

CREAHI d'Aquitaine



**Projet de
transformation de l'ITEP
Plein Air à Andernos**

Etude d'opportunité

**Septembre 2005
Mise à jour Juillet 2009**

103 ter, rue Belleville
33063 BORDEAUX CEDEX
Téléphone : 05 57 01 36 50
Télécopie : 05 57 01 36 99
info@creahi-aquitaine.org
www.creahi-aquitaine.org

Etude réalisée pour :
L'ITEP Plein Air
32, av. de Bordeaux 33150 ANDERNOS
Association des PEP de la Gironde

Projet de transformation de l'ITEP Plein Air

Etude d'opportunité

Etude réalisée par **Bénédicte MARABET**
Conseillère technique
CREAHI d'Aquitaine

Septembre 2005
Mise à jour juillet 2009

Sommaire

Introduction avec mise à jour 2009	3
1. Les politiques d'intégration : le contexte national avec mise à jour 2009	6
2. Le contexte girondin	9
2.1 - Les recommandations du schéma départemental de l'enfance handicapée de la Gironde avec mise à jour 2009	9
2.2 – L'offre médico-sociale pour les jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement avec mise à jour 2009	10
2.3- Le Bassin d'Arcachon : aspects socio-démographiques avec mise à jour 2009	13
2.4 – Les dispositifs du Bassin contribuant à la prise en charge des enfants ayant des troubles du caractère et du comportement	17
2.4.1 – L'Education nationale	17
2.4.2 – La pédopsychiatrie	18
2.4.3 – Les structures médico-sociales	19
3. La population prise en charge à l'ITEP Plein Air	20
3.1 – Les jeunes admis à l'ITEP Plein-Air depuis 1999	20
3.1.1 – Age des jeunes admis depuis 1999 avec mise à jour 2009	20
3.1.2 - Origine géographique	24
3.1.3 - Les prises en charge pédopsychiatriques ou médico-sociales antérieures	24
3.1.4 - Les prises en charge à caractère social	25
3.1.5 – L'intégration scolaire	26
3.2 – Le devenir des jeunes sortis entre 1998 et 2004	26
3.2.1 – Age des jeunes	26
3.2.2 – Origine géographique	27
3.2.3 - Cadre de vie	28
3.2.4 – Prise en charge	29
3.2.5 – Activité	30
3.2.6 - Bilan	32
3.3 – Les attentes des familles	33
3.3.1 - Conditions de réalisation de l'enquête	33
3.3.2 – Les éléments recueillis	33
4. Opportunité du projet de transformation de l'ITEP Plein Air et attentes des partenaires	36
4.1 - Secteur et modalités d'intervention	37
4.2 - Développement de partenariat	39
4.3 - Rôle et place du SESSAD dans le dispositif médico-social	39
4.4 – Le pôle insertion	41
4.5 – Note indicative sur le plateau technique d'un SESSAD mise à jour 2009	44
5. Essai d'évaluation quantitative	46
5.1 – La CDES avec mise à jour 2009	46
5.2 – La CCPE Arcachon-Nord avec mise à jour 2009	46
5.3 – La Pédopsychiatrie (secteur 3) avec mise à jour 2009	46
Conclusion avec mise à jour 2009	51
Bibliographie	53
Annexes	56

Introduction

L'ITEP Plein Air, situé à Andernos et géré par les PEP de la Gironde, prend en charge 35 jeunes, garçons et filles, de 6 à 16 ans. L'accueil se fait en internat (15 places) et en semi-internat (20 places).

L'ITEP fait le constat qu'au moment de l'admission, qui intervient de plus en plus tardivement, les enfants sont en très grande souffrance et, qu'auparavant, ils n'ont souvent bénéficié d'aucun soutien.

Par ailleurs, à l'issue de la prise en charge à l'ITEP, face à des jeunes qui se trouvent souvent sans solution, l'équipe estime qu'un accompagnement plus soutenu des parcours d'insertion sociale et professionnelle serait nécessaire pour les rendre plus efficaces.

Saisissant l'opportunité créée par la parution du décret¹ transformant les IR en ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique), l'ITEP d'Andernos a pour projet de réorganiser son offre de service.

Deux nouvelles modalités de prise en charge pourraient être proposées :

- ⇒ **un SESSAD pour les enfants de 4-8 ans** pour les accompagner dans les cycles 1 et 2² de scolarité avec, comme objectif, la prévention de l'échec scolaire ainsi que de la prise en charge en institution. En parallèle, un décalage des âges d'agrément à l'ITEP des 6-16 ans vers les 8-18 ans sera demandé... L'orientation en ITEP ne serait alors mise en œuvre que si les réponses en milieu ordinaire s'avèrent inadaptées et insuffisantes
- ⇒ **un renforcement de l'accompagnement des jeunes de 16 à 18 ans après leur prise en charge institutionnelle**, dans le cadre de prestations bien distinctes du reste de l'activité de l'ITEP. L'accompagnement du retour en milieu ordinaire (en CFA, lycée professionnel...) et la mise en lien des différents partenaires autour des jeunes sont considérés comme indispensables pour améliorer leurs trajectoires.

Les hypothèses envisagées pour mettre en place ces nouvelles prestations consisteraient à :

- conserver les places offertes en internat,
- créer 6 places de service d'accompagnement dans un **pôle insertion** par redéploiement de 3 places de semi-internat,
- créer ex nihilo 10 places de **SESSAD**.

La nouvelle configuration permettrait de prendre en charge 48 jeunes au lieu de 35. Il y aurait, certes, une baisse légère de la capacité d'accueil globale au sein de l'institution mais l'équipe de l'ITEP fait l'hypothèse que si le SESSAD remplit son rôle de prévention, il y aura un effet à la baisse sur les demandes de prise en charge institutionnelle.

¹ Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 qui va conduire ces établissements à revoir leurs conditions techniques d'organisation et de fonctionnement

² Cycle I : cycle des apprentissages premiers correspondant aux petite et moyenne sections de maternelle

Cycle II : cycle des apprentissages fondamentaux correspondant à la grande section de maternelle, au CP et au CE1

	Configuration actuelle de l'ITEP	Nouvelle configuration après restructuration
Internat	15	15
Semi-internat	20	17
Pôle Insertion	-	6
SESSAD	-	10
Nombre total de jeunes	35	48

Dans ce contexte, l'ITEP d'Andernos, souhaitant continuer sa réflexion et affiner son projet par rapport aux besoins et au contexte local de manière pertinente, a sollicité le CREAHI d'Aquitaine pour l'accompagner dans cette démarche.

Le CREAHI a réalisé une étude afin de vérifier l'opportunité de mettre en place ces nouvelles offres de service en fonction :

- de l'existence sur le secteur pressenti d'usagers potentiels pour ces types de service
- des attentes des partenaires de ces futurs services
- des orientations politiques d'action sociale et de santé que souhaite mettre en œuvre la DDASS de la Gironde au regard des orientations édictées au niveau national
- de l'équipement apportant déjà des réponses sur ce secteur avec la nécessité d'y articuler les nouvelles réponses, dans une logique de complémentarité.

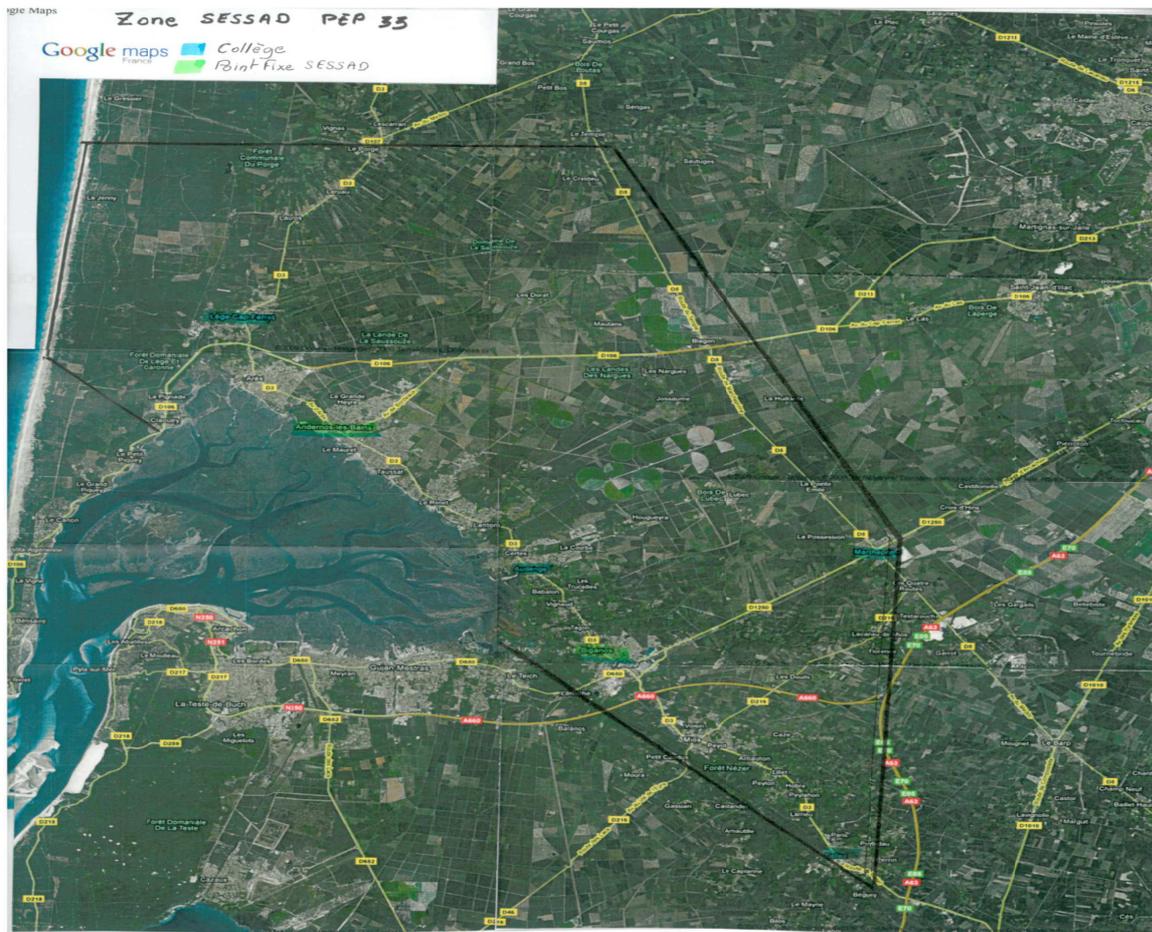
Les éléments recueillis ont permis de préciser les besoins sur le secteur et d'envisager l'organisation d'une nouvelle offre de service pour cet ITEP.

En 2009, 4 ans après la réalisation de cette étude, le projet de SESSAD de l'ITEP Plein Air reste toujours d'actualité même s'il comporte quelques évolutions.

Ce nouveau service accueillera 12 enfants et adolescents âgés de 6 à 16 ans et aura pour objectif de répondre aux besoins d'accompagnement des jeunes n'en bénéficiant pas, d'améliorer l'équipement du Nord du Bassin et du Val de l'Eyre ainsi que de prendre en compte les recommandations du schéma départemental Enfance handicapée de la Gironde 2007-2011 (sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement).

Ces 12 places seront créées par le redéploiement de 5 places de semi-internat. L'ITEP Plein Air conservera donc 30 places, 15 en internat et 15 en semi-internat. En termes de situations suivies, l'offre actuelle passera de 35 à 42.

Ce SESSAD serait implanté sur le site d'Andernos avec une antenne à Biganos (cf. page suivante la carte aérienne de la zone d'activité du SESSAD).



1. Les politiques d'intégration : le contexte national

Depuis plusieurs années, **les politiques publiques d'action sociale et médico-sociale mettent l'accent** sur l'intégration des personnes handicapées dans la société et plus particulièrement sur **l'intégration scolaire des jeunes handicapés ou inadaptés en milieu ordinaire**. Les jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement sont, bien sûr, au même titre que les autres, concernés par ces politiques.

■ Dès la réforme des annexes XXIV en 1989, la recherche du maintien dans le milieu ordinaire ou de conditions de prise en charge favorisant le contact avec ce milieu était mise en avant : *« toutes les fois que cela est possible, les enfants et adolescents demeurent hébergés dans leur famille... et sont pris en charge à temps plein ou partiel dans un établissement de scolarisation ordinaire... »*³

■ Plus tard, en 1999, à la suite d'une mission conjointe de l'Inspection Générale de l'Education Nationale et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, un **rapport sur l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés**⁴ a mis en évidence des faiblesses importantes dans la mise en œuvre des politiques d'intégration scolaire, voire des dysfonctionnements.

Des préconisations ont été faites pour donner un nouvel élan à cette politique :

- augmenter très significativement le nombre d'enfants et d'adolescents bénéficiant d'un service de type SESSAD
- accroître et améliorer les intégrations collectives ou individuelles

■ La même année, un rapport de l'IGAS sur les IR⁵ recommandait de *« réaffirmer les orientations ministérielles liées à la réforme de 1989 concernant les objectifs d'intégration en milieu ordinaire de scolarisation, de proximité de la famille, de prise en charge ouverte et coordonnée »*. Dans ce même rapport, les auteurs regrettaient *« une prédominance de la formule en internat au détriment des services en milieu ouvert tels les SESSAD »*.

■ Toujours en 1999, l'Education nationale, rappelant les principes et les modalités de la mise en œuvre de l'obligation éducative et la nécessité de développer les actions d'intégration individuelle et collective, instituait, dans une circulaire, **les groupes Handiscol**⁶.

La mission assignée à ces groupes est, dans chaque département, de favoriser et d'accompagner la politique d'intégration et de **développer la complémentarité entre milieu ordinaire et milieu médico-social**. Le guide Handiscol⁷ remarque : *« Dans les établissements spécialisés, on trouve des équipes médicales, paramédicales et éducatives qui apportent [...] à chaque enfant dans le cadre de son projet, les actions qui lui permettent de réduire les effets de sa déficience ou de lui apporter des moyens de la compenser, au moins partiellement. Si l'enfant est intégré dans une école, un collège ou un lycée, **il est indispensable que ces soins et rééducations puissent également être assurés** »*.

³ Annexes XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989, art. 6

⁴ Pierre NAVES, Mireille GAÜZERE, Claire TROUVÉ pour l'IGAS et Bernard GOSSOT, Claude MOLLO pour l'IGEN - rapport n° 1999043, mars 1999, 89 pages + annexes

⁵ M. GAGNEUX, P. SOUTOU « Rapport sur les instituts de rééducation », n° 1999.006, Inspection générale de l'action sociale, janvier 1999, 77 pages + annexes

⁶ circulaire n° 99-188 du 19 novembre 1999 parue au BOEN n°42 du 25 novembre 1999

⁷ Handiscol : Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, Ministère de l'Education nationale, la recherche et la technologie

En Gironde, les conclusions d'un groupe de réflexion Handiscol' en vue d'améliorer l'accessibilité à la formation professionnelle⁸, rendues publiques en 2005, désignent, dans cette mission, le **SESSAD comme partenaire de l'Education nationale** et plus particulièrement des équipes pédagogiques pour :

- élaborer, avec le jeune, un projet préalable d'entrée en formation
- établir un diagnostic individuel des compétences et difficultés du jeune
- formaliser le projet de formation et assurer coordination et régulation

■ En 2002, dans son rapport « **Compensation du handicap : le temps de la solidarité** »⁹, le sénateur Blanc saluait les progrès accomplis en matière de création de SESSAD mais estimait que les efforts devaient être poursuivis pour répondre aux besoins d'accompagnement des élèves intégrés.

■ En 2003, un rapport de l'IGEN sur les élèves en difficulté au collège¹⁰ soulignait « *la corrélation des difficultés d'apprentissage proprement dites avec des difficultés d'une autre nature* » notamment liée « *à la personnalité propre de l'élève ou à son environnement* ». Les auteurs remarquaient que pour ces situations « *la remédiation n'est pas toujours nécessairement de nature pédagogique* » et qu'elle pourrait être plus efficace « *si elle était engagée en complémentarité avec d'autres partenaires et associait enseignants, éducateurs et personnels de santé et sociaux* ».

■ En janvier 2005, le décret sur les ITEP¹¹ vient préciser les missions de ces établissements, parmi lesquelles :

- mettre en place des accompagnements susceptibles de mobiliser les jeunes pris en charge pour aller vers leur autonomie,
- promouvoir leur intégration notamment en matière de formation générale et professionnelle

■ En février 2005, la nouvelle loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹² comporte plusieurs articles consacrés à l'intégration scolaire, particulièrement l'article 19.

"Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de santé est inscrit dans l'école [...] la plus proche de son domicile"

En ce qui concerne les conditions de cette scolarisation, la Loi stipule "qu'elle est complétée, en tant que de besoin, par des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales coordonnées dans le cadre d'un projet personnalisé..".

■ En 2005 toujours, dans le cadre de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques¹³, apparaissent parmi les objectifs poursuivis :

- **"la scolarisation et le maintien en milieu ordinaire"**, considérés comme des dimensions renforcées par la récente Loi du 11 février et qui doivent donc s'intensifier.
"Afin d'intensifier, au plus près des besoins, la réalisation d'un parcours de formation

⁸ Handiscol', département de la Gironde, groupe de réflexion, Accessibilité à la formation professionnelle. *Eléments de synthèse du rapport 2003-2004*, 31 janvier 2005, 13 pages

⁹ téléchargeable sur le site du Sénat : <http://www.senat.fr/rap/r01-369/r01-369.html>

¹⁰ B. GOSSOT et Ph. DUBREUIL, rapport de la commission « Elèves en difficulté », Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Inspection générale de l'éducation nationale, n°03-033, juillet 2003

¹¹ décret n°2005-11 déjà cité

¹² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005

¹³ circulaire n° DGAS/DSS/DGS/2005/154 du 22 mars 2005

adapté, les moyens prévus pour développer les SESSAD qui soutiennent l'intégration scolaire [...] ont été accrus".

- **"la prévention des handicaps** ainsi que la prise en charge des troubles doivent s'améliorer par le développement [notamment] des équipes assurant une prise en charge thérapeutique, éducative et pédagogique".

La circulaire annonce une enveloppe nationale, de près de 19 millions d'euros, consacrée à la création de places de SESSAD, **dont 649 000 euros pour l'Aquitaine, ce qui correspond à 39 places.**

Au niveau national, ce programme de créations de SESSAD prévoit 1250 places nouvelles en 2005, 2006 et 2007. Cet effort de création devrait porter le nombre de places en SESSAD à 28 585 en 2007, soit une augmentation de 27% sur la période 2002-2007.

Par ailleurs, comme en 2004, l'argumentaire de ce programme de création de places spécifie « **qu'elles doivent permettre le développement, sur l'ensemble du territoire, d'un maillage cohérent associant places en établissements ou services et modalités diversifiées de prise en charge** ».

■ **En 2007**, une circulaire¹⁴ vient préciser et expliciter le décret de 2005. Cette circulaire définit le cadre spécifique de fonctionnement des ITEP et précise les caractéristiques du public pouvant y être accueilli : ce sont avant tout des difficultés psychologiques intenses et durables qui doivent motiver l'indication de prise en charge en ITEP. Ces établissements ne sont pas adaptés à l'accueil d'enfants autistes, présentant des troubles psychotiques ou une déficience intellectuelle importante.

La mission centrale de l'ITEP est l'accompagnement vers l'autonomie (notion qui diffère donc de celle de rééducation de l'ancien intitulé) en conjuguant des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention pluridisciplinaire. Pour les adolescents, l'accent est mis sur la construction du projet préprofessionnel pour préparer leur sortie et leur avenir.

L'ITEP doit mettre en œuvre des coopérations avec les autres intervenants auprès des jeunes : Education nationale, pédopsychiatrie, ASE, PJJ... pour veiller à la cohérence des prises en charge et éviter les ruptures.

Les modalités d'accueil doivent être diversifiées (au moins à l'échelle d'un territoire) et évolutives en fonction des besoins de l'enfant : SESSAD, semi-internat, accueil de jour séquentiel, internat modulé, internat de semaine, accueil familial spécialisé...

Notons, par ailleurs, que **le Plan pluriannuel 2008-2012** de création de places pour les personnes handicapées¹⁵ prévoit de renforcer l'accompagnement de publics dits « spécifiques » dont ceux atteints de troubles du comportement avec notamment, au niveau national, 1450 nouvelles places de SESSAD.

Le projet de transformation de l'ITEP Plein Air, qui s'appuie sur une création de SESSAD et un renforcement de l'accompagnement après le séjour en institution, s'inscrit tout à fait à la logique des différents textes, directives et orientations qui viennent d'être repris ci-dessus. Il ne peut donc, sur le principe-même, que rencontrer un accueil favorable.

¹⁴ Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007

¹⁵ In Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap. Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité, 12 février 2009, 130 pages.

2. Le contexte girondin

2.1 - Les recommandations du schéma départemental de l'enfance handicapée de la Gironde ¹⁶

Le dernier schéma "Enfance handicapée" de la Gironde a été rendu public en juin 2000. Même si des travaux en vue de sa réactualisation ont débuté en mai 2005, il reste toujours la référence officielle dans l'attente de la publication du nouveau schéma.

Ce schéma de 2000 avait posé plusieurs principes ayant trait, notamment, **à l'amélioration de la prévention, l'optimisation de la prise en charge de l'enfant handicapé et à l'intégration scolaire et l'insertion socio-professionnelle.**

Des recommandations sont faites, certaines dans lesquelles s'inscrit directement le projet de l'ITEP Plein Air :

- Développer les politiques de prévention dans l'intérêt de l'enfant et de l'adolescent
- Renforcer les réponses ambulatoires dans le secteur médico-social (notamment sous la forme de SESSAD)
- Développer les alternatives aux placements en institution : SESSAD et placements familiaux spécialisés
- Favoriser le développement de dispositifs de passage du milieu spécialisé au milieu ordinaire
- Se rapprocher des lieux de résidence des enfants.

Le schéma de 2000 regrettait que l'implantation des établissements soit déséquilibrée sur le département et préconisait un rapprochement des services avec les lieux de résidence des enfants grâce à la création d'antennes dans les secteurs mal (voire pas) équipés.

Une piste était proposée par ce schéma : une "sectorisation" de certains ITEP (encore nommés IR au moment de la rédaction de ce schéma) qui pourraient proposer une palette de solutions diversifiées dans les modes de prise en charge (internat thérapeutique, internat modulé, placement familial spécialisé, semi-internat, SESSAD).

Si des améliorations ont eu lieu depuis ces constats, le Bassin d'Arcachon, secteur d'implantation de l'ITEP d'Andernos, reste mal desservi et l'accès aux prises en charge y demeure difficile comme nous le verrons au point 2.3.

Pour la DDASS, le développement des SESSAD restera, en toute logique, un axe fort du prochain schéma Enfance handicapée de la Gironde et, en priorité, par redéploiement en ce qui concerne les ITEP.

