



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé
et des Solidarités

Ministère de l'Emploi, de
Cohésion sociale et du
Logement

Direction Départementale
des Affaires Sanitaires et Sociales
d'Indre et Loire

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE HANDICAPÉES

2006-2010



JUIN
2006

SYNTHÈSE DU RAPPORT
ÉTAT DES LIEUX • DIAGNOSTIC PARTAGÉ

SIGLES

AAH	allocation adulte handicapé
AES	allocation d'éducation spéciale
AGEFIPH	association pour la gestion du fond pour l'intégration des personnes handicapées
ANPE	agence nationale pour l'emploi
AP	atelier protégé
ARH	agence régionale d'hospitalisation
ASE	aide sociale à l'enfance
ASSAD	association de services et soins à domicile
AVS	auxiliaire de vie scolaire
CAF	caisse d'allocations familiales
CAE	centre d'action éducative
CAMSP	centre d'action médico-sociale précoce
CASF	code de l'action sociale et des familles
CAT	centre d'aide par le travail
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCPE	commission de circonscription pour l'enseignement pré-élémentaire et élémentaire
CCSD	commission de circonscription du second degré
CDAPH	commission départementale pour l'autonomie des personnes handicapées
CDES	commission départementale de l'éducation spéciale
CDOEA	commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés du 2 ^d degré
CFA	centre de formation des apprentis
CFAS	centre de formation des apprentis spécialisé
CLIS	classe d'intégration scolaire
CMP	centre médico-psychologique
CMPP	centre médico-psycho-pédagogique
COTOREP	commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRA	centre de ressources autisme
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRP	centre de rééducation professionnelle
DIVA	dispositif pour la vie autonome
EA	entreprise adaptée
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
FAM	foyer d'accueil médicalisé
FO	foyer occupationnel
HID	handicap, incapacités, dépendance
EME	établissement médico-éducatif
IEM	institut d'éducation motrice
IEN-AIS	inspecteur de l'Éducation nationale chargé de l'adaptation et de l'intégration scolaire
IME	institut médico-éducatif
IMPRO	institut médico-professionnel
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
IR	institut de rééducation
IRPRO	institut de rééducation avec section de formation professionnelle
ITEP	institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAS	maison d'accueil spécialisée
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MSA	mutualité sociale agricole
PDETH	programme départemental pour l'emploi des travailleurs handicapés
PIIS	projet individuel d'intégration scolaire
PMI	protection maternelle et infantile
PPS	projet personnalisé de scolarisation
RASED	réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
SAMSAH	service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	service d'accompagnement à la vie sociale
SEES	section d'éducation et d'enseignement spécialisé
SEGPA	section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	service d'éducation spéciale et d'aide à domicile
SIPFP	section d'initiation et de première formation professionnelle
SIPPH	service d'insertion professionnelle des personnes handicapées
SROS	schéma régional de l'organisation sanitaire
TISF	technicien de l'intervention sociale et familiale
UPI	unité pédagogique d'intégration
UES	unité d'éducation spéciale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PARTIE 1. LA POPULATION D'INDRE ET LOIRE	5
A. Situation démographique	
B. Population et territoire	
C. Structure de la population par âge	
D. Taux de natalité et de mortalité	
PARTIE 2. ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP	7
PARTIE 3. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT	8
A. Accès à l'information et annonce du handicap	
1. L'annonce du handicap et la prise en charge précoce	
2. Les outils et actions de l'information et de communication	
3. Le point de vue des parents	
B. La prise en charge ambulatoire	10
1. Les CAMSP	
2. Le CMPP	
3. Le point de vue des acteurs	
C. Orientations dans le dispositif médico-social	13
D. Le dispositif d'accueil en établissements médico-sociaux	15
1. Taux d'équipement, nombre de places et d'enfants accueillis	
2. L'encadrement dans les établissements médico-sociaux	
3. Les établissements par type de déficience	
a) déficience intellectuelle	
b) troubles du comportement	
c) troubles graves de la personnalité et troubles envahissants du développement	
d) déficience motrice	
e) polyhandicap	
f) déficiences visuelles, auditives, troubles du langage	
4. La scolarisation dans les établissements spécialisés	
5. Prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique	
6. Les sorties des établissements : quelles orientations ?	
7. Le point de vue des acteurs	
E. Le dispositif d'accueil en SESSAD	24
1. Taux d'équipement, nombre de places et d'enfants accueillis	
2. Les SESSAD par type de déficience	
a) déficience intellectuelle	
b) troubles du comportement	
c) autisme	
d) déficience motrice	
e) déficiences sensorielles et troubles du langage	
3. Scolarité des enfants suivis par un SESSAD	
4. Prise en charge éducative, pédagogique, thérapeutique et autres	
5. Le point de vue des acteurs	

F. La scolarisation	30
1. Les classes spécialisées	
2. La scolarisation	
3. Le point de vue des acteurs	
G. La formation professionnelle des jeunes	36
1. Le dispositif	
2. Le point de vue des acteurs	
H. L'insertion sociale et professionnelle	39
1. Les structures pour adultes	
2. Le public bénéficiaire de la loi du 10 juillet 1987	
3. Le point de vue des acteurs	
I. Les prises en charge sanitaires	43
1. Les orientations du SROS 3	
2. Les prises en charge sanitaires	
a) Le service de soins de suite pédiatriques (hôpital Clocheville)	
b) La pédopsychiatrie	
c) Le centre hospitalier du Chinonais	
d) Le service de soins psychiatriques pour enfants polyhandicapés	
e) La psychiatrie adulte	
 PARTIE 4. LES PROBLÉMATIQUES TRANSVERSALES	 51
A. Les enfants à la frontière des dispositifs	
B. Le point de vue des acteurs	
C. L'articulation et les coopérations	
 PARTIE 5. LES BESOINS DU SECTEUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS	 54
A. Les besoins en places d'établissements et services	
1. La liste d'attente	
2. Les jeunes relevant de l'amendement CRETON	
3. Jeunes hors département accueillis dans les établissements du 37	
4. Jeunes originaires du 37 accueillis hors département	

INTRODUCTION

Le schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées porte sur un large champ de réflexion et d'investigation prenant en compte les objectifs suivants :

- rechercher une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre.
- faire évoluer le dispositif actuel pour répondre aux besoins des usagers et de leurs familles.
- permettre aux enfants et adolescents handicapés de bénéficier prioritairement d'une scolarité en milieu ordinaire, en s'assurant des moyens nécessaires.
- assurer une prise en charge de qualité, qui respecte les droits des usagers et leurs familles grâce à l'élaboration d'un projet individualisé cadré par un projet d'établissement.

L'élaboration du schéma départemental est une démarche ouverte associant l'ensemble des acteurs engagés dans le dispositif en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap.

Elle comporte deux phases :

- PHASE 1 : État des lieux et diagnostic partagé.
- PHASE 2 : Définition des orientations.

L'état des lieux a été réalisé à partir de :

- une étude statistique de l'estimation des besoins fondée sur des documents de référence.
- une analyse quantitative et qualitative des réponses apportées par les établissements et services, réalisée à partir des documents d'identité dont disposent les autorités de contrôle et des questionnaires adressés aux différentes structures.

Le diagnostic partagé a fait l'objet de 7 tables rondes portant sur des thématiques transversales, organisées avec les acteurs autour des thèmes suivants :

- l'information et l'accès aux droits des enfants et leurs familles
- l'intégration sociale et le soutien à domicile
- la scolarisation
- la formation professionnelle
- l'insertion sociale et professionnelle
- la situation des enfants « à la frontière des dispositifs » et l'articulation avec les acteurs sociaux et de santé
- la coopération, les coordinations et la complémentarité entre les établissements et/ ou les services médico-sociaux.

9 tables rondes d'enfants et jeunes (4) et leurs parents (5) sont venues compléter les points de vue des acteurs du dispositif.

PARTIE 1. LA POPULATION D'INDRE ET LOIRE

A. SITUATION DÉMOGRAPHIQUE

*Le 2^e département
de la région*

Avec une population estimée à 570.185 habitants en 2005, l'Indre et Loire est le département le plus peuplé de la région Centre, après le Loiret.

La population départementale croît de manière régulière. L'évolution annuelle entre 1999 et 2004 est de 0,46%, ce qui est inférieur à la période 1990-1999 (0,51%), et aux taux des années 80 (+0,56% entre 1982 et 1990). La croissance de la population reste supérieure à la moyenne nationale.

Le taux de natalité est passé de 14,24‰ pour la période 1975-1982 à 12,76‰ pour la période 1990-1999, pour arriver en 2002 à 12,1‰. Le solde naturel (naissance-décès) est en diminution par rapport à 1990, l'allongement de l'espérance de vie ne compensant pas la baisse de la natalité.

L'augmentation devrait se poursuivre mais toujours de manière ralentie. On estime à 613.000 habitants la population du département en 2030, ce qui équivaut à une augmentation de 0,31% par an de 2004 à 2030, taux supérieur aux prévisions nationales (0,23%) et régionales (0,29%).

B. POPULATION ET TERRITOIRE

Le département est organisé en 3 arrondissements (Chinon, Loches, Tours) comprenant au total 37 cantons et 277 communes dont 261 (95%) ont moins de 5.000 habitants. Il est composé de 5 Pays : Pays Loire-Touraine, Pays du Lochois, Pays du Chinonais, Pays Loire Nature Touraine, Pays Indre et Cher.

72,4% de la population est concentrée en zone urbaine et particulièrement dans l'agglomération de Tours qui regroupe 54% de la population départementale dans 23 communes (297.631 habitants dont 132.820 à Tours).

C. STRUCTURE DE LA POPULATION PAR ÂGE

À tous les échelons géographiques (national, régional, départemental), on observe une baisse de la proportion des moins de 20 ans, confirmant la tendance globale au vieillissement de la population. Ainsi en Indre et Loire, 29,3% de la population était âgée de moins de vingt ans en 1982, 24,6% en 2002 et 24,4% en 2004 soit 138.461 personnes.

Concernant la part des jeunes de moins de 20 ans en 2002, l'Indre et Loire se situe dans la moyenne régionale et en dessous de la moyenne nationale. En 2002, dans toutes les tranches d'âge allant de 5 à 20 ans, le département enregistre des taux inférieurs aux références nationale et régionale, hormis pour la tranche d'âge des 15-19 ans.

Le vieillissement de la population va s'accélérer : en 2030, les moins de 20 ans ne formeraient plus que 19% de la population départementale, 21,3% au niveau national. 30% environ des habitants seront âgés de plus de 60 ans, aussi bien au niveau départemental, régional que national.

D. TAUX DE NATALITÉ ET DE MORTALITÉ

Taux de natalité

En 2003, le taux de natalité s'établit dans le département à 11,8 enfants pour 1000 femmes (6.620 naissances). Il est légèrement inférieur au taux régional (12) et national (12,7).

Taux de mortalité

Depuis 1975, on observe à tous les échelons géographiques, un recul progressif de la mortalité, abstraction faite de l'année 2003. Le taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'1 an pour 1000 naissances) est inférieur dans le département aux taux régional et national.

PARTIE 2. ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Selon une étude 2005 menée par le CREAI, le taux de prévalence départemental s'établit entre 13 et 19‰ (entre 1.790 et 2.616 enfants de 0 à 19 ans touchés par un handicap). Ce taux se situe entre 6 et 8‰ pour un handicap sévère.

À la rentrée 2005, 1.500 enfants (hors amendement Creton) étaient accueillis dans les établissements et services médico-sociaux. La population des 0-20 ans suivis en ambulatoire (CAMSP et CMPP) est estimée à 3.000 en 2004 (source : rapports d'activité des CAMSP et du CMPP).

Les données CDES font état de 4.244 demandes examinées en 2003-2004 dont 938 demandes d'allocation d'éducation spéciale, 839 demandes d'orientations (premières demandes et réorientations), 430 cartes d'invalidité.

PARTIE 3. LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT

A. ACCÈS À L'INFORMATION ET ANNONCE DU HANDICAP

1. L'annonce du handicap et la prise en charge précoce

De multiples cheminements, toujours singuliers, sont évoqués par les parents et les associations. Le « parcours du combattant » est évoqué, soulignant combien il est difficile pour les parents de trouver réponse à leurs interrogations.

Les parents ont besoin d'être accompagnés dans leur cheminement. Si cette dimension existe au sein de chaque service ou établissement, elle apparaît absente en aval de l'identification et/ou annonce du handicap, et donc avant l'accès aux ressources du dispositif.

Nombreux sont les parents qui vont recourir à plusieurs consultations, d'autres conseils. Un sentiment de contrainte s'exprime, lié à l'obligation de donner rapidement une réponse, « j'ai dû décider en une heure de visite si j'acceptais le lieu proposé... », aux ruptures pour cause de nouvelles orientations, « il faut raconter toujours la même histoire qui nous fait mal à chaque fois... ». Et au final, la solution acceptée apparaît souvent un choix par défaut, faute de mieux, voire faute de rien... Le besoin d'accompagnement et de conseil doit prendre en compte la réalité qu'ils découvrent progressivement.

Si les connaissances médicales ont progressé, à l'instar de l'approche sur l'autisme, les diagnostics précoces sont plus pointus... il faut selon les acteurs attendre parfois plus de six mois pour avoir accès à un spécialiste. Dans le cas d'examen complémentaires, le délai s'allonge d'autant et avec lui, la construction d'un diagnostic et donc la mise en place d'une réponse adaptée.

