

**Schéma d'organisation
sociale et médico-sociale
de la Gironde**

**volet enfance et
adolescence handicapées**

2007-2011

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1- L'ETAT DES LIEUX	5
1.1 - Le bilan du schéma départemental 2000-2005 de l'enfance handicapée	6
1.1.1 - Développer la connaissance et l'information en matière de handicap	6
1.1.2 - Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce	6
1.1.3 - Optimiser la prise en charge	6
1.1.4 - Favoriser l'intégration scolaire et l'insertion socio-professionnelle	7
1.2 - L'approche géo-démographique	8
1.3 - La scolarisation en milieu ordinaire	11
1.4 - Les équipements médico-sociaux pour enfants et adolescents	14
1.4.1 - Les établissements et services pour jeunes déficients intellectuels	14
1.4.2 - Les établissements et services pour jeunes présentant des troubles du comportement	18
1.4.3 - Les établissements et services pour jeunes handicapés moteurs	22
1.4.4 - Les établissements et services pour jeunes polyhandicapés	22
1.4.5 - Les établissements et services pour jeunes déficients auditifs	25
1.4.6 - Les établissements et services pour jeunes déficients visuels	25
1.5 - Les taux d'équipement : synthèse Gironde	28
2 - L'APPROCHE DES BESOINS	29
2.1 - Les orientations de la CDES non réalisées au 31/12/2005	30
2.2 - Les projections de sortie des jeunes pris en charge	33
2.3 - Des éléments sur l'évolution de l'occupation des structures	35
2.4 - Les difficultés exprimées par les structures médico-sociales	37
2.5 - Les attentes et les besoins des jeunes handicapés et de leur famille : recueil auprès des Conseils de la vie sociale	40
2.6 - Les contributions des ateliers à la définition de la réponse aux besoins	
3 - LES ORIENTATIONS	42
3.1- Les axes stratégiques du schéma	45
3.1.1 - Promouvoir la scolarisation et la formation professionnelle en milieu ordinaire, l'insertion sociale à la sortie du dispositif médico-social	45
3.1.2 - Assurer l'accompagnement et les soins des enfants les plus en difficulté	46
3.1.3 - Garantir des modalités d'accueil diversifiées et continues	47
3.2 - Une stratégie locale de planification	48
3.2.1 - Les équipements accueillant des enfants et des adolescents déficients intellectuels	48
3.2.2 - Les équipements accueillant des jeunes présentant des troubles du comportement	50
3.2.3 - Les équipements accueillant des jeunes handicapés moteurs	52
3.2.4 - Les équipements accueillant des jeunes polyhandicapés	52
3.2.5 - Les équipements accueillant des jeunes déficients sensoriels	53
3.2.6 - CAMSP et CMPP	53
4 - LE SUIVI DU SCHEMA	54
Le comité de suivi départemental	55
La commission de concertation	55
ANNEXES : Le tableau de financement prévisionnel	57
Les fiches actions	58
Liste des sigles	71
Schéma d'organisation sociale et médico-sociale de la Gironde volet enfance et adolescence handicapées	2

PREAMBULE

Le schéma départemental de l'enfance handicapée de la GIRONDE arrêté par le préfet de la région Aquitaine, préfet de la Gironde, pour la période 2000-2005 est arrivé à échéance.

Pendant cette période, il a permis de favoriser des évolutions substantielles de l'offre médico-sociale, en particulier en ce qui concerne :

- la prise en charge institutionnelle, facilitée en cela par la parution de la loi du 2 janvier 2002, ce qui a notamment permis dans la quasi-totalité des structures la définition d'un projet d'établissement, l'élaboration d'un livret d'accueil et la constitution d'un conseil de vie sociale ou d'un mode de concertation équivalent,
- le développement des services de soins spécialisés à domicile (SESSAD) permettant une prise en charge précoce et un soutien à l'intégration scolaire : le nombre de places a augmenté de 81% de 1999 à 2005.

Mais, au-delà de l'obligation légale de réaliser un schéma, les services de l'Etat ont pu également mesurer les attentes importantes des familles, des associations, des établissements et des services quant à la nécessité de poursuivre les efforts d'adaptation pour améliorer encore les réponses aux besoins exprimés.

L'élaboration du présent schéma prend en compte les évolutions législatives récentes, et en particulier les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et de la loi du 11 février 2005 relative à la participation, la citoyenneté et l'égalité des chances des personnes handicapées.

La loi du 13 août 2004 confie en effet au Conseil Général l'adoption du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, lequel prend en compte les orientations de l'Etat dans son champ de compétences, et en l'occurrence celui de l'enfance handicapée.

Cette loi rappelle précisément le contenu de ce schéma, à savoir :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population,
- dresser le bilan quantitatif de l'offre existante,
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre,
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre établissements et services,
- définir les critères d'évaluation des actions prévues.

Bien évidemment, ce schéma intègre aussi les orientations de la loi du 11 février 2005, en particulier celles visant à développer la scolarisation des enfants et adolescents handicapés en milieu ordinaire. Pour la mise en œuvre de ce schéma, une étroite liaison doit être mise en place avec les équipes de la nouvelle maison départementale des personnes handicapées, chargées de préparer les décisions de la commission des droits et de l'autonomie.

La démarche d'élaboration a fait l'objet d'un large partenariat avec les associations et avec le soutien technique et méthodologique du CREAHI d'Aquitaine dont le directeur et ses collaborateurs sont ici remerciés.

La contribution des associations et de leurs établissements et services a été organisée sur la base du volontariat en quatre groupes de réflexion (72 participants au total) qui portaient sur les thèmes suivants :

- la diversification des modalités d'accueil, l'accueil temporaire, la continuité des prises en charge sur les périodes de fermeture des établissements,
- la prise en charge des « handicaps lourds » : le partenariat entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire,
- la scolarisation et la formation professionnelle en milieu ordinaire,
- les projets de vie à la sortie des établissements médico-sociaux.

Une restitution de ces travaux de réflexion a été réalisée devant les associations et les participants le 30 mai 2006.

Par ailleurs, les orientations définies ci-après reposent sur un état des lieux (qui fait l'objet de documents distincts) réalisé à partir des données et informations disponibles à la DDASS et l'Inspection Académique et de plusieurs sources extérieures :

1. une enquête auprès des établissements afin de connaître certains aspects de leur fonctionnement, notamment les prestations offertes en matière de scolarisation et de formation professionnelle, les caractéristiques des ressources humaines, les partenariats mis en œuvre... ainsi que les éventuelles insuffisances constatées et les souhaits d'évolution. Cette enquête visait également à recenser les projets de sorties ou de réorientations des enfants et adolescents (milieu ordinaire, établissements ou services pour adultes...).
2. une analyse des orientations prises par la CDES (Commission départementale d'éducation spéciale) et non satisfaites au 31 décembre 2005, ainsi qu'un recensement des enfants pris en charge dans un établissement hors Gironde, et ceux originaires d'autres départements et admis dans un établissement girondin.
3. le recueil des attentes des jeunes handicapés et/ou de leur famille par une enquête par courrier auprès des conseils de vie sociale des établissements.
4. les informations issues des études régionales en cours sur l'autisme.

D'une façon générale, dans l'esprit de la récente loi du 11 février 2005 et dans le prolongement du précédent schéma, les nouvelles orientations visent à maintenir les enfants et les adolescents handicapés dans leur environnement familial et scolaire habituel avec les soutiens et les accompagnements nécessaires. Lorsque le recours à l'institution est nécessaire, ce schéma organise la continuité des soins et de l'accompagnement éducatif et social, en portant une attention particulière sur l'adaptation et la spécialisation des établissements s'adressant aux situations des enfants présentant les handicaps les plus lourds ou les plus complexes.

Ce document se veut également être une aide à la décision pour les politiques associatives et les responsables des établissements et des services ; pour cette raison, il comporte des fiches actions ainsi qu'une déclinaison territoriale des orientations du schéma par pays dans une logique d'accessibilité des équipements sur l'ensemble du département.

Prévu pour 5 ans, ce volet du schéma départemental a été mis en cohérence avec les orientations du volet « adultes handicapés », réalisé dans le même calendrier en concertation avec le Conseil Général ainsi que du volet « enfance et famille » relevant de la seule compétence du Conseil Général. Il tient également compte des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS.3) et des premières réflexions du schéma régional des jeunes déficients auditifs.

Les principales orientations de ce volet du schéma départemental ont été présentées devant le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) lors de sa séance du 26 juin 2006. Ce volet a également reçu l'avis favorable du Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) lors de sa séance plénière du 27 octobre 2006.

1 - L'ETAT DES LIEUX

1.1 – Le Bilan du Schéma départemental 2000-2005 de l'enfance handicapée

Le Bilan des évolutions capacitaires du département

On note globalement, entre fin 1999 et fin 2005, une augmentation de la capacité de 160 places selon la répartition suivante :

Type d'établissements	Capacité installée au 31-12-1999	Capacité installée au 31-12-2005	Evolution
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	1 249	1 134	-115
SESSAD troubles du comportement	35	189	+154
Instituts médico-éducatifs	1 244	1 252	+ 8
SESSAD pour déficients intellectuels	91	158	+67
Instituts d'éducation motrice, Etablissements pour enfants polyhandicapés	422	458	+ 36
SESSAD pour déficients moteurs et pour polyhandicapés	50	60	+ 10
Instituts d'éducation auditive	313	313	-
SESSAD pour déficients auditifs	60	60	-
Instituts d'éducation visuelle	150	150	-
SESSAD pour déficients visuels	50	50	-
TOTAL	3 664	3 824	+ 160

Ces évolutions s'intègrent dans les dispositions du schéma qui recommandait 4 principes d'actions :

1.1.1 – Développer la connaissance et l'information en matière de handicap :

Sur ce volet, une **plaquette sur la CDES**, son organisation, son fonctionnement et ses compétences a été confectionnée et diffusée largement.

De plus, pour **décloisonner l'examen des dossiers entre CDES et COTOREP**, a été instaurée une équipe commune qui se réunit 1 fois par mois dans les locaux de la COTOREP.

1.1.2 – Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce :

Outre le **développement des SESSAD** qui participent directement à la prévention de l'aggravation des troubles par une prise en charge précoce, une **campagne de prévention** à destination des médecins libéraux a été organisée en 2003, avec le concours de l'Ordre départemental des médecins. Impulsée par la DDASS, la PMI et le CAMSP, elle a consisté en la diffusion d'une plaquette « handicap : agir tôt », dans laquelle s'insère une liste des adresses dites utiles reprenant les intervenants médicaux pouvant être sollicités dans le cadre d'une suspicion ou de diagnostic ou de prise en charge.

1.1.3 – Optimiser la prise en charge :

A la faveur des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, les établissements et services sont invités à revoir leur projet d'établissement pour s'adapter à l'évolution du contexte et des besoins :

- au niveau de l'association des parents à la prise en charge institutionnelle, plusieurs éléments viennent y contribuer : la diffusion d'un livret d'accueil, la signature d'un contrat de séjour, la mise en place d'un conseil de la vie sociale statuant notamment sur le règlement de fonctionnement du service ou de l'établissement. **La participation des familles et leur accompagnement dans l'acceptation du handicap et des difficultés de leur enfant doit constituer un des axes principaux d'intervention des établissements et services.**

- au niveau de l'adéquation aux besoins, la DDASS a impulsé une politique d'adaptation des établissements à la prise en charge des handicaps associés lourds, à la faveur d'une programmation nationale qui permet un accompagnement financier de cet effort, en terme de moyens humains, notamment. Cette évolution qui commence à se dessiner, constitue **l'une des orientations à poursuivre dans le schéma départemental 2007-2011**.
- Enfin, et toujours dans cette optique, s'est mise en place une instance de coordination en faveur des jeunes en difficulté, qui vise à articuler les différentes actions définies autour de ces jeunes et à pointer les carences dans l'offre existante. Se dessinent ainsi des **adaptations d'accueil sur 365 jours à organiser au sein des établissements**, en liaison avec le Conseil Général.

1.1.4 - Favoriser l'intégration scolaire et l'insertion socio-professionnelle :

- La DDASS a soutenu une dynamique de redéploiement de capacités d'ITEP et de certains IME au profit de places de SESSAD, en lien avec l'Inspection Académique. Certaines zones du département restent encore non couvertes mais des projets et des réflexions sont en cours. **La dynamique de création d'outils d'accompagnement à la scolarité et au maintien en milieu ordinaire de vie devra se poursuivre sur l'ensemble du département, de façon coordonnée, pour permettre que s'exerce réellement l'égalité des droits et des chances des enfants handicapés ou inadaptés.**
- Au niveau de l'insertion professionnelle, des adaptations d'IMPro et d'ITEP pour adolescents sont en cours. De plus, les liaisons à construire entre les dispositifs de professionnalisation (CFA, lycées professionnels,...) et les établissements sont à poursuivre pour accroître les sorties en milieu ordinaire.

Conclusion : L'objectif général poursuivi par le schéma 2000-2005 était une amélioration des potentiels d'intégration pour favoriser le maintien ou le retour en milieu ordinaire et offrir une prise en charge globale pour ceux qui ne peuvent être intégrés en raison d'un handicap trop lourd ou d'une complexité de handicaps associés.

Le schéma 2007-2011 doit amplifier cette évolution ; il s'agit maintenant de modifier les actions et les approches des personnes handicapées pour les aider à faire valoir leurs droits à vivre en milieu ordinaire. L'institution doit être réservée à l'accompagnement global des personnes les plus en difficulté.

1.2 - L'approche géo-démographique

En 2005, la population girondine est estimée par l'INSEE à 1 346 837 habitants dont 317 338 jeunes de moins de 20 ans (soit 23,6% de la population totale). D'ici 2010, la population de la Gironde devrait progresser de 3,6% mais cette augmentation sera nettement moins importante pour les jeunes dont l'effectif n'augmentera que de 0,5 %.

La Gironde est divisée en 9 Pays¹ auxquels s'ajoute la Communauté urbaine de Bordeaux. Le schéma s'appuie sur ce découpage pour étudier la répartition de la population des jeunes de moins de 20 ans et l'offre de prise en charge.

Voir cartes du découpage de la Gironde par pays et la densité de jeunes de moins de 20 ans pages suivantes

Selon les Pays, des évolutions très différentes apparaissent. Certains pays verront la population des moins de 20 ans diminuer comme les Landes de Gascogne, le Haut Entre-Deux-Mers ou le Médoc ; à l'inverse, dans le Pays d'Arcachon et le Cœur Entre-Deux-Mers, le nombre de jeunes de moins de 20 ans va progresser plus rapidement qu'en moyenne.

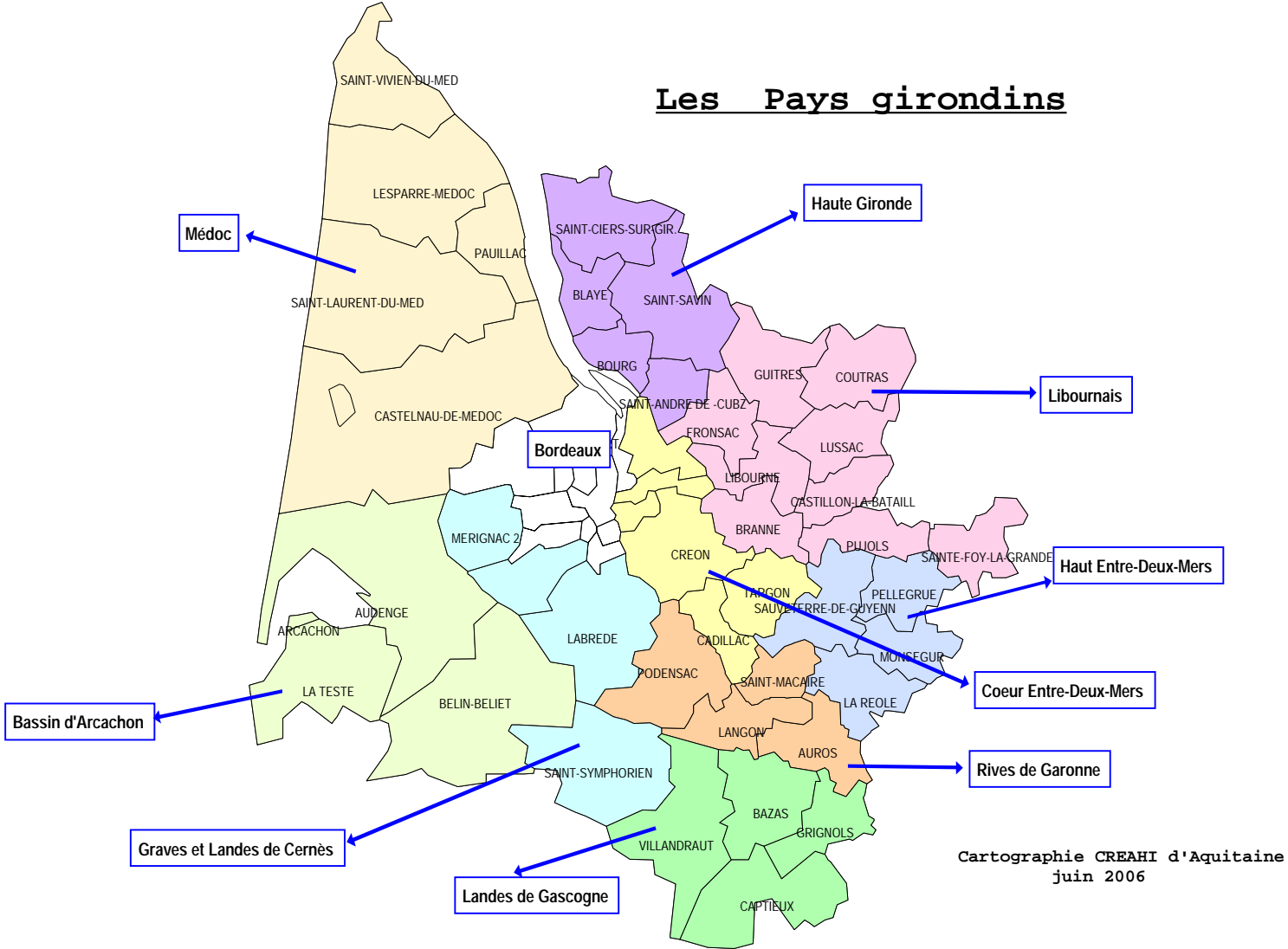
Evolution de la population girondine selon le Pays (1999-2005-2010) ²

Pays de Gironde	Population totale			Evol 2005- 2010	Jeunes de 0-19 ans			Evol 2005- 2010
	1999	2005	2010		1999	2005	2010	
Arcachon et vallée de la Leyre	110334	123834	135637	9,5%	25086	27119	28519	5,2%
Cœur Entre-Deux-Mers	81315	86203	90001	4,4%	21024	21628	22446	3,8%
Graves et Landes de Cernès	67251	70955	73952	4,2%	18710	18425	18535	0,6%
Haute-Gironde	66661	69679	72052	3,4%	17280	17103	17055	-0,3%
Libournais	133157	136305	138402	1,5%	32256	31389	30690	-2,2%
Médoc	80630	83545	85849	2,8%	19810	19027	18282	-3,9%
Landes de Gascogne + Haut Entre-Deux-Mers	41543	42209	42599	0,9%	9023	8971	8807	-1,8%
Rives de Garonne	43839	45385	46442	2,3%	10401	10488	10272	-2,1%
CUB	659794	685401	706917	3,1%	159761	161796	163043	0,8%
TOTAL GIRONDE	1287390	1346837	1395094	3,6%	314127	317338	319058	0,5%