¹⁶ Schéma pour la période 2000/2005 réalisé par la DDASS de la Gironde, 63 pages + annexes

Le schéma enfance handicapée de la Gironde 2007-2011 indique en effet à propos des jeunes atteints de troubles du comportement :

« Dans ce domaine, l'équipement départemental est largement supérieur au taux d'équipement national ; par ailleurs, l'approche des besoins n'a pas mis en évidence de nouveaux besoins, sauf en SESSAD.

L'objectif est de conserver ce potentiel départemental, sans l'accroître, et de le faire évoluer de façon à obtenir une meilleure répartition territoriale des équipements (situés en grande majorité sur l'agglomération bordelaise) et à favoriser la scolarisation en milieu ordinaire.

Ainsi, la reconversion des capacités de semi-internat en places de SESSAD est privilégiée, avec un maintien global des capacités d'internat pour les mêmes raisons que précédemment. De plus un accueil en internat 365 jours/365 est à prévoir ».

A propos du Pays du Bassin d'Arcachon, le schéma indique au niveau des orientations une nécessité de « développement de la couverture du Bassin en SESSAD par redéploiement des capacités de l'agglomération bordelaise ».

Par ailleurs, le PRIAC 2009-2013 ¹⁷, prévoit sur cette période pour la Gironde la création de **16 places supplémentaires de SESSAD** pour jeunes présentant des troubles du comportement ¹⁸. Ces places seraient toutes programmées pour 2010 : 3 places pour le secteur des landes girondines, 3 sur la CUB ouest et 10 places sur la Haute Gironde.

2.2 - L'offre médico-sociale pour les jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement

La Gironde présente la particularité d'être le département de France disposant du plus grand nombre de places en ITEP et SESSAD d'ITEP : 1322 places, ce qui lui permet de se prévaloir d'un ratio d'équipement très élevé par rapport à la moyenne nationale.

Ainsi, pour 1000 jeunes de 0 à 19 ans, on compte :

- 4,14 places d'ITEP (places en institution ou en SESSAD) pour la Gironde ¹⁹
- 3,15 places pour l'Aquitaine
- 1,03 places pour la France métropolitaine ²⁰.

¹⁷ Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) détermine au niveau de chaque région, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées ou personnes âgées tarifés par l'État. Le PRIAC est établi pour 5 ans et est actualisé chaque année. Les actions prioritaires y figurant offrent donc des indications assez fiables sur les évolutions du dispositif de prise en charge et d'accompagnement considérées comme **nécessaires et pertinentes au niveau d'un département**.

Le document 2009-2013 sera prochainement en ligne sur le site de la DRASS : <http://aquitaine.sante.gouv.fr/>

¹⁸ Sur un total de 116 nouvelles places de SESSAD programmées, tous handicaps confondus

¹⁹ La Gironde, si elle a le nombre de places en ITEP le plus élevé de France en terme d'effectif absolu, n'a pas pour autant le ratio le plus élevé. Ainsi, si on rapporte le nombre de places d'ITEP à la population de moins de 20 ans, deux départements, situés dans la région Midi-Pyrénées, ont un niveau d'équipement supérieur à la Gironde. Il s'agit des Hautes-Pyrénées : 8,3‰ et du Gers : 5,2‰

²⁰ Attention : il faut prendre en compte le fait que ce taux national ne prend pas en compte les places de SESSAD d'ITEP pour les services autonomes (c'est à dire non rattachés à une institution). De ce fait, ce taux est en partie sous-estimé, ce qui constitue une limite à une réelle comparaison.

En dépit de cet équipement important en Gironde, on constate que :

- les "listes d'attente" pour être admis en ITEP sont très fournies impliquant des délais souvent longs entre la décision d'orientation et le début effectif de la prise en charge
- les enfants et adolescents accueillis dans ces institutions sont en quasi-totalité des girondins (1% des enfants seulement viendraient d'autres départements), **l'équipement girondin en ITEP ne pallie donc pas les manques des départements limitrophes.**

Au cours des dernières années, en Gironde, **la prise en charge en SESSAD a connu, pour la population relevant d'ITEP, un très fort développement, notamment à travers des redéploiements de moyens.**

Fin 1999, on comptait ainsi 35 places en SESSAD pour enfants et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement, soit 2,7% de l'offre en ITEP.

Fin 2004, 191 places de SESSAD pour cette catégorie de population étaient ouvertes sur toute la Gironde, soit 14,4% de la capacité des ITEP.

Sur cette période 1999-2004, la capacité de prise en charge en SESSAD a donc connu un accroissement de + 445,7% alors que, dans le même temps le nombre de places en ITEP passait de 1249 à 1140, ce qui constitue une baisse de 8,7%.

Ce développement, impulsé par les orientations du schéma Enfance handicapée, permet de soutenir plus efficacement les politiques de prévention et d'intégration.

Au 31 décembre 2008, la Gironde comptait 1302 places en structures médico-sociales pour jeunes présentant des troubles du comportement : 1103 en ITEP et 199 en SESSAD. Les SESSAD représentent 15,3% de cet équipement, part inférieure à ce que l'on peut observer au niveau régional (18%).

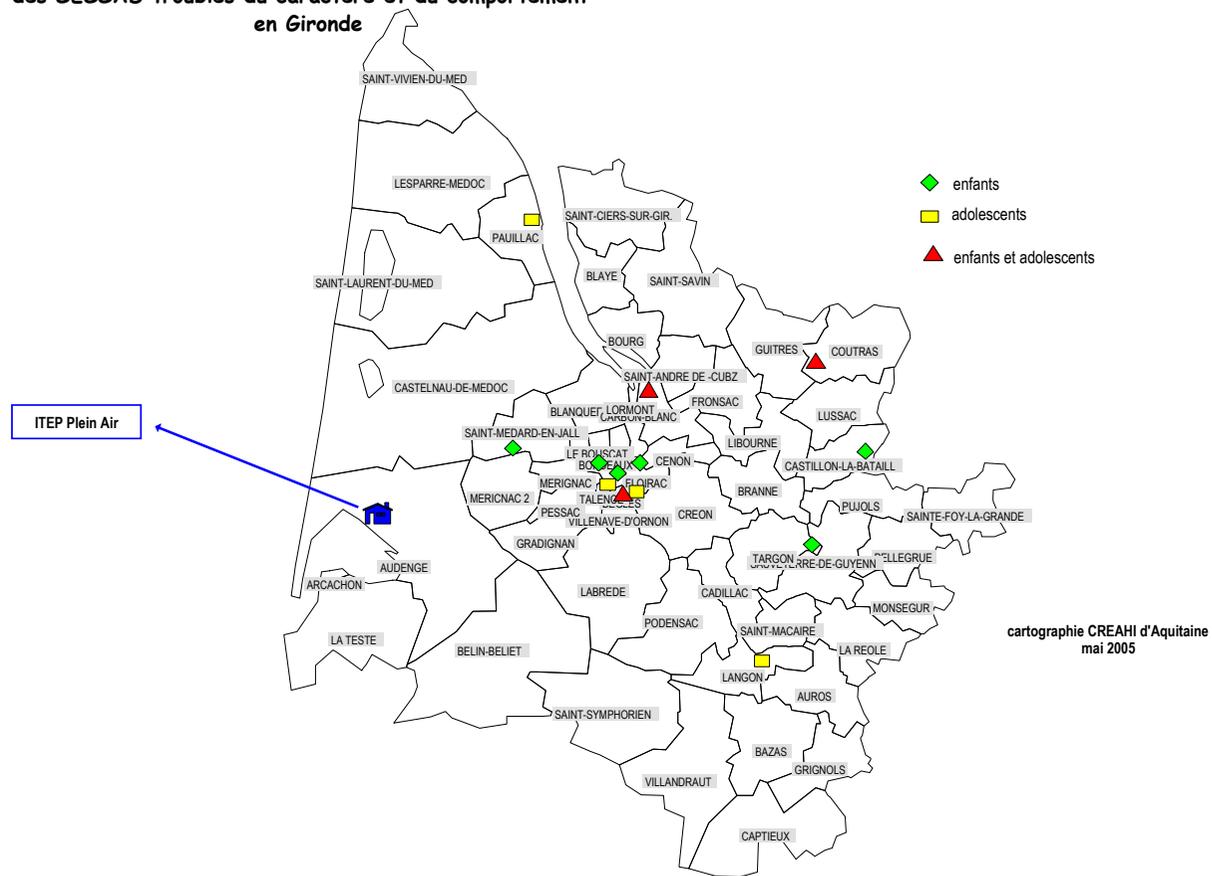
**Offre en SESSAD en Gironde
pour des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement**

SESSAD en fonctionnement fin 2008

Etablissement de rattachement	Communes d'implantation du SESSAD	Tranche d'âge agréée	Nombre de places
<i>SESSAD pour enfants</i>			
ITEP Léonès	Frontenac	3-12 ans	13
ITEP Bellefonds	Cenon	2-12 ans	25
ITEP Stéhélin	Bordeaux	5-12 ans	14
ITEP Stéhélin	Saint-Médard-en-Jalles	5-12 ans	14
ITEP Rive gauche	Bordeaux	6-12 ans	12
ITEP Rénovation Est	Castillon-la-Bataille	5-12 ans	15
<i>SESSAD pour adolescents</i>			
ITEP Colmar	Bordeaux	11-18 ans	15
ITEP Dumès	Langon	12-18 ans	12
ITEP Rive droite	Floirac	11-18 ans	12
ITEP Rénovation	Pauillac	11-18 ans	10
<i>SESSAD pour enfants et adolescents</i>			
ITEP Saint-Denis	Ambarès	6-18 ans	12
ITEP Millefleurs	Bègles	3-18 ans	30
IMED Jean-Elien Jambon ²¹	Coutras	4-18 ans	10

²¹ Le SESSAD de cet établissement a le double agrément « déficience intellectuelle » et « troubles du caractère et du comportement ». On a donc affecté la moitié des places agréées de ce service dans ce tableau.

**Implantation
des SESSAD troubles du caractère et du comportement
en Gironde**

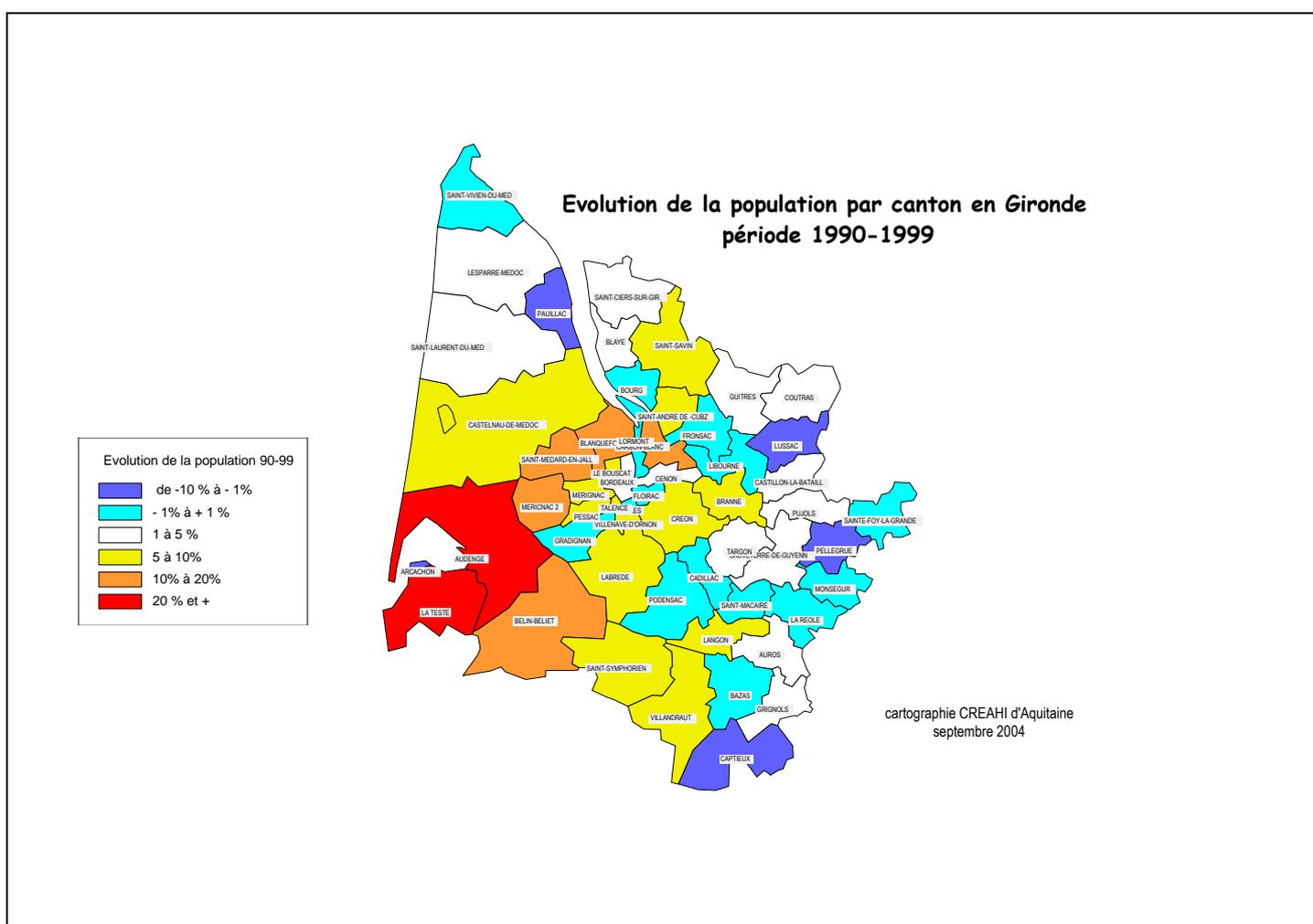


2.3- Le Bassin d'Arcachon : aspects socio-démographiques

D'un point de vue démographique, le dynamisme du Bassin d'Arcachon durant ces dernières années ne peut qu'être souligné. Ainsi, les cantons situés sur le pourtour du Bassin, la Teste et Audenge (excepté la ville-même d'Arcachon), sont ceux qui ont connu, pendant la dernière période intercensitaire (1990-1999), la plus forte progression démographique de la Gironde : **+ 21% à 25%** contre une moyenne départementale de + 6%, **ce qui témoigne de la très forte attractivité de ce territoire.**

Depuis 1999, il n'y a pas eu de nouveau recensement général de population mais l'INSEE a recouru à une méthode de recensement partiel qui a concerné, sur ce secteur, 2 communes en 2004 :

- **Audenge**, où la tendance à l'augmentation se confirme : + 32,3% entre 1999 et 2004 (de nouveau, la plus forte progression du département parmi les communes enquêtées).
- **Andernos**, où l'augmentation est plus modérée mais néanmoins importante : + 8,7%.



Une récente étude de l'INSEE ²² souligne que, contrairement à l'image communément répandue, ce territoire n'est pas seulement attractif pour les seniors : *"L'impact des migrations est aussi très fort pour les moins de 15 ans et pour les 26-40 ans. Les actifs de plus de 30 ans sont souvent accompagnés d'enfants de moins de 15 ans. Ces derniers représentent près de 20% des flux migratoires"*.

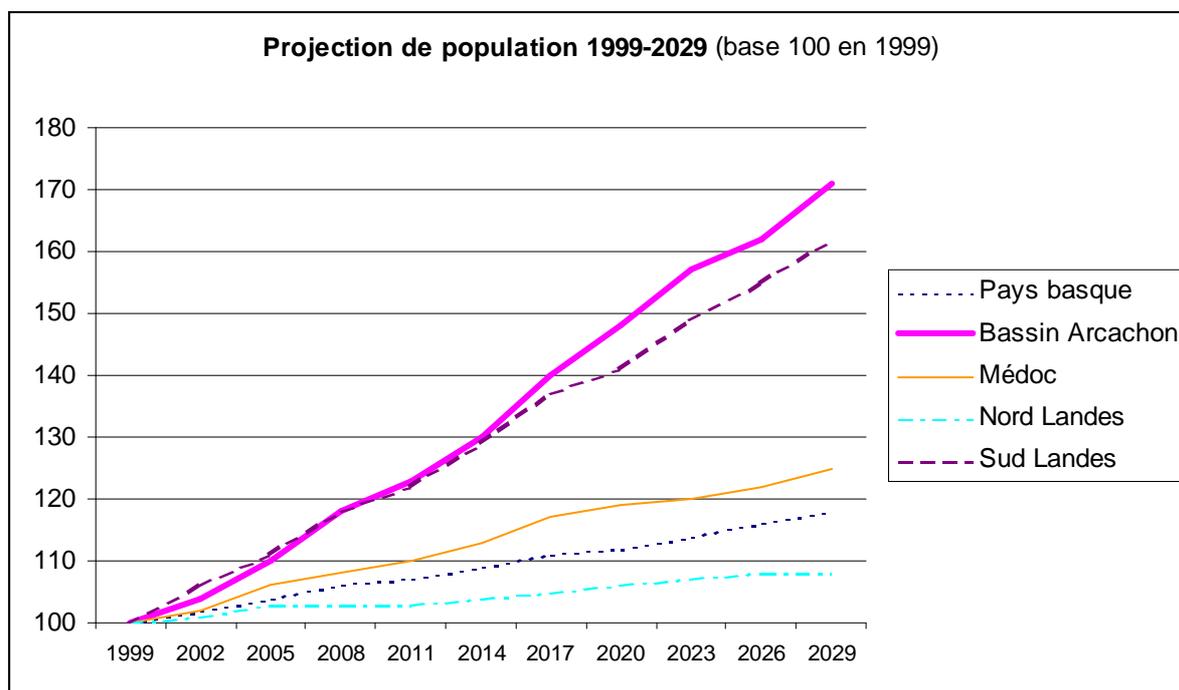
²² Littoral aquitain : diagnostic de territoire. INSEE, Préfecture région Aquitaine SGAR, avril 2005, 45 pages

Selon plusieurs des personnes rencontrées, il semble également que les résidents du Bassin d'Arcachon ne se recrutent pas tous parmi les classes socio-économiquement favorisées et que les afflux de population récents aient contribué à déplacer des familles précaires des banlieues de Bordeaux vers certaines zones dites "du fond du Bassin". Ces constats sont repris par un rapport du Conseil régional²³ qui indique que, bien que la population du Bassin soit globalement aisée et que le taux de couverture des minima sociaux soit bas en comparaison des autres zones, les familles monoparentales à faible revenu sont nombreuses. De plus, la problématique du logement accentue le constat de cloisonnements des populations.

Pour autant, les services médico-sociaux de ce secteur n'ont pas connu, parallèlement, un développement susceptible de répondre aux besoins de cet afflux de population.

Dans ces conditions, l'article 3 de la loi 2002-2²⁴ prévoyant **un accès équitable aux services sociaux et médico-sociaux sur l'ensemble du territoire** ne peut être respecté.

De plus selon l'INSEE, "*l'effet d'attraction du littoral jouera vraisemblablement encore de nombreuses années*". Si les tendances actuelles en matière de migrations, de mortalité et de fécondité se maintiennent, **la population du Bassin d'Arcachon augmentera de 70% sur la période 1999-2029**. Comme le montre le graphique ci-dessous, c'est le secteur du Bassin d'Arcachon qui, parmi l'ensemble du littoral aquitain, devrait connaître la plus importante augmentation de population durant les prochaines décennies.



Source : INSEE-Projections

²³ Traits de territoire sur la relation Formation-Emploi de la Zone d'Emploi "Bordeaux-Arcachonnais", Conseil Régional d'Aquitaine, Mission Formation Emploi Arcachon-Médoc, 31 mai 2005, 8 pages

²⁴ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Selon les résultats du recensement 2009²⁵, l'ensemble du Bassin d'Arcachon reste toujours caractérisé par son dynamisme démographique.

Ainsi le seul canton d'Audenge (composé des communes d'Andernos, Arès, Audenge, Biganos, Lanton, Lège, Marcheprime et Mios) a vu progresser sa population générale de près de 20% depuis 1999 et même de 50% depuis 1990.

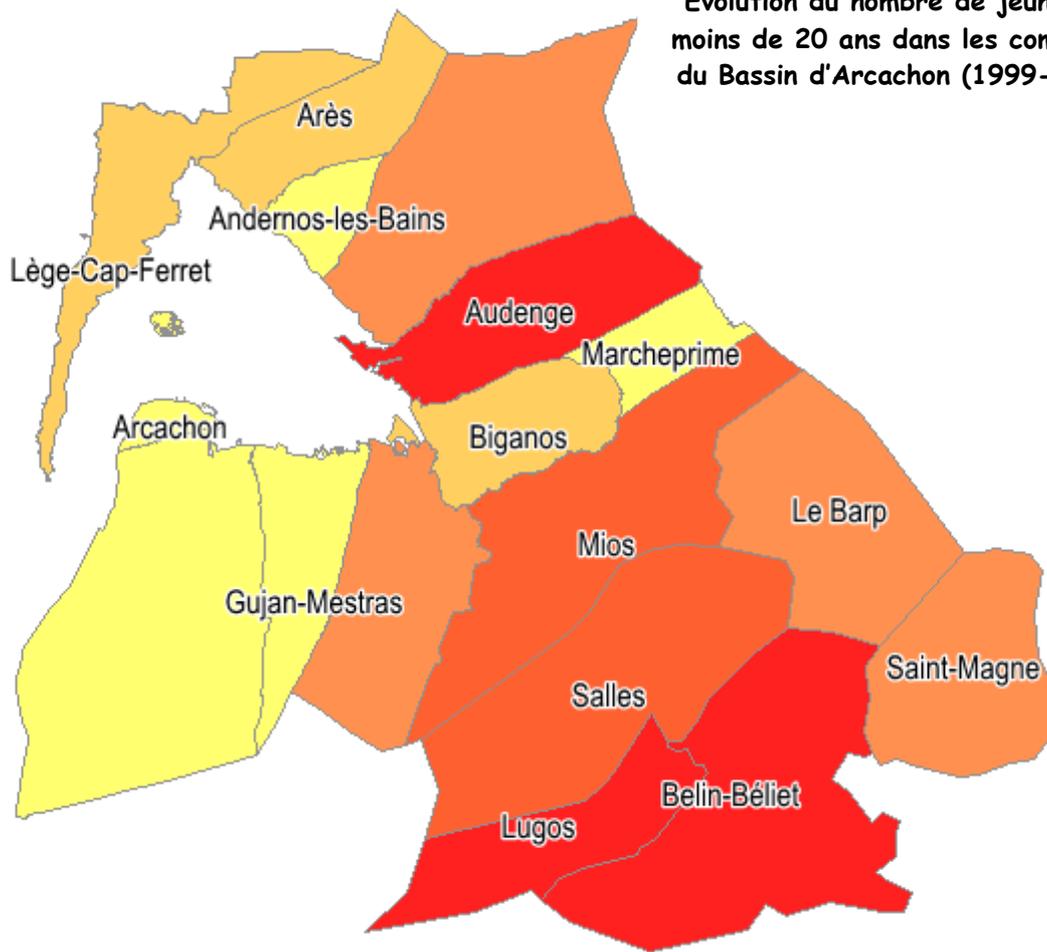
La population constituée par les moins de 20 ans a, elle aussi, progressé de façon très sensible, le Bassin d'Arcachon comptant actuellement près de 30 000 habitants dans cette tranche d'âge.

