs : 3)	<b>46</b> (dont ITEP : 18, IME déficients intellectuels légers : 9, IME déficients intellectuels moyens/profonds : 11)	<b>66</b>	<b>37%</b>
2001/2002 2	<b>65</b> (dont IME déficients intellectuels légers : 26, IME déficients intellectuels moyens : 12, IME déficients intellectuels profonds : 6, établissement pour polyhandicapés : 5)	<b>42</b> (dont ITEP : 11, services pour déficients moteurs : 11, IME déficients intellectuels légers : 7)	<b>107</b>	<b>45%</b>
2002/2003 3	<b>55</b> (dont 20 IME pour déficients intellectuels légers, 9 IME pour déficients intellectuels profonds, 8 IME pour déficients intellectuels moyens, 7 établissements pour polyhandicapés)	<b>41</b> (dont 11 services pour déficients moteurs, 8 IME pour déficients intellectuels légers, 7 ITEP, 7 SESSAD déficients intellectuels)	<b>96</b>	<b>40%</b>

L'évolution en taux des orientations par défaut ou sans solution, depuis 98/99 jusque 2002/2003 montre une certaine capacité d'ajustement du dispositif :

la proportion d'orientations sans solution décroît après un pic 99/2001 de **25%** (une orientation sur 4 sans solution médico-éducative) jusque **17%** en 2002/2003 tandis que la proportion d'orientations par défaut passe de **13%** à **23%** en 5 ans :

**Le taux global d'orientations problématiques augmente sur la période, passant de 32% à 40%.**

- Augmentation constante des demandes d'orientations médico-sociales auprès de la CDES.
- Forte augmentation des orientations souhaitables vers un SESSAD (une orientation sur 3).
- Un taux d'orientations problématiques qui va croissant (4 sur 10 en 2002/2003) :
  - Une augmentation du nombre d'orientations par défaut qui souligne à la fois la marge de manœuvre du dispositif mais aussi l'adaptation attendue
  - Une stabilité sur cette période du nombre d'orientations sans solution
- Des orientations sans solution principalement vers : ITEP, services pour déficients moteurs, IME et SESSAD pour déficients intellectuels.

## **EXTRAIT DU RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA CDES POUR LES ANNÉES 2000 À 2004**

Source : CDES de Savoie

Nombre de demandes examinées :

2000-2001	1485
2001-2002	1597
2002-2003	1838
2003-2004	2079

Nombre de demandes étudiées 2003/2004

AES	532
Carte d'invalidité et carte verte (station debout pénible)	94
Admissions en établissements spécialisés, prolongations de séjour, réorientations et sorties	608
Amendement Creton	25
Aménagements d'examens	212 demandes
Financement de matériel pédagogique	44 demandes étudiées
AVS	348 demandes étudiées

« L'augmentation des demandes traitées est de 40% en 4 ans. **Cette augmentation concerne essentiellement les demandes liées à l'intégration scolaire (aménagement d'examens, financement de matériel pédagogique, et AVS).** »

## **9 SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC**

---

Les éléments recueillis et synthétisés lors de l'état des lieux et des analyses conduites au sein des groupes de travail permettent de repérer un certain nombre de points-problèmes concernant les axes suivants :

### ***UNE OFFRE DE PRÉVENTION, PRISE EN CHARGE PRÉCOCE, ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE NE COUVRANT PAS TOUS LES BESOINS***

Les professionnels des CAMSP font état d'un délai d'attente important pour un premier rendez-vous.

Si la prise en charge des enfants en situation de handicap sévère est considérée comme satisfaisante par les professionnels des CAMSP, les réponses concernant les situations d'enfants présentant des troubles moins graves sont jugées insuffisantes.

Concernant les ressources relatives à l'accueil des enfants il est fait état de difficultés quant à trouver des assistantes maternelles agréées ; l'accueil des enfants handicapés dans les structures petite enfance rencontre encore des obstacles (financiers, réticence du personnel).

Il est constaté une relative méconnaissance des ressources propres à répondre aux besoins concernant un dépistage et un diagnostic précoce des troubles des fonctions d'apprentissage, des troubles sévères du langage, de la dyspraxie.

### ***DES PARCOURS DE SCOLARITÉ ET DE FORMATION SOUVENT SEGMENTÉS ET CLOISONNÉS***

#### *CONCERNANT LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT*

Des enfants et adolescents en situation de handicap soumis à la scolarité obligatoire ne fréquentent plus l'école, et d'autres sont scolarisés à temps « trop » partiel (faute de solution d'accueil lorsque le handicap s'avère sévère).