¹ Créés suite à la loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire, dite «loi Voynet»

² Sources : INSEE

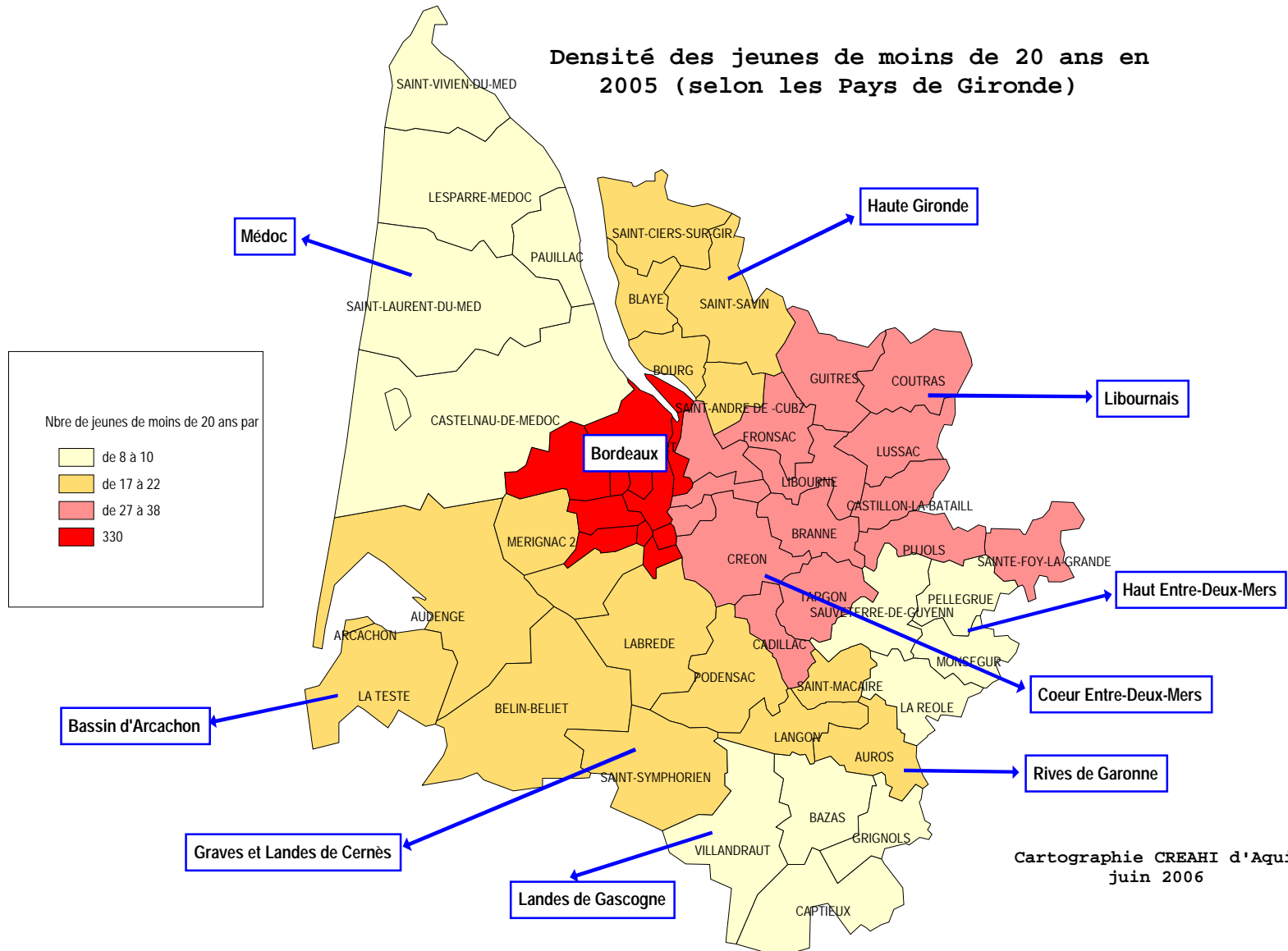
Les Pays girondins



Cartographie CREAHI d'Aquitaine
juin 2006

Schéma d'organisation sociale et médico-sociale de la Gironde
volet enfance et adolescence handicapées

Densité des jeunes de moins de 20 ans en 2005 (selon les Pays de Gironde)



Cartographie CREAHI d'Aquitaine
juin 2006

1.3 - La scolarisation en milieu ordinaire

La Loi du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* a réaffirmé le droit, posé dès 1975, des enfants et des jeunes handicapés à être inscrits et si possible scolarisés dans l'école ou dans l'établissement scolaire "le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence" (art. 19).

Dans le cadre de son **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**, si les besoins du jeune nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un établissement médico-social, sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie, qui remplace la CDES, les CCPE et CCSD (commissions de circonscription préscolaire et élémentaire et commissions de circonscription du second degré).

Devant cette réaffirmation de l'importance de la scolarisation en milieu ordinaire, ce chapitre présente :

- les dispositifs spécialisés de l'Education nationale
- un point concernant la présence des jeunes handicapés dans les établissements de l'Education Nationale.

Les dispositifs spécialisés de l'Education nationale en Gironde (rentrée 2006) :

- **Classes d'intégration scolaire (CLIS) : 83 CLIS**
 - ☞ 80 CLIS de type 1, pour déficients intellectuels, dont 2 en maternelle.
A noter que 2 sont spécialisées pour enfants psychotiques, 1 pour autistes, 2 pour trisomiques, 1 pour des troubles du langage.
 - ☞ 3 CLIS de type 4 pour déficients moteurs
 - ☞ Pas de CLIS pour les déficients sensoriels
- **Unités pédagogiques d'intégration (UPI) : 19 UPI**
 - ☞ 18 pour élèves souffrant de troubles important des fonctions cognitives
 - ☞ 1 centrée sur les troubles spécifiques du langage.

Voir pages suivantes les cartes de répartition par pays des CLIS et UPI

Les jeunes handicapés scolarisés en milieu ordinaire en 2005-2006

Nombre global d'enfants handicapés scolarisés :

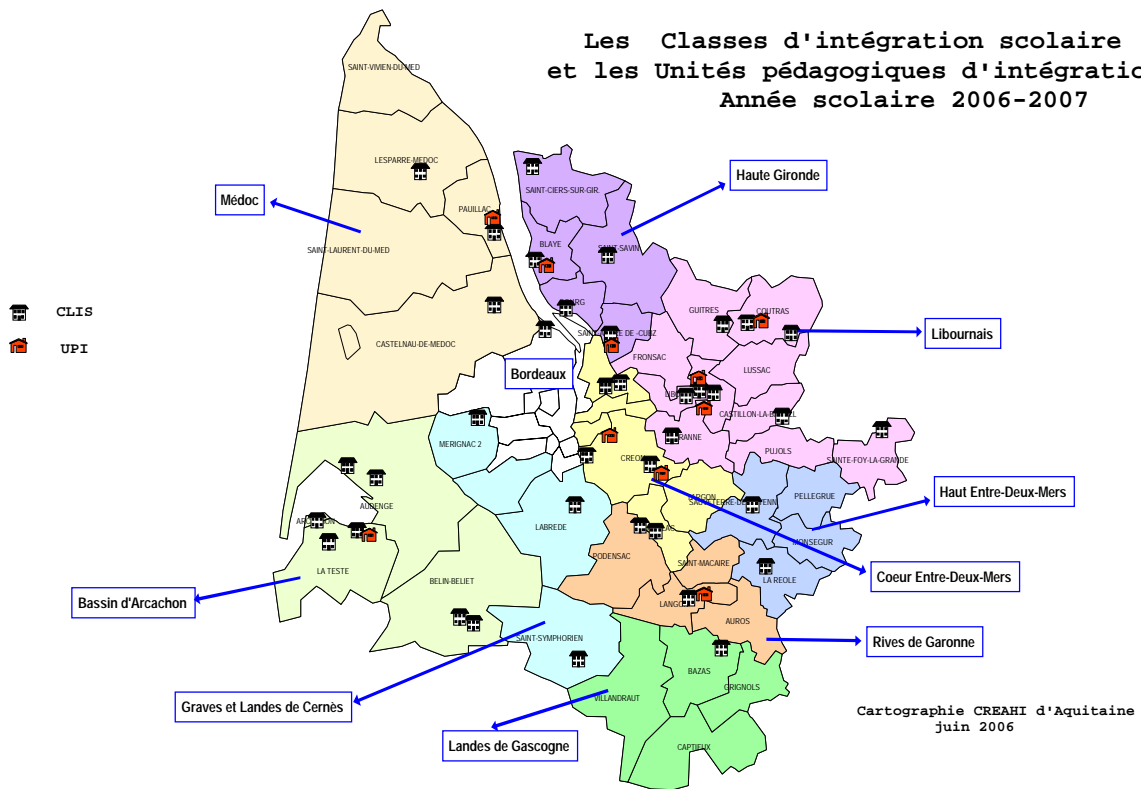
2003/2004 : 2 030 **2005/2006 : 3 117 (+54%)**
(progression de 47% dans le primaire et de 69% dans le secondaire)

- 79% des enfants scolarisés à temps plein et 21% à temps partiel
- 67% en intégration individuelle, 33% en CLIS / UPI
- 11% des enfants sont suivis par un auxiliaire de vie scolaire (AVS), soit 332 enfants

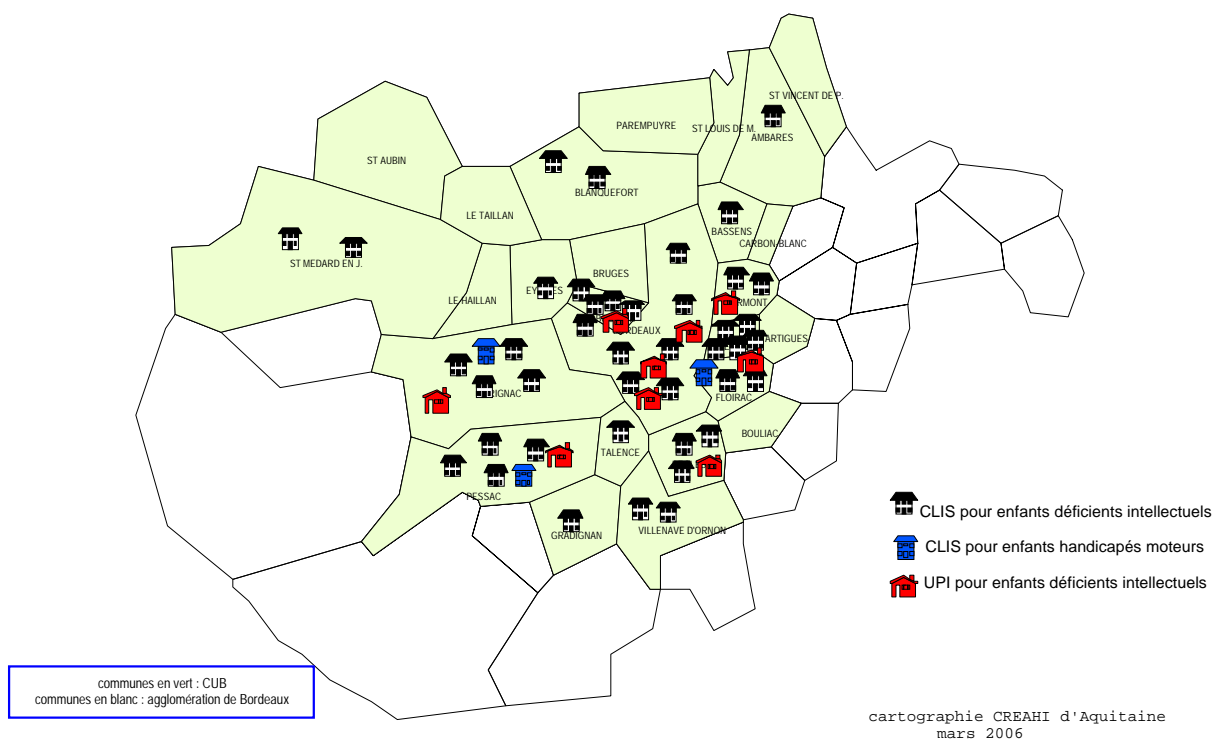
Répartition des jeunes scolarisés en milieu ordinaire en fonction du niveau et du handicap

	Primaire Effectif = 2070	Secondaire Effectif = 1047	Ensemble Effectif = 3117
Déficience intellectuelle ou mentale	74.9 %	24.9 %	58.1 %
Troubles du langage et de la parole	3.5 %	7.5 %	4.8 %
Déficience motrice	5.7 %	19.9 %	10.5 %
Déficience viscérale, métabolique ou nutritionnelle	6.9 %	19.2 %	11.0 %
Déficience visuelle	1.4 %	3.1 %	2.0 %
Déficience auditive	4.2 %	8.0 %	5.5 %
Plusieurs déficiences associées	3.3 %	6.2 %	4.3 %
Autres	0.0 %	11.2 %	3.8 %
Total	100%	100%	100%

**Les Classes d'intégration scolaire (CLIS)
et les Unités pédagogiques d'intégration (UPI)
Année scolaire 2006-2007**



**Les CLIS et les UPI
sur la Communauté urbaine de Bordeaux**



1.4 - Les équipements médico-sociaux pour enfants et adolescents au 31/12/2005

1.4.1 - Les établissements et services pour jeunes déficients intellectuels

La Gironde compte 1410 places en établissements et SESSAD destinées aux jeunes déficients intellectuels.

Répartition des places pour jeunes déficients intellectuels en fonction du mode d'accueil

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	842	59,7
Internat	379	26,9
Placement familial	3	0,2
SESSAD	148	10,5
Service accompagnement socio-professionnel	38	2,7
TOTAL	1410	100,0

L'accueil en semi-internat est largement majoritaire dans cette offre de prise en charge (60%) tandis que l'accueil en internat (un peu plus d'un quart des places dont une partie proposée sous forme d'hébergement éclaté) a connu un net recul depuis 2000 où il atteignait environ 35%.

Cette baisse s'est faite au profit des places de SESSAD qui ont vu leur part relative progresser nettement. Cette évolution marque la volonté des institutions de s'impliquer de manière dynamique dans les politiques d'intégration des jeunes handicapés.

Sur les 19 établissements recevant des jeunes déficients intellectuels, 11 proposent à la fois un accueil en semi-internat et en internat (parmi eux 3 ne sont pas mixtes : St Joseph, Les Joualles et Don Bosco). Toutes les tranches d'âge sont couvertes et particulièrement les 6-18 ans. La répartition sur le département est assez éclatée.

Taux d'équipement par pays pour les déficients intellectuels

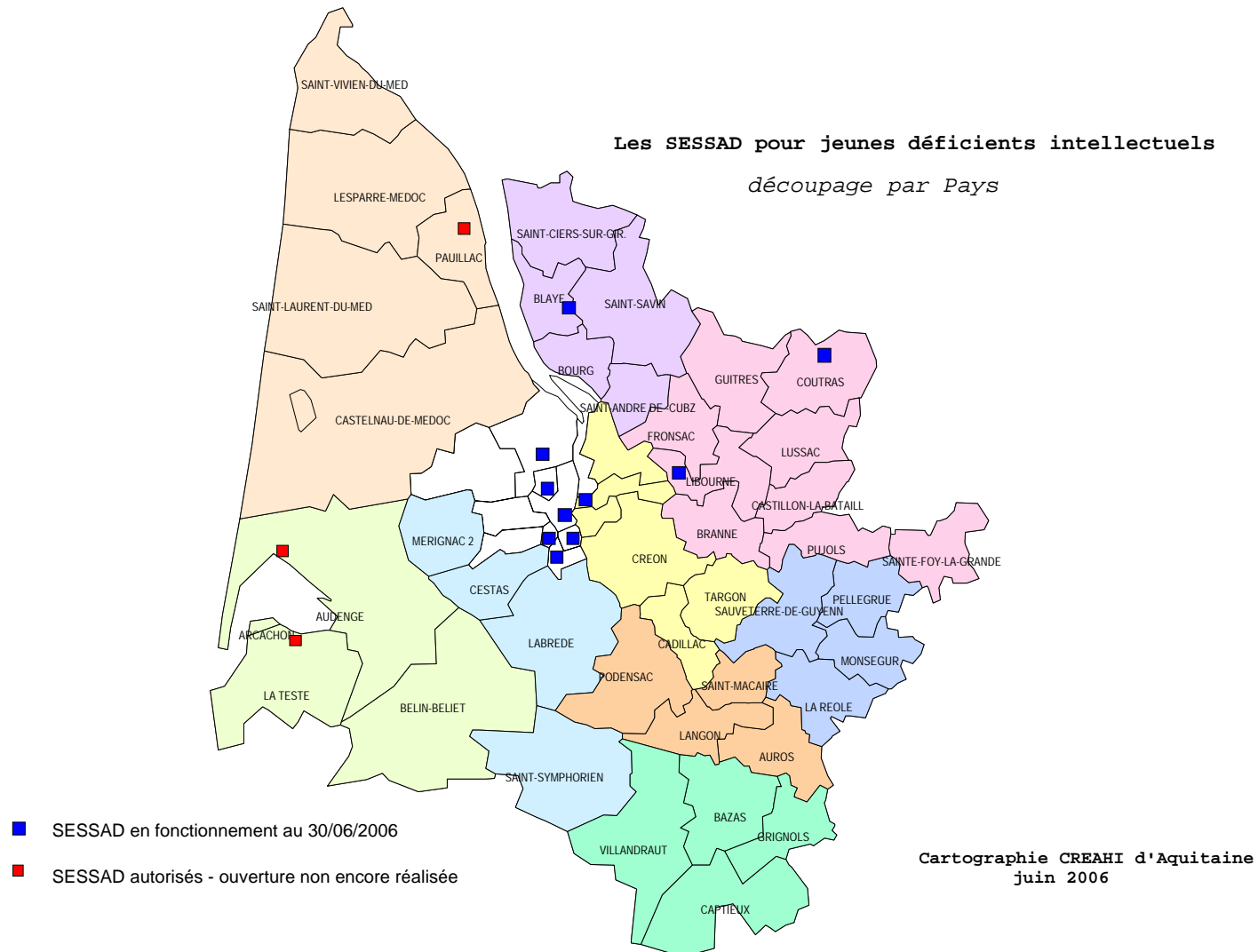
	Etablissements	Internat	Semi-internat	SESSAD ³	TOTAL	Nb jeunes 0-19 ans	ratio internat	ratio semi-internat	ratio SESSAD	ratio TOTAL
Bassin d'Arcachon	Etoile de la Mer (Taussat)	30	40	0	70					
Bassin d'Arcachon et vallée de l'Eyre		30	40	0	70	27119	1,11	1,47	0,00	2,58
	Saint Joseph (Bx)	46	24		70					
	L'alouette (Pessac)	35	95		130					
	Don Bosco (Gradignan)	32	16	16	64					
	Pierre Delmas (Mérignac)		46		46					
	Ch. Tujean (Blanquefort)	24	36		60					
	La Forêt (Eysines)		30		30					
	Les Joualles (Lormont)	18	7	12	37					
	UP CAT (Cenon)		12		12					
	Saute-Mouton (Talence)			12	12					
	GEIST 21 (Bègles)			40	40					
	SESSAD TGP (Bx)			15	15					
	SESSAD (Bouscat)			12	12					
	SESSAD (Villenave O.)			12	12					
les Tournesols (Cenon)	0		5	5						
Bordeaux		155	266	124	545	161796	0,96	1,64	0,77	3,37
Cœur Entre-Deux-Mers	J, Le Tanneur (Carignan)		45		45					
	Le Vieux Moulin (Yvrac)		42		42					
	Château Bel-Air (Tresses)	0	68		68					
Cœur Entre-Deux-Mers		0	155	0	155	21628	0,00	7,17	0,00	7,17
Graves et Landes de Cernès		0			0					
Graves et Landes de Cernès		0			0	18425				0
Haute Gironde	Les Tilleuls	16	59	20	95					
Haute Gironde		16	59	20	95	17103	0,94	3,45	1,17	5,55
Landes de Gascogne et Ht-Entre-Deux-Mers	Ch. Les Massiots Lamothe-Landerron)	25	30		55					
Landes de Gascogne et Ht Entre-Deux-Mers		25	30	0	55	8971	2,79	3,34	0,00	6,13
Libournais	J-E. Jambon (Coutras)	48	62	30	140					
	Château Terrien (Lussac)	50	50		100					
	Papillons Blancs (St Emilion)	34	60	12	106					
Sous-total Libournais		132	172	42	346	31389	4,21	5,48	1,34	11,02
Médoc	IME du Médoc (St Laurent)	24	72		96					
	Beaulieu (le Pian Médoc)	0	48		48					
Sous-total Médoc		24	120	0	144	19027	1,26	6,31	0,00	7,57
Rives de Garonne										
Sous-total Rives de Garonne		0	0	0	0	10488	0,00	0,00	0,00	0,00
Total GIRONDE		382	842	186	1410	317338	1,20	2,65	0,59	4,44