Les parents ne sont pas tous dans la même situation face à la question du handicap possible, annoncé, et ne disposent pas de ressources identiques. Habiter en ville, vivre dans un milieu aisé, connaître les réseaux, disposer des ressources médicales proches, conduit à consulter rapidement face à une difficulté et à mettre en place des réponses. Vivre en milieu rural, dans le sud du département par exemple, sans bénéficier d'un réseau médical dense, conduit à des situations d'attente, par défaut.

2. Les outils et actions de l'information et de communication

Le dispositif médical hospitalier en périnatalité apparaît bien rodé : repérage en maternité, orientation vers les services spécialisés, CAMSP et contact avec la PMI si besoin. Les CAMSP consacrent un temps important à l'accompagnement des familles. Temps d'accueil, de découverte, de compréhension. La PMI est un lieu où

les difficultés peuvent être repérées et où les parents sont accompagnés dans une démarche de soin. Le service affirme la nécessité d'interventions qui ne soient pas « éclatées », « parcellisées ».

Le recours aux médecins généralistes et aux spécialistes est fréquent. Il s'agit de répondre aux questions des parents « à qui je m'adresse, qui va pouvoir nous aider ? ». La réponse que chacun donne explique pour partie les parcours multiples, parfois les changements d'orientation.

L'information existe dans de nombreuses structures, mais elle apparaît disséminée, insuffisamment coordonnée voire inorganisée. Elle est le plus souvent véhiculée par la parole, les rencontres. La fonction d'information relevant des missions de la CDES (aujourd'hui intégrée dans la CDAPH) semble avoir été oubliée et plusieurs participants, par ailleurs bien informés, semblaient découvrir cet aspect de sa mission. Au-delà, les professionnels y trouvent une écoute un bon niveau d'information. Ce n'est pas forcément le cas des parents qui estiment que la CDES est d'accès difficile. La CDES pour sa part estime qu'elle a une bonne connaissance du dispositif et des adaptations possibles, mais l'information n'est disponible qu'au moment de l'orientation. Or, c'est en amont que l'information fait défaut.

Les SESSAD sont considérés comme des lieux d'information, de coordination, et par là, de réassurance des parents. Leur mission est bien perçue dans le dispositif. Plusieurs participants estiment à cet égard que les SESSAD ont à réaffirmer leur fonction de coordination et de travail « au domicile du jeune », c'est-à-dire dans les lieux où il vit.

Des associations de parents assurent elles-mêmes une action d'accueil et de soutien des familles. Elles transmettent leur connaissance du dispositif et de l'évolution des besoins. En matière d'information, elles ont constitué progressivement de la richesse dans de nombreux domaines.

3. Le point de vue des parents

L'annonce du handicap à la naissance de l'enfant constitue une période particulièrement difficile à vivre pour les parents. La souffrance vécue est amplifiée par la brutalité de l'information, faite parfois avec maladresse et un faible soutien ou accompagnement du corps médical.

Ce temps du diagnostic est pour les parents un moment essentiel qui permet de poser des mots sur les difficultés de l'enfant. C'est par ailleurs l'élément déclencheur d'une prise en charge et de la recherche d'un lieu de soins. À ce titre, le CAMSP constitue pour les familles une aide efficace.

Pour les enfants et jeunes atteints de troubles du comportement ou de déficience intellectuelle, c'est souvent au sein de l'Éducation nationale qu'ont lieu les premiers échanges sur les troubles et éventuelles déficiences, contrairement aux enfants

polyhandicapés ou en situation de handicap moteur, essentiellement suivis au départ et souvent dès la naissance dans le dispositif sanitaire.

L'accès aux informations concernant le dispositif de prise en charge relève pour les familles d'un véritable « parcours du combattant ». Pour beaucoup, les écoles (directeurs, instituteurs et psychologues scolaires) et le secteur sanitaire fournissent les meilleurs renseignements sur l'existence d'établissements spécialisés. Mais globalement, il est souligné une totale méconnaissance du secteur. De nombreuses questions qu'ils se posent amènent des réponses relativement « floues », notamment celles qui ont trait aux droits, aux possibilités de financement, à l'identification des interlocuteurs, à l'offre d'accueil...

Les parents attendent beaucoup de la création de la MDPH, avec l'espoir d'un accès centralisé aux informations sur les possibilités existantes en matière d'aides financières, de prise en charge médico-sociale, de soins...

B. LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

1. Les CAMSP

Le département dispose de 2 CAMSP :

-> Le CAMSP polyvalent rattaché au centre de pédiatrie Gatien de Clocheville à Tours, établissement du centre hospitalier régional universitaire. Il est destiné aux enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des déficits mentaux, moteurs et sensoriels.

En 2005, 808 enfants ont été vus en consultation ou rééducation au moins 1 fois dans l'année. En 2004, la file active s'élevait à 828, dont 195 ont été vus en consultation en raison de leur prématurité, et 65 pour retard de croissance intra-utérin. En moyenne, 250 enfants sont pris en charge chaque année. 349 enfants âgés de 6 ans ont été orientés au cours de l'année 2004.

Le CAMSP propose des actions de soutien en direction des familles : annonce du handicap, apport technique pour la prise en charge quotidienne de l'enfant, groupe de parents, soutien psychologique, accompagnement social. La famille est associée à la prise en charge de l'enfant en participant au projet individuel et à son évaluation.

-> Le CAMSP de l'Association du CMPP résulte de la fusion, en 1999, de deux CAMSP spécialisés, l'un géré par l'Association du centre régional audio-phonologique infantile (CRAPI) qui comportait alors 12 places, le second par l'Association du Centre médico-psycho-pédagogique d'Indre et Loire, qui comportait 225 places. Le nombre de places est ainsi porté à 237 correspondant à la prise en

charge de 451 enfants en file active selon l'arrêté du 12 avril 1999. Le CAMSP est destiné aux enfants âgés de 0 à 6 ans présentant un handicap auditif ou des troubles médico-psycho-sociaux. Il couvre l'ensemble du département d'Indre et Loire et quelques départements limitrophes. Il dispose d'une antenne à Ligueil.

En 2004, la file active est de 632 enfants, proche de celle de 1999 (638). 222 nouveaux bilans ont été réalisés dont 32 à l'antenne de Ligueil : 174 ont été suivis d'une prise en charge au CAMSP et 48 ont été sans suite au niveau du CAMSP. Les motifs de consultation principalement énoncés par les familles restent comme en 2003 les troubles du caractère et du comportement. L'association de différents troubles est de plus en plus fréquente (troubles du langage, troubles psychomoteurs). Les prises en charge proposées sont le plus souvent multiformes, incluant dans 71% des cas une action psychothérapique accompagnée la plupart du temps d'une aide au milieu familial, allant du soutien éducatif à la psychothérapie. Une rééducation du langage et une éducation ou rééducation psychomotrice sont prescrites dans 45,4% des cas, ainsi que la participation de l'enfant à des groupes éducatifs.

Le CAMSP propose :

- des interventions collectives auprès des enfants et parents : groupes de prise en charge d'enfants, jardin thérapeutique avec association des mères... Il développe de plus en plus des pratiques de prise en charge en groupe.
- des actions de soutien en direction des familles : annonce du handicap, apport technique pour la prise en charge quotidienne de l'enfant, soutien psychologique, groupe de parole des parents, thérapie familiale... Ce travail auprès des familles, notamment de soutien à la fonction parentale, s'est développé ces dernières années.

La famille est associée à la prise en charge de l'enfant en participant au projet individuel et à son évolution.

Le CAMSP a des conventions de partenariat avec les écoles ou auprès d'associations de parents, où il participe à des sessions d'information. Les demandes de partenariat avec les écoles sont en augmentation.

Le DAP (département d'audio-phonologie du CAMSP) :

En 2004, la file active est de 114 enfants. 7 enfants ont été régulièrement suivis en traitement. 88 enfants ont bénéficié d'un premier bilan audiométrique et ORL. L'un d'entre eux, présentant une surdité de perception a été pris en charge au DAP pour un suivi.

La liste d'attente du CAMSP s'établit à 146 enfants.

2. Le CMPP

Il existe un seul CMPP dans le département d'Indre et Loire. Géré par l'Association du CMPP d'Indre et Loire, il est localisé à Tours et dispose d'une antenne à Ligueil.

En 2004, la file active s'élève à 1.422 enfants (1.272 à Tours et 150 à Ligueil), avec une augmentation par rapport à 1999 (1.361). 961 enfants (dont 118 à Ligueil) ont été régulièrement suivis dans le cadre d'une prise en charge globale, représentant 19.136 séances, soit une moyenne de 19,9 séances par jeune et par an, toutes spécialités confondues, en baisse par rapport à 1999 : 22,4 séances. La psychothérapie et la thérapie familiale représente 38,6% des séances de travail, la rééducation du langage et la psychomotricité près de 52%.

Le CMPP propose des actions de soutien en direction des familles : annonce du handicap, soutien psychologique. La famille est associée à la prise en charge de l'enfant, notamment par la participation au projet individuel et à son évolution.

3. Le point de vue des acteurs

Plusieurs difficultés sont évoquées :

-> La prise en charge globale des enfants pluri-handicapés (leurs capacités intellectuelles sont « conservées » contrairement aux enfants polyhandicapés) : 40% présentent des difficultés d'apprentissage dès le CP mais il faut attendre 1 an pour une prise en charge en CMPP. Au cours de cette année, la rupture s'installe, préjudiciable à la scolarité de l'enfant devenu « anonyme » pour le système scolaire. Certains sont pris en charge en libéral (orthophonistes) mais il manque alors une prise en charge globale. L'IEM de Ballan-Miré n'est pas adapté pour les enfants aux besoins médicaux très importants. Il est rappelé que les SESSAD peuvent intervenir dès la naissance d'un enfant. Il y a là une complémentarité possible.

-> L'accueil et l'orientation des enfants polyhandicapés avant et après 6 ans : avant 3 ans, les problèmes de santé sont prédominants, après se posent des questions d'intégration, de parcours de vie. La scolarisation pour ces enfants polyhandicapés n'est pas possible, et pourtant ils ont des capacités d'apprentissage. Aucune structure n'existe sur le département. L'établissement de Reuilly reçoit les enfants à partir de 6 ans, avec des restrictions d'ordre médical à l'admission. Les enfants ont alors comme seule solution une prise en charge hors département (Massif Central, Oléron...).

-> Les services d'aide à domicile, bien répartis sur l'ensemble du département, constituent une réelle possibilité d'intervention et de soutien au domicile des parents : par leur action de proximité, sur l'ensemble du département, par leur pratique d'intervention au domicile fondée sur une aide directe, une présence parfois longue auprès et en soutien des familles. Néanmoins, ces compétences sont encore insuffisamment reconnues et utilisées dans le domaine de l'aide aux

personnes handicapées et aux familles. Il existe des difficultés d'articulation des financements divers (s'excluant les uns les autres parfois, par exemple l'attribution d'une AES rend impossible le recours à une TISF selon les critères CAF). La CAF ne reconnaît pas en effet le handicap comme critère d'attribution d'une aide spécifique. C'est donc à la marge et sur des considérations incidentes que l'aide peut être apportée dans les situations de handicap.

-> Le travail en convention avec le service de soins de suite (hospitalisation de jour).

C. ORIENTATIONS DANS LE DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL

1. Les orientations CDES

La CDES a examiné 718 demandes d'orientations pour l'année scolaire 2004-2005. Ce nombre a augmenté de manière significative entre 2000 et 2003 (+227 soit +37%) pour amorcer une baisse importante en 2004 (-121).

Parallèlement à cette augmentation globale, la part des orientations effectives dans le département d'Indre et Loire diminue : ainsi, en 2000-2001, 44% des demandes examinées aboutissaient à une orientation en établissements ou services dans le département, contre 32% en 2004-2005.

La part des orientations en établissements représentait en 1999-2000 près de 71% des orientations. En 2004-2005, elle a augmenté pour s'établir à près de 75%.

On remarque par ailleurs entre 1999-2000 et 2004-2005 :

- une baisse des orientations en IEM, mais surtout en IME et IR (ITEP),
- une hausse des orientations dans l'établissement accueillant des enfants polyhandicapés.

Pour les établissements accueillant des enfants déficients sensoriels, les comparaisons ne peuvent être effectuées : jusqu'en 2002-2003, les différents établissements (déficiences visuelles et auditives, troubles du langage) n'étaient pas distingués.

En 2004-2005 :

- Les orientations en IME sont les plus importantes avec 49% des orientations en établissements. Depuis 1999-2000, leur part est relativement fluctuante, oscillant selon les années entre 46% et 55,6%.
- La part des orientations en IR (ITEP) connaît globalement une baisse ces dernières années : elle atteint 36% en 2004-2005 pour 46% en 2002-2003.
- La part des orientations dans l'établissement accueillant des enfants polyhandicapés augmente en 2004-2005 atteignant 7,5%.
- La part des orientations dans l'institut d'éducation motrice représente près de 3% en 2004-2005 ; variable d'une année sur l'autre, elle oscille entre 1 et 5%.
- La part des orientations en établissements accueillant des enfants atteints de troubles du langage, représente 3% en 2004-2005.
- La part des orientations dans l'établissement accueillant des enfants déficients auditifs atteint 1% en 2004-2005.
- Il n'y a pas eu d'orientation concernant les enfants déficients visuels en 2004-2005.

On note globalement une baisse des orientations en SESSAD depuis 1999-2000.

59 ont été réalisées en 2004-2005, représentant 25% de l'ensemble des orientations. La même année, la part des orientations en SESSAD déficients intellectuels et troubles du comportement est identique (32%). Depuis 1999-2000, elle a augmenté pour les SESSAD déficients intellectuels et baissé pour les SESSAD troubles du comportement.

