

Actualisation du schéma Enfance handicapée du Loir-et-Cher



Conseil Général
de Loir-et-Cher



29 mars 2010

**Etude préalable
au volet Enfance Handicapée
du schéma d'organisation
sociale et médico-sociale du Loir et Cher**

Sommaire

Préambule	4
------------------------	---

1^{ère} partie – L’environnement législatif et réglementaire dans lequel s’inscrit ce schéma et les évolutions en cours qui auront des conséquences sur la politique départementale en matière d’enfance handicapée

1. La loi du 2 janvier 2002	6
2. La loi du 11 février 2005	7
3. La politique nationale en faveur des personnes autistes ou atteintes de TED	8
4. L’articulation avec le sanitaire	9
5. A noter également	10

2ème partie – Eléments de cadrage démographique

1. Données générales de population	17
2. Les dynamiques de territoires	19
3. Prévalences des handicaps	20

3ème partie – Etat des lieux du dispositif pour enfants et adolescents handicapés

1. Le dispositif médico-social	22
1.1 <i>Caractéristiques du dispositif et orientations générales et spécifiques du schéma départemental annexe XXIV de 1992</i>	22
1.2 <i>Situation comparative des enfants accueillis hors département depuis le précédent schéma</i>	27
1.3 <i>Caractéristiques de l’implantation territoriale des établissements et services et leur aire géographique de recrutement</i>	29
1.4 <i>Etat des lieux de l’équipement en direction des enfants autistes</i>	30
1.5 <i>La situation des jeunes bénéficiant d’un accueil au titre de l’amendement Creton</i>	30
1.6 <i>Une évolution des modes d’accueil des établissements qui redimensionne les places d’internat et d’externat au regard de leur taux d’occupation respectif</i>	31
1.7 <i>Des taux d’encadrement en établissement et services à la hausse, mais des plateaux techniques mobilisant des ressources pas toujours équilibrées</i>	32
1.8 <i>Un point sur les données comparatives des taux d’équipement départementaux de la Région Centre en 2007</i>	35
1.9 <i>Synthèse des données recueillies</i>	38
2. Le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile	38
2.1 <i>Données statistiques générales</i>	38
2.2 <i>Description de l’équipement</i>	39
3. La scolarisation des enfants et adolescents handicapés	41
3.1 <i>La situation de la scolarisation des élèves accueillis en établissements spécialisés</i>	42
3.2 <i>La situation des élèves accueillis en CLIS dans le Loir et Cher</i>	43
3.3 <i>Le dispositif des UPI au sein du département</i>	44
3.4 <i>La scolarisation des élèves handicapés au sein du milieu scolaire ordinaire et la situation des AVS et des EVS ASEH</i>	45
3.5 <i>Les différents types de handicap des élèves bénéficiant d’un projet personnalisé de scolarisation</i>	46
4. Etudes de population	47
4.1 <i>Résultats partiels de l’enquête ES du Loir et Cher</i>	47
4.2 <i>Résultats de l’enquête 32 relative à la scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux du Loir et Cher</i>	51

4ème partie – Synthèses et Orientations

1. Faire évoluer et diversifier l’offre des dispositifs médico-sociaux dans une logique de meilleure répartition territoriale	60
1.1 <i>Les éléments recensés dans le cadre d’une meilleure approche territoriale</i>	60
1.2 <i>...on certains principes et les caractéristiques du département du Loir et Cher</i>	61
1.3 <i>et les pistes d’orientation du schéma qui en découlent</i>	62
2. Organiser l’accompagnement médico-social tout au long de la vie de l’enfant et de l’adolescent (continuité)	63
2.1 <i>Les constats évoqués et les problématiques partagées dans le cadre de la mise en place d’une action continue auprès des enfants et adolescents handicapés</i>	64
2.2 <i>Il est préconisé dans la mise en place des objectifs visés en direction de la petite enfance</i>	64
2.3 <i>Et de mettre en œuvre des actions portant sur</i>	65
2.4 <i>Les contingences de la permanence de l’offre en direction des enfants et adolescents au regard de la nécessaire transversalité des projets</i>	65
2.5 <i>Le prolongement des actions favorisant la prise d’autonomie et la préparation à la vie d’adulte</i>	66
3. Accompagner les enfants en situation de handicap dans toutes les dimensions de leur vie sociale	67
3.1 <i>L’évolution des modalités d’accueil des enfants handicapés au sein des écoles élémentaires</i>	68
3.2 <i>Et dans le cadre de la formation professionnelle</i>	69
3.3 <i>L’accueil des enfants et des adolescents en dehors du cadre scolaire et l’ouverture aux dispositifs de droit commun</i>	70
4. Aménager le dispositif d’accompagnement médico-social des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques	71
4.1 <i>Vers une plus grande articulation entre le dispositif médico-social et le secteur sanitaire pour une amélioration de l’offre de soins</i>	72
4.2 <i>Concevoir des modalités d’accueil et d’accompagnement adaptés aux enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques</i>	73
4.3 <i>Des situations plus complexes à l’adolescence</i>	75
5. Développer des actions et des dispositifs soutenant la vie des familles	76
5.1 <i>Des premiers doutes à l’énonciation du handicap, une première période critique</i>	76
5.2 <i>L’accueil dans un établissement ou service et ses conséquences sur l’équilibre familial</i>	77
5.3 <i>Quelle que soit la nature du handicap de l’enfant, la nécessité d’un temps de répit est clairement exprimée</i>	78
6. Améliorer les réponses spécifiques à certains types de handicap	79
6.1 <i>Les orientations du schéma départemental du Loir et Cher en direction des enfants et adolescents autistes et présentant des troubles envahissants du développement</i>	79
6.2 <i>La situation envisagée pour les enfants polyhandicapés</i>	82
6.3 <i>Des réponses à mettre en place pour les enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages</i>	86
6.4 <i>La situation des enfants présentant une déficience sensorielle</i>	88
Annexes	92

Préambule

Etant donné l'antériorité du précédent schéma « Enfance handicapée du Loir et Cher », il convient, dans le cadre d'une réflexion préalable à l'élaboration de ce schéma, de repérer les grandes orientations qui ont prévalu à l'enrichissement du dispositif actuel en direction des populations d'enfants handicapés accueillies au sein du département.

Le précédent schéma date de 1992 et s'est inscrit dans un contexte de renouvellement des perspectives d'accompagnement des enfants et adolescents handicapés influencé par la mise en application des directives issues de la refonte des annexes XXVI relative au décret du 27 octobre 1989.

Ainsi, la totalité des projets soumis à renouvellement d'agrément faisait apparaître une architecture départementale exclusivement constituée d'établissements relevant de l'annexe XXIV et pointait l'absence d'une diversification d'établissements et services notamment en ce qui concerne les enfants atteints de déficiences motrices et sensorielles.

En outre, il était décidé d'étendre les capacités d'accueil en direction des enfants polyhandicapés en dotant deux établissements du département d'une section dédiée à l'accueil de cette population.

A cette époque, il a été également préconisé de recentrer l'offre de services autour des besoins départementaux au regard de l'importance de l'accueil des jeunes handicapés provenant des départements limitrophes et de la région parisienne.

● **Première partie**

L'environnement législatif et réglementaire dans lequel s'inscrit ce schéma, et les évolutions en cours qui auront des conséquences sur la politique départementale en matière d'enfance handicapée

1. La loi du 2 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales

2. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

3. La politique nationale en faveur des personnes autistes et atteintes de TED

4. L'articulation avec le sanitaire

5. A noter également ...

Depuis le précédent schéma départemental de l'enfance handicapée en Loir et Cher (1992), la législation définissant la politique générale et encadrant les modes d'accueil et de prise en charge des enfants handicapés a beaucoup évolué. Les grandes orientations qui y sont arrêtées doivent être intégrées aux réflexions qui définiront les orientations du schéma départemental du Loir et Cher.

1 - La loi du 02 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales (loi 2002-2)

Ce qu'elle apporte :

- Elle reconnaît - et incite à - l'élargissement et la diversification des modes de prise en charge (domicile, ambulatoire, services, accueil temporaire) permettant une véritable individualisation des réponses.
- Elle insiste sur les droits des usagers et de leur famille en rappelant notamment leur nécessaire participation à l'élaboration du projet individualisé qui les concerne et à la vie de l'établissement ou du service.
- Elle encourage, en ouvrant de nouveaux cadres juridiques, la mise en réseaux, la mutualisation des moyens, le rapprochement voire le regroupement des établissements et services médico-sociaux.
- Elle renforce les instruments de planification en rappelant la nécessaire identification des besoins médico-sociaux, en articulant les autorisations de création et d'extension aux schémas d'organisation sociale et médico-sociale et en soulignant les liens à établir entre planification sanitaire et médico-sociale.
- Elle met en place le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS), transformé en Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et des procédures d'évaluation (interne et externe) dans les établissements et services.
- Elle prévoit un plan Bientraitance, annoncé au printemps 2007, et des recommandations de l'ANESM concernant la lutte contre la maltraitance (recommandations sur : la définition et la déclinaison du concept de bientraitance ; la prévention de la maltraitance à domicile ; le rôle de l'encadrement et la mission du responsable d'établissement dans la prévention et le traitement de la maltraitance)

2 - La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (loi n°2005- 102)

Ce qu'elle met en place :

- En s'appuyant sur une définition du handicap laissant place à la notion d'environnement¹ comme coproducteur des limitations de participation sociale constitutive du handicap, elle légitime et invite à de nouveaux positionnements des acteurs politiques, sociaux et médico-sociaux : promotion des personnes, accès au droit commun, actions sur l'environnement autant que directement sur la personne.
- Elle cerne une politique globale du handicap moins centrée sur la prise en charge institutionnelle et davantage axée sur le maintien en milieu de vie, de scolarisation et de travail ordinaire et l'accessibilité.
- L'inscription à l'école ordinaire la plus proche de son domicile devient la norme.
- Elle insiste sur la notion de choix de vie et de projet de vie.
- Elle instaure un droit à compensation du handicap.
- Elle crée un guichet unique : la maison départementale des personnes handicapées et regroupe en son sein une équipe pluridisciplinaire (évaluation et proposition d'un plan d'aide individualisé) et une commission des droits et de l'autonomie (regroupant anciennes CDES et COTOREP). Ce dernier regroupement visant notamment à éviter la discontinuité du parcours et les ruptures entre le secteur adultes et enfants.
- La loi de 2005 fera l'objet d'un Comité de suivi de la politique du handicap et donnera lieu à la première Conférence nationale du handicap au printemps 2008.
- **Le nouveau droit à compensation du handicap pour les enfants handicapés**
La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 supprime la barrière d'âge pour les enfants handicapés en leur rendant accessible la prestation de compensation du handicap (PCH) à partir du 1^{er} avril 2008.
- **Le plan d'action pour la scolarisation des enfants handicapés lancé en août 2007**
 - Il rend obligatoire la scolarisation des enfants handicapés, et renforce la coopération éducation nationale et secteur social et médico-social ; un décret est en préparation sur ce sujet
 - Il met en œuvre unité d'enseignement et unité pédagogique d'intégration

¹ « Constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »

- Il prévoit l'amélioration de la formation et de la qualification professionnelle des auxiliaires de vie scolaire qui accompagnent les élèves handicapés
- Il prévoit la mise en place de dispositifs relatifs à la formation des métiers du handicap (Plan « métiers du médico-social ») avec des mesures spécifiques relatives à la formation et à la qualification professionnelle de l'ensemble des métiers du handicap.
- Vers la mise en place d'un véritable « droit opposable à la scolarisation », qui doit permettre à chaque enfant handicapé de trouver une solution adaptée à ses besoins particuliers.

3 - La politique nationale en faveur des personnes autistes et atteintes de TED

- Elle est mise en pratique par une circulaire interministérielle du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED), qui rappelle notamment la nécessité :
 - **d'intensifier et diversifier l'offre des services et établissements médico-sociaux.**
Il s'agit d'augmenter l'offre apportée par les établissements ou services médico-sociaux et de diversifier ses formes. L'objectif sera de proposer des services en suffisance, adaptés en termes de temps d'accompagnement et de qualité et, en particulier, d'apporter une réponse aux cas sans solution et en tout premier lieu aux cas les plus lourds.
 - **d'adapter les établissements et services à l'accueil des personnes autistes y compris en créant au sein de ces établissements des unités dédiées**, au-delà de la création de structures spécifiques. En effet, la question de la spécificité des services et établissements pour personnes autistes est régulièrement soulevée (rapport de J.F. Chossy).
 - **de développer des formes nouvelles d'accompagnement des enfants, des adolescents et des adultes.** (SESSAD, SAMSAH, accueil temporaire...).
 - **d'encourager, tant pour les enfants et adolescents que pour les adultes, la création de petites structures bien implantées dans la communauté ou d'unités spécifiques au sein de structures accueillant un public plus large, dotées d'un personnel suffisant.**
 - **de permettre aux structures accueillant individuellement des enfants, adolescents ou adultes autistes de se doter des moyens nécessaires pour leur apporter un service adapté** : notamment la possibilité d'une prise en charge individuelle à la hauteur de leur besoin (renforcement du personnel, aménagements des locaux).

- **de développer les formules de vacances et de loisirs.**
- **de prévenir et accompagner les situations de crise ou les périodes de grande difficulté.**
- **Les suites à venir : Le plan autisme 2008-2010**

Les principales orientations sont les suivantes :

- améliorer le dépistage le plus précoce possible
- assurer la scolarisation la plus adaptée à la capacité des enfants, si possible en école ordinaire avec un accompagnement adapté. La formation à l'autisme d'auxiliaires de vie scolaire sera intégrée dans le plan métiers du handicap en 2008
- une enveloppe de places sera réservée aux personnes autistes dans le nouveau plan quinquennal de création de places en établissements et services pour personnes handicapées.

4 - L'articulation avec le sanitaire

- **Le plan Santé mentale pour 2007**

Celui-ci prévoit de conforter les dynamiques engagées par le plan 2006 liées à la coordination des secteurs sanitaire, social et médico-social, en facilitant leur appropriation par les différents acteurs locaux. Il est ainsi prévu le développement de la coopération des MDPH avec les équipes de psychiatrie dans l'évaluation du handicap psychique et la montée en charge et le fonctionnement des centres de ressources pour l'autisme et les troubles envahissants du développement, sous l'égide du Préfet.

- **Le schéma régional d'organisation sanitaire dans la région Centre 2006-2011, 3ème génération (SROS III - actualisation en région Centre ?)**

Le SROS III prévoit d'assurer la cohérence de la prise en charge en développant les liens et la coopération avec le secteur médico-social, dans le cadre de :

- la lutte contre la maltraitance,
- la prise en charge des enfants et adolescents handicapés ou à risque de handicap (l'amélioration du dépistage d'origine prénatale ; la prise en charge en réseau des enfants pour lesquels un handicap a été dépisté),
- la prise en charge des adolescents en difficulté.

Le SROS III, dont la santé mentale est la principale priorité, s'attache notamment au développement de services pour adolescents.

5 - A noter également

- **Les textes redéfinissant le cadre de référence et de fonctionnement des ITEP (décret n°2005-11 du 6 janvier 2005** définissant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques).
- **Les textes encadrant l'accueil temporaire** (décret n°2004-231 du 17 mars 2004 et circulaire DGAS du 12 mai 2005).
- **Le plan Métiers du médico-social.**

Ce plan, annoncé le 12 février 2008, met en avant 4 priorités :

- faciliter l'identification des besoins
- recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs
- former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels
- valoriser les métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Un cadre déontologique et éthique sera élaboré pour l'intervention des professionnels en établissements ou à domicile. Ce cadre déontologique fera l'objet d'une recommandation de l'Agence Nationale d'Evaluation sociale et médico-sociale appuyée par des modules de formation initiale et continue sur la base de propositions du Conseil Supérieur du Travail Social.

Eléments concernant le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2007-2011 de la région Centre

Le PRIAC 2007/2011 de la région Centre prévoit les orientations suivantes, susceptibles d'avoir des incidences dans le Loir et Cher.

▪ ***Orientations pour les enfants et les adolescents***

- le développement de l'offre de CAMSP en facilitant un accès de proximité, avec la création d'antennes au CAMSP de Blois sur les territoires de Vendôme et de Romorantin
- l'amélioration des capacités de prise en charge en SESSAD quel que soit le handicap et dans un souci de réponse de proximité
- la consolidation du nombre de places en établissements pour jeunes autistes (accroître une section spécialisée existante dans le Loir et Cher à hauteur de 3 places d'internat et 4 d'externat)
- la diversification des modes d'accueil en établissements en développant l'accueil temporaire quel que soit le type de handicap
- l'amélioration de l'accueil des polyhandicapés, du plus jeune âge, par le biais de jardins d'enfants, à l'adolescence, dans les structures d'accueil de jour (dans le Loir et Cher, le PRIAC indique que les capacités de prise en charge pouvaient être améliorées avec 8 places supplémentaires, dont 3 financées en 2006 ; ce département prévoit en outre la création d'un jardin d'enfants spécialisé (environ 15 places) en 2010)
- l'accompagnement de l'évolution du rôle des IME notamment par création, extension ou transformation de places dans un objectif d'ouverture vers le milieu ordinaire
- l'amélioration des capacités de prise en charge en CMPP

Eléments relatifs au schéma départemental du Loir et Cher pour les adultes handicapés

Le schéma départemental des personnes adultes handicapés du Loir et Cher arrêté en 2002 indique que ce département est globalement bien doté en établissements pour adultes handicapés comparativement aux autres départements : avec un taux d'équipement global (hors services à domicile) de 8,79 places installées pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, il était à l'époque au-dessus de la moyenne régionale (7,85 au 01.01.00) et nationale (6,62 au 01.01.00).

Des différences existaient selon les types de structures avec des taux d'équipement au-dessus de la moyenne régionale et nationale pour les entreprises adaptées, les centres de réinsertion professionnelle, les foyers d'hébergement et les foyers d'accueil médicalisés et inférieur pour les ESAT, les Maisons d'accueil spécialisées et les foyers occupationnels. Par ailleurs, de fortes disparités intra départementales émergeaient, puisque le Nord du département semblait globalement suréquipé par rapport au Sud.

Le schéma faisait état également d'une volonté de développement du maintien à domicile.

Ce schéma a été actualisé. Ses travaux ont permis de définir les quatre grands axes suivants, pour la période 2008/2012 :

- L'adaptation de la capacité d'accueil au besoin identifié, par une meilleure connaissance des publics accueillis en aval et en amont de la décision d'orientation. Cela nécessite l'utilisation d'un référentiel commun des types de handicap et la mise en œuvre d'un outil de gestion de demande d'accès à un établissement ou service qui convienne également pour les mineurs accueillis ;
- L'évolution de l'offre d'accompagnement, d'hébergement et de service par le développement de l'aide à domicile en ayant recours à des moyens diversifiés : la réorientation de l'offre d'accueil des établissements, l'organisation du soutien aux aidants familiaux, l'accentuation de la politique des accueils familiaux territoriaux... ; (toute action consistant à une adaptation qualitative de l'offre)
- L'amélioration du fonctionnement du dispositif actuel par la mise en place d'une organisation territoriale coordonnée à partir : de réseaux locaux et d'un développement de l'information avec les partenaires (MDPH, PDITH...)
- L'organisation du suivi de la mise en œuvre du schéma (réunion annuelle du comité de pilotage)

- **Les capacités d'accueil en 2008**

- **Tableau 1 – Capacités d'accueil pour les adultes handicapés au 31 décembre 2008**

<i>Type d'établissement</i>	<i>Places disponibles</i>			
	2002	2004	2006	2008
<i>Foyers d'hébergement</i>	274	280	291	291
<i>Foyers occupationnels et accueil de jour</i>	162	162	240	240
<i>FAM</i>	205	205	204	199
<i>MAS</i>	20	20	60	84
<i>ESAT</i>	458	502	547	572
<i>Services accompagnement à la vie sociale – services d'accompagnement social</i>	90	191	225	238
<i>Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés</i>			35	35
<i>Services de soins infirmiers à domicile</i>	20	35	44	61
Total	1229	1395	1646	1720

- **Les capacités d'hébergement, d'accueil de jour et d'accompagnement à domicile**

On constate qu'au 31 décembre 2008 le Loir et Cher dispose de 84 places installées en MAS (+ 18 à installer à l'achèvement de la construction de la MAS pour handicapés psychiques de Romorantin), conformément à l'objectif d'augmentation substantielle de la capacité d'accueil en MAS issu du précédent schéma.

Un certain nombre des places de FAM et de FO ont été requalifiées avec ajustement des moyens, la grande majorité des établissements disposant désormais de deux sections : FAM (199 places) et foyers occupationnels (240 places). Les modes d'accueil ont été diversifiés pour mieux répondre aux besoins d'accueil de jour et d'accueil temporaire. Les nouveaux établissements ont été ouverts sur des zones géographiques non couvertes.

Au regard de l'évolution des besoins des personnes qui tendent à la vie à domicile, un SAMSAH pour personnes déficientes motrices de 35 places a été créé, et les SSIAD ont étendu leur action aux personnes handicapées. De nouvelles places dans des services d'accompagnement social et d'accompagnement à la vie sociale sont venues diversifier la prise en charge des travailleurs handicapés.

- **Les capacités d'accueil en ESAT**

Le nombre de places d'ESAT est en augmentation constante avec la création d'un ESAT « hors les murs » et l'extension d'ESAT existants.

- **Les capacités d'accueil en entreprises adaptées**

Le Loir et Cher disposait, au 31 décembre 2006, de 307 places en entreprises adaptées.

➤ **Le Loir et Cher dispose au total de 1720 places médico-sociales pour les personnes adultes handicapées à la date de fin 2008.**

- **Les taux d'équipement**

On constate :

- un taux d'équipement en MAS de 0,60 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (soit un taux **supérieur** à la moyenne régionale - 0,53 - mais **inférieur** à la moyenne nationale - 0,70-)
- un taux d'équipement en FAM de 1,25 **supérieur** à la moyenne régionale - 0,77 - et à la moyenne nationale - 0,54
- un taux d'équipement en foyers occupationnels de 1,49, **inférieur** à la moyenne régionale de 1,54, mais **supérieur** à la moyenne nationale de 1,19
- un taux d'équipement en ESAT de 3,46, **inférieur** à la moyenne régionale de 3,61 mais supérieur à la moyenne nationale de 3,38 places.

- **Tableau 2 – Les taux d'équipement du département au 31 décembre 2008 (Source DRASS-CG)**

Type d'établissement	Taux d'équipement départemental	Taux d'équipement régional	Taux d'équipement national
	2008	2008	2008
Foyers occupationnels (données 2006)	1,49	1,54	1,19
FAM	1,25	0,77	0,54
MAS	0,60	0,53	0,70
ESAT	3,46	3,61	3,38
Foyers d'Hébergement (données 2006)	1,77	1,57	NC
SAMSAH	0,33	0,22	0,10
SSIAD	0,49	0,22	0,12

Quelques points sur l'articulation avec le schéma « enfance-famille »

En ce qui concerne le dispositif « enfance, famille », trois axes majeurs se dégagent :

- une meilleure connaissance des publics enfants et adolescents afin d'affiner les décisions qui président aux orientations en direction des usagers ;
- intégrer les acteurs dans des réseaux coordonnés à partir d'une logique de territoire organisé ;
- identifier les besoins individuels et personnaliser les réponses et organiser des actions collectives en direction des familles.

Toutes les réflexions engagées doivent également intégrer les prérogatives de la loi sur la réforme de la protection de l'enfance votée en 2007.

En outre, quelques thèmes majeurs font l'objet d'enjeux communs et doivent alimenter les réflexions du schéma.

Il s'agit notamment de réaliser la meilleure articulation possible au regard des situations complexes que présentent certains enfants qui cumulent des difficultés psychologiques et sociales et parfois un handicap sévère.

Ainsi, il est recensé par les services départementaux, 47 enfants accueillis en établissement médico-social parmi les 527 enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance. Il importe également, au cours du schéma, d'entamer une réflexion sur la complémentarité des dispositifs de protection de l'enfance et de l'enfance handicapée et ainsi d'affiner les prescriptions concernant les temps partagés.

L'adaptation de l'offre doit intégrer cette dimension transversale à retranscrire d'une part dans une dimension de territorialité et, d'autre part, en prenant en compte le recours aux familles accueillantes.

L'objectif recherché dans le cadre de l'articulation entre les schémas est de concevoir un dispositif à même de sécuriser les prises en charge et d'opter davantage sur le long terme plutôt que d'avoir recours à des orientations par défaut car non anticipées. Il s'agit enfin, de fluidifier les trajectoires afin de faire face aux accompagnements les plus difficiles et d'éviter la chronicité de certaines prises en charge.

- **Deuxième partie**

- Éléments de cadrage démographiques**

- 1. Données sur l'évolution de la population**

- 2. Les dynamiques de territoires**

- 3. Prévalence des handicaps**

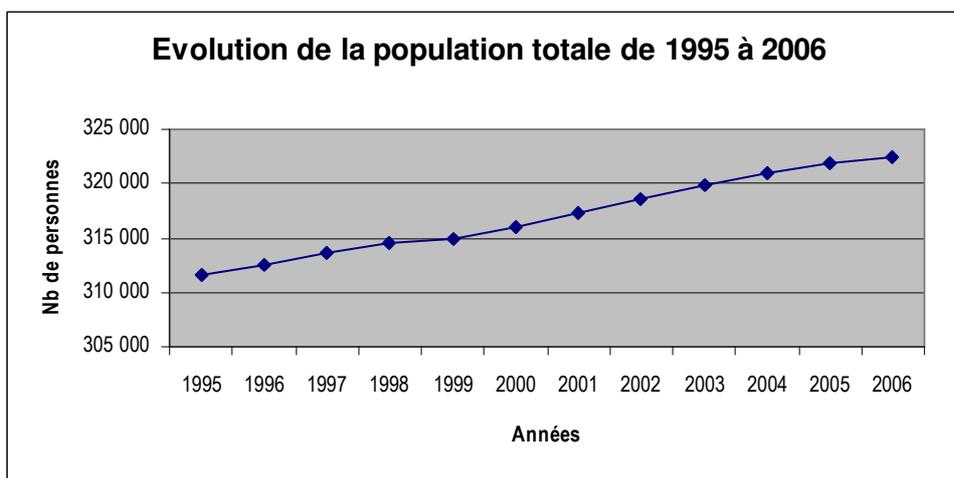
1 - Données générales de population

La population du Loir et Cher est estimée à 322 499 au 1^{er} janvier 2006 (Insee). Elle a augmenté de 3,5% entre 1995 et 2006 (soit environ + 0,3 % par an). Dans cette période le Loir et cher a donc gagné 10 909 habitants.

Dans le même temps, la population des 0-19 ans a baissé de 1,3 % (soit 0,1% par an) passant de 76 039 à 75 020. Sa part dans la population totale a donc baissé passant de 24,4% à 23,6% (contre 25% en moyenne en France).

L'indice de vieillissement - nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans - (au 01 janvier 2005) est de 88,8 dans le Loir et Cher (75,5 en région Centre, 65,9 en France, 109,3 dans l'Indre).

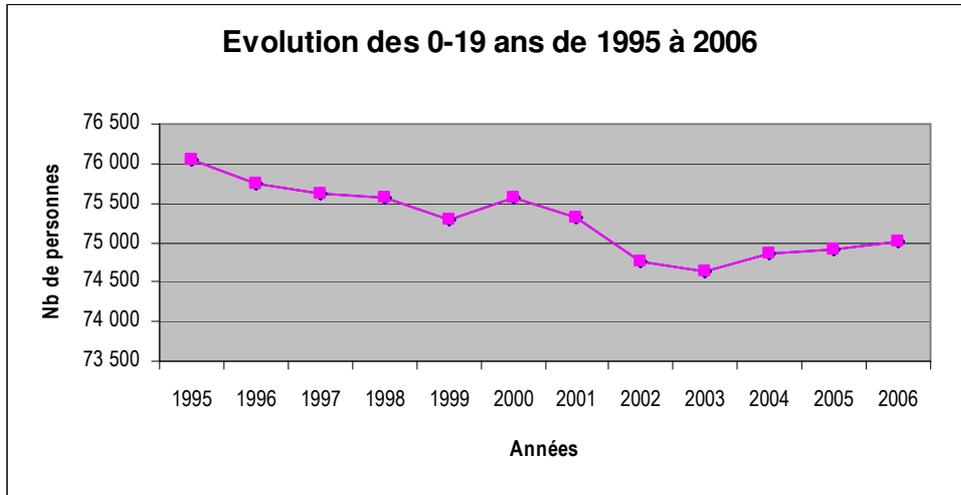
- **Graphique 1 – Evolution de la population totale de 1995 à 2006**



- **Tableau 3 – Population des 0-19 ans – Estimation au 1er janvier 2006**

Population des 0-19 ans - Estimation au 1er janvier 2006			
	Les moins de 20 ans	Population totale	% des moins de 20 ans
Cher	70 900	314 999	22,50%
Eure et Loir	108 110	418 999	25,80%
Indre	49 106	231 999	21,10%
Indre et Loire	138 009	571 498	24,10%
Loir et Cher	75 020	322 499	23,26%
Loiret	169 101	644 998	25,40%
France	15 800 940	62 998 818	25%

- **Graphique 2 – Evolution de la population des 0-19 ans de 1995 à 2006**



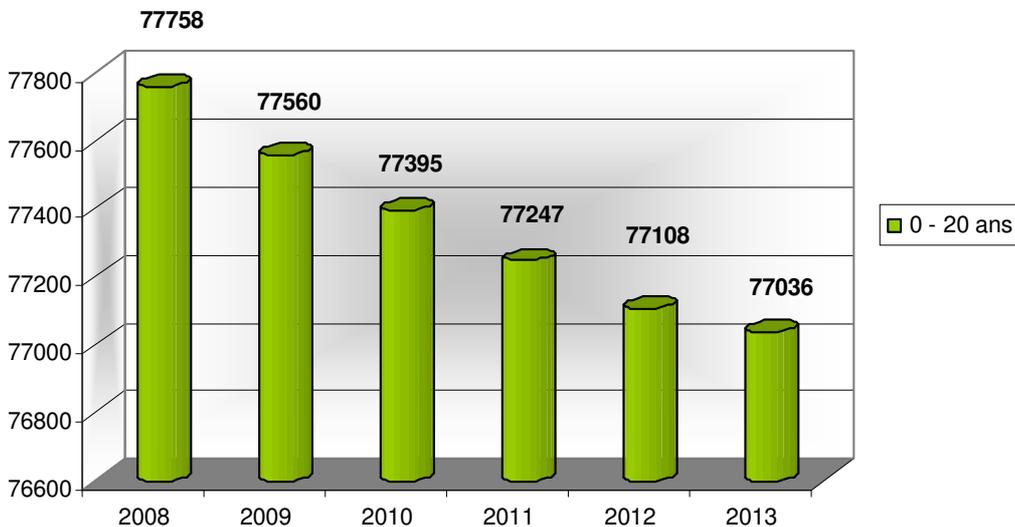
- **Tableau 4 – Comparaison de l'évolution de la population des 0-19 ans avec la population totale de 1995 à 2006**

	Les moins de 20 ans	Population totale	% des moins de 20 ans
1995	76 039	311 590	24,40%
2006	75 020	322 499	23,60%

L'analyse ci-dessus se réalise à partir de la tranche 0-19 ans qui est celle traditionnellement utilisée par l'INSEE pour son analyse de la structure par tranches d'âges de la population et permet donc une analyse comparative.

Si on inclut la tranche des 20 ans : population 0-20 ans inclus au 1^{er} janvier 2005 : 77979.

Projections de la population des 0-20 ans 2008 -2013 (modèle OMPHALE (Insee)).



Les projections indiquées par le modèle OMPHALE montrent bien une baisse continue de la population des moins de 20 ans.

Le Loir et cher n'échappe donc pas à la tendance de vieillissement de la population française. Autant la projection du nombre de personnes âgées est inscrite dans la pyramide des âges actuelle, autant l'effectif des personnes âgées de moins de 20 ans dépend fortement de l'hypothèse de fécondité retenue.

En 2005, le taux de natalité (naissances pour 1000 habitants) en Loir et Cher est inférieur à la moyenne régionale et nationale : 11,6 contre respectivement 12 et 12,7. Le taux de fécondité (naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) est lui supérieur à la moyenne régionale et nationale (54,3 contre 52,8 et 53,5)

2 - Les dynamiques de territoires

Le Loir et Cher se caractérise par une faible densité moyenne de population (51 habitants au Km² contre 64 en région Centre et 112 en France métropolitaine).

Département traversé par des « territoires » aux logiques et dynamiques démographiques différentes :

- densités plus fortes et concentration de population de l'axe ligérien (de St-Laurent Nouan à Onzain) et de Cellettes à Herbault autour de Blois. Les plus fortes croissances de population ont eu lieu sur les zones correspondant à la frange sud de l'agglomération blésoise (notamment canton de Contres).
- Une zone de densité « vallée du Cher » - Axe Romorantin / Selles-sur-Cher / Montrichard
- Et globalement sud ouest de jonction de densité moyenne
- Une zone « Sologne », Sud-Est à faible densité de population et isolement Salbris / Nouan / Lamotte-Beuvron. Les cantons de Salbris et Romorantin Nord sont parmi les 4 cantons qui sont en déclin démographique net.
- Une zone Nord : agglomération de Vendôme (+ vallée du Loir) et faibles densités. Cantons de Droué et de Mondoubleau en déclin démographique. **(cf annexe 1)**

L'agglomération blésoise (territoire Agglopolys) regroupe près du tiers de la population du département.

3 - Prévalences des handicaps

- **Tableau 5 – Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) du Loir et Cher à partir de la prévalence, pour mille enfants.**

Enquêtes enfants	Taux de prévalence pour mille enfants	Loir et Cher	Total Région
RHEOP 89-91 - handicaps sévères -	9,2	689	5562
<i>INSERM 1998 - handicaps sévères -</i>	8	599	4836
INSERM 1998 - tous handicaps -	19	1422	11487

Extrapolation à partir des données INSEE de la population **au 1^{er} janvier 2004**

- **Tableau 6 - Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) par type de handicap à partir de la prévalence des déficiences, pour mille enfants.**

Enquête INSERM 1998 Handicaps	Taux de prévalence pour mille enfants	LOIR ET CHER	REGION
Trisomie 21	0,98	74	593
Autres <i>retards mentaux sévères</i>	2,58	193	1560
Paralysies cérébrales	1,84	138	1112
Cécités, amblyopie	0,68	51	411
Surdités <i>profondes et sévères</i>	0,69	52	417
Autismes	0,53	40	320
Autres <i>psychoses</i>	1,42	106	858

Extrapolation à partir des données INSEE de la population **au 1^{er} janvier 2004**

● **Troisième partie**

Etat des lieux du dispositif pour enfants et adolescents handicapés

1. Le dispositif médico-social

2. Le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile

3. La scolarisation des enfants et adolescents handicapés

4. Etudes de population

1 - Le dispositif médico-social

1.1 – Caractéristiques du dispositif et orientations générales et spécifiques du schéma départemental annexe XXIV de 1992

La précédente réflexion menée sur le dispositif départemental portait sur un équipement structuré à partir des établissements relevant des annexes XXIV. Il avait été observé à l'époque :

- Une forte implantation rurale et dispersée des établissements relevant des annexes XXIV, certains étant situés en limite de département, mais également une faiblesse d'équipement notamment au sud du département.
- Une répartition entre les places d'internat et de semi-internat interrogée au regard de la prescription de l'internat en tant que réponse éducative et non pas en termes de réponse à l'éloignement géographique du lieu de vie des enfants et adolescents (IME de Vendôme et Blois accueillant en semi-internat).
- Un net déséquilibre en ce qui concerne les enfants polyhandicapés obligés d'être accueillis hors département et des enfants présentant un handicap moins lourd ressortissants d'autres départements accueillis au sein des établissements du Loir-et-Cher.
- Une diminution des effectifs des sections IMP et une entrée en IME plus tardive due à la mise en place des mesures d'intégration scolaire, qui tend à orienter la moyenne d'âge des enfants accueillis à la hausse.
- La forte proportion de jeunes originaires de l'extérieur du département (38 % de la population totale accueillie en IME – 62 % de la population totale accueillie en ITEP) avec un taux d'encadrement global moyen de 0.58 ETP/enfant pour les IME et 0.72 ETP/enfant pour les ITEP.
- En 1992, seuls les IME de Blois et Mareuil ne disposent pas d'enseignants. Ils accueillent les enfants les plus sévèrement handicapés. Les ITEP disposent tous d'enseignants spécialisés.
- Pour les IME, les implantations rurales ne favorisent pas les intégrations scolaires, de même pour les ex « IR » devenus ITEP, seuls 20 % des élèves bénéficient d'une intégration scolaire.

Le schéma départemental de 1992 privilégiait une logique d'équipement, réaménagée à partir :

- d'un développement par pôles territoriaux : Blois, Vendôme, Romorantin.
- d'une souplesse et d'une complémentarité entre les établissements en direction des 12-16 ans et d'une généralisation de la mixité.
- d'une présence d'enseignants dans tous les établissements et de l'amplification du dispositif d'intégration scolaire.
- d'une maîtrise des recrutements extérieurs et d'un recentrage du dispositif sur les besoins départementaux.
- du développement de la coordination et de la collaboration avec les services de pédopsychiatrie.

Pour le développement des capacités d'accueil, et en réponse aux besoins départementaux, il était prévu, sur un plan général, de développer les places de SESSAD par redéploiement partiel des places d'IME et d'ITEP et de se doter de moyens supplémentaires pour la prise en charge des enfants polyhandicapés.

Il s'agissait également d'orienter des moyens spécifiques en direction des adolescents et d'accroître la lisibilité et l'opérationnalité des moyens thérapeutiques et éducatifs des ITEP afin de les cibler davantage sur des jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement.

Notons, à cette époque, la faiblesse d'équipements concernant l'accueil des enfants polyhandicapés et l'absence d'équipement pour les enfants autistes, déficients sensoriels et handicapés moteurs.

L'évolution du nombre de places au cours des dernières années s'est orientée vers une réduction des capacités d'accueil des IME et le recentrage de celles-ci en faveur de la population du département du Loir et Cher. En outre, ce mouvement de recentrage se concevait également pour les ITEP.

1.1.1 - Le point sur les créations de structures depuis le précédent schéma.

Cf. Tableau 7 (page suivante) et Cf. Carte Annexe 2 Evolution du nombre de places Enfance handicapée de 1997 à 2007

- création d'un SESSAD (3 à 20 ans), pour jeunes déficients intellectuels de 20 places, adossé à l'IME Joseph Perrin de Vouzon par redéploiement et création d'une section d'enfants autistes d'une capacité de 7 places ;
- augmentation de la capacité d'accueil du SESSAD de Trisomie 21 de Vendôme (0-20 ans) -(30 places autorisées) ;
- création en 2001, d'un SESSAD de 20 places (0-20 ans) pour enfants et adolescents présentant des troubles de la conduite et du comportement adossé à l'ITEP Le Logis de St Bohaire ;
- transformation de 25 places d'IME en places d'ITEP à Herbault ;
- création d'un SESSAD (0-20 ans) situé à Blois pour enfants déficients intellectuels et polyhandicapés et augmentation successive du nombre de places (32 places autorisées) ;
- création d'un SAFEP SSEFIS départemental situé à Blois (0-20 ans) pour enfants déficients auditifs ou dysphasiques de 22 places installées à Blois (40 places autorisées) ;
- création d'un SESSAD départemental pour déficients moteurs (0-20 ans) d'une capacité actuelle de 30 places ;
- création d'une Maison à Caractère Educatif et Thérapeutique d'une capacité de 6 places (6-16 ans) pour l'accueil temporaire et séquentiel de jeunes autistes à Prépatour, ainsi que la création de 5 places pour enfants autistes (6 à 16 ans) au sein de l'EMP ;
- augmentation des places pour enfants polyhandicapés au sein de l'IME « les Grouets ». (12 places autorisées) et ouverture prévue d'un accueil temporaire de 4 places en 2009.