Evolution du nombre de jeunes de moins de 20 ans dans les communes du Pays Bassin d'Arcachon pendant la période intercensitaire

Communes	1999	2009	Evolution en %
Andernos-les-Bains	1798	1953	8,6
Arcachon	1539	1786	16,1
Arès	831	980	17,9
Audenge	930	1397	50,2
Belin-Béliet	592	1028	73,6
Biganos	1810	2235	23,5
Gujan-Mestras	3420	3770	10,2
La Teste-de-Buch	5078	5349	5,3
Lanton	1088	1360	25,0
Le Barp	917	1237	34,9
Le Teich	1286	1680	30,7
Lège-Cap-Ferret	1198	1483	23,8
Lugos	146	212	45,3
Marcheprime	1127	1168	3,6
Mios	1227	1745	42,2
Saint-Magne	196	245	25,0
Salles	1067	1513	41,8
Ensemble Pays Bassin d'Arcachon	24250	29141	20,2

²⁵ Nb : les résultats du recensement que vient de faire paraître l'INSEE portent sur les populations au 1^{er} janvier 2006.

Evolution du nombre de jeunes de moins de 20 ans dans les communes du Bassin d'Arcachon (1999-2009)



Evolution intercensitaire du nombre de jeunes de moins de 20 ans

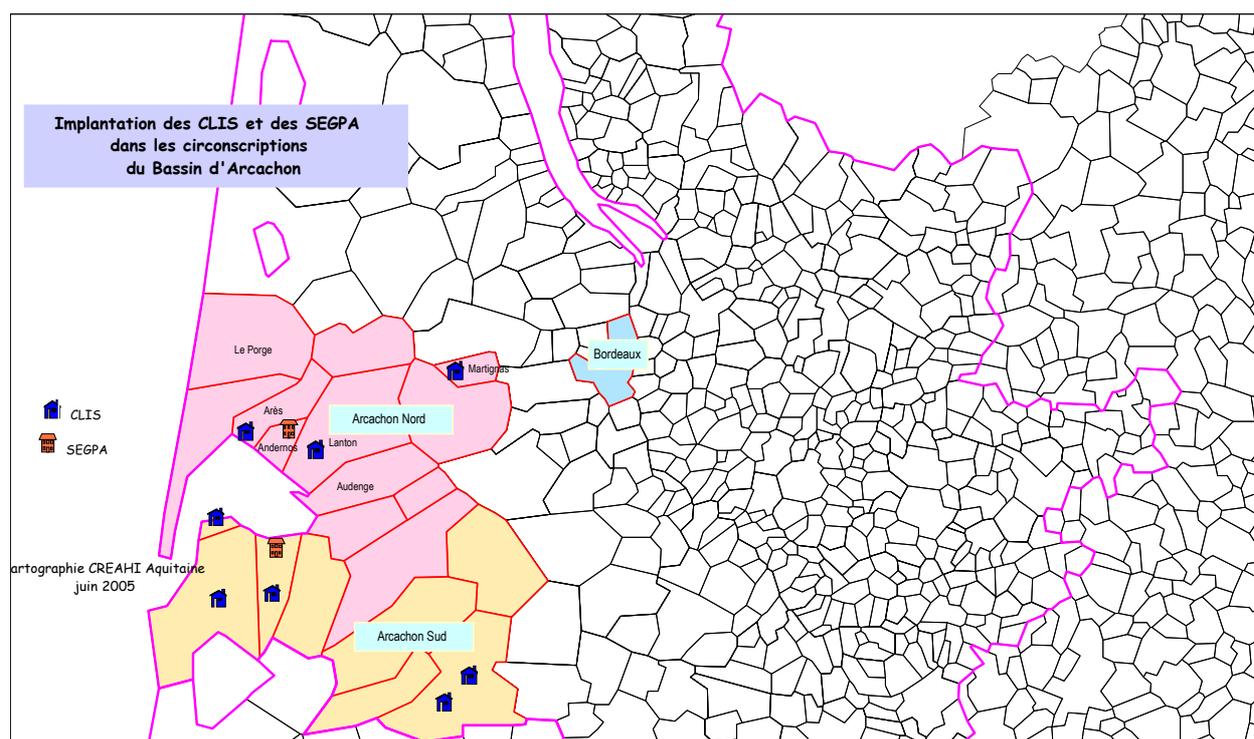
- 45,3 à 73,7 (3)
- 34,9 à 45,3 (2)
- 25 à 34,9 (4)
- 16,1 à 25 (3)
- 3,6 à 16,1 (5)

2.4 - Les dispositifs du Bassin contribuant à la prise en charge des enfants ayant des troubles du caractère et du comportement

2.4.1 - L'Education nationale

Le Bassin d'Arcachon est couvert par 2 CCPE, celle d'Arcachon Nord et d'Arcachon Sud ²⁶
Pour l'année scolaire 2004/2005, 13 557 enfants sont scolarisés dans les territoires couverts par ces 2 CCPE, les 2-5 ans représentant 6 102 élèves et les 6-12 ans 7 383 ; 72 enfants fréquentent une des 5 CLIS présentes sur ce secteur.

Les CLIS²⁷ et les SEGPA²⁸ constituent un cadre de scolarisation qui peut être retenu pour mettre en œuvre la scolarisation d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement même si ces dispositifs sont destinés en priorité aux élèves présentant un retard mental. En effet, comme le souligne un rapport de l'Inspection académique de la Gironde sur l'intégration scolaire : *"Certains élèves, qui ont acquis les capacités sociales pour continuer leur scolarité en milieu ordinaire, présentent des écarts tels avec les compétences habituellement attendues à leur âge que leur intégration ne produit pas les effets espérés. Dans ces conditions, les structures d'intégration collectives sont généralement choisies, les établissements médico-sociaux [depuis lesquels sont mises en œuvre les intégrations], les percevant comme plus à même de gérer ce décalage"* ²⁹.



²⁶ L'ancienne circonscription Arcachon ayant été divisée en 2 pour tenir compte de l'augmentation très sensible de la population de ce territoire.

²⁷ Les **classes d'intégration scolaire** ont pour vocation l'intégration collective d'enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une intégration individuelle continue dans une classe ordinaire mais pouvant bénéficier, dans le cadre d'une école, d'une **forme ajustée d'intégration**

²⁸ Les **Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté** fonctionnent sous forme de classes spécifiques implantées dans des collèges et s'adressent à des jeunes en difficulté ou handicapés. Les SEGPA accueillent de nombreux élèves issus de CLIS.

²⁹ *L'intégration des élèves relevant d'établissements médico-sociaux 2003-2004*. Inspection académique de la Gironde, 9 pages

Par ailleurs, l'Education nationale remarque que la part des élèves intégrés bénéficiant d'un accompagnement extérieur à l'école (prise en charge par un service sanitaire, médico-social ou en libéral) varie significativement selon la zone de résidence des élèves. Ainsi, 93% des élèves intégrés de l'agglomération bordelaise sont suivis contre seulement 79% des élèves hors agglomération ³⁰.

Une équipe RASED (Réseau d'aide scolaire aux élèves en difficulté) intervient, par ailleurs, sur ce secteur ; elle se verra étoffée à la rentrée 2005 d'un poste et demi supplémentaire de psychologue. Toutefois, les professionnels de ce réseau n'interviennent pas à tous les niveaux scolaires et ont établi des priorités : actuellement, sur ce secteur, les classes de grande section de maternelle et de CP.

Nous verrons, en partie 4, l'analyse de la situation faite par l'inspecteur AIS et le secrétaire de la CCPE concernant les difficultés liées à la prise en charge des élèves présentant des troubles du caractère et du comportement.

2.4.2 – La pédopsychiatrie

L'ITEP Plein Air est situé dans **le secteur n° 3** de psychiatrie infanto-juvénile ³¹ rattaché au CHS Charles Perrens. Ce secteur couvre les cantons du pourtour du Bassin : Audenge, Arcachon et Biganos.



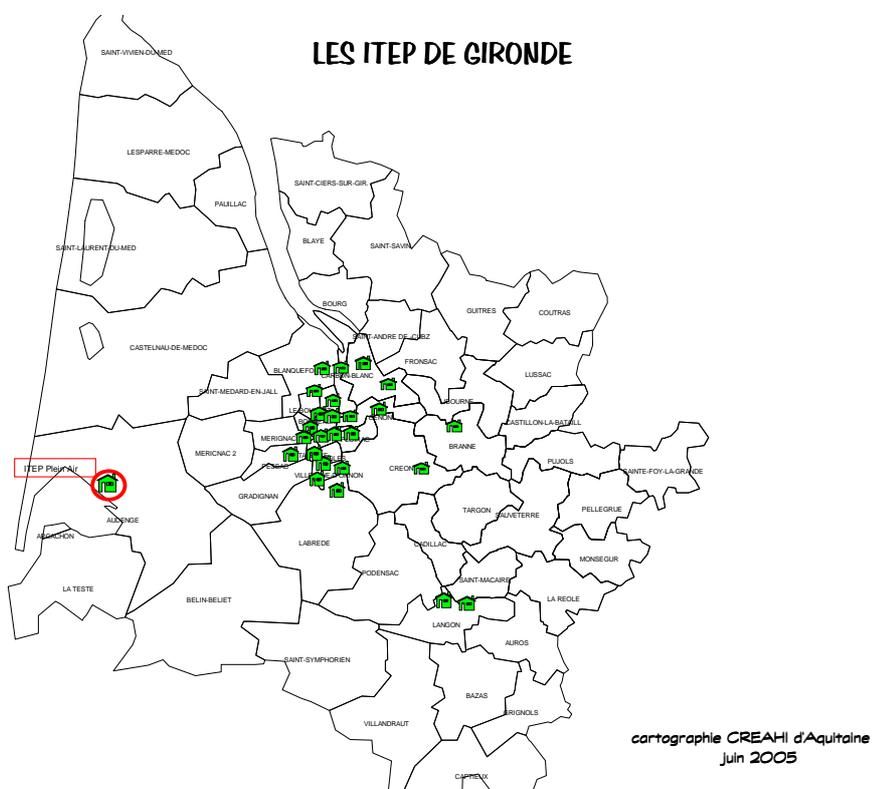
³⁰ *L'intégration scolaire en Gironde 2003-2004*. Inspection académique de la Gironde, 22 pages

³¹ Rappelons que la Gironde est découpée en 7 intersecteurs de pédopsychiatrie intervenant auprès des enfants et des adolescents.

Le secteur n°3 dispose d'un hôpital de jour à Biganos pour les enfants de moins de 12 ans (qui fonctionne avec 2 groupes : les 3-6 ans et les 6-12 ans) ainsi que d'un CMP à Andernos.

2.4.3 – Les structures médico-sociales

En terme de structure médico-sociale, seul l'ITEP d'Andernos s'adresse aux jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement sur le Bassin d'Arcachon. Comme le montre la carte, la répartition des ITEP est très inégale sur le territoire girondin. Ces établissements sont regroupés, pour leur très grande majorité, sur l'agglomération bordelaise. **L'ITEP Plein Air est le seul qui soit implanté sur la moitié ouest du département.** Pour palier ce déséquilibre, la DDASS estime qu'il faudrait, notamment, stimuler des projets de délocalisation.



3. La population prise en charge à l'ITEP Plein Air

3.1 - Les jeunes admis à l'ITEP Plein-Air depuis 1999

Un recueil d'informations succinct a été réalisé sur les entrées à l'ITEP durant les 6 dernières années : 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004.

Sur cette période, 49 jeunes ont été admis à l'ITEP Plein-Air et 21 d'entre eux ont, à l'heure actuelle, quitté l'établissement. Le nombre annuel d'entrées, lié évidemment au nombre de sorties, est assez fluctuant (1999 : 5, 2000 : 13, 2001 : 11, 2002 : 7, 2003 : 11, 2004 : 2).

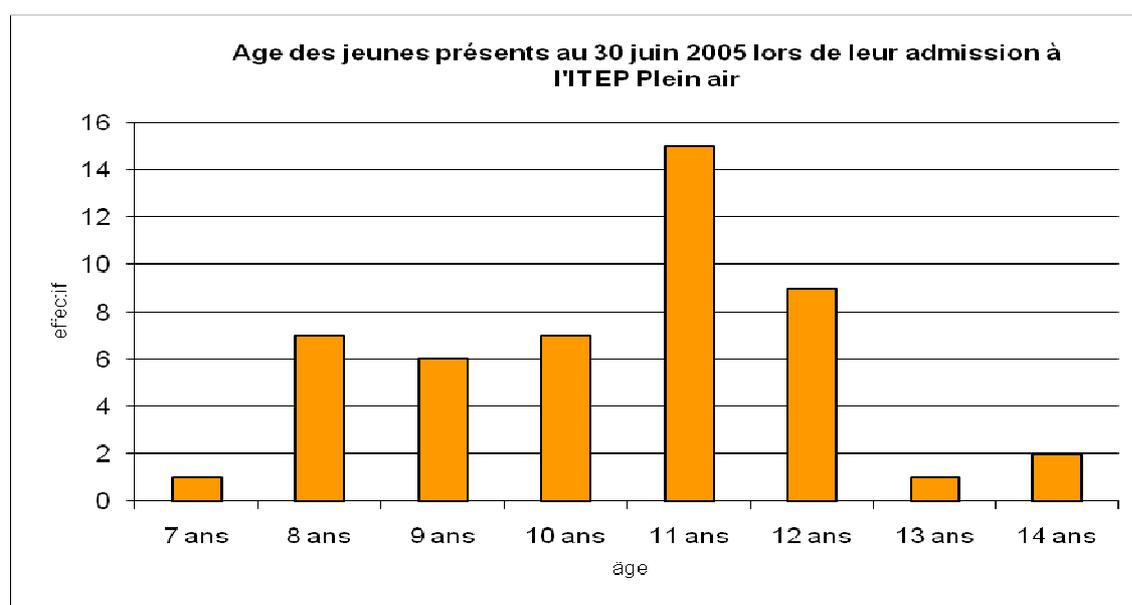
Les informations collectées concernent l'âge des jeunes, leur origine géographique, les prises en charge pédopsychiatriques ou médico-sociales antérieures, les prises en charge à caractère social conjointes ou antérieures, la pratique éventuelle d'une intégration scolaire durant la prise en charge, le type d'orientation pour ceux qui ont quitté l'établissement...

3.1.1 - Age des jeunes admis depuis 1999

L'âge moyen lors de l'entrée à l'ITEP s'élève à 10,5 ans pour la période 1999-2004. Au cours de cette période, cette moyenne varie faiblement avec d'une amplitude légèrement supérieure à 1 an sans tendance à la baisse ou à la hausse :

1999 : 11,2 ans
2000 : 10,2 ans
2001 : 9,9 ans
2002 : 11 ans
2003 : 10,6 ans
2004 : 11 ans

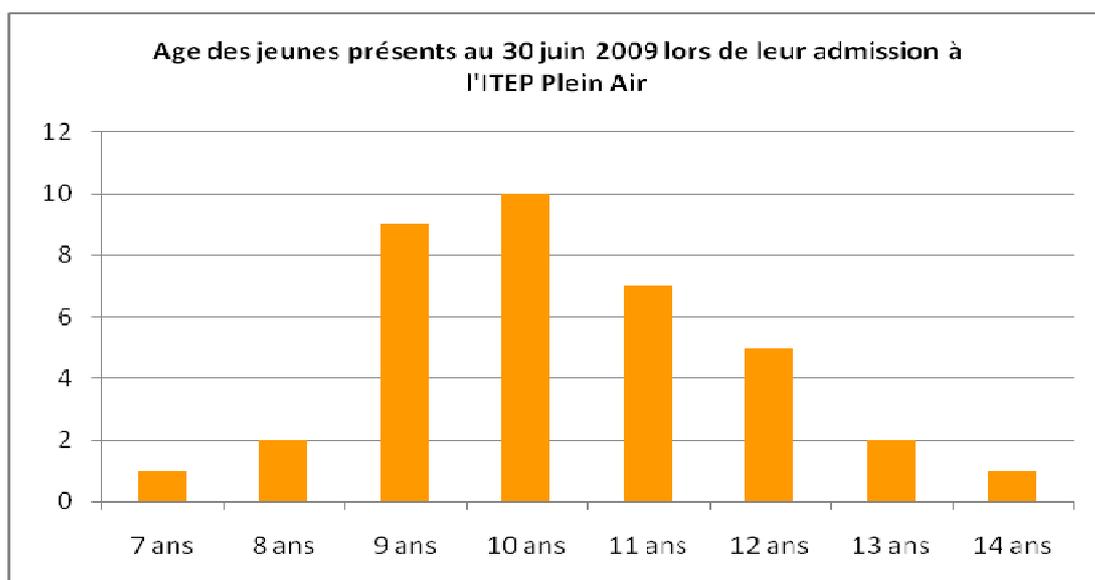
Signalons toutefois depuis 2002, des admissions à 13 ou 14 ans, ce qui n'arrivait jamais auparavant. Il semble, par ailleurs, que si on remonte un peu plus loin dans le temps, l'âge moyen à l'admission ait subi une évolution à la hausse : il s'élevait ainsi à 9 ans, seulement, en 1997 ³².



³² *Prise en charge institutionnelle des handicapés - département de la Gironde : les instituts de rééducation.* - Assurance maladie sécurité sociale service médical d'Aquitaine - Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine - Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, juin 1997.

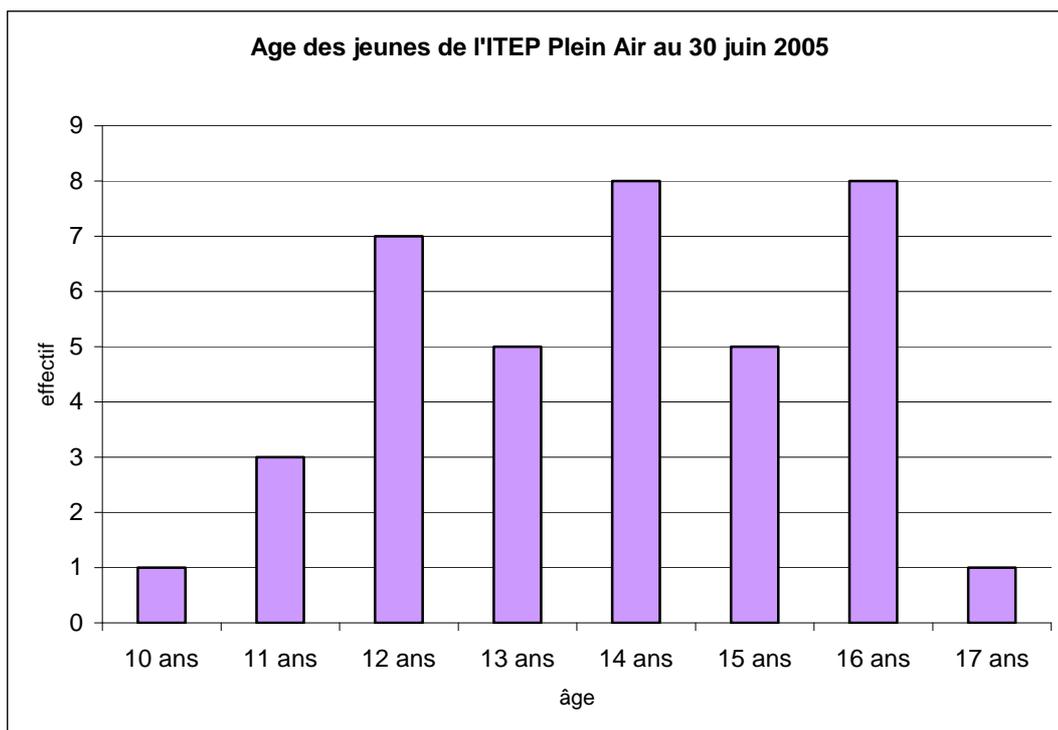
Comme fréquemment dans les distributions par âge des jeunes admis en établissement médico-social, un pic important est observé à 11 ans, âge qui marque la fin de la scolarité en primaire. Les difficultés de l'enfant rendent son passage au collège peu envisageable, elles conduisent les CCPE à solliciter la CDES afin de le retirer du circuit scolaire ordinaire et de procéder à un placement. Souvent le dossier a déjà été présenté auparavant devant la CDES, qui n'a pas fait d'orientation, faute de place ; c'est la perspective d'un passage au collège qui constituer va l'élément catalyseur.

Pierre SOUTOU, co-auteur du rapport de l'IGAS sur les instituts de rééducation (déjà cité), remarque à ce sujet : « *C'est souvent en fin du primaire, le retard scolaire s'accumulant, que l'on envisage l'orientation. Et c'est le passage à l'acte qui va produire un effet de loupe, alors qu'il est déjà trop tard* »³³.

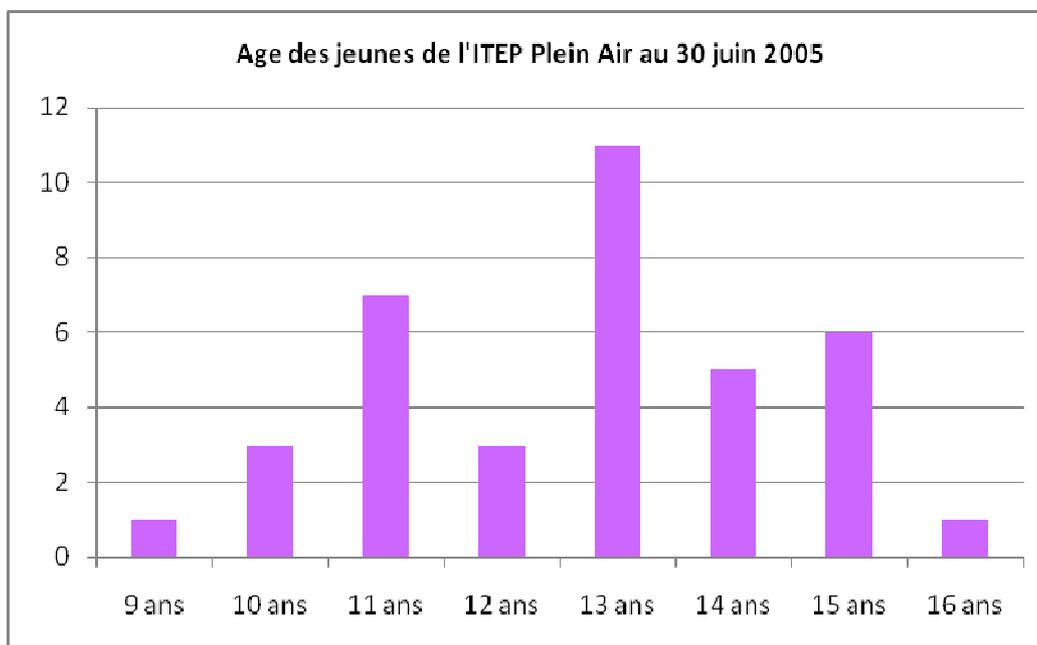


Pour les jeunes présents à l'ITEP le 30 juin 2009, l'admission s'est fait en moyenne à 10,1 ans, valeur légèrement inférieure à ce que l'on pouvait observer lors de la précédente étude. On note que le « pic » des admissions à 11 ans s'est décalé vers les 9-10 ans.