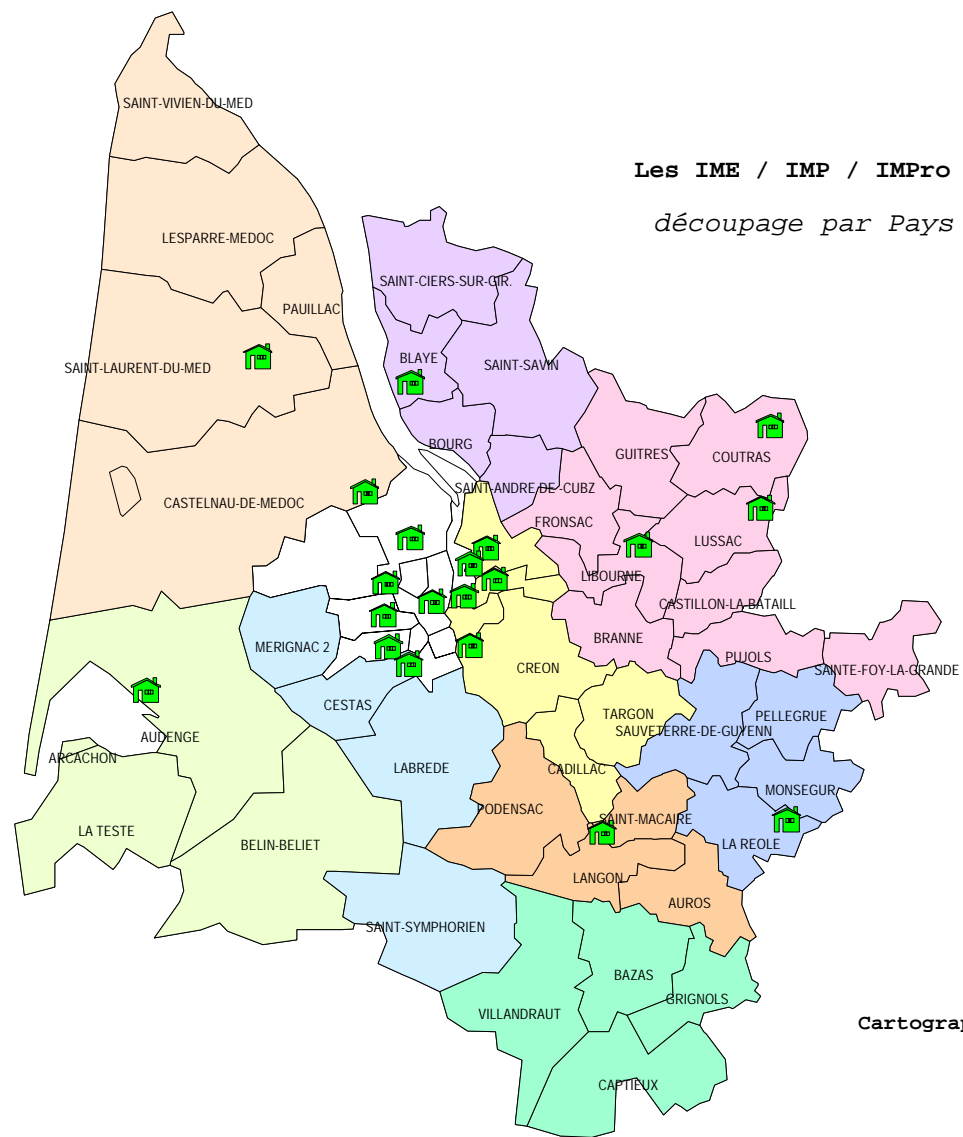
NB : Le Pays Landes de Gascogne s'étend sur 2 départements, la Gironde et les Landes. L'effectif de population indiqué tient donc compte uniquement des jeunes résidant en Gironde.

Par ailleurs, la somme des jeunes de moins de 20 ans par Pays est légèrement inférieure à l'effectif total des jeunes girondins (315 946 au lieu de 317 338). Cette différence vient du fait que quelques communes girondines ne sont affectées à aucun Pays.

³ Les effectifs indiqués comprennent les places de SESSAD ainsi que celles des services d'accompagnement socio-professionnel.

Les SESSAD pour jeunes déficients intellectuels
découpage par Pays





Cartographie CREAHI d'Aquitaine
juin 2006

1.4.2 - Les établissements et services pour jeunes présentant des troubles du comportement

La Gironde compte 1324 places dans les établissements et SESSAD destinés aux jeunes présentant des troubles du comportement.

Répartition des places pour jeunes présentant des troubles du comportement en fonction du mode d'accueil

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	679	51,3
Internat	410	31,0
Placement familial	45	3,4
SESSAD	190	14,3
TOTAL	1324	100,0

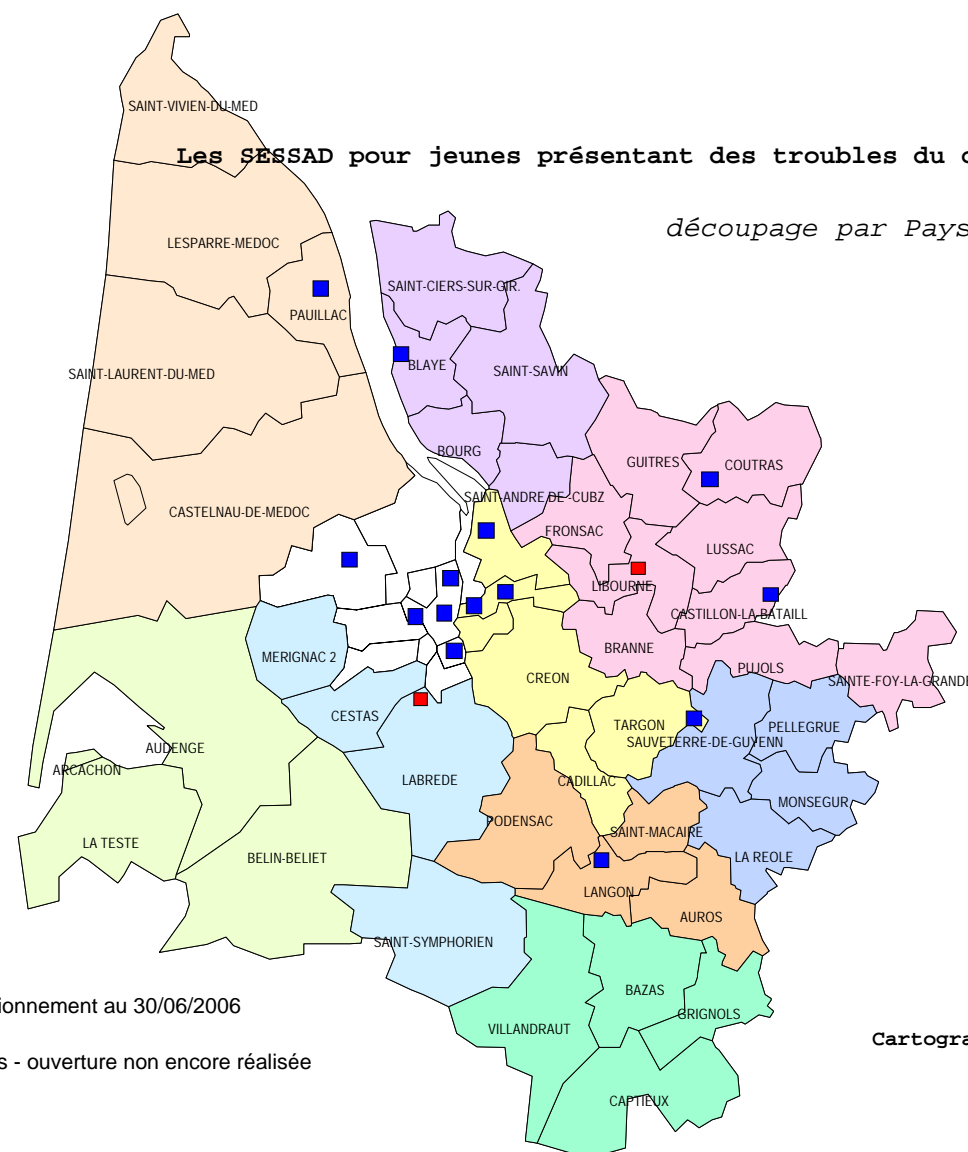
Dans la moitié des cas, ces jeunes sont accueillis en semi-internat, dans plus de 30% en internat. Les prises en charge en SESSAD concernent actuellement 1 jeune sur 7. On peut constater de la même manière que pour les établissements pour enfants déficients intellectuels, la forte implication des ITEP dans la mission d'intégration en milieu ordinaire.

Les SESSAD sont généralement positionnés sur la même tranche d'âge que l'ITEP dont ils dépendent, **ce qui permet réellement de choisir entre les 2 modalités d'accueil sans être contraints par des limites d'âge.**

La mixité est largement pratiquée à quelques exceptions près : 2 ITEP sont exclusivement pour garçons (Grand Barail et R. Bloy), 2 autres limitent la mixité en internat à certaines tranches d'âges (Nazareth et Saint-Denis).

Taux d'équipement par pays pour les jeunes ayant des troubles du comportement

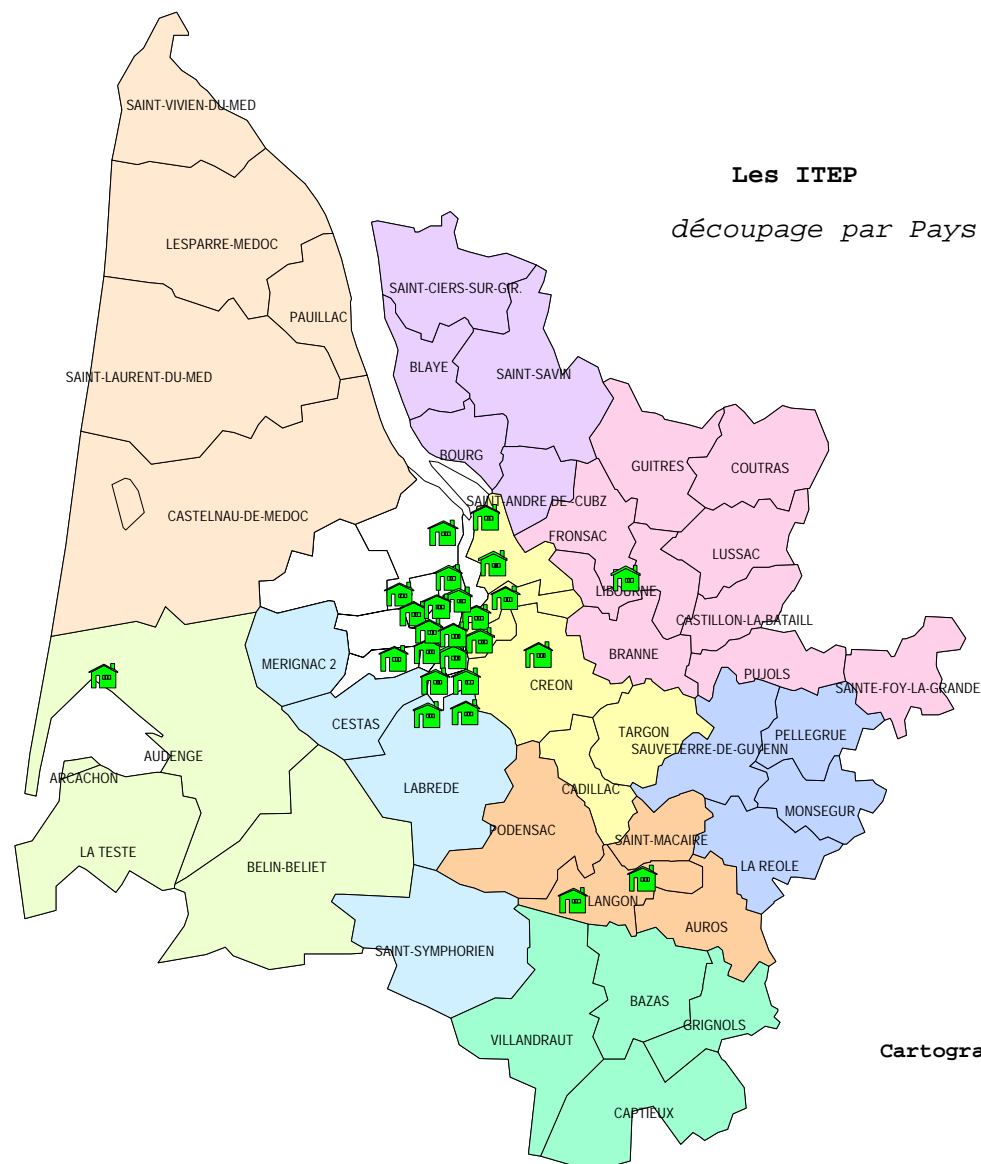
	Etablissements	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Nb jeunes 0-19 ans	ratio internat	ratio semi-internat	ratio SESSAD	ratio TOTAL
Bassin d'Arcachon	Plein Air (Andernos)	15	20	0	35					
Bassin d'Arcachon et vallée de l'Eyre		15	20	0	35	27119	0,55	0,74	0,00	1,29
	Bellefonds (Cenon)		50	25	75					
	Ch. Breillan (Blanquefort)	60			60					
	Grand Barail (Bx)	24	6		30					
	La Marelle (Bx)		15		15					
	Les Clarines (Bx)		63		63					
	Les Hirondelles (Artigues)		40		40					
	Macanan (Bouliac)	47	15	12	74					
	Millefleurs (Bègles)	10	12	30	52					
	Nazareth (Bx)	36	35	12	83					
	R. Bloy (Villenave d'O)	24	28		52					
	Rive Droite (Ambarès)		38		38					
	Rive Gauche (Pessac)	32	14	15	61					
	Saint Nicolas (Bx)		48		48					
	Saint-Denis (Ambarès)	38	56	12	106					
	Saint-Vincent (Eysines)	10	50		60					
	Stéhélin (Bx)	14	12	26	52					
	Villa Flore (Bx)		36		36					
Bordeaux		295	518	132	945	161769	1,82	3,2	0,82	5,84
Cœur Entre-Deux-Mers	Léonès (Créon)	22	26		48					
	SESSAD (Frontenac)	0		13	13					
Entre-Deux-Mers		22	26	13	61	21628	1,02	1,20	0,60	2,82
Graves et Landes de Cernès	Lecocq (Léognan)	48	12		60					
	Millefleurs (Cadajac)	22	23		45					
Graves et Landes de Cernès		70	35	0	105	18425	3,80	1,90	0,00	5,70
Haute Gironde	SESSAD (Blaye)			8	8					
Haute Gironde		0	0	8	8	17103	0,00	0,00	0,47	0,47
Landes de Gascogne et Haut-Entre-Deux-Mers					0					
Landes de Gascogne et Haut-Entre-Deux-Mers		0	0	0	0	8971	0,00	0,00	0,00	0,00
Libournais	Rive Droite (Libourne)	36	39	0	75					
	SESSAD (Castillon)			15	15					
Libournais		36	39	15	90	31389	1,15	1,24	0,48	2,87
Médoc	SESSAD (Pauillac)			10	10					
Médoc		0	0	10	10	19027	0,00	0,00	0,53	0,53
Rives de Garonne	Dumès (Langon)	17	15	12	44					
	Roaillan		26		26					
Rives de Garonne		17	41	12	70	10488	1,62	3,91	1,14	6,67
Total GIRONDE		455	679	190	1324	317338	1,43	2,14	0,60	4,17



Les SESSAD pour jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement

découpage par Pays

Cartographie CREAHI d'Aquitaine
juin 2006



Cartographie CREAHI d'Aquitaine
juin 2006

1.4.3 - Les établissements et services pour jeunes handicapés moteurs

La Gironde compte 336 places dans des structures médico-sociales destinées aux jeunes handicapés moteurs.

Répartition des places pour jeunes handicapés moteurs en fonction du mode d'accueil

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	161	47,9
Internat	120	35,7
SESSAD	55	16,4
TOTAL	336	100,0

Plus du tiers des jeunes handicapés moteurs sont accueillis en internat, plus souvent donc que ceux qui sont pris en charge en IME/IMPro ou en ITEP. C'est l'éloignement, qui selon toute vraisemblance, justifie l'importance de cette modalité d'accueil ; ces établissements (avec ceux destinés aux déficients sensoriels) accueillent le plus de jeunes non girondins (25% du public accueilli).

Taux d'équipement pour les jeunes handicapés moteurs en Gironde

	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Nb jeunes 0-19 ans	ratio internat	ratio semi-internat	ratio SESSAD	ratio TOTAL
SESSAD Bordeaux			40	40					
René Cassagne Cenon		50		50					
SESSAD Petite Enfance Cenon			5	5					
IEM Eysines	70	70	0	140					
IEM Talence	50	16	10	76					
ESES Tresses	0	25	0	25					
TOTAL	120	161	55	336					

1.4.4 -Les établissements et services pour jeunes polyhandicapés

La Gironde compte 182 places dans des structures médico-sociales destinées aux jeunes polyhandicapés (cette capacité n'a que faiblement progressé depuis 2000 : +1,7%).