D. LE DISPOSITIF D'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

1. Taux d'équipement, nombre de places et d'enfants accueillis

Le département d'Indre et Loire a un taux d'équipement en établissements pour enfants et adolescents parmi les plus favorables de la région, avec 9,15 places pour 1000 enfants âgés de moins de 20 ans, pour un taux régional de 7,91‰ (au 01.01.2004).

Le département dispose de **1.267 places** agréées en établissements, réparties sur 18 unités, représentant 80% du dispositif d'accueil (20% étant des places de SESSAD).

Nombre de places en établissements par agrément en 2005-2006

Agrément	Places	%
Déficients intellectuels (DI)	643	50,7
Troubles du comportement (TC)	347	27,4
Déficients moteurs (DM)	60	4,7
Polyhandicapés	60	4,7
Déficients sensoriels	100	7,9
Autisme / Troubles graves de la personnalité (TGP)	57	4,5
Total	1.267	100

Source : questionnaires

2. L'encadrement dans les établissements médico-sociaux

Tous établissements confondus, le *taux moyen d'encadrement* se situe à

34,16 ETP pour 50 places

Taux moyen pour 50 places par type d'établissement

		Taux national au 31.12.2001
en IME	31,48 ETP de 13,95 à 50,16	28,61
en ITEP	28,20 ETP de 19,12 à 38,20	36,64
à l'UES (TGP)	26,50 ETP	-
à l'IEM (DM)	38,76 ETP	42,52
à l'IRECOV (DA+DV)	28,11 ETP	29,10
A l'EME	50,27 ETP	51,23

Bien que les taux nationaux les plus récents datent du 31.12.2001, le taux moyen d'encadrement départemental apparaît supérieur à la moyenne nationale ; il est inférieur pour les ITEP et l'IEM, et quasi similaire pour l'IRECOV et l'EME.

Répartition du taux de qualification par établissement

- IME	88,5%
- ITEP	83,64%
- EME	100%
- UES	60%
- IEM	82,74%
- IRECOV	100%

Toutes fonctions confondues, **86%** des personnels sont titulaires d'un diplôme en rapport avec leur fonction.

3. Les établissements par type de déficience

a) Déficience intellectuelle

Taux d'équipement

Au 01.01.2006, le taux d'équipement départemental en places d'IME est de 4,64 places pour 1000 enfants âgés de moins de 20 ans. Il est inférieur au taux de la région Centre (5,06 au 01.01.2004).

Les établissements concernés

9 établissements gérés par 7 associations différentes accueillent des enfants déficients intellectuels pour **643 places agréées**. 8 IME ont été créés dans les années 60, le plus récent a ouvert en 1975.

Établissement	Localisation	Nombre de places	Public accueilli	Âge
IME Les Elfes APEI Les Elfes	Tours	60 externat	Garçons et filles déficients intellectuels légers	6-14 ans
IME Robert Debré APEI Les Elfes	Luynes	110 : - 55 internat - 55 externat	Garçons et filles déficients intellectuels moyens et profonds	12-20 ans
IME St Martin des Douëts Association St Martin des Douëts	Tours	60 : - 30/36 internat - 24/30 externat	Garçons et filles déficients intellectuels légers	12-20 ans
IME La Source Association La Source	Semblançay	33 : - 25 internat séquentiel - 8 externat	Garçons et filles déficients intellectuels	12-20 ans
IME Les Tilleuls ADAPEI	Tours	75 externat internat	Garçons et filles déficients intellectuels	3-20 ans
IME Baulieu Les Loches ADAPEI	Beaulieu Les Loches	38 externat internat	Garçons et filles déficients intellectuels	3-20 ans
IME de Seuilley Association ACGESSMS	Seuilley	110 : - 98 internat continu - 12 externat	Garçons et filles déficients intellectuels moyens	6-20 ans
IME La Boisnière Association La Boisnière	Villedomer	120 : - 95 internat - 25 externat	Garçons et filles déficients intellectuels légers et moyens avec ou sans troubles associés	6-20 ans
IRMPRO Village des Jeunes Association La Paternelle	Mettray	37 internat externat	Garçons et filles déficients intellectuels légers avec troubles associés	12-20 ans

La majorité des places se situent dans l'arrondissement de Tours (495), puis Chinon (110) et Loches (38).

Les modes d'accueil

	Nombre places agréées	Nombre places occupées
Accueil en externat/semi-internat	292	294
Accueil en internat de semaine	250 30 internat séquentiel possibles	221
Accueil en internat séquentiel (modulé)	55 30 internat de semaine possibles	71
Accueils temporaire/d'urgence		1
Accueil en internat continu	98	8
Accueil de jour	25	81
Accueil à temps partiel	0	10
Appartement d'autonomie sur site		7
Appartement d'autonomie hors site		11
Total	690 places*	704 places*

Source : questionnaires

Dans ces totaux, figurent les places destinées aux enfants et adolescents autistes des IME ADAPEI (les agréments ne précisant pas la répartition Di / autisme en termes de modes d'accueil).

Les personnes accueillies

(source : questionnaires)

Les garçons représentent 56% du public accueilli, les filles 44%.
La moyenne d'âge, de 14,6 ans à la rentrée 2005-2006, était de 14,9 ans à la rentrée 1999-2000.

Le handicap principal pour les enfants et jeunes accueillis dans les IME à la rentrée 2005-2006 est pour 70% la déficience intellectuelle, pour 14% l'autisme/psychose, pour 10% les troubles de la personnalité. Près de 200 enfants accueillis en IME n'ont pas comme handicap principal la déficience intellectuelle, soit 30% des effectifs.

Ce chiffre ne signifie pas nécessairement une inadéquation entre l'orientation et l'établissement d'accueil car il peut concerner un public qui, du fait du cumul de problématiques, n'entre pas dans les classifications traditionnelles proposées. D'autre part, il peut exister un écart entre le diagnostic posé et la représentation des acteurs sur les situations.

Handicap principal des enfants dans les IME à la rentrée 2005-2006

	3-5 ans	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	+ 20 ans	Total
Déficience intellectuelle	1	36	59	101	157	106	33	466
Déficience motrice				2	1	1		4
Polyhandicap			1				1	2
Troubles du comportement							1	1
Autisme/psychose	1	10	21	21	19	16	5	93
Troubles de la personnalité			4	16	17	27	2	66
Troubles neuro épilepsie				2	4	1	1	8
Autres*			6	6	9	3		24
Total	2	46	91	147	198	139	41	664

Source : questionnaires

*hydrocéphalie, encéphalopathie, trisomie 21/15, prématurité, méningite, hémiplégie, épilepsie, valve, alcoolisme fœtal, troubles neurologiques, maladie du cri du chat, troubles génétiques

b) Troubles du comportement

Taux d'équipement

Au 01.01.2006, le taux d'équipement départemental en places d'ITEP (2,50) est supérieur à la moyenne régionale (1,56 au 01.01.2004).

Les établissements concernés

6 établissements accueillent des enfants et adolescents porteurs de troubles du comportement pour **347 places agréées**.

Établissement	Localisation	Nombre de places	Public accueilli	Âge
ITEP L'Essor Saint Jean Œuvres hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte	Tours	55 externat	Garçons et filles souffrant de troubles du caractère et du comportement	6-14 ans
ITEP L'Eveil Association L'Eveil	Tours	59 externat	Garçons et filles	6-16 ans
SIRP Association du CMPP d'Indre et Loire	Tours	28 semi-internat	Garçons et filles présentant des troubles du comportement	6-15 ans
ITEP Saint Antoine ACCESSMS	Chinon	60 : - 50 internat - 4/6 externat	Garçons et filles présentant des troubles de la conduite et du comportement	6-16 ans
ITEP Les Fioretti AREPPHI	Richelieu	55 : - 50 internat - 5 externat	Garçons et filles	12-20 ans
ITEP Village des Jeunes Association La Paternelle	Mettray	90 internat, externat	Garçons et filles présentant des troubles du comportement et de la conduite avec une intelligence normale ou subnormale	12-20 ans

La majorité des places se situent dans l'arrondissement de Tours (232), puis Chinon (115). Aucune place ne se situe dans l'arrondissement de Loches.

Les modes d'accueil		
	Nombre places agréées	Nombre places occupées
Accueil en externat/semi-internat	153	147
Accueil en internat de semaine	194	131
Accueil internat séquentiel (modulé)	-	23
Accueil de jour	-	28
Accueil à temps partiel	-	17
Appartement d'autonomie sur site	-	3
Appartement d'autonomie hors site	-	5
FJT	-	2
Total	347 places	356 places

Source : questionnaires

En septembre 2006, l'IRMPRO Village des Jeunes disposera de 18 appartements d'autonomie dont 11 sur site et 7 hors site.

Les enfants accueillis

(source : questionnaires)

Les garçons représentent 82% du public accueilli.
La moyenne d'âge, de 10,7 ans à la rentrée 2005-2006, était de 11,3 ans à la rentrée 1999-2000.

Le handicap principal à la rentrée 2005-2006, est pour **66%** les **troubles du comportement**. 113 enfants ont un **autre handicap principal**, soit **1/3 des effectifs**. Pour 24%, il s'agit de troubles de la personnalité, pour 5,3% l'autisme/psychose, pour 3,6% les troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales.

c) Troubles graves de la personnalité et troubles envahissants du développement

Au 01.01.2006, le taux d'équipement départemental en places destinées à des enfants ou adolescents autistes est de 0,41. 3 établissements accueillent des enfants et adolescents autistes pour 57 places agréées :

Établissement	Localisation	Nombre de places	Public accueilli	Âge
Unité d'éducation et de soins ACGESSMS	Joué-lès-Tours	10 externat	Garçons et filles souffrant de troubles graves de la personnalité (autisme, psychose, névroses graves)	3-18 ans
IME Les Tilleuls ADAPEI	Tours	35	Garçons et filles déficients intellectuels présentant un symptôme autistique	3-18 ans
IME Beaulieu ADAPEI	Loches	12	Garçons et filles autistes	?

La majorité des places se situent dans l'arrondissement de Tours (45 places), puis Loches (12 places). Aucune place n'est identifiée dans l'arrondissement de Chinon.

d) déficience motrice

Au 01.01.2006, le taux d'équipement départemental en places d'IEM (0,43) est proche de la moyenne régionale (0,45 au 01.01.2004). Un établissement concerné situé dans l'arrondissement de Tours :

Établissement	Localisation	Nombre de places	Public accueilli	Âge
IEM Charlemagne Mutualité de l'Indre et Loire	Ballan-Miré	60 : - 22 internat - 38 externat - 6 CASF	Garçons et filles déficients moteurs	4-20 ans

Les enfants et jeunes accueillis

(source : questionnaires)

La proportion des filles et des garçons est identique.
La moyenne d'âge, de 12,8 ans à la rentrée 2005-2006,
était de 12,5 ans à la rentrée 1999-2000.

Tous les enfants et jeunes accueillis à l'IEM à la rentrée 2005-2006 ont pour handicap principal la déficience motrice. 60 enfants sur 63 présentent une déficience cognitive associée à la déficience motrice. Près de 20% sont épileptiques.

Nombre d'enfants par type de handicap associé à la déficience principale

	3-5 ans	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	+ 20 ans	Total
Déficience cognitive	4	7	11	14	10	12	2	60
Déficience visuelle	1	1	2		1			5
Troubles de la personnalité			1	2			2	5
Epilepsie		4	3	3	5	1	1	17
Total	5	12	17	19	16	13	5	

Source : questionnaires

e) Polyhandicap

Au 01.01.2006, le taux d'équipement départemental (0,43) est proche du taux régional (0,45 au 01.01.2004). Un établissement concerné situé dans l'arrondissement de Tours :

Établissement	Localisation	Nombre de places	Public accueilli	Âge
EME du Château du Launay	Reugny	60 : - 40 internat continu, semaine, séquentiel - 20 externat dont accueil à temps partiel	Garçons et filles polyhandicapés	6-20 ans

Les enfants et jeunes accueillis

(source : questionnaires)

Les garçons représentent 54% du public accueilli (filles 46%).
À la rentrée 2005-2006, la moyenne d'âge est de 15 ans,
elle était de 18 ans à la rentrée 1999-2000.

Tous les enfants et jeunes accueillis à la rentrée 2005-2006 ont pour handicap principal le polyhandicap.

f) Déficiences visuelles, auditives, troubles du langage

Au 01.01.2006, le taux d'équipement départemental est de 0,72 et se situe au-dessus du taux régional (0,38 au 01.01.2004). Un établissement concerné situé à Tours :

Établissement	Localisation	Nombre de places	Public accueilli	Âge
IRECOV ADPEP 37	Tours	100 places : externat 20 CAFS	Garçons et filles porteurs de troubles du langage et de la communication, déficients auditifs, Déficients visuels	3-18 ans

En 2005-2006, 60 places d'externat et 9 places en familles d'accueil sont occupées, et 62 places sur les SESSAD. Les 60 places occupées sont réparties ainsi :

- 8 places occupées par des enfants déficients visuels,
- 6 places par des enfants déficients auditifs,
- 28 places occupées par des enfants ayant des troubles du langage,
- 18 places occupées par des enfants ayant des troubles de la communication.

Les enfants accueillis

(source : questionnaires)

Les garçons sont majoritaires (78%).
À la rentrée 2005-2006, la moyenne d'âge est de 10 ans.

Le handicap associé à la déficience principale le plus fréquent est l'autisme/psychose (7 enfants), les troubles de la personnalité (5 enfants), la déficience intellectuelle (4 enfants).