• **Tableau 7 – Evolution du nombre de places Enfance handicapée de 1997 à 2008**

Etablissement	Capacité en 1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Capacité au 01/01/2008	% d'évolution	Evolution prévue en 2008
Places IME	361											354	- 1,94%	
IME Les Basses Fonatines	75											75		
IME Herbault	75											75		- 4
IME Prépatour	45							- 2				43	- 4,44 %	
IME Joseph Perrin	80							- 5				75	- 6,25 %	
IME Les Grouets	36											36		
IME Les Brunetières	50											50		
Places ITEP	188											176	- 6,38 %	
ITEP Herbault	25											25		- 4
ITEP Le Logis	55											55		
ITEP L'Audronnière	60											60		
ITEP La Maison des Enfants	48		- 12									36	- 25 %	
Places Polyhandicapés	16											22	+ 37,5 %	
IME Les Grouets	6	2	4									12	100 %	4 (accueil temporaire)
IME Les Brunetières	10											10		
Places Autisme												18		
IME Prépatour	0							4 dont 2 par redéploiement			1	5		
MACET Prépatour	0									6		6		
IME Joseph Perrin	0							7 dont 5 par redéploiement				7		
Places SESSAD	52											154	196,15 %	
SESSAD Herbault	0													10 dont 8 par redéploiement
SESSAD Le Logis					7	10	3					20		
SESSAD Joseph Perrin	14	4	2									20		
SESSAD ADAPEI	26 (+4)			4							2	32		
SESSAD Trisomie 21 Loir et Cher	12	3				2		3	4		6	30		
SAFEP – SSEFIS AIDAPHI									8	6	8	22		18
SESSAD APF					5	24	1					30		
SESSAD Dialogue Autisme														20
TOTAL	617											724	17,34 %	
SSAI La Bolière												13		

1.1.2 - L'évolution des taux d'équipement du département.

On note une évolution globale du taux d'équipement de 17,34 % au cours des 10 dernières années. Cette augmentation se remarque essentiellement pour les places de SESSAD qui ont augmenté de presque 200% et qui couvrent des besoins qui n'étaient pas pourvus en 1997.

Cette évolution concerne essentiellement les enfants et adolescents, déficients intellectuels, handicapés moteurs, déficients auditifs et dysphasiques et dans une moindre mesure les jeunes autistes et présentant des troubles envahissants du développement ainsi que pour les enfants présentant une déficience visuelle.

On remarque une légère inflexion à la baisse du nombre de places d'IME et d'ITEP, celle-ci s'explique par le recentrage des besoins sur le département et la mise en œuvre d'une politique de redéploiement favorisant les modes d'accompagnement ambulatoires. Cette situation s'accompagne d'un développement des mesures d'intégration scolaire souhaité de part l'évolution des politiques publiques menées ces dernières années afin de promouvoir l'accueil en milieu scolaire ordinaire.

Notons enfin les prévisions d'augmentation de capacité d'accueil du SESSAD adossé à l'établissement d'Herbault au cours du premier semestre 2008 de 10 places (5 places pour déficients intellectuels ; 5 places pour enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement) et l'ouverture d'un SESSAD pour jeunes autistes. (20 places).

Cf. Tableau 8 (page suivante)
Etablissements et services pour enfants handicapés dans le Loir et Cher

• **Tableau 8 – Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés dans le Loir et Cher**

ETABLISSEMENTS	Capacité	Régime	Tranche d'âge	Sexe	Type handicap	
INSTITUTS MEDICO-EDUCATIFS						
IME Les Basses Fontaines (<i>établissement public autonome</i>)	75 places		I – PFS – SI	6 à 20 ans	mixte	D. mentales
IME Herbault (<i>établissement public autonome</i>)	71 places		I – SI	12 à 20 ans	mixte	D mentales
IME Prépatour (<i>CIAS de Vendôme</i>)	48 places	(dont 5 pl autistes)	SI	6 à 16 ans	mixte	Autistes – D. mentales
MACET Prépatour (<i>CIAS de Vendôme</i>)	6 places	(3 pl. temporaires et 3 pl. séquentielles)	I	6 à 16 ans	mixte	Autistes – D. mentales
IME Joseph Perrin (<i>FNCPG</i>)	82 places	(dont 7 pl autistes)	I – PFS – SI	6 à 20 ans	mixte	Autistes – D. mentales
IME Les Grouêts (<i>ADAPEI</i>)	36 places		SI	6 à 20 ans	mixte	D. mentales et Polyhandicapés
IME Les Brunetières (<i>CH de St Aignan</i>)	12 places Poly. 50 places 10 places Poly.		I	6 à 20 ans	mixte	D. mentales et Polyhandicapés
ITEP						
ITEP Herbault (<i>établissement public autonome</i>)	21 places		I - SI	14 à 20 ans	garçons	TCC
La Maison des Enfants (<i>Association Enfance Heureuse</i>)	36 places		I	6 à 20 ans	garçons	TCC
L'Audronnière (<i>UMIF</i>)	60 places		I - SI	6 à 16 ans	mixte	TCC
Le Logis (<i>AIDAPHI</i>)	55 places		I - SI	6 à 20 ans	Mixte jusqu'à 16 ans (filles pour 16 ans et +)	TCC
SESSAD						
SESSAD Herbault (<i>établissement public autonome</i>)	10 places	(Ouverture prévue 1 ^{er} semestre 08)		6 à 20 ans	mixte	5 pl DI + 5 pl TCC
SESSAD Le Logis (<i>AIDAPHI</i>)	20 places			0 à 20 ans	mixte	T.C.C
SESSAD Romorantin (<i>FNCPG</i>)	20 places			3 à 20 ans	mixte	D. mentales
SESSAD Blois (<i>ADAPEI</i>)	32 places			0 à 20 ans	mixte	D. mentales + polyhandicap
SESSAD Vendôme (<i>Trisomie 21 Loir-et-Cher</i>)	30 places			0 à 20 ans	mixte	D. mentales
SAFEP-SSEFIS (<i>AIDAPHI</i>)	40 places	(22 places installées)		0 à 20 ans	mixte	D. Auditives / dysphasies
SESSAD (<i>APF</i>)	35 places			0 à 20 ans	mixte	D motrices
SESSAD (<i>Dialogue Autisme</i>)	20 places	(Ouverture prévue 1 ^{er} semestre 08)		0 à 20 ans	mixte	Autisme et TED
CMPP	11 000 séances			2 à 20 ans	mixte	
CAMSP	75 places			0 à 6 ans	mixte	polyvalent
SSAI	13 places			3 à 20 ans	mixte	Déficiences visuelles

1.2 - Situation comparative des enfants accueillis hors département depuis le précédent schéma

- **Tableau 9 - Origine de la population accueillie dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 1992 (Données schéma 1992)**

Enfants et adolescents :	D. intellectuels		Polyhandicapés	TCC		D. moteurs	D. Auditifs	D. Visuels
- du 41 accueillie dans le 41	269	62%	17	58	36%	-	-	-
- hors 41 accueillie dans le 41	165	38%	-	161	64%			
<i>Total</i>	<i>434</i>		<i>17</i>	<i>219</i>				
- du 41 accueillie hors du 41	67		16	47		33	26	9

- **Tableau 10 - Origine de la population accueillie dans les établissements pour enfants et adolescents handicapés en 2007 (Données MDPH 31 décembre 2007)**

Enfants et adolescents :	D. intellectuels	Polyhandicapés	TCC	D. moteurs	D. Auditifs	D. Visuels	Tr. langage
- du 41 accueillie dans le 41	344	21	128	-	-	-	-
- hors 41 accueillie dans le 41	22	-	42				
<i>Total</i>	<i>366</i>	<i>21</i>	<i>170</i>				
- du 41 accueillie hors du 41	22	16	2	35	14	6	5

On observe, dans une large mesure, un réel recentrage de l'offre médico-sociale des établissements (IME-ITEP) en direction des populations du Loir et Cher depuis le précédent schéma. Cette évolution permet d'ajuster les réponses aux besoins en favorisant une logique de proximité territoriale. Cette transformation a eu pour effet majeur de limiter l'accueil dans le Loir et Cher des enfants ressortissants des départements limitrophes et de la région parisienne.

Parallèlement, le nombre d'enfants résidants dans le Loir et Cher mais accueillis dans des établissements médico-sociaux d'autres départements a nettement régressé.

Cependant, pour les enfants polyhandicapés cette tendance joue peu car, au regard des données départementales, la légère augmentation de places ne comble pas les besoins du département.

En outre, le développement des services ambulatoires destinés à accompagner les enfants déficients moteurs et déficients auditifs ne comble pas le déficit de places en établissement, notamment pour les enfants souffrant de déficience motrice. L'ouverture du SAFEP SSEFIS de Blois a quelque peu infléchi cette tendance pour les enfants déficients auditifs.

- **Tableau 11 – Origine des populations accueillies en SESSAD au 31 décembre 2007**

	Du 41 dans le 41	Hors 41 dans le 41	Du 41 à l'extérieur
Déficients intellectuels	84	3	
TCC	20		
Déficients moteurs	37		2
Polyhandicaps	1		
Déficients auditifs	12	1	6
Déficients visuels	14		
Troubles du langage	9		
Autisme et TED			2
TOTAL	177	4	10

La situation des SESSAD nous montre un accueil marginal des populations ressortissantes d'autres départements. 10 jeunes du département sont accompagnés par un SESSAD en dehors du Loir et Cher dont 6 enfants déficients auditifs.

177 jeunes résidents en Loir et Cher sont accompagnés par un SESSAD du département.

Nous mentionnons, par ailleurs, la création d'un SESSAD pour jeunes autistes et TED agréé pour 20 places, lors du second semestre 2008. Par ailleurs, 5 places de SESSAD pour enfants déficients intellectuels sont créées ainsi que 5 places pour enfants souffrant de troubles de la conduite et du comportement au sein d'un service adossé à l'EPMS d'Herbault.

- **Tableau 12 – Enfants figurant sur une liste d'attente des établissements du Loir et Cher**

	<i>Au 31/12/2007</i>		<i>Au 30/09/2008</i>	
	<i>Etablissement</i>	<i>SESSAD</i>	<i>Etablissement</i>	<i>SESSAD</i>
<i>Déficients intellectuels</i>	15	25	14	16
<i>TCC</i>	14	13	7	3
<i>Déficients moteurs</i>		11	1	8
<i>Polyhandicaps</i>	1		3	5
<i>Déficients auditifs</i>		5	1	1
<i>Déficients visuels</i>		2		
<i>Troubles du langage</i>		12		
<i>Autisme et TED</i>			4	
TOTAL	30	68	30	33

En ce qui concerne la situation des enfants en attente d'un accueil au sein des établissements et services, 15 enfants sont en attente d'une place en IME, 14 en ITEP. Seul, un enfant polyhandicapé est en attente de places en IME. Rappelons toutefois le nombre important d'enfants polyhandicapés accueillis en dehors du département (16).

Le regard porté sur les orientations des enfants en SESSAD en attente de places nous indique une demande majeure pour les enfants déficients intellectuels (25) et, dans une moindre mesure, pour les enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement (13). Malgré la création du SESSAD pour déficients moteurs de 30 places, 11 enfants sont sur la liste d'attente de ce service.

On ne recense pas un nombre important d'enfants en attente de places pour les jeunes déficients sensoriels et surtout pour les jeunes autistes et présentant des troubles envahissants du développement.

Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse d'un accueil marginal au sein des IME et des ITEP pour certains jeunes autistes et présentant des troubles envahissants du développement, ou encore, pour d'autres, d'un accueil hors département.

Par ailleurs, au regard du nombre des jeunes déficients visuels accueillis par le SSAI du département, des modes d'accompagnement individualisés permettent pour ces enfants une fréquentation du milieu scolaire ordinaire.

En revanche, il est répertorié pour les jeunes déficients auditifs et surtout pour des jeunes présentant des troubles du langage une demande d'accompagnement en SESSAD non pourvue.

1.3 – Les caractéristiques de l'implantation territoriale des établissements et services et leur aire géographique de recrutement

Comme il a été évoqué précédemment, le dispositif médico-social du Loir et Cher concernant les établissements médico-sociaux est particulièrement dispersé sur le territoire départemental. 5 établissements parmi 9 se situent dans des zones de densité de population moyenne, à l'écart de grandes agglomérations et en bordure du département.

Malgré un recentrage vers les besoins départementaux depuis le précédent schéma, le recrutement des établissements en zone limitrophe du département reste actuel pour l'IME de Vouzon qui accueille 14 résidents du Loiret, l'ITEP de l'Audronnière situé à Faverolles sur Cher qui accueille 20 enfants et adolescents résidant pour moitié d'entre eux en Indre et Loire et dans le Cher et pour l'ITEP de Cerçay qui accueille 19 résidents du Loiret. **(Cf. Annexe 3)**

Cette implantation territoriale n'a pas que des conséquences en termes de recrutement extérieur au département. L'IME « Les basses Fontaines » situé à Crouy sur Cosson recrute sur un vaste territoire départemental qui exclu uniquement la zone sud-est du département couverte par l'IME de Vouzon.

L'IME situé à Herbault a également une zone de recrutement dispersé sur le nord et le sud-ouest du département ainsi que sur l'agglomération blésoise. **(Cf. Annexe 3)**

Malgré ce constat, il existe une nette différence entre les aires géographiques de recrutement des IME et des ITEP, celle des IME correspond davantage à une proximité d'implantation des résidences de la population accueillie, celle des ITEP est nettement plus dispersée. **(Cf. Annexe 3)**

Trois paramètres essentiels peuvent expliquer cela : la répartition des places d'internat associé à l'amplitude d'ouverture des établissements en internat et en externat, les caractéristiques spécifiques des projets des établissements notamment en fonction de l'orientation de ceux-ci menée vers la formation professionnelle et enfin, les caractéristiques de la population accueillie au regard de la nature et de la lourdeur des handicaps. Ces trois facteurs sont naturellement intriqués et nécessitent d'être clarifiés par les travaux du schéma. **(Cf. Annexe 3)**

Les SESSAD pour enfants déficients intellectuels ont une couverture territoriale qui correspond de manière précise à leur territoire d'implantation, leurs sièges se situent dans les zones de densité plus importantes : Blois, Vendôme et Romorantin.

Les autres services ont une vocation départementale et couvrent selon les types de handicap les besoins du département. Il convient cependant d'interroger la couverture du SESSAD départemental pour enfants porteurs de troubles de la conduite et du comportement situé à Saint Bohaire et de revisiter le dispositif institutionnel en axant la réflexion sur des réponses de proximité qui peuvent se traduire par des extensions de places en services ambulatoires. **(Cf. Annexe 4)**

1.4 – Etat des lieux de l'équipement en direction des enfants autistes

Les réponses médico-sociales proposées aux enfants et adolescents autistes et présentant des troubles envahissants du développement peuvent apparaître insuffisantes si nous comparons la situation du département du Loir et Cher avec celle des autres départements de la région.

A ce jour, 19 places sont spécifiquement dédiées aux enfants autistes et présentant des TED dans les établissements du Loir et Cher sous forme de sections d'IME. 20 places de SESSAD ont été autorisées et financées pour 2008. Bien entendu, des enfants autistes sont accueillis dans les IME notamment, au-delà de ces sections (l'exploitation de l'enquête ES pourra nous donner des précisions sur leur nombre).

Avec la création de places de SESSAD, l'équipement dédié connaît une progression notable en 2008 :

- établissements : 0.24 places pour 1000 enfants, contre 0.38 en région Centre
- services : 0.27 places pour 1000 enfants contre 0.11 en région Centre (tous les départements n'ayant pas de SESSAD spécifique)

1.5 – La situation des jeunes bénéficiant d'un accueil au titre de l'amendement Creton

- **Tableau 13a– Jeunes bénéficiant de l'amendement Creton dans le Loir-et-Cher au 31 décembre 2007**

	MAS	FO/FAM	FO	FO/ESAT	ESAT/FH	ESAT	Total	
IME	1	1	3	1	4	4	14	17
POLY	3						3	

Il est recensé 17 jeunes bénéficiant d'un accueil au titre de l'amendement Creton, 14 en IME et 3 en section pour polyhandicapés. La moitié des jeunes a une orientation en ESAT et 4 en Maison d'Accueil Spécialisé. Bien que nous ne disposions pas d'études statistiques comparatives, les acteurs institutionnels affirment une nette diminution, ces dernières années, des enfants accueillis en établissement dans le cadre de cette mesure.

• **Tableau 13b- Jeunes bénéficiant de l'amendement Creton dans le Loir-et-Cher fin 2008**

	ESAT	Foyer Hébg Foyer de Vie	MAS	FAM	Total	
IME	11	9		2	22	28
POLY			6		6	

Il convient de modérer l'évolution des données, les jeunes bénéficiant d'une double orientation ESAT- Foyer d'Hébergement (la majorité des situations) étant comptés doublement. La demande est plutôt stable concernant ce type de structure. Par contre, il existe une demande plus importante pour un accueil en maison d'accueil spécialisée concernant 6 polyhandicapés maintenus en établissement d'éducation spécialisée.

1.6 – Une évolution des modes d'accueil des établissements qui redimensionne les places d'internat et d'externat au regard de leur taux d'occupation respectif

L'évolution générale des établissements relevant de l'annexe XXIV a permis un rééquilibrage visant à développer les places d'externat et de semi-internat en diminuant sensiblement le nombre de places d'internat. Seul l'ITEP de Cerçay continue d'accueillir exclusivement les enfants sous le régime de l'internat.

En revanche, 2 IME sur 6 accueillent uniquement les enfants en semi-internat ou externat. Il s'agit des établissements de Prépatour et de Blois.

Les taux d'occupation nous indiquent une fréquentation contrastée au regard de la capacité et des modes d'accueil proposés par les établissements.

• **Tableau 14 – Modes d'accueil et taux d'occupation** (Données compte administratif 2006)

ETABLISSEMENTS		Amplitude d'ouverture	Places d'internat	Taux d'occupation	Places de semi-internat ou externat	Taux d'occupation
IME Les Basses Fontaines	CROUY	207	41	107,32%	34	82,08%
IME Château d'Herbault	HERBAULT	209	49	87,50%	26	97,20%
IME Prépatour	NAVEIL	175			47	95,26%
MACET Prépatour (ouverture le 27/2/2006)	NAVEIL	243	6	77,02%		
IME Joseph Perrin	VOUZON	208	67	65,95%	15	191,31%
IME Les Grouêts	BLOIS	208			36	91,45%
Section Poly. Les Grouêts	BLOIS	208			12	87,98%
IME Les Brunetières	MAREUIL	341/210	25	91,16%	25	90,25%
Section Poly. Les Brunetières	MAREUIL	341/210	7	78,22%	3	97,30%
ITEP Château d'Herbault	HERBAULT	209	17	71,74%	8	53,95%
ITEP La Maison des Enfants	CERCAY	260	36	99,05%		
ITEP L'Audronnière	FAVEROLLES	365/215	54	46,51%	6	121,40%
ITEP Le Logis	ST BOHAIRE	210	30	53,90%	25	125,35%
TOTAL ETABLISSEMENTS			332		237	

Dans un premier temps, on remarque de forts contrastes des différents taux d'occupation. En effet, ceux-ci sont basés sur un calcul prévisionnel de fréquentation qui laisse une latitude importante aux professionnels des établissements de manière à diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement. Le taux d'occupation est important pour les places d'externat et de semi-internat, ce qui correspond à une évolution rendant compte de la mise en place d'accompagnement de proximité recentré sur le territoire départemental et plus en lien avec les familles.

Trois établissements montrent un fort taux d'occupation relatif à ce mode d'accueil, il s'agit de l'IME de Vouzon et des ITEP de l'Audronnière et du Logis.

En ce qui concerne les places d'internat, l'IME Les basses fontaines à Crouy et l'ITEP de Cerçay ont les taux d'occupation les plus importants.

Par ailleurs, la section accueillant des enfants polyhandicapés de l'IME des Brunetières à Mareuil, pour sa partie d'internat, connaît un taux d'occupation d'un peu plus des trois quart de sa capacité. Connaissant l'importance du nombre d'enfants polyhandicapés du Loir et Cher accueillis à l'extérieur du département, nous pouvons nous interroger sur la localisation de cette section en limite départementale.

Précisons, cependant, que les taux d'occupation inférieurs à 80% demandent à être affinés. Leur mode de calcul peut être basé sur des amplitudes d'ouverture ne correspondant plus à l'actualité du fonctionnement de l'établissement. De plus, l'offre des services proposés par les établissements évolue vers la pratique de l'accueil séquentiel et/ou temporaire. Il convient, dès lors de raisonner en termes de « file active » en complément d'un calcul du taux d'occupation corrélé au nombre de places disponibles et occupées.

1.7 – Des taux d'encadrement en établissement et services à la hausse, mais des plateaux techniques mobilisant des ressources pas toujours équilibrées

Les taux d'encadrement respectifs des IME et ITEP ont significativement augmenté depuis le précédent schéma (de 0,58 à 0,72 pour les IME et de 0,72 à 0,77 pour les ITEP). Cette évolution s'est effectuée en phase avec le mouvement de création des SESSAD mais également à partir d'une logique de redéploiement partiel des places existantes. Cette transformation s'est traduite notamment par la création de la section pour enfants polyhandicapés de l'IME « Les Grouets » et des sections pour enfants autistes et TED au sein des EMP de « Prépatour » et de Vouzon.

Une relative homogénéité des taux d'encadrement concerne les ITEP (de 0,701 à 0,873) et les SESSAD (hors SAFEP-SSEFIS et SESSAD APF).

Cependant, une grande disparité existe entre les taux d'encadrement des différents IME (de 0,360 à 1,095) et ceux relatifs aux deux sections accueillant des enfants polyhandicapés (0,668 et 1,429).

L'observation de ces différences doit être analysée en fonction de plusieurs facteurs. En effet, des variations significatives peuvent s'expliquer au niveau des services généraux, selon les poids respectifs des différents supports logistiques et administratifs des associations. Les associations et établissements publics gestionnaires, selon leur taille, peuvent présenter une plus ou moins grande mutualisation de leurs supports administratifs et logistiques voire de leurs plateaux techniques.

En ce qui concerne le personnel social des IME et des ITEP, de grandes différences existent. Pour les établissements dotés, le travailleur social occupe un temps partiel. Cependant, 7 établissements et services n'en n'ont pas dans leurs effectifs salariés.

En revanche, il convient de s'interroger sur les écarts constatés entre les services éducatifs et paramédicaux des différents IME.

Pour le personnel éducatif des IME, le taux d'encadrement des établissements varie de 0,186 à 0,672 et, en ce qui concerne l'encadrement paramédical, le taux varie de 0,039 à 0,123.

Les taux d'encadrement moyen des services éducatifs et para-médicaux des IME se situent respectivement à 0,385 et 0,074.

Il convient de distinguer les établissements en fonction de leur mode d'accueil et de leur amplitude d'ouverture.

Cependant, la capacité de ces plateaux techniques à répondre aux besoins sur les plans quantitatifs et qualitatifs des enfants et adolescents accueillis peut être interrogée.

De même, on peut se demander quelles seront les possibilités d'évolution de ces plateaux techniques à accueillir, selon des modalités à déterminer, une population handicapée différente de celle accueillie selon les agréments initiaux.

• **Tableau 15 – Effectifs et taux d'encadrement – Année 2007**

ETABLISSEMENTS pour ENFANTS HANDICAPES et INADAPTES

IME		DIRECTION		ADMINISTRATIF		SERVICE EDUCATIF		PARA-MEDICAL		SOCIAL		SERVICES GENERAUX		MEDICAL		TOTAL	
ETABLISSEMENTS	PLACES	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX
Les Basses Fontaines	75	3.000	0.040	4.000	0.053	25.800	0.344	4.000	0.053	1.000	0.013	18.400	0.245	0.100	0.001	56.300	0.751
Château d'herbault	75	3.250	0.043	3.100	0.041	23.500	0.313	2.910	0.039	0.750	0.010	12.500	0.167	0.300	0.004	46.310	0.617
EMP Prépatour	47	1.000	0.021	0.940	0.020	11.000	0.234	3.160	0.067	0.000	0.000	3.000	0.064	0.000	0.000	19.100	0.406
MACET Prépatour	6	0.000	0.000	0.200	0.033	5.600	0.933	0.200	0.033	0.000	0.000	1.200	0.200	0.000	0.000	7.200	1.200
IME Les Brunetières	50	2.630	0.053	1.880	0.038	33.600	0.672	6.140	0.123	0.000	0.000	10.450	0.209	0.050	0.001	54.750	1.095
IME Joseph Perrin	82	2.900	0.035	3.750	0.046	33.600	0.410	5.500	0.067	0.900	0.011	17.800	0.217	0.540	0.007	64.990	0.793
IME Les Grouets	36	1.350	0.038	0.750	0.021	6.700	0.186	1.760	0.049	0.380	0.011	1.850	0.051	0.180	0.005	12.970	0.360
Les Brunetières POLY	10	0.375	0.038	0.375	0.038	7.100	0.710	3.387	0.339	0.000	0.000	3.000	0.300	0.050	0.005	14.287	1.429
Les Grouets POLY	12	0.450	0.038	0.250	0.021	4.450	0.371	2.020	0.168	0.120	0.010	0.650	0.054	0.080	0.007	8.020	0.668
TOTAL	393	14.955	0.038	15.245	0.039	151.350	0.385	29.077	0.074	3.150	0.008	68.850	0.175	1.300	0.003	283.927	0.722

SESSAD		DIRECTION		ADMINISTRATIF		SERVICE EDUCATIF		PARA-MEDICAL		SOCIAL		SERVICES GENERAUX		MEDICAL		TOTAL	
ETABLISSEMENTS	PLACES	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX
GEIST	30	1.000	0.033	1.000	0.033	2.000	0.067	4.040	0.135	0.000	0.000	0.000	0.000	0.050	0.002	8.090	0.270
Joseph Perrin	20	1.100	0.055	1.100	0.055	1.000	0.050	1.800	0.090	0.100	0.005	0.200	0.010	0.120	0.006	5.420	0.271
Les Grouets	32	0.800	0.025	1.000	0.031	2.750	0.086	3.650	0.114	0.500	0.016	0.150	0.005	0.110	0.003	8.960	0.280
CORS Le Logis	20	1.200	0.060	0.500	0.025	3.000	0.150	0.500	0.025	0.000	0.000	0.250	0.013	0.100	0.005	5.550	0.278
SAFEP - SSEFIS AIDAPHI	22	1.000	0.045	0.810	0.037	3.000	0.136	2.850	0.130	0.250	0.011	0.100	0.005	0.080	0.004	8.090	0.368
A.P.F	35	1.000	0.029	1.320	0.038	2.000	0.057	8.120	0.232	0.340	0.010	0.200	0.006	0.220	0.006	13.200	0.377
TOTAL	159	6.100	0.038	5.730	0.036	13.750	0.086	20.960	0.132	1.190	0.007	0.900	0.006	0.680	0.004	49.310	0.310

ITEP		DIRECTION		ADMINISTRATIF		SERVICE EDUCATIF		PARA-MEDICAL		SOCIAL		SERVICES GENERAUX		MEDICAL		TOTAL	
ETABLISSEMENTS	PLACES	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX	ETP	TAUX
Château d'Herbault	25	1.420	0.057	0.900	0.036	9.500	0.380	1.250	0.050	0.250	0.010	5.660	0.226	0.160	0.006	19.140	0.766
La Maison des Enfants	36	3.000	0.083	1.000	0.028	14.500	0.403	0.750	0.021	0.800	0.022	11.000	0.306	0.390	0.011	31.440	0.873
L'Audronnière	60	2.000	0.033	3.000	0.050	20.310	0.339	4.500	0.075	0.000	0.000	17.300	0.288	0.500	0.008	47.610	0.794
CORS Le Logis	55	3.800	0.069	1.750	0.032	22.710	0.413	2.500	0.045	0.000	0.000	6.940	0.126	0.830	0.015	38.530	0.701
TOTAL	176	10.220	0.058	6.650	0.038	67.020	0.381	9.000	0.051	1.050	0.006	40.900	0.232	1.880	0.011	136.720	0.777
TOTAL GLOBAL	728	31.275	0.043	27.625	0.038	232.120	0.319	59.037	0.081	5.390	0.007	110.650	0.152	3.860	0.005	469.957	0.646

1.8 – Un point sur les données comparatives des taux d'équipement départementaux de la région Centre en 2007

Les données mobilisées à des fins de comparaisons interdépartementales communiquées par la DRASS (nombre de places autorisées au 31.12.07) indiquent un taux d'équipement, toutes annexes XXIV confondues, de 7,66 pour les établissements du Loir-et-Cher et de 2,36 pour les SESSAD. Le taux indiqué pour les établissements est légèrement inférieur à celui de la moyenne régionale qui se situe à 7,86. En revanche, le taux d'équipement pour les SESSAD est légèrement supérieur à celui de la région (2,11) et place le département en tête pour ce qui concerne les places autorisées.

Il semble, cependant que le calcul ne prenne pas en compte la réalité des places financées notamment pour le nombre de places du SAFEP SSEFIS de Blois qui comporte 22 places autorisées et financées et 40 places agréées.

En outre, il convient de prendre en compte les 13 places du SSAI, service accueillant des enfants déficients visuels par l'intermédiaire de cette antenne de l'établissement « La Bolière » d'Orléans.

- **Tableau 16 – Taux d'équipement en établissements relevant des annexes 24 (hors SESSAD)**

(Données au 31/12/07 - places autorisées)

Département	Places	Population des 0-19 ans	Taux d'équipement
Cher	613	71 209	8.61
Eure et Loir	825	108 145	7.63
Indre	436	49 089	8.88
Indre et Loire	1 252	138 178	9.06
Loir et Cher	574	74 921	7.66
Loiret	1 059	163 821	6.46
Région	4 759	605 363	7.86

- **Tableau 17 – Taux d'équipement en SESSAD**

(Données au 31/12/07 - places autorisées)

Département	Places	Population des 0-19 ans	Taux d'équipement
Cher	163	71 209	2.29
Eure et Loir	215	108 145	1.99
Indre	106	49 089	2.16
Indre et Loire	283	138 178	2.05
Loir et Cher	177	74 921	2.36
Loiret	333	163 821	2.03
Région	1 277	605 363	2.11

• **Tableau 18 – Taux d'équipement en établissements et services relevant des Annexes 24**

(Données au 31/12/07 - places autorisées)

Département	Places	Population des 0-19 ans	Taux d'équipement
Cher	776	71 209	10.90
Eure et Loir	1 040	108 145	9.62
Indre	542	49 089	11.04
Indre et Loire	1 535	138 178	11.11
Loir et Cher	751	74 921	10.02
Loiret	1 392	163 821	8.50
Région	6 036	605 363	9.97

Même si, selon les données évoquées précédemment, nous observons un taux d'équipement en progression pour les établissements et services relevant des annexes XXIV, les capacités d'accueil indiquent de forts contrastes selon les modalités d'accompagnement et les différents types de handicap.

Ainsi, les taux d'équipement concernant les enfants polyhandicapés indiquent le taux le plus faible pour les places de SESSAD (0.21) et également le plus faible taux en établissement (0.35). Ces données sont également à interroger en fonction du nombre d'enfants polyhandicapés accueillis en dehors du département.

En ce qui concerne le nombre de places dédiées aux enfants et adolescents déficients intellectuels et, au regard des différents taux d'équipement, le Loir-et-Cher se situe dans une fourchette moyenne par rapport aux autres départements de la région : égale à la moyenne régionale pour les SESSAD et légèrement inférieure pour les IME.

Le regard porté sur la situation concernant le taux d'équipement en direction des enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement met en évidence un taux correct pour les ITEP : supérieur à la moyenne régionale. (2,35/1,48)

Le constat est plus nuancé pour le taux de places de SESSAD, en fonction du taux particulièrement faible du Loiret, qui fait chuter la moyenne régionale. Ainsi, si l'on excepte le Loiret, on remarque que le taux de places de SESSAD TCC du Loir-et-Cher est le plus bas de la région.

Deux départements de la région, dont le Loir et Cher, ne possèdent pas d'établissement pour l'accueil d'enfants déficients moteurs. Il semble que pour le département ce manque d'équipement soit à peine compensé par le nombre de places qui ont été créées en SESSAD.

Enfin, les données collectées relatives à l'équipement mis en place pour les enfants présentant une déficience sensorielle indiquent le plus fort taux d'équipement ambulatoire de la région après le Loiret (places de SESSAD). Notons que le département s'est doté de services pour les deux types de déficiences sensorielles : visuelle et auditive, et que le SAFEP SFEFIS de Blois accueille également des enfants présentant une dysphasie de développement.

• **Tableau 19 – Nombre de places autorisées au 31/12/2007**

Etablissements pour :	Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et Loire	Loir et Cher	Loiret	Région
Déficiences intellectuelles	348	690	276	700	372	677	3 063
Déficiences motrices	55	0	57	60	0	82	254
Polyhandicaps	40	48	23	60	26	114	311
TCC	170	35	80	357	176	80	898
Déficiences sensorielles	0	62	0	75	0	106	233
Total Enfance	613	825	436	1 252	574	1 059	4 759

SESSAD :	Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et Loire	Loir et Cher	Loiret	Région
Déficiences intellectuelles	78	106	73	104	66	98	525
Déficiences motrices	15	12	16	60	35	73	211
Polyhandicaps	15	8	2	0	16	5	46
TCC	30	30	15	69	20	13	177
Déficiences sensorielles	25	56	0	50	40	144	315
Total SESSAD	163	212	106	283	177	333	1 274

Total Enfance + SESSAD	776	1 037	542	1 535	751	1 392	6 033
-------------------------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------	--------------

• **Tableau 20 – Taux d'équipement au 31/12/2007**

Etablissements pour :	Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et Loire	Loir et Cher	Loiret	Région
Déficiences intellectuelles	4.89	6.38	5.62	5.07	4.97	4.13	5.06
Déficiences motrices	0.77		1.16	0.43		0.50	0.42
Polyhandicaps	0.56	0.44	0.47	0.43	0.35	0.70	0.51
TCC	2.39	0.32	1.63	2.58	2.35	0.49	1.48
Déficiences sensorielles		0.48		0.54		0.65	0.38
Total Enfance	8.61	7.63	8.88	9.06	7.66	6.46	7.86

SESSAD :	Cher	Eure et Loir	Indre	Indre et Loire	Loir et Cher	Loiret	Région
Déficiences intellectuelles	1.10	0.98	1.49	0.75	0.88	0.60	0.87
Déficiences motrices	0.21	0.11	0.33	0.43	0.47	0.45	0.35
Polyhandicaps	0.21	0.07	0.04		0.21	0.03	0.08
TCC	0.42	0.28	0.31	0.50	0.27	0.08	0.29
Déficiences sensorielles	0.35	0.52		0.36	0.53	0.88	0.52
Total SESSAD	2.29	1.96	2.16	2.05	2.36	2.03	2.10

1.9 - Synthèse des données recueillies

La première approche du dispositif départemental visant l'accueil et l'accompagnement des enfants et adolescents handicapés nous montre une évolution en cours basée, d'une part, sur un développement des structures ambulatoires notamment en ce qui concerne les SESSAD et, d'autre part, un rééquilibrage entre les modes d'accueil proposés par les établissements sous des formes diversifiées : internat, semi-internat, externat, mixité, accueil temporaire et séquentiel...

La progression globale du taux d'équipement depuis 10 ans, toutes annexes confondues, rend bien compte de cette évolution.

En outre, la poursuite de la création des services associée au repositionnement des places d'établissement s'accompagne d'une volonté d'un resserrement du maillage territorial en privilégiant un accompagnement de proximité.

Il convient, dans le cadre de notre réflexion préalable à l'élaboration du schéma départemental, de poursuivre notre étude du dispositif existant en affinant notre connaissance du public accueilli au regard de la spécificité de chaque établissement et service mais aussi de tenir compte des ressources respectives dont dispose chacune des structures.

2 - Le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile

Le département du Loir et cher compte 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :
Secteur 41 I 01 Nord (CH de Blois : Blois et Vendôme) et
Secteur 41 I02 Sud (CH de Romorantin).

2.1 - Données statistiques générales

- **Tableau 21 – Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1000 enfants de 0 à 16 ans** (Source DRASS – SAE 1.01.2006).

	REGION	LOIR ET CHER	FRANCE
Lits d'hospitalisation complète	0.11	0.14	0.17
Equipement global	0.95	0.71	0.92

2.2 - Description de l'équipement

L'état des lieux spécifique et précis des ressources disponibles en pédopsychiatrie sur le département du Loir et cher s'organise comme suit :

a - L'intersecteur nord

Il présente la particularité de ne pas disposer d'unité d'hospitalisation complète ni d'hospitalisation de jour pour enfants et adolescents mais uniquement :

- 1 **CATTP** pour enfants de 8 à 12 ans situé à Blois dans les locaux du CMP d'une capacité de 8 places,
- 5 **CMP** dont 2 situés à Blois et 1 à Vendôme, Montoire et Onzain.
- 1 **accueil familial thérapeutique** de 3 places

L'hospitalisation d'enfants et d'adolescents est toutefois assurée dans les locaux et avec l'aide du personnel de pédiatrie. Elle est identifiée depuis 2001 dans la statistique annuelle des établissements (SAE) sur la base de 3 lits. Le centre hospitalier de Blois détient par ailleurs une autorisation d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie de 5 lits, obtenue le 23 novembre 2000 mais qu'il n'a pas installée.

b - L'intersecteur sud

Il propose toutes les modalités de prises en charge excepté l'hospitalisation complète pour adolescents qui ne fonctionne plus depuis 2006 :

- une unité **d'hospitalisation de jour pour enfants** de 29 places
- une unité **d'hospitalisation de jour pour adolescents** de 5 places
- 1 **CATTP** pour enfants et un pour adolescents situés à Romorantin
- 7 **CMP** : 2 à Romorantin (rue de l'écu pour la petite enfance et rue de la sirène pour les adolescents), 1 à Contres, Salbris, Lamotte-Beuvron et Saint Aignan

Un certain nombre de propositions ont été soumises à l'ARH reprenant l'essentiel des besoins recensés sur le département.