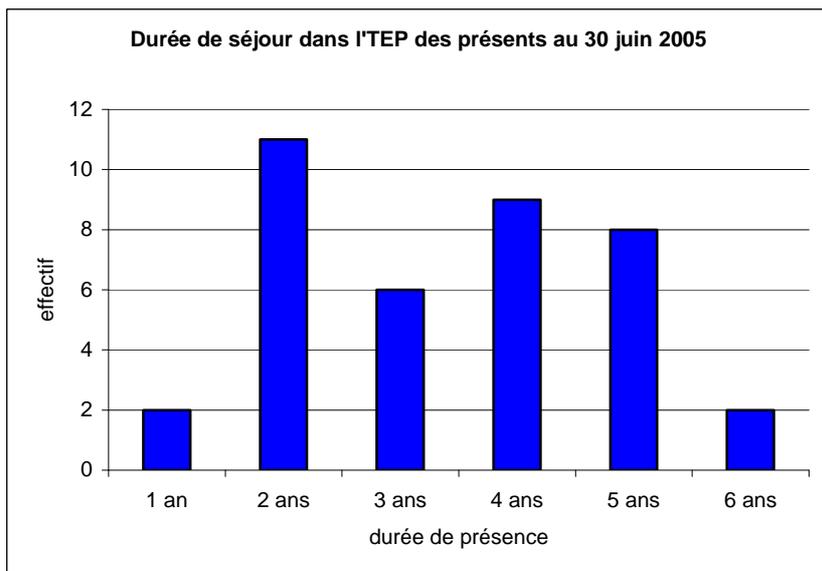
³³ L'IR au carrefour des demandes. Colloque de l'AIRE, 22 et 23 novembre 1999, Bordeaux.



L'âge moyen des 39 présents au 30 juin 2005 est de 13,8 ans (parmi ces jeunes, 10 ont quitté l'établissement à la fin de l'année scolaire 2004/2005).

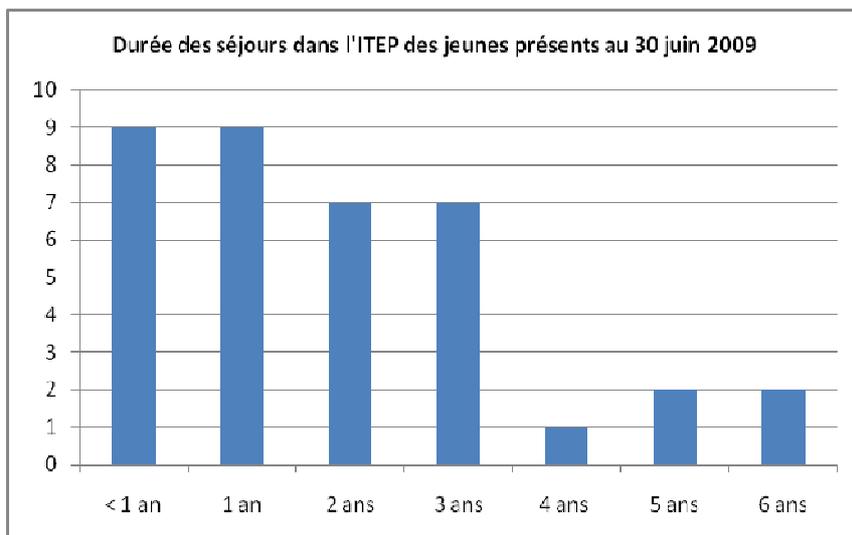


En 2009, l'âge moyen des jeunes présents à l'ITEP Plein Air s'élève à **12,7 ans** (contre 13,8 ans en 2005). Globalement la distribution par âge est proche de celle des jeunes qui étaient présents en 2005 tout en étant décalé d'un an : population âgée de 10 à 17 ans en 2005 et de 9 à 16 ans en 2009.



Pour les jeunes présents dans l'ITEP au 30 juin 2005, la prise en charge dure en moyenne depuis 3,5 ans, l'ancienneté maximale étant de 6 ans.

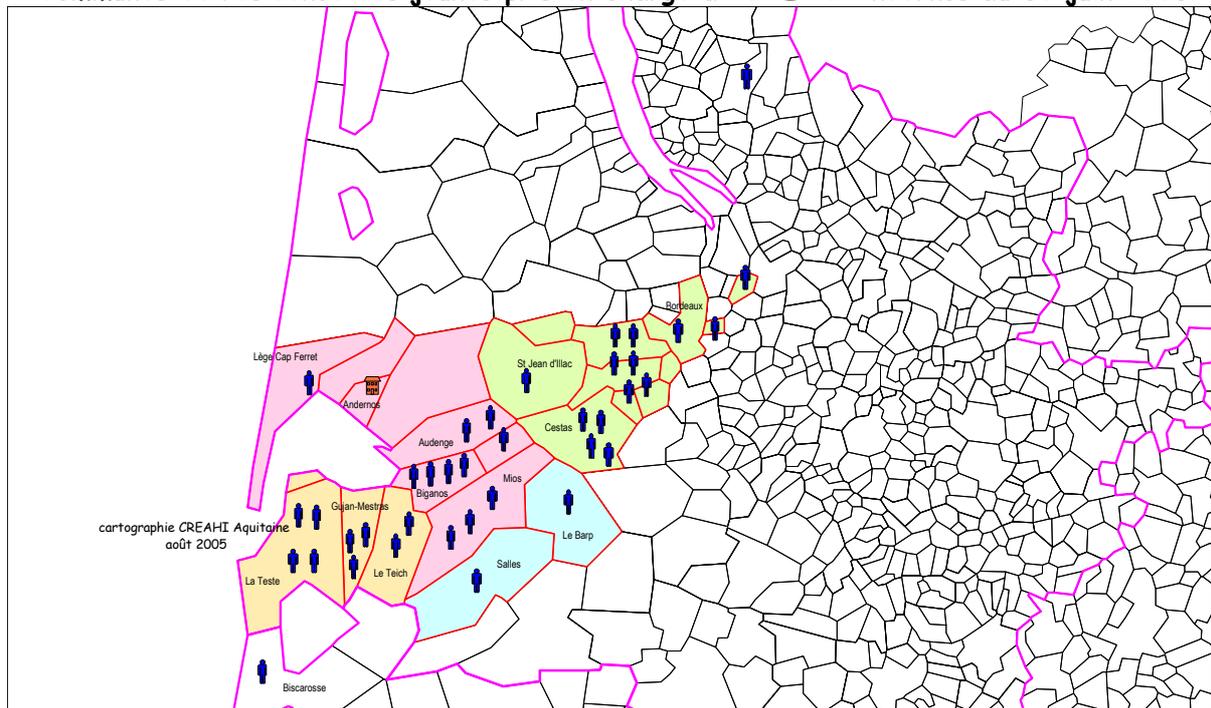
Cette durée a tendance, semble-t-il, à diminuer. En effet, en 2001, lors de la dernière enquête ES, les séjours à l'ITEP d'Andernos duraient en moyenne depuis 4,5 ans (*source : DRASS d'Aquitaine*)



En 2009, la durée moyenne des prises en charge en cours a nettement diminué : elle est de 2,4 ans ce qui montre que des efforts sont mis en œuvre pour réduire ce temps de prise en charge institutionnelle.

3.1.2 - Origine géographique

Communes de résidence des jeunes pris en charge à l'ITEP d'Andernos au 30 juin 2005

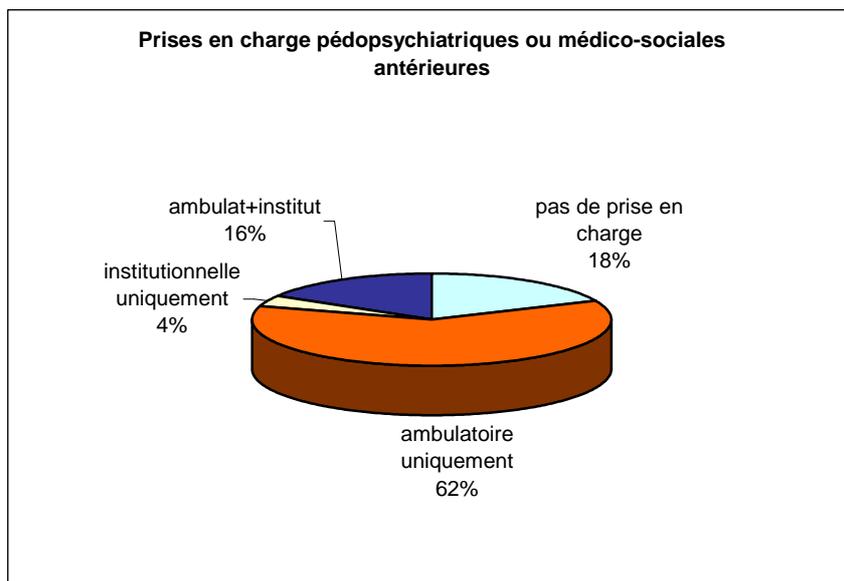


Le recrutement se fait principalement sur 2 zones :

- le Bassin d'Arcachon (y compris les communes appartenant au canton de Belin-Beliet) : les deux tiers des jeunes résident sur ce secteur
- la partie Ouest de la CUB : un tiers des jeunes en provient

A noter également quelques situations, en nombre très restreint, de jeunes qui viennent de communes plus éloignées : CUB rive droite ou Blayais

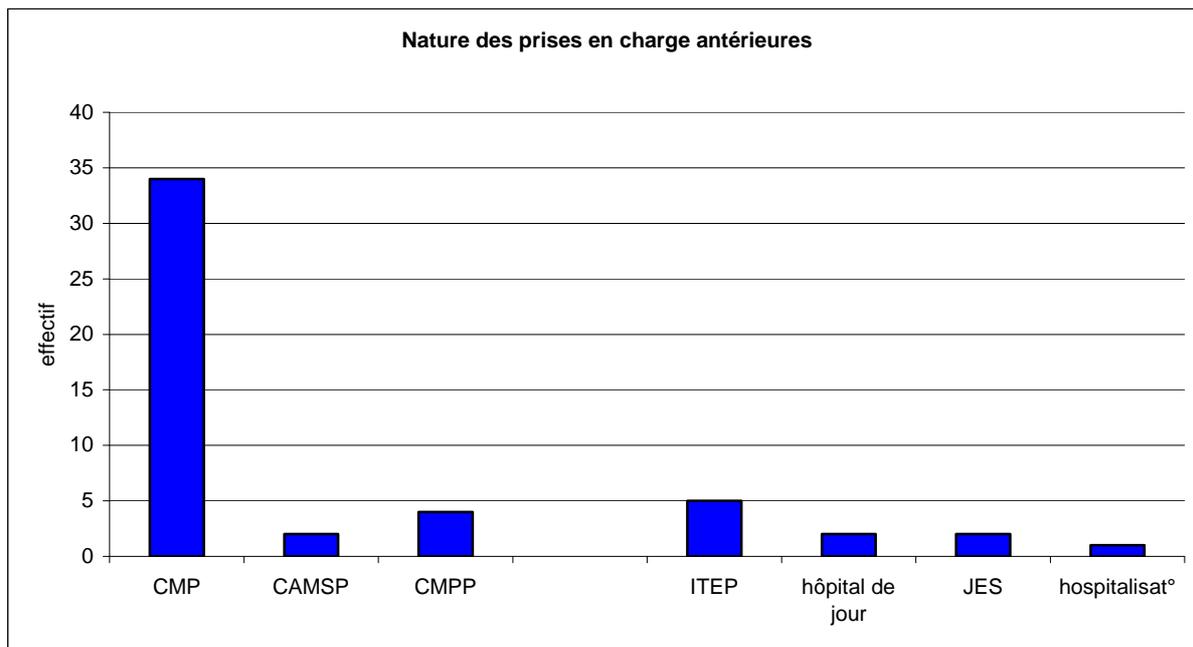
3.1.3 - Les prises en charge pédopsychiatriques ou médico-sociales antérieures



Parmi les jeunes entrés à l'ITEP depuis 1999, 18% n'avaient, lors de l'admission, encore bénéficié d'aucune prise en charge à caractère pédopsychiatrique ou médico-social.

Parmi les 82% d'enfants ayant bénéficié de prises en charge antérieures, 20% ont fait l'objet de 2 mesures différentes.

D'une manière assez inattendue, le pourcentage d'enfants n'ayant pas bénéficié de prises en charge antérieures semble être en augmentation parmi les admissions les plus récentes. Ainsi, si 14% des jeunes entrés entre 1999 et 2001 n'avaient pas bénéficié de prise en charge de ce type, ils sont 25% dans ce cas parmi ceux entrés entre 2002 et 2004. Il est vrai que, les effectifs concernés sont un peu faibles pour qu'on puise en tirer des conclusions. Toutefois, en application des politiques d'action sociale actuelles, des alternatives à la prise en charge institutionnelle devraient en théorie être recherchées tant que le maintien en milieu ordinaire est possible.



La pédopsychiatrie, et plus particulièrement les centres médico-psychologiques, tient une place centrale dans les réponses apportées aux jeunes préalablement à leur admission en ITEP : 70% des jeunes d'Andernos ont, en effet, connu cette situation. Les autres types de prises en charge sont nettement moins représentées dans les cursus des jeunes séjournant à l'ITEP.

Pour les prises en charge ambulatoires, on note la faible implication des CMPP qui, pourtant, s'adressent à des enfants présentant des troubles du comportement mais qui, compte tenu de leur nombre limité en Gironde et de leur implantation exclusion sur la CUB (Bordeaux, Pessac, Cenon) ne peuvent intervenir sur le Bassin d'Arcachon.

3.1.4 - Les prises en charge à caractère social

La moitié des jeunes (49%) admis à l'ITEP depuis 1999 bénéficient ou ont bénéficié d'une mesure de Protection de l'Enfance. Ce pourcentage, très important, reste stable au cours de toute la période et marque la forte intrication entre les troubles du comportement des jeunes et les perturbations de leur environnement socio-familial.

On constate de plus que parmi ceux qui bénéficient d'une prise en charge à caractère social, nombreux sont ceux qui ont fait l'objet d'au moins 2 mesures.

Les mesures mises en œuvre sont une AEMO ou une AED pour 23 jeunes (47%), un placement en famille d'accueil (9 jeunes soit 18%) ou en MECS (7 jeunes soit 14%).

3.1.5 – L'intégration scolaire

Parmi l'ensemble des jeunes admis à l'ITEP Plein Air depuis 1999, 7 sur 49 soit 14% ont bénéficié d'une intégration scolaire. Cette pratique a connu un développement récent à l'ITEP puisque aucun jeune parmi ceux qui sont sortis au cours des années 1999 à 2004 n'avait été intégré. Par contre, les jeunes intégrés se comptent uniquement parmi les présents au 30 juin 2005 : 7 sur 38 soit 18% (parmi ces 7 jeunes, 3 ont quitté l'ITEP à la fin de l'année scolaire 2004/2005). *Ces intégrations se font à proximité de l'ITEP sur la commune d'Andernos : 5 à la SEGPA, 2 au collège, à temps partiel (pour 4 jeunes) ou à temps plein (pour 3 jeunes).*

Au niveau national, on peut toutefois constater un pourcentage d'intégrations réalisées depuis les ITEP plus important : autour de 30%³⁴.

3.2 – Le devenir des jeunes sortis entre 1998 et 2004

Une enquête a été réalisée autour du devenir des jeunes sortis définitivement de l'ITEP d'Andernos au cours des années 1998 à 2004.

L'objectif de cette enquête est de mesurer l'écart éventuel entre la situation actuelle de ces jeunes et le projet élaboré à leur intention lors de la fin de la prise en charge et d'identifier les raisons à l'origine de cet écart.

Le repérage de difficultés rencontrées lors de sortie a pour intérêt de mettre en évidence le rôle qu'un suivi post prise en charge aurait pu présenter pour certains jeunes.

Dans cette perspective, une fiche individuelle a été établie par le CREAHI et validée par l'ITEP, qui a été chargé de la remplir en reprenant contact avec les jeunes, si besoin était pour préciser leur situation actuelle.

Cette fiche³⁵ permet de rapprocher l'orientation préconisée par l'ITEP lors de la sortie de celle finalement mise en oeuvre d'une part et de la situation actuelle du jeune d'autre part et ce, pour 3 dimensions : le cadre de vie, les prises en charge et l'activité.

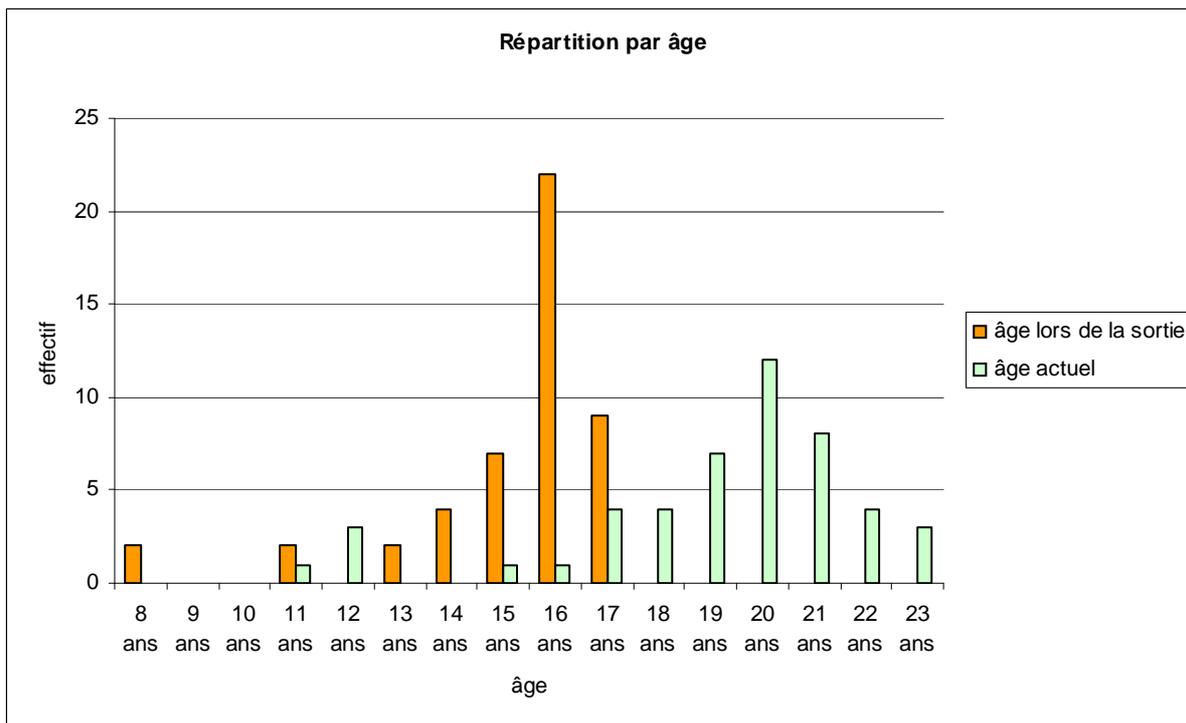
Au cours de ces 7 années d'observation (1998 à 2004), 48 jeunes ont quitté l'établissement ; le nombre moyen annuel de sorties est donc proche de 7 mais avec des variations très importantes allant de 1 en 1999 à 15 en 2000. Nous faisons déjà le constat de ces flux irréguliers dans le chapitre précédent concernant les admissions.

3.2.1 – Age des jeunes

Près des deux tiers (64,5%) des sorties se font à 16 ans ou plus ; les jeunes restent donc le plus souvent jusqu'à la limite d'âge fixé par l'agrément, voire au-delà avec dérogation, si une prolongation est jugée nécessaire pour mieux préparer la sortie.

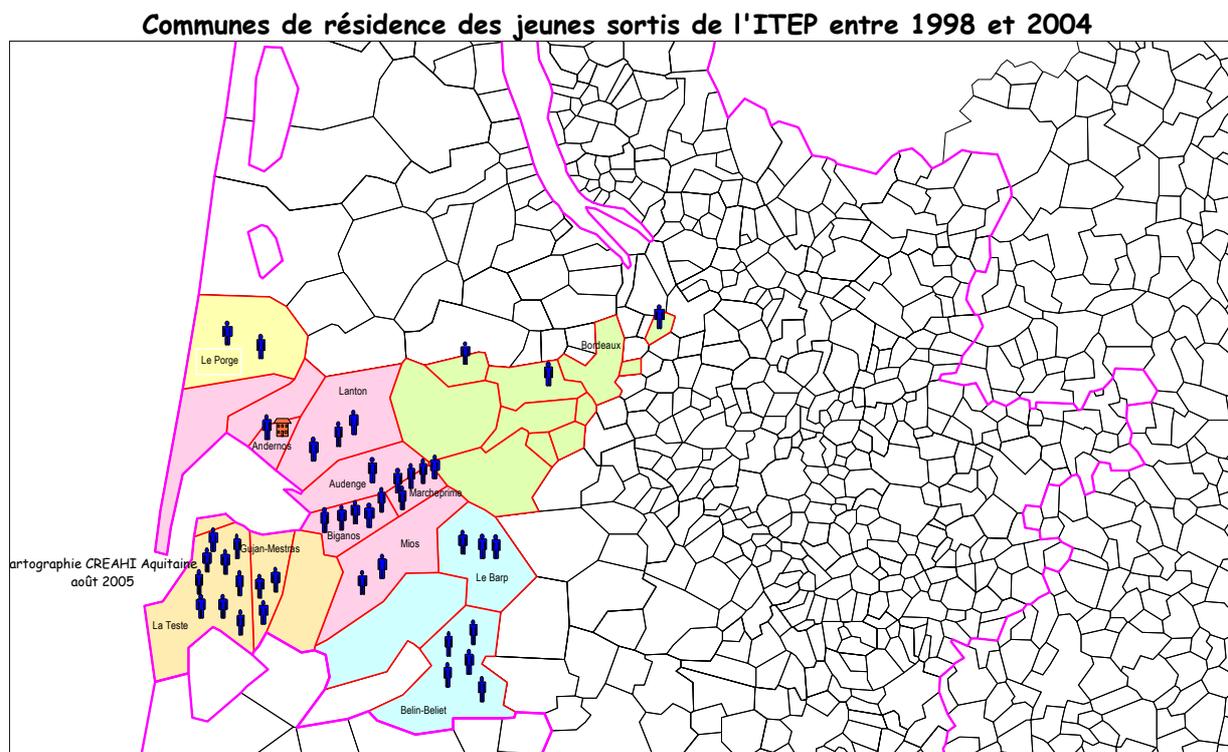
³⁴ C. BARRAL et C.RAZAKI, Les Instituts de rééducation – Enquête Handicaps Incapacités Dépendance, CTNERHI, Janvier 2002, 63 pages

³⁵ voir exemplaire en annexe



Ces jeunes sont en 2005 âgés de 11 à 23 ans, avec une moyenne légèrement supérieure à 19 ans. Plus de la moitié (56%), ayant 20 ans ou plus, ne relèvent plus du champ de l'enfance handicapée.