4. La scolarisation dans les établissements spécialisés

Environ 850 enfants et jeunes accueillis en établissement sont scolarisés ou en formation dans l'établissement, soit 72% de l'ensemble des effectifs. Tous les enfants accueillis à l'IRECOV sont concernés, 86% en ITEP, 81% à l'IEM. La proportion est moins élevée dans les IME (58%).

Un IME précise que le nombre de postes d'enseignants Éducation nationale n'est pas suffisant pour couvrir la scolarité de tous les enfants.

Aucun enfant ne bénéficie d'une scolarité ou d'une formation interne dans l'UES et l'EME.

Environ 80 enfants et jeunes bénéficient d'une scolarité ou d'une formation à l'extérieur de leur établissement, soit 7% de l'ensemble des effectifs accueillis dans les établissements médico-sociaux. Il s'agit principalement de jeunes accueillis en ITEP (63%).

Aucun enfant ne bénéficie d'une scolarité ou d'une formation externe dans l'UES, l'EME et à l'IRECOV.

5. Prise en charge éducative, pédagogique et thérapeutique

(source : questionnaires)

90% des enfants accueillis bénéficient d'une prise en charge thérapeutique à la rentrée 2005-2006.

Près de 22% des enfants ou jeunes bénéficient d'une prise en charge à l'extérieur de l'établissement, le plus souvent sanitaire ou médicale, ou pour un accompagnement social.

6. Les sorties des établissements : quelles orientations ?

Au 30/06/2005, les établissements médico-sociaux pour enfants constituent la principale des orientations (36%). Le retour en famille où l'enfant est en situation d'attente d'orientation représente près de 13,3% des orientations.

Le secteur adulte constitue 19,3% des orientations dont près de 14% vers des ESAT. Il existe peu d'orientations en foyer de vie (2,2%), en FAM/MAS (1,6%) ou SAVS (1%). Le milieu scolaire ou de formation représente 9% des orientations. Le milieu ordinaire de travail représente également 8% des orientations. 8% des sortants ont été orientés vers un SESSAD.

7. Le point de vue des acteurs

Selon les acteurs, il apparaît important dans le cadre du schéma de renforcer les prises en charge « à la carte » et ainsi, d'adapter et d'assouplir les dispositifs. Plusieurs aspects ont été soulevés à ce titre :

- La demande de plus en plus importante de relais temporaires, ce qui interroge l'articulation entre domicile et institution.
- L'inadéquation entre le public accueilli et le dispositif d'offre de service proposé.
- L'adaptation des formations professionnelles proposées aux besoins du milieu ordinaire de travail et du milieu protégé.
- Le renforcement des liens entre les dispositifs médico-social et sanitaire.
- La place de la scolarisation interne aux établissements au regard de la loi du 11 février 2005.
- Une adaptation des agréments à l'évolution des besoins des enfants, y compris en termes de répartition territoriale.

Les acteurs ont identifié des besoins par type de handicap :

- Création d'une UPI accueillant des adolescents déficients moteurs.
- Création d'un SESSAD accompagnant des enfants polyhandicapés.
- Extension de la prise en charge pour les enfants souffrant de troubles graves de la personnalité et de troubles envahissants du développement.
- Accueil en externat d'enfants de moins de 6 ans présentant des troubles du comportement.
- Renforcement de la scolarisation en IME.

E. LE DISPOSITIF D'ACCUEIL EN SESSAD

1. Taux d'équipement, nombre de places et d'enfants accueillis

Le département dispose actuellement de **309 places** en SESSAD (20% du dispositif d'accueil), soit un **taux d'équipement** de **2,23** places pour mille enfants de moins de 20 ans, supérieur au taux régional (1,50 au 01.01.2004). Tous les types de déficiences sont représentés à l'exception du polyhandicap.

En 2005-2006, 326 enfants étaient accueillis dans les SESSAD. Les enfants déficients intellectuels (32%), suivis des enfants déficients auditifs (24%) sont les plus nombreux à bénéficier d'une telle prise en charge.

Types de places agréées		
	Nombre places agréées	Nombre d'enfants
Déficience intellectuelle (annexe XXIV)	125*	105
Déficience motrice (annexe XXIV bis)	60	55
Polyhandicap (annexe XXIV ter)	-	-
Déficience auditive (annexe XXIV quater)	55	78
Déficience visuelle (annexe XXIV quinquies)	10	23
Troubles du comportement (ITEP)	65*	65
Autisme	5	-
Total	320	326

Source : questionnaires et fichiers DDASS

*Données approximatives : pour des établissements à double agrément, pas de précision dans l'agrément sur la répartition des places entre DI et TC.

2. Les SESSAD par type de déficience

a) Déficience intellectuelle

Le taux d'équipement départemental en SESSAD DI est de 0,82 places pour 1000 enfants de moins de 20 ans. Il existe 5 SESSAD pour environ **114 places** agréées :

Service	Localisation / rayonnement géographique	Nombre de places	Public accueilli	Âge
SESSAD GEIST	Tours : couvre l'agglomération tourangelle	40 : - 10 UPI - 30 CLIS	Garçons et filles déficients intellectuels	3-20 ans
SESSAD APSISS	Beaumont en Véron : Couvre le quart ouest du département : Richelieu, Ste Maure de Touraine, Azay-Le-Rideau, Langeais	19	Garçons et filles déficients intellectuels	3-16 ans
SESSAD Association La Source	Semblançay : couvre le nord ouest tourangeau	21	Garçons et filles déficients intellectuels et/ou porteurs de troubles du comportement	3-16 ans
SESSAD ADAPEI	Loches : couvre Loches, Descartes, Ste Maure de Touraine, Bléré, Truyes, Montresor, Preuilly sur Claise	40 : (16 financées) 35 enfants et adolescents déficients intellectuels et/ou porteurs de troubles de la conduite et du comportement 5 enfants et adolescents autistes	Garçons et filles déficients intellectuels et/ou porteurs de troubles du comportement / autistes	3-20 ans
SESSAD Association La Boisnière	Villedomer : couvre un rayon de 35 kms autour de Château-Renault	12	Garçons et filles présentant des déficiences mentales légères ou moyennes avec ou sans troubles associés / troubles de la conduite et du comportement	0-16 ans

Les enfants suivis

(source : questionnaires)

À la rentrée 2005-2006, 104 enfants étaient suivis par un SESSAD DI.

La moyenne d'âge est de 11,5 ans.

À la rentrée 1999-2000, elle était de 10,9 ans.

Les garçons représentent 60% de l'effectif.

À la rentrée 2005-2006, aucun enfant de moins de 3 ans ne bénéficie d'une prise en charge SESSAD. Dans les faits, elle débute au plus tôt à l'âge de 6 ans.

Le **handicap principal** est pour **88%** des enfants la **déficience intellectuelle**. Pour 8%, la trisomie 21 : ces enfants sont suivis par le SESSAD du GEIST, conformément à son agrément.

Nature du handicap principal des enfants						
	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	Total
Déficience intellectuelle	12	38	36	5	-	91
Troubles de la personnalité	1	1	1		1	4
Trisomie 21	3	3		1	1	8
Plurihandicap				1		1
Total	16	42	37	7	2	104

Source : questionnaires

b) Troubles du comportement

Le taux d'équipement départemental est de 0,60 pour 1000 enfants de moins de 20 ans. Il existe 7 SESSAD pour environ **65 places**, tous rattachés à un établissement :

Service	Localisation rayonnement géographique	Nombre de places	Public accueilli	Âge
SESSAD Association L'Essor St Jean	Tours : couvre Tours et la moyenne couronne (15-20 kms)	12	Garçons et filles présentant des troubles de la conduite et du comportement	6-16 ans
SESSAD Association L'Éveil	Tours : Intervient dans un rayon de 30 kms autour de Tours	20	Garçons et filles présentant des troubles de la conduite et du comportement	6-18 ans
SESSAD ACGESSMS	Chinon : Intervient dans un rayon de 30 kms autour de Chinon	10	Garçons et filles présentant des troubles de la conduite et du comportement	6-20 ans
SESSAD Association La Source	Semblançay : couvre le nord ouest tourangeau	Environ 7	Garçons et filles présentant des troubles de la conduite et du comportement et/ou déficients intellectuels	3-16 ans
SESSAD Association La Boisnière	Villedomer : couvre un rayon de 35 kms autour de Château-Renault	12	Garçons et filles présentant des déficiences mentales légères ou moyennes avec ou sans troubles associés / troubles de la conduite et du comportement	0-16 ans
SESSAD ADAPEI	Loches : couvre Loches, Descartes, Ste Maure de Touraine, Bléré, Truyes, Montrésor, Preuilly sur Claise	40 : (16 places financées) 35 enfants et adolescents déficients intellectuels et/ou porteurs de troubles de la conduite et du comportement 5 enfants et adolescents autistes	Garçons et filles déficients intellectuels et/ou porteurs de troubles de la conduite et du comportement / autistes	3-20 ans
USIS Association du CMPP de l'Indre et Loire	Tours : Rayonnement départemental	10	Garçons et filles présentant des troubles du comportement	6-14 ans

Les enfants suivis
(source : questionnaires)

À la rentrée 2005-2006, 68 enfants étaient suivis par un SESSAD TC.
La moyenne d'âge est de 12,6 ans.
À la rentrée 1999-2000, elle était de 12,7 ans.
Les garçons représentent 72% des effectifs.

2 SESSAD peuvent suivre les enfants à partir de 3 ans et 2 à partir de la naissance : à la rentrée 2005-2006, aucun enfant de moins de 6 ans ne bénéficie d'une telle prise en charge. Le handicap principal est pour 80% des enfants les troubles du comportement, et pour 16%, les troubles de la personnalité.

	Nature du handicap principal					Total
	6-8 ans	9-11 ans	12-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	
Déficiência intellectuelle	1					1
Troubles du comportement	1	8	21	14	1	45
Autisme / psychose			1			1
Troubles de la personnalité			3	6		9
Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales				1		1
Total	2	8	25	21	1	57*

Source : questionnaires

*hors USIS : non connaissance de la répartition

c) Autisme

Le SESSAD de Loches, rattaché à l'IME de Beaulieu-les-Loches (ADAPEI), a un agrément de 5 places pour des enfants et adolescents autistes âgés de 3 à 20 ans. Ces 5 places ne sont pas occupées à l'heure actuelle.

d) Déficience motrice

Le taux d'équipement départemental en SESSAD est de 0,43 pour 1000 enfants de moins de 20 ans.

Le SESSAD Mirabeau à Tours, rattaché à l'IEM Charlemagne, est le seul service du département à suivre des enfants déficients moteurs. Créé en 1992, il a un agrément de 60 places (dont 55 financées) pour des enfants âgés de 4 à 20 ans, présentant une déficience motrice. Il couvre l'ensemble du département.

Les enfants suivis
(source : questionnaires)

À la rentrée 2005-2006, 55 enfants étaient suivis par le SESSAD.
La moyenne d'âge est de 11,1 ans.
À la rentrée 1999-2000, elle était de 10,9 ans.
Les garçons représentent 71% des effectifs.
Aucun enfant de moins de 6 ans n'est suivi par le SESSAD.

71% des enfants suivis ont pour handicap principal une infirmité motrice cérébrale, 29% une déficience motrice. Le service n'indique pas de troubles associés.

e) Déficiences sensorielles et troubles du langage

2 SESSAD sont spécialisés dans le suivi des enfants déficients sensoriels et ayant des troubles du langage, et couvrent l'ensemble du département :

Service	Localisation rayonnement géographique	Nombre de places	Public accueilli	Âge
SSEFIS Centre régional d'audio-phonologie infantile	Tours : rayonnement départemental	40 à 45 environ	Garçons et filles présentant une déficience auditive profonde, sévère ou moyenne	0-18 ans
GASD (groupe d'aide et de soins à domicile) ADPEP 37	Tours : rayonnement départemental	25 : - 10 déficience visuelle (23 occupées) - 15 déficience auditive (14 occupées) et troubles du langage (26 occupées)	Garçons et filles présentant des déficiences visuelles / déficiences auditives / des troubles du langage	3-18 ans

Les enfants suivis
(source : questionnaires)

À la rentrée 2005-2006, 102 enfants étaient suivis par les deux SESSAD :
54 déficients auditifs, 23 déficients visuels et 25 enfants présentant des troubles du langage.
Les garçons représentent 58% des effectifs.

Aucun enfant de moins de 6 ans n'est suivi par un SESSAD.

3. Scolarité des enfants suivis par un SESSAD

Tous les enfants suivis par un SESSAD sont scolarisés (sauf 1). La prise en charge précoce (avant 6 ans) n'apparaît pas développée dans le département. 67% des jeunes sont pris en charge entre 9 et 14 ans. Ce chiffre est à mettre en relation avec les dispositifs CLIS et UPI pour certaines tranches d'âge. La majorité des jeunes sont en CLIS (27%) et en classe primaire ordinaire (21%). 42% des élèves sont en intégration individuelle et 54% bénéficient d'une intégration collective. Presque tous les enfants (96%) bénéficient d'une scolarité à temps complet.

4. Prise en charge éducative, pédagogique, thérapeutique et autres

(source : questionnaires)

Parmi les jeunes faisant l'objet d'une prise en charge autre que celle du SESSAD, 54% concernent un accompagnement social, 31% une rééducation. Dans 2 services, les enfants n'ont pas d'autres prises en charge que celle du SESSAD.

La majorité des jeunes bénéficie d'une prise en charge sur leur lieu de scolarité et au service. Dans les deux cas, les prises en charge sont d'abord thérapeutiques, puis éducatives et pédagogiques.