Les évolutions souhaitées sur les deux secteurs qui ont été transmises à l'ARH sont :

- **Créer une unité d'hospitalisation complète individualisée à Blois, à vocation départementale.**

Ceci signifie :

- qu'elle doit répondre aux besoins de la totalité de la population départementale, et être susceptible d'accueillir des enfants ou adolescents suivis ou pris en charge par les professionnels de santé exerçant individuellement ou par les établissements de santé et médico-sociaux publics et privés de l'ensemble du territoire,
- qu'elle doit s'assurer des prises en charge d'aval au plus près du domicile des familles, ce qui suppose de nouer des relations suivies avec les professionnels concernés,

- **Mettre en place des instruments de mesure homogènes de l'activité et des besoins :**
 - file active,
 - délai d'obtention d'un premier rendez-vous,
 - typologie des patients selon une classification nosographique commune,
 - quantification des partenariats et concertations

- **Pour l'Intersecteur nord :**
 - Créer un hôpital de jour, à Blois destiné à l'ensemble des enfants de l'intersecteur nord, L'équipe de Blois assurera en outre des prises en charge d'hôpital de jour pour des enfants du secteur de Romorantin pour lesquels il est plus aisé de se rendre à Blois. Cette proposition prend en compte le besoin de proximité, et présuppose une harmonisation des projets thérapeutiques entre secteurs.
 - Ajuster précisément les prestations en faveur des enfants de l'IME de Prépatour aux moyens versés conventionnellement par cet établissement au centre hospitalier de Blois. Toute activité supplémentaire devra faire l'objet d'une augmentation de ces moyens spécifiques et ne pourra s'exercer au détriment des missions générales de l'Intersecteur.
 - Renforcer les liens entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale. Ceci permettra d'organiser le centre d'accueil et de crise départemental inscrit dans la révision du SROS 3, qui doit prendre en charge aussi bien les adultes que les enfants tout en individualisant la prise en charge de ces derniers. Le rapprochement des deux services devrait également permettre de formaliser les coopérations existantes (astreintes partagées) et d'en envisager de nouvelles, notamment pour l'accueil et l'hospitalisation des grands adolescents et des jeunes adultes.

- **Pour l'Intersecteur sud :**
 - Repositionner rapidement un responsable médical de l'Intersecteur sud à temps plein
 - Maintenir les structures d'hospitalisation à temps non complet et des activités ambulatoires de l'Intersecteur sud, en renforçant les effectifs,
 - Renforcer le partenariat avec l'éducation nationale et les établissements médico-sociaux de l'Intersecteur sud (IME et ITEP),
 - Déconcentrer l'activité de consultation, en réinvestissant les antennes de CMP et en en créant éventuellement de nouvelles, si le besoin le justifie.

- **Prévisions d'évolution sur 2008 et 2009**
 - Ouverture de l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents de 5 lits à vocation départementale à Blois en 2009.
 - Ouverture de 4 places d'hospitalisation de jour pour adolescents sur l'Intersecteur nord en 2009.
 - Extension du CATTP situé à Blois de + 7 places en 2009.
 - Repositionnement progressif d'un médecin psychiatre issue de la psychiatrie générale sur la pédopsychiatrie de l'Intersecteur sud (0.2 ETP en septembre 2008 puis augmentation).

- Renforcement progressif du personnel paramédical de l'hospitalisation non complète et de l'ambulatoire de l'Intersecteur sud à partir de redéploiement interne au CH de Romorantin.
- Augmentation en 2008 du financement de la prestation de l'Intersecteur nord (Vendôme) à l'EMP Prépatour pour la prise en charge des enfants admis dans cet établissement et plus particulièrement des autistes.
- En fonction des prévisions d'évolution du secteur pédopsychiatrique départemental nous pouvons inscrire pour le schéma enfance handicapée du Loir et cher un certain nombre d'objectifs et d'actions à mettre en œuvre.

3 - La scolarisation des enfants et adolescents handicapés

Il est recensé 384 élèves accueillis en IME et en ITEP bénéficiant d'une scolarité réalisée exclusivement au sein de leur établissement médico-social d'accueil.

Au total, il est dénombré 38,5 ETP de postes d'enseignants affectés au sein de ces établissements.

Par ailleurs, 25 élèves sont suivis dans un cadre de scolarité mixte et 53 élèves sont scolarisés à l'extérieur de l'établissement dans un établissement scolaire ordinaire. 95 enfants et adolescents ne sont pas scolarisés. Les SESSAD de Vouzon et de l'APF ont respectivement un enseignant dans chacune de leur équipe.

L'affectation du nombre d'enseignants dans les établissements médico-sociaux est proportionnelle au nombre d'enfants accueillis dans les établissements, hormis pour les IME des « Grouets » et des Brunetières qui comptent respectivement 1 et 2 enseignants. Ces établissements accueillent depuis toujours une population plus déficiente sur le plan intellectuel. **(Cf. Annexe 5)**

3.1 - La situation de la scolarisation des élèves accueillis en établissements spécialisés

• **Tableau 22 – Situation de la scolarisation des élèves accueillis en établissements spécialisés**

Type étab	Nom Etablissement - Commune	Nb élèves	Scolarité interne	Scolarité mixte	Scolarité externe	Sans scolarité	Nb enseignants	Temps pleins
IME	Les Basses Fontaines Crouy sur Cosson	77	48	5	7	17	6	4,5
IME	Prépatour – Naveil	41	24	3	14		5	5
IME	Joseph Perrin - Vouzon	85	63	5	2	15	5	5
IME + polyhandicap	Les Grouets - Blois	38 + 11	18			20 + 11	1	1
IME + polyhandicap	Les Brunetières – Mareuil-sur-Cher	50 + 10	30			20*+ 10	1	2
IME/ITEP	Le Château -Herbault	75 + 24	91	7		1	8	7
ITEP	L'Audronnière – Faverolle- sur-Cher	56	38	1	17		6	5,5
ITEP	Le Logis – St-Bohaire	52	41	3	7	1	6	5,5
ITEP	La Maison des enfants Cerçay – Nouan-le- Fuzelier	38	31	1	6		3	3
TOTAL Enseignants							41	38,5
Total orientation MDPH		557	384	25	53	95		
SESSD	Joseph Perrin - Vouzon						1	1
	APF - Blois						1	1

* : Certains de ces élèves sont pris en charge par des éducateurs spécialisés chargés d'enseignement.

Les élèves sans scolarité sont des jeunes de + de 16 ans ou des enfants pour lesquels la scolarité n'est pas envisageable pour le moment.

3.2 - La situation des élèves accueillis en CLIS dans le Loir et Cher

Le département du Loir et Cher comporte 14 CLIS de type 1 accueillant des enfants déficients intellectuels et une CLIS de type 4 dédiée à l'accueil d'enfants déficients moteurs. Celle-ci se situe au sein d'une même école regroupant également une CLIS de type 1, l'école « Les Girards » de Vineuil.

Il est recensé 169 élèves scolarisés en CLIS, parmi ceux-ci, 113 élèves bénéficient également, selon des temps partagés, de scolarisation en classe ordinaire.

(Cf. Annexe 5)

• **Tableau 23 – Le dispositif des CLIS dans le Loir et Cher**

Type Clis	Ville	Non école	Nbre élèves	Accompagnement
Clis 1	BLOIS	Ecole Tourville	10	AVS Co
		Ecole La Quinière	11	Employée communale
		Ecole Sarazines	9	Employée communale
		Ecole Bühler	10	Employée communale
		Ecole privée La Providence	9	Aide éducatrice rémunérée par l'école
	CONTRES	Ecole Alain Fournier	12	Employée communale
	MER	Ecole Cassandre Salviati	11	Employée communale
	ROMORANTIN	Ecole Emile Martin	11	Employée communale
		Ecole Le Bourgeau	12	Employée communale
	SALBRIS	Ecole Yves Gautier	12	Employée communale
	SAINT AIGNAN	Ecole Victor Hugo	12	Employée communale
	VENDOME	Ecole Anatole France	24	EVS ASEH
		Ecole Yvonne Chollet	5	EVS ASEH
VINEUIL	Ecole Les Girards	10	EVS ASEH	
Total Clis 1			158	
Clis 4	VINEUIL	Ecole Les Girards	11	2 AVS Co + 2 EVS
Total Clis 4			11	
Total élèves en Clis			169	

Nous remarquons que seuls 3 AVS réalisent un accompagnement au sein des Classes d'Intégration Scolaire et sont ainsi en situation de soutien collectif auprès des élèves et des enseignants.

En outre, 3 EVS ASEH sont affectés au sein de 3 autres CLIS et 9 employées communales complètent le dispositif.

Un projet est actuellement à l'étude concernant la création d'une CLIS pour enfants dysphasiques.

Enfin, une classe spécifique a été créée à Romorantin pour l'Intersecteur de pédopsychiatrie.

3.3 - Le dispositif des UPI au sein du département du Loir et Cher

Actuellement, nous relevons pour le département du Loir et Cher 8 Unités Pédagogiques d'Intégration annexées aux collèges dont une UPI adossée à un collège privé.

Une UPI lycée constitue la base d'un dispositif en direction d'élèves accueillis en lycées professionnels. Un élève bénéficie de ce type d'accompagnement qui doit se développer. Il est recensé 71 élèves accueillis au sein des UPI des différents collèges. Ceux-ci bénéficient du soutien soit d'un EVS ASEH, soit d'un éducateur spécialisé mis en place par le Conseil général. Un poste d'auxiliaire de vie scolaire est destiné au collège Maurice Genevoix de Romorantin. **(Cf. Annexe 5)**

• **Tableau 24 – Le dispositif des UPI dans le Loir et Cher**

Type UPI	Ville	Nom du collège	Nb d'élèves	Accompagnement
UPI 1	BLOIS	Collège Blois Vienne	10	Educ spé mis en place par le conseil général)
	CONTRES	Collège Saint Exupéry	6	Educ spé mis en place par le Conseil Général
	MER	Collège Pierre de Ronsard	10	EVS ASEH
		Collège privé Saint Joseph	5	Aide éducatrice rémunérée par le collège
	ROMORANTIN	Collège Maurice Genevoix	10	AVS Co
	SAINT AIGNAN	Collège Joseph Paul-Boncour	8	EVS ASEH
	VENDOME	Collège Robert Lasneau	11	EVS ASEH
VINEUIL	Collège Marcel Carné	11	Educ spé mis en place par le Conseil Général	
Total UPI 1			71	
UPI lycée	Dispositif sur lycées professionnels		1	1 EVS ASEH

16 élèves d'UPI bénéficient d'une scolarisation partielle au sein de ce dispositif :
 → 15 sont accueillis partiellement en IME
 → 1 est accueilli partiellement en ITEP

L'UPI lycée mise en place travaille en collaboration avec les lycées professionnels. Actuellement, la mise en place de nouvelles UPI est à l'étude, à savoir :

- Création d'une UPI 1 à Lamotte Beuvron ;
- Création d'une UPI 4 ;
- Création d'une UPI pour enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages et dyspraxiques.

3.4 - La scolarisation des élèves handicapés au sein du milieu scolaire ordinaire et la situation des AVS et des EVS ASEH

292 élèves handicapés sont scolarisés dans le milieu scolaire ordinaire du premier degré (écoles maternelle et élémentaire) et 220 élèves handicapés dans le second degré (collège et lycée) dont 66 élèves en SEGPA.

Il existe sur le département 52 ETP d'AVS qui permettent l'intégration individuelle de 87 élèves (67 en école maternelle ou élémentaire ; 11 en collège et 9 en lycée) et l'intégration collective de 28 élèves dans 3 CLIS et une UPI.

Par ailleurs, 82 ETP d'EVS ASEH sont répartis sur les écoles du département et accompagnent d'une part, 36 élèves handicapés (30 en école maternelle et élémentaire, 5 en collège et 1 en Lycée) et d'autre part 90 élèves sans notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées mais en grande difficulté avec un handicap suspecté. Seuls 6 enfants handicapés bénéficiant d'une notification MDPH sont en attente d'une AVS pour une intégration individuelle.

3.5 - Les différents types de handicap des élèves bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation

On dénombre au total 469 projets personnalisés de scolarisation pour les élèves suivant une scolarité dans le premier degré, il s'agit des élèves accueillis dans les classes ordinaires, les CLIS et ceux bénéficiant d'un accueil en temps partagé en CLIS et en classe ordinaire.

Pour le second degré, il est recensé 292 projets personnalisés de scolarisation qui s'adressent à des élèves scolarisés en classe ordinaire, en SEGPA, en UPI et sous la forme de temps partagé entre l'UPI et l'IME.

• **Tableau 25 – Répartition des élèves bénéficiant d'une scolarisation selon les types de handicaps**

Types de handicaps	1er degré	2 ^{ème} degré	Total
1 : Troubles des fonctions cognitives	173	87	260
2 : Troubles psychiques	102	67	169
3 : Troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, etc)	60	32	92
4 : Troubles des fonctions motrices	48	32	80
5 : Troubles des fonctions viscérale, métabolique ou nutritionnelle	22	14	36
6 : Troubles des fonctions visuelles	6	16	22
7 : Troubles des fonctions auditives	20	13	33
8 : Plusieurs troubles associés	28	20	48
9 : Autre	10	11	21
Total	469	292	761

Le tableau ci-dessus nous indique la répartition des élèves qui, selon les types de handicap, bénéficient d'une scolarisation dans le premier et le second degré.

Nous soulignons que la proportion des élèves présentant des troubles des fonctions cognitives, des troubles psychiques et des troubles des apprentissages varient du double au simple entre le premier et le second degré.

Cette différence s'amenuise si l'on s'intéresse aux jeunes présentant une déficience motrice, l'écart se réduit alors de 25 %.

Il en est de même pour les enfants présentant une déficience auditive. En outre, les jeunes déficients visuels sont nettement plus nombreux en collèges et lycées qu'en écoles maternelles et primaires.

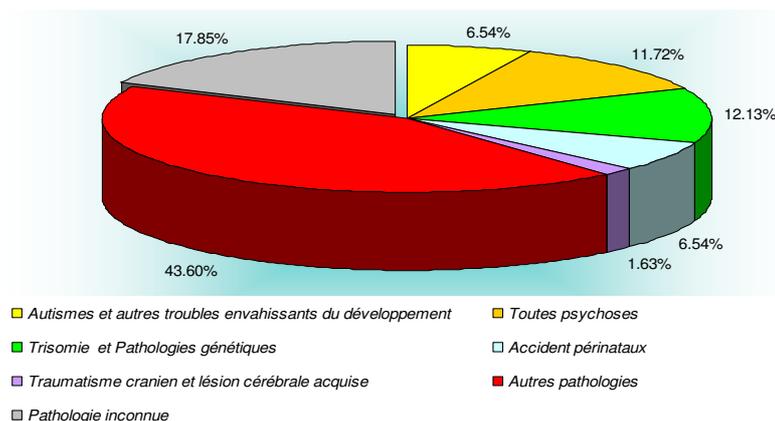
Il convient de remarquer le nombre d'enfants et d'adolescents présentant des troubles spécifiques des apprentissages arrivant, sur le plan quantitatif, en troisième position derrière les troubles des fonctions cognitives et les troubles psychiques.

4 - Etudes de population

4.1 - Résultats partiels de l'enquête ES du Loir et cher (données DRESS Février 2008)

4.1.1 - Répartition par pathologie

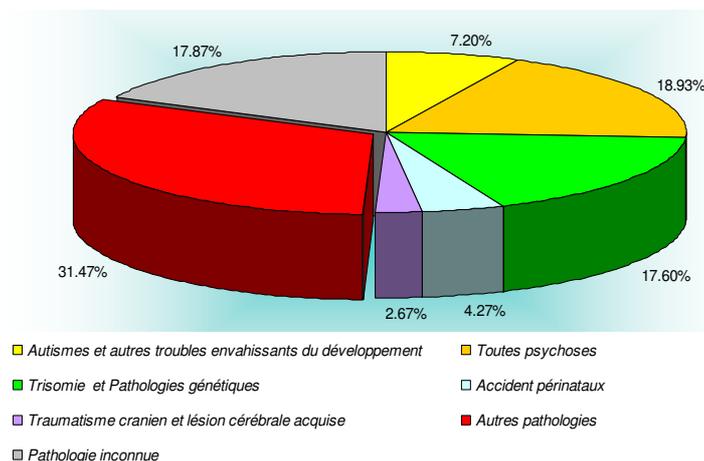
- Graphique 3 - Répartition par pathologie de la population accueillie dans les établissements et services du Loir et Cher



Concernant les pathologies, une importante majorité des données recensées par l'enquête ES ne permet pas d'identifier, de façon précise, les pathologies présentées par les enfants accueillis au sein des établissements et services.

La donnée « autres pathologies » a fait l'objet de 43,60% des cotations par tous les établissements et services confondus et la caractéristique « pathologie inconnue » 17,85%, soit au total 61,45% des réponses collectées.

- Graphique 4 - Pathologies IME



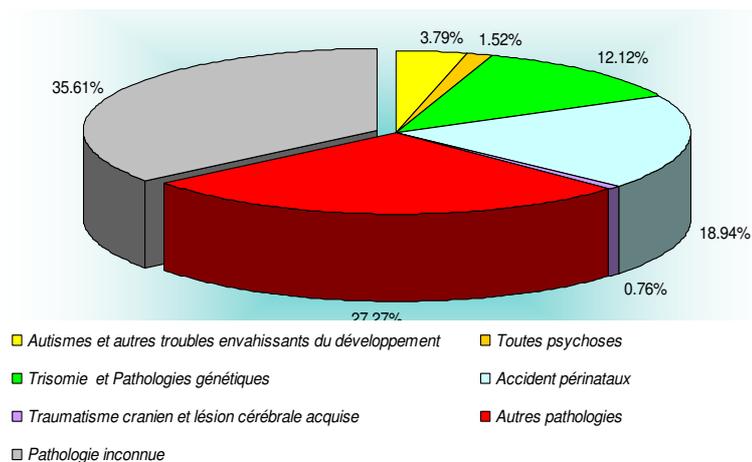
Pour les IME, les deux réponses citées précédemment « autres pathologies et pathologies inconnues » représentent près de la moitié des pathologies recensées.

66 jeunes sur 375 présentent des aberrations chromosomiques ou des pathologies d'origine génétique (17,60%).

27 sur 375 présentent des troubles envahissant du développement ou autisme (7,20%). On dénombre également des enfants souffrants de psychose infantile ou de l'adolescence (18,93%).

En ce qui concerne les enfants et adolescents autistes ou présentant des troubles envahissants du développement, en dehors des sections spécifiquement dédiées à leur accueil, 15 enfants présentant ce type de pathologie sont accueillis en IME.

• **Graphique 5 - Pathologies SESSAD**

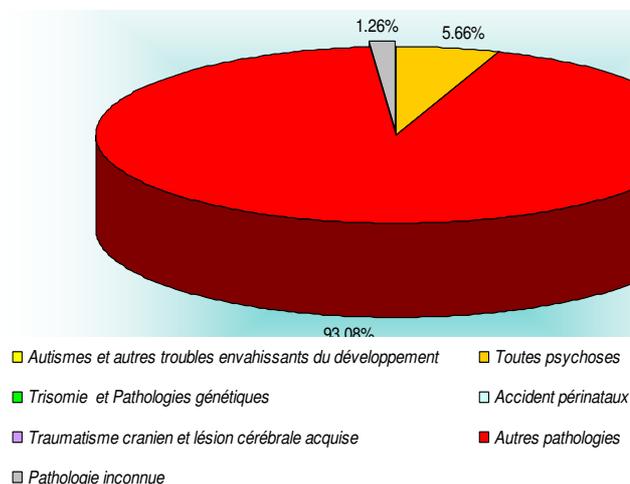


En ce qui concerne les SESSAD, ce sont les accidents périnataux qui représentent la cause des pathologies les plus connues (18,94%).

Notons que ce type d'accident engendre dans un grand nombre de cas, un handicap moteur. En effet, on dénombre que la moitié des effectifs du SESSAD APF relève d'un accident périnatal.

Les « autres pathologies » et « pathologie inconnue » représentent pour les SESSAD 62,88% de l'effectif total recensé. Remarquons enfin, que contrairement aux IME et surtout aux ITEP pour lesquels le taux « pathologie inconnue » est faible, c'est pour les SESSAD que ce taux est le plus important (35,61%).

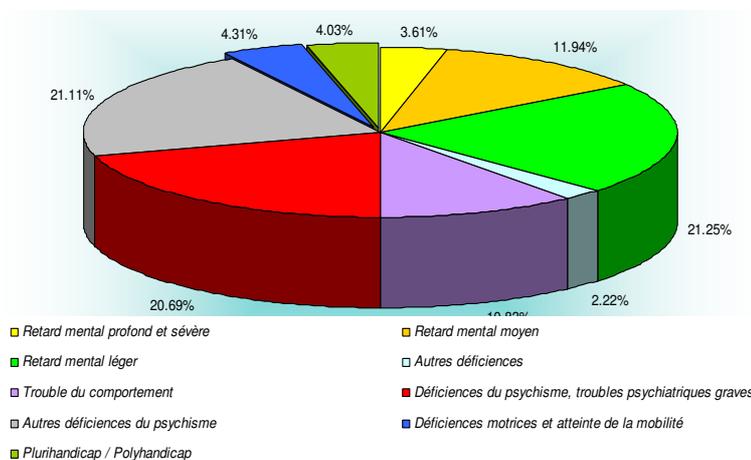
• **Graphique 6 - Pathologies ITEP**



Pour les ITEP, la partie de l'enquête ES qui concerne les pathologies, il a été renseigné « Autres pathologies » à 93,08%.

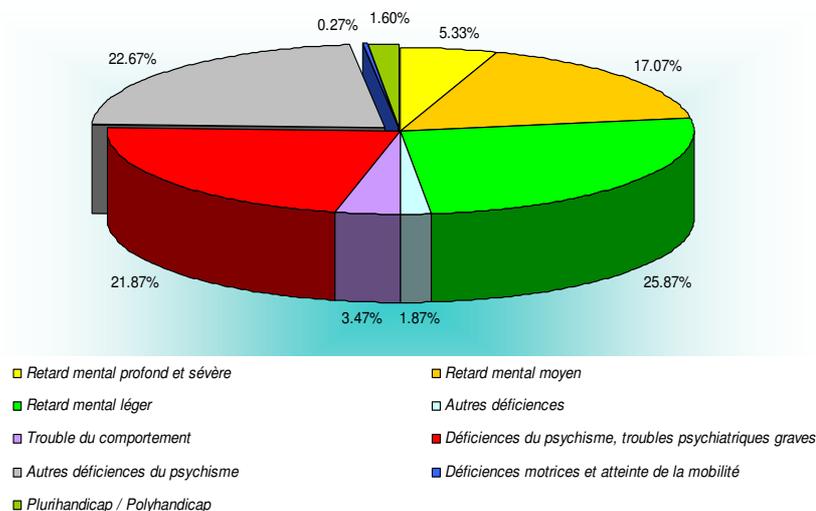
4.1.2 - Répartition par déficience

- Graphique 7 - Répartition par déficience de la population accueillie dans les établissements et services du Loir et Cher



La première analyse effectuée concerne la déficience principale recensée par l'intermédiaire des questionnaires de l'enquête ES 2006.

- Graphique 8 - Déficiences IME

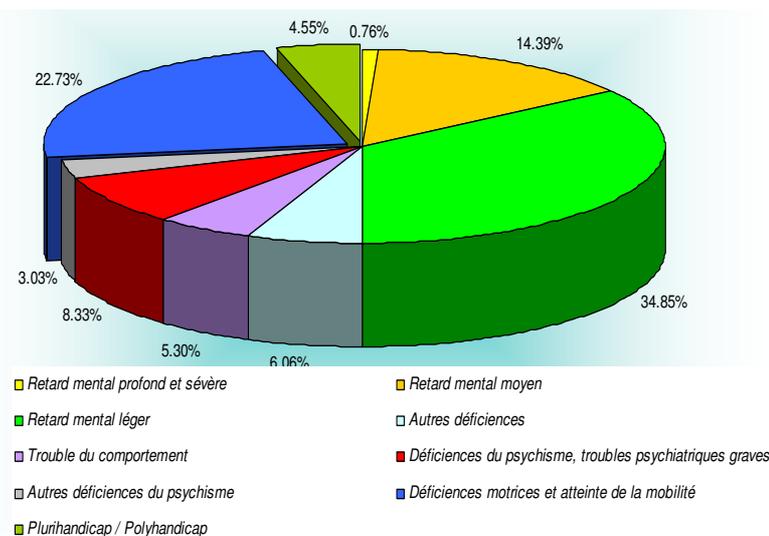


En ce qui concerne les IME, le retard mental de quel que degrés que ce soit représente en déficience principale 48,27% de la population totale des IME.

Les déficiences du psychisme² représentent, quant à elles, 49,33% de la population totale accueillie dans les IME avec un nombre important de « autres déficiences du psychisme » de 22,67%. Cette catégorie regroupe les troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité, à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolé. Notons enfin, l'importance des troubles psychiatriques graves repris au sein des déficiences du psychisme qui représentent 21,87% de la population des IME.

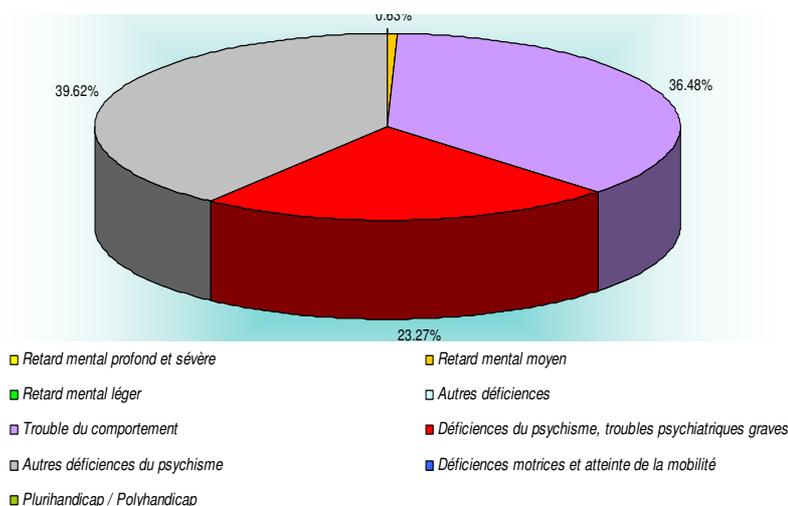
² Pour une précision concernant les déficiences du psychisme, se reporter à la "Classification internationale des handicaps: déficience, incapacité, désavantages, OMS 1980, INSERM 1993". (cf Annexe 6)

Graphique 9 - Déficiences SESSAD



En ce qui concerne les SESSAD, la plus grande majorité des enfants accueillis présentent un retard mental léger ou moyen (49,24%). 22,73% présentent une déficience motrice.

- Graphique 10 - Déficiences ITEP**



En ce qui concerne les ITEP, c'est au sein des « déficiences du psychisme » repris en catégorie générale que l'on trouve la quasi-totalité de la population accueillie dans ces établissements.

Il convient de s'interroger sur la part importante de la population répertoriée à partir de la rubrique « autres déficiences du psychisme » (39,62%) dépassant même celle identifiée « troubles du comportement » (36,48%).

Les troubles psychiatriques graves repris dans les déficiences du psychisme sont recensés de façon importante au sein de la population accueillie dans les ITEP (23,27%). Il importe de manipuler avec précaution ces données car la manière de renseigner les questionnaires a pu varier d'un établissement à un autre.

4.2 - Résultats de l'enquête 32 relative à la scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux du Loir et Cher

L'enquête concerne 1 établissement hospitalier, 6 I.M.E et 4 ITEP.

578 enfants et adolescents sont concernés dont 278 déficients intellectuels et 267 déficients psychiques.

Les tableaux suivants ne concernent que ces 2 modalités de catégorisation de handicap et représentent donc 95% de la population recensée.

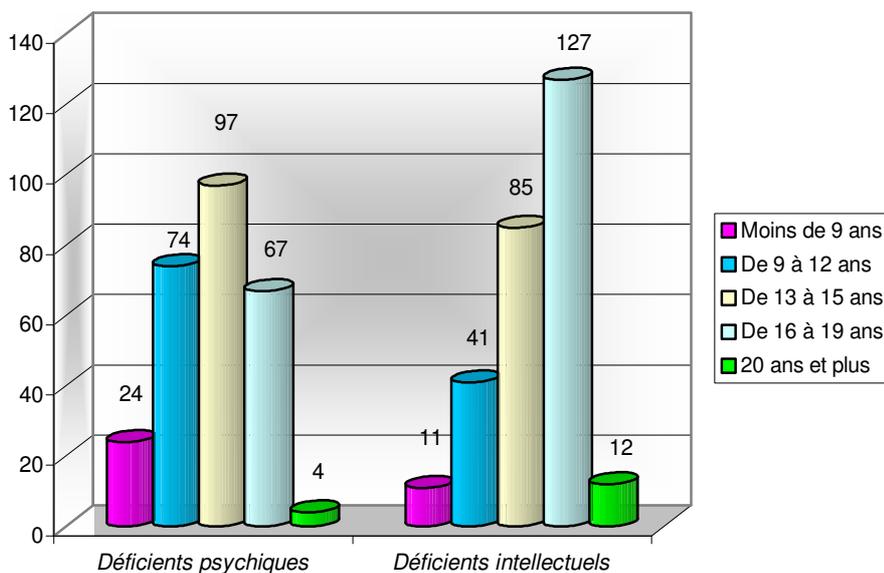
L'option retenue est une étude à partir de ces nosographies et non à partir du type d'établissement qui accueille cette population. Les données complémentaires sont précisées à la suite de cette enquête et ont été fournies par une extraction régionale des données intermédiaires relative à l'enquête « Etablissements Spécialisées » menée par la DRESS.

4.2.1 - Répartition des déficiences par tranche d'âge

La population souffrant de déficience psychique est majoritaire chez les enfants de 6 à 14 ans. Nous pouvons supposer un accueil plus important en ITEP pour une grande partie de ces enfants. L'âge moyen d'entrée est d'ailleurs plus faible pour les ITEP que pour les IME.

- Tableau 26 – Graphique 11 - Répartition des déficiences par tranche d'âge (données Avril 2008)

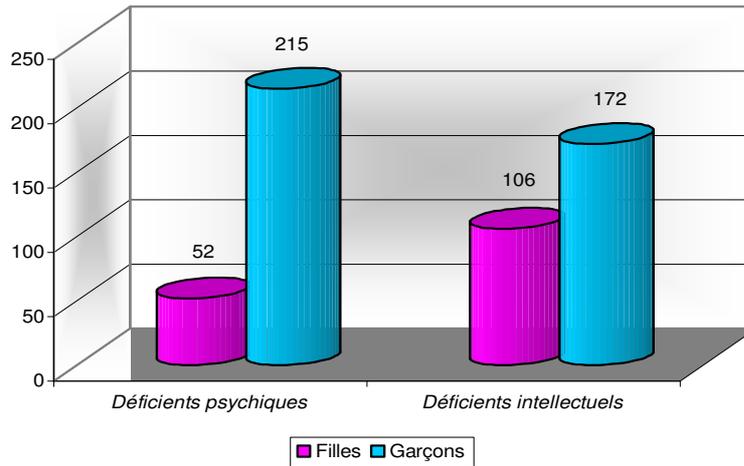
TRANCHES D'AGE	Déficients psychiques	Déficients intellectuels	TOTAL
Moins de 9 ans	24	11	35
De 9 à 12 ans	74	41	115
De 13 à 15 ans	97	85	182
De 16 à 19 ans	67	127	194
20 ans et plus	4	12	16
TOTAL	266	276	542



4.2.2 - Répartition des déficiences par sexe

- Tableau 27 – Graphique 12 - Répartition des déficiences selon leur sexe

SEXE	Déficients psychiques	Déficients intellectuels	TOTAL
Filles	52	106	158
Garçons	215	172	387
TOTAL	267	278	545



En ce qui concerne la déficience psychique, on remarque une population plus importante de garçons (81%), alors que pour la déficience intellectuelle, les garçons représentent 61,87%.

4.2.3 - Scolarisation interne

- Tableau 28 – Scolarisation interne – Déficients intellectuels

TRANCHES D'AGE	JOURNÉES DE SCOLARISATION									TOTAL
	Non scolarisés	1/2 journée	2 x 1/2 journées	3 x 1/2 journées	4 x 1/2 journées	5 x 1/2 journées	6 x 1/2 journées	7 x 1/2 journées	Temps complet	
Moins de 9 ans			2		2				1	5
De 9 à 12 ans									10	10
De 13 à 15 ans	2	5	15	10	36	2		2	21	93
De 16 à 19 ans	25	5	21	2	67		1		1	122
20 ans et plus										
TOTAL	27	10	38	12	105	2	1	2	33	230

Le tableau récapitulatif des temps de scolarisation interne pour les enfants et adolescents scolarisés déficients intellectuels indiquent 2 âges repérables:

- les 13-15 ans scolarisés 4 ½ journées / semaine : (36), 21 sont scolarisés à temps complet
- les moins de 8 ans sont tous scolarisés mais l'effectif est faible.

Entre 16 et 19 ans, 55% des adolescents sont scolarisés au moins 4 ½ journées par semaine (en interne).

• **Tableau 29 – Scolarisation interne – Déficients psychiques**

TRANCHES D'AGE	JOURNÉES DE SCOLARISATION									TOTAL
	Non scolarisés	1/2 journée	2 x 1/2 journées	3 x 1/2 journées	4 x 1/2 journées	5 x 1/2 journées	6 x 1/2 journées	7 x 1/2 journées	Temps complet	
Moins de 9 ans		3	4		1			1	2	11
De 9 à 12 ans	3	5	10	5	6	3		7	24	63
De 13 à 15 ans	3	5	9	8	30	4	6	4	26	95
De 16 à 19 ans	11	16	6	2	18	3				56
20 ans et plus	4	1								5
TOTAL	21	30	29	15	55	10	6	12	52	230

Le tableau récapitulatif des temps de scolarisation interne pour les enfants et adolescents scolarisés déficients psychiques indiquent que les moins de 8 ans sont tous scolarisés mais les effectifs sont également très faibles.

Concernant les 9-12 ans, les 2/3 sont au moins scolarisés 4 ½ journées par semaine. 40% sont scolarisés en interne à temps complet.

Pour la tranche d'âge des 13-15 ans, on note que presque 75% des adolescents sont scolarisés au moins 4 ½ journées par semaine, 27% à temps plein.

4.2.4 - Scolarisation externe

Au total, 80 élèves accueillis en établissement médico-social bénéficient d'une scolarisation externe c'est-à-dire en milieu scolaire ordinaire soit 15% de l'effectif total.

Parmi les 80 élèves recensés, 46 sont déficients intellectuels et 34 déficients psychiques.

Les temps de scolarisation durant la semaine s'échelonnent de la demie-journée au temps complet.

On remarque que 25 déficients intellectuels sont scolarisés à temps plein pour les tranches d'âge "13-15 ans" et "16-19 ans", respectivement 26 et 9 élèves.

En revanche, les enfants présentant une déficience psychique scolarisés à temps complet le sont sur des tranches d'âge plus jeunes "9-12 ans" (7 enfants) et "13-15 ans" (10 adolescents) soit la moitié de l'effectif des enfants déficients psychiques.

4.2.5 - Postes budgétés / pourvus en ETP

• Tableau 30 – Postes budgétés / pourvus en ETP pour les IME

IME Les Grouëts		IME Herbault		IME Les Basses Fontaines		IME Les Brunetières		EMP de Prépatoir		Total	
budgétés	pourvus	budgétés	pourvus	budgétés	pourvus	budgétés	pourvus	budgétés	pourvus	budgétés	pourvus
						3,000	1,000			3,500	1,500
						0,125	0,125			0,125	0,125
0,380	0,380	0,500	0,500	1,000	1,000	1,113	1,113	1,800	1,800	5,793	5,793
						0,300				0,300	
				0,200	0,200	0,050				0,350	0,300
0,100	0,086	0,300	0,300	0,150		0,050				1,040	0,386
0,500	0,500	0,450	0,300			0,500		0,370	0,370	2,820	2,170
0,080										0,080	
0,280	0,280	0,500	0,500	1,000	2,000	0,800	0,800	0,800	0,800	4,880	5,880
0,500	0,500	0,450	0,450	1,000	1,000	0,300	0,300			3,250	3,250
1,840	1,746	2,200	2,050	3,350	4,200	6,238	3,338	2,970	2,970	22,138	19,404

Poste non pourvu
ou partiellement



• Tableau 31 – Postes budgétés / pourvus en ETP pour les sections polyhandicapés

POSTES	IME Les Grouëts		IME Les Brunetières		TOTAL	
	budgétés	pourvus	budgétés	pourvus	budgétés	pourvus
Aide soignant	0,500	en attente	2,000	2,000	2,500	2,000
Ergothérapeute	0,500	0,500	0,125	0,125	0,625	0,625
Infirmier	0,120	0,120	0,462	0,462	0,582	0,582
Kinésithérapeute	0,280	à l'acte en libéral	0,300	0,300	0,580	0,300
Médecin généraliste			0,050		0,050	0,000
Médecin psychiatre	0,050	0,028			0,050	0,028
Orthophoniste	0,250	0,250			0,250	0,250
Pédiatre	0,030	en attente			0,030	0,000
Psychologue	0,120	0,120	0,200	0,200	0,320	0,320
Psychomotricien	0,250	0,250	0,300		0,550	0,250
TOTAL	2,100	1,268	3,437	3,087	5,537	4,355

Poste non pourvu
ou partiellement



• Tableau 32 – Postes budgétés / pourvus en ETP pour les ITEP

POSTES	ITEP L'Audronnière		ITEP de Cerçay		ITEP Herbault		ITEP Le Logis		TOTAL	
	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus
Aide soignant	1.000	1.000							1.000	1.000
Ergothérapeute										0.000
Infirmier	1.000	1.000			0.500	0.500	0.750	0.750	2.250	2.250
Kinésithérapeute										0.000
Médecin généraliste										0.000
Médecin psychiatre	0.500	0.500			0.160	0.160	0.830	0.830	1.490	1.490
Orthophoniste	1.000	1.000			0.250	0.100			1.250	1.100
Pédiatre			0.500	0.500					0.500	0.500
Psychologue	1.000	1.000	0.750	0.750	0.360	0.360	1.460	1.460	3.570	3.570
Psychomotricien	0.500	0.500			0.150	0.150	0.290		0.940	0.650
TOTAL	5.000	5.000	1.250	1.250	1.420	1.270	3.330	3.040	11.000	10.560

Poste non pourvu
ou partiellement



Il a été recensé, par l'intermédiaire d'une enquête menée auprès des établissements, une insuffisance des ressources portant sur un certain nombre de professions médicales et para-médicales. Le manque porte sur des postes d'aide soignants, à hauteur de 2 ETP, et est situé à l'IME des Brunetières à Mareuil.

Il est également noté un déficit de kinésithérapeute de 0,3 ETP. Il semble cependant que cette situation puisse être compensée partiellement par un conventionnement avec le secteur libéral.

Il apparaît difficile de recruter des médecins au sein des établissements. Cette situation est critique notamment pour les besoins devant être couverts par les psychiatres. Il manque un mi-temps de psychiatre sur le département mais là encore la possibilité de faire appel à des médecins libéraux ne comble pas le déficit.

Quant aux médecins généralistes, on remarque un déficit de 0,1 ETP sur le département.

La situation est également critique concernant les orthophonistes (0,8 ETP sur le département). En outre, le recours au secteur libéral est difficile tant les attentes sont longues pour obtenir un suivi.

Il manque peu de temps de psychologue et de psychomotricien (0,6 ETP). Notons qu'en règle générale, ces professions ne bénéficient pas d'un conventionnement possible avec les caisses primaires d'assurances maladie et que malgré cela, le recrutement peut s'avérer difficile de part l'éparpillement des postes bien souvent dotés au sein des établissements et services à temps partiel.