Les lieux de scolarisation sont encore parfois réticents à l'accueil d'enfants handicapés et certains se montrent exigeants quant aux conditions de l'accompagnement.

A ce titre, le manque d'AVS est souligné, de même que le nombre insuffisant d'enseignants spécialisés dans l'enseignement privé.

Les professionnels déplorent l'absence de dispositif préqualifiant.

Enfin est pointée la nécessité de formation des personnels à l'accueil des élèves vivant une situation de handicap.

## *CONCERNANT L'ACCESSIBILITÉ*

Les questions d'accessibilité sont évoquées selon plusieurs registres :

- L'accessibilité parfois insuffisante des locaux scolaires et l'inadaptation des locaux dans les classes uniques,
- Les difficultés d'accès à un atelier lorsque l'UPI est installée dans un collège sans SEGPA et pour lequel l'IMPro est trop éloigné,
- Mais aussi des contenus d'apprentissage nécessitant d'être adaptés.

## *LA COMPLÉMENTARITÉ DES ACCUEILS ET LES MOMENTS DE PASSAGE*

Est indiquée la nécessité d'articulation et de complémentarités de l'approche pédagogique à d'autres dimensions de la prise en charge, et notamment la problématique d'une « intégration » qui ne soit pas seulement scolaire mais qui comprenne les déplacements, la fréquentation de la restauration scolaire...

Concernant les parcours, est relevé le souhait de pouvoir offrir la possibilité de parcours intégrant des passages entre des modalités diversifiées de scolarisation d'une part mais aussi de faciliter les nécessaires modalités de passage entre la scolarité dispensée en établissement spécialisé et celle relevant du milieu ordinaire.

## *LA CONTINUITÉ DES PARCOURS*

Actuellement, des ruptures induites par les limites d'âge sont observées : des difficultés relatives au devenir scolaire après 14 ans, la situation de jeunes hors des parcours de scolarisation à 16 ans, une absence de suite avec voie intégrative après l'UPI.

## *LA SCOLARITÉ AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS OU RELEVANT DU SOUTIEN DE SERVICES MÉDICO-SOCIAUX*

La nécessité d'un renforcement de l'accompagnement de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés est soulignée.

Le suivi de la scolarité pour les jeunes relevant d'un SESSAD se heurte parfois aux limites des agréments de ces services.

En IME est observée une scolarisation dispensée massivement au sein des établissements et près de 14% des enfants accueillis ne sont pas scolarisés. Par ailleurs, les ressources en personnels allouées à la scolarité sont très variables (en nombre et en nature) selon les IME.

Enfin est soulignée l'attention à porter à la question de la place de la scolarité au sein de l'éducation pour les enfants atteints de graves déficiences cognitives ou de polyhandicap.

## **LE SOUTIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES**

Certaines étapes de la scolarité ou de la mise en œuvre des prises en charge sont des moments de réactivation du processus de révélation du handicap.

La séparation famille / enfant au moment de l'admission dans l'établissement est un moment parfois difficile.

Les familles, parfois en désarroi, désorientées, en souffrance, qui perdent confiance dans leurs compétences et qui ont le sentiment d'être laissées seules expriment le besoin de réponses à leurs questions et à leur besoin d'informations.

Les parents font également part de leur demande de temps de répit et de modalités d'accueil plus souples.

Les difficultés sociales des familles sont citées pour 1 établissement sur 3 comme à la fois plus fréquentes mais aussi plus sévères. Ces difficultés sont souvent évoquées comme facteur aggravant de situations de handicap difficiles.

L'ITEP indique un accroissement des doubles mesures. Cet élément interroge aussi la prise en charge hors temps d'accueil dans l'établissement.

Les modalités, procédures d'admission et communications avec l'enfant ou adolescent et les familles sont relativement hétérogènes selon les établissements ou services.

Les familles expriment le souhait d'informations concernant le dispositif médico-social.

## **DES MODALITÉS D'ACCUEIL INSUFFISAMMENT SOUPLES**

Des modalités d'accueil souples (accueil temporaire, accueil d'urgence mais aussi internat séquentiel et internat aménagé) sont actuellement relativement peu proposées par les établissements,

Les jeunes ne pouvant retourner dans leur famille lorsque l'établissement (IME) est fermé ne bénéficient pas toujours d'un accueil au sein du dispositif médico-social,

La notion de période d'essai serait à préciser.