3.2.2 – Origine géographique



Les jeunes sortis de l'ITEP au cours des années 1998 à 2004 résidaient dans leur grande majorité dans des communes à proximité du Bassin d'Arcachon.

Comme parmi les présents au 30 juin 2005, le canton de Belin-Beliet est bien représenté parmi cette population. Par contre, il semble que les jeunes en provenance de l'agglomération bordelaise étaient moins nombreux dans l'ITEP qu'actuellement ; toutefois, signalons que l'information concernant la commune de résidence est manquante pour près de 20% des jeunes sortis.

3.2.3 - Cadre de vie

Le quart des projets concernant le cadre de vie élaborés par l'ITEP Plein Air ne sont pas réalisés dans les termes prévus lors de la sortie.

Sont principalement concernées les orientations vers un internat médico-social, envisagées pour 42 jeunes mais qui n'aboutissent que pour 30. Le plus souvent c'est le refus du jeune ou de sa famille qui est invoqué pour expliquer ces projets d'orientations non aboutis.

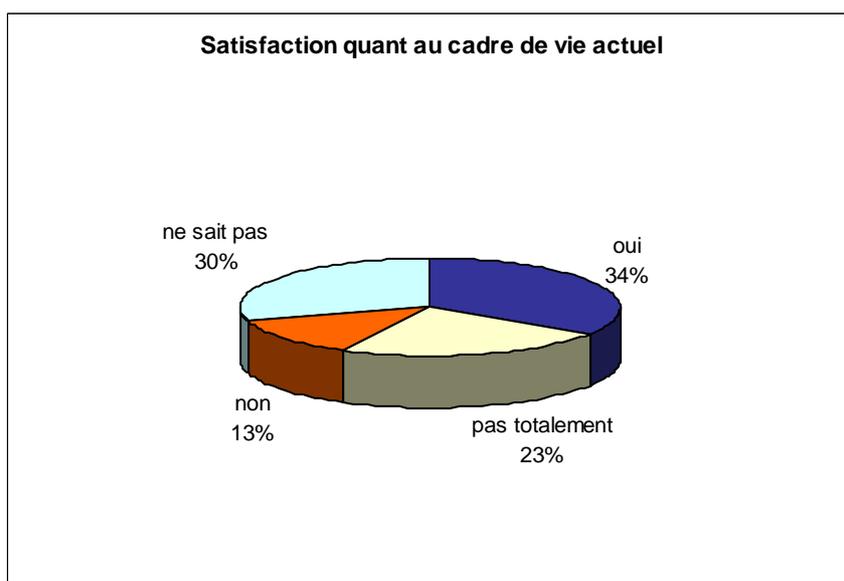
Les placements familiaux préconisés par l'ITEP sont, par ailleurs, rarement mis en œuvre : 4 seulement sur les 14 envisagés. Là, c'est l'insuffisance du nombre de familles d'accueil qui explique cette situation.

En ce qui concerne le cadre de vie actuel du jeune, l'information n'est pas connue pour 15 des 48 jeunes sortis, soit 31% (plus la date de sortie est ancienne, moins cette information est connue : 45% pour les sorties antérieures à 2001, 21% pour ceux sortis depuis cette date).

La famille naturelle reste le cadre de vie le plus répandu pour les situations connues. La plupart des jeunes sont sortis des établissements médico-sociaux, ce qui est logique compte tenu de leur âge (52% ont actuellement 20 ans ou plus).

Cadre de vie du jeune

	Orientation préconisée par l'ITEP	Orientation réalisée lors de la sortie	Situation actuelle
Famille naturelle	1	6	23
Famille naturelle + internat médico-social	22	23	6
Famille naturelle + internat scolaire	-	5	-
Famille naturelle + foyer jeunes travailleurs	-	-	1
Internat médico-social	8	5	1
Internat socio-éducatif	1	1	1
Placement familial	2	1	-
Placement familial + internat médico-social	12	2	-
Placement familial + internat scolaire	-	1	-
Autre	1	3	1
Situation inconnue	1	1	15
TOTAL	48	48	48



L'équipe de l'ITEP Plein Air a été sollicitée pour apprécier la situation actuelle des jeunes sortis entre 1999 et 2004.

Pour plus du tiers (36%) de ces jeunes, le cadre de vie actuel n'est pas jugé réellement satisfaisant.

Pour la plupart des jeunes concernés, **un besoin d'accompagnement non satisfait est signalé**, principalement dans le champ éducatif mais aussi dans le champ professionnel. Pour quelques situations, la préoccupation est d'autant plus vive qu'un isolement social important est constaté. Pour certains, l'accent est plutôt mis sur la nécessité d'une prise d'autonomie qui tarde à être effective.

3.2.4 – Prise en charge

Prise en charge du jeune

	Orientation préconisée par l'ITEP	Orientation réalisée lors de la sortie	Situation actuelle
Pas de prise en charge	0	8	18
ITEP	19	9	2
dont en SESSAD	2	1	1
dont ITEP+AEMO	5	1	
IMPro	22	21	3
dont IIMPro + AEMO	5	2	
MECS	7	-	1
dont MECS + soins psychiques	1		
EREA	1	1	1
Soins psychiatriques	3	-	1
AED ou AEMO	1	1	5
Service d'insertion professionnelle	1	7	3
CAT + protection majeur	-	-	1
Situation inconnue	-	1	13
TOTAL	48	48	48

Pour tous les jeunes sortant de l'ITEP, une poursuite de prise en charge est préconisée, le plus souvent en milieu institutionnel (IMPro ou autre ITEP). La persistance des difficultés liées à l'environnement socio-familial apparaît à travers les projets de suivi par une MECS ou un service d'AED/AEMO, qui concernent plus de 35% des jeunes quittant l'ITEP.

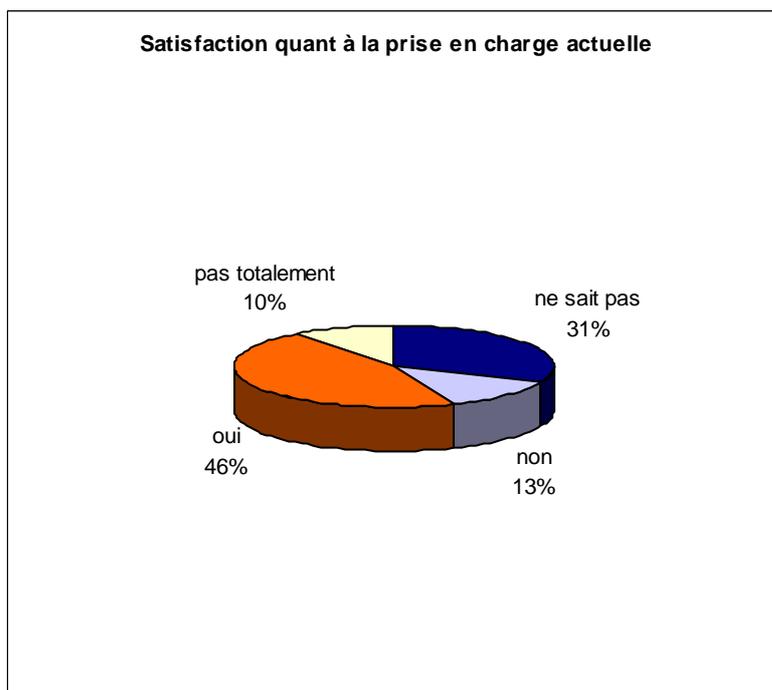
Dans les faits, près de la moitié des préconisations de prise en charge ne se concrétisent pas ou pas dans la forme prévue par l'équipe d'Andernos. On constate plus particulièrement des difficultés d'orientations vers d'autres ITEP ou vers des MECS. De même, les mesures d'AED/AEMO qui devaient être mises en œuvre conjointement à des prises en charge

médico-sociales, deviennent rarement effectives. Seules les orientations en IMPro arrivent à aboutir.

Cet écart entre orientation souhaitée et orientation réalisée s'explique majoritairement par un refus du jeune ou de sa famille de suivre les préconisations de l'ITEP Plein Air mais, dans de nombreux cas également, l'insuffisance des réponses mobilisables (notamment en ITEP) ne permet pas de proposer la prise en charge envisagée.

En ce qui concerne la situation actuelle, aucune information n'a été donnée pour 13 jeunes sur 48, il est probable qu'une bonne partie de ces jeunes ne bénéficient actuellement d'aucune prise en charge.

Pour un petit nombre, la prise en charge mise en place lors de la sortie continue d'être pratiquée. Plus du tiers ne bénéficient plus d'aucune prise en charge.



Pour près du quart des jeunes, l'absence ou l'insuffisance de prise en charge est jugée préoccupante par l'ITEP Plein Air.

Quand une prise en charge continue d'être mise en œuvre, l'ITEP estime qu'elle est globalement bien adaptée aux besoins du jeune (à quelques exceptions près, toutefois).

Les besoins de prise en charge évoqués et non mis en œuvre sont relatifs :

- au suivi éducatif et à l'accompagnement dans l'environnement (avec parfois une évocation de la famille "*cadre éducatif défaillant*")
- à un soutien, voire à des soins psychologiques

Dans la majorité des cas, les jeunes concernés ne bénéficient d'aucune prise en charge. Pour d'autres, la prise en charge en cours peut s'avérer :

- insuffisante (ex : un jeune en AEMO qui nécessite des soins psychologiques ou encore un jeune suivi par le CMP qui a besoin d'un accompagnement éducatif),
- voire inadaptée (ex : jeunes en MECS ou en IMPro alors qu'ils relèvent plutôt d'une prise en charge psychiatrique)

3.2.5 - Activité

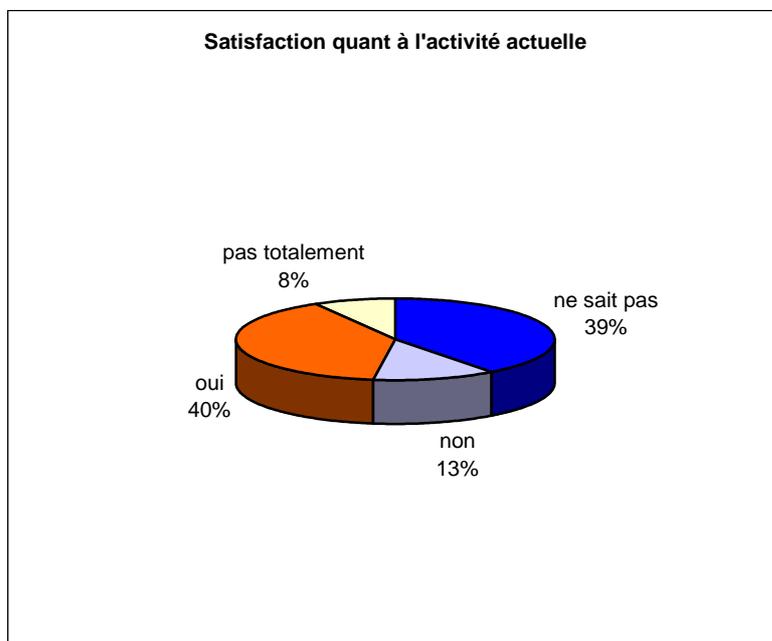
Lors de la sortie, une poursuite d'études ou une formation professionnelle (y compris apprentissage) est envisagée pour l'ensemble des jeunes, dans un cadre adapté quasiment pour tous. Les trois quarts des projets élaborés par l'ITEP Plein Air sont mis en œuvre lors de la sortie. Quelques glissements ont lieu, formation professionnelle devenant finalement

apprentissage ou inversement, mais le principal changement concerne les projets de scolarisation en milieu spécialisé qui ont du mal à aboutir : la moitié seulement est mise en œuvre. Ces projets étaient liés à une prise en charge en ITEP qui, comme on l'a vu, n'a pas pu être réalisée pour de nombreux jeunes.

Activité du jeune

	Orientation préconisée par l'ITEP	Orientation réalisée lors de la sortie	Situation actuelle
Scolarisation en classe ordinaire	-	5	-
Scolarisation en classe spéciale	16	7	2
Apprentissage	2	4	6
Formation professionnelle ordinaire	-	1	1
Formation professionnelle adaptée	28	29	3
Emploi en CDD	-	-	4
Emploi en CDI	-	-	9
Recherche d'emploi	-	-	1
Aucune activité	1	1	5
Non précisé	1	1	17
TOTAL	48	48	48

En ce qui concerne l'activité actuelle, on remarque de nouveau un défaut d'information pour un nombre important de jeunes (17 sur 48 soit 35%). Il serait hasardeux, cependant, de faire l'hypothèse qu'une absence d'information équivaut systématiquement à une inactivité. En ce qui concerne les jeunes pour lesquels des informations sont disponibles, on constate qu'une majorité semble insérée, soit en poursuivant études ou formation, soit en étant en activité professionnelle, le plus souvent sur un contrat à durée indéterminée, ce qui semble plutôt encourageant.



L'ITEP Plein Air estime que pour 40% des jeunes ayant quitté l'établissement entre 1998 et 2002, la situation actuelle est satisfaisante.

Par contre pour 21%, des difficultés plus ou moins importantes ont été signalées. Tous les jeunes en inactivité sont concernés, ils se retrouvent actuellement sans aucun suivi ou accompagnement alors qu'un étayage éducatif et des soins psychologiques seraient indiqués.

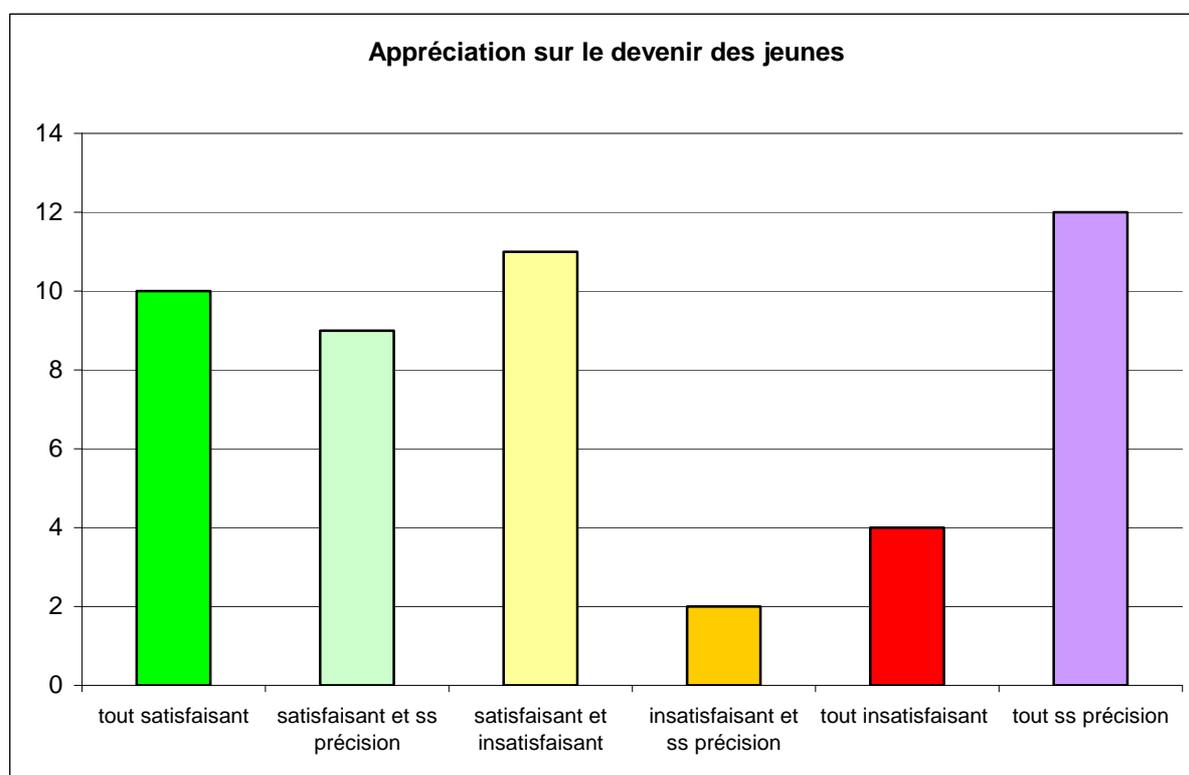
En outre, pour 3 jeunes actuellement en apprentissage ou en activité en CDD, la situation n'est pas jugée satisfaisante en raison de leurs difficultés relationnelles. Sans accompagnement éducatif ou thérapeutique, ils risquent de voir leur situation se dégrader et leur processus d'insertion mis en péril.

3.2.6 – Le devenir des jeunes sortis : bilan

L'étude du devenir des jeunes sortis de l'ITEP entre 1998 et 2004 a permis, en premier lieu, de mettre en évidence la difficulté à retrouver l'ensemble des jeunes concernés et à produire des informations sur leur situation actuelle. Un certain nombre d'entre eux sont perdus de vue, même parmi ceux sortis il y a moins de 3 ans.

Par ailleurs, lorsqu'on recherche les raisons des écarts entre l'orientation préconisée par l'ITEP et celle effectivement mise en œuvre à la sortie, d'assez nombreuses oppositions émanant du jeune ou de sa famille apparaissent. Ce constat pose la question de la préparation du jeune (et de sa famille) au projet qui est construit pour lui (et théoriquement avec lui) et des solutions alternatives à mettre en œuvre si les propositions de prise en charge institutionnelle sont refusées. On peut faire aisément l'hypothèse qu'une proposition de prise en charge de type SESSAD serait mieux acceptée par le jeune et sa famille qui, à un moment donné, expriment leur rejet de l'institution.

En ce qui concerne la situation actuelle des jeunes, la synthèse des appréciations réalisées par l'ITEP Plein Air sur les 3 dimensions étudiées (cadre de vie, prise en charge et activité) donne la configuration suivante :



La situation du jeune est souvent complexe : on observe ainsi assez peu de satisfaction globale sur tous les axes étudiés. Dans la grande majorité des autres cas, l'appréciation de l'ITEP est plus mitigée ou ne porte que sur certains aspects de la vie du jeune.

Il existe une corrélation assez forte entre le niveau de satisfaction et le fait que les jeunes bénéficient ou non d'un suivi ; ceux pour lesquels un projet de prise en charge a été envisagé et n'a pas abouti présentent un risque élevé de se retrouver dans une situation peu satisfaisante.

Ce contexte et ces difficultés montrent le besoin d'accompagnement après la sortie pour conforter les acquis du jeune, faire perdurer les effets de la prise en

charge et soutenir une insertion en milieu ordinaire tant sur le plan social que professionnel.

On peut faire l'hypothèse qu'un accompagnement socio-éducatif qui serait proposé après la prise en charge institutionnelle pour certains des jeunes pourrait pleinement remplir ce rôle.

3.3 – Les attentes des familles

L'ITEP Plein Air a saisi l'opportunité de cette étude autour de sa transformation pour recueillir les attentes des familles concernant les services qu'il pourrait apporter pour accompagner les jeunes dans leur projet d'insertion socio-professionnelle.

Cette prise en compte de l'avis des familles s'inscrit dans le respect des directives de la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale sur les droits des usagers et leur participation à l'élaboration des projets les concernant, directives reprises dans le décret sur les ITEP : "*Les parents [...] sont associés aussi étroitement que possible à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement et à son évolution, jusqu'à la fin de la prise en charge ainsi qu'à l'élaboration du projet de sortie*"³⁶.

3.3.1 - Conditions de réalisation de l'enquête

Les parents d'enfants actuellement pris en charge à l'ITEP Plein Air ont donc été sollicités par questionnaire³⁷ adressé par voie postale (questionnaire élaboré par le CREAHI et validé par l'ITEP).

Le recueil d'attentes étant centré sur l'accompagnement en vue de l'insertion sociale et professionnelle du jeune après la phase institutionnelle de la prise en charge, seuls les parents de jeunes ayant au moins 13 ans au jour de l'enquête ont été consultés (soit 28 jeunes).

Le taux de retour à cette enquête n'est pas très élevé : 8 familles seulement ont répondu, soit 28,6% de celles qui ont été contactées et ce, malgré une relance. Il est probable que le mode de recueil de données soit, en partie, à l'origine de ce faible taux de réponse, ces familles n'étant pas habituées à être sollicitées par questionnaire et, peut-être pour certaines, pas très à l'aise avec l'écrit. Toutefois, nous n'avons pas les moyens nécessaires pour réaliser des entretiens avec certaines de ces familles. Par ailleurs, des mesures relevant de la Protection de l'Enfance étant, nous l'avons vu, assez fréquemment mises en œuvre au bénéfice de ces jeunes, il est possible que certains se sentant déchargé, de ce fait, de leur rôle parental n'aient pas jugé opportun de s'exprimer.

En outre, la période d'envoi de ces questionnaires, mi-juin puis relance début juillet, en fin d'année scolaire et début de congés, n'était sans doute pas la plus propice.

3.3.2 – Les éléments recueillis

→ Ce que nous disent les familles des difficultés de leur enfant est un reflet fidèle des troubles observés auprès de la population des ITEP : nervosité, hyperactivité, instabilité, difficulté à respecter les autres, violence, refus de l'autorité, intolérance à la frustration, crises d'angoisse...

Ces troubles du comportement perturbent considérablement le quotidien de ces familles, certaines indiquent, en outre, leurs effets négatifs sur les apprentissages scolaires.

³⁶ décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 sur les ITEP, déjà cité

³⁷ voir exemplaire en annexe

Deux familles, toutefois, nient l'existence de difficultés chez leur enfant *"aucune difficulté", "enfant bien dans ses 13 ans"* (un de ces jeunes est pourtant accueilli à l'ITEP depuis 2000) et estiment que la prise en charge n'a aucun lieu d'être.

→ **Sur l'appréciation globale concernant le suivi apporté par l'ITEP, la plupart des parents expriment une grande satisfaction.** Ils constatent l'effet apaisant de la prise en charge sur le comportement de leur enfant *"ça l'a assagi"*. Ils sont rassurés par la présence de l'équipe de l'ITEP à leurs côtés.

Les progrès accomplis par leur enfant, notamment dans le cadre scolaire, sont signalés et ils reconnaissent la qualité du travail des enseignants. Cette évolution satisfaisante de leur enfant se traduit aussi par un changement d'attitude par rapport à la scolarité : *"il a appris à aimer l'école"*.

Les parents attendent de l'ITEP qu'il réussisse là où ils estiment avoir échoué parfois, selon eux, par manque d'autorité. Une famille souhaiterait ainsi que les éducateurs dont le travail est apprécié soient, néanmoins, *"plus sévères"* mais aussi apportent un soutien différencié aux enfants en fonction de leurs besoins, ce qui à ses yeux n'est pas le cas : *"ils sont tous à la même enseigne"*.