Peu de jeunes (17) bénéficient d'une prise en charge sur leur lieu de formation. Lorsque c'est le cas, elle est principalement éducative (13/17).

33 enfants ou jeunes bénéficient d'une prise en charge à domicile. Elle est surtout éducative (51%), puis thérapeutique (40%).

5. Le point de vue des acteurs

Au cœur de l'intervention au domicile et du soutien des parents, les SESSAD voient leur fonctionnement interrogé face à l'évolution de l'environnement : élargissement et complexification des problématiques, attentes des parents, des écoles, orientation vers l'accompagnement des parents, prise en compte des perspectives d'insertion. Il est noté une progression des difficultés d'insertion sociale et professionnelle pour les adolescents et jeunes adultes. Les qualifications professionnelles en présence dans les SESSAD intègrent peu les compétences nécessaires à ces situations. Plusieurs propositions :

- Développer des réponses plus pointues concernant les troubles de la personnalité.
- Privilégier, renforcer l'action précoce.
- Développer une réflexion sur l'accompagnement des 16-20 ans sortis du dispositif scolaire.

Il est observé une prédominance des activités individuelles de soin, sur le lieu du SESSAD, entraînant de nombreux déplacements des enfants, et ainsi un éventuel glissement dans la mission des SESSAD. Par ailleurs, les pratiques de coopération reposent souvent sur la bonne volonté des personnes et ne font pas l'objet de processus institutionnalisés. Dès lors, le départ d'un acteur peut conduire à la disparition du savoir-faire. Au-delà, c'est le travail en réseau et les articulations entre les différents partenaires qui sont interrogés.

Par ailleurs, la couverture territoriale apparaît insuffisante, notamment en milieu rural. L'implantation actuelle des SESSAD, principalement en milieu urbain, génère ainsi des déplacements de plus en plus conséquents lorsqu'il s'agit de couvrir ces zones rurales. Certains acteurs proposent de mieux corréliser le développement des places en CLIS / UPI à celui des places de SESSAD.

F. LA SCOLARISATION

1. Les classes spécialisées

Le département dispose de **24 CLIS**, dont

- **20 CLIS 1** (déficience intellectuelle) :

Arrondissement de Tours	CLIS Neuillé Pont Pierre (école Prévert) CLIS Bléré (école Balzac) CLIS Tours (école Bernard-Pasteur) CLIS Tours (école Diderot-Pascal) CLIS Tours (école G. Sand) CLIS Tours (école St Exupéry) CLIS Tours (école C. Péguy) CLIS St Pierre des Corps (école Marceau-Courier) CLIS La Ville aux Dames (école Marie Curie) CLIS Montlouis (école P. Racault) CLIS Joué-lès-Tours (école Mignonne) CLIS Joué-lès-Tours (école Rotière) CLIS Château-Renault (école Combettes)
Arrondissement de Chinon	CLIS Cléré les Pins CLIS Beaumont en Véron CLIS Chinon (école Mirabeau) CLIS Ste Maure de Touraine (école Voltaire) CLIS Langeais
Arrondissement de Loches	CLIS Descartes (école Côte des Granges) CLIS Loches (école Alfred de Vigny)

Source : IEN-AIS

- **1 CLIS 2** (déficience auditive) :

Arrondissement de Tours : CLIS Raspail Tours

- **2 CLIS TSL** (troubles spécifiques du langage) :

Arrondissement de Tours : CLIS Périgourd St Cyr / Loire
CLIS Saint Branchs

- **1 CLIS 4** (déficience motrice) :

Arrondissement de Tours : CLIS St Cyr / Loire (école Engerant)

Le département dispose de **8 UPI**, dont :

- **5 UPI 1** (troubles intellectuels) :

Arrondissement de Tours	UPI Tours (collège Ronsard) UPI Saint Pierre des Corps (collège Neruda) UPI Loches (collège G. Besse) UPI Tours (lycée Saint Martin)
Arrondissement de Chinon	UPI à Avoine (A. Becquerel)

Source : IEN-AIS

- **1 UPI 2** (déficience auditive) à Tours

Arrondissement de Tours : UPI Tours (collège L. de Vinci)

- **1 UPI TSL** (troubles spécifiques du langage)

Arrondissement de Tours : UPI Tours (collège Corneille)

- **1 classe rattachée à l'ITEP Saint-Antoine intégrée** au collège Jean Zay de Chinon identifiée **TCC** (troubles de la conduite et du comportement)

Arrondissement de Chinon : collège Jean Zay de Chinon.

- Les classes accueillant les élèves en difficulté

-> 12 SEGPA

-> 5 CIPPA (Cycle d'insertion professionnelle par alternance).

2. La scolarisation

À la rentrée scolaire 2005-2006, **1.100** enfants handicapés sont scolarisés dont :

- 559 dans le 1^{er} degré, dont 266 en CLIS et 293 en classe ordinaire

- 541 dans le 2nd degré dont :

-> 204 en classe ordinaire

-> 75 en UPI

-> 45 en SEGPA

-> 67 en lycée professionnel

-> 150 en lycée d'enseignement général et technologique.

Toutes classes confondues :	intégration individuelle	70%
	intégration collective	30%

Durant l'année scolaire 2004-2005, les élèves handicapés représentent 0,93% de la population scolaire, leur représentation est plus importante dans le 1^{er} degré (1,04%) que dans le 2nd (0,82%).

De la rentrée 2003-2004 à la rentrée 2005-2006, la scolarisation a progressé avec 360 enfants scolarisés en plus, soit une augmentation de près de 49% en l'espace de 2 ans. C'est surtout dans le 2nd degré que la scolarisation a augmenté avec 243 admissions supplémentaires.

Pour la rentrée 2005-2006, le nombre d'enfants scolarisés dans le 1^{er} et le 2nd degré est pour la première fois quasi identique. Dans le 1^{er} degré, la répartition des intégrations individuelles et collectives est relativement équilibrée : respectivement 55% (305 élèves) et 45% (254 élèves). La part de l'intégration individuelle augmente : 63% en 2003-2004, 67% en 2004-2005, 70% en 2005-2006.

Dans le 2nd degré, l'intégration individuelle évolue pour devenir largement prédominante puisqu'elle concerne 86% des élèves, pour 14% d'intégration collective.

Les enfants handicapés intellectuels ou psychiques sont les plus nombreux à bénéficier d'une intégration : 440 enfants soit 40% des effectifs (année 2005-2006).

Temps d'intégration (année scolaire 2004-2005)

799 élèves soit 86% des élèves handicapés scolarisés bénéficient d'une intégration à temps plein. Parmi les 128 élèves bénéficiant d'une intégration à temps partiel, 97% bénéficient de soins en parallèle.

	Temps d'intégration		
	1 ^{er} degré	2d degré	TOTAL
Temps plein	398	401	799
Temps partiel + soins	121	3	124
Temps partiel sans soins	4	0	4
Total	523	404	927

Source : CDES

Au 15 mars 2006, le département comptait 94 auxiliaires de vie scolaire dont 74 AVSi (47 ETP) dans le cadre de l'intégration individuelle et 20 AVSco (16 ETP) pour les CLIS et UPI. 98 enfants étaient accompagnés par un AVS, le plus souvent à temps partiel (87%). Pour l'année scolaire 2004-2005, 89 enfants étaient concernés (79% à temps partiel), 92 en 2003-2004.

3. Le point de vue des acteurs

Le département d'Indre et Loire développe de longue date un attachement à la scolarisation tous publics. Les enseignants de l'Éducation nationale sont attentifs à l'accueil des personnes handicapées. Les auxiliaires de vie scolaire couvrent

aujourd'hui les besoins de soutien complémentaire et constituent un élément indispensable de la scolarisation en établissement.

En contrepoint, la réalité de la scolarité dans les établissements médico-sociaux apparaît insuffisamment développée, particulièrement pour les enfants polyhandicapés et dans une moindre mesure au sein des IME.

La scolarité dans les établissements médico-sociaux

Les ITEP sont clairement situés sur le champ de la scolarisation, c'est moins vrai pour les IME, malgré des évolutions en effectif d'enseignants (notamment pour la déficience légère). Ce n'est pas le cas des établissements relevant de l'annexe XXIV ter. Le champ pédagogique n'est pas toujours assuré par des enseignants détachés ou mis à disposition, notamment dans les IME Cette réalité serait en train d'évoluer. Dans certains ITEP, une dynamique est en place qui développe l'intégration des enseignants dans les équipes pluridisciplinaires. Ceci constitue un atout majeur pour la qualité pédagogique et globale.

Plus généralement, sont observés :

- L'absence de plateaux techniques partagés entre établissements.
- Des enseignants détachés manquant d'expérience pour lesquels il existe un besoin important de soutien, d'échanges, d'analyse des pratiques. Est évoqué par ailleurs le recrutement difficile d'enseignants dans les zones rurales, à l'image du chinonnais où les propositions seraient peu attractives.
- Une scolarisation quasi-inexistante pour les enfants polyhandicapés, alors même que dans certains cas, une approche pédagogique (pré-requis) semble possible et souhaitable. Il apparaît notamment que plus les établissements sont spécialisés (niveau important de déficience), moins la dynamique scolaire est présente.
- Une prédominance des pratiques tendant à ne pas respecter l'intégralité du temps scolaire, souvent écorné par des activités extérieures de type soins, individuels et collectifs.
- Une référence insuffisante au programme national de l'Éducation nationale comme base de travail de l'approche pédagogique, commune à toutes les structures.

Les établissements scolaires de droit commun

Pour les professionnels des établissements spécialisés, la scolarisation dite « externe » fait l'objet d'une approche positive, en quantité comme en qualité. Elle contribue à limiter la confusion qui existe parfois entre classe et vie quotidienne. Elle permet par ailleurs de diversifier les approches, et de conjuguer scolarisation interne, externe, externe à temps partiel... L'intégration scolaire ne doit pas être

systématique, il s'agit de prendre en compte les besoins, les capacités des jeunes. Plusieurs difficultés sont toutefois évoquées :

- L'absence de structures pour accueillir les jeunes sortant d'UPI.
- Le défaut d'UPI pour les enfants et jeunes handicapés moteurs.
- Les réticences de certaines communes à assurer seules la charge de fonctionnement des frais de scolarité dans le cadre de la création des CLIS.
- Les difficultés d'ajustement concernant les transports, entre l'organisation médico-sociale (prévision des effectifs en intégration individuelle et collective) et la prévision des transports par le Conseil général.
- L'intégration ou la réintégration en établissement spécialisé de plus en plus difficilement acceptée par les familles.

D'autres constats :

- une collaboration jugée insuffisante des établissements spécialisés avec les CFA,
- une évolution importante de la population SEGPA, avec des jeunes qui ne sont pas en capacité d'intégrer les formations qualifiantes type CAP,
- une insuffisante connaissance et articulation du dispositif de formation pour les 16-25 ans.

L'accompagnement par un SESSAD

Le taux d'équipement SESSAD est présenté comme particulièrement fort. Une augmentation des intégrations individuelles génère une demande de plus en plus forte d'accompagnement par les SESSAD. Les demandes sont aussi liées aux zones géographiques (dans certains cas, il n'y a pas d'accès aux soins). Plusieurs difficultés :

- L'adaptation des locaux des établissements scolaires à l'intervention des SESSAD.
- Une faible prise en charge par les SESSAD des enfants en maternelle, malgré un suivi par les CAMSP souvent.
- Les articulations entre temps scolaire et temps d'intervention SESSAD, avec des ajustements réalisés parfois au détriment de la permanence du temps scolaire.

Le point de vue des familles et des jeunes

La scolarisation constitue l'une des priorités pour un grand nombre de parents, que ce soit en établissement scolaire ou au sein des établissements spécialisés. L'intégration dans une école ordinaire est souvent préférée, même si les parents ont conscience des difficultés et parfois de l'impossibilité d'envisager un parcours scolaire.

Selon les parents :

- Les enseignants de l'Éducation nationale ne seraient pas assez informés, préparés et formés à accueillir dans leur classe des enfants et jeunes présentant des handicaps.
- Les équipements scolaires ne sont pas toujours adaptés pour accueillir des élèves en situation de handicap.

Selon les jeunes :

- Les élèves scolarisés en SEGPA évoquent des classes surchargées en nombre, avec des enseignants qui sont de ce fait dans l'impossibilité de gérer certaines situations (conflits, bavardage..) et d'accompagner suffisamment les élèves les plus en difficulté.
- La nécessité de sensibiliser davantage les élèves des classes ordinaires à leurs problématiques pour qu'une compréhension mutuelle s'instaure.
- Le manque de flexibilité des transports.