Répartition des places pour jeunes polyhandicapés en fonction du mode d'accueil

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	115	63,2
Internat	62	34,1
SESSAD	5	2,7
TOTAL	182	100,0

L'accueil en SESSAD pour les jeunes polyhandicapés est extrêmement limité.

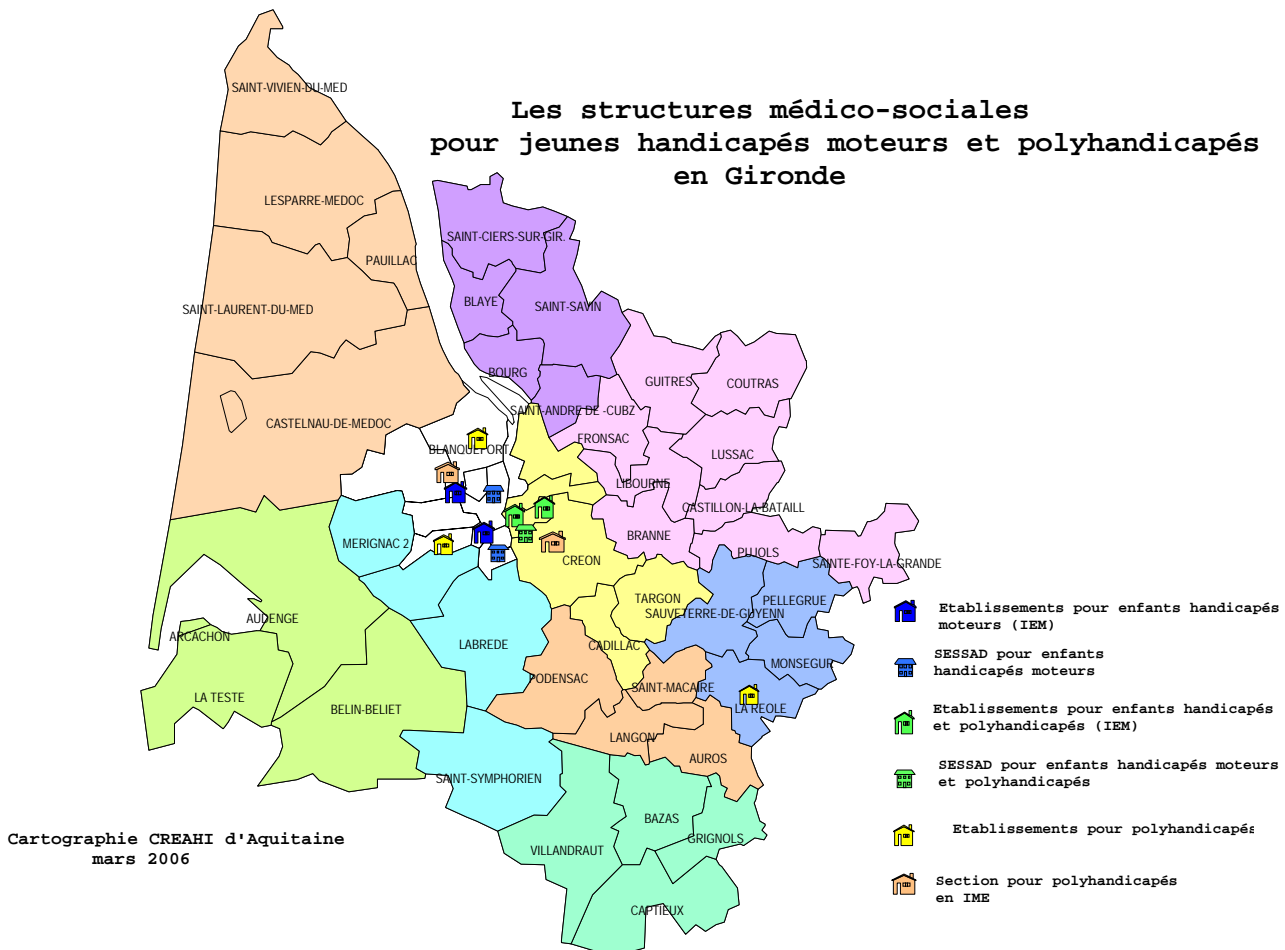
Taux d'équipement pour les jeunes polyhandicapés en Gironde

	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Nb jeunes 0-19 ans	ratio internat	ratio semi-internat	ratio SESSAD	ratio TOTAL
Archipel Aliénor Blanquefort	36	10	0	46					
Arc-en-ciel Pessac		50		50					
La Forêt Eysines		10		10					
René Cassagne Cenon		30							
SESSAD Pte Enfance Cenon			5	5					
ESES Tresses		10	0	10					
J. Le Tanneur Carignan		5		5					
CEAP La Réole	26			26					
TOTAL	62	115	5	182	317338	0,20	0,36	0,02	0,58

Le tiers des places destinées aux enfants polyhandicapés sont dans des établissements ayant un double agrément : "polyhandicap" (annexe XXIV ter) et, le plus souvent, "handicap moteur" (annexe XXIV bis) mais aussi "déficience intellectuelle" (annexe XXIV).

Les établissements proposant des modalités d'accueil diversifiées sont peu nombreux.

Les structures médico-sociales pour jeunes handicapés moteurs et polyhandicapés en Gironde



1.4.5 - Les établissements et services pour jeunes déficients auditifs ⁴

La Gironde compte 351 places dans des structures médico-sociales destinées aux jeunes déficients auditifs.

Répartition des places pour jeunes déficients auditifs en fonction du mode d'accueil

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	182	48,8
Internat	131	35,1
SESSAD	60	17
TOTAL	351	100,0

La prise en charge en SESSAD est, dans les faits, plus pratiquée par ces établissements que ce qui apparaît à la simple lecture des agréments.

L'accueil en internat, comme pour les déficiences motrices, est souvent justifié par l'éloignement de l'établissement du domicile du jeune (21% de non-girondins dans ces établissements).

Les établissements pour jeunes déficients auditifs sont positionnés sur une tranche d'âge de large amplitude et offrent chacun une palette de modalités d'accueil diversifiée.

Taux d'équipement pour les jeunes déficients auditifs en Gironde

	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Nb jeunes 0-19 ans	ratio internat	ratio semi-internat	ratio SESSAD	ratio TOTAL
CESDA Bordeaux	48	57	20	125					
CAL Mérignac	19	29		48					
INJS Gradignan	67	71	40	178					
Total	134	157	60	351	317338	0,42	0,49	0,19	1,10

1.4.6 - Les établissements et services pour jeunes déficients visuels

La Gironde compte 200 places destinées aux jeunes déficients visuels au sein d'une seule structure située à Ambarès qui accueille des jeunes de 0 à 20 ans.

Répartition des places pour jeunes déficients visuels en fonction du mode d'accueil

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	50	25,0
Internat	100	50,0
SESSAD	50	25,0
TOTAL	200	100,0

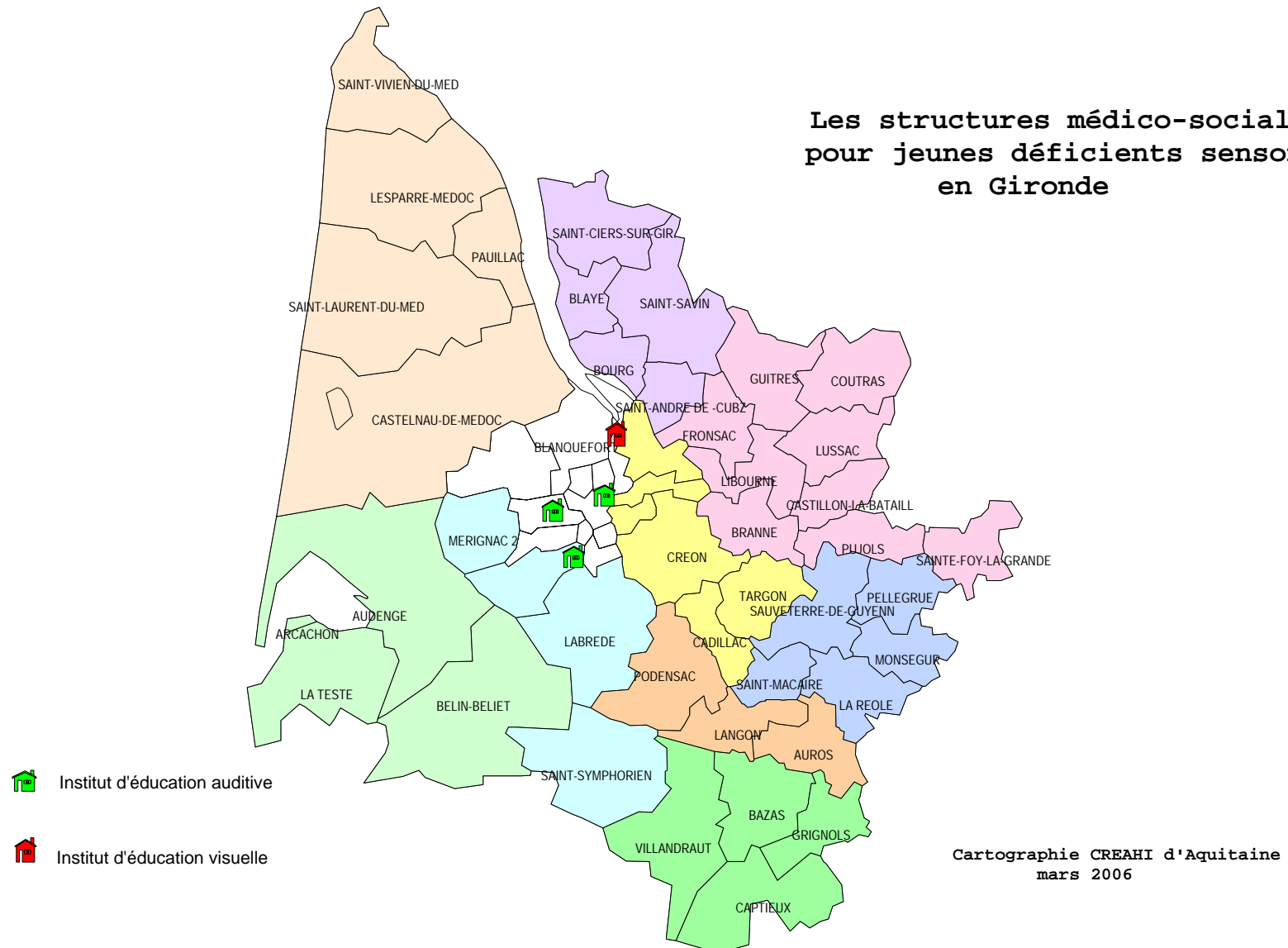
⁴ Pour plus de détails sur l'offre des établissements et services pour jeunes déficients auditifs, on pourra se reporter à l'étude *Les jeunes déficients auditifs en Aquitaine : état des lieux en 2004 et analyse des besoins*, CREAHI d'Aquitaine, juillet 2004, 101 pages + annexes (téléchargeable sur le site du CREAHI : www.creahi-aquitaine.org)

Ici encore, l'importance de l'accueil en internat est justifiée par l'éloignement de l'établissement du domicile des jeunes (26% de non girondins) ; en outre, il n'existe pas d'autre offre institutionnelle pour les jeunes déficients visuels en Aquitaine.

Taux d'équipement pour les jeunes déficients visuels en Gironde

	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Nb jeunes 0-19 ans	ratio internat	ratio semi-internat	ratio SESSAD	ratio TOTAL
Peyrelongue Ambarès	100	50	50	200	<i>317338</i>	<i>0,32</i>	<i>0,16</i>	<i>0,16</i>	<i>0,63</i>

Les structures médico-sociales pour jeunes déficients sensoriels en Gironde



1.5 - Les taux d'équipement : synthèse Gironde

Les structures médico-sociales girondines proposent globalement 3803 places dont près de 14% en SESSAD.

Offre de prise en charge au 31/12/05 en Gironde
et ratios d'équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans ⁵

Equipements pour enfants et adolescents handicapés.	Capacité totale	Places en institution	Places en SESSAD	Ratio total	Ratio institution	Ratio SESSAD
Déficients intellectuels	1410	1252	158	4,4	3,9	0,5
avec troubles du comportement	1324	1134	190	4,2	3,6	0,6
Déficients moteurs	336	281	55	1,1	0,9	0,2
Polyhandicapés	182	177	5	0,6	0,6	0,0
Déficients auditifs	351	291	60	1,1	0,9	0,2
Déficients visuels	200	150	50	0,6	0,5	0,1
	3803	3285	518	12,0	10,4	1,6

Eléments comparatifs Aquitaine / France ⁶

Equipements pour enfants et adolescents handicapés.	Aquitaine hors Gironde			Aquitaine (tous départements)			France Ratio en institution uniquement
	Ratio total	Ratio institution	Ratio SESSAD	Ratio total	Ratio institution	Ratio SESSAD	
déficients intellectuels	6,0	5,0	1,0	5,2	4,4	0,7	4,4
avec troubles du comportement	1,9	1,6	0,3	2,9	2,5	0,4	1,0
Déficients moteurs	0,7	0,4	0,3	0,9	0,6	0,2	0,5
Polyhandicapés	0,5	0,4	0,2	0,5	0,4	0,1	0,5
Déficients auditifs	0,2	0	0,2	0,6	0,5	0,2	0,6
Déficients visuels	0,2	0	0,2	0,4	0,2	0,2	
TOTAL	9,3	7,3	2,2	10,5	8,6	1,9	7,0

Par rapport à ces taux, le département de la Gironde apparaît :

- moins bien équipé en ce qui concerne les structures pour déficients intellectuels par rapport aux autres départements aquitains
- dans la moyenne, pour les structures destinées aux jeunes polyhandicapés
- mieux équipé en structures pour déficients moteurs, pour jeunes déficients sensoriels, et surtout pour jeunes présentant des troubles du comportement.

⁵ nombre de places offertes rapporté au nombre de jeunes de moins de 20 ans (source INSEE : 327241 jeunes de moins de 20 ans en Gironde – estimation localisée de population 2005).

⁶ Sources : PRIAC 2006-2008 pour l'Aquitaine, STATISS pour la France (données 2004 – risque de sous-estimation – pas de données sur les taux d'équipement en SESSAD exploitables).

2- L'APPROCHE DES BESOINS

Une approche quantitative des besoins a été menée, en prenant en compte d'une part la liste d'attente de la CDES au 31/12/2005, et d'autre part les évolutions possibles à court terme de la population des établissements (sorties et réorientations).

Il s'agit donc d'une photographie à un instant donné.

2.1 - Les orientations de la CDES non réalisées au 31/12/2005

En décembre 2005, les orientations CDES en cours de validité et non réalisées concernent 654 enfants ; près de la moitié d'entre eux sont en attente d'une orientation vers une structure pour déficients intellectuels et plus de 40% vers une structure pour troubles du comportement.

Quant aux établissements et services agréés pour la prise en charge de déficiences motrices, sensorielles ou de polyhandicaps, ils ne représentent en tout que 9% des situations (59 enfants).

Près de la moitié des jeunes en attente ont moins de 12 ans (323 jeunes, 49,7%), un tiers entre 12 et 15 ans et les 16 ans et plus représentent 16,5% de cette population.

Afin d'illustrer la relation besoins / offre, ces données ont été rapportées à l'équipement girondin au 31 décembre 2005 pour chaque type de structure. On peut ainsi constater que les enfants déficients intellectuels ou présentant des TCC en attente représentent plus d'un cinquième des places existant en Gironde.

Proportionnellement, l'attente concerne davantage les SESSAD, avec 31 à 45% des places existantes. Toutes les catégories de SESSAD sont concernées à l'exception de celles destinées aux déficients sensoriels.

	Orientation en 1 ^{er} choix			Equipement			Part des enfants en attente par rapport à l'équipement		
	Etablissement	SESSAD	Total	Etablissement	SESSAD	Total	Etablissement	SESSAD	Ensemble
Déficients intellectuels	264	46	310	1252	158	1410	21%	31%	22%
Troubles du comportement	200	85	285	1134	190	1324	18%	45%	22%
Déficients moteurs et Polyhandicapés	23	24	47	458	60	518	5%	40%	9%
Déficients visuels	1	3	4	150	50	200	1%	6%	2%
Déficients auditifs	6	2	8	291	60	351	2%	3%	2%
TOTAL	494	160	654	3285	518	3803	15%	32%	17%

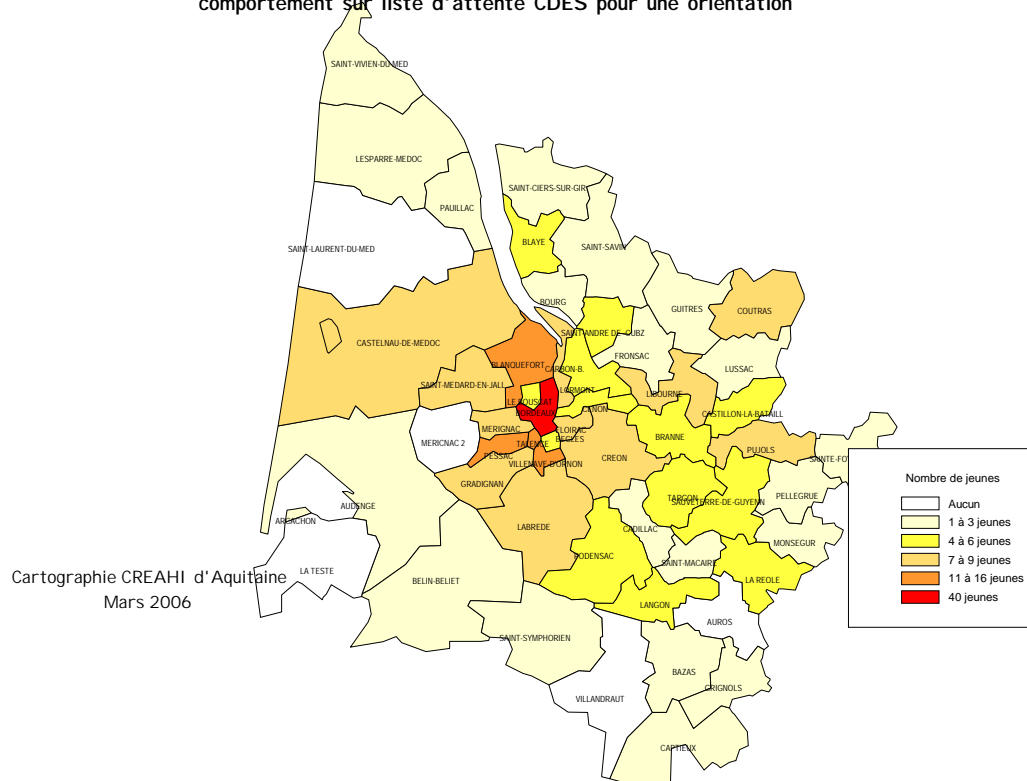
➤ Les enfants présentant des troubles du comportement

Les orientations pour **enfants présentant des troubles du comportement** non réalisées au 31.12.05 sont au nombre de 200 vers des ITEP et 85 vers des SESSAD.