En décalage par rapport à ces appréciations globalement très positives, les 2 familles qui déclaraient que leur enfant n'avait pas de difficultés ne sont pas du tout satisfaites ; l'une mettant en cause le niveau scolaire *"nul"* et le temps trop important accordé aux loisirs, l'autre indiquant seulement que l'ITEP était *"source d'ennui"*.

→ Toutes les familles disent avoir déjà réfléchi à un projet d'activité pour leur enfant à l'issue du séjour en ITEP. L'apprentissage recueille la plupart des suffrages, cette voie semblant la plus adaptée pour ces jeunes. Les familles estiment pour cela être bien informées par l'ITEP sur les possibilités qui s'offrent à leur enfant et consultées autant que nécessaires pour faire les choix concernant leur enfant : *"notre enfant a choisi son métier, l'IR lui a permis de faire le choix de son métier"*.

Les deux familles qui rejettent la prise en charge, sont sur une position radicalement inverse et estiment n'être ni informées, ni associées aux choix à faire pour leur enfant.

→ Enfin en ce qui concerne le rôle de l'ITEP dans les projets d'avenir des jeunes, les parents reconnaissent le besoin d'aide de leur enfant : *"il a besoin qu'on l'aide dans tout", "pour être prêt, il doit apprendre encore à étudier"*. Aussi la mise en place d'un suivi, d'accompagnement global (scolarité, entrée dans l'emploi, comportement) dans la durée est jugée nécessaire et est considérée comme un garant de la réussite de ces jeunes.

Même pour ceux qui vont sortir sous peu, le maintien du lien avec l'ITEP semble important aux familles, *"nous garderons contact avec l'IR"*, et elles apprécient les effets positifs des encouragements apportés par l'équipe sur leur enfant.

En ce qui concerne les 2 familles insatisfaites, l'une d'elles estime que les projets professionnels ne pourront aboutir que si *"l'IR donne aux enfants le goût du travail, de l'effort et des responsabilités"*. Elle souhaite que le suivi scolaire prenne plus d'importance, ce qui pourrait améliorer le niveau général des jeunes, faciliter leur intégration sociale et donc permettre un retour en milieu ordinaire plus rapide *"comme ça, l'IR ne le gardera pas jusqu'à la fin"*. L'autre famille n'a pas fait part d'attentes.

En définitive, on constate globalement une satisfaction et un soulagement de la part des familles quant à la prise en charge effectuée par l'ITEP qui, selon elles, apporte beaucoup à leur enfant. Une minorité est à l'inverse très critique avec, néanmoins, certaines remarques pertinentes dans l'absolu (sur la nécessité de mieux armer les jeunes pour qu'ils puissent prendre leur autonomie et sortir plus tôt de l'ITEP, rôle que pourrait jouer un service d'accompagnement post-prise en charge).

Le rejet de la prise en charge est probablement un phénomène assez répandu chez certaines familles d'enfants placés en institution qui peuvent ressentir l'orientation en structure médico-sociale, en ITEP qui plus est, comme une mise en cause de leurs compétences éducatives. Il y a certainement une attention particulière à porter à ces familles qui ont un vécu douloureux avec leur enfant avec, notamment, une meilleure explication des décisions de la CDES et des objectifs de la prise en charge.

Les autres familles, compte tenu de la manière dont se passe la prise en charge et particulièrement de la bonne évolution de leur enfant, sont en toute logique demandeuses d'un suivi qui puisse se poursuivre aussi longtemps que nécessaire pour aider leur enfant à s'insérer socialement et professionnellement.

4. Opportunité du projet de transformation de l'ITEP Plein Air et attentes des partenaires

Des interlocuteurs, intéressés à divers titres par ce projet de transformation de l'ITEP, ont été rencontrés³⁸.

Plusieurs aspects du projet de création ont été abordés avec eux :

- sa pertinence par rapport à l'équipement déjà existant
- son adéquation par rapport aux besoins des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement et aux manques au niveau des réponses
- leurs éventuelles attentes par rapport à cette future structure en terme d'agrément, de modalités de fonctionnement et de partenariat.

L'annonce d'un projet sur le Bassin est très appréciée par les partenaires actuels ou futurs de l'ITEP compte tenu de l'absence ou de la très grande insuffisance de l'offre disponible sur ce secteur. De l'avis de tous, l'équipement y est à améliorer car des manques importants sont déplorés dans tous les types de prises en charge.

L'inspecteur AIS, notamment, se déclare également intéressé par les deux volets du projet d'évolution de l'ITEP et annonce qu'il donnera un avis favorable.

La CDES fait également part de son grand intérêt sur les différents aspects du projet.

La DDASS, si elle apprécie également le projet de l'ITEP Plein Air qui permettra de diversifier les réponses et de mettre à disposition des moyens pour accompagner l'intégration scolaire, est plus réservée en ce qui concerne son aspect **quantitatif**.

En effet, le projet prévoit une augmentation globale de la capacité d'accueil de 13 places (voir tableau dans l'introduction de ce rapport), ce qui pour les ITEP ne correspond pas aux orientations retenues par la DDASS de la Gironde, compte tenu du taux d'équipement girondin considéré comme élevé (voir chapitre 2.2 du rapport).

La DDASS partant de l'hypothèse, déjà formulée par l'ITEP, d'un effet à la baisse sur les demandes de prise en charge institutionnelle, lié au rôle préventif du SESSAD, souhaiterait que davantage de places de semi-internat soient redéployées.

En outre, l'intégration scolaire devrait encore se développer, suite à la Loi du 11 février 2005 (voir chapitre 1 de ce rapport) et donc les demandes de prise en charge en institution diminuer.

Par ailleurs, la DDASS juge cohérente l'intention annoncée par l'ITEP de se recentrer sur la prise en charge interne "des cas les plus lourds" compte tenu de ce renforcement attendu de l'intégration scolaire.

La création du SESSAD ne peut donc se faire indépendamment de l'activité globale de l'ITEP. Mais la DDASS reconnaît, toutefois, qu'en matière de places **d'internat** d'ITEP, **la Gironde a atteint un seuil en deçà duquel il ne serait pas pertinent d'aller.**

La CDES insiste, de son côté fortement pour effectivement conserver cette offre intacte, d'autant plus que l'offre de l'ITEP Plein Air est la seule sur le secteur du Bassin d'Arcachon et au-delà (voir carte de répartition des ITEP page 15).

³⁸ Voir liste de ces personnes en annexe

Par ailleurs, concernant les difficultés auxquelles est confrontée la population du Bassin, l'inspecteur AIS constate qu'elles ne sont pas globalement différentes de celles du reste du département.

Néanmoins, il estime que les besoins sur ce secteur sont masqués. Pour illustration, l'inspecteur AIS cite l'épisode récent de la création de l'UPI de Gujan-Mestras. Alors qu'au mois de mai précédant son ouverture, seules quelques candidatures potentielles étaient recensées, cette UPI a fait le plein dès la rentrée, notamment avec des situations jusqu'alors inconnues, et a maintenant plusieurs jeunes en liste d'attente. Cet avis est partagé par le secrétaire de CCPE.

4.1 - Secteur et modalités d'intervention

Le secteur d'intervention envisagé pour le SESSAD sera positionné sur la partie Nord du Bassin d'Arcachon. Aucun service de ce type n'y fonctionne actuellement et ceux qui sont situés plus loin, sur la partie Ouest de l'agglomération bordelaise, ne peuvent se déplacer, pour des raisons bien compréhensibles, jusque sur le Bassin.

La DDASS signale que 2 projets de création de SESSAD concernant le Bassin d'Arcachon lui ont été soumis : ils concernent des enfants ou des adolescents souffrant de syndrome autistique. Il ne s'agit donc pas de projets entrant en concurrence avec celui de l'ITEP Plein Air.

Les liaisons routières autour du Bassin d'Arcachon



Deux hypothèses s'offrent au futur SESSAD pour couvrir efficacement l'ensemble du territoire envisagé et tenir compte de deux contraintes : d'une part, celle liée au coût de l'immobilier dans ce secteur et d'autre part, celle liée à l'étendue de ce secteur :

- utiliser un minibus (sur le modèle par exemple des bibliobus ou, dans certains secteurs ruraux, des haltes-garderies itinérantes) avec, comme éventualité, de passer une journée par semaine dans une commune facilement accessible en fonction du lieu de résidence des enfants suivis. Cette formule offre l'avantage d'une grande souplesse et les "villes-étapes" peuvent être ré-étudiées chaque année en fonction de la répartition géographique des enfants pris en charge
- bénéficier d'une mise à disposition des locaux par les Ecoles, Mairies ou services sociaux, avec des incertitudes assez grandes quant à la vacance possible dans ces lieux et avec, également, le risque qu'un local, mis à la disposition une année, soit repris l'année suivante.

L'Inspecteur AIS estime que le principe d'une unité mobile serait intéressant en permettant d'accéder plus facilement à toutes les zones, l'habitat étant dispersé sur ce secteur. En outre, il reconnaît que la question des locaux constitue une vraie difficulté et que les écoles manquent souvent de place. Néanmoins, les équipes RASED fonctionnant avec leurs propres locaux sur ce secteur, il n'est pas impossible que sur certains laps de temps dans la semaine, ces locaux puissent être mis à disposition du SESSAD.

La CDES fait part également de son grand intérêt par rapport à une telle formule, qui permettrait de travailler d'une façon originale en introduisant une nouvelle manière d'appréhender les situations, et notamment de pouvoir être très proche des familles même si un ensemble de questions pratiques (qui sont évoquées, ci-dessous, par la DDASS) devront être traitées.

La DDASS s'interroge, quant à elle, sur plusieurs aspects concernant la mise en œuvre opérationnelle d'une unité mobile :

- les professionnels pourront-ils se partager, dans de bonnes conditions, l'espace réduit qui sera à leur disposition ? Les activités de psychomotricité, notamment, qui nécessitent matériels et espace pourront-elles être mises en œuvre ? ³⁹
- pourront-ils assurer le rôle de chauffeur avec les exigences réglementaires requises ?

En outre, la DDASS pense que le minibus risquera de se faire "repérer" assez facilement lors de ses déplacements, surtout en secteur semi-rural, ce qui pourrait être préjudiciable à la confidentialité et entraîner des réticences de la part des parents.

L'inspectrice DDASS demande donc que cette hypothèse soit approfondie pour bien mettre en évidence ses avantages et ses limites et estime que des rapprochements sont nécessaires avec les municipalités du secteur d'intervention envisagé pour examiner si des locaux ne pourraient pas être mis à disposition du SESSAD.

Une restructuration interne de l'ITEP pourrait également être, pour la DDASS, une opportunité pour affecter un local bien identifié au SESSAD et spécifiquement dédié à cette activité.

Quoi qu'il en soit, la zone d'intervention envisagée par l'ITEP, correspondant au territoire de la CCPE Arcachon Nord, est jugée tout à fait suffisante, eu égard à son étendue et aux besoins potentiellement existants.

La DDASS estime qu'il faut être particulièrement vigilant sur l'étendue du secteur d'intervention car il convient :

³⁹ La CDES signale d'ailleurs, à ce sujet, que les besoins en psychomotricité sont importants pour ce public et ne sont pas couverts actuellement puisque même en libéral (qui n'est pas remboursé), il n'y a aucune offre de prise en charge de ce type sur le Bassin.

- d'une part, de réduire le temps de déplacement au profit de celui passé auprès des enfants
- d'autre part, de multiplier les occasions d'impliquer davantage les familles. Or, la participation accrue des familles nécessite une grande proximité entre elles et les lieux de prise en charge.

Reprenant les recommandations de la DRASS de Midi-Pyrénées ⁴⁰, la DDASS juge que le rayon d'action du SESSAD ne devrait pas excéder 20 kms. Elle estime, en outre, que la CDES va de plus en plus tenir compte de ce caractère de proximité pour réaliser des orientations et que cette préoccupation aura également une place centrale pour la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ⁴¹ de la future Maison départementale des personnes handicapées.

Quelles que soient les limites du secteur d'intervention du SESSAD, le médecin-chef de la pédopsychiatrie du secteur concerné estime que le SESSAD doit absolument **se déplacer**, aller vers les jeunes, dans leur cadre de vie, et non pas l'inverse.

4.2 - Développement de partenariats

La mise en œuvre d'un SESSAD, aussi bien que d'un service d'insertion, nécessite que plusieurs partenaires soient impliqués dans la prise en charge des jeunes. Cette dimension a déjà fait l'objet d'une première réflexion au niveau de l'ITEP Plein Air. Dans le cadre de l'établissement de partenariats, il semble indispensable à l'équipe de travailler sur la base d'un cadre préalablement bien formalisé "qui fait quoi".

Les nouveaux services envisagés pourraient être de nature à lever les cloisonnements que l'on peut constater entre la pédopsychiatrie et le médico-social et dont il faut reconnaître qu'ils ne sont pas au bénéfice de l'enfant. L'équipe de l'ITEP d'Andernos entend ainsi faciliter les trajectoires de jeunes entre les différents dispositifs de prise en charge. Cette nécessité d'aménager les parcours est d'ailleurs mise en avant dans la circulaire relative au volet sanitaire du SROS de 3^{ème} génération⁴², ce qui va impliquer *"de réduire les cloisonnements au sein du dispositif et de renforcer les partenariats et le travail en réseau avec les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires"*.

La pédopsychiatrie se dit tout à fait ouverte à la perspective d'un partenariat renforcé avec le médico-social pour notamment partager des temps de soins et de socialisation.

4.3 - Rôle et place du SESSAD dans le dispositif médico-social

Pour que la prise en charge en SESSAD puisse être efficace, deux conditions indispensables doivent être réunies : la capacité du cadre scolaire à intégrer le jeune et l'adhésion de la famille au projet.

⁴⁰ *Le cahier des charges des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile relevant de l'annexe XXIV.-* DRASS de Midi-Pyrénées, juin 1995, 8 pages

⁴¹ appelée à reprendre les missions de la CDES, de la COTOREP et du SVA

⁴² circulaire n°507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

L'équipe de l'ITEP Plein Air souhaite ainsi que les indications, qui seront faites pour son futur SESSAD, soient réalisées "de manière positive" et non par défaut (particulièrement pas par manque de place en institution).

L'Inspecteur AIS considère, qu'à l'heure actuelle, au niveau de la seule Education nationale, il n'y a pas de prises en charge réellement cohérentes des élèves présentant des troubles du caractère et du comportement.

Les CLIS 1 gèrent mal ce type d'enfants, particulièrement ceux dont le comportement perturbe ces classes, plutôt destinées à recevoir des enfants déficients intellectuels. La grande hétérogénéité du public scolarisé en CLIS constitue, en outre, une difficulté pour l'enseignant qui en a la charge. De plus, il faut rappeler, que la CLIS est une réponse à vocation pédagogique et ne propose pas de prestations éducatives ou de soins. C'est pour cela qu'actuellement sur le Bassin, les orientations en CLIS peuvent être soutenues par des prises en charge assurées par le CMP ou l'hôpital de jour.

Les enfants avec des troubles sérieux du comportement ne sont pas non plus faciles à gérer dans les classes ordinaires et peuvent déstabiliser les enseignants. Pour ces enfants, notamment ceux scolarisés en Maternelle, une demande d'AVS (auxiliaire de vie scolaire) est faite, dans un premier temps, pour les accompagner et faciliter leur maintien en milieu ordinaire. Cependant pour ces enfants atteints de troubles du caractère et du comportement, les AVS interviennent plus rarement que pour d'autres pathologies (IMC, autre handicap moteur...) ; ils peuvent être néanmoins mobilisés pour des enfants particulièrement agités.

Pour l'année scolaire 2004/2005, 163 enfants bénéficiaient en Gironde de la présence d'un AVS. Parmi eux 18 souffraient de "troubles psychologiques" (hors pathologie type autisme, troubles envahissants du développement ou troubles psychotiques) et, parmi ces 18, 14 enfants étaient scolarisés en Maternelle.

La CDES remarque à ce sujet que la réponse AVS reste rare et difficile à mobiliser.

Dans ces conditions, il apparaît assez clairement que pour favoriser une intégration en classe ordinaire, une prise en charge par un SESSAD serait très opportune. Elle pourrait venir soulager l'enseignant, apaiser l'enfant et l'accompagner dans son parcours.

La CCPE indique, en outre, que pour des enfants instables et particulièrement fragiles une orientation en ITEP n'est pas toujours recommandée car ces enfants vont avoir du mal à s'adapter à la vie en institution et la cohabitation avec des enfants difficiles va être pour eux problématique. Or, comme le souligne le secrétaire de CCPE *"si on met les moyens, CLIS + SESSAD, ces enfants pourraient rester en milieu ordinaire"*.

De plus, la CCPE constate fréquemment des difficultés et des perturbations importantes au niveau de la famille, composante qu'un SESSAD peut prendre en charge tout à fait efficacement.

Le projet de création de SESSAD correspond donc bien à la politique actuelle d'intégration de l'Education nationale.

La pédopsychiatrie, d'ailleurs, constate qu'elle est parfois sollicitée par l'Ecole quand celle-ci se trouve en difficulté avec des enfants relevant plutôt d'une prise en charge médico-sociale, notamment parce que ces enfants ont des troubles du comportement sans pour autant avoir de troubles psychiques. En outre, la pédopsychiatrie note une certaine réticence de la part des parents à accepter une prise en charge qui serait mise en œuvre par ses services alors qu'une structure médico-sociale avec son image moins stigmatisante saura mieux convaincre les parents de la nécessité d'un suivi. Le médecin-chef du secteur 3 indique qu'il est particulièrement favorable au développement de dispositifs qui vont permettre le maintien en milieu ordinaire pour ne réserver les places en institutions médico-sociales qu'aux situations les plus lourdes.

Pour autant, l'Inspecteur AIS émet une **réserve quant à la tranche d'âge actuellement retenue** (4-8 ans) par l'ITEP Plein Air pour la mise en œuvre de ce nouveau service. Pour lui, un décalage vers les 6-12 ans serait plus pertinent et permettrait de mieux répondre aux difficultés rencontrées par l'Ecole pour scolariser l'enfant.

En effet, même si certains enfants peuvent poser problème en raison de leur comportement dès 4 ans, l'établissement d'un diagnostic pour ce type de troubles est en général assez long car il nécessite une période d'observation et d'évaluation importante. L'école va être à l'origine du dépistage des troubles de ces enfants.

Les troubles qui sont déjà bien marqués à 4 ans sont, en général, assez lourds, antérieurs au début de la scolarisation et la réponse SESSAD n'est peut-être alors pas la plus adaptée à ces enfants.

Cet avis est également partagé par la CDES qui estime que l'entrée en établissement médico-social va se faire de plus en plus tard, à terme vers 12/13 ans à la fin de l'Ecole primaire, compte tenu des politiques d'intégration scolaire et des souhaits des parents qui demandent le maintien de leur enfant dans des dispositifs ordinaires le plus longtemps possible. Cette tendance ne pourra qu'être renforcée par l'existence d'un SESSAD qui va éviter, ou pour le moins, repousser dans le temps l'entrée en ITEP.

Un SESSAD ayant l'agrément 6-12 ans semblerait donc plus pertinent. Dans cette même perspective, le décalage vers le "haut" de l'âge d'admission à l'ITEP, 8 ans au lieu de 6 ans, semble plus en rapport avec la réalité. La CCPE exprime un avis assez proche en terme de tranche d'âge.

En revanche, la pédopsychiatrie serait plutôt intéressée par des possibilités de prise en charge dès 5 ans car elle est régulièrement sollicitée pour des enfants dans la tranche d'âge maternelle qui, pour certains, auraient besoin d'un accompagnement médico-social sans attendre d'atteindre l'âge de 6 ans.

4.4 - Le pôle insertion

La CDES, tout comme l'inspecteur AIS, accueillent avec un grand intérêt et une satisfaction tout aussi grande l'intention manifestée par l'ITEP Plein Air de mieux accompagner les sorties et de développer ses efforts d'insertion pour les adolescents.

L'enquête réalisée auprès des jeunes définitivement sortis de l'ITEP Plein Air (voir chapitre 3.2) a nettement mis en évidence **l'effet négatif de l'absence de suivi à la fin de la prise en charge institutionnelle sur la trajectoire des jeunes**. Cet accompagnement à l'insertion en milieu ordinaire paraît d'autant plus nécessaire que, pour de nombreux jeunes, des perturbations importantes de l'environnement socio-familial constituent une difficulté supplémentaire.

Ces constats ne sont, bien évidemment pas propres à l'ITEP Plein Air et la CDES regrette que souvent la prise en charge s'arrête avec la sortie de l'établissement médico-social alors qu'une prolongation de l'accompagnement des jeunes pendant leur période de formation et d'insertion professionnelle est essentielle pour conforter les acquis et soutenir l'accès à l'autonomie.

Collèges, SEGPA ou encore CFA peuvent accueillir plus efficacement ces jeunes s'ils sont soutenus et suivis par une équipe éducative. L'Education nationale se propose de réserver, si nécessaire des places en SEGPA pour les sortants de l'ITEP et de s'engager dans un partenariat actif pour faire aboutir et fonctionner ce projet.

La SEGPA d'Andernos qui reçoit régulièrement des jeunes intégrés depuis l'ITEP, voire après la sortie de l'ITEP, estime que les profils d'élèves qui lui sont adressés sont en adéquation avec le projet de la SEGPA et que les jeunes sont bien préparés à cette intégration. Le

directeur remarque, toutefois, que les élèves en provenance de l'ITEP et accueillis en SEGPA sont dans une zone de compétence supérieure à celle de la population habituelle de ces sections d'enseignement. Le constat inverse peut être fait pour ceux qui sont intégrés en classe ordinaire de collègue.

Actuellement (septembre 2005) les situations connues du responsable de la SEGPA concernent des jeunes toujours pris en charge par l'ITEP ou dont la prise en charge a pris fin tout récemment, en juin dernier. Il n'est donc pas encore possible de dire si cette absence de prise en charge a des effets négatifs sur le comportement des jeunes.

Pour autant, le directeur de la SEGPA estime que **si l'intégration des jeunes issus de l'ITEP fonctionne avec succès, c'est grâce à l'accompagnement mis en œuvre par l'ITEP** et salue à ce propos la qualité du travail réalisé, sa capacité à se mobiliser et intervenir rapidement s'il y a un problème. Ce suivi, dont la densité et l'efficacité se sont améliorés récemment, a permis de réduire les échecs d'intégration. Il y a donc une attente forte pour que ce fonctionnement puisse se maintenir.

Par ailleurs, peu d'informations reviennent à la SEGPA concernant la situation des élèves ayant quitté la structure mais le directeur estime qu'on peut s'inquiéter du devenir de certains jeunes, particulièrement ceux qui avaient des difficultés de comportement.