• Tableau 33 – Postes budgétés / pourvus en ETP pour les SESSAD

POSTES	SESSD Papillons Blancs		SESSD AIDAPHI		SESSD GEIST 21		SESSD APF BLOIS		SESSD ROMO		ZSAI PEP45 Antenne Blois		SAFEP SSEFIS		TOTAL	
	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus	budgetés	pourvus
Aide soignant															0.000	0.000
Ergothérapeute	0.500	0.500					3.000	3.000							3.500	3.500
Infirmier											0.040	0.040			0.040	0.040
Kinésithérapeute	0.250				0.500	0.500	1.790	1.160							2.540	1.660
Médecin généraliste (spécialisé APF)							0.160	0.060							0.160	0.060
Médecin psychiatre	0.040	0.040	0.100	0.100					0.120				0.080	0.080	0.340	0.220
Orthophoniste	1.000				1.540	1.540	1.400	0.800	0.500				2.250	1.500	6.690	3.840
Pédiatre	0.070	0.070			0.050	0.050				0.080					0.120	0.200
Psychologue	0.500	0.500	0.500	0.500	1.000	1.000	1.000	1.000	0.800		0.300	0.300	0.800	0.350	4.900	3.650
Psychomotricien	1.500	1.500			0.500		1.000	1.000	0.500		0.200	0.200			3.700	2.700
TOTAL	3.860	2.610	0.600	0.600	3.590	3.090	8.350	7.020	1.920	0.080	0.540	0.540	3.130	1.930	21.990	15.870

Poste non pourvu
ou partiellement



Il s'avère que les manques de ressources en personnel sur le département sont plus importants en ce qui concerne les SESSAD.

En effet, il est recensé un déficit conséquent en postes :

- d'orthophoniste (2,85 ETP)
- de psychologue (1,25 ETP)
- de médecin généraliste (1,00 ETP)
- de médecin psychiatre (0,120 ETP)
- de psychomotricien (1,00 ETP)
- de Kinésithérapeute (0,880).

Le schéma devra, en conséquence, s'attacher à développer des solutions incitatives au recrutement en direction des personnels de santé et de concevoir des dispositifs offrant des solutions de mutualisation des moyens en adéquation avec une logique de territoire de santé.

4.2.6 - Natures des ateliers de pré-formation professionnelle

- Tableau 34 – Natures des ateliers de pré-formation professionnelle pour les IME

NATURES ATELIERS	IME Joseph PERRIN	IME Les Grouëts	IME Herbault	IME Les Basses Fontaines	IME Les Brunetières	EMP de Prépatour
Entretien Espaces Verts						
Horticulture						
Travaux paysagers						
Technicien de surface						
Blanchisserie / Entretien du linge						
Menuiserie						
Ferronnerie						
Atelier à vocation occupationnelle			conditionnt			
Employé technique de collectivité / Cuisine						
Tvx du Bâtiment / Peinture /Pte maçonnerie						
Atelier à vocation d'apprentissage à l'autonomie : Activités ménagères						
Palfrenier, soin aux chevaux						

- Tableau 35 – Natures des ateliers de pré-formation professionnelle pour les ITEP

NATURES ATELIERS	ITEP L'Audronnière	ITEP de Cerçay	ITEP Herbault	ITEP Le Logis
Entretien Espaces Verts				
Horticulture				
Travaux paysagers				
Technicien de surface				
Blanchisserie				
Menuiserie				
Ferronnerie				
Atelier à vocation occupationnelle			Conditionnt	
Employé technique de collectivité / Cuisine				
Tvx du Bâtiment / Peinture /Pte maçonnerie				
Autres		Petite mécanique Electricité		Pas de précision

Tous les IME sont dotés d'ateliers de préformation professionnelle sauf l'EMP de prépatour au regard de son agrément d'âge limité à 16 ans. Ce qui est également le cas de l'ITEP de l'Audronnière situé à Faverolles sur Cher.

L'ensemble des IME ont développé des ateliers à vocation horticole, de travaux paysagers et d'espaces verts. Les ateliers à vocation occupationnelle sont mis en place par 4 d'entre eux.

L'IME « Joseph Perrin » de Vouzon, l'IME situé à Herbault et l'IME des « Basses Fontaines » de Crouy sur Cosson développent des ateliers de préformation professionnelle d'employé technique de collectivité et de travaux du bâtiment. Les IME situés à Herbault et à Crouy sur Cosson possèdent le nombre le plus important d'ateliers (8).

En règle générale, les établissements ont développé une diversification de leurs ateliers.

Les ITEP d'Herbault et de Cerçay ont une orientation tournée vers la préprofessionnalisation contrairement à celui du Logis.

Un axe majeur de la réflexion du schéma est d'interroger les caractéristiques de l'implantation des « Sections d'Initiation et de Préformation Professionnelle » en fonction des liens à créer sur chaque territoire capable de développer l'offre d'insertion professionnelle.

Par ailleurs, un enrichissement des liens entre les établissements médico-sociaux et le dispositif scolaire de formation professionnelle doit favoriser l'approche globale du handicap des jeunes et faciliter l'accompagnement de ceux-ci en situation d'apprentissage.

Enfin, le développement d'une dynamique d'accueil en milieu de travail protégé, pour les jeunes n'accédant pas au milieu professionnel ordinaire, doit s'anticiper dans les projets des établissements par une mise en correspondance des ateliers des IME et des ESAT.

Quatrième partie

Synthèses et Orientations

- 1. Faire évoluer et diversifier l'offre des dispositifs médico-sociaux dans une logique de meilleure répartition territoriale**
- 2. Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent**
- 3. Accompagner les enfants en situation de handicap dans toutes les dimensions de leur vie sociale**
- 4. Organiser des modes de réponses médico-sociales aux troubles psychiques des enfants et adolescents**
- 5. Développer des actions et des dispositifs soutenant la vie des familles**
- 6. Améliorer les réponses spécifiques à certains types de handicap**

1) Faire évoluer et diversifier l'offre des dispositifs médico-sociaux dans une logique de meilleure répartition territoriale.

1.1 Les éléments recensés dans le cadre d'une meilleure approche territoriale...

Suite au constat partagé, réalisé en étape préliminaire à l'élaboration du schéma, faisant état d'un dispositif médico-social dispersé, il importe de préciser les déterminants majeurs qui ont motivé une réflexion menée spécifiquement dans le cadre de la recherche d'une meilleure répartition territoriale de l'équipement. L'approche territoriale pour laquelle une réflexion approfondie a été menée a eu pour objet de déterminer un rééquilibrage géographique de l'équipement afin de répondre aux besoins des populations résidentes sur le département dans le souci de diversifier les réponses aux besoins recensés.

La nature des différents types de handicap, l'âge des enfants et adolescents, les orientations de leur projet en fonction de l'équipement existant et les perspectives d'évolution démographique dans le Loir et Cher ont influencé la manière d'envisager l'offre médico-sociale et son ancrage au sein des différents territoires.

La démarche de planification de l'équipement qui fera l'objet de la mise en œuvre du schéma doit également prendre en compte sur un territoire déterminé :

- un accès plus facile aux soins par l'intermédiaire d'un lien de complémentarité entre le champ sanitaire et le secteur médico-social ;
- le développement de liens effectifs au sein des territoires entre tous les acteurs du médico-social, du sanitaire, des services sociaux et de l'éducation nationale ;
- le développement de consultations et de suivis pluridisciplinaires facilitant les trajectoires des enfants et adolescents au sein d'un territoire ;
- une association étroite des différents établissements, services et professionnels.

Le zonage territorial doit également faciliter l'observation et l'analyse des besoins médico-sociaux émergents et de s'assurer que la population a effectivement recours aux services dont elle a besoin. Par ailleurs, l'accès doit être aussi efficace, au sens de la pertinence et de la qualité du service rendu.

Ce n'est donc pas uniquement par l'intermédiaire d'une entrée par l'offre que la pertinence d'une logique de territoire infra départemental s'entend mais également en référence à un contenu et à une qualité de service rendu prenant en compte la connaissance des situations de vie des enfants et adolescents handicapés ainsi que de leur famille.

Enfin, à ce jour, l'architecture départementale de l'équipement médico-social dédié aux enfants et adolescents handicapés ne permet pas toujours de prendre en compte la réalité des besoins de la population dans le cadre d'une approche globale de la situation des usagers.

Chaque établissement a développé sa propre sectorisation, élaborée historiquement, indépendamment des autres acteurs locaux.

Même si, depuis une quinzaine d'année, avec la multiplication des services ambulatoires et la mise en place de partenariats associés à la réalisation de nouveaux projets, ceux-ci ont permis de diversifier les filières, il existe, malgré tout, de grandes disparités au sein du département qui méritent d'interroger sur le plan local les nécessaires coordinations et complémentarités.

Il convient de préciser, à la lumière de l'état des lieux évoqué précédemment, que ces disparités portent également sur les ressources réelles mobilisées par les établissements au regard des différents taux d'encadrement affichés par ceux-ci. (Cf. Etat des lieux p 33)

1.2...selon certains principes et les caractéristiques du département du Loir et Cher...

Face à la situation excentrée de certains établissements, il est nécessaire de concevoir un dispositif plus ajusté aux besoins des usagers dans le respect d'une offre prenant en compte les différents types de handicap.

Un rééquilibrage de l'équipement portant sur une meilleure couverture territoriale doit être envisagé.

L'offre actuelle, excentrée et conçue sur un mode très institutionnalisé s'est accompagnée d'un accueil important d'une population venue d'autres départements. L'effort de recentrage de la population sur le département du Loir et Cher entamé depuis plusieurs années doit être poursuivi. En outre, il est constaté un taux d'équipement important en places d'ITEP (taux d'équipement régional de 1,48 et pour le Loir et Cher de 2,35).

Il s'agit également de mettre en place une offre de proximité, diversifiée et accessible à l'échelle départementale et infra-départementale et de s'assurer de la complémentarité des réponses médico-sociales selon les principes de continuité et de cohérence de l'accompagnement. Ces principes doivent se traduire par la mise en place d'une amplitude d'ouverture calquée sur le rythme scolaire pour les populations bénéficiant d'une scolarisation importante. En revanche, il convient d'opter pour une amplitude d'accueil plus conséquente en direction des enfants et adolescents souffrant de handicaps plus lourds nécessitant un accompagnement éducatif et thérapeutique soutenu.

Par ailleurs, la diversification de l'offre par territoires infra départementaux doit s'accompagner d'une réflexion au sujet de l'accueil en internat. Celui-ci doit correspondre aux orientations du projet personnalisé de chaque enfant ou adolescent et/ou être mis en place suite à une demande des familles que celle-ci soit motivée par un souhait temporaire ou dans un souci d'éloignement salubre et librement consenti. En outre, il est nécessaire de concevoir par territoires infra départementaux un équilibre entre l'accueil en externat et en internat. (Cf. FA 1)

L'accompagnement en externat peut s'envisager à partir de petites unités fonctionnelles délocalisées au sein des zones de plus fortes densités de population favorisant ainsi l'inclusion sociale des enfants et adolescents au sein du milieu ordinaire. (Cf. FA 1)

En revanche, l'internat reste positionné comme le recours institutionnel indispensable proposant une approche globale et continue face à la problématique des enfants et adolescents qui nécessitent d'être confrontés à un cadre institutionnel plus contenant en réponse à leurs besoins.

Le cadre général de ce dispositif doit permettre de réduire les temps de transport trop longs et offrir un accompagnement médico-social au plus proche du lieu de vie.

1.3...et les pistes d'orientation du schéma qui en découlent.

L'option générale de cet axe majeur du schéma enfance handicapée du Loir et Cher est de concevoir des accompagnements intégrés à des dispositifs territoriaux à l'échelle départementale et infra départementale permettant ainsi à partir d'une relocalisation partielle ou totale de certains établissements de répondre aux besoins des enfants et adolescents présentant différents types de handicap. A l'échelle infra départementale, nous pouvons préciser la mise en place d'une diversification de l'offre pour les enfants présentant les handicaps suivants : déficiences intellectuelles, déficiences du psychisme, autisme et TED et le polyhandicap. Il se dégage à la lumière de l'état des lieux de l'équipement décrit précédemment qu'une relocalisation totale ou partielle d'un ou deux Instituts Médico-Educatifs vers le blésois doit être envisagé. De même qu'un recentrage de l'équipement vers les cantons de Contres et de Romorantin doit permettre à un nombre important d'enfants et d'adolescents présentant tout type de handicap de bénéficier d'un accompagnement de proximité dès le plus jeune âge et selon des modalités diversifiées. (Cf. FA 2)

Cette orientation doit également s'accompagner d'un réaménagement des plateaux techniques des établissements en augmentant leur polyvalence et leur mobilité.

Il s'agit également de mener une réflexion sur la polyvalence en direction des SESSAD pour lesquels, selon la nature de leurs accompagnements et des différents types de handicap qu'ils prennent en charge, leur périmètre géographique d'intervention doit se situer à l'échelon infra départementale (Cf. FA 2). En revanche, pour les SESSAD spécialistes accompagnants des enfants handicapés souffrant de handicap à faible prévalence, l'échelon départemental se conçoit aisément.

2) Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent

Les principes de compensation et d'accessibilité concourent à ce que l'orientation des enfants et adolescents handicapés s'effectuent au sein des dispositifs de droit commun, dans la mesure des possibilités, dès leur plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte.

Ces dispositions constituent les aspects majeurs du plan personnalisé de compensation qui doit s'ajuster au mieux au projet de vie des enfants et adolescents handicapés. Ainsi, la mise en œuvre du projet personnalisé de chaque enfant et adolescent se conçoit à partir d'une trajectoire mobilisant les acteurs de tous les dispositifs existants afin d'assurer dans des temps et des lieux diversifiés un accompagnement garant de l'évolutivité du projet.

Il s'agit donc d'articuler l'accompagnement médico-social à partir des ressources existantes de l'équipement médico-social départemental avec les dispositifs de droit commun dans un souci de prolongement des actions, de complémentarité des dispositifs et de fluidité des trajectoires.

La mise en œuvre d'un dispositif respectueux de ces principes procède, de la promotion d'actions organisées au plus près des lieux de vie des enfants et des adolescents, mais aussi de l'identification des lieux d'accueil, de la mise en place d'un accompagnement polyvalent de soutien spécialisé et d'une connaissance mutuelle des différents acteurs permettant la réactivité du dispositif à évaluer et à proposer des ajustements de projet.

Au-delà de la volonté des acteurs de mettre en place toutes les synergies possibles dans le cadre des actions proposées inhérentes aux projets personnalisés de compensation, il s'agit en amont, de disposer d'outils partagés permettant une évaluation à la suite de laquelle la prescription des actions à mettre en œuvre sera claire pour tous les acteurs. (Cf. FA 5)

Pour faciliter cette mise en synergie, la connaissance et la promotion du guide d'évaluation multidimensionnelle, outil de référence national pour l'ensemble des Maisons Départementales Des Personnes Handicapées, constitue un préalable à la construction d'un cadre de référence commun pour l'évaluation des situations de handicap et la définition des axes du projet.

Il importe de prendre en compte ce que représente le projet de vie tel que celui-ci est défini dans les textes rénovant les politiques publiques en direction des personnes handicapées notamment par la loi du 11 février 2005.

Il s'agit de recueillir auprès des usagers leurs souhaits et attentes et de concevoir un accompagnement recentré sur ceux-ci dans le respect du projet de vie énoncé. La définition de ce cadre d'accompagnement entraîne un renversement des perspectives, relatives aux dispositifs médico-sociaux, structurées sur la mise en correspondance directe des caractéristiques du handicap de la personne avec une réponse médico-sociale institutionnellement déterminée.

Les objectifs relatifs à une conception rénovée du projet des personnes au sein du dispositif médico-social consistent à positionner l'utilisateur au centre du dispositif et à accompagner l'utilisateur dans son évolution. Cette conception doit avoir pour effet de limiter les ruptures de trajectoire et les périodes critiques liées aux réorientations.

2.1 Les constats évoqués et les problématiques partagées dans le cadre de la mise en place d'une action continue auprès des enfants et adolescents handicapés.

En ce qui concerne, le dépistage, les actions de prévention et l'accompagnement des enfants de 0 à 6 ans, il est constaté l'insuffisance d'un dispositif structuré d'accompagnement spécifique dédié à la petite enfance en amont et en aval du diagnostic de handicap. Il convient donc de renforcer les coopérations entre les services de la PMI et les CAMSP dans le cadre d'actions de dépistages précoces afin de prévenir les risques de chronicité liées aux pathologies associées à des carences socioéducatives et diversifier les différents modes d'accompagnement dès le plus jeune âge à tous les types de handicap. (Cf. FA 3)

Il est indispensable de développer les services d'un CAMSP à l'échelle départementale. (Cf. FA 3)

Enfin, le positionnement des SESSAD est interrogé dans le cadre des possibilités d'un accompagnement auprès des enfants de 0 à 3 ans au sein des dispositifs de droit commun « crèches, lieux d'accueil de la petite enfance... », mais également sur la réalité de subvenir, pour cette tranche d'âge, aux besoins à l'échelle départementale. (Cf. FA 4)

2.2 Il est préconisé dans la mise en place des objectifs visés en direction de la petite enfance de ...

- développer la prévention des situations à risque dès le plus jeune âge en lien avec la politique de maillage territorial associant les services ambulatoires du dispositif médico-social aux réseaux de santé ; (Cf. FA 3)
- diversifier les modalités d'accueil des jeunes enfants en mobilisant les structures de droit commun dédiées à la petite enfance vers l'accueil des enfants handicapés en s'assurant le soutien d'équipes de professionnels du secteur médico-social; (Cf. FA 4)
- développer l'accueil familial des enfants handicapés ; (Cf. FA 7)
- mettre en place une politique de communication en direction de tous les acteurs œuvrant dans le champ de la prévention et du dépistage, les établissements et services médico-sociaux ainsi que le secteur associatif. (Cf. FA 4)

2.3...et de mettre en œuvre des actions portant sur :

- la réalisation d'une offre de services constituée d'un triptyque « Centre d'Action Médico-sociale Précoce, Jardin d'Enfant Spécialisé, Service d'Education de Soins Spécialisés à Domicile », organisée à une échelle infra départementale ; (Cf. FA 4)
- l'organisation d'un soutien auprès des assistantes maternelles accueillant des enfants handicapés sous la forme d'un pôle ressources et/ou d'une aide à partir d'actions de formation;
- la construction d'outils de communication adaptés aux différents interlocuteurs du réseau de prévention (PMI, CAMSP, Médecins libéraux...). (Cf. FA 5)

2.4 Les contingences de la permanence de l'offre en direction des enfants et adolescents au regard de la nécessaire transversalité des projets.

La mise en œuvre du plan personnalisé de compensation prend tout son sens en facilitant l'articulation des temps et des lieux d'accompagnement. Il doit se traduire par l'élaboration d'un projet intégrant la notion de temps partagé de façon à ce que les dispositifs de droit commun bénéficient des ressources médico-sociales à des fins d'éducation, d'adaptation pédagogique et de suivi thérapeutique au plus près des besoins de l'utilisateur.

Enfin, selon les situations de handicap, la lourdeur des handicaps et la demande des familles, il faut envisager une offre de l'accompagnement médico-social au plus près des besoins des enfants et des familles.

A l'heure actuelle, l'offre de service des établissements ne permet pas de répondre à toutes les situations notamment les plus problématiques et celles qui nécessitent un temps d'accueil continu ou un accompagnement plus important que celui calqué sur le rythme scolaire.

En outre, la mise en place d'un système d'informations générales concernant les dispositifs médico-sociaux, d'aide sociale à l'enfance et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile doit favoriser la diversité et les réaménagements des trajectoires et limiter, de la manière la plus efficace possible, les temps d'absence d'accompagnement. Il s'agit cependant d'être vigilant afin d'éviter les ruptures de trajectoire et d'opter pour des réévaluations régulières et des recadrages de projet. (Cf. FA 6) et (Cf. FA 7)

Cette souplesse de l'accompagnement doit inciter les établissements et services à réviser leurs amplitudes d'ouverture selon les besoins des différentes populations accueillies. Pour les IME accueillant des populations déficientes légères et moyennes et les ITEP, il conviendrait d'articuler les temps d'ouverture sur le rythme scolaire avec une offre d'accueil temporaire et sur des périodes de vacances. (Cf. FA 7)

Cette offre doit être formalisée à partir des projets individualisés et répondre dans ce cadre aux besoins des familles.

Pour les enfants plus lourdement handicapés, proposer une amplitude d'ouverture plus importante que le rythme scolaire et prévoir pour ces enfants un accueil dès l'âge de 3 ans (Cf. FA 3).

Enfin, il est essentiel d'articuler de manière plus fonctionnelle les relais d'accompagnement entre les SESSAD et les établissements en accentuant le rythme des renouvellements des orientations à la lumière des objectifs des projets personnalisés et en définissant de manière plus précise les temps et durées d'accompagnements partagés entre les établissements et les services. (Cf. FA 6)

Enfin, il convient de développer avec les secteurs de psychiatrie des temps d'accueil partagés d'organiser avec les équipes de psychiatrie le suivi des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques et accueillis au sein du dispositif médico-social et de mettre en place des conventions prenant en compte des formes diversifiées d'intervention.

2.5 Le prolongement des actions favorisant la prise d'autonomie et la préparation à la vie d'adulte.

Quel que soit le type de handicap présenté par les enfants et adolescents accueillis au sein des établissements et services médico-sociaux, l'un des aspects majeurs à travailler avec une population adolescente consiste à préparer, au mieux et au plus près de leur projet personnel, le passage à la vie d'adulte. Pour certains, il s'agit d'un prolongement au sein du dispositif médico-social dans le cadre d'un accueil en établissement. Pour d'autres, des solutions passent par un métissage des accompagnements selon leur degré d'autonomie.

A l'heure actuelle, le dispositif médico-social d'aide à domicile offre de nouvelles perspectives avec les SAVS, les SAMSAH et la possibilité de recourir aux résidences accueil...

En outre, la généralisation de la prestation de compensation sans barrière d'âge permet de redimensionner les projets individualisés sans difficultés.

Ainsi, les modalités d'accompagnement et de préparation à la vie d'adulte travaillées dans les établissements s'en trouvent enrichies. Les interventions éducatives menées en lien avec les possibilités de compensation des conséquences des handicaps dans un objectif de participation à la vie sociale s'en trouvent confortées. (Cf. FA 10)

En outre, la vie en institution présente des risques de suppléance peu favorables à la prise d'autonomie. Les apprentissages dans le domaine de l'autonomie, concernent également les jeunes qui vivent en famille. Par exemple, il est utile de réaliser l'apprentissage de l'utilisation des transports en communs et d'aménager les conditions d'accès aux équipements du milieu ordinaire. Cela permet de diversifier les espaces de socialisation.

Par ailleurs, il importe d'instaurer un dispositif d'information continue et régulière auprès des évaluateurs et de la CDAPH au sujet de l'état des équipements et des différentes modalités d'accompagnement dédiées aux enfants et aux adultes.

Enfin un autre niveau d'information consiste à favoriser une connaissance mutuelle des dispositifs et de leur évolution et d'instaurer une réactivité à partir des échanges et des partenariats mis en place à des fins de fluidification des trajectoires et de diversification des parcours. (Passage de l'IME au milieu de

travail protégé, passage à une vie semi-autonome avec l'aide d'un SAVS SAMSAH...)

Cette politique de développement de prise d'autonomie doit être menée parallèlement avec la mise en place de la prestation de compensation, dans le cadre de l'élaboration de plans personnalisés de compensation prenant en compte le choix de l'utilisateur.

Un effort de communication doit être mené auprès des familles et des professionnels des établissements afin de les associer aux projets concernant leurs enfants et ainsi de prendre une part active à la préparation et à la réalisation du projet.

3) Accompagner les enfants en situation de handicap dans toutes les dimensions de leur vie sociale.

L'évolution de l'ensemble des éléments du dispositif médico-social en direction des enfants et adolescents handicapés doit s'inspirer des dispositions qui figurent dans le cadre de la mise en place des plans personnalisés de compensation. Ceux-ci, outre les dimensions relatives aux soins et aux différents types d'aide envisagés pour la compensation du handicap, doivent être constitués également du volet relatif à la scolarisation, à partir du plan personnalisé de scolarisation, et dans le cadre des actions prenant en compte toutes les dimensions de la vie sociale.

C'est par l'articulation de l'offre médico-sociale contributive de l'accueil des enfants et adolescents à l'école que nous envisagerons de développer les actions dont l'objectif général est d'enrichir le parcours des enfants et adolescents dans tous les espaces de vie sociale.

La situation en avril 2008 de l'état de l'adaptation et de la scolarisation des élèves handicapés sur l'Académie d'Orléans Tours montre une nette progression de la scolarisation des élèves porteurs de handicap sur tous les départements de la région. Le taux de 1,34 % d'élèves handicapés du département du loir et cher bénéficiant d'une scolarité dans les classes du premier et second degré est légèrement supérieur au taux national (1,3%). Cependant, la proportion des élèves handicapés accueillis dans les classes ordinaires comparée à celle accueillie en CLIS montre que, pour le département du Loir et Cher, le mode d'accueil des élèves handicapés s'effectue préférentiellement en CLIS plutôt qu'en classes ordinaires*².

Cependant, quelques précautions s'imposent dans l'interprétation de ces données, sachant qu'une partie des élèves scolarisés en CLIS bénéficient d'une scolarisation partagée et que le décompte des ces enfants varie d'un département à l'autre selon la durée d'accueil hebdomadaire de l'enfant en CLIS et en classe ordinaire.

² Données adaptation et scolarisation des élèves handicapés Académie (Orléans tours) situation avril 2008

Rappelons que la CLIS doit constituer un maillon essentiel du dispositif d'accueil des enfants au sein du milieu scolaire ordinaire et non une classe pour enfants handicapés au sein d'une école.

Par ailleurs, il est constaté également une nette progression des élèves bénéficiant d'un accompagnement par un AVS (collectif) en CLIS.

Au-delà de l'accompagnement dans le milieu scolaire ordinaire, il convient de prendre en compte l'évolution de l'enfant dans un cadre de vie le plus proche possible des lieux de socialisation de l'environnement ordinaire.

Ainsi comme le précise le député Geoffroy dans un rapport parlementaire, réalisé du 27 avril au 27 octobre 2006, sur la scolarisation des enfants handicapés : *« la réussite du projet de scolarisation, si elle tient beaucoup à la qualité de la compensation et des moyens matériels et humains qui lui sont associés, ne prendra sa véritable ampleur qu'à la condition que la scolarité s'intègre parfaitement dans le projet de vie. Le projet de vie, qui englobe le PPS, doit par ailleurs pouvoir bénéficier d'un accompagnement fondé sur le même principe de compensation mais aussi sur la nécessité d'entourer l'enfant d'une cohérence des interventions qui peut faire défaut... »*

L'un des éléments affirmés par le parlementaire dans la mise en œuvre de la loi est d' *« assurer au maximum, en particulier par une gestion mutualisée des moyens humains, un accompagnement qui puisse couvrir les temps scolaire, péri et parascolaire et la vie sociale, culturelle et sportive de l'enfant »*.

3.1 L'évolution des modalités d'accueil des enfants handicapés au sein des écoles élémentaires...

Il s'agit, à partir de l'état des lieux de la situation de scolarisation des enfants et adolescents handicapés du Loir et cher de continuer à favoriser dans l'esprit de la loi 2005-102, l'accueil des enfants au sein du milieu scolaire ordinaire. Cette évolution doit être rendue possible par l'intermédiaire des ressources de l'équipement médico-social, dans le sens de la mise en place de projets personnalisés de scolarisation au sein des unités d'enseignement. (Cf. FA 8)

Par ailleurs, des périodes critiques dans le déroulement du parcours des enfants et adolescents bénéficiant du dispositif médico-social sont identifiés, notamment lors de la sortie de CLIS. Il serait opportun de faire évoluer le dispositif en juxtaposant la création de nouvelles CLIS à l'extension de places de SESSAD. (Cf. FA 8)

Par ailleurs, l'évolution des modalités d'accompagnement des enfants handicapés au sein des écoles peut se concevoir à partir du développement de la mise à disposition des équipes techniques des IME en direction des élèves handicapés bénéficiant d'un accompagnement scolaire et cela dans une logique de proximité des interventions.

Il s'agit également de développer et de généraliser les temps de scolarisation partagée à temps partiel en milieu scolaire ordinaire et dans les établissements médico-sociaux et d'assurer une continuité de l'accompagnement sur la semaine.

3.2 ...et dans le cadre de la formation professionnelle

L'état des lieux du dispositif de formation professionnelle, au sein des établissements médico-sociaux, indique une offre fournie de plateaux techniques de professionnalisation, mais ceux-ci sont assez souvent éloignés des zones d'activité urbaine.

Pour les jeunes présentant des troubles psychiques et des troubles du comportement qui constituent une part importante des jeunes accueillis en IME et en ITEP, il existe des difficultés spécifiques d'accès à la formation professionnelle et en particulier aux stages.

Il est évoqué la situation d'un certain nombre d'adolescents sortant d'UPI ou de SEGPA avec des souhaits de formation mais sans véritable projet arrêté.

Les professionnels communiquent également un constat de ruptures et d'échecs de parcours de formation quand il y a absence ou arrêt de l'accompagnement médico-social avec pour certains, des rejets fréquents de l'institution.

Par ailleurs, cette situation est rendue difficile par une offre de formation pas toujours diversifiée et orientée sur des débouchés "réalistes" au regard des exigences accrues du monde du travail.

En outre, les réseaux d'entreprises et d'artisans susceptibles d'accueillir des stagiaires sont difficiles à maintenir et à fidéliser en particulier en zone rurale.

Une synthèse de l'état des lieux et des réflexions portées par les professionnels permet de repérer quelques grands axes d'évolution du dispositif :

- Rendre lisible dans les projets des établissements le positionnement de l'offre de formation professionnelle (fléchage des établissements) et intégrer aux projets les objectifs de socialisation et de mise en situation d'apprentissages concrets. (Cf. FA 10)
- Rendre lisible l'offre de préprofessionnalisation et adapter les supports ; adapter les dispositifs adultes (ESAT) à l'accueil (stages) des personnes avec handicap psychique.
- Concevoir des plateaux techniques permettant l'accueil des jeunes souffrant de handicap psychique et adapter l'offre de formation des établissements aux jeunes souffrant de handicap psychique.
- Préparer le relais en sortie d'UPI ou de SEGPA par la construction de projets personnalisés de compensation intégrant les possibilités d'accompagnement médico-social sous différentes formes. (envisager un SESSAD positionné sur cet accueil et/ou SESSAD professionnel départemental à créer) articulé à l'accueil en CFA ou CFAS. (Cf. FA 6) et (Cf. FA 9)
- Orienter les SESSAD vers des accompagnements à visée professionnelle au sein des dispositifs de droit commun en formalisant cette action dans les projets de tous les SESSAD. (Cf. FA 9)

- Articuler les plateaux techniques des SIPFP aux métiers susceptibles d'offrir un débouché que ce soit par voie qualifiante ou non. Systématiser les partenariats avec Cap emploi. Organiser des périodes de stage faisant partie du projet de préformation professionnelle par des mises en situation (stages en entreprise) d'où une sensibilisation des entreprises. Intégrer, le cas échéant, des parcours de formation en alternance. (Cf. FA 9)
- Organiser et développer l'accueil en milieu de travail protégé le plus précocement possible, dans le cadre de la démarche de projet à des fins de sensibilisation rapide en proposant toutes les possibilités de temps partagés : lors de période d'adaptation, lors de période de stage, dans le cas d'orientations complémentaires : temps partiels FO/ESAT ...). (Cf. FA 10)
- Interroger les projets des SIPFP et des sections pré professionnelles des ITEP afin de concevoir et développer une mutualisation des moyens et des plateaux techniques en réponse à une individualisation plus importante de l'accompagnement quand la proximité géographique le permet. Cela signifie faciliter la mobilité inter établissement et travailler à la complémentarité entre les plateaux techniques. (Cf. FA 9)
- Mettre en place des conventions entre les IME et les CFA et organiser l'appui technique des éducateurs auprès des CFA. Développer les partenariats avec le CFAS (Cf. FA 9)

3.3 L'accueil des enfants et des adolescents en dehors du cadre scolaire et l'ouverture aux dispositifs de droit commun.

L'accueil systématique au sein des dispositifs de droit commun de loisirs, de sports et d'activités extra scolaires reste, pour les jeunes handicapés, très partiel et soumis le plus souvent à des initiatives individuelles dans le cadre de politiques locales.

Par ailleurs, comme nous le verrons plus loin, les amplitudes d'ouverture des établissements ajustés au milieu scolaire ordinaire, posent parfois problèmes aux familles qui ne peuvent pas toujours s'organiser pour réaliser la garde de l'enfant durant les périodes de vacances.

Il importe de mobiliser et d'associer, dans le cadre de la mise en œuvre d'un dispositif ouvert à tous les enfants et adolescents handicapés, les associations organisant ces activités, les collectivités locales œuvrant à la mise en œuvre des politiques de loisirs, d'activités culturelles et des sports sur le territoire de leurs communes ainsi que les établissements et services médico-sociaux pouvant contribuer à la mise en place d'aides sous la forme de soutiens spécifiques. *

Parallèlement à la mise en place de ce service, une importante campagne d'information en direction des familles qui désirent que leurs enfants bénéficient de l'accueil au sein des dispositifs de droit commun, doit être envisagée.

Il s'agit par ailleurs, d'interroger ce que les plans personnalisés de compensation permettent de disposer en termes d'aides humaines selon les besoins et les souhaits des usagers et selon la nature de leur handicap afin de faciliter l'accès à ces dispositifs. (Cf. FA 11)

Deux modalités d'accompagnement peuvent se concevoir selon les besoins des familles et la nature des difficultés des enfants et adolescents :

- l'ouverture des centres de loisirs ordinaires à des enfants handicapés dont le handicap n'empêche pas la fréquentation avec ou sans accompagnement médico-social ;
- pour les enfants ayant des plus grosses difficultés ou des handicaps plus lourds, organiser un accueil au sein des établissements avec un accompagnement médico-social.

Il convient cependant, de préparer et d'accompagner les équipes des CLSH à l'accueil des enfants et adolescents handicapés par la mise en place d'une formation visant à formaliser des savoir et savoir faire partagés autour du handicap.

Il s'agit de susciter des mises en synergie par des actions conjointes auprès des animateurs des centres de loisirs et les professionnels du secteur médico-social.

Il s'agit également de promouvoir et de développer, à partir du tissu associatif existant et de toutes les institutions gestionnaires des établissements, une offre de services permettant des modalités d'accompagnement au sein du milieu ordinaire et le cas échéant au sein des établissements et services médico-sociaux dans un cadre de loisirs, de sport et d'accès à la culture. (Cf. FA 11 et 16)

*(Cf. enquête : Conseil général, DDASS, DDJS, MDPH, CAF, MSA)

4) Aménager le dispositif d'accompagnement médico-social des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques

Les résultats partiels de l'enquête « Etablissements Spécialisés » réalisée par la DREES rapportés au département du « Loir et Cher » indiquent une proportion très importante d'enfants et d'adolescents présentant une déficience du psychisme accueillis dans les IME et ITEP. (Cf. Etat des lieux p 45 à 51)

En ce qui concerne les IME, le retard mental, quel que soit son degré, représente en déficience principale 48,27% de la population totale des IME. (Cf. Etat des lieux)

Les déficiences du psychisme représentent, quant à elles, 49,33% de la population totale accueillie dans les IME avec un nombre important de « autres déficiences du psychisme » de 22,67%. Cette catégorie regroupe les troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité, à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolés.

Notons enfin, l'importance des troubles psychiatriques graves repris au sein des déficiences du psychisme qui représentent 21,87% de la population des IME.

En ce qui concerne les ITEP, c'est au sein des « déficiences du psychisme » repris en catégorie générale que l'on trouve la quasi-totalité de la population accueillie dans ces établissements.

Il convient de s'interroger sur la part importante de la population répertoriée à partir de la rubrique « autres déficiences du psychisme » (39,62%) dépassant même celle identifiée « troubles du comportement » (36,48%).

Les troubles psychiatriques graves repris dans les déficiences du psychisme sont recensés de façon importante au sein de la population accueillie dans les ITEP (23,27%). Il importe de manipuler avec précaution ces données car la manière de renseigner les questionnaires a pu varier d'un établissement à un autre.

Ce constat est confirmé par les résultats de l'enquête DEGESCO réalisées par l'Education Nationale dont la modalité de catégorisation des jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux se répartit en jeunes présentant une déficience intellectuelle (51%) et jeunes présentant une déficience du psychisme (49%). (Cf. Etat des lieux p 45 à 51)

Nous pouvons dès lors nous interroger sur la présence importante des jeunes présentant des troubles psychiques en soulignant le caractère problématique de leur accompagnement dû à l'absence d'un personnel médical et paramédical en quantité suffisante au sein des établissements et services médico-sociaux. Par ailleurs, sans présager de leurs potentialités intellectuelles et cognitives, nous pouvons avancer que ces enfants et adolescents se trouvent engagés dans un processus handicapant nécessitant le recours à des actions conjuguées sur les plans pédagogique, éducatif, thérapeutique et parfois sociales.

Pour une description détaillée des déficiences du psychisme nous nous rapporterons à l'énumération des déficiences telle que celle-ci figure dans la « Classification des Handicaps : déficience, incapacité et désavantages. OMS 1980, INSERM 1993 » (Cf. Annexe 6)

4.1 Vers une plus grande articulation entre le dispositif médico-social et le secteur sanitaire pour une amélioration de l'offre de soins

4.1.1 Les recommandations du SROS 3

Le SROS 3 dans son document fixant les orientations pour la période 2006 – 2011 stipule la mise en place d'un « **soutien psychiatrique dans les structures sociales et médico-sociales** ».

« Il est recommandé de généraliser le conventionnement entre les établissements ayant une activité de psychiatrie et les établissements pour enfants et adultes handicapés pour fixer les modalités d'intervention des équipes psychiatriques dans les soins réguliers et les moments de crise ainsi que les engagements réciproques des secteurs de psychiatrie et des établissements sociaux et médico-sociaux. Les conventions pourront s'inspirer de la convention type relative à la prise en charge des personnes présentant des troubles autistiques ou apparentés... ».

Par ailleurs, « le schéma se propose d'organiser les soins psychiatriques en complémentarité avec ces structures et de développer notamment :

- le diagnostic précoce ;
- la prise en charge des situations de crise ;
- la mission de recours et le soutien des structures médico-sociales. »

« Les différentes instructions ministérielles intervenues sur le sujet insistent à juste titre sur le décloisonnement du sanitaire et du médico-social pour ce qui concerne la périnatalité, et sur la prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants ».

Le constat spécifique concernant la plupart des départements de la région Centre fait état d'un déficit considérable de moyens humains sur les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour remplir leur missions.

En outre, le SROSS 3 pointe « une augmentation de la demande de soins liée à l'accroissement des problèmes psychosociaux..., d'une évolution inquiétante de la démographie médicale et paramédicale qui tend vers la pénurie... et d'une augmentation des inégalités de l'offre de soins entre les zones rurales et urbaines. »

Nous pouvons relever que ces trois éléments caractérisent la situation du Loir et Cher sur le plan de la psychiatrie infanto-juvénile.