Bordeaux et son agglomération présentent une concentration importante de jeunes (154, soit 54%), ce qui est à mettre en relation avec les fortes populations qui y résident.

Hors CUB et Libournais (avec 38 jeunes), tous les autres territoires comptent moins d'une quinzaine de jeunes. Contrairement à ce que l'on peut observer pour les jeunes déficients intellectuels, le Bassin d'Arcachon est faiblement représenté, avec seulement 5 jeunes présentant des troubles du comportement en attente d'une place.

Origine géographique des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement sur liste d'attente CDES pour une orientation



➤ Les enfants déficients moteurs, infirmes moteurs cérébraux et polyhandicapés

Les enfants **handicapés moteurs** en attente d'une place sont au nombre de 23 au 31.12.05, très majoritairement orientés vers une prise en charge en SESSAD (21/23) ; 11 enfants **infirmes moteurs cérébraux** et 13 enfants **polyhandicapés** devraient, pour leur part, bénéficier de prises en charge, institutionnelles le plus souvent.

➤ Les enfants déficients sensoriels

En décembre 2005, 8 jeunes étaient en attente d'une place en établissement ou service spécialisé pour **jeunes sourds**.

En ce qui concerne les **jeunes aveugles**, quatre sont en attente d'une orientation (ou d'une réorientation) vers la seule structure accueillant ce public en Gironde.

2.2 - Les projections de sortie des jeunes pris en charge

Les établissements et services médico-sociaux ont recensé, dans leur public pris en charge au 1^{er} septembre 2005, 782 jeunes qui seraient à 1 an ou moins d'une sortie souhaitable.

La répartition par âge montre que les futurs sortants ont entre 5 et 30 ans ; **31% ont 20 ans ou plus (soit 240 jeunes)** ; les moins de 10 ans ne représentent qu'un peu moins de 10%.

Un peu moins de la moitié sont pris en charge par des ITEP ou SESSAD pour troubles du comportement, un peu plus d'un tiers par des IME / SESSAD pour déficients intellectuels. Globalement, les déficients sensoriels, alors qu'ils représentent plus de 15% des jeunes handicapés pris en charge, ne regroupent que 6,6% des sortants à court terme.

Taux de sortie prévue des structures médico-sociales pour enfants et adolescents

	Nombre de sorties projetées	Capacité agréée prise en compte dans l'étude ⁷	Part des sorties à court terme par rapport à la population prise en charge
IME / IMP / IMPro	257	1252	21%
SESSAD Déf. Intellect.	24	158	15%
ITEP	301	1134	27%
SESSAD troubles du comportement	59	190	31%
IEM, Etablissement pour polyhandicapés, SESSAD	89	518	18%
Institut pour déficients visuels	16	200	8%
Institut pour déficients auditifs	36	351	10%
Ensemble	782	3803	21%

La plupart des projets de sortie sont actés par la CDDES et le cas échéant la COTOREP, hormis pour les déficients moteurs et les polyhandicapés où la saisine des instances est en cours.

➤ Les structures pour enfants déficients intellectuels

▪ IME, IMP et IMPro

Le recensement porte sur 257 jeunes devant sortir à court terme (d'ici un an), dont 160, soit 63%, ont 20 ans ou plus.

Majoritairement (54%), les jeunes sont appelés à intégrer une **structure médico-sociale pour adultes** (foyer occupationnel, ESAT, voire MAS et FAM).

En outre, 40% sont censés poursuivre leur parcours dans le **secteur « enfance handicapée »**, principalement en IME / IMPro / Unité de préparation à l'entrée en CAT (30%).

Outre le rôle de suivi dévolu aux institutions médico-sociales, des « services de suite » ou des organismes d'appui sont susceptibles de favoriser l'accompagnement des formations professionnelles ou l'emploi en milieu ordinaire. Ils interviendraient pour environ 8% des sortants.

Rares sont les jeunes pour lesquels il est prévu un **retour en milieu ordinaire de scolarisation / formation ou de travail sans suivi** médico-social ou sanitaire (2%).

▪ SESSAD pour enfants déficients intellectuels

Des 24 jeunes concernés, plus de 80% sont appelés à poursuivre une prise en charge médico-sociale dans le secteur de l'enfance handicapée, et dans la plupart des cas, c'est une prise en charge institutionnelle en IME / IMPro qui est préconisée.

⁷ Compte tenu des 2 établissements non répondants.

➤ Les structures pour enfants présentant des troubles du comportement

▪ ITEP

Les jeunes dont la prise en charge en ITEP arrive à son terme dans les 12 mois sont au nombre de 301.

La fin de prise en charge en ITEP se caractérise par :

- une **réorientation, pour la majorité, vers une structure médico-sociale pour enfants** (ITEP : 34% ou IME / IMPro : 25%).
- un **fort recours à des hébergements extra-familiaux relevant du champ de la protection de l'enfance** : en famille d'accueil (17%), MECS ou lieux de vie (18%). En outre, 10% des jeunes devraient faire l'objet d'une mesure AEMO / AED.
- un **retour en milieu ordinaire de scolarisation, formation professionnelle ou pour une recherche d'emploi**, sans accompagnement spécifique. Cela ne concerne que 8% des jeunes appelés à sortir. Près de trois quarts des jeunes appelés à poursuivre leur scolarité ou une formation professionnelle devraient recevoir un accompagnement : par un service de suite de l'ITEP (20%), en MECS (29%), dans le secteur sanitaire (ambulatoire mais aussi institutionnel, 13%), ou par un service d'AEMO / AED (11%).

En revanche, **très peu de jeunes relèvent du secteur médico-social pour adultes (2%)**.

▪ SESSAD pour troubles du comportement

Les sorties concernent 59 jeunes.

Dans près de 60% des cas, le jeune devrait voir s'interrompre toute prise en charge médico-sociale, ce qui n'exclut pas le suivi par un CMP ou en libéral par exemple.

Au contraire, dans une vingtaine de cas, une prise en charge institutionnelle en ITEP (24%) voire en IME (5%) doit maintenant venir compléter le travail d'accompagnement du SESSAD.

➤ Les Instituts d'éducation motrice, établissements pour enfants polyhandicapés et les SESSAD

Les fins de prise en charge à court terme sont au nombre de 89, dont 15 en SESSAD.

Plus de la moitié des jeunes concernés ont 20 ans et plus.

Un peu moins de la moitié de ces futurs sortants devraient **poursuivre leur prise en charge médico-sociale dans le secteur de l'enfance handicapée** : en établissements pour enfants polyhandicapés (23 jeunes) et SESSAD pour déficients moteurs (10 jeunes) principalement, ainsi qu'en IME (8) ou IEM (2).

Près de 20% devraient intégrer une structure pour adultes handicapés (foyer occupationnel pour une dizaine de jeunes, FAM / MAS pour 6...).

A noter que près d'un quart de ces jeunes, tous handicapés moteurs, sont appelés à poursuivre, hors du secteur médico-social, une scolarisation, une formation professionnelle ou à entamer une recherche d'emploi, souvent avec un logement autonome. Ainsi, si 38% des jeunes continueront d'être hébergés dans leur famille naturelle, près de 34% bénéficieront d'un logement personnel ce qui témoigne de leur autonomie.

➤ Les Instituts d'éducation sensorielle pour enfants déficients auditifs

Les sortants potentiels, au nombre de 36, sont principalement des internes (56%).

Pour les trois quarts, une **prise en charge médico-sociale en institut ou SESSAD spécialisée pour les déficients auditifs devrait être poursuivie**.

Huit jeunes devraient par ailleurs sortir du secteur médico-social pour **poursuivre leurs études ou chercher un emploi en milieu ordinaire** (22% de retour en milieu ordinaire).

➤ Les Instituts d'éducation sensorielle pour enfants déficients visuels

Les fins de prise en charge prévisibles pour des enfants en institut d'éducation visuelle (ou SESSAD spécialisé) sont au nombre de 16.

Tous devraient continuer à bénéficier des services d'un institut d'éducation visuelle, mais pour plus des deux tiers sous la forme d'un service de suite de l'Institut d'éducation sensorielle ou d'un Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS).

2.3 - Des éléments sur l'évolution de l'occupation des structures

Plus des deux tiers des 782 fins de prise en charge envisagées à court terme devraient être suivies d'une réorientation vers un établissement médico-social (pour enfants dans sept réorientations sur dix).

**Devenir envisagé pour les jeunes
dont la prise en charge médico-sociale actuelle devrait se terminer à court terme**

Structure actuelle de prise en charge	Réorientation dans le médico-social		Retour en milieu ordinaire (école, formation, emploi)		Projet non précisé
	Enfance	Adultes	Avec accompagnement	Sans accompagnement	
IME / SESSAD défic. intellectuelle	101	138	27	8	7
Itep / SESSAD Tr. comportement	199	6	61	57	37
IEM / Ets polyHand.	43	17	5	21	3
IES	32	1	11	8	-
Ensemble	375 jeunes (48%)	162 jeunes (21%)	104 (13%)	94 (12%)	47 (6%)
	49% IME ; 33% ITEP ; 7% IEA ; 7% polyh. ; 3% IEM ; 1% IEV	46% FO, 36% ESAT ; 11% FAM ; 7% MAS ; 1% SAMSAH	42% médico-social ; 27% sanitaire ; 31% social / justice		

Théoriquement, avec 782 sorties dont 375 réorientations dans le médico-social enfants, un peu plus de 400 places devraient se libérer d'ici septembre 2006, en ITEP (internat comme semi-internat) et en IME (semi-internat) principalement.

Si l'on met en regard, de façon théorique, ces flux de places à court terme avec les listes d'attente de la CDES⁸ au 31/12/2005, on constate que :

- le besoin de places en ITEP devrait pouvoir s'équilibrer si les sorties prévues sont effectives. Ce n'est, par contre, pas le cas en SESSAD pour TCC
- à l'inverse, la liste d'attente pour les IME ou SESSAD pour déficients intellectuels, tout en réduisant d'une centaine, resterait conséquente
- pour les enfants polyhandicapés nécessitant une prise en charge institutionnelle, la liste d'attente risque d'augmenter, même s'il faudrait étudier précisément la question des IEM, dont certains sont susceptibles de prendre en charge des polyhandicapés et dans lesquels des places devraient se libérer. Pour ce qui est des SESSAD aussi, le nombre de fins de prise en charge ne semble pas pouvoir résoudre les listes d'attente.

⁸ Tout en tenant compte du fait que certaines des futures réorientations indiquées par les structures ont déjà fait l'objet d'une décision CDES. Nous avons donc considéré que les jeunes concernés faisaient déjà partie des listes d'attente de la CDES, pour éviter des doubles comptes.

Par ailleurs, il faut rappeler qu'un certain nombre de jeunes girondins sont pris en charge hors du département et certains pourraient souhaiter revenir sur la Gironde.

Le service social de la CDES a réalisé début 2006 un recensement, non exhaustif, qui a permis de repérer 69 situations de jeunes girondins pris en charge hors département.

Parmi ces jeunes, 33 sont clairement demandeurs d'un retour en Gironde pour poursuivre une prise en charge.

Structure	Nombre de jeunes
IME / IMPro	15
ITEP	2
IEM	2
Etablissements pour enfants polyhandicapés	13
IES pour enfants déficients auditifs	1
Ensemble	33

**Evolution potentielle à court terme des places dans le secteur « enfants »
à partir de la liste d'attente de la CDES et des projections de fins de prise en charge**

		Liste d'attente CDES (déc. 05) [1]	Autres besoins (réorientations, sous réserve de validation CDES) [2]	Prises en charge hors 33 et retour souhaité Données partielles [3]	Places libérées si les sorties souhaitables se réalisent [A]	Besoin de places [B]=[1]+[2]+[3]	Différence entre places potentiellement libérées et places nécessaires [A]-[B]
IME / IMP / IMPro	Institution	264	138	15	257	417	-160
	SESSAD	46	2	0	24	48	-24
ITEP	Institution	200	89	2	301	291	10
	SESSAD	85	16	0	59	101	-42
IEM et Ets pour polyhandicapés	Institution	23	21	15	74	59	15
	SESSAD	24	10	0	15	34	-19
Institut éducation auditive	Institution	6	6	1	27	13	14
	SESSAD	2	13	0	9	15	-6
Institut éducation visuelle	Institution	1	5	0	12	6	6
	SESSAD	3	0	0	4	3	1
Ensemble		654	300	33	782	987	-205

Il faut toutefois bien garder à l'esprit que mettre ainsi en regard les demandes insatisfaites et les projections de sortie n'offre qu'une photographie instantanée et partielle de la situation, qui ne tient pas compte :

- des retours des non girondins dans leur département ;
- des nouvelles demandes présentées à la MDPH depuis cette date ;
- du développement de la scolarisation en milieu ordinaire ;
- des besoins pour les jeunes autistes ou atteints de troubles envahissants du développement, suivis en pédopsychiatrie

Dans la perspective de la révision du Plan d'action régional sur l'autisme, la DRASS d'Aquitaine s'est engagée dans une démarche d'évaluation des besoins en matière de prise en charge et d'accompagnement avec l'appui technique du CREAHI d'Aquitaine⁹. Réalisée durant le second semestre 2005 auprès de l'ensemble des établissements et services de psychiatrie publics et privés aquitains pour enfants, adolescents et adultes, cette étude a permis de préciser **les places jugées nécessaires pour des jeunes autistes actuellement pris en charge dans la pédopsychiatrie.**

⁹ Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement dans les services psychiatriques en Aquitaine. - DRASS, CREAHI d'Aquitaine, avril 2006, 58 pages. Téléchargeable sur le site de la DRASS Aquitaine : http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/autisme_sanit.pdf

**Besoins d'une prise en charge médico-sociale
pour les jeunes présentant des troubles envahissants du développement suivis par la
pédopsychiatrie en Gironde (2005)**

Age des jeunes	Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire							TOTAL	dont validation CDES ou COTOREP
	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour adultes	Non précisé		
0-5 ans	11	8	1	3			5	28	9
6-11 ans	35	4	8	6	1		14	68	33
12-15 ans	28		1				5	34	20
16-17 ans	2	1				1 en MAS	1	5	4
18 ans et +						4 en MAS 1 en FAM 1 en ESAT	1	7	5
Ensemble	76	13	10	9	1	7	26	142	71

2.4 Les difficultés exprimées par les structures médico-sociales

Les difficultés liées aux caractéristiques des jeunes reçus

➤ Les deux tiers des structures médico-sociales girondines indiquent **rencontrer des difficultés liées aux troubles et pathologies présentés par les jeunes reçus**.

Il s'agit principalement de **troubles graves du comportement**, particulièrement des troubles psychotiques qui touchent un nombre croissant de jeunes et qui génèrent un besoin de soins important que les établissements ne sont pas toujours à même de dispenser.

Pour les structures concernées, certains de ces jeunes ont été orientés dans le médico-social faute de prise en charge sanitaire et il leur paraîtrait pertinent de développer des prises en charge conjointes "médico-social / pédopsychiatrie".

Les structures se disent par ailleurs confrontées à une grande **hétérogénéité des publics reçus**, ce qui complexifie la mise en œuvre des prises en charge et leur personnalisation.

Les **perturbations importantes du milieu familial** sont également sources de difficultés pour les structures.

➤ Du fait, soit du jeune ou de sa famille, soit de l'équipe qui estime que la prise en charge ne peut plus être mise en œuvre efficacement, la prise en charge assurée par un établissement ou un SESSAD peut prendre fin avant le terme fixé par la CDES.

Pour l'année 2004-2005, 61 "**ruptures de prise en charge**" ont été recensées, dans deux tiers des cas (41 situations) sur décision de la famille et dans un tiers (20 situations) sur décision de l'établissement. Ces ruptures, préoccupantes, représentent 1,6% de l'ensemble des jeunes bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale (plus de 3800). Dans un peu moins de la moitié des cas, ces jeunes feront néanmoins l'objet d'un suivi après la rupture de leur prise en charge.

Les difficultés liées à l'équipement interne

➤ Les deux tiers des structures médico-sociales ont indiqué avoir **des difficultés liées à leur équipement interne, jugeant insuffisants leurs *taux d'encadrement***.

Ils justifient ce manque par :

- la montée des pathologies psychiques dans les IME et ITEP et parfois aussi dans les instituts d'éducation sensorielle
- la prise en charge des handicaps lourds nécessitant beaucoup d'aides humaines.

La plupart des catégories de professionnels sont concernées : les médecins psychiatres, les rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes), les éducateurs spécialisés et les éducateurs techniques spécialisés (notamment pour assurer des missions spécifiques tels l'accompagnement de stages ou des retours en milieu ordinaire), les assistants de service social...

Ils citent également :

- la configuration des locaux
- l'insuffisance des places d'internat en ITEP et dans les établissements pour enfants handicapés moteurs ou polyhandicapés, notamment en internat séquentiel ou temporaire jugé important pour "soulager" par moment les parents

➤ Pour les SESSAD, quelques particularités apparaissent :

- les temps de déplacement prennent une place considérable, parfois difficile à maîtriser
- pour de grands adolescents, des besoins d'hébergement peuvent exister sans que le service soit en mesure d'y répondre

➤ Les CMPP et le CAMSP polyvalent déclarent également être confrontés à un manque de moyens en personnels qui a pour conséquence des **délais d'attente extrêmement longs entre la demande d'un 1^{er} rendez-vous et le début effectif d'une prise en charge (de 3 à 6 mois au CAMSP et de 6 à 12 mois pour les CMPP)**. Par ailleurs, tous ces services étant implantés sur la communauté urbaine de Bordeaux, leur accès est difficile pour des familles habitant dans d'autres zones du département.

Les partenariats et les difficultés liées à l'environnement extérieur

➤ Le réseau partenarial des structures recevant des jeunes handicapés est généralement dense avec 3 partenaires principaux, **l'Education nationale, les services de la Protection de l'Enfance**, et d'une manière plus globale, **les services sociaux et le secteur sanitaire**. Les structures médico-sociales entretiennent en outre des relations suivies avec d'autres services médico-sociaux, des employeurs dans un souci d'insertion professionnelle, des missions locales...

Les trois quarts des structures environ indiquent rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre de ces partenariats parmi lesquelles :

- une insuffisante connaissance des missions et des spécificités de chaque interlocuteur
- une coordination entre les différents partenaires parfois chaotique ou aléatoire
- la difficulté de mise en œuvre des prises en charge conjointes particulièrement avec la pédopsychiatrie

Face à ces constats, certaines structures, qui souhaitent pouvoir consacrer le temps de coordination nécessaire à des échanges fructueux avec leurs partenaires, préconisent :

- une meilleure définition des champs d'intervention et des responsabilités de chacun, la désignation d'un pilote de projet s'il y a plusieurs parties prenantes

- le développement du travail en réseau autour d'objectifs très précis et très ciblés en privilégiant des partenaires proches géographiquement pour limiter les temps de déplacement
- la mise en place d'une instance médiatrice en cas de désaccord entre la pédopsychiatrie et le médico-social
- l'amélioration de la connaissance des différents partenaires et de leur logique (réunions thématiques en dehors du traitement des situations individuelles, diffusion plus large des livrets d'accueil...)