## **LES DIFFICULTÉS RELATIVES AUX MODALITÉS DE RÉPONSE DU DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL**

- Augmentation constante des demandes d'orientations médico-sociales auprès de la CDES.
- Forte augmentation des orientations souhaitables vers un SESSAD (une orientation sur 3).
- Un taux d'orientations problématiques qui va croissant (4 sur 10 en 2002/2003) :
  - Une augmentation du nombre d'orientations par défaut qui souligne à la fois la marge de manœuvre du dispositif mais aussi l'adaptation attendue
  - Une stabilité sur cette période du nombre d'orientations sans solution
- Des orientations sans solution principalement vers : ITEP, services pour déficients moteurs, IME et SESSAD pour déficients intellectuels.

- Le manque de place à la sortie du CAMSP vers les établissements et services médico-sociaux est souligné.
- Le département offre un faible taux d'équipement en ITEP (1 seul établissement ne proposant pas d'autre modalité d'accueil que l'internat), cet établissement n'étant par ailleurs pas doté en poste d'assistante sociale (cf. problématique relevant des difficultés sociales des familles).
- Le département n'est que faiblement équipé pour l'accueil d'enfants souffrant d'autisme ou de troubles envahissant du développement.
- Des difficultés sont pointées quant aux moyens alloués : manque de temps de psychiatre, de psychologue, de psychoneurologue, d'orthophoniste, de personnel qualifié en LSF, manque de temps d'éducateur (principalement pour les accompagnements), d'AVS.
- Les listes d'attente des établissements et services médico-sociaux ne relèvent globalement pas de modalités de mise en œuvre et de méthodologie commune.
- 32 jeunes, avec principalement des orientations vers un ESAT (18) ou une MAS (10) relèvent de l'amendement Creton.  
Une projection des sorties à venir jusque 2010 prévoit une nette augmentation de l'attente de place pour des jeunes adultes vivant un état de grande dépendance.  
Cette situation restreint les possibilités d'accueil dans les établissements pour enfants.

## **UNE RÉPARTITION DE L'ÉQUIPEMENT DÉSÉQUILIBRÉE**

La géographie du département présente des arrondissements déséquilibrés en termes de population et présentant pour certains — zones éloignées et zones de montagne — des difficultés d'accès impliquant le déplacement des enfants et/ou des professionnels, des difficultés quant à mettre en place des partenariats médico-social / éducation nationale.

*L'arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne est le moins bien équipé avec seulement deux structures accueillant 25 jeunes au total (6,21 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans) ; l'unique IME n'accueillant que des jeunes au-delà de 12 ans et en semi-internat.*

*L'arrondissement d'Albertville, avec un taux d'équipement global de 8,39‰ dispose de 58 places en IME et 29 en SESSAD (pour déficients intellectuels mais aussi déficients moteurs et polyhandicapés).*

Pour l'ensemble des jeunes accueillis en établissements dans le département on observe de nombreuses situations où le temps de trajet domicile des parents / établissement est supérieur à une heure.

Pour les établissements et services médico-sociaux est pointé le manque de moyens dédiés aux déplacements.

### **mouvements inter-départementaux**

75 jeunes savoyards sont accueillis dans un autre département et 175 jeunes originaires d'autres départements sont accueillis dans les établissements ou services savoyards (dont 100 à l'INJS), soit un « solde » positif de 100 enfants ou adolescents.

Pour les jeunes savoyards orientés hors-département, les départements les plus sollicités sont l'Isère et la Haute-Savoie pour, principalement, un accueil en IME, en ITEP ou en établissement pour déficients moteurs.

Les jeunes originaires d'un autre département viennent principalement de l'Isère, de la Haute-Savoie et de l'Ain, départements limitrophes. Les établissements les plus sollicités : l'INJS (100 jeunes), le CEM (21 jeunes), les IME (20 jeunes – principalement isérois), l'ITEP (17), les établissements ou sections pour polyhandicapés (12 enfants ou adolescents). Si l'on observe une baisse des effectifs non savoyards accueillis dans le département au fil des années (entre 2002 et 2005), il convient de garder à l'esprit que les motifs des mouvements inter-départementaux, hormis l'attraction de l'INJS, relèvent le plus souvent de la proximité géographique.