4.2 Concevoir des modalités d'accueil et d'accompagnement adaptées aux enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques

L'amélioration de l'offre de soins sur le département passe par le développement des deux inter-secteurs de pédopsychiatrie en vue d'offrir aux enfants et adolescents présentant des troubles psychiatriques majeurs toutes les modalités d'accompagnement et de suivi possibles par intersecteur : Hôpital de jour, Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

L'hospitalisation complète est préconisée sur une dimension départementale et plutôt orientée vers les adolescents.

. Le rééquilibrage de l'offre de soins des intersecteurs de psychiatrie est d'autant plus important que le secteur médico-social est lui aussi touché par la pénurie de praticiens et de professionnels de santé au sein des établissements. (Cf. Etat des lieux)

Par ailleurs, dans le cadre des missions de la maison départementale des personnes handicapées, celle-ci doit être en mesure d'organiser des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux. (Cf. FA 13)

Enfin, les schémas territoriaux sanitaires préconisent, en fonction de l'augmentation des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques, d'organiser la collaboration et le soutien psychiatrique au sein des établissements et services médico-sociaux.

L'accroissement de la population d'enfants et adolescents présentant des troubles psychiques recensés dans les établissements médico-sociaux invite les institutions à réaménager le cadre de leur accompagnement en ajustant du mieux possible leurs compétences respectives afin de répondre aux besoins de cette population.

C'est en termes de dispositif visant à éviter le clivage des accompagnements qu'il faut envisager les réponses aux besoins des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques, notamment par la mise en place de solutions intermédiaires mobilisant collectivement les institutions. Ce dispositif doit tenir compte de la nécessité de réaliser un équipement répondant aux besoins à l'échelle infra départementale selon un découpage équilibré et cohérent avec les territoires de sectorisation psychiatrique. (Cf. FA 14)

L'évolution souhaitée doit permettre de développer et d'adapter la prise en charge au sein des établissements afin de réaliser l'accueil de jeunes présentant des troubles psychiques selon des modalités complémentaires et diversifiées : accueil temporaire, accueil séquentiel, temps partagé, double prise en charge, lieu d'accueil d'urgence dans les cas difficiles... (Cf. FA 14)

Il s'agit donc de renforcer les liens institutionnels entre les secteurs psychiatrique et médico-social au-delà des affinités électives et au sein d'un dispositif territorial avec une connaissance réciproque des différents partenaires, et pour conséquence la traduction de ces liens dans un projet institutionnel.

Au delà de l'articulation nécessaire entre les différentes institutions visant à coordonner leurs actions auprès d'un enfant ou d'un adolescent présentant des troubles psychiques entraînant un processus handicapant, il convient d'aller plus loin, en soutenant les équipes des établissements et services médico-sociaux par une allocation de moyens spécifiques et par la formalisation des liens avec le secteur sanitaire. (Cf. FA 12)

Il peut s'agir, dans certaines situations de faire intervenir au sein des établissements et services médico-sociaux les professionnels du secteur sanitaire. Il convient à cet effet, d'élaborer des conventions qui aillent bien au delà d'une simple juxtaposition des prises en charge mais d'opter pour la conception d'un dispositif de services partagés et complémentaires.

Par ailleurs, la mise en œuvre d'une politique de formation du personnel des établissements et services médico-sociaux accueillant des enfants présentant des troubles psychiques doit constituer un vecteur du développement des compétences des équipes et s'intégrer aux projets des établissements et services. (Cf. FA 12)

Il convient également dans le cadre des prérogatives inhérentes à la mission de la MDPH d'envisager un dispositif de veille à l'échelle départementale destiné à répondre aux situations les plus problématiques afin d'éviter les ruptures d'accompagnement. C'est à partir du pilotage réalisé par la MDPH et mobilisant un collectif d'acteurs institutionnels et professionnels qu'il doit être possible de réévaluer les situations problématiques et d'activer un réseau d'accueil et d'accompagnement à partir d'observations et d'analyses partagées. (Cf. FA 13)

Enfin, il a été souligné l'importance de renforcer et de développer la prévention le plus précocement possible avec les équipes de PMI et le CAMSP auprès des enfants présentant d'importants facteurs de risques de troubles psychiques afin d'éviter la chronicité et l'évolution des troubles.

Il convient dans ce cas d'organiser au plus vite, une liaison avec les équipes de pédopsychiatrie. (Cf. FA 13)

Cette action demande de mobiliser tous les partenaires concernés par les problématiques de la petite enfance : les médecins généralistes, les pédopsychiatres, les enseignants, les CAMSP, les services de la PMI ...)

4.3 Des situations plus complexes à l'adolescence

Il est constaté à cet âge une possible aggravation des troubles psychiques. La confrontation avec les tiers dans les environnements au sein desquels les adolescents évoluent est bien souvent rendue plus difficile du fait d'une moins grande tolérance aux passages à l'acte et aux transgressions sociales. Celles-ci peuvent d'ailleurs être moins bien contenues à cause des effets de l'âge et des rapports physiques que cela entraîne.

Ces manifestations souvent concomitantes avec la crise de l'adolescence, provoquent des situations complexes tant sur le plan de l'accueil des adolescents que sur le séquençage des accompagnements, d'autant que ceux-ci cumulent parfois avec le handicap une problématique relevant de la protection de l'enfance et/ou des mesures judiciaires.

Celles-ci entraînent des situations de crise et d'errances institutionnelles voire d'exclusion qui se traduisent par des ruptures d'accompagnement.

Ce constat est majoré du fait de la pénurie des ressources du secteur de pédopsychiatrie mentionné ci-dessus.

Cette population entraîne, sur le plan institutionnel, des situations de crise qui confère, aux différents acteurs du dispositif, un sentiment de vacuité concernant les modes de réponses envisagés face à ces situations.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, c'est sur la base de moyens renforcés en psychiatrie qu'il convient de rendre possible et sur tout le territoire départemental des prises en charge alternées. Cela nécessite également de faire évoluer les projets d'établissement et notamment le volet « soins » mais aussi les formations et le soutien à apporter aux professionnels. L'un des axes majeurs qu'il est possible d'exploiter consiste à identifier les ressources non pourvues mais recensées au sein des établissements et services à des fins de mutualisation et d'utilisation sur un territoire déterminé.

Il importe d'étayer les actions entreprises en instaurant un dispositif de concertation en lien avec la MDPH en mobilisant l'ASE, la DDASS, les établissements et services de protection de l'enfance, les établissements et services médico-sociaux et le secteur sanitaire pour traiter des situations individuelles les plus problématiques. Ce partenariat, à grande échelle doit s'appuyer sur un dispositif conventionnel offrant des garanties :

- sur le montage technique, en formalisant une organisation susceptible de procéder à des arbitrages portant sur les temps et durées d'accompagnement relatives aux situations individuelles.
- sur la régulation et le traitement des situations à partir de montages de prises en charge partagées et de désignation du pilotage de ces mesures.

Pour les adolescents présentant une chronicité des troubles voire une récurrence des passages à l'acte, leur permettre des séjours de rupture au sein d'un lieu bien identifié et envisager dans ce cadre, la création d'un établissement possédant les agréments nécessaires pour l'accueil de cette population et/ou développer une prestation à partir d'un ou deux établissement(s) existant(s) en direction de cette population(Cf. FA 14) .

5) Développer des actions et des dispositifs soutenant la vie des familles

Les pistes et orientations du schéma relatives à cet objectif général sont issues d'un travail d'analyse et de synthèse portant à la fois sur les réflexions et constats produits par les professionnels et acteurs associatifs réunis pour les travaux du schéma et les éléments recensés à partir de la série d'entretiens menée auprès des familles.

5.1 Des premiers doutes à l'énonciation du handicap, une première période critique.

La première période critique, vécue et exprimée comme telle par les familles concerne le moment des premiers doutes autour de l'annonce du handicap et de l'information recueillie mentionnant que l'enfant aura toujours un retard.

Les premiers pas du parcours de la famille d'un enfant en situation de handicap s'effectuent dans la solitude, la désorientation, l'absence d'information. Les parents découvrent un monde qu'ils ne connaissent pas, auquel ils n'ont jamais été sensibilisés, et ne peuvent mobiliser aucune ressource, tant est difficile l'accès à l'information, tant est grande la méconnaissance du secteur médico-social, du handicap...

Les difficultés évoquées sont d'autant plus importantes lorsque l'enfant est petit. C'est à ce moment que les parents sont en demande de soutien et d'accompagnement, au moment où se dessinent les premiers doutes, jusqu'à la certitude que leur enfant n'est pas comme les autres.

Le désarroi manifesté par les familles trouve son origine dans l'absence d'information en temps voulu. Il semble que la MDPH dans sa mission d'information et de conseil aux familles n'est pas identifiée en tant que telle, les familles, désorientées, ignorant même jusqu'à son existence, ne connaissent au mieux de la MDPH que son rôle d'orientation avec la CDAPH.

Les médecins rencontrés par les familles, souffrent également selon elles d'un déficit d'information sur le dispositif médico-social qui existe localement, ne représentant ainsi pas une aide pour des parents qui, souvent confiants au premier abord dans le corps médical, se tournent vers lui, et se retrouvent souvent déçus.

Les parents attendent de la collectivité qui les entoure, qu'il s'agisse de la MDPH ou du corps médical, une information plus précise et plus systématique sur les dispositifs existants.

Cette période teintée d'incertitudes s'accompagne d'une grande solitude face à la connaissance et à la représentation du dispositif médico-social qui accompagnera le parcours de l'enfant.

Il est important, par l'intermédiaire des actions qui seront envisagées à la suite du schéma, d'élaborer des réponses aux problèmes de familles visant à :

- améliorer l'information et le soutien aux familles dès les premiers signes d'apparition du handicap ;
- mettre en place un réseau d'aide aux familles ;
- diffuser des informations sur le réseau et le tissu associatif à partir de supports diversifiés (plaquettes, numéro vert...) ;
- informer les médecins libéraux et les institutions du réseau d'aide aux familles. (Cf. FA 15)

5.2 L'accueil dans un établissement ou service et ses conséquences sur l'équilibre familial

Il apparaît nettement que, une fois la solution trouvée, en termes d'accompagnement, celle-ci semble convenir, et les parents se disent assez satisfaits du parcours de leur enfant dans le dispositif médico-social, qui, d'une part apporte à ce dernier une solution souvent adaptée à ses besoins, et, d'autre part leur confère soutien et information.

Si l'entrée dans un établissement ou service médico-social soulage les parents et les familles et semble répondre aux besoins de leur enfant, tous les soucis ne sont pas pour autant effacés, dans la mesure où d'autres facteurs d'inquiétude apparaissent, comme la place des parents dans le nouveau dispositif dans lequel leur enfant a été intégré, la question des modes de garde, leur localisation et l'organisation des transports qui en découle.

Malgré la qualité de l'accueil évoqué par les familles, le sentiment de perdre une part de leur responsabilité parentale face à une équipe de professionnels qui est considérée par les familles comme sachant « mieux faire » ou « faire autrement » réactive la culpabilité et l'incompréhension. Il s'avère que les parents dans leur grande majorité expriment le besoin d'être accompagnés afin, qu'à l'aide d'informations régulières et de temps, ils puissent cheminer vers des choix librement consentis qui les confortent dans leur fonction parentale.

Même si les parents expriment une réelle satisfaction à partir du moment où l'enfant est accueilli, certaines situations évoquées révèlent des choix par défaut notamment pour des enfants accueillis hors département ou à cause d'un éloignement qui implique un accueil en internat.

Les familles attendent une offre d'établissements et de services médico-sociaux plus large, plus diversifiée et proche de leurs besoins. De même souhaitent-ils une organisation facilitée concernant les transports de leur enfant.

Enfin, il s'avère qu'en matière de scolarisation, des incompréhensions demeurent quant à l'effectivité du cadre de scolarisation telle que les parents peuvent l'interpréter au regard des prérogatives issues de la loi du 11 février 2005.

Il semble que les parents soient en demande d'une plus grande information sur les possibilités et les modalités de scolarisation de leur enfant et sur les projets afférents à ces différentes modalités.

5.3 Quelle que soit la nature du handicap de l'enfant, la nécessité d'un temps de répit est clairement exprimée.

Beaucoup de familles expriment le besoin de « souffler » et même avant cela, de mener une vie « normale » : travailler, continuer à bénéficier d'activités de loisirs, dégager du temps pour soi, sont les aspirations des familles pour lesquelles le quotidien, à certains moments de leur vie est complètement dévolu à la prise en charge de leur enfant.

Ce besoin touche toutes les familles que ce soit de la petite enfance jusqu'à l'adolescence parfois en fonction de la charge de travail et de la disponibilité à mobiliser en fonction de la lourdeur du handicap ou encore lors des passages difficiles en fonction des problèmes de comportements ou autres.

Les parents appellent de leurs vœux de grosses améliorations en matière d'articulation des temps de vie et d'accompagnement de leurs enfants, de nature à faciliter leur quotidien.

Il est souvent évoqué le problème des gardes extra scolaires et des problèmes de transport récurrents notamment dans le cadre de prises en charge partagées.

Il a également été ressenti, à la lumière des entretiens, une grande difficulté à se projeter dans l'avenir, une incapacité à mettre en perspective sereinement des objectifs pour l'enfant et une difficulté à identifier les différents types d'aide qui ponctuent le parcours de l'enfant lors des différentes étapes de sa vie.

Il convient dans le cadre du schéma d'envisager des actions susceptibles de permettre aux familles de maintenir une vie sociale et professionnelle tout en préservant leurs liens avec leur enfant et d'exercer pleinement leur fonction parentale. (Cf. FA 16)

En résumé, les dispositions visant l'amélioration des conditions de vie des familles doivent prendre en compte:

- *l'accompagnement dès l'annonce du handicap ;*
- *le soutien des parents et de la fratrie;*
- *l'amélioration de l'accueil et de l'information ;*
- *le développement de l'offre d'accueil temporaire ;*
- *l'hébergement de répit ;*
- *le développement des modes de garde (assistantes maternelles, baby-sitting, halte garderie...).*

6) Améliorer les réponses spécifiques à certains types de handicap

Introduction générale

Il est recensé un certain nombre de handicaps pour lesquels les réponses mises en œuvre à l'échelon départemental, font l'objet d'une réflexion particulière du fait, de leur faible prévalence ou de la nécessité de recourir à des accompagnements spécifiques ou encore par l'exigence de mobiliser un plateau technique très spécialisé.

Dans le cadre du schéma, les professionnels et les acteurs institutionnels réunis autour des thèmes relatifs aux différents types de handicap décrits ci-dessous ont abordé la réflexion générale des travaux à partir des principes :

- *de non rupture avec la famille ;*
- *d'élaboration des réponses adaptées et diversifiées ;*
- *liés à la recherche du meilleur compromis possible entre l'exigence de proximité face à des handicaps moins répandus et nécessitant un important degré de technicité.*

6.1 Les orientations du schéma départemental du Loir et Cher en direction des enfants et adolescents autistes et présentant des troubles envahissants du développement.

6.1.1 En matière de diagnostic et d'action médico-sociale précoce

Les familles rencontrées expriment des difficultés liées aux premières rencontres avec les praticiens autour de la question du diagnostic. Il semble qu'une réticence existe du côté des professionnels à poser le diagnostic et /ou à orienter vers le Centre de Ressources Autisme.

Il est vrai, que l'énonciation d'un diagnostic peut s'avérer problématique quand celui-ci ne peut s'articuler à une proposition d'action³.

Par ailleurs, il est parfaitement concevable que le Centre de Ressources Autisme intervienne en priorité, sur des diagnostics complexes – conformément aux orientations du Plan Autisme - les diagnostics devant, en règle générale être assurés par les équipes locales de psychiatrie et le CAMSP.

Les moyens des équipes locales de pédopsychiatrie et du CAMPS permettent difficilement d'assurer cette bonne articulation entre diagnostic, prise en charge précoce et orientation et en même temps répondre aux besoins d'actions médico-sociales parfois très intensives dans un cadre de prévention des troubles importants.

³ On peut rappeler ici l'une des Recommandations de la Haute Autorité de santé en matière de diagnostic de l'autisme : « Les équipes pluridisciplinaires interpellées directement par les familles pour une demande de diagnostic, mais qui ne peuvent assurer de prise en charge ultérieurement doivent s'assurer au préalable qu'une équipe de proximité est en mesure de réaliser cette prise en charge. La procédure diagnostique implique une articulation en amont et en aval avec les professionnels qui vont assurer la prise en charge ».

Il est rappelé que les projets individualisés ne se construisent pas sur un diagnostic mais bien sur une évaluation dynamique des besoins d'accompagnement et de soin.
Enfin, la lisibilité du dispositif reste à construire.

6.1.2 En matière d'accueil, d'accompagnement et de soins tout au long du parcours de vie de l'enfant

Le département du Loir et Cher se caractérise par **une faiblesse générale des capacités d'accueil dédiées** aux enfants autistes et présentant des TED et à une **inégaie répartition géographique** de celles-ci. En effet, si l'ensemble des IME sont susceptibles de les accueillir, seuls deux établissements, l'IME de Vouzon et l'IME de Prépatour (Vendôme) possèdent des sections d'accueil dédiées, le nombre réel d'enfants accueillis dépassant la capacité d'accueil initialement prévu.

L'absence de capacité d'accueil dans le Blésois, ainsi qu'un nombre de places insuffisant pour les plus de 16 ans, en particulier dans le Nord du département et de manière générale pour les moins de 6 ans, sont à souligner.

Le projet de transformation de l'IME de Prépatour, la création d'une maison d'accueil pour les plus de 16 ans à Vendôme, et l'ouverture d'un SESSAD de 20 places à Blois sont des éléments de réponse qui restent à compléter.

Par ailleurs, l'accueil des enfants autistes dans les IME doit pouvoir s'articuler, notamment dans le cadre de projets de prises en charge alternées, avec la psychiatrie afin de répondre aux besoins de soins des enfants.

Cette collaboration s'effectue dans le Nord du département mais atteint aujourd'hui ses limites en termes de moyens (files d'attente) et s'avère plus problématique avec l'inter secteur de pédopsychiatrie du sud du département. Notons que, par défaut, l'IME de Vouzon travaille avec l'IME CIGALE dans le Loiret dans le cadre de prises en charge alternées.

Il semble également important de ne pas s'en tenir à une lecture du dispositif d'accueil en termes de sections administrativement repérées au sein des établissements ou de places dédiées.

En effet, l'existence de places (ou d'ailleurs l'absence de celles-ci dans certains IME qui accueillent également des enfants autistes) ne dit rien du projet d'accueil et d'accompagnement développé : quelle place pour ces unités au sein des établissements ? Quelle est la teneur des projets mis en œuvre ? Quelles sont les caractéristiques et les modalités de l'accompagnement (accueil permanent ou partiel, place données à l'accueil temporaire, prises en charge avec d'autres enfants...?)

Il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique, mais d'avoir une visibilité, une lisibilité des projets d'accueil. De même, le constat d'une mauvaise visibilité du positionnement du SESSAD de Blois et de ses articulations (complémentarités, actions conjointes...) avec l'ensemble du dispositif est pointé.

Enfin, les capacités d'accueil de jour et/ou d'hébergement temporaires, en réponse au besoin de répit des familles et/ou en préparation à des projets sont rares et ne répondent pas à l'ensemble des besoins.

6.1.3 En ce qui concerne la préparation à la vie d'adulte

Il est constaté également la grande faiblesse de l'équipement adulte, seul le FAM de Montoire sur le Loir propose actuellement un accueil pour les adultes autistes. Le volet « adultes handicapés » du schéma départemental ne donne pas de pistes précises concernant les adultes autistes.

En outre, cela s'accompagne, pour les familles, de difficultés à envisager l'avenir de leur enfant arrivant à l'âge adulte. La situation est critique dès l'âge de 16 ans dans le nord du département. Un projet d'accueil, pour les 16-20 ans, est en cours de préparation dans le cadre d'une extension de l'IME de Prépatour.

6.1.4 Des constats récurrents aux orientations

Il est primordial d'éviter l'errance des familles et de favoriser un développement optimum de l'enfant en organisant l'accès à un dispositif départemental de diagnostic et d'évaluation des besoins de soins et d'accompagnement articulé à une prise en charge précoce. Ce dispositif n'existe pas actuellement. (Cf. FA 18)

Etant donné la nature des besoins, il importe également de concevoir, à partir d'une couverture territoriale, un accompagnement médico-social et des soins de proximité. (Accueil de jour, accueil en hébergement, accueil temporaire, SESSAD, articulation avec la psychiatrie)

Il convient d'améliorer la visibilité des projets d'accueil et d'accompagnement dans la durée. Cette amélioration passe par la définition d'une couverture territoriale garantissant la continuité des projets d'accompagnement.

Ainsi, en lien avec le SROS, rendre lisible et efficace le dispositif de diagnostic et d'évaluation des besoins de soins et d'accompagnement au niveau départemental. Cela signifie (Cf. FA 17) :

- renforcer les moyens du CAMSP,
- identifier une équipe de référence départementale en matière de diagnostic de l'autisme,
- systématiser et rendre réguliers les liens entre MDPH, équipe de référence, CRA et acteurs de l'action médico-sociale précoce.

Sur le principe de l'accueil de proximité, pour chaque zone géographique :

- identifier une section d'accueil de jour des enfants autistes dans un IME sur la base d'un projet explicite,
- créer une section dans un IME de la zone blésoise,
- créer des capacités d'accueil en internat modulable (6-20 ans)

Ces capacités d'accueil doivent pouvoir s'articuler à l'action de la psychiatrie infanto-juvénile, à celle du SESSAD et à celle de l'Education Nationale, sous la forme de prises en charge partagées.

Et enfin, prévoir l'accueil des enfants de 3 à 6 ans (avec un diagnostic ou présentant un retard global de développement avec des présomptions d'autisme ou de TED dans le réseau des JES envisagé) et organiser une coordination régulière des acteurs du champ sanitaire avec le secteur médico-social et l'Education Nationale.

6.2 La situation envisagée pour les enfants polyhandicapés

Il est dénombré 22 places dédiées aux enfants polyhandicapés en établissement au sein de sections spécifiques d'IME et 4 places d'accueil temporaire. Ce qui place le département du Loir et Cher très en dessous du taux d'équipement régional (0,35/0,51).

Cependant, il est recensé 16 places de SESSAD, ce qui corrige à la hausse le taux d'équipement global pour les enfants polyhandicapés sur le département par rapport au taux d'équipement de la région (0,56 contre 0,59 région Centre).

16 enfants polyhandicapés du Loir et Cher sont accueillis hors département (dont 6 en Indre et Loire à Reugny).

L'importance du nombre d'enfants polyhandicapés accueillis en dehors du département peut s'expliquer par la fréquentation d'établissements pourvus d'un plateau technique fourni et spécifiquement dédié à ces enfants.

3 jeunes sont accueillis au titre de l'amendement CRETON au sein des établissements du département.

L'équipement départemental dédié à couvrir les besoins de la population d'enfants et d'adolescents polyhandicapés présente un déficit dans le Nord et le Sud-Est du département sur le plan de l'accueil de proximité et en ce qui concerne la zone sud, une faiblesse de la diversification des modes d'accueil. (accueil de jour, accueil séquentiel...)

6.2.1 Quelques mises au point sur le polyhandicap.

Il s'agit de l'association d'une déficience intellectuelle sévère et des troubles moteurs ayant pour conséquence une grande dépendance. Les compétences cognitives sont très atteintes avec le plus souvent, une absence de langage. Des troubles de la personnalité et du comportement peuvent être associés.

Il y a une distinction à faire avec les enfants IMC, dont les capacités cognitives sont préservées.

Aujourd'hui, 80% des enfants polyhandicapés le sont suite à des pathologies d'origine génétique. Le regard change, car, par le passé, on incriminait beaucoup les souffrances périnatales, les naissances difficiles et la prématurité comme causes majeures du polyhandicap. Ceux-ci provoquent davantage de situations d'infirmité motrice cérébrale.

Quelques idées reçues doivent donc être largement révisées notamment, l'idée que de meilleures « récupérations » d'enfants prématurés, éviteraient des situations de polyhandicap.

Il existe une réelle difficulté à évaluer les besoins. Le taux de prévalence - source RHEOP 1989-1991 ; handicaps sévères - indique pour le polyhandicap : 0.6 pour mille enfants de 0 à 19 ans - soit 45 enfants pour le Loir et Cher. (Ensemble des handicaps sévères : 9,2 pour mille)

Les données fournies par la MDPH en juin 2008 mentionnent que 2 enfants sont sur liste d'attente (petite enfance) pour le SESSAD, ces enfants ont été suivis par le CAMSP. 16 enfants sont accueillis hors département (2 à l'ISEP de Vierzon, 2 dans la Sarthe, 6 à Reugny (37), des enfants sont également à l'IERM de Valençay).

Les raisons majeures évoquées, quant à la difficulté d'énoncer les besoins sont multiples :

- des situations pour lesquelles il existe un retard global et important de développement mais ce n'est que vers 4,5 ans que l'on peut dire si il y a polyhandicap ou infirmité motrice cérébrale ;
- le constat que pour quelques situations d'enfants accueillis à Mareuil, la lourdeur du handicap vient davantage des troubles du comportement que des troubles moteurs associés au polyhandicap ;
- l'importance globale des réorientations vers des équipements pour enfants déficients moteurs mais également vers des prises en charge de l'autisme ;
- l'importance des réévaluations régulières et d'une capacité de souplesse avant 6 ans, notamment pour des réorientations.

La MDPH souligne quelques situations de familles d'enfants polyhandicapés qui font « le choix » du domicile. Ces familles ne demandent « rien » sinon une aide financière. Parfois, les parents font le choix de méthodes de rééducations intensives que ne proposent pas les établissements et services. Par ailleurs, des familles sont culpabilisées et ne souhaitent pas confier leur enfant ou n'osent pas solliciter d'aides.

Les parents des jeunes enfants sont, bien souvent, hostiles à l'éloignement, mais avec l'avancée en âge, ceux-ci deviennent demandeurs d'accompagnement et de temps d'accueil. La demande d'accueil formulée par les parents, dans un établissement éloigné, (hors département) apparaît comme un recours sur fond de réel épuisement.

Pour les parents, dont les enfants sont au domicile, les demandes portent sur l'accueil de soirée, de week-end, l'organisation de séjours de vacances.

Le problème est récurrent pour l'accueil de jour des enfants âgés de moins de 6 ans et en particulier pour les 4,6 ans, après les temps d'accueil en crèche et/ou haltes garderies où l'accueil est possible mais reste difficile.

Il est également vérifié que, pour certains enfants, l'orientation en SESSAD ne répond qu'en partie aux besoins exprimés et à la nécessaire constance de l'accompagnement. Par ailleurs, le SESSAD s'adressant à un effectif faible et géographiquement très éparpillé, il est constaté que ce mode d'accompagnement rend les temps de déplacements longs et limite les temps d'interventions.

6.2.2 Le difficile passage à l'âge adulte

Pour l'instant ce sont quasi-exclusivement des orientations en MAS qui sont proposées aux adultes polyhandicapés. L'ouverture de la MAS de Cellettes avec une palette de types d'accueil constitue un progrès.

Mais pour les jeunes adultes, des passages progressifs sont nécessaires car, soit les familles réticentes ne sont pas prêtes à franchir le pas du « tout établissement » ou au contraire épuisées, elles n'envisagent rien d'autre qu'un accueil en établissement.

Si les familles étaient moins essouffées, car ayant bénéficié de véritables accompagnements, d'aides et d'accueils réguliers... d'autres projets pour les jeunes adultes pourraient se faire jour.

Des demandes d'accueil séquentiel pourraient être envisagées plutôt que l'accueil à temps plein, tout au moins dans un premier temps.

6.2.3 Quelques orientations pour les enfants et adolescents polyhandicapés

De manière générale, face à ce handicap qui alourdit grandement la vie des familles par le besoin de disponibilité et de soins multiples que ces enfants requièrent, il s'agit de répondre, au-delà des soins et des rééducations précoces des enfants, aux besoins d'accompagnement et de soutien des familles dans une approche globale en réponse à leurs difficultés.

Les réponses proposées doivent s'inscrire dans une logique de compensation du handicap sous la forme d'aides humaines et techniques. Cette logique doit rendre possible de véritables choix de vie pour les familles et pour les jeunes adultes polyhandicapés.

6.2.4 Des solutions d'accueil à bâtir pour les 4-6 ans en lien avec l'école maternelle.

Il s'agit de travailler sur les possibilités d'accueil en crèche au-delà de 4 ans pour les enfants polyhandicapés et de mener conjointement une réflexion avec les CAF.

Il convient également de solliciter l'Education Nationale afin de développer et d'intégrer sous la forme d'un partenariat avec les familles, les projets émergents des parents des enfants polyhandicapés en association avec le réseau du JES ADAPEI.

Etant donné les caractéristiques spécifiques du polyhandicap et des difficultés que rencontrent les familles, il est important d'impliquer celles-ci à toute réflexion relative à l'analyse de leurs besoins et à l'élaboration des solutions envisagées.

De manière générale, il importe de repenser les agréments des dispositifs médico-sociaux de manière à ce que ceux-ci ne soient pas un obstacle à l'accueil ou l'accompagnement des enfants polyhandicapés avant l'âge de 6 ans.

Pour ces enfants, il convient de développer l'accueil en SESSAD couplé ou pas à un accueil journalier et d'articuler l'action précoce du CAMSP avec la possibilité d'un accompagnement complémentaire (volet éducatif, suivi au domicile des parents, socialisation...).

Il faut également travailler sur la complémentarité des structures davantage qu'en termes de filières (structures ambulatoires de 0-6 ans, puis établissement à partir de 6 ans).

La nécessité d'accompagner les familles vers la MDPH est très importante, tant cette population cumule de nombreuses aides de natures différentes et des lieux d'accompagnement et de soins très variés.

Les prises en charges partagées : accueil de jour (modulable, séquentiel...) et aussi un accompagnement par un SESSAD dans le respect des rythmes de vie des enfants doivent également être développées en prenant en compte la fatigabilité de ceux-ci.

Par ailleurs, toute création nouvelle doit favoriser la mixité enfants handicapés/non handicapés dans les lieux d'accueil de droit commun, et également la mixité dans les établissements spécialisés (enfants polyhandicapés/ enfants déficients intellectuels). Ceci doit s'inscrire dans les dynamiques institutionnelles pour que les enfants apprennent à se côtoyer. Ce qui ne doit pas occulter le besoin, pour ces enfants très handicapés, de se retrouver de temps en temps avec d'autres enfants « comme eux ».

Un travail de proximité auprès des familles, pour élaborer des solutions d'accueil temporaire, qui permettent de stimuler la socialisation de l'enfant dans un cadre différent du quotidien, est également à envisager.

La question de l'amplitude d'ouverture des établissements doit permettre, pour cette population, des solutions souples et adaptées à chaque catégorie de handicap. Pour les enfants et adolescents polyhandicapés, selon l'âge et la lourdeur du handicap, le rythme scolaire ne convient pas aux enfants et aux familles. Il s'agit dès lors, de développer une amplitude d'accueil plus large que celle du rythme scolaire traditionnel avec une adaptation de la structure au rythme de vie de l'enfant.

En résumé, nous pouvons recommander comme solutions en vue d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des enfants et adolescents ainsi que de leurs familles :

Développer les solutions de garde et de baby-sitting : en faisant appel au tissu associatif dans le cadre de l'aide à la personne: EJE, aides soignantes, AMP...).

Développer ce type de service et assurer une couverture territoriale.

Développer la polyvalence des SESSAD DI existants en garantissant les moyens adéquats à l'accompagnement d'enfants polyhandicapés. (Redéploiements des moyens pour partie et ressources nouvelles à envisager).

Favoriser et accompagner le recours à la PCH et au fonds départemental de compensation pour l'accès aux aides techniques et aux aménagements du logement avec l'appui des établissements. (Ergothérapeutes, montages de dossiers avec assistante sociale).

Préparer d'autres solutions que l'accueil en établissement à 20 ans pour les jeunes adultes : SAVS SAMSAH, SSIAD, Projets de vie désinstitutionnalisés ?

6.3 Des réponses à mettre en place pour les enfants atteints de troubles spécifiques des apprentissages

6.3.1 De quels types de troubles parle-t-on ?

Les « troubles spécifiques des apprentissages » concernent une large palette de troubles qui vont des troubles du langage et de la parole aux troubles des aptitudes motrices.

Les troubles qui font l'objet d'un regard plus focalisé sont ceux plus directement liés aux acquisitions scolaires :

Les troubles spécifiques de la lecture et du calcul ainsi que le trouble de l'écriture.

Plusieurs définitions ont été proposées pour ces troubles et celles-ci ne cessent d'ailleurs d'évoluer.

En effet, les connaissances sur lesquelles elles se fondent ont progressé rapidement, grâce aux nombreuses recherches conduites, particulièrement sur les difficultés de lecture. Cependant, certaines définitions ne donnent pas de critères diagnostiques précis, laissant ainsi une marge de fluctuation dans leur utilisation.

Les « troubles des apprentissages », qui concernent des problèmes faisant obstacle à la réussite scolaire, peuvent apparaître dans un contexte de retard global ou plus spécifique en cas de déficits limités à certains processus cognitifs.

En 1989, une définition est proposée :

« Les troubles développementaux des apprentissages sont un ensemble de difficultés des apprentissages qui ne peuvent être attribuées ni à un retard intellectuel, ni à un handicap physique, ni à des conditions adverses de l'environnement. Ces difficultés sont inattendues compte-tenu des autres aspects du développement, elles apparaissent très tôt dans la vie et interfèrent avec le développement normal. Elles persistent souvent jusqu'à l'âge adulte ».

Puis, en juillet 2002, une circulaire précise que :

« Les troubles spécifiques du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies) qui font l'objet de cette circulaire sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comportent aussi bien les dyscalculies (troubles des fonctions logicomathématiques), les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination) et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité ».

Dans le département du Loir et cher, suite au constat élaboré à partir d'une connaissance partagée de la problématique des troubles spécifiques des apprentissages et à une sensibilisation plus importante des acteurs professionnels, des recommandations particulières quant au dépistage et à l'accompagnement de cette population ont requis une attention se traduisant en recommandations dans le schéma.

6.3.2 Quelques orientations pour les populations présentant des TSA...(Cf. FA 18)

Mettre en place un dispositif de dépistage des troubles spécifiques des apprentissages.

Il s'agit d'engager une campagne de communication en direction des familles, des médecins, des enseignants, de services de la PMI... en vue d'opérer un premier repérage des troubles et d'envisager des supports de communication sous forme de plaquettes et de réunions d'information en direction des professionnels au contact des enfants les plus jeunes.

Réaliser et affiner un diagnostic précoce des troubles spécifiques des apprentissages par l'intermédiaire d'un diagnostic différentiel.

La dysphasie et bon nombre de troubles spécifiques des apprentissages nécessitent un diagnostic différentiel mobilisant une équipe pluridisciplinaire.

Lors de l'élaboration du diagnostic, il est important d'accompagner la famille en fonction de la complexité à élaborer celui-ci et par la suite dans la formulation des conseils nécessaires et dans les explications fournies en direction de celles-ci sur les possibilités d'évolution de l'enfant.

En outre, s'il est envisagé une orientation via la MDPH, il convient de dédramatiser cette annonce auprès des familles qui devront adhérer au suivi du projet personnalisé de l'enfant.

Les premiers éléments de dépistage doivent faire l'objet d'investigations en amont du diagnostic réalisé au sein du service hospitalier.

Elaborer des réponses spécifiques en direction des enfants et adolescents présentant des troubles spécifiques des apprentissages

Créer des places de SESSAD articulées à un plateau technique constitué des ressources techniques requises pour ce type de handicap, en l'occurrence :

- Un poste d'orthophoniste, formé pour les troubles invisibles
- Un poste de neuropsychologue
- Un clinicien orthoptiste (pour diagnostiquer les troubles visio-moteurs)
- Un poste de psychomotricien
- Un service social
- Des éducateurs
- Une augmentation de postes EVS et AVS
- Un partenariat de l'ensemble des professionnels avec un centre de ressources (la MDPH)

Une fois le diagnostic posé, il convient d'articuler l'accompagnement rééducatif de l'enfant au projet personnalisé de scolarisation.

Il peut être envisagé de créer une UPI pour jeunes dysphasiques en articulation avec le SESSAD. Il conviendrait également que l'augmentation de places de SESSAD s'accompagne de l'affectation d'un poste d'enseignant spécialisé sur ce service.

Enfin, l'association dans le cadre de ce dispositif, des conseillers pédagogiques de l'éducation nationale, en appui et en soutien aux enseignants accueillant cette population en classe ordinaire, apparaît indispensable.

6.4 La situation des enfants présentant une déficience sensorielle

Il nous faut préciser en avant-propos que l'association de plusieurs handicaps comprenant un handicap sensoriel rentre dans le cadre des handicaps rares dont les modalités de reconnaissance administrative des services et établissements font l'objet d'une procédure nationale par l'intermédiaire de la Commission Nationale de l'Organisation sociale et Médico-sociale.

Le Décret du 7 septembre 2005 fixe le taux de prévalence pour ce type de handicap à 1 pour 10000.

6.4.1 La situation des enfants présentant une déficience visuelle

Pour la déficience visuelle, le taux de prévalence annoncé par l'INSERM en 1998 fait état d'une prévalence de 0,68 pour mille enfants, atteints de cécité totale ou d'amblyopie, âgés de 0 à 19 ans, soit 51 enfants dans le Loir et Cher.

Le taux de 1 pour 1000 est fréquemment avancé par ailleurs.

Ce taux de prévalence implique de penser à l'articulation entre les schémas départementaux et l'offre globale portant sur une dimension régionale selon des principes d'accompagnement de proximité, de non rupture avec le milieu familial et d'accès à un suivi requérant une grande technicité.

Sur le territoire départemental, on recense un CAMSP avec une prévision de création d'autres CAMSP sur des zones non couvertes. Un SSAI de 13 places se situe à Blois.

Et enfin, un Institut de Rééducation de la Communication de l'Ouïe et de la Vue de 95 places est situé à Tours.

A ce jour, 14 enfants sont suivis par un SESSAD, 6 enfants sont accueillis hors département, 2 sont sur liste d'attente. 22 enfants scolarisés et bénéficient d'un projet personnalisé de solarisation.

Le plan « handicap visuel » présenté le 2 juin 2008 préconise plusieurs actions :

- réaliser le dépistage des troubles visuels et la diffusion des recommandations des bonnes pratiques de la « Haute Autorité de santé » ;
- améliorer l'annonce du handicap ;
- organiser un meilleur accès pour l'information des familles : centre de ressources, MDPH...
- mieux prendre en charge le coût des aides techniques ;
- prendre en compte les handicaps associés ;
- doter en moyenne les régions de 4 S3AIS et 1 par département dans les régions de moins de 4 départements (service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) ;
- améliorer l'accessibilité.

Un diagnostic partagé concernant les enfants présentant une déficience visuelle

Il est constaté, concernant le handicap visuel, l'absence de systématisation du dépistage, seuls les enfants « à risque » le sont en consultation pédiatrique et au CAMSP. Le dépistage réalisé par les services de la PMI en direction des 3 ; 4 ans ne couvre pas l'ensemble du département. Or, il existe un intérêt certain du dépistage avant 5 ans et de l'action précoce pour diminuer et même parfois éviter le handicap.