➤ Les structures déplorent également l'insuffisance des moyens disponibles dans le département :

- ***pour les prises en charge sanitaires*** : le défaut de disponibilité des services pédopsychiatriques, l'insuffisance de services d'urgence, de séjours de rupture, des délais d'attente trop importants pour un bilan psychiatrique sont souvent cités. Par ailleurs, les établissements pour handicapés moteurs ou polyhandicapés, les CAMSP et les CMPP déplorent une saturation du secteur hospitalier et un défaut d'intervenants médicaux et paramédicaux, particulièrement dans certaines zones géographiques.
- ***pour la scolarisation en milieu ordinaire*** : manque de formation des enseignants, possibilités très limitées de scolarisation en CLIS pour les autistes, absence de classes correspondant aux profils des enfants reçus en ITEP ou d'UPI pour jeunes déficients moteurs, manque de dispositifs adaptés à la formation professionnelle lors de la sortie d'UPI, insuffisance des transports adaptés pour accéder aux lieux de scolarisation ou de formation.
- ***pour assurer l'accueil des jeunes ayant des difficultés familiales*** : familles d'accueil (notamment thérapeutiques) pas assez nombreuses, périodes d'ouverture des internats parfois trop restreintes.

➤ Des propositions émergent en faveur :

- ***de structures adaptées à l'accueil des tout-jeunes enfants handicapés*** : crèches, jardins d'enfants spécialisés, particulièrement pour des enfants porteurs de retard mental sévère avec ou sans troubles associés, SESSAD pour enfants IMC ou polyhandicapés dans la tranche d'âge 0-6 ans...
- ***de structures pour les jeunes adultes*** : des relais médico-sociaux après 18 ans après une prise en charge en SESSAD, notamment pour troubles du comportement, une augmentation des places dans le secteur adultes pour faciliter l'orientation des sortants d'établissements pour adolescents.

Enfin, les professionnels attendent de la MDPH de nombreuses avancées :

- une analyse en continu des besoins,
- une réduction des délais de traitement des demandes, depuis le premier signalement (par la PMI ou le CAMSP par exemple) jusqu'à la concrétisation des orientations.
- une plus grande efficacité dans l'attribution d'aides techniques...

2.5 - Les attentes et besoins des jeunes handicapés et de leur famille : recueil auprès des Conseils de la vie sociale

L'enquête réalisée auprès des Conseils de la vie sociale (CVS) des établissements pour enfants et adolescents handicapés a permis de recueillir les attentes de parents et de jeunes pris en charge.

Elles sont axées autour :

- d'une **amélioration de l'organisation institutionnelle** qui préside à l'orientation des enfants handicapés, à travers la toute nouvelle Maison départementale des personnes handicapées et la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Outre une simplification des démarches pour les familles, l'attente concerne une amélioration des procédures pour accélérer orientations et réorientations et un meilleur travail de partenariat entre les secteurs pédopsychiatrique et médico-social. La création d'une consultation hospitalière pluridisciplinaire pour les enfants handicapés moteurs paraît également pertinente.

- d'une plus grande **accessibilité de l'information** sur l'orientation, les aides financières, les aides techniques... En outre, les établissements sont également invités à diffuser une information sur leurs prestations, leur organisation... à travers des brochures et des journées "portes ouvertes". Des relais territoriaux, au niveau des mairies par exemple, pour une information et des services de proximité sont également préconisés.

Dans le cas particulier des parents d'enfants sourds, leur propre accès à l'apprentissage de la langue qui est enseignée à leur enfant reste une question très préoccupante.

- d'un **développement**, d'une **diversification** (incluant accueil de jour, d'urgence, temporaire... ainsi que des dispositifs favorisant la prévention secondaire, tels que des SESSAD, particulièrement pour les jeunes déficients moteurs) et d'un **meilleur maillage territorial de l'offre de prise en charge médico-sociale** (essentiellement en ce qui concerne les enfants polyhandicapés).

En outre, des solutions de qualité pendant les périodes de fermeture des établissements et services sont demandées par les familles, pour des activités à l'extérieur ou pour des gardes à domicile.

Au sein des structures, les familles souhaitent être plus informées et plus sollicitées pour participer aux décisions concernant la vie de l'établissement et de leur enfant en son sein. Par ailleurs, elles sollicitent souvent une intensification des prises en charge socio-éducatives et paramédicales, une attention particulière sur la qualité des prestations et leur adéquation avec les particularités de certains handicaps (l'autisme par exemple) et un positionnement de la structure davantage tourné vers l'environnement extérieur.

- d'une **évolution concernant la scolarisation**, soit en structure spécialisée, soit en milieu ordinaire (avec plus de dispositifs spécifiques tels que les CLIS ou les UPI, mais aussi un meilleur accès à l'existant, particulièrement une plus grande ouverture des lycées d'enseignement professionnel aux jeunes d'ITEP ; avec plus d'auxiliaires d'accompagnement, de formation pour les personnels ainsi qu'un cadre bâti et des équipements adéquats).

L'accent est également mis sur la nécessité que la scolarisation soit adaptée, l'intégration scolaire ne pouvant être appliquée à tous les enfants. Là encore, le maillage territorial est une préoccupation importante, notamment en raison du déséquilibre entre les deux rives de la Garonne en matière de scolarisation des enfants déficients auditifs.

La formation et l'insertion professionnelles sont également des préoccupations importantes, impliquant aussi un travail sur l'offre de formation disponible, les conditions d'entrée dans le monde du travail, la diffusion de l'information avec un guide recensant l'existant... et un fort partenariat entre entreprises et structures médico-sociales.

- d'une **amélioration de la question des transports**, à la fois pour l'accès aux structures de prise en charge, mais aussi, plus largement à la cité.

Dans ce cadre, outre l'accessibilité des lieux publics, la mise à disposition de personnels d'accompagnement est également demandée.

2.6 - Contribution des ateliers à la définition de la réponse aux besoins (Phase préparatoire de concertation)

Au printemps 2005, et dans la perspective de l'élaboration du nouveau schéma, la DDASS a rencontré les associations du secteur de l'enfance handicapée et réuni le comité de suivi du précédent schéma pour faire le point des difficultés rencontrées et recueillir leurs attentes.

Plusieurs problématiques se sont dégagées méritant de faire l'objet d'une réflexion approfondie, à partir desquelles quatre ateliers de réflexion ont été mis en place sur les thèmes suivants.

Atelier n°1 :

Diversification des modalités d'accueil, l'accueil temporaire, la continuité des prises en charge sur les périodes de fermeture des établissements

Atelier n° 2 :

La prise en charge des « handicaps lourds » - le partenariat entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire

Atelier n°3

Scolarisation et formation professionnelle en milieu ordinaire

Atelier n°4

Les projets de vie à la sortie des établissements médico-sociaux

Riches et constructifs, les apports de ces ateliers ont donné lieu à une synthèse¹⁰ présentée le 30 mai 2006 aux associations, aux membres du comité de suivi et aux participants des ateliers qui a contribué à la définition des orientations stratégiques du schéma et a fait l'objet de fiches actions présentées en annexe du présent document.

¹⁰ Synthèse des apports des ateliers réunis dans le cadre des travaux préalables au schéma d'organisation sociale et médico-sociale de la Gironde "volet enfance et adolescence handicapées" – DDASS de la Gironde, CREAHI d'Aquitaine - document à télécharger sur le site du CREAHI www.creahi-aquitaine.org

3. Les Orientations

Le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale est l'instrument légal des pouvoirs publics pour orienter leur action et motiver leurs décisions.

Il doit également constituer un guide pour les responsables associatifs et les directeurs d'établissements afin de faciliter la révision ou l'adaptation des projets d'établissements, et plus précisément, piloter la gestion prévisionnelle des emplois et des carrières, la formation des personnels et la programmation des investissements.

Le schéma doit bien évidemment prendre en compte les orientations nationales récemment décidées par le législateur en faveur des personnes handicapées et traduites dans les dispositions de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

Destinée à sensibiliser la société civile sur le handicap et à favoriser la vie autonome, cette loi comporte de nouvelles dispositions essentielles pour les enfants et adolescents handicapés en leur reconnaissant le droit d'être inscrit dans l'école la plus proche de leur domicile qui constitue leur établissement de référence. Ils peuvent également accéder à une évaluation de leurs besoins et de leurs compétences qui donne lieu, en association et avec l'accord de sa famille, à un projet personnalisé de scolarisation qui favorise autant que possible une formation en milieu ordinaire, sans exclure la possibilité d'avoir recours à des établissements ou services adaptés ou spécialisés.

Ces droits nouveaux constituent le socle fondamental d'élaboration des orientations du présent schéma.

L'état des lieux réalisé fait apparaître un niveau d'équipement globalement satisfaisant.

A l'exception d'un renforcement des prises en charges des enfants et adolescents présentant les handicaps les plus lourds, le schéma envisage peu de développement en terme de création mais davantage des évolutions à partir des équipements actuels. On doit en effet prendre en compte l'importance du nombre de jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton (240 au 1^{er} septembre 2005) pour lesquels le schéma, dans son volet adultes handicapés, prévoit des réponses.

Le maintien des places en internat apparaît nécessaire et une redistribution des équipements est envisagée pour développer des services de soutien et d'accompagnement en milieu ordinaire, notamment des SESSAD, avec un souci d'amélioration du maillage territorial.

Deux principes généraux guident les évolutions souhaitées :

➤ **Garantir pour chaque enfant l'élaboration d'un projet de vie**, évolutif et révisable, constitue un principe fondateur pour les institutions et les acteurs œuvrant en faveur de l'enfance handicapée.

Ce projet, porté par les parents, doit favoriser l'inscription de l'enfant dans tous les dispositifs d'accueil ordinaires : lieux d'accueil de la petite enfance, écoles, centres de loisirs et accueils périscolaires, séjours de vacances, formation professionnelle et dispositif d'accompagnement dans l'emploi des jeunes.

Tous les moyens d'accompagnement doivent être mobilisés pour y parvenir et notamment :

- les compétences médicales et sociales à articuler précocement pour aider les parents dans l'élaboration de ce projet ;
- les compétences médico-sociales à mobiliser pour mettre en œuvre le projet.

Pour ce faire, des adaptations de l'équipement médico-social sont à soutenir afin de :

- garantir un accompagnement précoce et global ;
- faciliter les passerelles entre les dispositifs ordinaires, dont l'école, et les établissements médico-sociaux ;
- assouplir les modalités d'accueil et créer des réponses garantissant une continuité du projet ;

Pour les enfants les plus en difficulté pour accéder à des prestations en milieu ordinaire, des adaptations d'établissements sont à prévoir pour assurer l'accompagnement et les soins de façon partenariale et spécialisée.

Cette politique d'adaptation nécessite des évolutions des projets d'établissements et des autorisations. A cet effet, la concertation mise en place pour l'élaboration du schéma et qui a mobilisé de nombreux professionnels, sera prolongée sous l'impulsion de la DDASS, pour accompagner ces évolutions.

Par ailleurs, il est également nécessaire d'accompagner les équipes par la voie de la formation des professionnels, par des échanges thématiques à encourager entre professionnels et par l'ouverture de la culture d'échanges aux acteurs locaux, particulièrement aux soignants.

➤ **Améliorer l'égalité d'accès aux équipements par des choix territoriaux** reposant sur :

- les Pays Girondins, pour les déficiences intellectuelles et les troubles du comportement,
- le département, pour les handicaps moteurs, les polyhandicaps et les déficiences sensorielles avec le souci d'une répartition est/ouest et nord/sud.

Ces choix territoriaux prennent en compte également les données démographiques.

La desserte géographique sera déterminante dans l'examen des projets des établissements et des services. Les SESSAD étant par définition des services de proximité, l'implantation d'antennes sera favorisée pour répondre au plus près des besoins. Il sera tenu compte également de la proximité de services complémentaires nécessaires pour organiser une prise en charge globale. Le partenariat, les réseaux d'acteurs, la coordination de moyens devront s'organiser dans cette logique.

3.1 – Les axes stratégiques du schéma

Les travaux conduits pendant la phase de concertation dans le cadre des quatre ateliers ont produit une information riche et variée. S'il y fut question d'attentes et de besoins, il y fut aussi proposé des analyses, des expériences, des perspectives. La cohérence de contenu avec le recueil obtenu dans le cadre des études (chapitre II) tend à montrer que les échanges ne se sont pas dispersés et ont au contraire insisté sur l'essentiel.

L'ensemble de ces données a fait l'objet d'une analyse par la DDASS, associée à l'Education nationale pour les aspects qui la concernent. De ces travaux préparatoires, se dégagent *trois grandes orientations* pour le schéma départemental qui se déclinent en *fiches-actions*¹¹ pour faciliter leur mise en œuvre.

Les trois orientations stratégiques sont les suivantes :

3.1.1 - Promouvoir la scolarisation et la formation professionnelle en milieu ordinaire, l'insertion sociale à la sortie du dispositif médico-social.

En reconnaissant le droit à tout enfant ou adolescent handicapé à être inscrit à l'école la plus proche de son domicile, la loi du 11 février 2005 entend donner un nouvel essor à la scolarisation en milieu ordinaire.

Il s'agit donc, en liaison étroite avec l'Education Nationale, de poursuivre et d'intensifier les efforts engagés au cours des dernières années en matière « d'intégration scolaire ».

➤ **"Elaborer un outil d'analyse des besoins, des ressources et de leur évolution en matière d'accompagnement de la scolarisation" (fiche 1)**

Les travaux de réflexion préparatoires au schéma ont mis en évidence la nécessité d'explorer les « zones d'ombre » du territoire dans lesquelles les établissements scolaires sont isolés, le dépistage insuffisamment assuré, les équipements restreints (médico-sociaux, sanitaires...).

Afin de repérer les besoins des usagers sur ces territoires, et d'y apporter des réponses adaptées, un outil d'analyse sera créé en croisant les données des établissements médico-sociaux et celles de l'Education Nationale.

➤ **" Mettre en place les modalités d'un accompagnement favorisant la scolarisation en milieu ordinaire" (fiche 2).**

Afin de favoriser la scolarisation en milieu ordinaire des enfants accueillis en institution, il est important de créer les conditions d'un partenariat étroit, entre les équipes des établissements médico-sociaux et les enseignants, qui soit respectueux des vœux des familles.

Dans cette perspective, à partir des expériences connues des services et des établissements médico-sociaux et scolaires, un guide de pratiques adaptées sera élaboré et mis à la disposition des professionnels concernés, pour faciliter la coopération entre les acteurs et la mise en place de procédures souples et diversifiées, adaptées au projet individuel de l'enfant ou de l'adolescent.

¹¹ Présentées en annexe au document principal du schéma.

➤ **"Développer la création de services d'insertion sociale et professionnelle vers le milieu ordinaire" (fiche 3)**

Les adolescents et jeunes majeurs (16 – 21 ans) ont besoin d'être accompagnés pour sortir d'un parcours de plusieurs années en institution, pour développer leur autonomie et se préparer à une vie d'adulte.

En effet, pour être assurées dans la durée, l'insertion sociale et professionnelle, l'autonomie dans la vie quotidienne requièrent un apprentissage progressif et un étayage personnalisé et adapté.

L'ensemble des établissements médico-sociaux doit mettre en place une équipe ou un service d'insertion sociale et professionnel afin de les accompagner dans l'acquisition d'une qualification ou d'un emploi mais également dans les différents aspects de la vie sociale (insertion dans le logement, démarches administratives, organisation des loisirs, vie de couple et sexuelle...).

➤ **"Développer une offre d'hébergement autonome pour des jeunes afin de soutenir leur accès à l'autonomie et faciliter la sortie de l'établissement" (fiche 4)**

A la sortie, se loger constitue une étape déterminante pour l'insertion et nécessite, pour les jeunes en difficulté, le maintien d'un accompagnement à la vie autonome, ces difficultés étant souvent aggravées par l'absence ou l'insuffisance de ressources et la tension du marché locatif.

Pour ce faire, les établissements doivent mobiliser une offre de logements (individuels ou partagés) auprès de bailleurs publics ou privés, afin de permettre aux jeunes d'expérimenter une vie autonome, d'accéder au bassin d'emploi, tout en continuant à bénéficier transitoirement d'un accompagnement global.

➤ **"Développer les compétences des professionnels des établissements en matière d'orientation professionnelle des jeunes" (fiche 5)**

La multiplicité des dispositifs d'accès à l'emploi des jeunes, la spécificité des dispositifs d'insertion pour les personnes handicapées, la nécessaire connaissance des réseaux de l'insertion professionnelle et de l'emploi, requièrent la mise en œuvre de compétences spécifiques de la part des professionnels accompagnant les jeunes en situation de handicap vers la formation et l'emploi.

Des formations destinées aux professionnels attachés à ces missions devront être mises en place avec l'appui notamment du PDI-TH (Plan départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés) et du Schéma Régional pour la formation professionnelle des personnes handicapées.

3.1.2 - Assurer l'accompagnement et les soins des enfants les plus en difficulté.

Les travaux de réflexion du schéma ont mis en évidence les difficultés rencontrées par les établissements pour assurer l'accompagnement et les soins des enfants et des adolescents présentant des « handicaps lourds » ou complexes ou associant plusieurs formes de handicap. En effet, leur prise en charge requiert des compétences techniques relevant de plusieurs champs, notamment médico-social et sanitaire, ou de plusieurs acteurs d'un même champ.

➤ " Développer l'adaptation des établissements" (fiche 6)

Les établissements médico-sociaux sont appelés à adapter leurs missions et leur mode d'organisation et de fonctionnement aux besoins locaux pour organiser une prise en charge globale des enfants et adolescents présentant des handicaps lourds, complexes ou associés (élargissement de l'autorisation, renforcement des compétences...).

Cette adaptation des établissements nécessite une réflexion

- en interne sur l'évolution des compétences, des modalités d'intervention, voire une spécialisation des équipes,
- avec les partenaires extérieurs : les établissements médico-sociaux, les services sanitaires (notamment de psychiatrie infanto-juvénile) et les services sociaux...

Pour organiser ce travail de réflexion, la DDASS animera des réunions thématiques sur les territoires concernés.

➤ " Développer et formaliser les partenariats" (fiche 7)

Il est également nécessaire de développer et formaliser des partenariats, sur un territoire donné, entre les différentes structures médico-sociales d'une part et avec les services concernés du champ sanitaire (inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile, pédiatrie notamment ...) d'autre part. La concertation et la coopération entre les acteurs doivent favoriser la mutualisation de compétences, parvenir à un niveau de spécialisation, coordonner les complémentarités et la continuité des accueils entre les différentes structures, pour assurer une réponse globale à l'enfant et à sa famille.

Le pilotage et la coordination seront assurés sur les différents territoires par la DDASS avec les partenaires locaux concernés, en liaison avec la MDPH.

3.1.3 - Garantir des modalités d'accueil diversifiées et continues

➤ "Développer les lieux d'accueil temporaire spécialisés pour assurer la continuité des prises en charge" (fiche 8)

Afin de permettre la continuité du travail engagé par les établissements et prévenir les ruptures, les associations et les établissements ont souvent besoin de relais:

- lors des week-end, des vacances, des périodes de fermeture d'établissements,
- lors de périodes de tension trop forte : besoin de répit, ou de « rupture » dans des situations où les relations deviennent trop conflictuelles et risquent de compromettre les projets à plus long terme.