G. LA FORMATION PROFESSIONNELLE DES JEUNES

1. Le dispositif

11 établissements médico-sociaux ont une section d'initiation et de première formation professionnelle (SIPFP). Ils proposent les formations suivantes :

Formations proposées		
Structure	Secteur d'activité	Nombre de places
IME Les Douëts	Formation polyvalente	22
	Maraîchage, élevage	8
	Cuisine	7
	Employé technique collectivité	8
	Techniques industrielles	8
IME ADAPEI Loches	Pôle espaces et jardins	6
	Pôle services	6
	Pôle conditionnement et maintenance	6
IME La Boisnière	Ateliers bois - techniques industrielles	-
	Jardin espaces verts	
	Soins aux chevaux	
	Enseignements ménagers	
IME Seuilly	ETC Cuisine et lingerie	2 à 6
	Espaces verts	2 à 6
	Bâtiment	2 à 6
	Soins aux animaux	2 à 6
IME Semblançay	Travaux paysagers	non fixé
	Cuisine	
	Menuiserie	
IME Les Tilleuls	Espaces verts – horticulture	5 à 7
	Menuiserie	5 à 7
	Arts ménagers	5 à 7
IME Robert Debré Luynes	Menuiserie	8
	Peinture	6
	Services collectivités	10
	Couture	8
	Jardinage espaces verts	16
	Activités industrielles	22
	Entretien linge	10
IRMPPro Mettray	Espaces verts – horticulture - maraîchage	18
	Carrosserie, peinture auto	12
	Maçonnerie, carrelage	12
	Couverture zinguerie	12
	Plomberie chauffage	12
	Peinture, revêtement de sol	12
ITEP L'Éveil	Atelier Bois	24
ITEP Les Fioretti	Service restauration	12
	Métiers du bâtiment	12
	Environnement – espaces verts	12
	2 ateliers polytechniques	20
IEM Charlemagne	Formation informatique	6
	Découverte espaces verts	6
	Atelier conditionnement	

Source : questionnaires

5 établissements dispensent des formations diplômantes :

- IEM BEP métiers du secrétariat
- IME La Source CAPA « travaux ménagers »
- IME Saint Martin CAP agent polyvalent de restauration

Le département dispose d'une antenne CFAS à Tours, au CFA de la Propreté. À ce titre, plusieurs ateliers, agréés CFAS, proposent des formations diplômantes :

IRMPRO Mettray	CAP Espaces verts, horticulture, maraîchage CAP Carrosserie peinture auto CAP Maçonnerie carrelage CAP Couverture zinguerie CAP Plomberie chauffage CAP Peinture revêtement de sol
IME de Loches	CAP agent polyvalent de restauration CAP horticulture

L'ITEP L'Éveil prépare au certificat de formation générale qui constitue une première partie du CAP.

2. Le point de vue des acteurs

La formation professionnelle est comprise par les acteurs professionnels comme un droit pour tous, non comme une option pour quelques jeunes en capacité d'intégration en milieu professionnel. Elle est également perçue comme un vecteur d'accompagnement, support d'évolutions, à la condition d'accepter des parcours divers. Au-delà, elle favorise notamment pour des jeunes présentant des handicaps associés dont les troubles du comportement, la stabilisation des manifestations difficiles.

La diversification des parcours est une réalité : formation qualifiante, parfois partielle, formation support d'une activité ou d'un métier, mise en mouvement ponctuelle... Cette diversification se décline aujourd'hui dans les propositions des plateaux techniques, notamment pour les établissements spécialisés, par une ouverture à des vecteurs professionnels originaux et à une diversité de lieux de stage, à des aménagements (formation à temps partiel par exemple). Deux pratiques sont d'ores et déjà repérables, l'articulation avec les structures de droit commun (CFA, centre de reclassement...), et les aménagements plus fréquents de parcours. Plusieurs difficultés sont signalées :

- Une insuffisante identification des dispositifs et des réseaux, mais aussi à une méconnaissance du monde de l'entreprise.
- Une ouverture à des créneaux originaux, autres, permettant des acquisitions polyvalentes. Cette ouverture métier apparaît insuffisante : environ 80% des jeunes en formation professionnelle seraient inscrits dans les filières espaces verts ou restauration.
- Une insuffisante culture de l'évaluation.

- Un pourcentage non négligeable (5 à 10 %) de jeunes présentant de grandes difficultés sociales et éducatives (absence de repères, parcours d'échec, comportements outranciers...). La formation s'inscrit presque par obligation pour eux dans des processus expérimentaux : stages, jeux entre le dedans et le dehors des institutions, accompagnement dans un établissement, utilisation du plateau technique d'un autre. Si les établissements se sont adaptés à ces situations, ces formes d'action sont insuffisamment officialisées, formalisées.
- Des stages en entreprise difficiles d'accès pour les jeunes déficients moteurs, ou présentant des capacités réduites ou des troubles psychologiques importants
- Un faible volume d'intégration en ESAT, soit par manque de places, mais également pour incompatibilité entre formation professionnelle et employabilité dans ces structures. Pourtant, l'offre de service en termes de formation serait « calquée » sur les activités possibles en ESAT ou sur le marché local.
- Des difficultés liées aux transports, notamment pour les périodes d'alternance et le travail en milieu professionnel (restauration par exemple), particulièrement en zone rurale.
- Une offre de stages proposés par le Conseil régional inadaptée à la population handicapée en raison d'un niveau requis souvent trop élevé et une ouverture à des jeunes plus âgés. Une adaptation pourrait néanmoins être travaillée pour certains modules pré-qualifiants.
- Un dispositif AVS difficilement adapté à la problématique de la formation professionnelle (stages, aménagements spécifiques...).

Le travail en lycée professionnel et en établissement spécialisé est insuffisamment partagé (rencontre, élaboration et outils partagés). Peu de jeunes sont d'ailleurs à la fois en LP et en établissement. Les réponses communes ne seraient pas à la hauteur des besoins. De même, les SESSAD apparaissent peu « armés » pour l'accompagnement de jeunes en formation professionnelle : peu de jeunes en intégration scolaire avec formation professionnelle (LP) sont pris en charge par ces services. Une difficulté du dispositif concerne les limites d'agrément de certaines structures spécialisées, notamment les SESSAD professionnels. Une grande majorité de ces services accompagnent des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans quand il serait nécessaire d'aller au-delà de 20 ans pour être en phase avec la réalité. En réalité, les jeunes commencent les formations professionnelles plutôt vers 18/19 ans.

Pour les parents, les jeunes concernés, mais également les acteurs, il reste difficile d'avoir une vision globale et précise du dispositif de formation sur l'ensemble du territoire. En particulier, les établissements spécialisés connaissent insuffisamment les dispositifs existants dans le cadre des actions soutenues par le Conseil régional, les centres de reclassement, les CFAS, et les articulations possibles avec leur propre action. Le CRP est peu connu et sollicité : destiné à un public adulte, il peut pourtant accueillir des jeunes, après un échec d'orientation.

H. L'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

1. Les structures pour adultes

Avec 1 205 places de CAT répartis sur 11 établissements, le taux d'équipement de l'Indre et Loire est de 4 places pour 1000 habitants pour un ratio régional de 3,21 pour 1000, soit le taux d'équipement le plus élevé de la région. Ce constat explique le peu de création de places constatées sur le plan pluriannuel.

Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées en Touraine 2005-2010 précise que 765 places de CAT sont concentrées dans l'agglomération de Tours (soit 63,5% du total des places). Cette forte concentration des équipements dans cette zone « correspond à peu près – elle est même légèrement supérieure – à la répartition générale de la population dans le département ».

Les autres places de CAT sont réparties dans le Lochois (289 places), le Chinonais ((97 places), le Nord-Est Touraine (54 places). Le Nord-Ouest Touraine ne dispose pas de CAT.

Le département dispose de 38 places de SACAT en 2004 (pour 6 en 1996) : 29 places dans Tours et son agglomération et 9 places dans le Chinonais.

465 places en foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés sont recensées dans le département : le Lochois dispose du nombre de places le plus élevé avec 199 places, suivie de l'agglomération de Tours (170 places). Les autres places en foyers d'hébergement se situent dans le Chinonais (57 places) et dans le Nord-Est Touraine (39 places).

En 2004, le département dispose de 462 places en entreprises adaptées réparties sur le territoire de la manière suivante :

- 352 places dans Tours et son agglomération
- 63 places dans le Nord Ouest Touraine
- 36 places dans le Nord-Est Touraine
- 11 places dans le Lochois.
- Le Chinonais ne dispose pas de places en entreprises adaptées.

2. Le public bénéficiaire de la loi du 10 juillet 1987

(source : Rapport d'activité PDETH 2004)

En 2003, 2.077 personnes sont bénéficiaires de la loi 10 juillet 1987, employées dans les 779 établissements du secteur privé assujetti à l'obligation d'emploi (1.977 pour l'année 2002). La part de travailleurs handicapés sur le nombre de salariés est de 5%. Les **jeunes de moins de 25 ans représentent 2,4%**.

3. Le point de vue des acteurs

L'accompagnement des adolescents et jeunes handicapés dans un parcours menant à l'insertion professionnelle est une mission reconnue, essentielle, partagée par tous les professionnels des institutions spécialisées ou de droit commun. Elle est aujourd'hui mise en oeuvre par les établissements spécialisés, notamment à partir des services de suite (10 établissements sur 16), mais également par les services non spécialisés, et les familles.

Dans cette démarche, l'approche professionnelle ne peut se suffire à elle-même. Penser pour un jeune son inscription dans un stage ou un éventuel emploi, oblige à penser dans le même temps les besoins et modalités en termes de transport, d'hébergement et d'accompagnement social.

L'insertion en général et l'insertion professionnelle en particulier constituent un processus qui s'inscrit dans le temps et suppose d'intégrer :

- l'émergence d'un désir, une implication du jeune,
- un travail au long cours et pas seulement à 18 ans ou 20 ans.

Plusieurs freins sont évoqués :

- *Culturels* : l'évolution des mentalités reste à travailler dans la société en général et chez les partenaires de l'insertion professionnelle, mais aussi chez les jeunes eux-mêmes en raison d'une insuffisante confiance et valorisation de leurs capacités.
- *Stratégiques* : les problématiques connexes (logement, transport) à l'insertion professionnelle sont travaillées de façon trop segmentée. Les besoins importants d'accompagnement, d'aide à l'entrée dans la vie active, à l'accès aux loisirs paraissent insuffisamment intégrés aux projets, y compris dans les échanges avec la famille.
- *Structurels* : les services de suite des établissements respectent la loi en ce qui concerne le suivi des jeunes à la sortie, mais il n'y a pas vraiment de travail d'accompagnement, l'action réalisée étant essentiellement centrée sur un contact ou point annuel.
- *Temporels* : de nombreux jeunes sont préparés à cette insertion beaucoup trop tard, en fin de parcours, des ruptures sont encore importantes à des moments charnières (20 ans par exemple) ; les stages sont parfois trop tardifs pour permettre une insertion professionnelle pertinente du jeune, toutefois il semble difficile de les programmer plus tôt, les jeunes n'étant pas prêts.

Dans le décloisonnement des approches, notamment pour les jeunes en établissement spécialisé ou UPI, l'utilisation du relais constitué par les Missions Locales est un support utile, tant sur le champ professionnel que sur les dimensions du logement, des transports, d'un tutorat Agefiph. Pourtant, ces dernières indiquent être peu sollicitées à ce stade, et rappellent leurs limites, comme l'absence de déplacement dans les entreprises.

La difficulté majeure et convergente est l'absence de réels débouchés, en travail ordinaire mais également en travail adapté ou protégé. Ainsi, malgré la diversité des stages mis en œuvre par les établissements spécialisés, y compris dans les entreprises du milieu ordinaire, les jeunes et les familles sont confrontés à des choix par défaut, à l'entrée dans la vie active. Les listes d'attente pour entrer dans une formation qualifiante, complémentaire de l'accompagnement médico-social, sont importantes et constituent un obstacle à la motivation. Les jeunes en intégration scolaire ont également des difficultés à trouver un emploi en milieu ordinaire. Ceci entraîne souvent, et par défaut, une orientation finale vers le milieu protégé.

De façon générale, se pose la question des relais d'accompagnement à l'insertion après l'âge de 20 ans, plus encore lorsqu'il s'agit de jeunes sortant des dispositifs de droit commun (UPI, SEGPA...)

La mutualisation des pratiques d'insertion, les liens entre structures, la connaissance réciproque, apparaissent comme les solutions à développer par les acteurs. Des difficultés sont à ce titre évoquées :

- La connaissance des ESAT est insuffisante, notamment pour les stages d'orientation qui peuvent commencer dès l'âge de 16 ans. Un manque d'information globale et ciblée concernant les activités des ESAT, le nombre de stage proposés...
- Le réseau d'accueil-insertion en milieu ordinaire et le réseau des établissements spécialisés communiquent trop rarement, la diffusion de l'information est peu développée.
- Les contacts existent entre établissements d'une même association, beaucoup moins entre les établissements spécialisés du territoire. Ils sont très peu développés avec les dispositifs d'insertion et les organismes d'accueil en milieu ordinaire. Néanmoins est notée l'existence de réseaux d'insertion professionnelle de proximité dans l'environnement des établissements.
- Les contacts sont insuffisants entre les établissements spécialisés et l'Éducation nationale.

Est évoqué le sentiment d'un fonctionnement par filières : celle des établissements spécialisés, celle de droit commun.

Il est regretté la fermeture en 2004 du Service d'Intégration Professionnel des Personnes Handicapées (SIPPH). Cette structure interinstitutionnelle avait pour mission de favoriser les passages entre CAT et Atelier Protégé, IME et milieu ordinaire, et permettait de créer du lien entre professionnels de ces structures. Le SIPPH était l'occasion d'une évaluation des capacités des jeunes, tant au niveau professionnel qu'au niveau social.

Au-delà de l'accompagnement à l'insertion professionnelle, l'aide à l'insertion sociale constitue le complément indispensable pour appréhender la réalité d'une vie globale, au-delà du travail (vie de la cité, loisirs hébergement...). Si l'insertion sociale est intégrée aux projets et travaillée en amont des sorties, les solutions et

réponses apparaissent toutefois trop ponctuelles, peu inscrites dans un parcours dans le temps. Est en jeu ici la question de l'autonomie des jeunes. Appréhendée comme une capacité à faire par soi-même, à décider, l'autonomie constitue un objectif parfois très éloigné. Elle se pose d'une façon très particulière dans les situations de plurihandicaps. L'incapacité physique ne doit pas faire oublier le développement personnel et la maturation possible de la personne et donc son autonomie psychique.