6.4.2 La situation des enfants présentant une déficience auditive

En ce qui concerne la déficience auditive, le taux de prévalence communiqué est de 0,69 pour mille, soit 52 enfants dans le Loir et Cher. Comme nous l'évoquions précédemment, ce faible taux de prévalence implique de penser à l'articulation entre les schémas départementaux et l'offre globale portant sur une dimension régionale selon des principes d'accompagnement de proximité, de non rupture avec le milieu familial et d'accès à un suivi requérant une grande technicité.

Il convient, dans le cadre de la déficience auditive, de respecter le principe de liberté de choix d'apprentissage de la langue en proposant systématiquement, la langue des signes française, le langage parlé complété et la communication bilingue.

L'équipement régional en direction des enfants déficients auditifs permet de recenser :

3 SAFEP SSEFIS situés à Blois, Nogent le Rotrou et Bourges. Celui de Blois a une capacité de 40 places pour 22 places installées. Certaines places de ce service sont dédiées à des enfants présentant une dysphasie.

Deux instituts régionaux ont vocation à accueillir des jeunes sourds : L'IRECOV à Tours et l'IRESDA à Orléans. Un Institut d'Education pour jeunes Sourds se situe également à Nogent le Rotrou.

Ce dispositif est complété par un centre d'audiophonologie situé à Tours.

En 2008, 13 enfants sont accueillis par le « SAFEP SSEFIS », mais 14 enfants sont accueillis en dehors du département et 5 sont inscrits sur une liste d'attente. 33 enfants scolarisés bénéficient d'un projet personnalisé de scolarisation. Il existe au sein du dispositif une enseignante itinérante spécialisée pour la déficience auditive.

Un diagnostic partagé concernant les enfants présentant une déficience auditive.

On remarque également, pour les enfants déficients auditifs, une mise en place récente du dépistage systématique du 3^e jour, les maternités ayant été dotées de moyens en matériel et en formation des personnels en 2008.

Par ailleurs, les relais et la nécessaire complémentarité des actions entre le CAMSP et le SAFEP ne sont pas toujours efficaces.

De manière générale, il n'y a pas une grande lisibilité du dispositif. Malgré un agrément de 0 à 20 ans pour le SAFEP SSEFIS, celui-ci accueille rarement avant 3 ans.

6.4.3 Des objectifs communs pour les enfants atteints de déficience sensorielle. (Cf. FA 20)

Il s'agit de proposer un accompagnement et un soutien global aux enfants et aux familles en leur offrant le bénéfice d'un accueil en crèche ou par des assistantes maternelles et d'organiser leur accueil dans le cadre scolaire. Il convient également de solliciter auprès des services des maternités, la possibilité de pratiquer des dépistages systématiques de la vue et de l'audition.

Il importe également d'assurer une évaluation de la situation des besoins de compensation du handicap tenant compte des besoins spécifiques liés à la déficience sensorielle et d'élaborer des projets d'accompagnement et de compensation adaptés. Cela suppose de dépasser l'approche évaluative issue du guide barème et d'appréhender la situation de handicap de l'enfant par les caractéristiques de sa situation au sein de son environnement. Nul doute que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH doit solliciter auprès des experts concernés et des familles, des avis complémentaires sur l'évaluation des situations de handicap présentées.

Cette recommandation doit également s'accompagner des garanties relatives à une meilleure couverture des besoins de compensation de l'enfant intégrant de manière cohérente, soins, accompagnement social, possibilités de scolarisation intégrant les aides techniques et humaines déployées.

Si l'on remarque que les aides techniques liées à la scolarisation sont bien listées dans le « Projet Personnalisé de Scolarisation », celui-ci ne représente qu'un des volets du projet personnalisé de compensation incluant, les activités quotidiennes à la maison, les activités extra scolaires...

Enfin, pour ces populations, il est déploré peu de dispositifs locaux pour les premiers apprentissages. Ainsi, il n'est pas rare de constater une obligation d'éloignement en dehors du département dès l'âge de 5,6 ans ou que les enfants soient obligés d'effectuer quotidiennement des transports longs et fatigants.

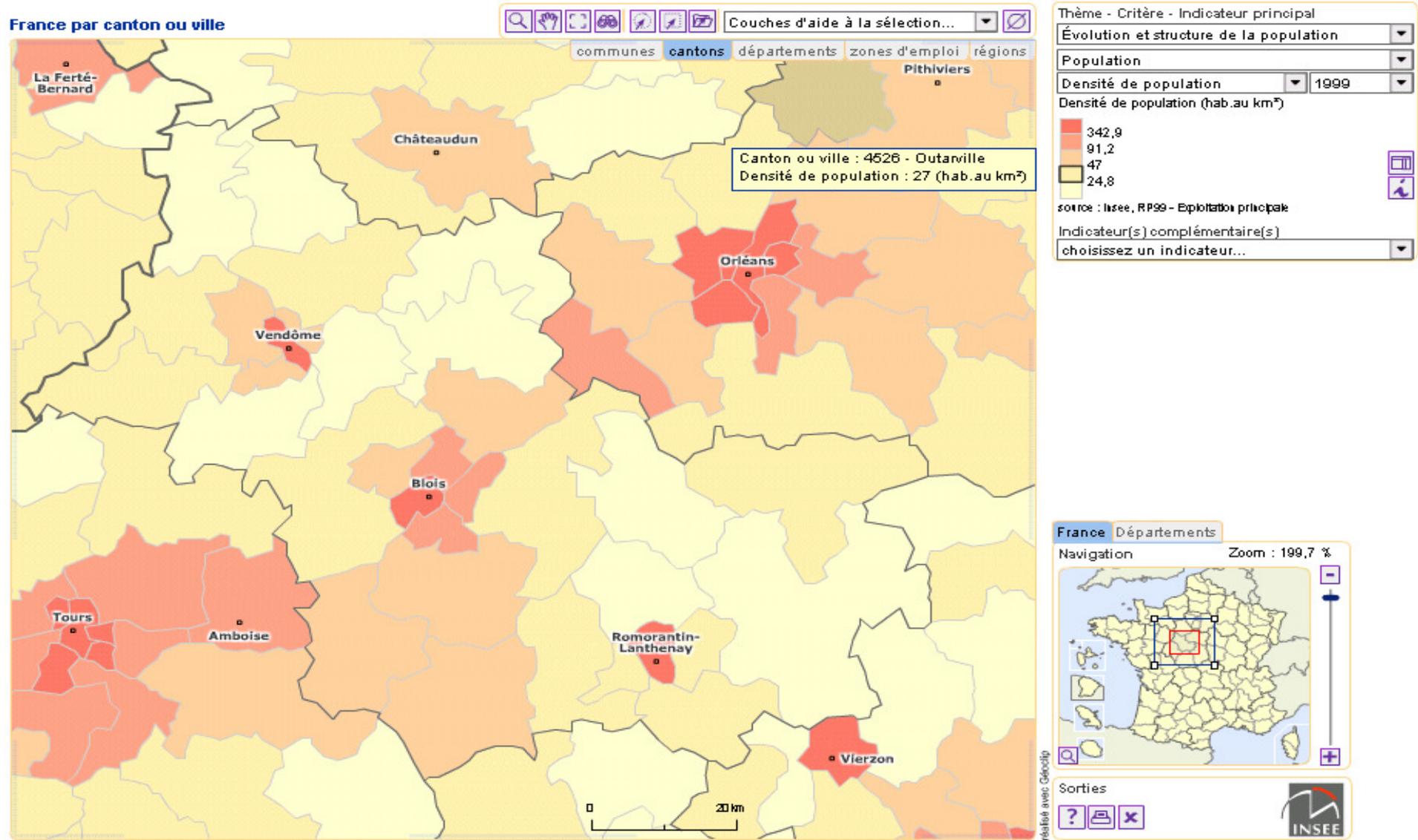
Le déploiement d'équipes mobiles spécialisées permettrait d'intervenir auprès des enfants les plus jeunes, ce qui éviterait les éloignements trop importants tout en garantissant les apprentissages spécialisés. Notons encore, que le développement des dispositifs d'accompagnement médico-social doit être articulé aux dispositifs collectifs de scolarisation type CLIS et UPI. Le dispositif de scolarisation des enfants et adolescents atteints de déficience sensorielle, que ce soit sur le mode individuel ou collectif, doit être mieux articulé au dispositif médico-social. Le schéma doit également prendre en compte l'allocation de moyens et la répartition de ceux-ci en termes d'enseignants spécialisés intégrés au dispositif et la formalisation des liens à tisser avec l'enseignant référent pour la réalisation du projet personnalisé de scolarisation et son étayage pour l'évolution de l'enfant dans toutes les dimensions de sa vie sociale.

● **Annexes**

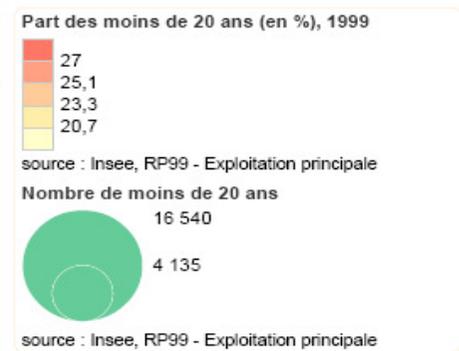
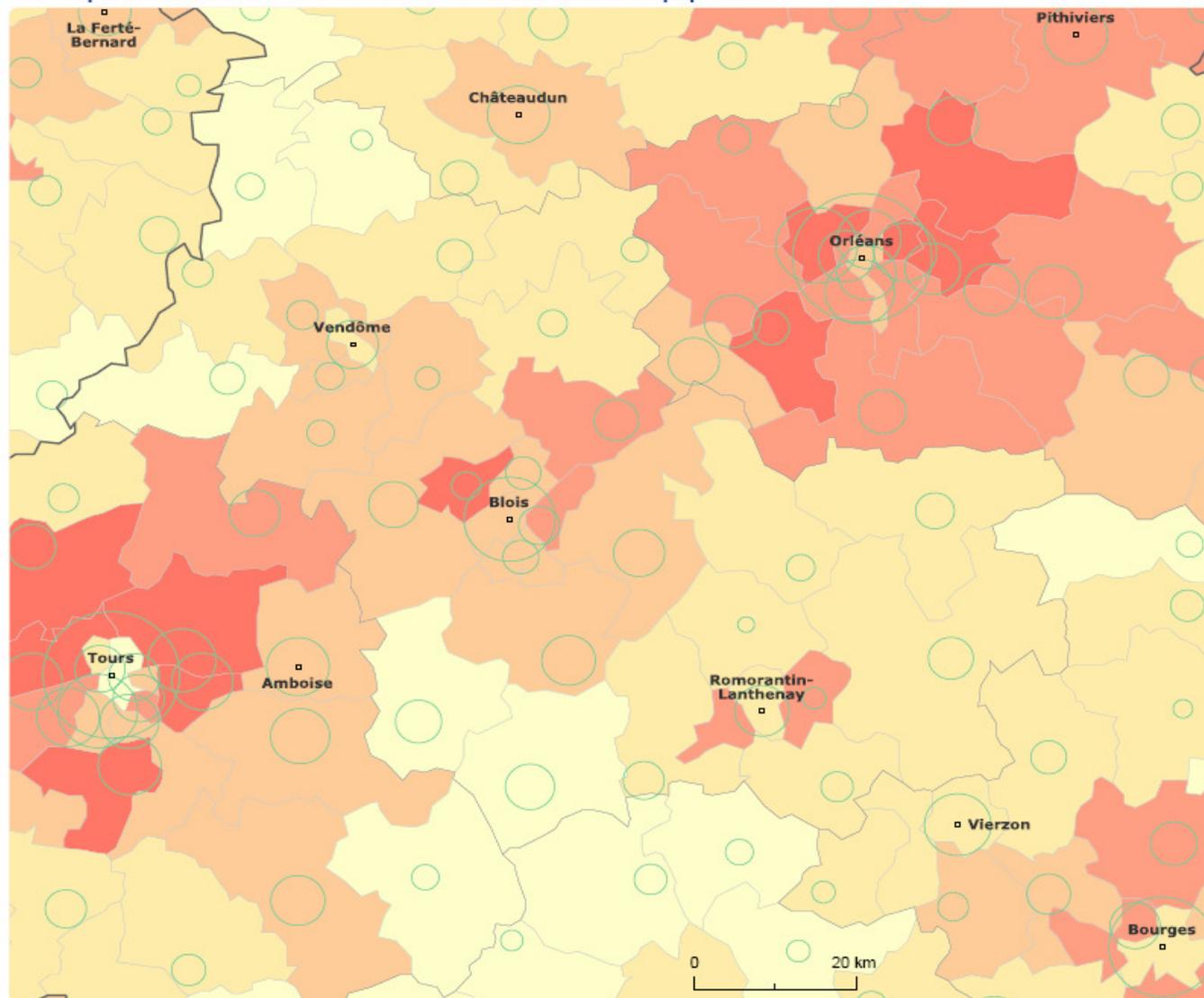
- A. Annexe 1 : Caractéristiques démographiques**
- B. Annexe 2 : Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés au 01/01/2008 dans le Loir et Cher**
- C. Annexe 3 : Aire géographique de recrutement des Etablissements**
- D. Annexe 4 : Aire géographique de recrutement des Services**
- E. Annexe 5 : CLIS - UPI – Répartition des enseignants**
- F. Annexe 6 : Déficiences du psychisme – CIH**
- G. Annexe 7 : Glossaire des sigles utilisés**

A. Annexe 1

A - Annexe 1



France par canton ou ville - thème : Évolution et structure de la population



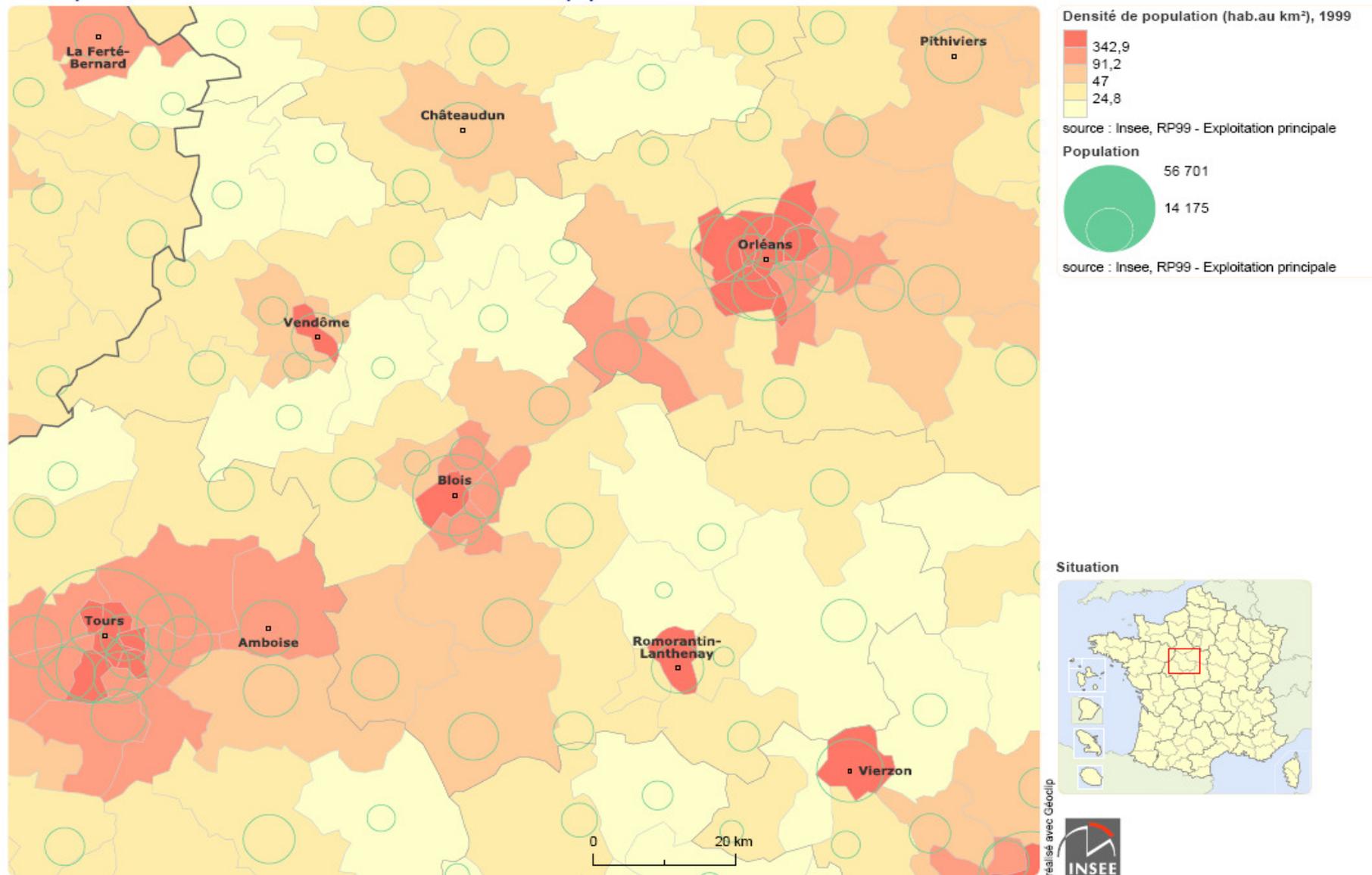
Situation



réalisé avec Géoclip



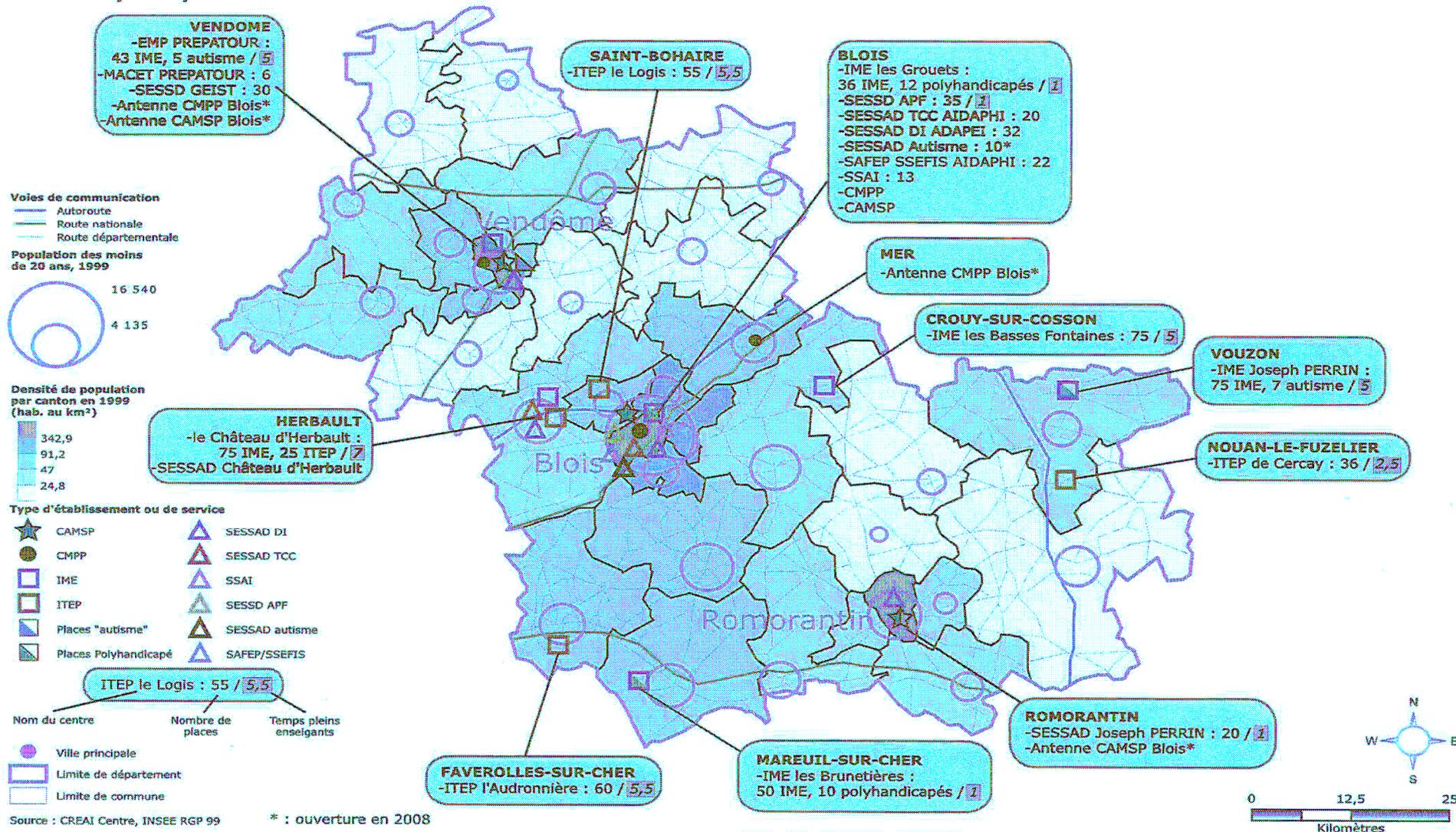
France par canton ou ville - thème : Évolution et structure de la population



B. Annexe 2

B – Annexe 2

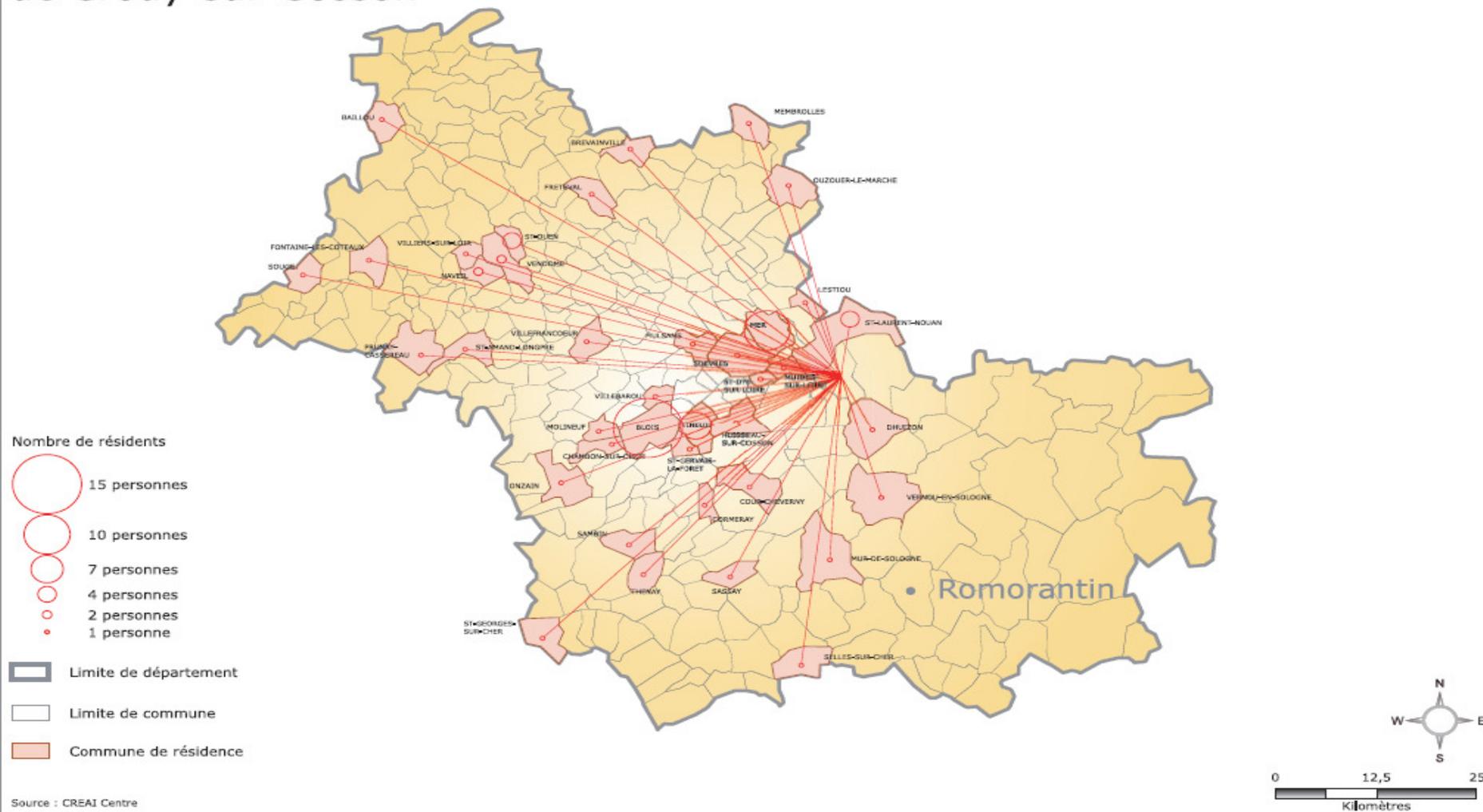
Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés au 01/01/2008 dans le Loir-et-Cher



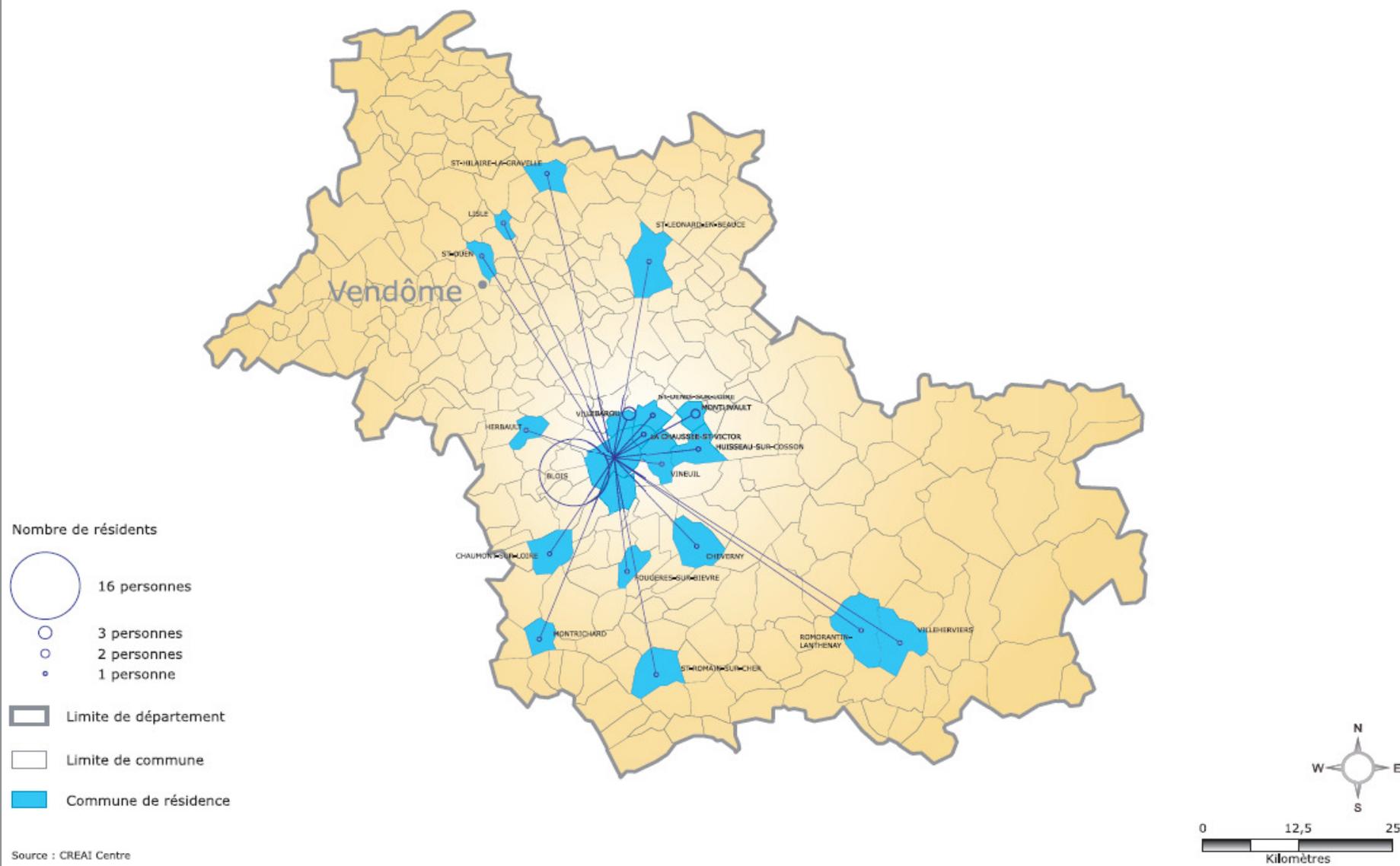
C. Annexe 3

C – Annexe 3

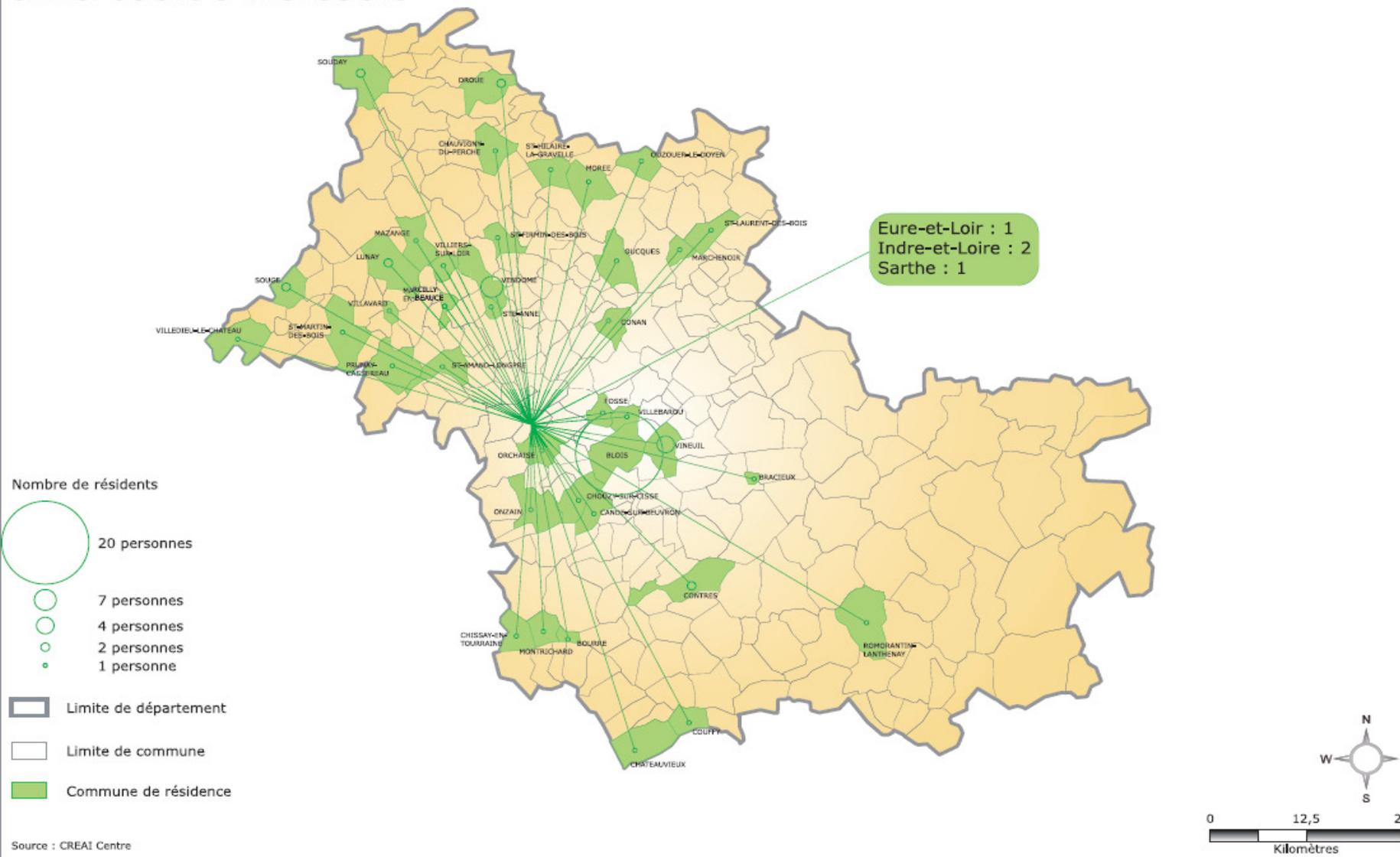
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'IME les Basses Fontaines de Crouy-sur-Cosson



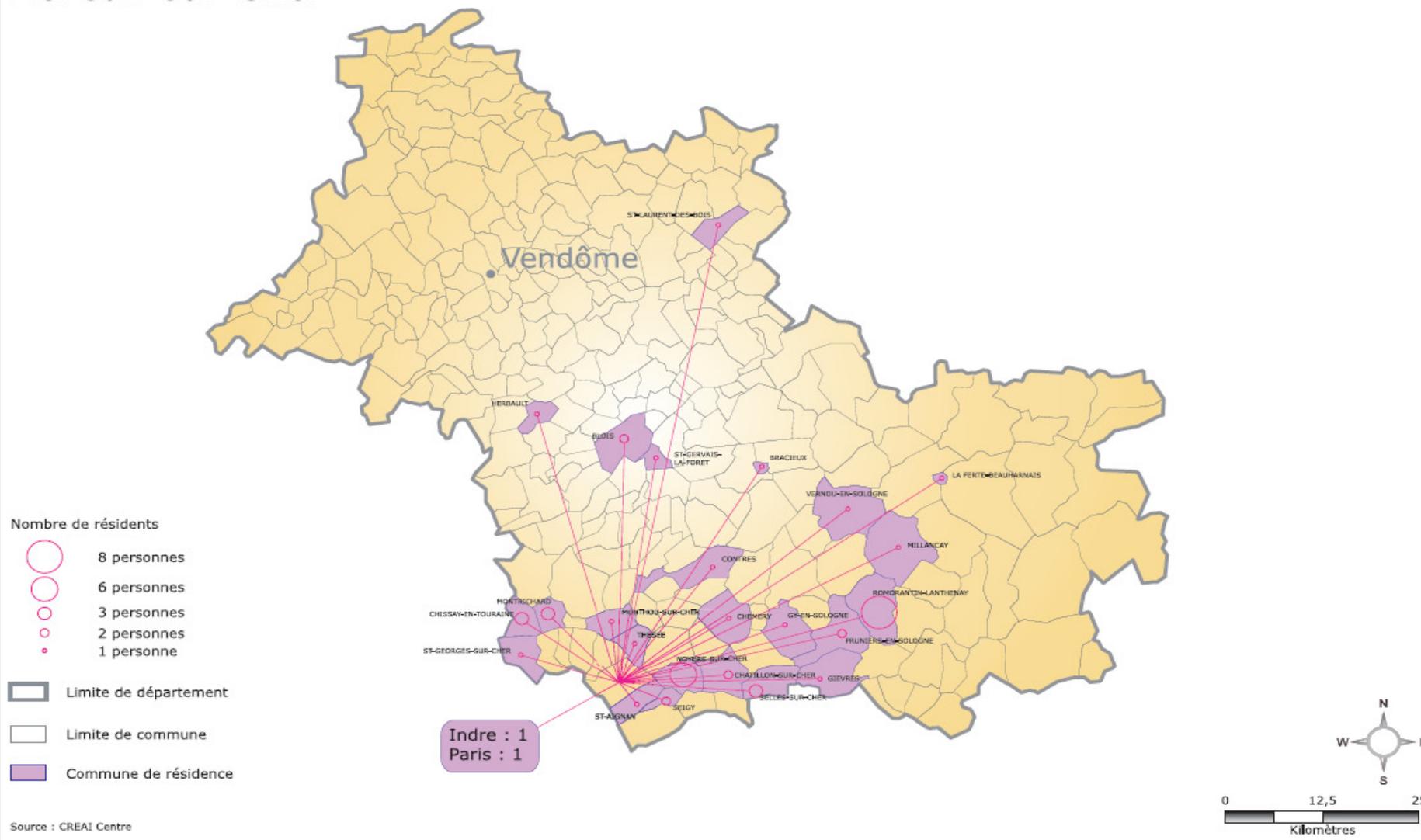
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'IME les Grouets à Blois



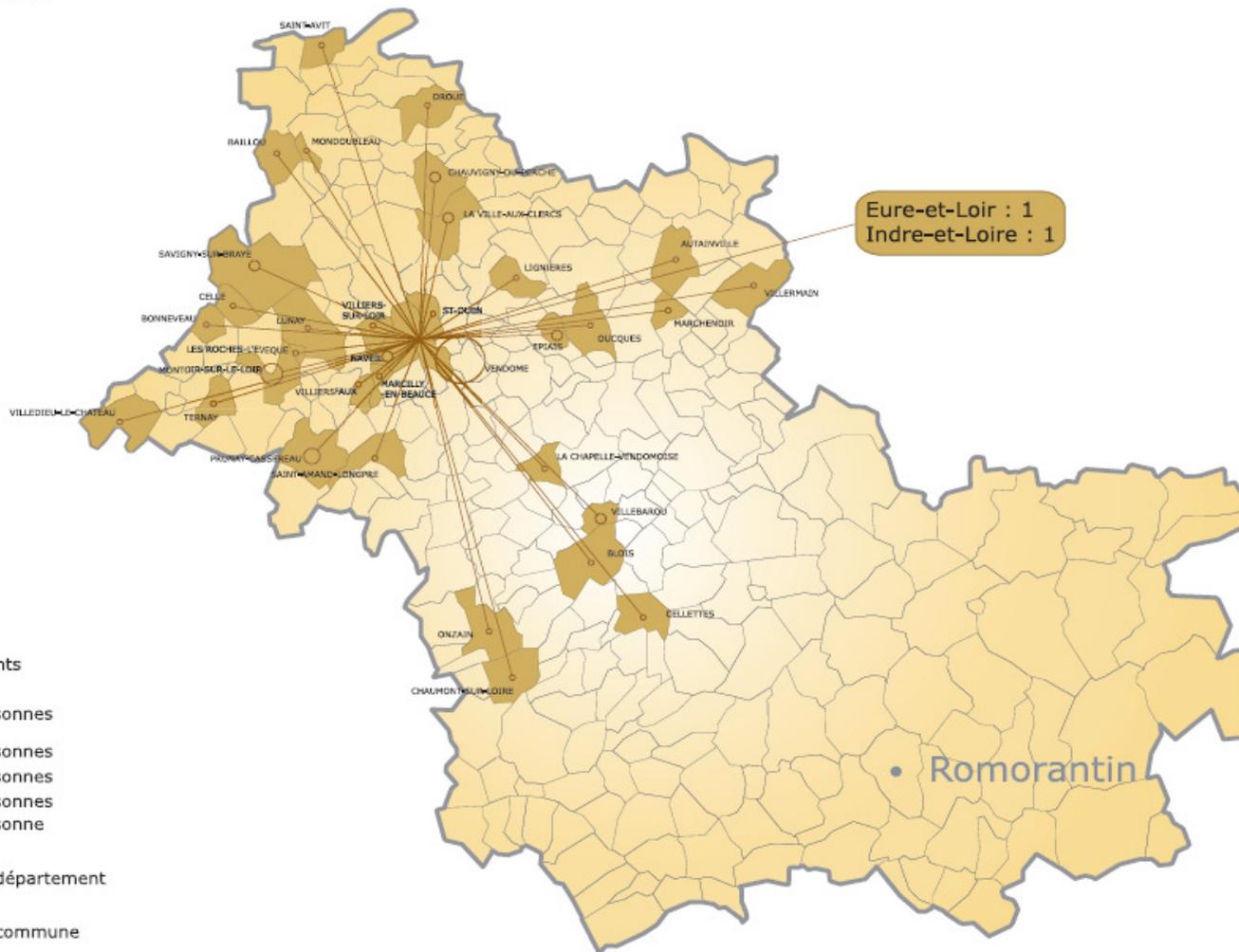
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'IME le Château d'Herbault à Herbault