Les lieux d'accueil temporaire doivent permettre des prises en charge diversifiées et souples qui assurent une continuité 24h/24h et qui présentent les caractéristiques techniques et les compétences adaptées à l'accompagnement des enfants et/ou adolescents handicapés. La capacité de ces lieux doit être restreinte afin de permettre l'accueil de situations complexes.

La prise en charge temporaire est un élément à part entière du projet individuel et du contrat de séjour, élaboré avec la famille, revu et actualisé autant que de besoin.

Pour assurer la cohérence de l'ensemble du dispositif, les modalités de coopération entre les établissements d'origine des jeunes et la structure d'accueil temporaire seront formalisées dans le cadre d'une convention.

➤ "Créer des places d'accueil d'urgence spécialisées" (fiche 9)

Les établissements médico-sociaux, hospitaliers et les services de l'Aide Sociale à l'Enfance se trouvent confrontés à des situations imprévues qui nécessitent un accueil en urgence pour des enfants handicapés, quelle que soit la nature du handicap. Aujourd'hui, ces situations ne trouvent pas de réponse satisfaisante.

L'accueil en urgence de jeunes handicapés doit répondre à des événements critiques qui exigent une écoute, un apaisement, une dédramatisation, l'évaluation de la situation et l'élaboration d'une indication/orientation adaptée. Ce type d'accueil nécessite un décloisonnement des filières (sanitaires, médico-sociale, protection de l'enfance) afin de favoriser les coopérations et prendre en compte, en urgence, les situations atypiques.

S'agissant d'une question complexe, un cahier des charges spécifique sera élaboré avec les partenaires concernés avec l'objectif d'une ouverture 365j/365, 24h/24, pour une capacité restreinte et une durée d'accueil limitée.

3.2 - Une stratégie locale de planification

Le présent chapitre présente l'évolution souhaitée des équipements pour les 5 prochaines années dans chacun des territoires du département de la GIRONDE.

Ces orientations territorialisées (par pays), établies à partir des équipements existants (chapitre 1), reposent sur l'approche des besoins telle qu'elle a été exposée précédemment (chapitre 2). Elles tiennent compte également des projets ayant reçu un avis favorable du CROSMS avant décembre 2006 et non mis en service avant l'adoption du schéma.

3.2.1 - Les équipements accueillant des enfants et adolescents déficients intellectuels

La planification des équipements tient compte d'un taux d'équipement inférieur au taux national et de l'approche des besoins issus des informations détenues par la CDES qui mettent en évidence un besoin de places en IME.

Pour ces raisons, et au regard des difficultés importantes d'admission des enfants présentant les handicaps les plus sévères, notamment les troubles autistiques, il est recherché un accroissement des possibilités de prises en charge pour ces jeunes par une spécialisation et une adaptation de l'organisation des IME (sous la forme d'unités).

En revanche, pour les déficients les plus légers, la scolarisation en milieu ordinaire, avec le soutien et l'accompagnement d'un SESSAD et en étroite liaison avec l'Education nationale, doit être privilégiée à un accueil en semi-internat.

Dans cette perspective, les redéploiements correspondants sont encouragés.

Globalement les capacités d'internat doivent être conservées pour tenir compte des situations familiales difficiles et de l'accueil de jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance, avec l'objectif de disposer sur le département d'unités fonctionnant en permanence (365 jours / 365).

Planification pour les établissements et services accueillant des déficients intellectuels									
Pays	Nb jeunes 0-19 ans	Equipement	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Evolutions en cours		Orientations
							Projets financés à installer	Projets non financés en attente d'autorisation	
Bassin d'Arcachon	27119	Capacité	30	40	0	70			Taux d'équipement faible ; Besoins couverts en partie par les équipements du territoire de la CUB ; Inciter à une délocalisation de places d'IME sur ce territoire
		Ratio	1,11	1,47		2,58			
Bordeaux	161796	Capacité	155	266	124	545	IME Pierre Delmas : 6 places en section plurihandicap	IME Saint François Xavier (20 places dont 8 internat) ; IME La Forêt (10 places) SESSAD Geist 21 (40 places sur département)	Equipement globalement satisfaisant en prenant en compte les projets précités ; Satisfaction des besoins de la Rive Droite par les équipements sis sur les territoires à proximité (Cœur Entre-Deux-Mers et Libournais) mais pas d'offre suffisante sur la tranche d'âge des 6-12 ans ; Besoins à couvrir en SESSAD par délocalisation sur la Rive Droite en redéploiement du Libournais
		Ratio	0,96	1,64	0,77	3,37			
Entre-Deux-Mers	21628	Capacité	0	155	0	155			Equipement satisfaisant mais nécessité d'abaisser les tranches d'âge et de favoriser la formation et l'insertion professionnelle par le développement de services de suivi pour les + 16 ans, par redéploiement de semi-internat.
		Ratio	0,00	7,17	0,00	7,17			
Graves et Landes de Cernès	18425		0			0			Besoins couverts par les équipements des territoires voisins
Haute Gironde	17103	Capacité	16	59	20	95			Besoins globalement satisfaits mais territoire à couvrir en SESSAD par redéploiement
		Ratio	0,90	3,32	1,12	5,34			
Landes de Gascogne et Haut-Entre-Deux-Mers	8971	Capacité	25	30	0	55	IME Ch. Les Massiots (20 places : 5 en internat et 15 en semi-internat)		Besoins en partie couverts par les équipements des territoires voisins. Nécessité de rapprocher ce pays du canton de Saint Symphorien et des pays Rives de Garonne et Haut Entre-Deux-Mers pour couvrir les besoins. Un internat pour handicapés lourds associés, ouvert 365 jours avec accueil temporaire et accueil de jour, est à prévoir soit en appui de l'existant, soit par création.
		Ratio	2,79	3,34	0,00	6,13			
Libournais	28277	Capacité	109	185	52	346			Equipement très suffisant qui répond largement aux besoins du pays ; Nécessité du maintien des places d'internat avec orientation vers la déficience lourde et ouverture d'une unité 365 jours, avec accueil temporaire et accueil d'urgence (10 à 12 places) Développer les places de SESSAD y compris vers d'autres territoires (Haute Gironde, Rive Droite)
		Ratio	3,85	6,54	1,84	12,24			
Médoc	21121	Capacité	24	120	0	144	IMP Beaulieu (SESSAD de 12 places sur Pauillac par redéploiement de SI)		Equipement globalement satisfaisant SESSAD à développer par redéploiement Besoins également couverts par les équipements de la CUB
		Ratio	1,14	5,68	0,00	6,82			
Rives de Garonne	10048	Capacité	0	0	0	0	IME de St Macaire (15 places)		Besoins en partie couverts par les équipements des territoires voisins. La création de places pour enfants autistes répondra aux besoins de ce territoire et des territoires voisins, pour ce handicap.
		Ratio							

3.2.2 - Les équipements accueillant des jeunes souffrant 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.

Planification pour les établissements et services accueillant des enfants présentant des troubles du comportement

Pays	Nb jeunes 0-19 ans	Equipement	Internat	Semi-internat	SESSAD	TOTAL	Evolutions en cours		Orientations
							Projets financés à installer	Projets non financés à autoriser	
Bassin d'Arcachon	27119	Capacité	15	20	0	35			Développement de la couverture du bassin en SESSAD par redéploiement des capacités de l'agglomération bordelaise et création d'un CMPP
		Ratio	0,55	0,74	0,00	1,29			
Bordeaux	161796	Capacité	295	518	132	945	-10 internat + 15 SESSAD (11-17 ans) -6 semi-internat + 20 SESSAD (16-20 ans)		Redéploiement sur le bassin d'Arcachon de capacités de semi-internat ; Spécialisation d'une unité fonctionnant 365 jours, avec places d'accueil d'urgence et places d'accueil temporaire (10 à 12 au total) sur 1 ou 2 sites ayant déjà des liens avec le secteur sanitaire ; Evolution des semi-internats vers des SESSAD à envisager
		Ratio	1,82	3,20	0,82	5,84			
Entre-Deux-Mers	21628	Capacité	22	26	13	61			Evolution des capacités en SESSAD à proposer par redéploiement
		Ratio	1,02	1,20	0,60	2,82			
Graves et Landes de Cernès	18425	Capacité	70	35	0	105			Equipement globalement satisfaisant mais prévoir une évolution en SESSAD par redéploiement
		Ratio	3,80	1,90	0,00	5,90			
Haute Gironde	17103	Capacité	0	0	8	8		Extension 4 places de SESSAD	Besoins satisfaits par les équipements de l'agglomération bordelaise Développement des capacités en SESSAD sur le territoire par redéploiement des équipements des territoires à proximité.
		Ratio	0,00	0,00	0,47	0,47			
Landes de Gascogne et Haut Entre-Deux-Mers	8971		0	0	0	0	Antenne de SESSAD à Pellegrue		Pas d'équipement . Besoins en partie couverts par les équipements des territoires à proximité ; Développement de places de SESSAD à envisager par redéploiement à partir de ces territoires.
Libournais	31389	Capacité	36	39	15	90			Equipement à accroître en SESSAD par redéploiement des capacités de semi-internat
		Ratio	1,15	1,24	0,48	2,87			
Médoc	19027	Capacité	0	0	10	10			Equipement existant à valoriser ; Satisfaction des besoins par les équipements des territoires limitrophes (CUB) ; équipement en SESSAD à développer
		Ratio	0,00	0,00	0,53	0,53			
Rives de Garonne	10048	Capacité	17	41	12	70			Equipement à réorganiser en SESSAD par redéploiement pour couvrir les cantons et pays à proximité (dont Saint Symphorien).
		Ratio	1,62	3,91	1,14	6,67			

3.2.3. Les équipements accueillant des enfants et adolescents handicapés moteurs

L'équipement girondin, important au regard des taux d'équipement aquitain et national, comporte deux établissements à recrutement extra départemental, voire national :

- l'IEM d'Eysines, grâce à l'existence d'un internat de 70 places, permet d'accompagner des jeunes handicapés en provenance des départements limitrophes (Charente, Charente Maritime notamment)
- l'IEM de Talence, assez spécifique, offre une possibilité d'accompagnement médico-social à des jeunes handicapés moteurs poursuivant un cursus universitaire.

L'enquête CDES fait apparaître au 31.12.2005, une liste d'attente de 21 enfants dont 17 en attente de places de SESSAD. Cependant, le nombre de jeunes maintenus en établissement au titre de l'amendement CRETON est d'au moins 19.

L'équipement, concentré sur l'agglomération bordelaise, répond aux besoins de tout le département, selon un découpage correspondant au cours de la Garonne (rive droite / rive gauche) et dans un abord nord / sud du département. En effet, compte tenu des plateaux techniques nécessaires à un accompagnement en établissement, il n'est pas envisageable de modifier leurs implantations. Aussi, la priorité est donnée au développement du soutien à la scolarisation en milieu ordinaire, avec une répartition territoriale des services qui permette de limiter les temps de déplacement.

Deux projets de création de SESSAD sont en cours d'autorisation :

- une extension du SESSAD de Cenon sur le Libournais,
- la création d'un SESSAD de 8 places implanté au Barp.

Ces premières évolutions de l'offre sont à accentuer au profit des territoires du Blayais et du Médoc, par redéploiement des capacités de semi-internat. Par ailleurs, des solutions d'accueil temporaire doivent émerger des projets d'établissement.

3.2.4 - Les équipements accueillant des enfants et adolescents présentant un polyhandicap

Cet équipement est déjà en cours d'évolution puisque :

- une extension de l'ESES de Tresses est proposée, avec création d'un jardin d'enfants de 8 places et l'installation d'un internat de 12 places ;
- une extension du SESSAD de Cenon est également envisagée vers le Libournais, en liaison avec l'extension du SESSAD pour handicapés moteurs ;
- une création d'un SESSAD de 12 places au Barp, en lien avec le SESSAD pour handicapés moteurs.

L'étude de besoins fait état au 31.12.2005, de 24 enfants et adolescents en attente de places, chiffre à corréliser avec les jeunes adultes maintenus en établissements et en attente de places en établissement d'adultes, qui dépasse 30 au 01.09.2005. Ainsi, l'équipement départemental est considéré comme suffisant mais il doit évoluer vers une diversification des modes d'accompagnement et une meilleure répartition départementale (avec une répartition géographique nord/sud et rive gauche/rive droite de la Garonne). Cette diversification doit s'effectuer par :

- l'installation de places d'accueil temporaire dans les établissements ;
- la mutualisation des moyens pour l'accueil en continu ;
- la création de quelques places de semi-internat dans le Sud Gironde.

3.2.5. Les établissements et services pour déficients sensoriels ¹²

L'équipement girondin pour les **déficients auditifs** répond à des besoins extra départementaux. L'évolution des prises en charge, la scolarisation en milieu ordinaire de plus en plus importante des enfants et adolescents conduisent à réduire et à adapter les modalités d'intervention.

Ainsi, les projets d'établissement des trois établissements qui couvrent les besoins du département sont en cours d'évolution :

- diminution des capacités ;
- spécialisation des capacités d'accueil pour les jeunes porteurs de handicaps associés à la surdité ;
- accroissement des places de SESSAD, avec une répartition territoriale améliorée.

Un projet en attente de financement concerne le CAL pour une extension de 22 places dont une part destinée à l'accompagnement d'enfants présentant des troubles du langage.

Pour autant, l'accueil continu des enfants et des adolescents les plus handicapés (notamment présentant des handicaps associés) doit trouver une solution au niveau du département, par la mutualisation des moyens et des compétences avec des services prenant en compte d'autres formes de handicaps.

S'agissant des structures destinées aux enfants et adolescents présentant **une déficience visuelle**, l'équipement girondin repose exclusivement sur un établissement, dont le projet d'établissement, en pleine évolution, prévoit une diminution de la capacité et une extension du SESSAD de 25 places.

Un effort particulier est demandé en termes d'organisation territoriale de l'offre et de coopération (par convention) avec les établissements et services du département ayant besoin d'interventions spécialisées.

3.2.6 - Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

Deux **CAMSP** existent aujourd'hui à vocation départementale : l'un polyvalent et l'autre audiolinguistique sont gérés par le CHRU de Bordeaux et implantés sur son site.

Or, l'amélioration de l'accès à un dépistage et à une prise en charge précoces nécessite à la fois, un accroissement des moyens mis en œuvre et une meilleure réponse territoriale. D'ores et déjà, une évolution des CAMSP est en cours avec un projet d'extension et de délocalisation de lieux de consultations et de suivi.

Le Blayais, le Langonnais, le Médoc et le Libournais constituent des secteurs prioritaires à desservir.

L'accompagnement précoce des enfants présentant des troubles doit être développé, ceux-ci retentissant sur leurs apprentissages scolaires. Les capacités d'accompagnement en **centres médico-psycho-pédagogiques**, insuffisantes, doivent être renforcées sur le département.

Les trois services existants sont installés sur l'agglomération bordelaise (Bordeaux, Cenon et Pessac), ce qui restreint considérablement leur champ d'intervention. Un effort particulier de délocalisation en direction du Médoc, du Libournais et du Bassin d'Arcachon est à réaliser.

¹² Ces orientations se feront en lien avec le schéma régional en faveur des jeunes sourds, en cours de finalisation sous le pilotage de la DRASS Aquitaine.

4. Le suivi du schéma

Le comité de suivi départemental

Afin d'assurer un suivi des orientations, dans un souci de continuité de la concertation engagée par ce schéma, un **comité de suivi départemental** est mis en place.

Ce comité est également chargé d'élaborer une procédure d'évaluation des actions mises en œuvre, au regard des orientations arrêtées, tant au niveau qualitatif que quantitatif.

La méthodologie choisie devra permettre d'associer les différents acteurs, notamment :

- les partenaires locaux dont les actions s'inscrivent sur les territoires.
- les jeunes et leur famille notamment par l'intermédiaire des remontées des « Conseils de la vie sociale ».

Ainsi le comité de suivi s'assurera de :

- la mise en œuvre des préconisations proposées dans les fiches actions, en examinant les difficultés rencontrées et les obstacles à leur réalisation.
- l'état d'avancement des évolutions souhaitées et de la réalisation des équipements envisagés.
- l'accompagnement des professionnels dans toutes ces évolutions notamment par la formation professionnelle, la mise en place de groupes de travail/réflexions...
- la coordination effective, de la constitution de réseaux opérationnels sur les territoires concernés et de la cohérence territoriale.

La composition du Comité de suivi :

Pilotage : DDASS

Partenaires : des représentants du Conseil Général, de l'Education Nationale, de la MDPH, des associations/établissement, des services médico-sociaux, du secteur sanitaire/psychiatrique, de la PJJ, des parents.

Une commission de concertation spécifique

Dans le cadre du comité de suivi, **une commission de concertation spécifique** est constituée au niveau départemental pour analyser et traiter, en dernier recours, des situations individuelles très complexes ou des problématiques particulières, pour lesquelles aucune réponse pertinente ne peut être construite par les acteurs de proximité sur le territoire concerné.

La commission de concertation spécifique constituée par le comité de suivi comprendra des membres permanents (DDASS, Conseil Général, MDPH, Education Nationale, PJJ) et des membres invités en fonction des situations évoquées et de leur ancrage territorial.

Annexes

TABLEAU DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DU SCHEMA (2007-2011)
VOLET ENFANCE HANDICAPEE

Type d'établissements et services	Coûts estimatifs	Financement par redéploiement	août-06
			Financement par des ressources nouvelles sur le PRIAC ou sur l'enveloppe départementale
Instituts médico-éducatifs (IME)			
Etablissements	2 528 000		2 528 000
SESSAD	2 349 000	751 000	1 598 000
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)			
SESSAD	789 000	544 000	245 000
Etablissements pour handicapés moteurs et polyhandicapés			
Etablissements	1 340 000		1 340 000
SESSAD	980 000		980 000
Etablissements pour déficients sensoriels			
SESSAD	574 000	574 000	
Fonctionnement 365/365/accueil temporaire/séjour rupture	906 000	302 000	604 000
Création de places d'accueil d'urgence	242 000		242 000
CMPP	612 000		612 000
CAMSP	518 000		518 000
TOTAUX	10 838 000	2 171 000	8 667 000

Ce tableau présente à titre indicatif les coûts estimatifs (en valeur 2006) et le financement des principales évolutions prévues au schéma (créations ou extension de places nouvelles, reconversions, mesures d'adaptation,,,))

FICHE ACTION 1

Elaborer un outil d'analyse des besoins, des ressources et de leur évolution en matière d'accompagnement de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et jeunes handicapés.

1- Problématique

Objectif : explorer les « zones d'ombre » : celles où les établissements scolaires sont isolés, où des communes sont en difficultés face à ces situations, où le dépistage est insuffisamment assuré, où l'équipement (médico-social mais aussi sanitaire) est restreint, afin de repérer les besoins des usagers (égalité des droits et des chances sur l'ensemble du territoire départemental) et de déterminer les réponses adaptées.