Dans ce contexte, **le directeur de SEGPA accueille tout à fait favorablement la possibilité qu'un suivi post-prise en charge puisse être assuré** par une équipe rattachée à l'ITEP. Le projet de l'ITEP Plein Air lui semble donc tout à fait pertinent, plus souple qu'une intégration couplée à une prise en charge institutionnelle. Il permettrait au jeune d'être soutenu et à la SEGPA d'avoir un interlocuteur en cas de souci. La SEGPA attendrait de ce nouveau service :

- qu'il régule les problèmes liés au comportement du jeune, notamment ceux pouvant perturber les autres élèves, les situations de crise, de détresse psychologique...
- qu'il serve d'interface dans les relations entre la SEGPA et la famille, ce qui déchargerait la SEGPA du règlement de certaines tensions. Le directeur de la SEGPA signale à ce sujet que certaines familles ont du mal à admettre la nécessité de la poursuite d'une prise en charge dès lors que leur enfant paraît suivre une scolarité sans trop de problèmes, même si des difficultés de comportement persistent. Pour ces situations, il y aura donc un travail préalable nécessaire pour faire adhérer les familles à la mise en place d'un tel suivi
- qu'il aide les jeunes à être plus autonomes sur le plan pédagogique.

Les CFA (Centres de Formation pour Apprentis) n'ont pas été spécifiquement interrogés pour cette étude car, sur ces dernières années, les situations de jeunes issus de l'ITEP Plein Air et orientés en CFA restent trop anecdotiques pour qu'on puisse demander à ces organismes quels enseignements ils tirent de ces expériences. Néanmoins, de précédentes études du CREAHI sur le devenir des jeunes issus de l'éducation spéciale, nous ont permis d'avoir une vue assez précise des besoins des organismes en ce qui concerne ces publics.

Signalons, en premier lieu, que les CFA sont en général bien impliqués dans l'accueil d'apprentis handicapés (33 des 43 CFA aquitains adhèrent au Schéma régional de la formation professionnelle des personnes handicapés) et se disent disposés à développer cet accueil si les moyens nécessaires sont mis en œuvre pour ce faire.

Ainsi les CFA considèrent que le suivi que peut apporter une structure médico-sociale est « *la condition sine qua non à la réalisation d'un bon contrat d'apprentissage et à une bonne insertion professionnelle* ». Certains souhaiteraient que ce suivi puisse être assuré sur la totalité de la durée du contrat d'apprentissage voire pendant un certain temps après l'entrée dans l'emploi pour donner des chances supplémentaires à sa pérennisation.

Pour les CFA, la collaboration réussie avec une équipe médico-sociale dépend de 3 axes :

- la qualité des relations entre l'établissement et le CFA : le CFA attend de l'équipe d'un ITEP qu'elle soit disponible, se déplace facilement, et prenne contact régulièrement avec les formateurs
- les apports sur le plan pédagogique qui doivent permettre aux jeunes de mieux s'imprégner des notions et techniques transmises par le CFA ; ce soutien est considéré comme très complémentaire des apports du CFA.
- l'accompagnement éducatif qui reste indispensable avec, cependant, une attention à porter à la densité de cet encadrement qui peut être parfois ressenti comme trop contraignant par le jeune et freiner sa réelle prise d'autonomie.

La DDASS, en ce qui la concerne, fait part de son approbation concernant ce projet mais souhaite que l'ITEP approfondisse les prestations qui seront mises en œuvre dans ce cadre et mette en évidence en quoi ce projet se distinguera d'un service de suite. Par contre, la DDASS émet quelques réserves sur le projet de création d'une antenne de 2 chambres dans l'ancienne école du Tenet (dont les locaux, implantés sur Mérignac, appartiennent à l'association des PEP de la Gironde qui envisage d'y créer une résidence étudiante).

Deux limites importantes apparaissent :

- la mise en œuvre d'un encadrement éducatif pour les jeunes concernés va impliquer que du personnel de l'ITEP fasse fréquemment des allers-retours Andernos-Mérignac, d'où des frais de déplacement supplémentaires
- l'apport de nouveaux moyens sur Bordeaux et son agglomération alors qu'ils y sont déjà trop fortement concentrés et que l'objectif est d'améliorer le maillage du territoire.

La DDASS entend l'argument de l'ITEP que les possibilités d'insertion sont plus étendues sur Bordeaux mais suggère d'utiliser, en priorité, les ressources locales sur le Bassin et de rechercher des débouchés en lien avec les particularités de ce territoire (voir à ce sujet l'encadré ci-dessous).

Éléments de conjoncture sur les secteurs d'activités et l'emploi sur le Bassin d'Arcachon ⁴³

Deux secteurs d'activités déterminent particulièrement l'emploi sur ce territoire :

- ☞ Le tourisme, moteur de l'économie locale, activité néanmoins inscrite dans une forte saisonnalité
- ☞ La conchyliculture et la filière bois

Par ailleurs, les services de proximité, les commerces et la grande distribution sont également présents sur le territoire, ils accompagnent les forts taux de croissance démographique.

De plus, l'APA peut contribuer au développement des services aux personnes âgées et peut constituer une source d'activité pour des publics en recherche d'emploi.

⁴³ Traits de territoire sur la relation Formation-Emploi de la Zone d'Emploi "Bordeaux-Arcachonnais", déjà cité

4.5 - Note indicative sur le plateau technique d'un SESSAD

Les annexes XXIV ont apporté des précisions sur les compétences qui doivent être présentes dans un SESSAD :

« *Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile comprend une équipe médicale et paramédicale [...]. Il comprend également des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants ou adolescents. Il comprend autant que de besoin un ou des enseignants spécialisés* ». ⁴⁴

En ce qui concerne l'équipe médicale et paramédicale, il est stipulé qu'elle peut comprendre « *notamment un psychiatre, un pédiatre, un psychologue, un infirmier, des rééducateurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens)* ».

Sur cette base, la DRASS de Midi-Pyrénées a établi un document ⁴⁵ qui propose un plateau technique type pour un SESSAD ; ce document sert de référence à la DDASS de la Gironde pour apprécier les projets de SESSAD qui lui sont soumis.

Plateau technique type pour un SESSAD de 10 places

Catégorie d'emploi	Temps de travail en ETP (Equivalent temps plein)
Psychiatre ou pédiatre	0,15
Psychologue	0,15
Rééducateur	0,8
Educateur	1
Assistant social	0,15
Autres personnels	0,25
TOTAL	2,5

La DRASS Midi-Pyrénées estime donc que 2,5 ETP sont nécessaires pour la prise en charge de 10 enfants. Bien sûr, des fluctuations par rapport à ce modèle sont possibles notamment en fonction du projet du service. On peut citer notamment un SESSAD « troubles du comportement » pour enfants en Gironde avec un ratio de 2,9 ETP pour 10 et un autre SESSAD de cette catégorie en Dordogne, pour adolescents, non encore ouvert à ce jour, avec un ratio de 3,6 ETP pour 10.

Selon la circulaire budgétaire 2005⁴⁶, le taux moyen d'encadrement en SESSAD (c'est à dire le nombre d'équivalent temps plein par rapport au nombre de places) s'élève à 0,28, donc légèrement plus élevé que ce que suggère la DRASS Midi-Pyrénées.

Pour 12 places, ce taux correspond ainsi à 3,36 ETP.

D'autres données plus récentes montrent également que cette valeur indicative de la DRASS Midi-Pyrénées semble avoir été revue à la hausse. Ainsi, une étude de la CRAM du Languedoc-Roussillon, réalisée en 2006, fait état d'un taux d'encadrement en SESSAD troubles du comportement de 0,33 ETP par place soit 3,96 ETP pour 12 places.

En Gironde, les travaux préalables au schéma départemental Enfance handicapée montraient que la moyenne départementale en SESSAD troubles du comportement s'élevait à 0,27 ETP par enfant, soit 3,2 pour 12 places.

⁴⁴ art. 49 des annexes XXIV au décret n°89-798 du 27 octobre 1989

⁴⁵ *Le cahier des charges des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile relevant de l'annexe XXIV.*- DRASS de Midi-Pyrénées, juin 1995, 8 pages, déjà cité

⁴⁶ annexe n°24 de cette circulaire déjà citée

La DDASS de la Gironde souligne, en outre, l'intérêt de créer des SESSAD rattachés à des institutions déjà existantes pour limiter les frais liés aux postes administratifs. Le cahier des charges de Midi-Pyrénées stipule également que « *des prestations de services demandées à une autre structure et facturées en équivalent horaire de la rémunération peuvent introduire de la souplesse dans la constitution de l'équipe du SESSAD* ».

En construisant et affinant son projet de service, notamment en prenant en compte les attentes de ses partenaires, l'ITEP Plein Air va pouvoir apprécier les compétences qu'il sera nécessaire de réunir pour mettre en œuvre les prestations envisagées. Rappelons ainsi que ce « plateau technique type » est un plateau technique moyen et ne s'adresse pas spécifiquement à des jeunes souffrant de troubles du caractère et du comportement. Or, pour ce public en particulier, un renforcement des interventions éducatives est jugé indispensable.

Si on considère les grandes lignes du pré-projet de service du SESSAD :

- soutien apporté à l'équipe pédagogique qui accueille des élèves en difficultés
- rééducations (orthophonie, psychomotricité...) selon les besoins des enfants, de préférence en petits groupes
- travail avec les familles notamment sous forme d'entretiens
- coordination entre les différents intervenants et lieux de vie de l'enfant assurée par un éducateur

les composantes du "plateau technique" Midi-Pyrénées semblent en majeure partie adaptées à sa mise en œuvre.

5. Essai d'évaluation quantitative

5.1 - La CDES

La CDES de la Gironde, première sollicitée pour évaluer les besoins de prises en charge concernant les jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement, se trouve actuellement dans l'impossibilité de fournir des données quantitatives précises en raison du changement récent du logiciel d'exploitation des dossiers des enfants⁴⁷.

Deux précisions peuvent être néanmoins apportées :

- **les besoins** en SESSAD pour enfants avec des troubles du caractère et du comportement **ne remontent pratiquement jamais à la CDES** pour des jeunes du Bassin d'Arcachon : cet équipement n'existant pas sur ce secteur, les CCPE ne constituent pas de dossier pour demander une telle prise en charge
- le nombre de jeunes "en attente" pour l'ITEP Plein Air est volontairement limité car, vu la faible capacité de cet établissement et le risque donc que ces jeunes soient en situation d'attente longtemps, d'autres solutions sont recherchées, souvent par défaut...

En 2009, l'avis de la **coordinatrice du Pôle Enfance de la MDPH** de la Gironde, Mme Ferchaud, a été recueilli sur le projet de SESSAD.

Si les services de la MDPH ne sont pas (encore) en mesure de chiffrer les besoins de façon précise, il apparaît que le projet de SESSAD est attendu, répondant à un besoin avéré, la zone géographique sur laquelle il interviendra n'étant pas couverte à l'heure actuelle.

Par ailleurs, pour la MDPH, il est tout à fait important de maintenir la capacité d'accueil en internat, modalité d'accompagnement pour laquelle les demandes sont importantes. A ce titre, la création de places de SESSAD par redéploiement de places de semi-internat apparaît tout à fait pertinente.

5.2 - La CCPE Arcachon-Nord

La CCPE d'Arcachon-Nord a été sollicitée pour réaliser une estimation des besoins des élèves scolarisés en cycle I et II et présentant des difficultés de comportement qui pourraient justifier une prise en charge par un SESSAD spécialisé dans ce type de troubles.

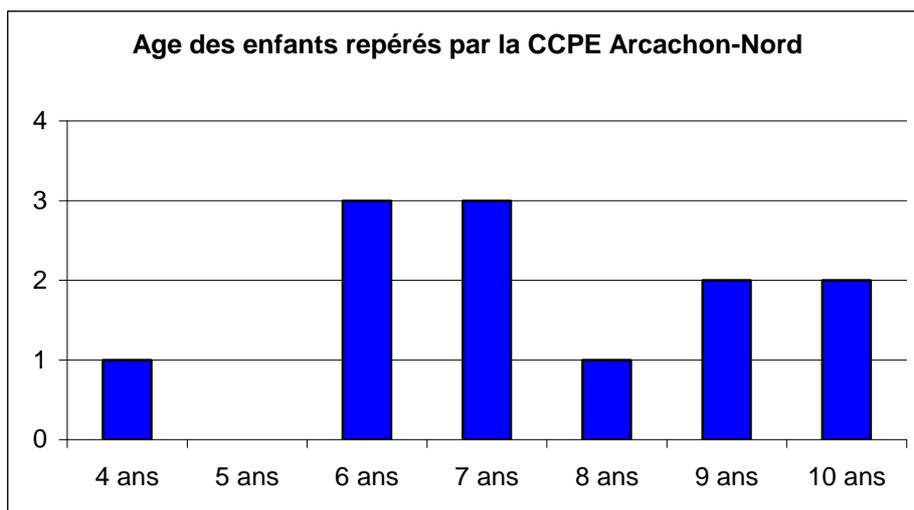
Si cette instance n'a pas pour compétence de poser des diagnostics, son rôle et sa place lui permettent, toutefois, de repérer des dysfonctionnements dans le comportement de l'enfant et dans son adaptation au cadre scolaire.

En outre, comme l'a fait remarquer la CDES, l'absence de dispositif sur certains secteurs (en l'occurrence de SESSAD troubles du caractère et du comportement sur le Bassin), font que les CCPE concernées ne font pas "remonter" certaines situations sachant qu'aucune réponse médico-sociale ne pourra être mobilisée. Ce recensement constitue donc une occasion de repérer ces situations.

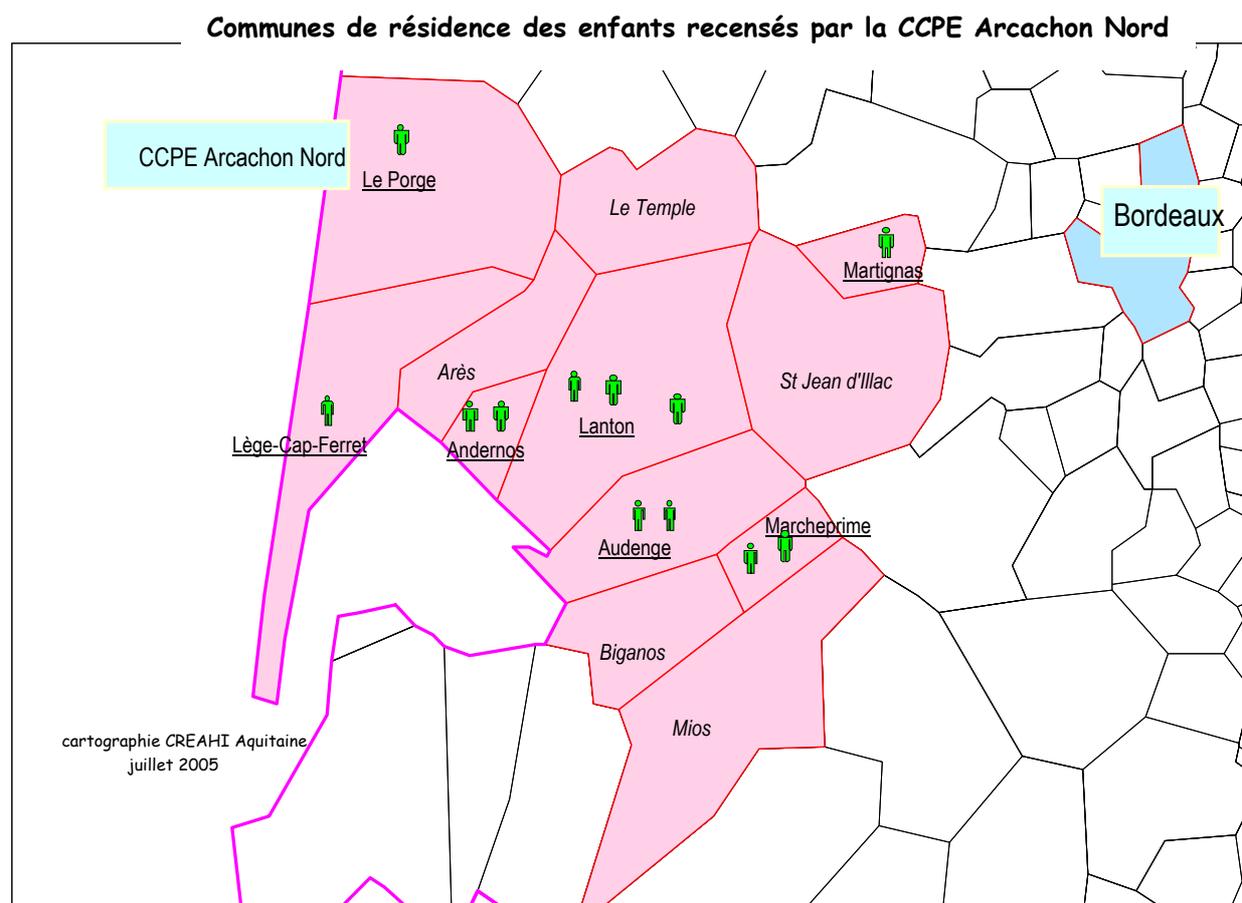
C'est ainsi qu'au 30 juin 2005, la CCPE d'Arcachon Nord a pu recenser **12 situations d'élèves** pour lesquels une prise en charge en SESSAD troubles du caractère et du comportement serait, sous réserve d'une validation par la CDES, pertinente.

Ces enfants sont âgés de 4 à 10 ans et 3 d'entre eux seulement ont, pour le moment, un dossier transmis à la CDES.

⁴⁷ Le système informatique OPALES (Outil de Pilotage et d'Administration Locale de l'Education Spéciale) a été installé dans les CDES à partir de 2004. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de faire des requêtes pour dénombrer les enfants en fonction de la nature de leur handicap et de la réponse qui leur est apportée, ni même de dire quand ce type d'interrogation sera réalisable.



Ces enfants ont 7 ans et demi en moyenne. A l'exception d'un seul, les enfants signalés sont compris dans la tranche d'âge 6-10 ans, ce qui confirme ce que nous évoquions dans le chapitre 4 concernant **l'âge d'agrément de ce futur SESSAD**.



On constate une assez grande dispersion dans la répartition géographique des enfants, la plupart des communes constituant la CCPE Arcachon Nord étant concernée.

La grande majorité des enfants bénéficient d'une prise en charge, assurée le plus souvent par la pédopsychiatrie.

Nature des prises en charge	Effectif des jeunes concernés
Pédopsychiatrie	9
CMP	7
Hôpital de jour	2
CMPP	1
Aucune prise en charge	2
<i>dont une demande de bilan au CMP</i>	1
TOTAL	12

C'est le CMP de Biganos qui intervient le plus fréquemment auprès de ces jeunes : 6 sont concernés. Pour l'un d'eux, cette prise en charge a été momentanément suspendue faute de moyens. Un 7^{ème} jeune est également suivi par un CMP, celui de Mérignac, compte tenu de sa commune de résidence (Martignas). Pour un autre jeune, actuellement sans prise en charge, la CCPE a jugé pertinent qu'un bilan soit réalisé par le CMP.

Deux jeunes doivent présenter des troubles relativement sévères puisque leur état justifie une prise en charge à l'hôpital de jour, celui de Biganos dans les deux cas.

Enfin, un seul jeune est suivi par un service médico-social : le CMPP de Pessac avec cependant des contacts pris avec le CMP de Biganos. Les raisons d'un éventuel changement d'intervenant n'ont pas été précisées : recherche d'une meilleure adéquation de la prise en charge ou d'une plus grande proximité (ce jeune résidant à Marcheprime).

Les enfants sont scolarisés à temps plein sauf ceux pris en charge à l'hôpital de jour qui le sont à temps partiel (dont un avec le soutien d'un AVS). Seuls 3 enfants seront scolarisés à la rentrée 2005 dans une classe ordinaire **sans retard scolaire**⁴⁸.

Pour les autres, on dénombre:

- 3 maintiens prévus en grande section de maternelle (enfants de 6 et 7 ans)
- 1 maintien en CE1 pour un enfant de 9 ans
- 5 élèves scolarisés en CLIS

Par ailleurs, des mesures de protection de l'Enfance ont été signalées : un enfant est placement familial, une recherche de solution est en cours pour un autre enfant (AEMO ou MECS), ce qui révèle des perturbations de l'environnement socio-familial importantes, à l'instar de ce qu'on a pu observer au niveau de la population reçue à l'ITEP Plein Air.

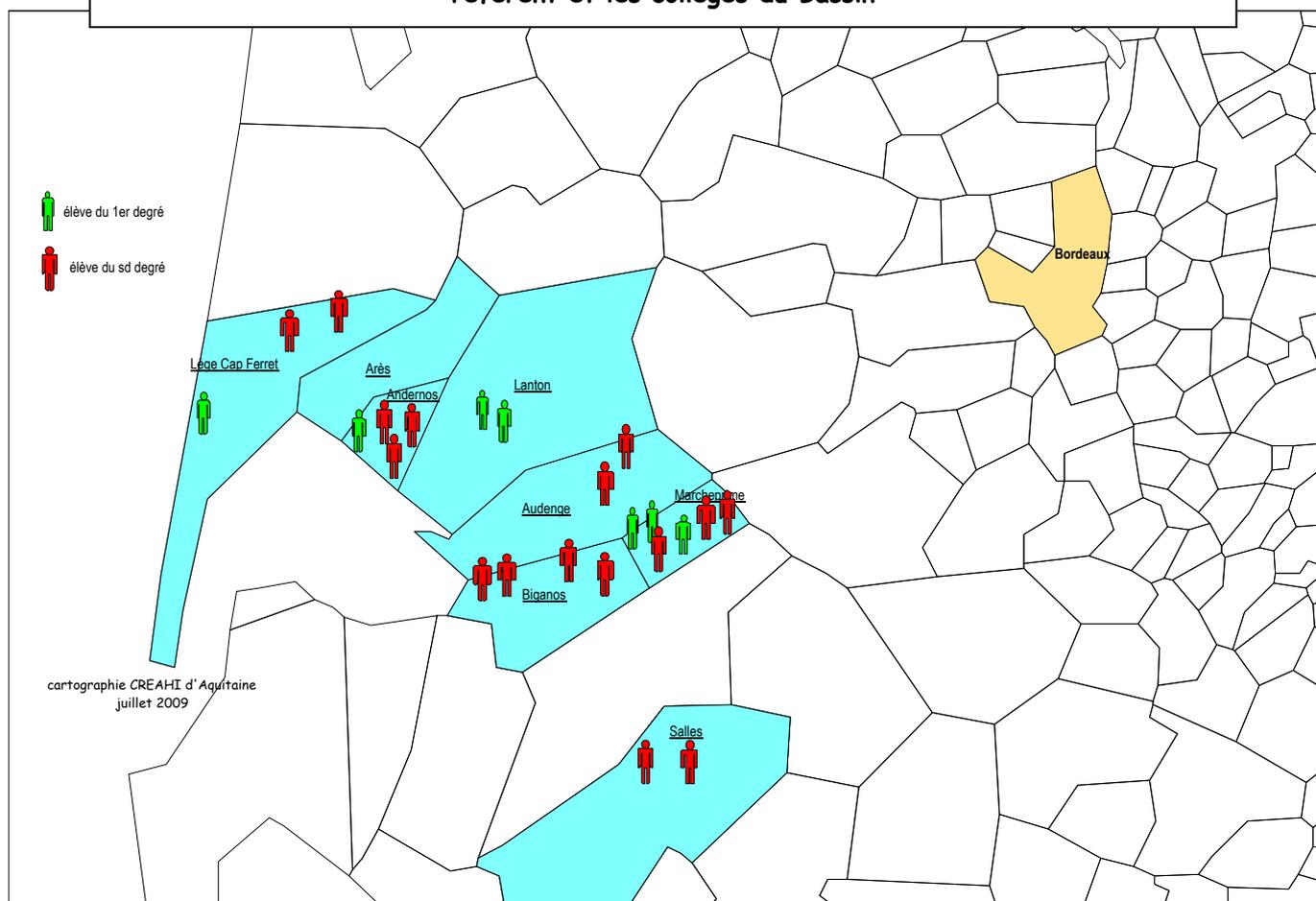
Enfin, sur les 3 dossiers transmis à la CDES, 2 ont pour objet une demande d'orientation en ITEP, projet finalement abandonné pour un enfant et le dernier concerne une demande d'AVS qui a abouti.