Lieu de résidence des personnes rattachées à l'IME les Brunetières à Mareuil-sur-Cher



Lieu de résidence des personnes rattachées à l'IME PREPATOUR à Vendôme



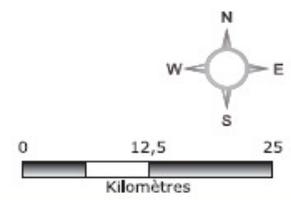
Eure-et-Loir : 1
Indre-et-Loire : 1

Nombre de résidents

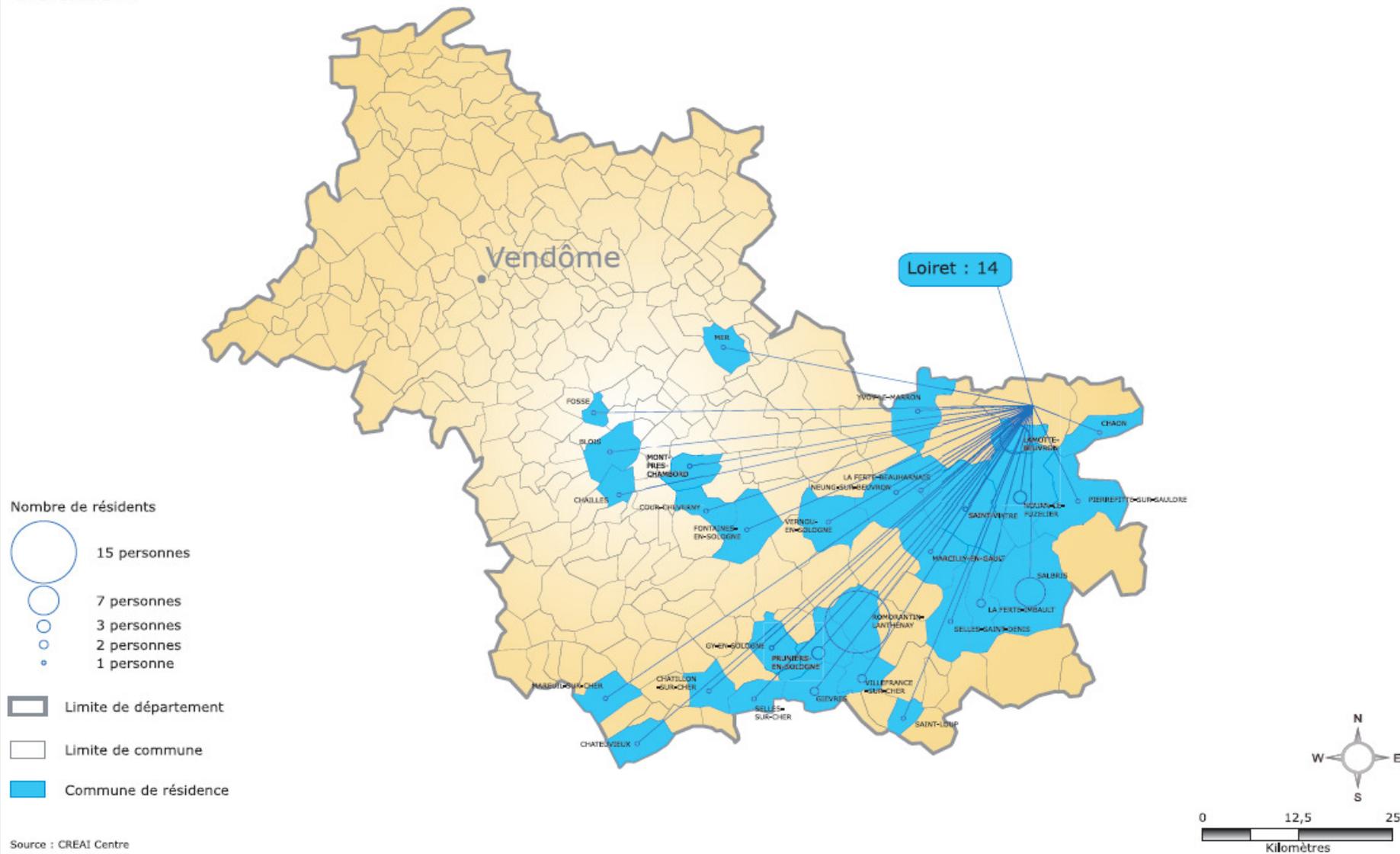
- 9 personnes
- 4 personnes
- 3 personnes
- 2 personnes
- 1 personne

- Limite de département
- Limite de commune
- Commune de résidence

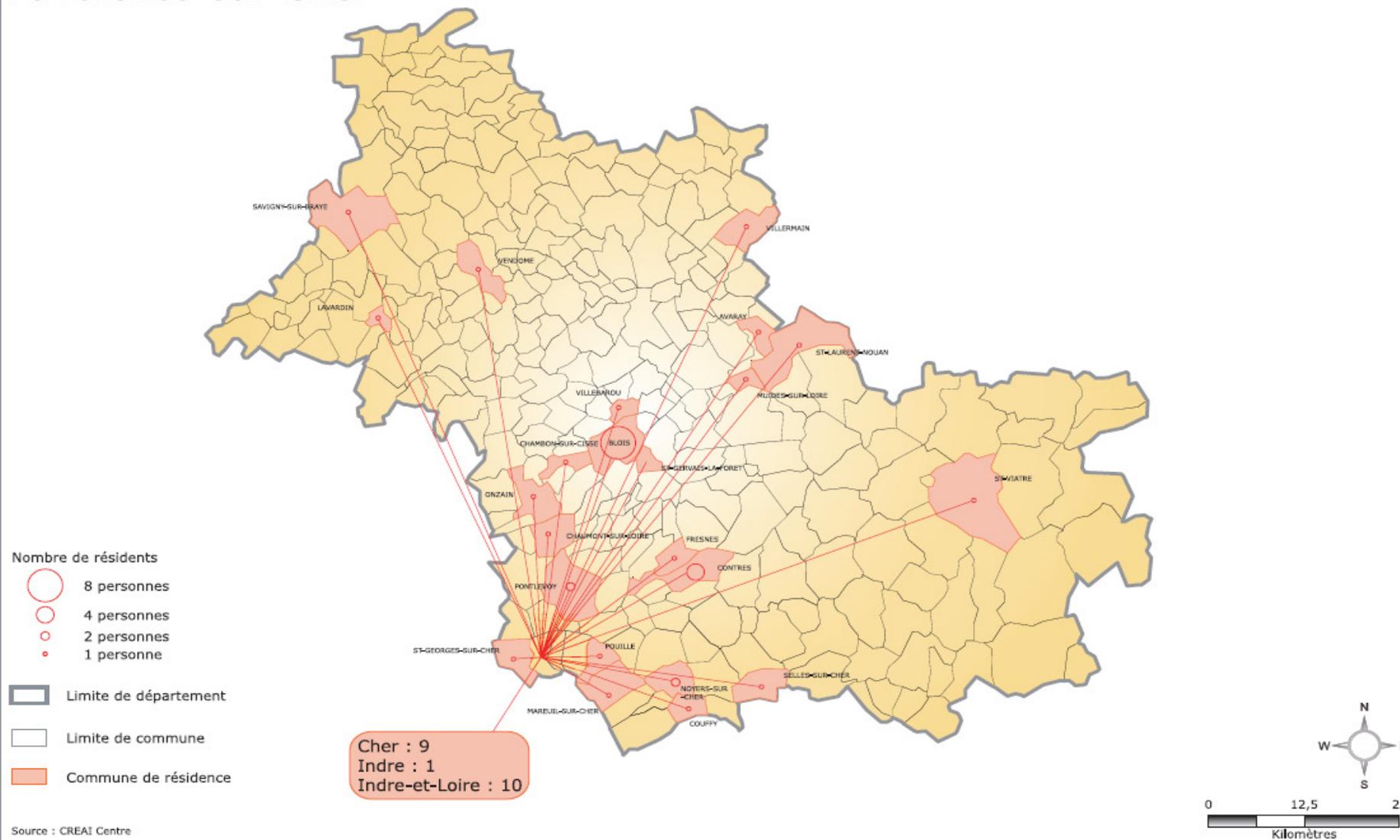
Source : CREA Centre



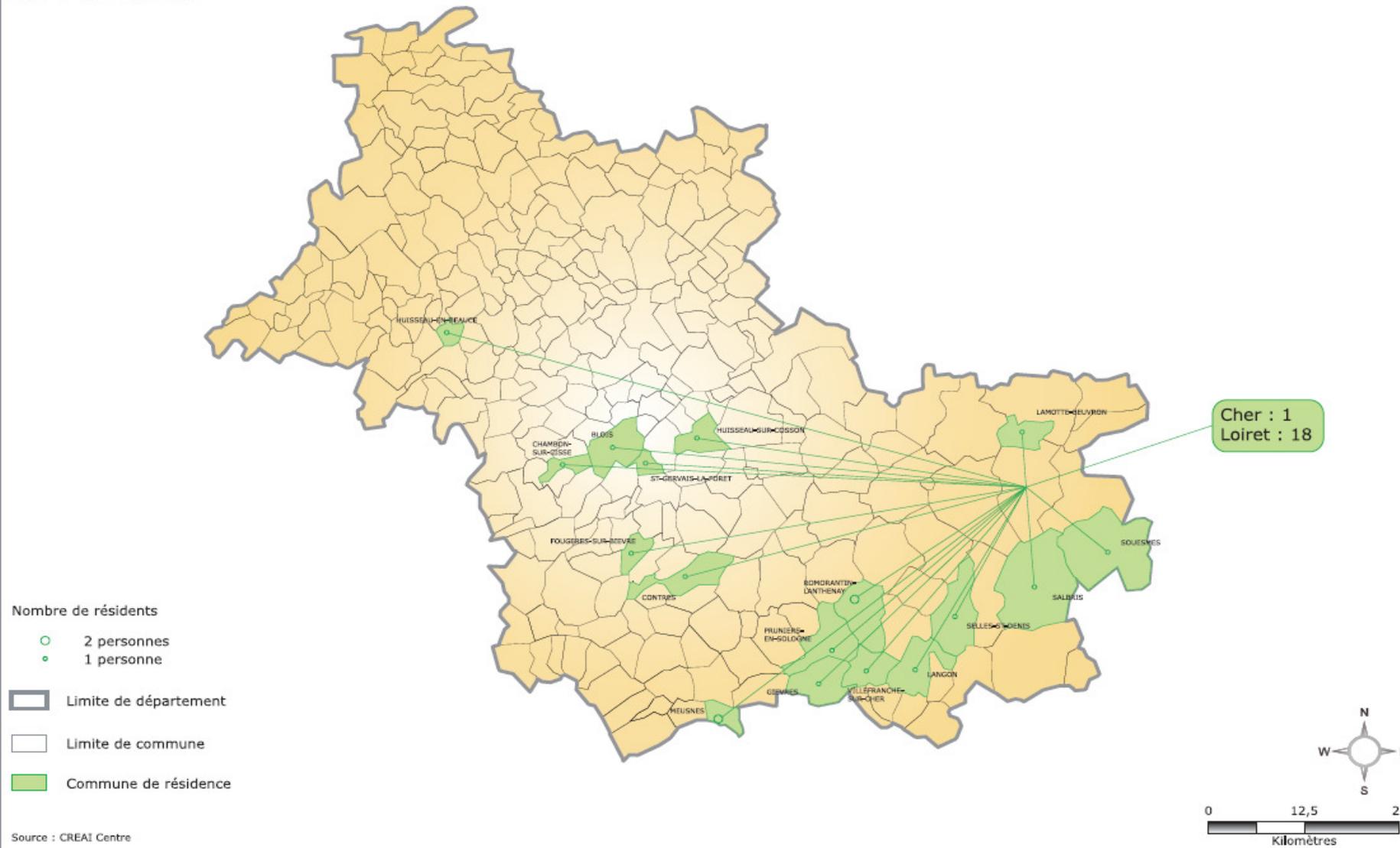
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'IME Joseph Perrin à Vouzon



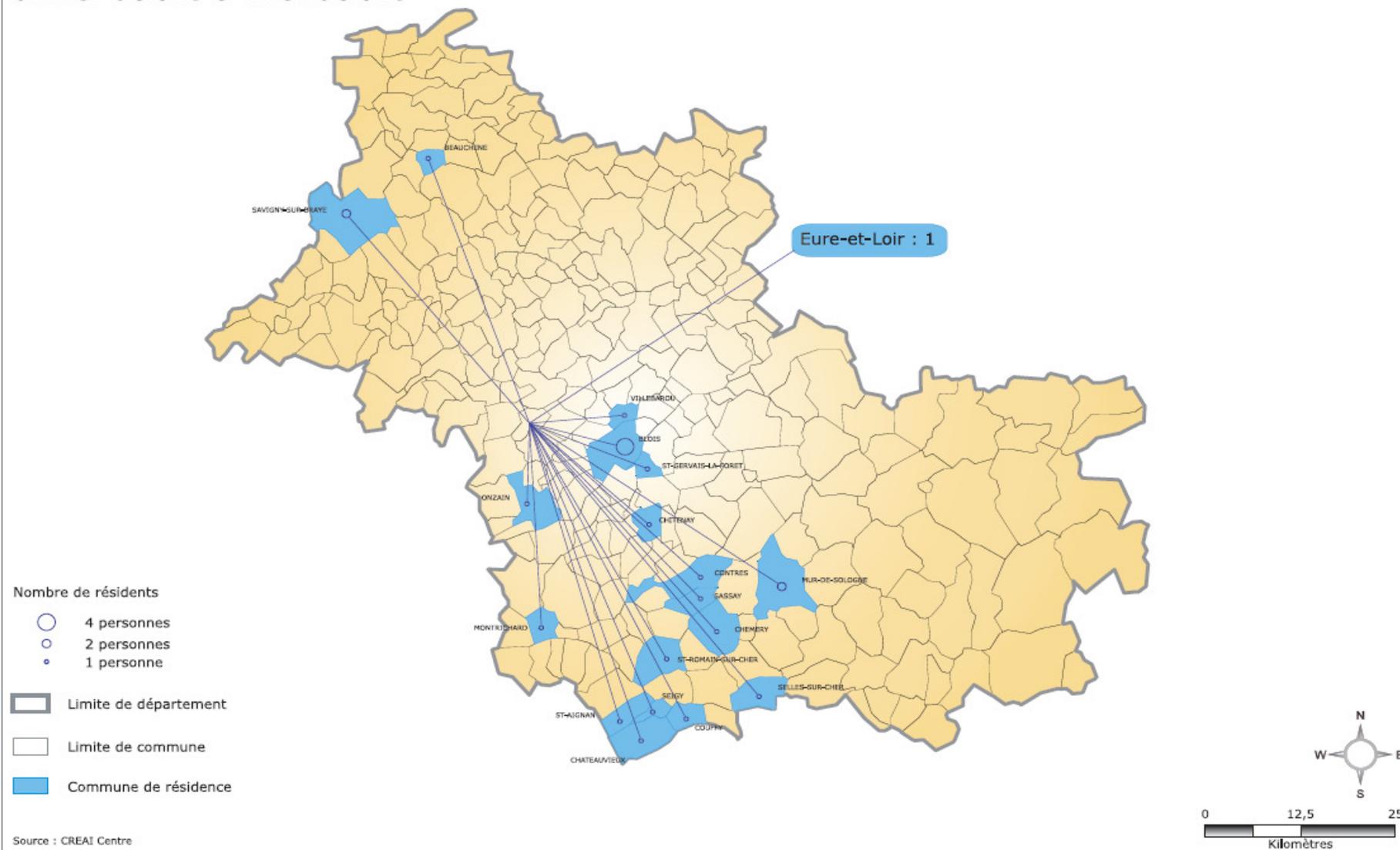
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'ITEP l'Audronnière à Faverolles-sur-Cher



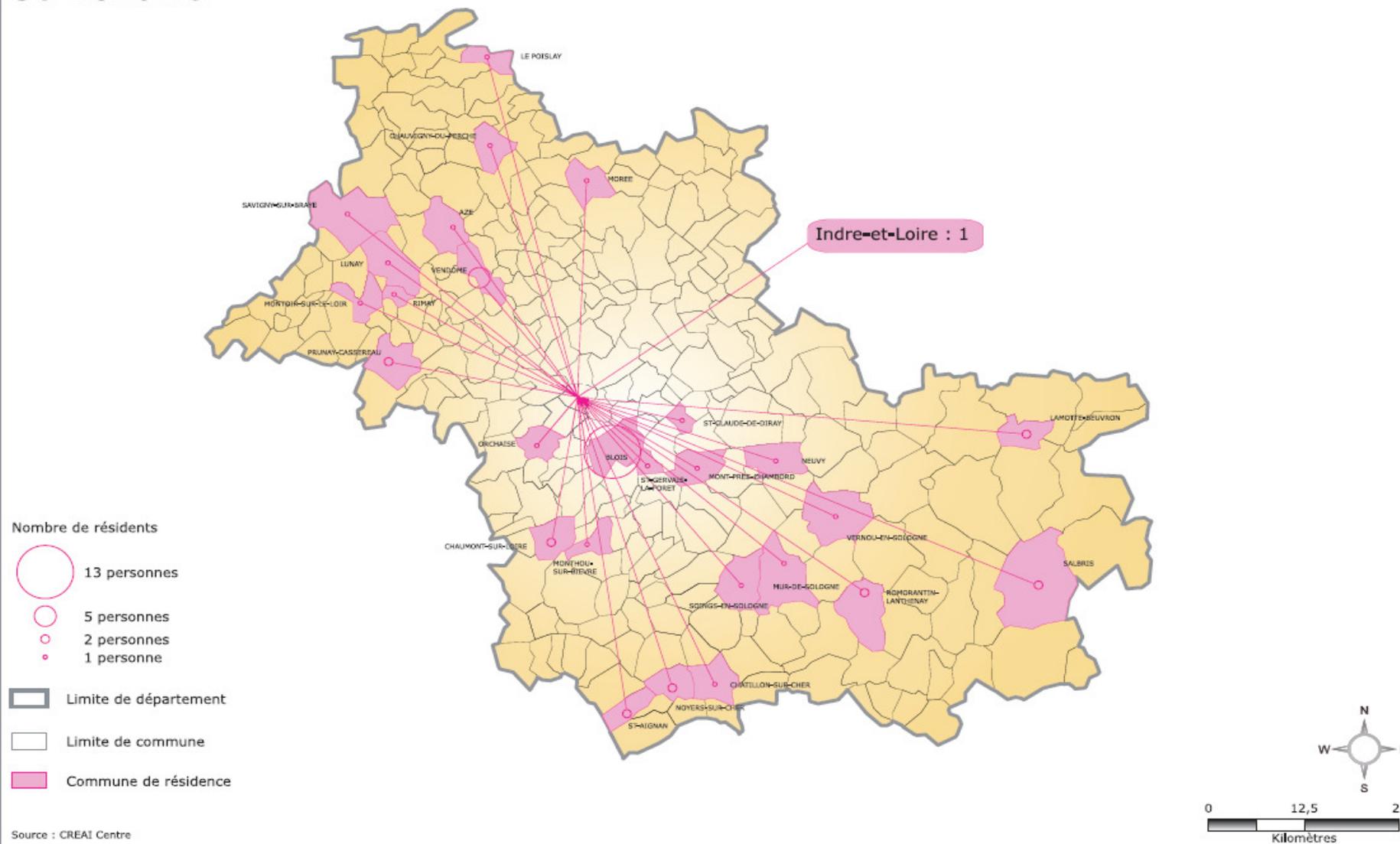
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'ITEP de Cercay à Nouan-le-Fuzelier



Lieu de résidence des personnes rattachées à l'ITEP le Château d'Herbault à Herbault



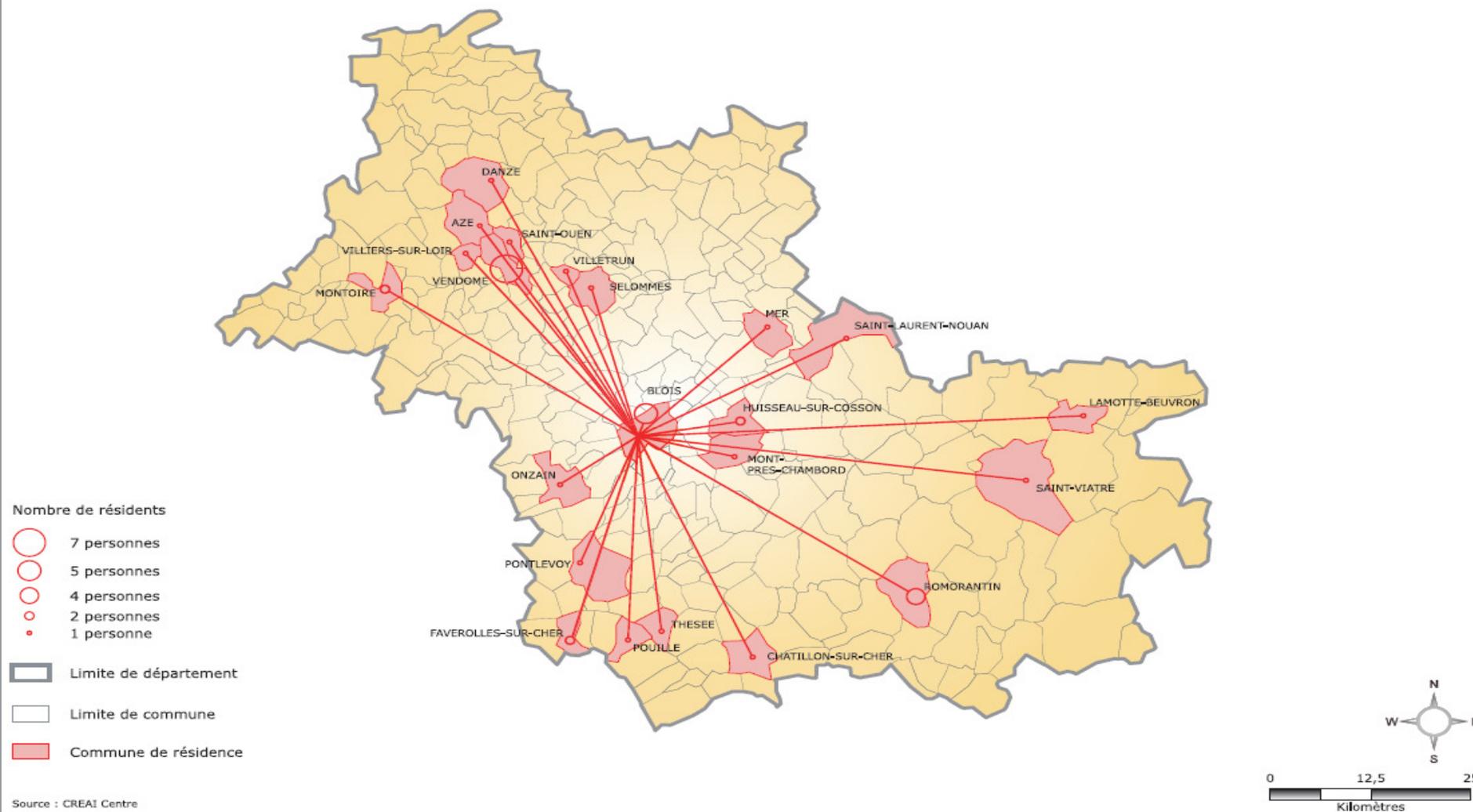
Lieu de résidence des personnes rattachées à l'ITEP le Logis à St-Bohaire



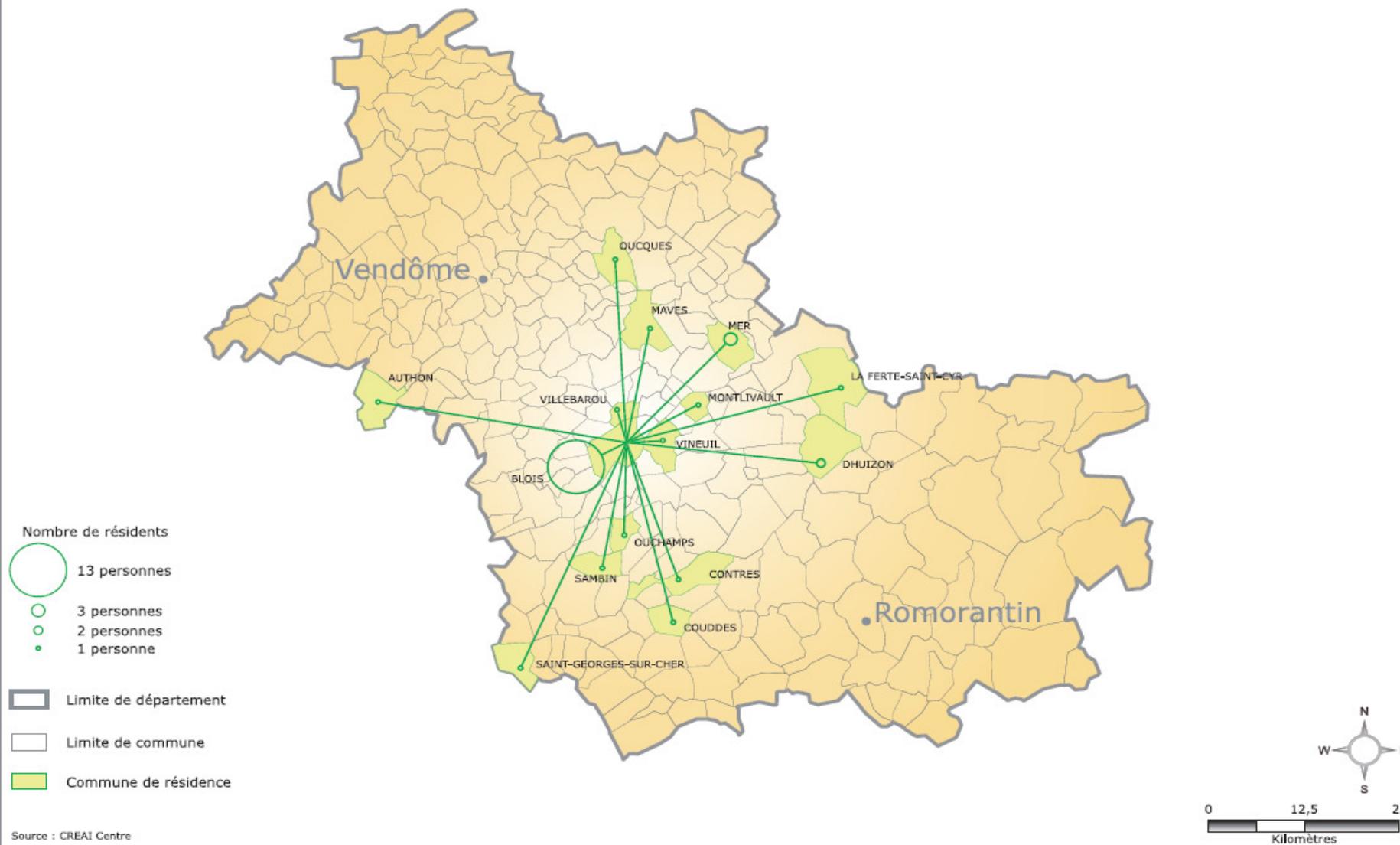
D. Annexe 4

D - Annexe 4

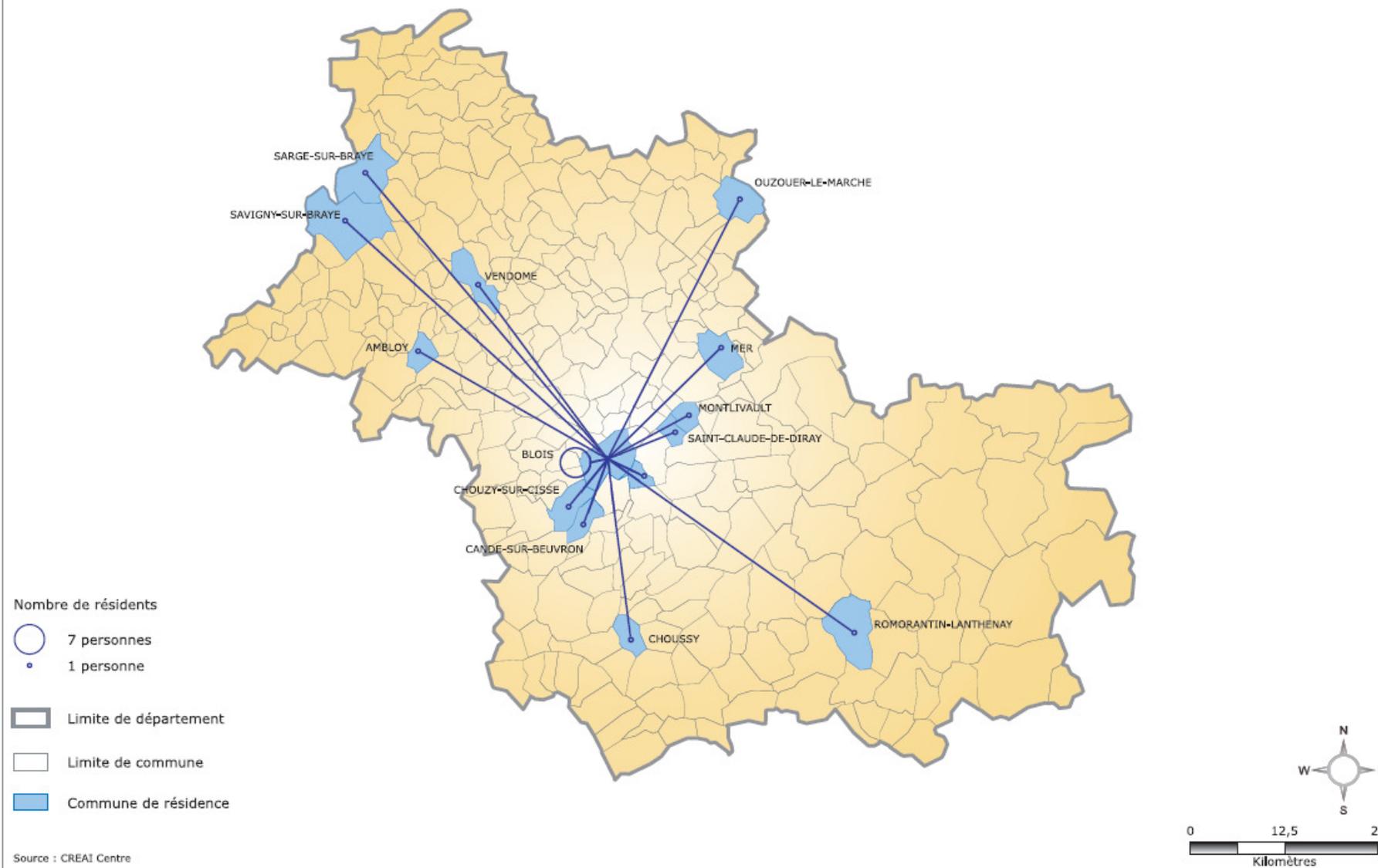
Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD APF de Blois



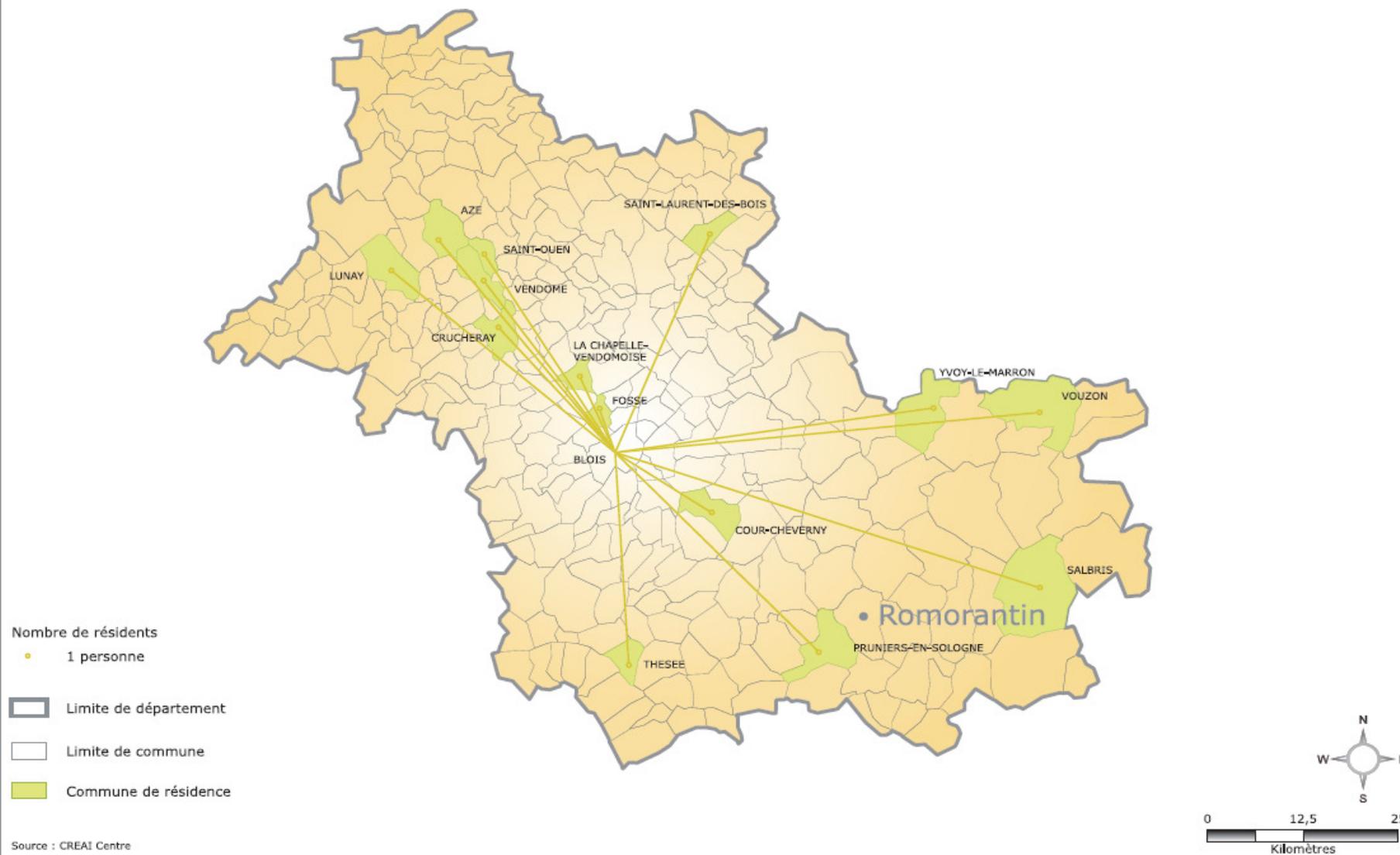
Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD DI de Blois



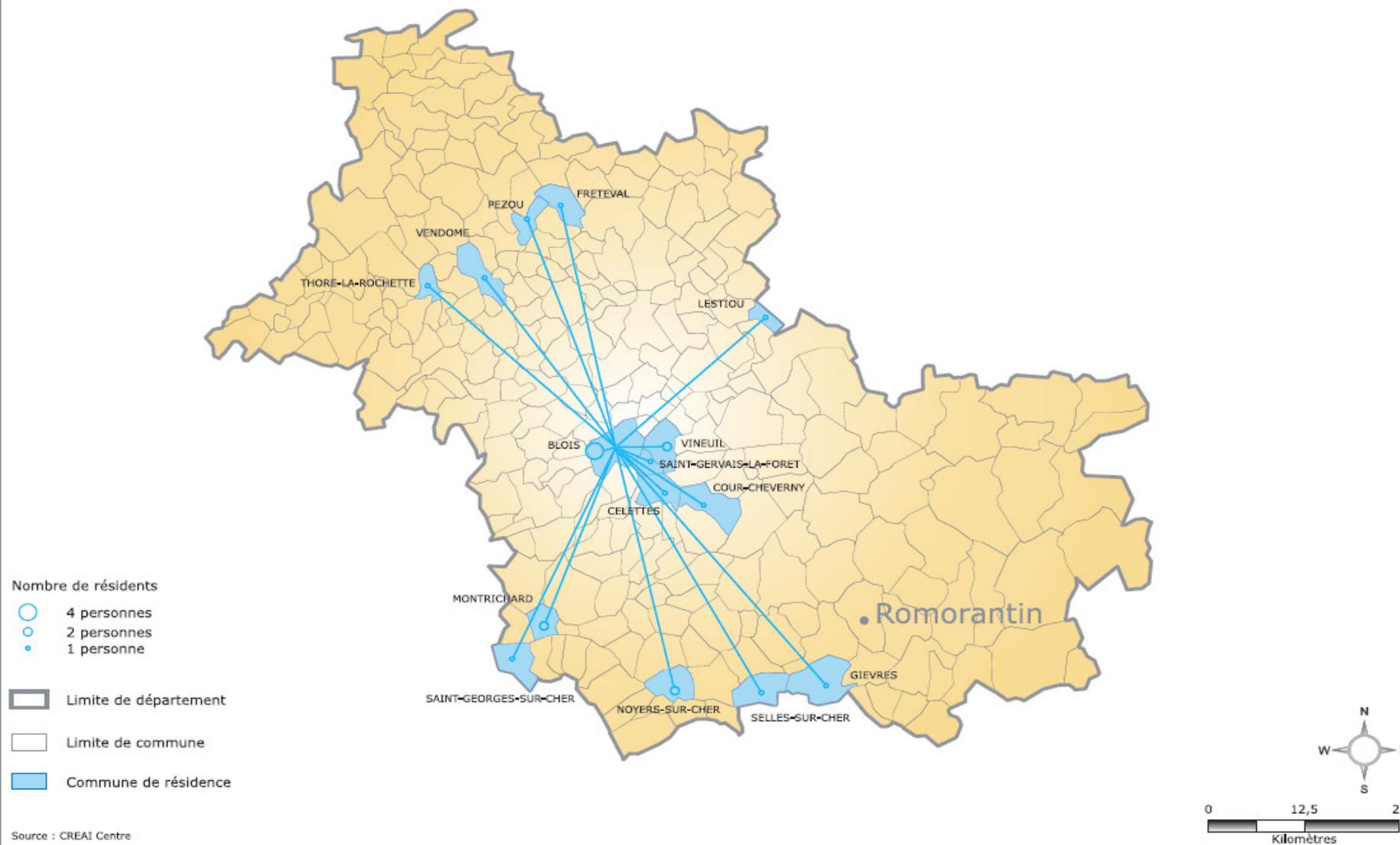
Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD TCC de Blois