L'acquisition de l'autonomie est une action au long cours nécessitant des apprentissages et du développement dans le temps. Elle s'appuie sur le lien parents/jeunes/professionnels dans la prise mesurée d'un risque. L'autonomie se prépare mais s'acquiert essentiellement à travers l'expérimentation.

Plusieurs difficultés sont constatées :

- Les sollicitations en urgence de familles en détresse face à la prise en charge de leur enfant à domicile.
- Le maintien en institution (effets de l'amendement CRETON) sans pouvoir bénéficier d'expériences d'autonomie, par le logement par exemple.
- Le sentiment d'impasse lors de retour en famille faute de places en institutions relais.
- L'impossible droit à l'erreur dans l'expérimentation de l'autonomie : vécu comme un échec, il se solde en effet par une nouvelle situation d'attente sans perspectives.

Il est noté une insuffisante mise en commun des réseaux et outils existants, et une prédominance de l'expérimentation locale. Le lien SAVS-Établissements apparaît peu exploité alors qu'il permettrait de construire du relais anticipé et de s'inscrire dans une dynamique de « parcours ». Les difficultés peuvent se sur-ajouter en fonction de la situation géographique avec des problèmes de transport, d'hébergement, et finalement parfois, le lien quasi impossible entre travail et lieu de vie.

Sur la question des réseaux d'information, des liens à construire, là aussi, la Maison départementale des personnes handicapées est présentée et attendue comme le lieu susceptible de centraliser et dynamiser les acteurs.

Autre point abordé, l'accès aux loisirs, à la culture : si cette orientation constitue une priorité dans tous les projets, dans la réalité les familles inscrivent peu leurs enfants à des activités externes. C'est surtout avec et par les établissements ou services que les jeunes y ont accès. Parmi les constats :

- L'ouverture des structures sportives à l'accueil d'enfants handicapés.
- Une fonction de médiation particulièrement nécessaire pour les enfants ayant une difficulté à vivre en groupe.
- L'accès reste difficile pour les situations de handicap lourd, voire impossible en raison du besoin d'accompagnement spécifique.
- L'offre de lieux de vacances et centres aérés reste peu adaptée.
- Des inquiétudes liées à la sécurité lors d'interventions hors les institutions.

I. LES PRISES EN CHARGE SANITAIRES

1. Les orientations du SROS 3

Il est rappelé que « le secteur de pédopsychiatrie ne détient pas la réponse à lui seul. La politique de secteur passe par un partenariat étroit avec les autres acteurs et par des montages intersectoriels.

Développer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoces

Les actions :

- 1^{er} niveau : mise en place de consultations médico-psychologiques en périnatalité, par les professionnels de la pédopsychiatrie.
- 2^è niveau : développement des soins à domicile, outil permettant d'apprécier globalement la situation au sein des familles en difficulté, tant sur le plan médical et social.
- 3^è niveau : création d'unités d'hospitalisation à domicile en psychiatrie périnatale.
- 4^è niveau : création d'unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé pour les cas nécessitant l'hospitalisation complète de la mère.

Diversifier les modes de prise en charge et les adapter aux besoins

Les actions

- Développer la prise en charge ambulatoire en améliorant la répartition sur chaque département.
- Créer des structures alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier pour les adolescents : centres d'accueil temporaire à temps partiel, hôpitaux de jour... y compris le cas échéant par reconnaissance de places en clinique psychiatrique privée.
- Intégrer les approches familiales et environnementales en développant les modalités et les lieux d'accueil centrés sur la famille : soutien aux parents, guidance, thérapie familiale.
- Adapter la prise en charge à temps complet aux besoins en proposant des modalités variées : en pédopsychiatrie, en pédiatrie, dans un autre service somatique par le biais de la psychiatrie de liaison, en séjour de rupture, en hospitalisation de jour associée à un accueil familial thérapeutique...

Permettre le maintien et le développement de l'insertion scolaire

Les actions :

- Mise à disposition d'enseignants intervenant dans les services d'hospitalisation.
- Scolarisation à mi-temps en milieu scolaire, en complément d'une prise en charge psychiatrique en hôpital de jour à temps partiel.
- Mise en place de classes d'insertion accueillant des adolescents présentant un refus scolaire anxieux et rattachés à un hôpital de jour.
- Hospitalisation en établissement psychiatrique public ou privé en favorisant le maintien d'une activité scolaire ou d'une formation professionnelle.
- Création d'un service régional de soins-études dans une ville universitaire offrant un plateau technique pédagogique complet ».

Développer le partenariat :

- Entre la pédopsychiatrie et le champ social et médico-éducatif
Le développement du partenariat sera facilité par la mise en place de réseaux et la conclusion de conventions. Il est préconisé d'expérimenter dans un département pilote la mise en place d'une unité mobile (équipe composée de psychologues, éducateurs ou infirmiers), à vocation départementale, apportant une aide à toute institution en difficulté pour gérer les situations de crise avant qu'elles ne deviennent des urgences.
- Au sein du champ sanitaire, entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale : il est recommandé de fixer par voie de protocole interne (au sein d'un même établissement) ou de convention inter-établissements, les modalités de collaboration entre les équipes de pédopsychiatrie et les équipes de psychiatrie générale, ainsi que les modalités d'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie en pédiatrie, notamment dans le cadre de la psychiatrie de liaison mais aussi pour la prise en charge des répercussions des pathologies graves des enfants hospitalisés.
- Soutenir les intervenants : dédier des moyens pour soutenir des demandes de formation, après identification des besoins. Adapter la formation médicale et paramédicale aux besoins.
- Renforcer les moyens : les moyens nouveaux doivent être équitablement répartis entre la mise en place de structures nouvelles et le renforcement des activités existantes.

2. Les prises en charge sanitaires

a) Le service de soins de suite pédiatriques (hôpital Clocheville)

Auparavant pouponnière sanitaire, la capacité du service de soins de suite pédiatriques est de 13 lits et places : 8 lits en hospitalisation à temps plein et 5 places en hospitalisation à temps partiel. Le service accueille des enfants polyhandicapés, atteints de pathologies particulièrement sévères associant des troubles respiratoires graves, de troubles neurologiques et des risques infectieux sévères. Ils sont hospitalisés en permanence, certains âgés de 3 à 4 ans ne sont jamais rentrés à domicile.

Actuellement, une trentaine d'enfants polyhandicapés de moins de 6 ans sont suivis par le service de soins et suite et/ou par le CAMSP de Clocheville. Le service n'est pas équipé pour accueillir les enfants au-delà de 4 ans. Ils doivent être orientés vers des établissements médico-sociaux, de type IME, tout en maintenant des liens avec l'hôpital pour des soins en relation avec leur pathologie. Les enfants ayant des troubles pédo-psychiatriques sont orientés vers le service de soins psychiatriques pour les enfants polyhandicapés à Saint Benoît La Forêt.

b) La pédopsychiatrie

Les 54 places recensées dans l'Indre et Loire concernent toutes l'hospitalisation partielle. Le CH du Chinonais dispose de 20 places et le CHRU de Tours de 34 places.

3 intersecteurs desservent la population des moins de 16 ans de l'Indre et Loire :

	Hôpital de rattachement	Lits	Hospitalisation de jour	CMP
I 01	CHIC d'Amboise Château-Renault	0	0	1 à Amboise 1 à Château-Renault 1 à Tours 1 à Loches 1 à Bléré
I 02	CHRU de Tours	0	34 places à l'hôpital de Bretonneau	1 à Tours
I 03	CH du Chinonais	0	20 places à Joué-lès-Tours	1 à Chinon 1 Joué-lès-Tours

Source : DDASS

Le CHRU de Tours

Le CHRU de Tours est un service hospitalo-universitaire dont la principale structure se situe sur le site Bretonneau à Tours. À proximité, se trouve également l'hôpital pédiatrique (site de Clocheville), juridiquement rattaché au CHU. Il existe par ailleurs un CAMSP sur le site de Clocheville, dans lequel la pédopsychiatrie intervient.

L'hôpital de jour

- En 2004 :
- 34 places
 - taux d'occupation : 93,7%
 - garçons : 85%
 - filles : 15%

Hospitalisation de jour (nombre de journées)		
2002	2003	2004
5.761	5.642	6.276

Source : rapport d'activité CHU Tours

Entre 2002 et 2004, le nombre de journées en hospitalisation de jour a augmenté de 515, soit 9%.

L'activité ambulatoire

Elle a augmenté entre 2002 et 2004. Tous les types de soins sont concernés par cette évolution et plus particulièrement les soins en CMP.

Nombre de journées de prise en charge			
	2002	2003	2004
- Soins en CMP	5.942	5.806	7.173
- Soins et interventions à domicile	158	171	358
- Soins et interventions en unités d'hospitalisation somatique	781	873	1.160
- Soins et interventions en établissement médico-éducatif	5	6	6
- Soins et intervention en PMI	86	56	98
- Soins et interventions en milieu scolaire	82	114	196
Total	7.054	7.026	8.991

Source : rapport d'activité CHU Tours

Le Centre de ressources autisme du CHU

Créé en 2000, le Centre de Ressources Autisme (CRA) est un service du CHU relevant du secteur médico-social. Installé auprès des services du CHRU de Tours, sa vocation est interrégionale (Centre, Poitou-Charentes, Limousin). Il produit une activité de bilans, de diagnostics et d'élaboration de programmes thérapeutiques. Les enfants sont ré-adressés à leur secteur d'origine après le bilan.

Le CRA fait partie d'un plateau technique de pédopsychiatrie au CHRU qui associe le service de jour, le secteur ambulatoire (hôpital Bretonneau, hôpital d'enfants de Clocheville), et la pédopsychiatrie du CAMSP de l'hôpital pédiatrique. Les données chiffrées de l'activité ambulatoire et du service de jour montrent, comme les années précédentes, que l'activité du CRA au bénéfice du département est voisine de 30%.

La file active en 2004 est de 151 enfants, dont 34 filles et 117 garçons. Elle augmente régulièrement depuis 2001.

Évolution de la file active				
	2001	2002	2003	2004
File active globale	89	98	123	151
Région centre	68	75	85	108
Poitou-Charentes	17	16	32	39
Limousin	1	3	3	2
Hors région	3	4	3	3

Source : rapports d'activité CRA

Le Centre hospitalier intercommunal d'Amboise Château-Renault (CHIC)

En 2004, la file active est de 1.307 enfants, soit une légère baisse par rapport aux années 2002 et 2003.

Évolution de la file active		
2002	2003	2004
1.342	1.333	1.307

Source : rapports d'activité CHIC

En 2004, les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 48% de la file active : leur part a augmenté de 4 points par rapport à 2002.

	2002		2003		2004	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
- 5 ans	147	11	154	11,6	131	10
5-9 ans	599	44,6	613	46	628	48
10-14 ans	432	32,2	392	29,4	406	31
15-19 ans	118	8,8	108	8,1	87	7
20 ans et +	46	3,4	66	4,9	55	4
Total	1.342	100	1.333	100	1.307	100

Source : rapports d'activité CHIC

Entre 2002 et 2004, la file active a augmenté sur les secteurs d'Amboise et de Château-Renault, diminué sur les secteurs de Loches et Tours, elle est restée stable sur Bléré.

	File active 2002	File active 2003	File active 2004
Amboise	205	226	239
Bléré	65	65	64
Château-Renault	206	190	211
Loches	177	157	166
Tours	689	695	627
Total	1.342	1.333	1.307

Source : rapports d'activité CHIC

Pour Château-Renault et Loches, un nombre important de patients hors secteur et/ou hors département est constaté, il est lié à la localisation géographique des CMP (ex : les enfants domiciliés à Authon (41) viennent consulter à Château-Renault plutôt qu'à Vendôme).

c) Le Centre Hospitalier du Chinonais

En 2004, la file active est de 1.274 enfants, représentant une diminution de près de 100 enfants par rapport aux années 2002 et 2003.

	File active		
	2002	2003	2004
	1.348	1.364	1.274

Source : rapports d'activité CH Chinonais

En 2004, les enfants âgés de 5 à 9 ans représentent 38,5% de la file active. La répartition par tranche d'âge a peu évolué entre 2002 et 2004.

Répartition par tranche d'âge						
	2002		2003		2004	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
- 5 ans	294	21,8	287	21	285	22,4
5-9 ans	501	37,2	499	36,6	491	38,5
10-14 ans	425	31,5	451	33,1	391	30,7
15-19 ans	124	9,2	121	8,9	98	7,7
20 ans et +	4	0,3	6	0,4	9	0,7
Total	1.348	100	1.364	100	1.274	100

Source : rapports d'activité CH Chinonais

d) Le service de soins psychiatriques pour enfants polyhandicapés

Cette unité pour enfants polyhandicapés est située au sein du CH du Chinonais à Saint Benoît la Forêt, elle comprend 40 lits :

- 12 lits en hospitalisation complète,
- 8 lits en hospitalisation partielle,
- 20 places en hôpital de jour.

En 2003, la file active est de 38 enfants.

68% des enfants pris en charge sont âgés de 5 à 9 ans.

De 2002 à 2004, le nombre de journées en hospitalisation de jour mais surtout en hospitalisation complète augmente, tandis que celui en hôpital de jour diminue.