En juin 2009, l'ITEP Plein Air a de nouveau sollicité l'enseignant référent du secteur ainsi que les principaux des collèges afin de réactualiser le nombre d'élèves scolarisés autour du Bassin d'Arcachon et qui pourraient bénéficier utilement d'un accompagnement par un SESSAD troubles du comportement.
Ce recensement a permis de repérer 24 jeunes : 7 scolarisés dans le 1^{er} degré et 17 dans le second.

Voir carte page suivante et tableaux détaillés par école en annexe

⁴⁸ un enfant de 4 ans entrant en moyenne section de maternelle, un de 6 ans en CP et un de 10 ans en CM2

Commune de résidence et niveau de scolarisation des élèves repérés par l'enseignant-référent et les collèges du Bassin



5.3 – Pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie estime qu'il y a des réponses à apporter pour des enfants intelligents avec des troubles du comportement de gravité moyenne ; toutefois, une évaluation précise de la population potentiellement orientable vers un SESSAD n'a pu être réalisée par le secteur 3 dans les délais impartis à cette étude.

Néanmoins, la capacité d'accueil envisagée pour le SESSAD, 10 places, ne paraît pas du tout démesurée, loin s'en faut, au regard des besoins relevés dans la population reçue par le CMP de ce secteur. Ainsi, sa file active est actuellement (septembre 2005) de 700 enfants et, par ailleurs, 70% des enfants admis à l'ITEP Plein Air ont bénéficié antérieurement d'une prise en charge mise en œuvre par la pédopsychiatrie. Le rôle central de la pédopsychiatrie dans le dépistage des troubles chez ces enfants et l'établissement d'un premier diagnostic apparaît donc très clairement.

En outre, le médecin-chef du secteur constate que beaucoup de consultations concernent des enfants avec des troubles du comportement, s'exprimant notamment à l'école et perturbant la scolarité, mais que les réponses à mettre en œuvre ne relèvent ni de l'école ni des services de psychiatrie. Dans ce contexte, un SESSAD constituerait une réponse très intéressante.

En définitive, sur la base des informations dont on dispose, il semble qu'un SESSAD de 10 places devrait pouvoir trouver son équilibre rapidement, les situations d'enfants correspondant à ces modalités de prise en charge existent sur ce secteur (12 enfants repérés par la CCPE auxquels devraient s'ajouter d'autres situations connues des services de pédopsychiatrie).

En 2009, le Dr Akoueson, médecin responsable du secteur 3 de pédopsychiatrie, n'a pas été en mesure de réaliser une évaluation quantitative des jeunes patients connus de ses services et qui pourraient relever d'un accompagnement par un SESSAD. Toutefois, comme en 2005, il déplore le manque de dispositif de ce type pour les enfants présentant des troubles du comportement sur le Bassin d'Arcachon, estime que ce manque est préjudiciable à la population infanto-juvénile de ce secteur et se dit prêt à travailler en partenariat avec la future équipe du SESSAD.

CONCLUSION

Les diverses investigations menées dans le cadre de cette étude ont permis de mettre en évidence la pertinence du projet de développement de l'ITEP Plein Air, son adéquation avec les politiques médico-sociales et éducatives actuelles et sa cohérence avec le dispositif déjà en fonctionnement sur le Bassin d'Arcachon.

A ce sujet, il est important de souligner l'intérêt exprimé immédiatement par les professionnels interrogés, dès lors qu'on évoque une perspective d'accroissement et de diversification des prises en charge médico-sociales sur ce secteur. Ces professionnels font même part de leur "impatience" quant à la mise en œuvre concrète de ces projets et de leur soulagement s'ils étaient vraiment menés à terme.

Toutefois, il ne faut pas éluder le fait que l'ITEP est au centre d'une situation quelque peu paradoxale :

- d'une part, il est implanté dans un secteur très peu équipé qui a vu sa population augmenter de manière très importante et dont les projections démographiques montrent que ce mouvement ne s'infléchira pas, bien au contraire
- d'autre part, il relève d'une catégorie d'établissement, les ITEP, pour laquelle les transformations ne peuvent être envisagées, pour la DDASS de la Gironde, que par redéploiement

C'est ainsi que le nombre global de places de l'ITEP va devoir être fixé en tenant compte de cette contrainte, la DDASS faisant l'hypothèse que le SESSAD, s'il joue à plein son rôle de prévention, contribuera à faire diminuer le nombre de demandes de prises en charge institutionnelles. Il y a cependant un point qui fait l'objet d'un consensus : le nombre de places en internat doit être maintenu dans l'état actuel.

L'ITEP va donc devoir tenir compte de ces paramètres pour établir son projet définitif, sachant toutefois :

- ⇒ que des enveloppes spécifiques SESSAD sont prévues pour les prochaines années (voir chapitre 1) et que cette tendance devrait se poursuivre si on veut accompagner efficacement les politiques d'intégration scolaire
- ⇒ qu'il existe probablement un espace de négociation avec la DDASS

Au-delà de l'intérêt manifesté à propos du projet de SESSAD, plusieurs attentes le concernant ont été formulées. Elles sont principalement relatives à :

☛ **la nécessité de bien poser le cadre d'intervention** : les futurs interlocuteurs du SESSAD, afin de proposer des candidatures aussi pertinentes que possibles par rapport au projet du service, souhaitent que les caractéristiques des enfants pouvant relever de son intervention soient bien définies et que les prestations qui seront servies soient bien identifiées.

☛ **sa capacité à se déplacer** : il est essentiel que le SESSAD puisse intervenir au plus près des lieux de vie de l'enfant et que, dans le même temps, les professionnels du service ne voient pas leur temps de déplacement prendre une importance démesurée. La délimitation du secteur d'intervention doit donc être pensé en tenant compte de ces 2 exigences. Un rayon de 20 kms autour du lieu d'implantation du service est considéré comme pertinent pour lui permettre d'agir de manière opérationnelle. A ce sujet, l'idée novatrice de l'ITEP d'utiliser un minibus pour ses interventions, modulant ainsi son itinéraire au gré des besoins,

est globalement bien accueillie même si, bien sûr, elle reste encore à approfondir, notamment dans tous ses aspects matériels, pour en vérifier la faisabilité.

☛ **la tranche d'âge d'agrément** : selon la plupart de nos interlocuteurs, les enfants qui devraient, en priorité, pouvoir être accompagnés par un SESSAD se situent dans la tranche d'âge 6-12 ans. Ils jugent donc pertinent que la tranche envisagée (4-8 ans) par l'ITEP soit revue pour être en meilleure adéquation avec les besoins. Nous parlons bien en termes de priorité et ceci ne signifie donc pas qu'il n'existe pas d'enfants de moins de 6 ans avec des troubles de comportement auxquels il faudrait apporter une réponse. Toutefois, dans le contexte actuel, marqué par un manque d'équipement sur ce secteur, c'est bien sur la tranche des 6-12 ans que les préoccupations sont les plus nombreuses. Cependant, la pédopsychiatrie se déclare plutôt intéressée par une ouverture du service dès 5 ans car elle est fréquemment saisie pour des jeunes enfants.

☛ **son rôle dans l'accompagnement de l'intégration scolaire** en application de la Loi 11 février 2005 : une certaine inquiétude règne autour des moyens réels permettant la mise en œuvre de cette politique et il est évident que la perspective d'un SESSAD pouvant soutenir enfants et enseignants est grandement appréciée.

☛ **sa prise en compte de la problématique familiale** : il est essentiel que des prestations soient spécifiquement mises en œuvre à l'intention des parents qui ont souvent besoin de soutien, au-delà de la recherche de leur implication dans la prise en charge de leur enfant.

Par ailleurs, le devenir des jeunes au sortir des établissements médico-sociaux reste un souci largement partagé et il n'est pas rare de voir les années de prises en charge perdre une grande partie de leur bénéfice quand ces jeunes se retrouvent "dans la nature" sans suivi, aides ou conseils.

Dans ce contexte, l'ensemble des personnes rencontrées sont très favorables à la mise en place d'un nouveau service qui permette une certaine continuité dans la prise en charge au-delà des murs de l'institution et qui potentialise ainsi les acquis du jeune au cours de son séjour en ITEP.

En outre, on peut penser que ce type de service "accompagnement post-prise en charge" pourrait avoir un impact sur la durée des prises en charge institutionnelle. En effet, la décision de faire sortir un jeune de l'établissement pourrait intervenir plus tôt avec l'assurance qu'il n'y aura pas de rupture de prise en charge mais qu'au contraire le jeune continuera d'être accompagné.

En définitive, la volonté de l'ITEP Plein Air de développer son offre de service en sortant du cadre institutionnel est largement appréciée et correspond aussi bien aux souhaits des familles qu'aux besoins des professionnels qui doivent mettre en œuvre les politiques d'intégration scolaire et d'insertion socio-professionnelle. Toutefois, cette nécessité d'ouverture vers l'extérieur ne doit pas remettre en cause le bien-fondé des prises en charge au sein d'un établissement, notamment un internat, qui constituent pour certains jeunes une étape indispensable car le maintien en milieu ordinaire, même avec un accompagnement adapté peut devenir à un moment donné inadéquat, voire même préjudiciable.

Enfin, cette étude en rendant publics les projets de développement de l'ITEP auprès des décideurs et des acteurs de terrain, a permis de mettre en avant sa capacité à prendre des initiatives pour promouvoir de nouvelles pratiques et à s'inscrire de manière dynamique dans son environnement.

En 2009, les conclusions rendues pour cette étude 4 ans plus tôt sont toujours d'actualité. L'offre d'accompagnement pour les jeunes présentant des troubles du comportement sur le Bassin d'Arcachon et le Val de l'Éyre est restée inchangée tandis que la population de cette zone a continué d'augmenter de façon très sensible et que la réactualisation des données de terrain confirme la persistance des besoins.

Que ce soit au niveau national ou local, les orientations souhaitées pour le développement de l'offre médico-sociale prônent :

- une plus grande proximité des réponses pour un accès plus facile et plus équitable sur tous les points du territoire
- la diversité des modalités d'accompagnement pour s'adapter au mieux aux besoins et aux attentes des bénéficiaires
- la mise en œuvre, en priorité, de réponses permettant au bénéficiaire de rester dans sa famille et de poursuivre sa scolarité en milieu ordinaire
- la mise en place de partenariats pour personnaliser les accompagnements dans un esprit de pluridisciplinarité et de partage des savoir-faire

Le projet de SESSAD, porté par les PEP de la Gironde, s'inscrit de façon tout à fait pertinente dans l'esprit de ces recommandations.

Bibliographie

Textes réglementaires

Annexes XXIV du décret n°89-798 du 27 octobre 1989

Circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale / Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports

Circulaire n°99-188 du 19 novembre 1999 relative à la mise en place des groupes départementaux de coordination Handiscol'

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Circulaire n°507/DHOS/02/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Circulaire DGAS/DSS/DGS/2005/154 du 22 mars 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 des établissements et services médico-sociaux et accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Rapports, Plans ministériels

Le cahier des charges des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile relevant de l'annexe XXIV.- DRASS de Midi-Pyrénées, juin 1995, 8 pages

Michel GAGNEUX et Pierre SOUTOU

Rapport sur les instituts de rééducation.- Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport n° 1999006, janvier 1999, 77 pages

Pierre NAVES, Mireille GAÜZERE, Claire TROUVÉ, Bernard GOSSOT, Claude MOLLO

Rapport sur l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés.- Inspection Générale de l'Éducation Nationale, Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport n°1999043, mars 1999, 91 pages

Schéma Enfance handicapée pour la période 2000/2005 réalisé par la DDASS de la Gironde, 63 pages + annexes, juin 2000

Paul BLANC

Compensation du handicap : le temps des solidarités. 2002, téléchargeable sur le site du Sénat : <http://www.senat.fr/rap/r01-369/r01-369.html>

B. GOSSOT et Ph. DUBREUIL

Rapport de la commission « Elèves en difficulté », Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Inspection générale de l'éducation nationale, n°03-033, juillet 2003

Enquêtes, articles, ouvrages

Prise en charge institutionnelle des handicapés - département de la Gironde : les instituts de rééducation. - Assurance maladie sécurité sociale service médical d'Aquitaine - Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Aquitaine - Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Gironde, juin 1997.

L'IR au carrefour des demandes. Colloque de l'AIRE, 22 et 23 novembre 1999, Bordeaux.

C. BARRAL et C.RAZAKI, Les Instituts de rééducation – Enquête Handicaps Incapacités Dépendance, CTNERHI, janvier 2002, 63 pages

L'intégration scolaire en Gironde 2003-2004. Inspection académique de la Gironde, 22 pages

L'intégration des élèves relevant d'établissements médico-sociaux 2003-2004. Inspection académique de la Gironde, 9 pages

Handiscol', département de la Gironde, groupe de réflexion

Accessibilité à la formation professionnelle. Eléments de synthèse du rapport 2003-2004, 31 janvier 2005, 13 pages

Littoral aquitain : diagnostic de territoire. INSEE, Préfecture région Aquitaine SGAR, avril 2005, 45 pages

Traits de territoire sur la relation Formation-Emploi de la Zone d'Emploi "Bordeaux-Arcachonnais", Conseil Régional d'Aquitaine, Mission Formation Emploi Arcachon-Médoc, 31 mai 2005, 8 pages

Annexes

Devenir des jeunes sortis de l'ITEP d'Andernos

Fiche individuelle à remplir pour tous les jeunes sortis de l'établissement
au cours des années 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002

Caractéristiques générales

1 – Sexe : masculin féminin

2 – Année de naissance : |__||__|

3 – Année de sortie de l'ITEP : |__||__|

4 – Commune de résidence lors de la sortie : _____

5 - Raison de la fin de la prise en charge :

1 - Volonté de la famille

2 - Déménagement de la famille

3 - Limite d'âge

4 - Réorientation avant la limite d'âge sur proposition de l'établissement

5 - Retour en milieu ordinaire sur proposition de l'établissement

6 - Autre (préciser) : _____

Cadre de vie du jeune

6 - Cocher dans chaque colonne la case correspondant à la situation du jeune, éventuellement cocher 2 cases par colonnes (ex : famille d'accueil + internat médico-social)

	Orientation préconisée par l'ITEP lors de sortie	Orientation réalisée lors de la sortie	Situation actuelle
1 - vit seul ou en couple			
2 - dans la famille naturelle			
3 - en famille d'accueil			
4 - en internat médico-social pour enfants et adolescents (précisez la catégorie)			
5 - en internat socio-éducatif			
6 - en internat d'établissement scolaire ou de formation			
7 - en foyer pour jeunes travailleurs			
8 - Autre (précisez)			
9 - situation inconnue			

7 – Si l'orientation réalisée lors de la sortie n'est pas celle qui avait été préconisée, quelle en est la raison (plusieurs réponses possibles) ?

1 – absence d'équipement

2 – pas de place dans la structure pressentie

3 – refus de la structure pressentie

4 – refus du jeune ou de sa famille

5 – autre (précisez) _____

8 – La situation actuelle, en ce qui concerne le cadre de vie, peut-elle être considérée comme satisfaisante ?

oui pas totalement non ne sait pas

9 – Si non ou pas totalement, pour quelles raisons ? (nécessité de prise d'autonomie ou au contraire besoin d'accompagnement, isolement social, logement inconfortable/insalubre...etc.)

Prise en charge éducative, médico-sociale ou sanitaire du jeune

10 - Cocher dans chaque colonne la case correspondant à la situation du jeune, éventuellement cocher 2 cases par colonnes (ex : SESSAD +AEMO)

	Orientation préconisée par l'ITEP lors de sortie	Orientation réalisée lors de la sortie	Situation actuelle
1- ITEP			
2 - IMP			
3 - IMPPro			
4 - SESSAD d'ITEP			
5 - MECS			
6 – Mesure AEMO ou AED			
7 – Soins psychiatriques			
8 - Mesure de protection majeur (tutelle, curatelle...)			
9 - Autre (précisez)			
10 - Pas de prise en charge			
11 – Situation inconnue			

11 – Si l'orientation réalisée à la sortie n'est pas celle qui avait été préconisée, quelle en est la raison (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 – absence d'équipement
- 2 – pas de place dans la structure pressentie
- 3 – refus de la structure pressentie
- 4 – refus du jeune ou de sa famille
- 5 – autre (précisez) _____

12 – La situation actuelle, en ce qui concerne la prise en charge ou l'absence de prise en charge, peut-elle être considérée comme satisfaisante ?

- oui pas totalement non ne sait pas

13 – Si non ou pas totalement, pour quelles raisons ? (prise en charge insuffisante, inadaptée aux difficultés du jeune, besoin d'accompagnement → sur quels aspects ?)

Activité du jeune

14 - Cocher la case correspondante dans chacune des colonnes

	Orientation préconisée par l'ITEP lors de sortie	Orientation réalisée lors de la sortie	Situation actuelle
1 - Scolarisé en classe ordinaire			
2 - Scolarisé en classe spécialisée			
3 - Formation professionnelle ordinaire			
4 - Formation professionnelle adaptée			
5 - Apprentissage			
6 - emploi en CDI			
7 - emploi en CDD			
8 - emploi en contrat aidé (CES, CEC etc)			
9 - recherche d'emploi			
10 - aucune activité			
11 - autre (précisez)			
12 - situation inconnue			

15 - Si l'orientation réalisée à la sortie n'est pas celle qui avait été préconisée, quelle en est la raison (plusieurs réponses possibles) ?

- 1 - absence d'équipement
- 2 - refus de la structure pressentie
- 3 - refus du jeune ou de sa famille
- 4 - autre (précisez) _____

16 - La situation actuelle, en ce qui concerne l'activité, peut-elle être considérée comme satisfaisante ?

oui pas totalement non ne sait pas

17 - Si non ou pas totalement, pour quelles raisons ? (difficultés d'apprentissage, problèmes relationnels, insuffisance ou absence accompagnement...)

Questionnaire parents

A retourner au CREAHI dans l'enveloppe ci-jointe avant le 30 juin 2005

1 – Quel âge a votre enfant ? |__|__|

2 – Depuis quelle année est-il accueilli à l'IR d'Andernos ? |__|__|__|__|

3 – Quelles difficultés rencontrez-vous avec votre enfant ?

4 – Que pensez-vous du suivi apporté par l'IR ?

5 – Avez-vous déjà réfléchi à ce que pourrait faire votre enfant après son accueil à l'IR ?

oui pas vraiment non

6 - Si oui, à quelle activité avez-vous pensé ?

Poursuite de scolarité

Formation professionnelle

Apprentissage

Orientation vers un autre établissement médico-social

Autre (précisez) _____

7 – L'IR vous informe-t-il sur les possibilités qui existent pour votre enfant ?

oui de manière suffisante oui mais insuffisamment non

8 – L'IR vous consulte-t-il pour faire les choix concernant votre enfant ?

oui de manière suffisante oui mais insuffisamment non

9 - Quelles aides aimeriez-vous que l'IR vous apporte, à vous et à votre enfant, notamment pour ses projets d'avenir ?

10 - Si vous avez, éventuellement, d'autres remarques à faire, vous pouvez les noter ici :

Merci pour votre participation

Recensement Education Nationale – Juin 2009

ETUDE DE BESOINS SECOND DEGRE RELEVANT EVENTUELLEMENT DU SERVICE (Juin 2009)					
Commune	Collège :	Principal consulté	effectif sept 2008	relevant SESSAD	en %
Lège Cap ferret	LEGE CAP FERRET	Mme ARFOUILLOUX	479	2	0,42%
Andernos	ANDRE LAHAYE	Mr MILAN	762	4	0,52%
Audenge	JEAN VERDIER	Mr THOMAS	529	2	0,38%
Biganos	JEAN ZAY	Mr LAGOUTTE	452	4	0,88%
Marcheprime	GASTON FLAENT	Mme NUGUE	535	3	0,56%
Salles	ALIENOR D'AQUITAINE	Mr DAURIAC	674	2	0,30%
total zone SESSAD :			3431	17	0,50%

ETUDE DE BESOINS PREMIER DEGRE RELEVANT EVENTUELLEMENT DU SERVICE (Juin 2009)				
Commune	Ecole	Enseignant référent	IEN :	relevant SESSAD
Lège Cap ferret	Bourg maternelle	Mr LARRIEU	Mme GATIN	1
Andernos	Jules Ferry élémentaire	Mr LARRIEU	Mme GATIN	1
Lanton	Elémentaire Cassy	Mr LARRIEU	Mme GATIN	2
Marcheprime	Ste MARCHEPRIME privé	Mr LARRIEU	Mme GATIN	3
Salles	ALIENOR D'AQUITAINE	Mr LARRIEU	Mme GATIN	
total zone SESSAD :				7

Personnes sollicitées

Nous remercions toutes les personnes rencontrées en entretien ou sollicitées à travers des contacts téléphoniques pour les informations qu'elles nous ont transmises, les avis et les attentes dont elles nous ont fait part :

⇒ **DDASS de la Gironde :**

Madame LAPRIE, inspectrice enfance handicapée

⇒ **CDES :**

Madame GRAVE, secrétaire principale et Madame PERSEGOUT secrétaire-adjointe

⇒ **Education Nationale**

Monsieur SAMZUN, Inspecteur AIS Ouest Gironde

⇒ **Pédopsychiatrie :**

Monsieur le Docteur AKOUESON, médecin-chef du secteur n°3 de la Gironde

⇒ **CCPE :**

Monsieur LARRIEU, secrétaire CCPE Arcachon-Nord

⇒ **SEGPA**

Monsieur SAMARIA, directeur de la SEGPA d'Andernos

... et l'équipe de l'ITEP Plein Air

Monsieur PRADENS, directeur

Madame DUCONGÉ, directrice-adjointe

Monsieur le Docteur BASTEAU, médecin psychiatre

Madame LE DORÉ, éducatrice