## **LES DIFFICULTÉS QUANT À RÉPONDRE AUX SITUATIONS D'URGENCE ET DE CRISE**

Les problématiques concernant cette dimension relèvent de points cités par ailleurs : partenariat tributaires des ressources sollicitées, parfois insuffisantes (pédopsychiatrie en particulier) ; conventions à formaliser.

Par ailleurs, les modalités d'accueil souples (accueil temporaire, accueil d'urgence mais aussi internat séquentiel et internat aménagé) sont globalement relativement peu proposées par les établissements médico-sociaux.

## **UN ACCÈS AUX SOINS PSYCHIQUES OU SOMATIQUES INSUFFISANT POUR CERTAINES SITUATIONS**

Les troubles envahissants du développement (dont l'autisme) sont considérés comme insuffisamment pris en charge dans les établissements et services médico-sociaux.

Des troubles de la personnalité, des troubles du psychisme sont largement cités et les responsables d'établissements et services font état d'une augmentation du nombre d'enfants ou adolescents porteurs de ces troubles à un âge plus précoce et d'une aggravation des troubles présentés, parfois qualifiés de « spectaculaires ». Ces troubles induisent également des difficultés d'apprentissage non liées aux capacités intellectuelles et nécessitant des réponses spécifiques.

D'autres nécessités de soins sont indiqués pour des troubles spécifiques (épilepsie, troubles alimentaires, soins courants ne pouvant être effectués par la famille).

Un responsable de SESSAD indique des besoins en kinésithérapie pour les enfants très handicapés et pour des moments particuliers (suite d'intervention chirurgicale par exemple).

Pour l'INJS est relevé l'accueil de jeunes présentant des tableaux complexes (déficience auditive + dysphasie, dyspraxie...).

Enfin, un responsable de CAMSP fait état de l'augmentation de séquelles de pathologies périnatales et de prématurité.

## **DES PARTENARIATS INSUFFISAMMENT ASSURÉS**

Concernant les partenariats, les responsables d'établissements ou services rappellent que les partenariats sont tributaires des ressources sollicitées, lesquelles se révèlent parfois insuffisantes (pédopsychiatrie en particulier : pour accueil d'urgence, hospitalisation alternée avec l'IME) ; ils sont également tributaires de la localisation géographique de ces ressources. Des synergies existent mais elles demandent à être optimisées et formalisées dans le cadre de conventions.

Un partenariat SESSAD / établissements médico-sociaux pour des accueils mixtes est souhaité.

Des partenariats sont également souhaités avec des structures très spécialisées (établissements ressource) pour des troubles très spécifiques.

Enfin, une réflexion serait à mener quant aux réponses concernant les enfants ou adolescents aux limites des différents secteurs.

## **DES COMPÉTENCES À DÉVELOPPER ET À PARTAGER**

Les responsables d'établissements et services médico-sociaux font état de la nécessité de formation des professionnels du secteur médico-social concernant la prise en charge des troubles psychiatriques.

Ils indiquent également un besoin de formation à destination des enseignants et psychologues scolaires concernant des troubles spécifiques du type dyspraxies. La sensibilisation et l'information concernant les situations de handicap et soutien pédagogique en direction des instituteurs est également souhaitée.

Enfin, les services d'aide à domicile seraient insuffisamment formés aux questions relatives aux handicaps graves.

Avec une capacité totale de 976 places et un taux d'équipement supérieur au taux régional, le dispositif médico-éducatif ne répond pas à l'ensemble des besoins, en particulier ceux concernant :

- Les enfants et adolescents souffrant d'autismes ou de troubles envahissants du développement,
- Les enfants et adolescents présentent des difficultés psychologiques, engagés dans un processus handicapant (orientés vers un ITEP),
- Les enfants et adolescents présentant des troubles des apprentissages.

La structure du dispositif n'est pas actuellement adaptée à l'ensemble des demandes :

- Le nombre d'orientations par défaut souligne l'adaptation attendue,
- Les demandes vers des SESSAD vont croissant.

La facilitation des parcours de scolarisation et de formation, avec l'élaboration de projets personnalisés de scolarisation articulés étroitement aux plans personnalisés de compensation devrait à terme :

- Introduire une plus grande fluidité au sein du dispositif,
- Conduire à une mise à disposition des ressources médico-éducatives afin d'étayer les parcours de scolarisation (tant à l'école ordinaire qu'au sein d'unités d'enseignement dans les établissements spécialisés).