Répartition par tranche d'âge				
	2002		2003	
	Nombre	%	Nombre	%
- 5 ans	5	14,7	5	13,2
5-9 ans	23	67,7	26	68,4
10-14 ans	5	14,7	6	15,8
15-19 ans	1	2,9	1	2,6
Total	34	100	38	100

Source : rapports d'activité CH Chinonais

Nombre de journées effectuées			
	2002	2003	2004
Hospitalisation complète	2.749	2.983	3.363
Hospitalisation Semaine	397	204	206
Hôpital de jour	3.682	3.428	2.898

Source : rapports d'activité CH Chinonais

La coordination départementale en psychologie clinique de l'adolescence (consultations et bilans)

Rattachée au CH du Chinonais, elle est depuis peu installée à Tours. La file active en 2004 est de 332 enfants.

L'unité d'hospitalisation pour adolescents

Elle comporte 12 lits depuis peu (auparavant 7 lits), et est située à la clinique psychiatrique universitaire (CPU) à Saint Cyr sur Loire.

e) La psychiatrie adulte

Le taux d'équipement

L'Indre et Loire enregistre un taux d'équipement en psychiatrie pour adultes de 1,56‰ habitants âgés de plus de 16 ans. Le département dispose de 702 lits et places tous équipements confondus. 66% des lits et places se situent dans des établissements publics, 34% dans des cliniques privés.

Concernant le secteur public, le taux d'équipement en hospitalisation complète est de 0,74‰ habitants âgés de plus de 16 ans. Le taux d'équipement départemental en places d'hospitalisation de jour est de 0,29‰.

La prise en charge

Il existe 7 secteurs de psychiatrie générale :

- 4 secteurs : CHRU de Tours
- 1 secteur : CHIC d'Amboise Château-Renault
- 1 secteur : CH du Chinonais
- 1 secteur : CH de Loches

La prise en charge est mise en œuvre :

- soit en hospitalisation temps plein,
- soit en hospitalisation à temps partiel : hôpital de jour et accueil thérapeutique à temps partiel,
- soit en ambulatoire : centres médico-psychologiques.

Hôpital de rattachement	Service d'hospitalisation	Hôpital de jour	CMP
CHRU de Tours	1 service à l'hôpital Bretonneau à Tours : 54 lits	28 places à l'hôpital Bretonneau dont 5 dans le service familial thérapeutique	1 à Tours Nord
CHRU de Tours	1 service à la clinique psychiatrique (CPU) à Saint Cyr sur Loire (48 lits)	20 places à la CPU	1 à Tours Centre
CHRU de Tours	2 services au centre psychothérapeutique de Tours sud (CPTS) à Chambray les Tours (60 et 54 lits)	20 places à Tours 10 places à Joué-lès-Tours	1 à Tours (Sanitas) 1 à Joué-lès-Tours
CHIC d'Amboise Château-Renault	60 lits à l'hôpital Château-Renault	15 places à Château-Renault	1 à Amboise 1 à Château-Renault
CH du Chinonais	60 lits à l'hôpital à Saint Benoît la Forêt	30 places à Chinon	1 à Chinon
CH de Loches	0	15 places à Loches	1 à Loches
Total	336 lits	133 places	

Source : DDASS

Seuls deux secteurs disposent d'une structure « CATTP ». Les autres secteurs organisent un accueil à temps partiel à partir des CMP ou des sites d'hospitalisation à temps complet.

Le département est doté de 4 cliniques privées totalisant 236 lits :

- Clinique du Val de Loire à Beaumont la Ronce (Nord de Tours) 50 lits
- Clinique de Champgault à Esvres (Sud de Tours) 35 lits
- Clinique à Esvres de Vontes (Sud de Tours) 100 lits
- Clinique de Monchenain à Esvres (Sud de Tours) 51 lits.

PARTIE 4. LES PROBLÉMATIQUES TRANSVERSALES

A. LES ENFANTS À LA FRONTIÈRE DES DISPOSITIFS

Environ 252 enfants ou jeunes relèvent d'une mesure de prévention ou de protection de l'enfance, soit près de 17% de l'effectif des établissements et SESSAD : 65 enfants ou jeunes relèvent d'une mesure judiciaire, 39 d'une mesure administrative et 148 sont confiés à l'ASE. Tous les types d'établissement ou SESSAD sont concernés, avec néanmoins une large représentation dans les établissements DI et TC.

- 221 sont accueillis dans les établissements
- 31 dans les SESSAD.

Nombre d'enfants relevant d'une mesure de prévention et de protection de l'enfance

Type de mesure	IME	ITEP	IEM	EME	UES	IRECOV	Total	SESSAD
AEMO Judiciaire	21	25	1			3	50	15
AED	21	9	2			3	35	4
Enfant confié à l'ASE	72	60	1	2	1	-	136	12
Autres	-	7	-	-	-	-	4	5

Source : questionnaires

B. LE POINT DE VUE DES ACTEURS

Selon une étude menée en 2003 sur le département, 12% des enfants sont pris en charge à la fois par l'éducation spéciale et par l'ASE. Ce chiffre s'élève à 13% en 2005. Le décalage entre l'expression des besoins et l'adaptation des structures a été plusieurs fois abordé comme cause/conséquence du maintien en dehors des dispositifs de nombre de jeunes. Les délais d'adaptation des structures apparaissent très longs au regard de l'urgence des besoins.

Notons enfin que les questions de qualification des personnels, de la structure des organigrammes et de la formation sont évoquées comme des questions centrales à prendre en compte dans les évolutions à conduire.

Les établissements ont cherché et cherchent des façons de faire face aux situations d'attente quand les orientations adaptées n'ont pu se mettre en place. Les exclusions sont beaucoup plus rares et utilisées essentiellement lorsque la vie des groupes est en danger. Cette tolérance a ses propres limites et contribue à bloquer le dispositif en termes de places disponibles.

Les séjours dits de « rupture » se pratiquent plus largement, permettant d'éviter la crise avec souvent comme seule issue l'exclusion. Mais organiser ces séjours revient à trouver un autre lieu d'accueil, et ce sont souvent les réseaux personnels qui permettent d'aboutir.

La prise en charge partagée est tentée avec succès par certains. L'idée fait son chemin et les résultats apparaissent plutôt satisfaisants.

L'accueil dit séquentiel est également une pratique jugée très intéressante, particulièrement dans les situations de handicap lourd où les familles sont très engagées dans la prise en charge de leur enfant.

C. L'ARTICULATION ET LES COOPÉRATIONS

Les acteurs se situent naturellement comme demandeurs et facilitateurs d'une « bonne coopération », avec pour premier objectif l'accompagnement partagé, ou articulé, des étapes du parcours des enfants ou adolescents handicapés. L'enjeu est ici de passer d'une « logique interne » ou logique de structure, à une « logique de trajectoire » ou logique de service.

Cette approche est souhaitée par tous et expérimentée par certains, avec le constat de progressions en la matière :

- La coordination entre établissements scolaires et services de soins (CMPP, CMP...), par exemple, est facilement mise en place.
- Les transitions entre établissement sont organisées, même s'il reste à résoudre la question de la continuité du parcours d'un jeune sur du long terme.
- À la suite du schéma départemental de protection de l'enfance, une instance de coordination pour la résolution de situations difficiles vient d'être créée. Ce lieu multi-partenarial vise à rassembler les représentants d'institutions (Éducation nationale, justice, psychiatrie, URIOPSS, Sauvegarde...) autour des situations les plus problématiques, afin de définir des projets complémentaires. Cette instance, qui doit se réunir 3 fois par an, apparaît vraiment utile et à faire connaître.
- Des dispositifs expérimentaux sont parfois à la base de coopérations : sont ainsi présentées les classes-relais et la construction autour de situations difficiles (rupture, exclusions, problématiques croisées). Parfois, les situations de crise favorisent la mobilisation et les articulations.

Si le souci de se coordonner est effectif, la question des moyens et des réponses adaptées serait pour les acteurs une difficulté importante. La coopération ne va pas de soi et quand elle est là, elle est considérée comme une étape transitoire (par

exemple un jeune en IME la journée et en MECS le soir, pour une période donnée). Elle fonctionne quelque temps, mais conduit systématiquement à une demande de prise en charge par un seul établissement.

Le lien protection de l'enfance / secteur médico-social concerne les prises en charge conjointes. L'articulation et la circulation de l'information semblent difficiles. L'indication médico-sociale pose parfois des difficultés territoriales : un jeune intègre un établissement mais il est difficile de trouver une famille d'accueil à proximité. Par ailleurs, le changement de famille d'accueil décidé à l'ASE n'a pas forcément fait l'objet d'une concertation, tant avec le secteur médico-social qu'avec l'Éducation nationale.

Le lien entre les champs médico-social et sanitaire révèle les difficultés les plus importantes :

- des services de soins aujourd'hui saturés, en raison d'interventions dans les écoles. Le problème de gestion du temps devient crucial.
- il apparaît difficile voire impossible d'identifier le nombre d'enfants bénéficiant d'une prise en charge à la fois médico-sociale et sanitaire.
- Les pédopsychiatres ou psychiatres sont souvent peu impliqués dans les lieux de concertation, souvent par manque de temps.

La culture de la coopération se heurte à l'approche sectorielle. Chaque spécialiste pense et agit de son côté sans concerter l'ensemble des acteurs. Il manque à ce titre un référent coordinateur dans les situations croisées. Les légitimités professionnelles perdurent et constituent un frein (par exemple les médecins souhaitent ne s'articuler qu'avec les médecins). La question du secret professionnel reste toujours un point d'achoppement.

Des éléments structurels, des plus positifs aux plus problématiques, sont posés par les acteurs, sur le thème de la coopération :

- L'implication forte, dans le champ médico-social de l'Éducation nationale, et l'importante intégration scolaire, inscrite dans une tradition départementale.
- Le rôle de l'instance de décision mais également d'articulation que constituait la CDES et aujourd'hui la CDAPH.
- Un partenariat prioritaire encore à construire de manière stable : entre l'ASE, l'Éducation nationale et l'éducation spéciale,
- Des découpages territoriaux qui se superposent et ne sont pas cohérents (intersecteurs en psychiatrie, unités territoriales de l'ASE ou du SSD, secteurs judiciaires, ZEP de l'Education nationale...).

PARTIE 5. LES BESOINS DU SECTEUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

A. LES BESOINS EN PLACES D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

1. La liste d'attente

52 enfants sont en attente de place en établissements, notamment :

- 21 enfants en attente de place en établissement pour déficients intellectuels,
- 22 enfants en attente de place en établissement accueillant des enfants atteints de troubles du comportement.

Les listes d'attente concernent surtout les SESSAD puisque **128** enfants sont en attente de place. Les 3 principaux types de SESSAD concernés :

- ceux accueillant des déficients intellectuels (63),
- ceux pour des enfants atteints de troubles du comportement (36),
- ceux accueillant des enfants porteurs de troubles du langage (20).

Liste d'attente par type d'établissement

	Liste d'attente
Annexes XXIV DI	21
Annexes XXIV TC	22
Annexes XXIV BIS	4
Annexes XXIV TER	2
Annexes XXIV QUATER TL	3
Annexes XXIV QUATER	0
Annexes XXIV QUINQUIES	0
Total	52

Source : CDES (Document préparatoire au schéma)

Liste d'attente par type de SESSAD

	Liste d'attente
Annexes XXIV DI	63
Annexes XXIV TC	36
Annexes XXIV BIS	5
Annexes XXIV TER	0
Annexes XXIV QUATER TL	20
Annexes XXIV QUATER	4
Annexes XXIV QUINQUIES	0
Total	128

Source : CDES (Document préparatoire au schéma)

2. Les jeunes relevant de l'amendement CRETON

À la rentrée scolaire 2005-2006, 75 jeunes adultes étaient maintenus dans les établissements pour enfants, au titre de l'amendement Creton, dont la majorité (55) en IME.

Type d'établissement	Nombre
IME	55
UES	5
ITEP	5
IEM	5
EME	5
Total	75

Source : questionnaires

Fin 2002	Fin 2003	Fin 2004	Fin 2005
76	83	91	75

Source : DDASS (Rapport d'activité) et CDES (Document préparatoire au schéma)

3. Jeunes hors département accueillis dans les établissements du 37

À la rentrée 2005-2006, 70 enfants non originaires du département sont accueillis en Indre et Loire : 65 en établissements dont 51% en IME, et 5 en SESSAD. Ils représentent **6%** du total des enfants accueillis dans les établissements et services.

	Nombre
IME	33
UES	0
ITEP	7
IEM	6
EME	8
Institut déficients sensoriels	11
SESSAD	5
Total	70

	Établissement	SESSAD
Cher	2	-
Loiret	3	-
Indre	4	-
Loir et Cher	18	2
Maine et Loire	13	1
Sarthe	5	-
Nièvre	1	-
Vienne	4	2
Sans précision	15	-
Total	65	5

Source : questionnaires

4. Jeunes originaires du 37 accueillis hors département

Pour l'année 2005-2006, 50 enfants originaires d'Indre et Loire étaient accueillis hors du département, dont 31 dans un département limitrophe. Les orientations par établissements :

- 13 orientations en établissements pour déficients auditifs,
- 13 orientations en IEM,
- 9 en IME,
- 8 en ITEP,
- 7 en établissements pour déficients visuels.

Enfants accueillis hors département

	Année 2000-2001	Année 2005-2006
Ét. déficients auditifs	48	13
Et. déficients visuels		7
ITEP	29	8
IEM	19	13
IME	15	9
Total	111	50

Source : CDES

Localisation des départements d'admission

	Année 2000-2001	Année 2005-2006
Départements limitrophes (36, 41, 49, 86)	27	31
Autres	84	19 dont : - 6 dans le Cher (18) - 9 dans le Loiret (45) - 4 en Haute-Vienne (87)
Total	111	50

Source : CDES