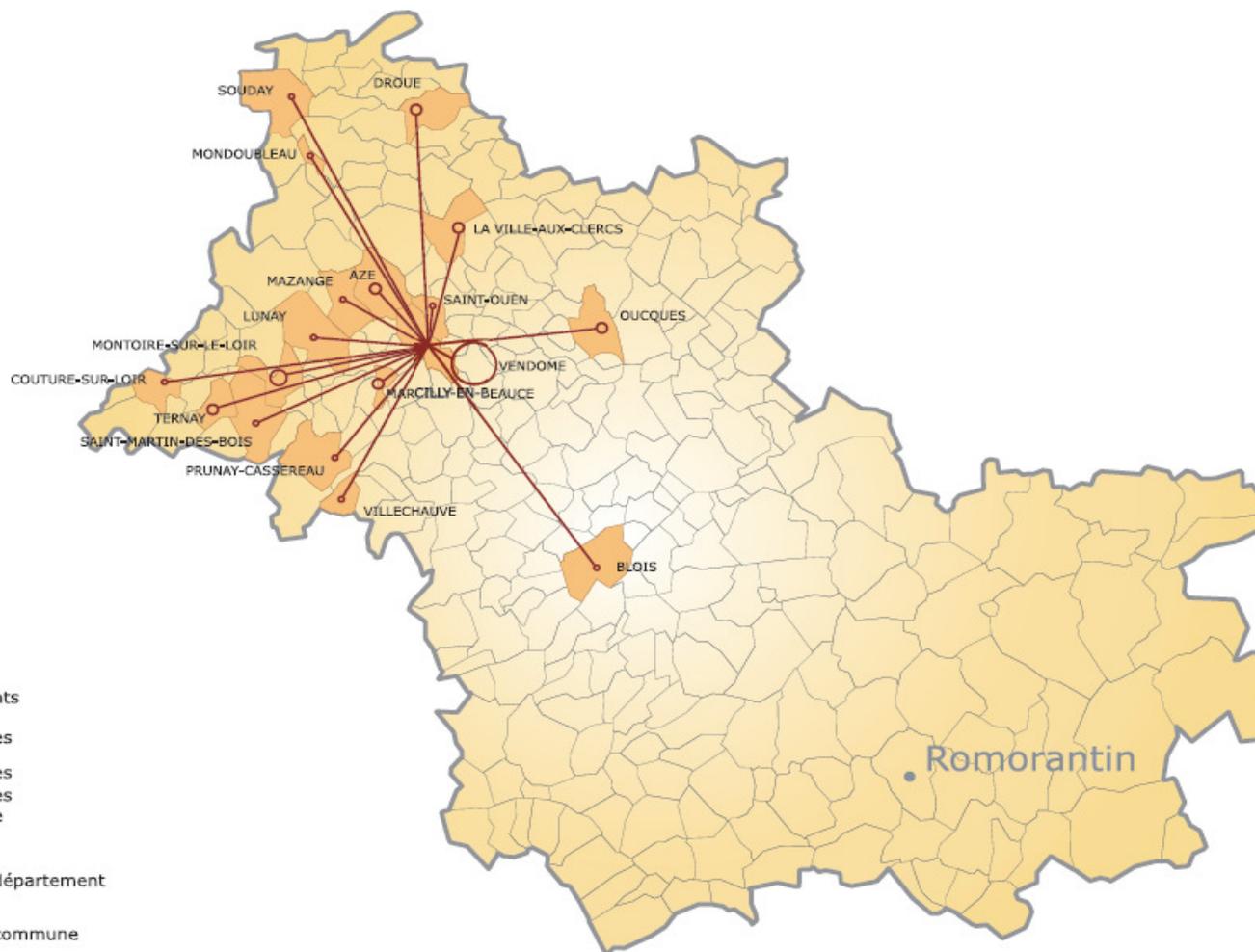
Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD SSAI de Blois



Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD SSEFIS de Blois



Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD de Vendôme



Nombre de résidents

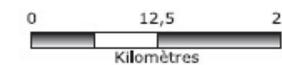
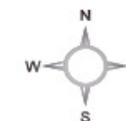
- 8 personnes
- 3 personnes
- 2 personnes
- 1 personne

Limite de département

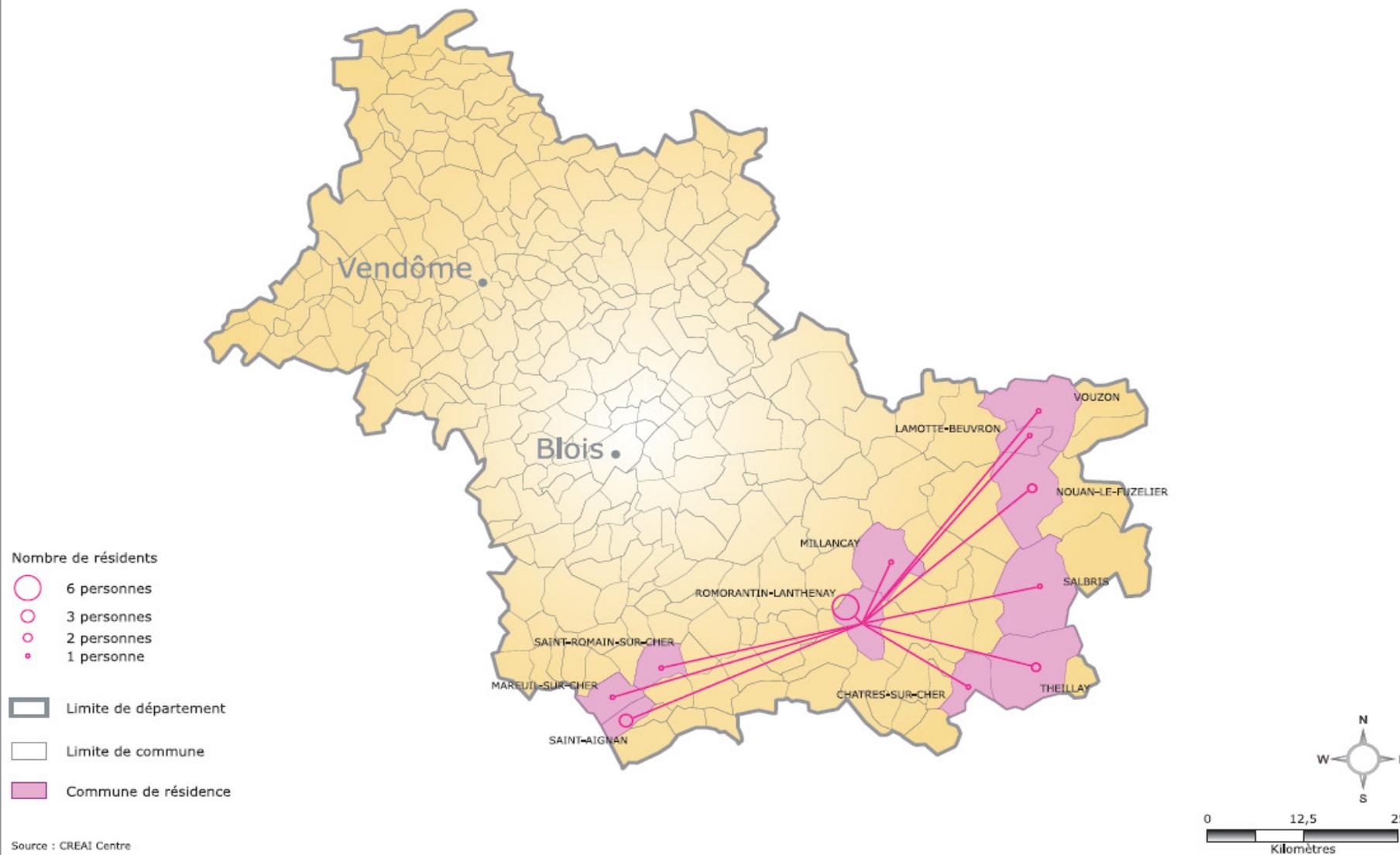
Limite de commune

Commune de résidence

Source : CREA Centre



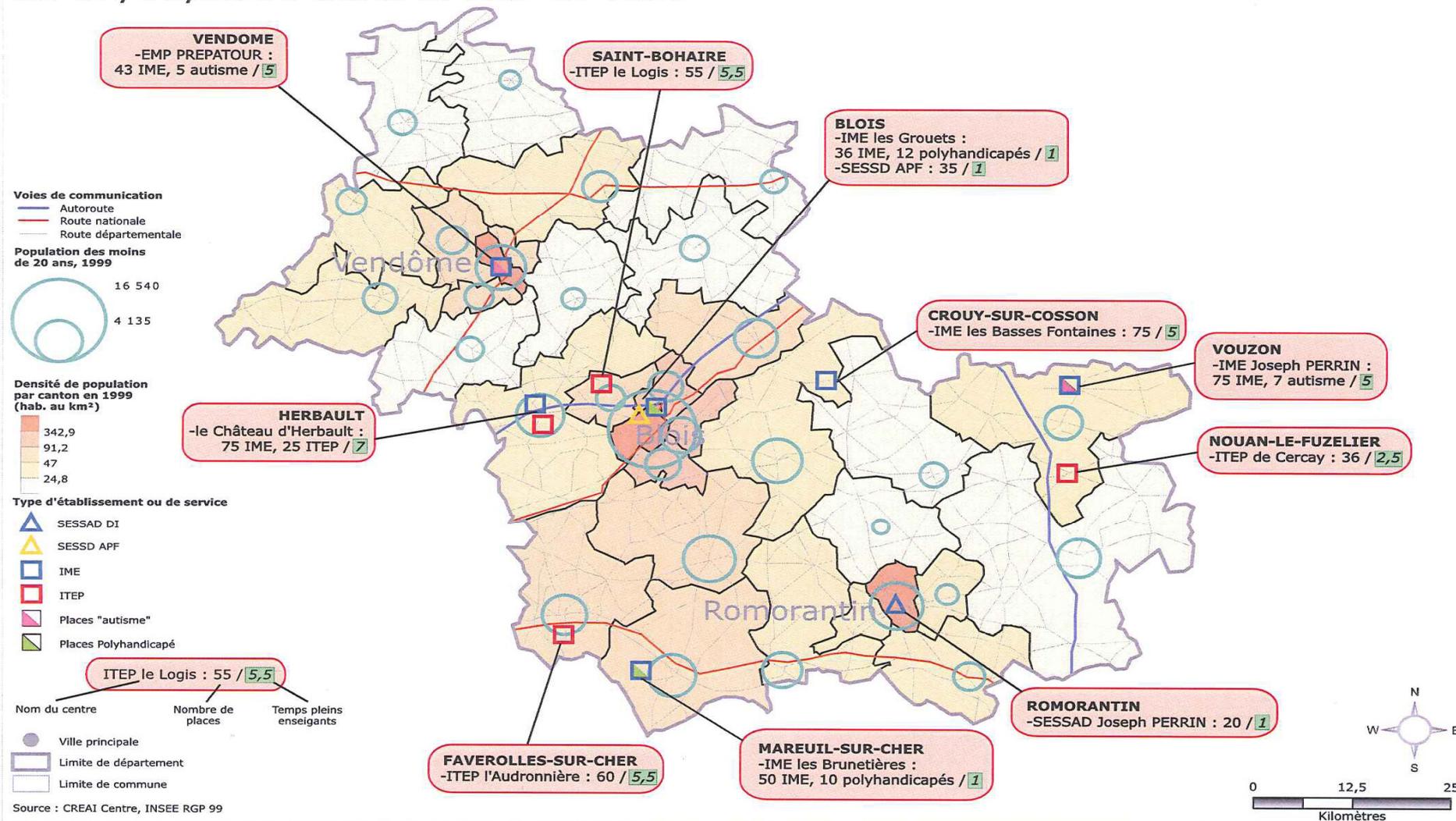
Lieu de résidence des personnes rattachées au SESSAD de Romorantin



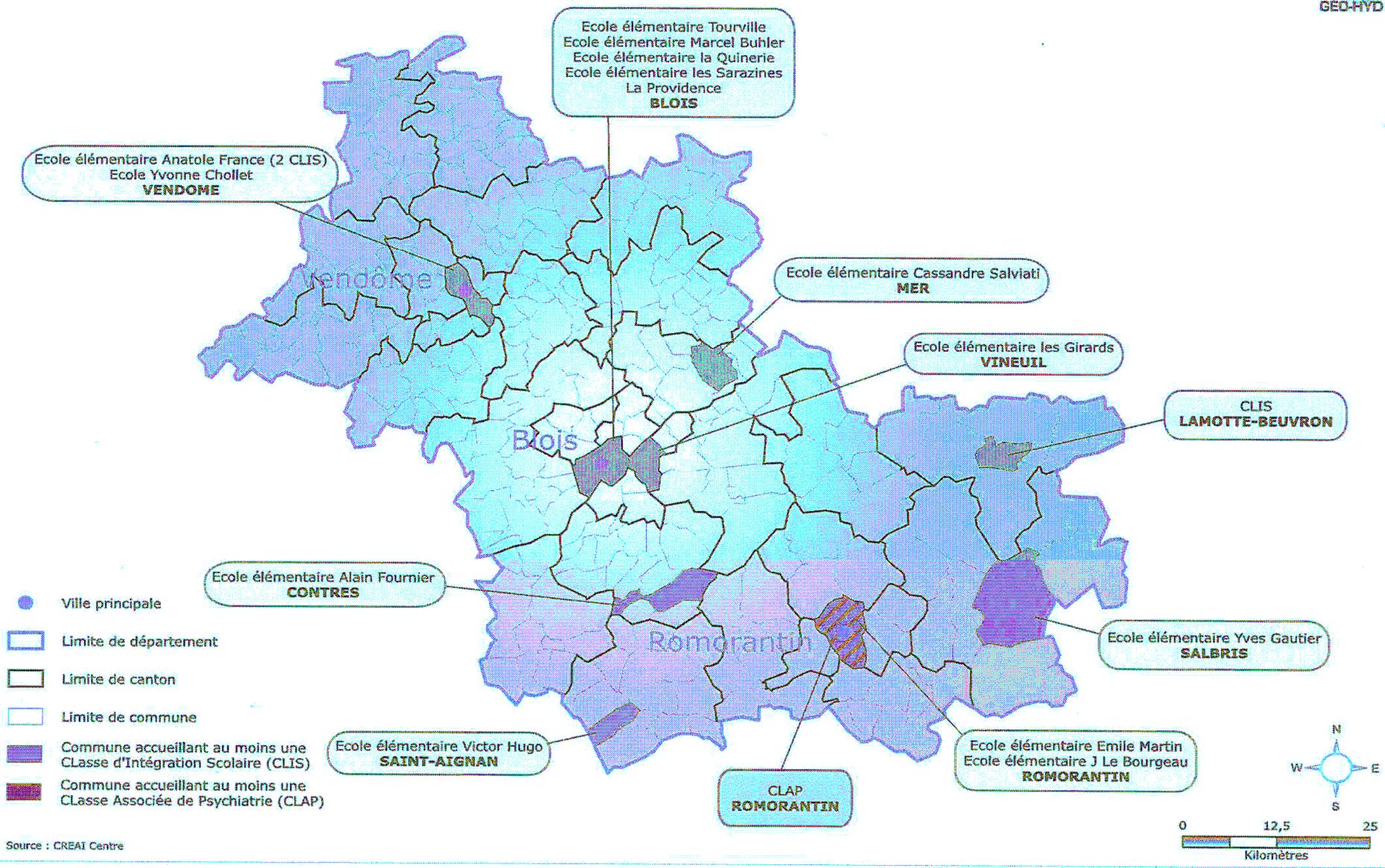
E. Annexe 5

E – Annexe 5

Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés au 01/01/2008 dans le Loir-et-Cher



Répartition des CLIS et CLAP au 01/01/2008 dans le Loir-et-Cher



Ecole élémentaire Anatole France (2 CLIS)
Ecole Yvonne Chollet
VENDÔME

Ecole élémentaire Tourville
Ecole élémentaire Marcel Buhler
Ecole élémentaire la Quinerie
Ecole élémentaire les Sarazines
La Providence
BLOIS

Ecole élémentaire Cassandre Salviati
MER

Ecole élémentaire les Girards
VINEUIL

CLIS
LAMOTTE-BEUVRON

Ecole élémentaire Alain Fourmier
CONTRES

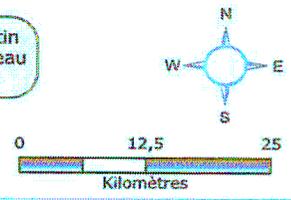
Ecole élémentaire Yves Gautier
SALBRIS

Ecole élémentaire Victor Hugo
SAINT-AIGNAN

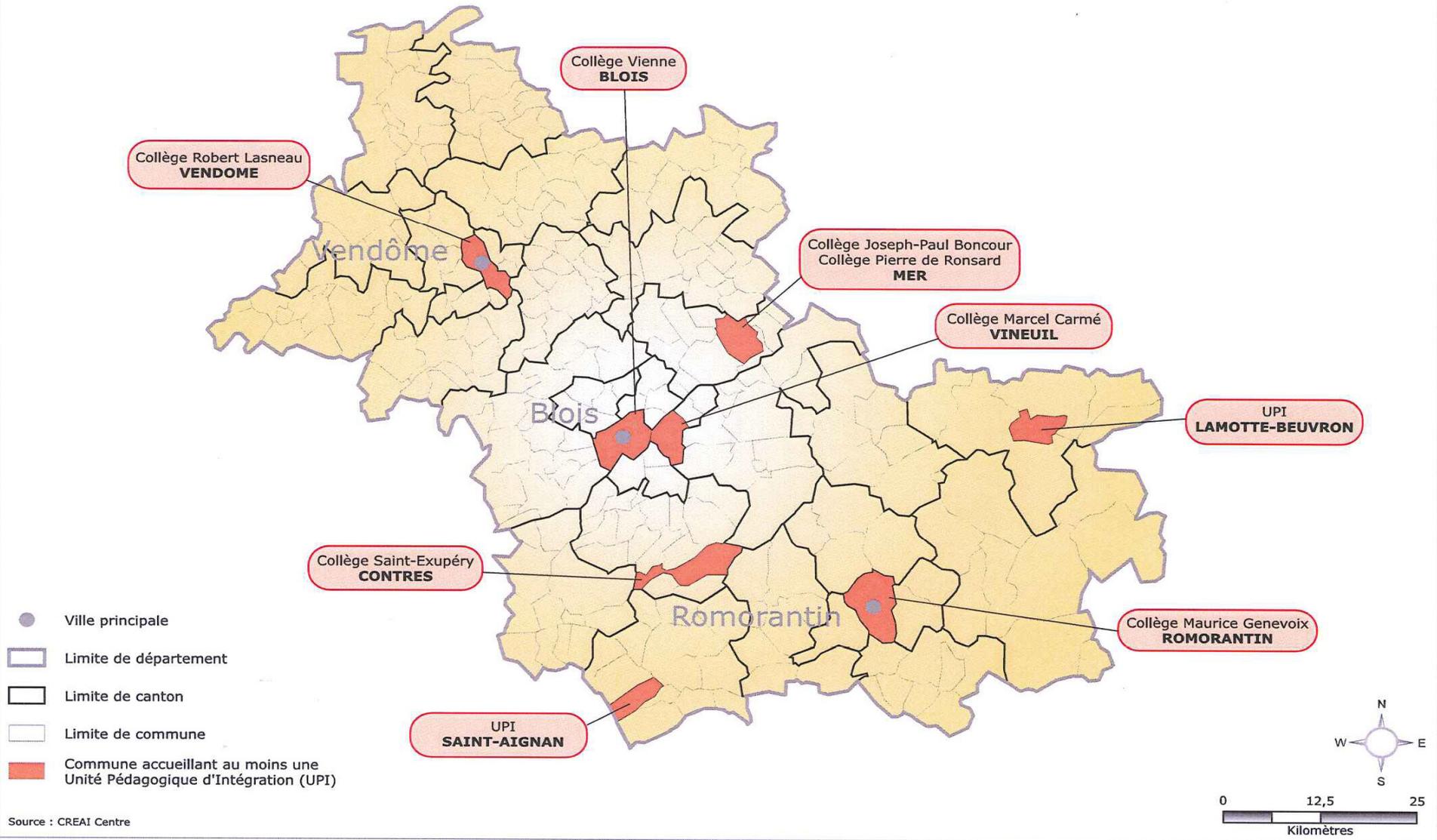
CLAP
ROMORANTIN

Ecole élémentaire Emile Martin
Ecole élémentaire J Le Bourgeau
ROMORANTIN

- Ville principale
- ▭ Limite de département
- ▭ Limite de canton
- ▭ Limite de commune
- Commune accueillant au moins une Classe d'Intégration Scolaire (CLIS)
- Commune accueillant au moins une Classe Associée de Psychiatrie (CLAP)



Répartition des UPI au 01/01/2008 dans le Loir-et-Cher



F. Annexe 6

Les déficiences du psychisme

(Classification internationale des handicaps : déficience, incapacité, désavantages. OMS 1980, INSERM 1993)

1. Déficit de la conscience

- Perte de conscience
- Obscurcissement de la conscience (état post-critique d'un traumatisme crânien)
- Rétrécissement du champ de conscience
- Delirium
- Etats confusionnels
- Dissociation, transe (et/ou hypnose)
- Déficits intermittents de la conscience (épilepsie)

2. Déficience de la perception

- Illusion, hallucination, exagération, atténuation
- Trouble de la conscience du corps
- Trouble de la perception du temps et de l'espace

3. Déficience de l'attention

- Diminution de la durée de l'attention
- Impossibilité de déplacer son attention
- Absences
- Inattention

4. Déficience des pulsions

- Modification de l'appétit (anorexie, boulimie)
- Modification de la sexualité
- Dépendance alcoolique, ou à l'égard de drogues

5. Déficience de l'émotion, de l'affect et de l'humeur

- Anxiété
- Dépression
- Eoussement des affects
- Irritabilité, labilité émotionnelle
- Incongruité des affects

6. Déficience de la volition (*capacité d'avoir et de contrôler des comportements intentionnels*)

- Absence d'initiative
- Limitation des intérêts
- Impulsivité
- Servilité (passivité, soumission, coopération excessive)
- Négativisme, ambivalence, compulsion ou rituel dans l'action

7. Déficience des fonctions psychomotrices

- Lenteur
- Excitation
- Hyperactivité
- Fatigabilité

8. Déficience du comportement

- Susceptibilité
- Hostilité
- Théâtralisme
- Hypochondrie
- Traits phobiques
- Automutilation
- Destructivité
- Repli sur soi
- Timidité excessive
- Traits obsessionnels

G. Annexe 7

– Glossaire des sigles utilisés –

<i>Sigle</i>	<i>Déroulé</i>
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAMSP	Centre d'Action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CFA	Centre de formation des apprentis
CFAS	Centre de formation pour apprentis spécialisé
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CLSH	Centre de loisirs sans hébergement
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction régionale des études et enquêtes statistiques
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	Etablissement social et médico-social
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
JES	Jardin d'enfants spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PCH	Prestation Compensation Handicap
PMI	Protection maternelle et infantile
SACAT	Section annexe d'ESAT
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social des adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SIPFP	Section d'initiation et de première formation professionnelle
SROSS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TED	Troubles envahissants du développement
UPI	Unité pédagogique d'intégration

FICHES ACTIONS

Schéma enfance handicapée du Loir et Cher

Objectif Général 1	Faire évoluer et diversifier l'offre des établissements et services médico-sociaux dans une logique de meilleure répartition territoriale.
---------------------------	--

ACTION 1 : Créer sur chaque territoire départemental une palette d'offre diversifiée et coordonnée

Pilote : Etat (DDASS)

Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux – Etat(IA)

Moyens de réalisation :

Opérer une relocalisation partielle d'établissements, notamment par antennes, sur des zones de forte densité de population
Mieux répartir les zones d'attractivité des SESSAD afin, d'une part de couvrir l'ensemble du département, d'autre part éviter la dispersion des moyens.

Résultats attendus : Réponse de proximité infra départementale dans les zones urbaines pour les handicaps à fort taux de prévalence
Des propositions d'internat fondées avant tout sur des motifs liés au projet thérapeutique et éducatif pour l'enfant.

Leviers : Revoir les projets d'établissement, et notamment ceux de l'IME J Perrin pour qu'il recentre son intervention sur la zone sud- est (Romorantin), ceux de l'IME Les Brunetières et de l'ITEP l'Audronnière pour qu'ils recentrent leur intervention sur la zone sud- ouest (Contres-St Aignan)

Echéance : 3 ans pour la révision des projets d'établissements - Fin 2009 pour les zones d'intervention des SESSAD

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début	X										
Fin							X				

Objectif Général 1	Faire évoluer et diversifier l'offre des établissements et services médico-sociaux dans une logique de meilleure répartition territoriale.
---------------------------	--

ACTION 2: Accroître la polyvalence des plateaux techniques des établissements

Pilote : Etat (DDASS)
Partenaires : _Etablissements et services médico-sociaux

Moyens de réalisation

Mettre en œuvre les nouvelles réponses par territoires, en priorité par adaptation des ressources locales
 Créer des sections bien identifiées au sein des établissements sur ces territoires
 Mettre en place des conventions avec le secteur sanitaire pour garantir la complémentarité des prises en charge. Mieux mobiliser les ressources disponibles en mutualisant les moyens en personnels médicaux et paramédicaux.

Résultats attendus : Une réponse aux besoins insuffisamment couverts à ce jour : autisme, troubles envahissants du développement, déficiences du psychisme, polyhandicap.

Leviers : modification des projets d'établissement pour réaliser l'accueil des enfants porteurs de différents types de handicap, développement des coopérations et mutualisation
 Ex : Créer des sections spécifiques pour la prise en charge des adolescents autistes sur la zone de Blois et de Vendôme – Développer la coopération entre les IME Les Grouets, d'Herbault et des Basses Fontaines sur le secteur de Blois, notamment pour assurer la prise en charge des handicaps les plus lourds

Echéance : 3 ans

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début		X									
Fin							X				

Objectif Général 2	Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent										
ACTION 3 : Mettre en place un dispositif sectorisé de dépistage et d'accompagnement précoce sur l'ensemble du territoire départemental											
Pilote : _Etat (DDASS) Partenaires : _CG-PMI, MDPH, CAMSP, associations, médecins libéraux, services hospitaliers et des cliniques, établissements											
<p>Moyens de réalisation</p> <p>Former les personnels des maternités à l'annonce du handicap (modalités à définir avec le CAMPS) Créer des antennes de CAMSP à Romorantin et Vendôme pour assurer une réponse de proximité. Situer le CAMPS au centre d'un réseau d'aide et de santé incluant la PMI, le dispositif médico-social, les médecins libéraux, et les associations Elargir les possibilités d'accueil en section pour polyhandicapés et autistes aux 4 – 6 ans Adapter les moyens de communication de la MDPH aux besoins des parents des très jeunes enfants afin de les soutenir dans leurs démarches administratives</p>											
<p>Résultats attendus : Dépistage et action précoce pour les enfants de 0 à 6 ans afin de prévenir ou éviter l'aggravation du handicap (annonce du handicap, approche globale de la situation des familles, actions conjointes favorisant le développement de l'enfant).</p>	<p>Leviers Projet de développement de la communication de la MDPH Soutien au CAMSP pour le développement d'un réseau</p>										
Echéance : 2 ans											
	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début		X									
Fin					X						

Objectif Général 2	Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent										
ACTION 4 : Organiser les modalités d'accueil des jeunes enfants handicapés dans les dispositifs de droit commun dédiés à la petite enfance.											
Pilote : _Etat (DDASS) pour le JES, Etat(IA)-CG-Collectivités locales pour les plans de formation Partenaires : CAF, MDPH, établissements de l'accueil du jeune enfant,											
<p>Moyens de réalisation Créer un Jardin d'enfants Spécialisé « hors les murs » de manière à assurer un soutien spécialisé et promouvoir l'accueil des enfants handicapés au sein de crèches et d'école maternelle. Améliorer la formation sur le handicap des personnels « petite enfance » Mobiliser les ressources médico-sociales à partir de l'équipement existant afin d'apporter un appui aux écoles maternelles et aux assistantes maternelles</p>											
Résultats attendus : Augmentation du nombre de jeunes enfants handicapés accueillis au sein des dispositifs de droit commun	<p>Leviers Autorisation et financement d'un JES Plan de formation des personnels</p>										
Echéance : 3 ans											
	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début	X										
Fin							X				

Objectif Général 2	Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent
---------------------------	--

ACTION 5 : Harmoniser les outils d'évaluation des situations de handicap et concevoir un processus continu d'information entre les partenaires pour la mise en œuvre des projets individualisés.

Pilote : MDPH, Etat (DDASS), Conseil Général
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux

Moyens de réalisation
 Sensibiliser les acteurs du dispositif à l'évaluation multidimensionnelle des situations de handicap.
 Informer les acteurs des différentes formes possibles de compensation pouvant faire partie du plan personnalisé de compensation.
 Articuler les différentes mesures des plans personnalisés de compensation avec les projets personnalisés d'accompagnement des établissements et services.

Résultats attendus : Evaluation partagée des situations de handicap entre les différents acteurs du dispositif médico-social (outil utilisé par la MDPH, référencé sur le plan national : GEVA).

Leviers : Acquisition des outils et formation des personnels des établissements et services
 Information en continu des partenaires œuvrant dans le secteur handicap ou en périphérie, de l'évolution de l'offre de service

Echéance : 5 ans – dont 2 ans pour opérationnalité de l'évaluation partagée (GEVA)

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début		X									
Fin							X				

Objectif Général 2	Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent										
ACTION 6 : Accroître les partenariats entre les différentes institutions afin de prévenir les ruptures de parcours											
Pilotes : Etat (DDASS-IA) Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux, MDPH											
<p>Moyens de réalisation :</p> <p>Conclure des conventions entre les établissements et services médico-sociaux, l'éducation nationale et les intersecteurs de psychiatrie pour mettre en œuvre les coopérations nécessaires</p> <p>Développer et formaliser le partenariat au sein du dispositif médico-social entre les établissements et services, notamment entre les IME, les ITEP et les SESSAD afin de faciliter : les essais, les relais temporaires et séquentiels, le partage des évaluations...</p> <p>Associer l'Education Nationale aux réorientations inhérentes à l'évolution du projet personnalisé (entrées et sorties du milieu scolaire ordinaire ou de CLIS et UPI)</p> <p>Assurer une observation particulière des situations des enfants et adolescents en difficulté en milieu scolaire.</p> <p>Mettre en place un système d'information entre les établissements et services médico-sociaux et la MDPH permettant la gestion prévisionnelle et anticipée des futures orientations.</p>											
<p>Résultats attendus :</p> <p>Facilitation des réorientations en évitant les ruptures des parcours. Développement des possibilités de double accompagnement entre les établissements et services médico-sociaux et les intersecteurs de psychiatrie.</p> <p>Meilleure gestion des périodes critiques lors des éventuels changements d'orientation: à l'âge de 6 ans, en fin de CLIS et de manière générale pour les 11/12 ans et également pour les jeunes sortant d'UPI.</p>	<p>Leviers :</p> <p>signature de conventions entre structures et évaluation régulière de leur effectivité développement de l'observation des jeunes handicapés en difficulté en milieu scolaire</p>										
Echéance : 5 ans (dont fin 2009 pour les conventions entre établissements et services et Education nationale et système d'information MDPH/Etablissements et services)											
Début	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Fin	X										X

Objectif Général 2	Organiser l'accompagnement médico-social tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent
---------------------------	--

ACTION 7 : Développer les différentes modalités d'accueil afin d'assurer la continuité de la prise en charge

Pilote : _Etat (DDASS)
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux – CG - MDPH

Moyens de réalisation :
 Faire évoluer les projets des établissements et des services pour diversifier les modes d'accueil et adapter les amplitudes d'ouverture en fonction des besoins des enfants (rythme scolaire annuel pour certains, temps d'accueil annuel plus important pour d'autres), afin de :

- répondre aux situations d'urgence ;
- organiser l'accueil temporaire, séquentiel, de jour...
- organiser la permanence de la prise en charge (week-end, vacances)
- organiser les séjours de rupture

Développer les différentes modalités d'accueil (en accueil collectif, en accueil familial spécialisé, ...)
 Développer la coopération entre les établissements et services médico-sociaux pour adapter la prise en charge des enfants présentant les problématiques les plus lourdes
 (lien avec les actions concernant les enfants et adolescents présentant des troubles ps)

Résultats attendus : Prévention des ruptures temporaires ou durables d'accompagnement. Développement d'une alternative à l'accompagnement en internat	Leviers : Adaptation des projets d'établissement Signature de conventions Réflexion à conduire par territoire ou par type de handicap
---	---

Echéance : 3 ans

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début		X									
Fin							X				

Objectif Général 3	Accompagner les enfants en situation de handicap dans toutes les dimensions de leur vie sociale										
ACTION 8 : Développer les différentes modalités de scolarisation des enfants et adolescents handicapés sous forme individuelle ou collective											
Pilote : Etat (IA –DDASS) Partenaires : MDPH, Etablissements et services médico-sociaux, Etablissements scolaires											
Moyens de réalisation : Mettre en œuvre des unités d’enseignement en milieu spécialisé Compléter le dispositif départemental des CLIS et UPI en veillant à son accompagnement par des dispositifs SESSAD. Développer les temps partagés entre établissements scolaires de référence ou de proximité et établissements spécialisés en l’accompagnant de mise à disposition des professionnels du secteur médico-social. Promouvoir des modes de scolarisation par des dispositifs de classes externées avec mise à disposition des équipes éducatives d’IME et d’ITEP. Préciser les formes de scolarisation et les lieux d’intervention au sein des plans personnalisés de compensation											
Résultats attendus : Augmentation du nombre d’enfants et d’adolescents handicapés scolarisés en milieu ordinaire.						Leviers : Définir un équipement départemental global de la scolarisation des enfants handicapés alliant les dispositifs Education nationale et Assurance –Maladie (SESSAD et Etablissements)					
Echéance : 5 ans											
	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début	X										
Fin						X					

Objectif Général 3	Accompagner les enfants en situation de handicap dans toutes les dimensions de leur vie sociale
---------------------------	---

ACTION 10 : Favoriser les mises en situation d'accès à l'autonomie dans le cadre des activités de vie quotidienne.

Pilote : Etat(DDASS) – CG DGAS - MDPH
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux

Moyens de réalisation :
Travailler à l'autonomie pour la vie adulte par :
- l'accueil en logement semi-autonome et appartement- relais
- les pôles autonomie et les services de suite des établissements
- des stages, des essais, en établissements pour adultes
Organiser des réunions d'information et d'échange entre les secteurs « enfants » et « adultes » (MDPH)
Mobiliser la prestation de compensation pour financer les expériences de mise en situation inhérentes au projet de vie

Résultats attendus : Amélioration de l'insertion sociale des jeunes handicapés adultes Meilleure connaissance mutuelle des dispositifs entre acteurs de l'enfance handicapée et des adultes handicapés	Leviers : Les projets d'établissements et services des secteurs « enfants handicapés » et « adultes handicapés »
---	--

Echéance : 5 ans

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début			X								
Fin											X

Objectif Général 4	Organiser des modes de réponses médico-sociales aux troubles psychiques des enfants et adolescents
---------------------------	--

ACTION 12 : Renforcer les compétences des établissements médico-sociaux et leur coopération avec le secteur sanitaire par territoires infra départementaux.

Pilote : Etat (DDASS)
Partenaires : Etablissements et services médico-sociaux – Equipes de psychiatrie - Médecins libéraux -CG

Moyens de réalisation
 Concevoir des plans de formation développant les compétences des professionnels accueillant des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques.
 Etoffer les plateaux techniques des établissements médico-sociaux par le recours à des personnels infirmiers, psychologues...
 Mutualiser les ressources médicales et paramédicales par zones infra départementales, en lien avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile
 Développer les conventions de partenariat entre les établissements et services médico-sociaux et les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
 Mettre en place les montages administratifs permettant le recours au secteur libéral pour constituer des pôles de ressources médicales et paramédicales
 Organiser une réflexion avec les structures pour adultes handicapés afin d’anticiper l’évolution des besoins des populations accueillies

Résultats attendus : Développement des conditions d’accueil permettant de mieux répondre aux besoins des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques.
 Préparation de l’évolution de l’organisation du secteur adultes handicapés pour mieux anticiper leurs besoins futurs

Leviers : Projets d’établissements - plans de formation
 Mutualisation des ressources médicales et conventions avec la psychiatrie et le secteur libéral

Echéance : 3 ans

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début		X									
Fin							X				

Objectif Général 4	Organiser des modes de réponses médico-sociales aux troubles psychiques des enfants et adolescents.
---------------------------	---

ACTION 13 : Mettre en place un dispositif de veille départemental coordonné par la MDPH afin d'opérationnaliser l'observation des situations critiques et développer la réactivité face à celles-ci.

Pilote : MDPH
Partenaires : Etat (IA) – Etablissements et services médico-sociaux – Equipes de pédopsychiatrie

Moyens de réalisation :
 Mise en place d'une cellule de veille entre l'Éducation Nationale, le Conseil Général, les services de pédopsychiatrie et la MDPH.
 Organisation de réunions régulières par la MDPH.

Résultats attendus : Partage des informations, coordination et organisation des projets de vie des adolescents.
 Meilleure connaissance des publics afin d'optimiser les orientations.

--	--

Echéance : 1 an

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début		X									
Fin				X							

Objectif Général 6	Améliorer les réponses spécifiques à certains types de handicap
---------------------------	---

ACTION 18 : Mettre en œuvre un dispositif de dépistage des troubles spécifiques des apprentissages et créer les conditions d'accueil et d'accompagnement des enfants et adolescents présentant ces troubles.

Pilote : _Etat(IA)
Partenaires : _services hospitaliers – Etat (DDASS) – Services médico-sociaux -Professionnels médicaux libéraux, Psychologues scolaires et conseillers pédagogiques

Moyens de réalisation :
 Créer un plateau technique mobilisant les ressources pluridisciplinaires permettant **l’affinement du diagnostic** par l’intermédiaire de bilans diversifiés.
 Mettre cette équipe en **lien avec le « Centre ressources » de Tours** pour les cas les plus sévères.
Sensibiliser les enseignants par l’intermédiaire d’un réseau animé par le médecin de l’EN et relayé par les psychologues scolaires et les conseillers pédagogiques.
 Créer des places de **SESSAD** parallèlement à l’ouverture de dispositifs scolaires adaptés pour enfants dyspraxiques, dysphasiques et malentendants.

Résultats attendus : Diagnostic précoce des enfants présentant des troubles spécifiques des apprentissages.
 Mise en place au sein du milieu scolaire ordinaire et du milieu spécialisé des ressources nécessaires et spécifiques pour l’accompagnement des enfants présentant ces troubles.

Leviers : Mise en place d’un réseau - centre hospitalier, école, équipe technique – susceptible d’élaborer un diagnostic spécifique (dysphasie, dyslexie, dyspraxie).

Echéance : 3 ans

	4me T 2009	1er sem. 2010	2me sem. 2010	1er sem. 2011	2me sem. 2011	1er sem. 2012	2me sem. 2012	1er sem. 2013	2me sem. 2013	1er sem. 2014	2me sem. 2014
Début	X										
Fin							X				