Cette étude consistera sur un territoire donné en une approche croisée des indicateurs et des informations disponibles de l'Education nationale, du secteur médico-social et de santé publique. Ses résultats pourront donner lieu à un appel à projets.

Territoires concernés : le nord Blayais, les landes girondines, le nord Médoc, le bassin d'Arcachon, le sud-bassin.

Cette étude géographique prendra en compte la diversité des handicaps.

2- Pilotage - Partenariat

Pilotage : Education Nationale, DDASS, CDCPH.

Partenariat : acteurs publics et privés concernés (MDPH, collectivités territoriales, administrations, élus, associations...).

3- Modalités de mise en œuvre

Construction de l'outil : choix méthodologiques (indicateurs, territoires étudiés, tableaux de bord à renseigner...)

Répartition des tâches entre les acteurs associés à l'étude ;

Définition d'un calendrier ;

Réalisation de l'étude,

Publication des résultats, Annonce des suites à donner.

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Les ressources en terme d'équipement,

Les ressources en terme de réponses spécifiques ou innovantes,

Les types de besoins,

Les différents territoires étudiés.

Modalités d'évaluation :

Evaluations périodiques de l'action dans le cadre du suivi du schéma ;

Restitutions intermédiaires aux partenaires en cours d'étude.

5- Calendrier de réalisation

Action permanente.

Mise en œuvre au 1er trimestre 2007

FICHE ACTION 2

Mettre en place les modalités d'un accompagnement favorisant la scolarisation en milieu ordinaire.

1- Problématique

L'accompagnement de la scolarisation d'enfants ou d'adolescents handicapés en milieu ordinaire nécessite un certain nombre de conditions afin que celui-ci soit profitable aux usagers.

Ces conditions, qui concernent autant le contexte (ressources, partenaires) que la prise en compte des besoins, ressources et handicaps des jeunes ainsi que les choix des familles, impliquent des pratiques adaptées de la part des différents acteurs concernés.

A partir de l'analyse du contexte et des expériences connues des services et établissements médico-sociaux, des écoles ou établissements scolaires, des recommandations de pratiques adaptées doivent être proposées et soutenues dans le cadre d'une orientation générale du schéma.

2- Pilotage - Promoteurs - Partenariat

Pilotage : cahier des charges et recommandations portés par la DDASS et l'Education Nationale.

Promoteurs : ensemble des dispositifs de scolarisation des élèves handicapés : services et établissements de l'Education Nationale et du secteur médico-social.

Partenaires : autres acteurs associés à ces interventions : associations d'usagers, de parents, collectivités territoriales, secteur sanitaire, MDPH.

3- Modalités de mise en œuvre

Elaboration par un groupe de travail d'un guide de pratiques adaptées : informations et recommandations (DDASS, Education nationale, associations et établissements médico-sociaux).

Publication, échanges entre partenaires locaux, sensibilisation générale des acteurs, information des familles.

Elaboration de modèles, protocoles, de conventions locales adaptées aux acteurs et aux situations (valorisations des expériences dans des contextes donnés).

4- Contenu des recommandations

L'accompagnement de la scolarisation doit, notamment relever de procédures souples et diversifiées ...adaptées au projet individuel de l'utilisateur,

...comme aux ressources et moyens locaux des acteurs (diversification des modalités de coopérations)...

...afin de permettre des scolarisations modulées...

...des modalités de travail en concertation,

... laissant aux intervenants des possibilités de réflexion, de modifications, de progression autant que de répit dans les situations complexes...

...afin d'éviter des réponses en « tout ou rien »...

et de favoriser, selon les contextes, une diversité de réponses.

L'accompagnement de la scolarisation ne saurait s'improviser ; cependant, le cadre indispensable d'une convention formelle (qui fait quoi ?) n'est pas synonyme de rigidité ni d'absence d'évaluations régulières entre les partenaires.

Cette liste n'est pas exhaustive. Les expériences locales devront être repérées et analysées par le groupe de travail .

5- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Nombre de guides diffusés,

Indice de satisfaction des usagers,

Indice de l'utilisation du guide,

Nombre de jeunes scolarisés, d'établissements ou d'équipes pédagogiques engagées dans ce travail.

Modalités d'évaluation :

Réalisation de bilans internes périodiques au sein des institutions partenaires : Education nationale, établissements médico-sociaux, DDASS.

6- Calendrier de réalisation

Mise en place du groupe de travail au 4^{ème} trimestre 2006

Publication du guide au 4^{ème} trimestre 2007

Evaluation de l'impact : 2008-2011.

FICHE ACTION 3

Développer la création de Services d'insertion sociale et professionnelle vers le milieu ordinaire.

1- Problématique

Public : adolescents et jeunes majeurs , de 16 à 21 ans,
...issus de l'établissement et ceux orientés par la CDA,
...domiciliés dans l'arrondissement géographique de proximité,
...dont les aptitudes ont été appréciées dans le cadre d'une indication spécifique (critères définis),

Contexte : sortie d'un parcours de prise en charge sociale ou médico-sociale (IME, ITEP, MECS), par le support d'un accompagnement global centré sur la formation.

Fonctionnement : accompagnement personnalisé de jeunes à leur domicile (ambulatoire), ou hébergés dans une autre structure si besoin.

Le service peut aussi avoir une vocation départementale.

Les jeunes pris en charge par ce service sont :

- soit des jeunes déficients intellectuels (IME, IMPro),
- soit des jeunes présentant des troubles du comportement (ITEP),

... pour lesquels le passage du secteur médico-social au milieu de vie ordinaire nécessite une transition et un accompagnement global adéquats;

... dont le projet est l'insertion professionnelle et sociale en milieu ordinaire.

Il s'agit de les accompagner vers la qualification, vers l'emploi, vers l'autonomie sociale.

Cet accompagnement nécessite l'intervention spécifique d'une équipe constituée à cet effet (qualifications, pluri-professionnelle, ressources et réseau de partenaires), service doté d'un budget propre.

2- Objectifs

Anticiper la démarche d'insertion et proposer des stages en entreprises, la découverte des métiers, l'orientation et la confirmation du projet professionnel.

Repérer les contraintes en emploi, aider à l'acceptation du handicap, accompagner vers la demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Développer des projets de mutualisation inter-établissements médico-sociaux.

Développer des partenariats : CFA, Cap-emploi, ANPE, Mission locale, organismes de formation, d'appui,...

Accompagner le jeune après la signature du 1^{er} contrat.

Proposer une médiation pour faciliter la prise en compte des contraintes du handicap en milieu du travail.

Assurer un accompagnement éducatif et social global

3- Pilotage Promoteurs Partenariat

Pilotage : DDASS.

Promoteurs : tout établissement médico-social

Partenariat : sur mesure, selon le projet individualisé : mission locale, ANPE, GEIQ, CFA, lycée professionnel, employeurs...

4- Modalités de mise en œuvre

Institutionnelles : deux modalités peuvent présider à la création du service :

- la création d'une équipe spécifique, au sein de l'établissement (structuration dans le cadre du projet d'établissement),
- la création d'un service médico-social indépendant, faisant l'objet d'une autorisation, après avis du CROSMS. Ce service peut, ou non, être adossé à un établissement médico-social.

Dans les deux cas, le service élabore **un projet de service** spécialisé particulier.

Le projet du service définit une zone territoriale de compétence (département ou zone locale de proximité).

Indication : les usagers présentent des conditions d'admission qui prennent en compte un certain nombre de critères sociaux, cliniques et professionnels (évaluation des aptitudes et de la motivation, implication de la famille).

Capacité du service : 10-15 places.

L'orientation relève de la CDAPH.

5- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

- Pour les usagers : Grilles d'évaluation des compétences,
indices de satisfaction (usagers, familles)
indices du devenir à moyen terme et de l'insertion du jeune,
- Pour les services : services engagés dans ce projet,
nombre de jeunes concernés,
conventions partenariales mises en oeuvre.

Modalités d'évaluation :

- Pour l'utilisateur : élaboration et évaluations régulières du projet individualisé ;
- Pour le service : évaluation interne et externe.
Eventuellement : évaluation du statut expérimental du service.

6- Calendrier de réalisation

1^{er} semestre 2007.

FICHE ACTION 4

Développer une offre d'hébergement autonome pour des jeunes afin de soutenir leur accès à l'autonomie (et faciliter la sortie de l'établissement)

1- Problématique

Deux arguments soutiennent cette action :

- l'autonomie du jeune ne se repère jamais autant que lorsqu'il est en situation de l'expérimenter, surtout après un séjour plus ou moins long en établissement médico-social. Or c'est justement cette expérience-là qui a besoin d'être accompagnée.
- d'un point de vue pratique la ressource en lieux d'hébergement pour des jeunes en recherche d'insertion est indispensable pour l'accompagnement d'un certain nombre d'entre eux.

Public concerné : jeunes sans emploi ou en apprentissage, dont le soutien familial est modeste (ou lui-même en difficulté).

2- Pilotage Promoteurs Partenariat

Pilotage : DDASS

Promoteur : association, établissement médico-social.

Partenaires : Conseil général (DSG), bailleurs, services sociaux, d'aide au logement...

3- Modalité de mise en œuvre

L'objectif premier est de créer les conditions favorisant la mise en situation des jeunes afin d'expérimenter la vie autonome, l'accès au bassin d'emploi (sortir de l'isolement). Le second est de continuer de bénéficier, pendant une période de transition, d'un accompagnement éducatif global.

L'action consistera à faciliter l'accession au logement, de garantir celui-ci vis à vis du bailleur, de contractualiser avec le jeune – pour une période donnée - un projet d'accompagnement à son insertion sociale et professionnelle :

- mise en situation,
- évaluation des apprentissages,
- expérimentation de leur autonomie dans les compétences et aptitudes sociales.

Concrètement, cette action peut recourir à la mise à disposition de logements individuels ou de logements partagés, soit gérés par un bailleur privé ou public, soit gérés par un établissement médico-social au profit de ces jeunes.

Le promoteur est un service ou établissement médico-social.

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Projets individuels des jeunes.

Conventions de locations avec les bailleurs.

Durée des séjours.

Projets d'insertion ultérieure des jeunes : critères qualité de cette insertion.

Modalités d'évaluation :

Rapport d'activité de la structure ou du service.

Bilans périodiques de la pertinence du projet, entre pilotes et promoteurs, au regard des orientations du schéma sur ce thème.

5- Calendrier de réalisation

Service à encourager sans délai.

FICHE ACTION 5

Développer les compétences des professionnels des établissements en matière d'orientation professionnelle des jeunes :
- formation pré-professionnelle,
- découverte des métiers,
- intégration au sein des dispositifs de droit commun

1- Problématique

Les résultats des enquêtes CREAHI (projections de sortie à court terme et offre de services des structures) font apparaître :

- un fort taux de sortie souhaitée vers les IMPRO,
- des difficultés de sortie des jeunes à l'âge adulte vers le dispositif médico-social et le milieu ordinaire.

La préoccupation des établissements en matière de préparation à la vie professionnelle se traduit essentiellement par des stages « découverte » ou « d'initiation professionnelle », les expériences étant très diverses selon les établissements qui ont pu développer aptitudes, compétences et réseau. Un accompagnement des professionnels dans cette démarche paraît nécessaire.

2- Pilotage Promoteurs Partenariat

Pilotage : DDASS

Promoteur : Associations - établissements

Partenariat : Education Nationale, IRTS, Conseil Régional, PDITH, Schéma régional pour la formation professionnelle des personnes handicapées, MDPH, Conseil Général, Missions locales.

3- Modalité de mise en œuvre

Faire évoluer les projets d'établissements concernant l'organisation de la formation pré-professionnelle et professionnelle des jeunes ;

Mettre en place un groupe de travail, avec l'IRTS et des établissements, ayant pour mission de développer cette question dans les programmes des formations initiales et continues ;

Mobiliser le PDITH dans des actions de sensibilisation des professionnels des établissements.

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

- plan de formation des établissements : nombre d'actions inscrites sur cette thématique ;
- données qualitatives et quantitatives sur les sorties et les projets de sortie ;
- nombre d'actions menées par le PDITH dans les établissements

Modalités d'évaluation :

- communication annuelle des plans de formation par les établissements ;
- courrier adressé aux établissements demandant éléments du projet de sortie par jeune ;

5- Calendrier de réalisation

1er semestre 2007

Précisions complémentaires relatives à la préparation de la sortie d'établissement

La sortie du dispositif médico-social, pour les grands adolescents, est une évolution qui se prépare au cours de la prise en charge.

Cette préparation est à envisager à différents niveaux, notamment :

a) L'anticipation de l'autonomie dans la vie quotidienne est un élément majeur de l'action éducative. Elle implique notamment, une préparation à l'indépendance (hors cadre protecteur de l'établissement), à la gestion ordinaire des relations administratives courantes, à l'exercice de la citoyenneté, à la vie conjugale, à la parentalité, à la vie sexuelle adulte. La place des tutelles, lorsqu'elles existent, doit être définie en relation avec les aptitudes du jeune.

b) La reconnaissance du statut de personne handicapée est aussi à travailler : est-elle nécessaire (au moins temporairement), en quoi apporte-t-elle un soutien et une aide dans les réseaux de l'insertion (hébergement, emploi) ? Le jeune, ses parents et les professionnels sont souvent partagés sur cette question. Elle doit être abordée sans excès *d'a priori* idéologiques, mais avec pragmatisme et en fonction *d'une évaluation rationnelle des aptitudes du jeune* à assumer une vie sociale ordinaire. Il a été rappelé que le recours au statut de "travailleur handicapé" peut être une étape utile temporaire afin d'engager une insertion professionnelle.

c) Annonce du handicap et accompagnement de l'annonce du handicap.

La période de sortie de l'établissement est souvent un moment où le jeune et ses parents se retrouvent confrontés au handicap : a-t-il été parlé, comment, qu'en ont-ils compris, peuvent-ils l'admettre ? La préparation de ce moment mérite donc d'être anticipée dans le travail clinique avec le jeune et sa famille, c'est une étape de re-mobilisation des acteurs sur cette question. Cette approche renvoie aux évaluations périodiques des difficultés de l'enfant, à leur rigueur, à ce qui en a été transmis et ce avec quoi, le jeune et ses parents **vont devoir faire face aux contraintes de la réalité sociale externe.**

FICHE ACTION 6

Développer l'adaptation des établissements

1- Problématique

Le vocable « handicaps lourds » traduit la complexité des situations d'enfants ou d'adolescents associant plusieurs formes de handicap. Leur prise en charge requiert des compétences techniques relevant de plusieurs champs, notamment médico-social et sanitaire, ou de plusieurs acteurs d'un même champ. Ce fait rend inopérant le principe d'une indication et d'une prise en charge uniques.

Les établissements et services médico-sociaux doivent adapter leur projet et leurs compétences pour assurer une réponse adaptée et globale aux besoins de ces enfants et adolescents. Cette obligation d'adaptation aux besoins se refléchit :

- au sein des établissements et services, en équipe afin que toutes les fonctions soient mobilisées sur les évolutions de compétences, d'actions ou de méthodes à mettre en œuvre ;
- avec les services extérieurs de proximité : les établissements et services médico-sociaux au premier plan, les services sanitaires (médecins libéraux, rééducateurs libéraux, médecins hospitaliers, équipements hospitaliers généraux ou spécialisés notamment en psychiatrie infanto-juvénile), les services et équipements sociaux.

2- Pilotage - Promoteurs - Partenariat

Pilotage : DDASS

Promoteurs : associations gestionnaires et établissements et services médico-sociaux,

Partenaires : MDPH, associations, établissements de santé, Education nationale.

3- Modalités de mise en œuvre

- 1) Définir des territoires, par type de handicaps,
- 2) Recenser les moyens et les ressources par territoire, et estimer les besoins ;
- 3) Identifier les compétences soignantes des établissements médico-sociaux et les redéfinir si besoin, en adaptant les projets d'établissements et les autorisations à des prises en charge complexes ;
Ce travail s'effectuera par des réunions thématiques des acteurs sur un territoire donné.

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Nombre de réunions par territoire,

Nombre de projets d'établissements revus

Modalités d'évaluation :

Analyse périodique du dispositif lui-même : organisation, coordination, difficultés, innovations

Introduction de critères d'évaluation des réponses au dispositif dans les indicateurs de l'évaluation interne des services et établissements.

Bilan du comité de suivi du schéma, ajustement périodique de l'organisation (définition des territoires, analyse du rapport entre demandes et réponses...).

6- Calendrier

Mise en œuvre : 1er semestre 2007

FICHE ACTION 7

Développer et formaliser des partenariats

1- Problématique

La problématique commune sous-tendue par les situations dites de handicaps « lourds » tient à l'aspect complexe de ces situations qui associent divers types de handicaps. Elles requièrent des compétences techniques relevant de plusieurs champs, notamment médico-social et sanitaire.

L'une des réponses à cette question est de **développer et de formaliser les partenariats**, pour parvenir à un niveau de spécialisation et de globalité de prise en charge satisfaisant au regard des besoins des enfants et adolescents concernés. Ce partenariat peut associer des compétences médico-sociales et donc des établissements et services ayant des savoir-faire complémentaires. Il peut associer également des services sanitaires, en fonction des types de handicaps accueillis. Ce partenariat doit être particulièrement recherché avec les services des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

2- Pilotage - Promoteurs - Partenariat

Pilotage : DDASS

Promoteurs : associations-établissements et services médico-sociaux et établissements de santé,

Partenaires : MDPH, associations-établissements de santé, Education nationale.

3- Modalités de mise en œuvre

- 1) Demander à tous les établissements et services médico-sociaux de présenter l'accompagnement qu'ils réalisent avec les professionnels de santé et les autres établissements médico-sociaux situés sur un même territoire ou à proximité;
- 2) Inciter les services sanitaires (pédo-psychiatrie et services hospitaliers) à diffuser une information actualisée des services développés et des professionnels intervenants ;
- 3) Demander des conventions de partenariat à tous les établissements et services ;
- 4) En cas de difficulté particulière dans la définition des modalités de partenariat, réunions d'appui initiées par la DDASS avec les différents acteurs.

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Suivi de l'engagement des structures dans la démarche (nombre de conventions de partenariats signées) ;

Eléments d'activités partenariales retracés dans les rapports annuels : nombre d'enfants suivis en complémentarité, nombre de réunions d'échanges mises en place par chaque établissements ou service, thème et acteurs participants ;

Modalités d'évaluation :

Examen des projets d'établissements, contrôles et visites de conformité ;

Remontée des difficultés d'orientation ou de mise en œuvre de projet individuel par la MDPH, les familles ou les acteurs et analyse de ces difficultés avec les acteurs sous forme de réunions ;

Introduction de critères d'évaluation dans les indicateurs de l'évaluation interne des services et établissements ;

Analyse annuelle de l'évolution du dispositif d'accompagnement lors du bilan au comité de suivi, qui pourra décider de constituer une instance spécifique de concertation pour faire avancer le partenariat sur un territoire donné.

5- Calendrier

Mise en œuvre : 1^{er} semestre 2007.

FICHE ACTION 8

Développer des lieux d'accueil temporaire spécialisés pour assurer la continuité des prises en charge

- lors des week-end, des vacances, des période de fermeture d'établissements,
- lors de périodes de tension trop forte : besoin de répit, ou de « rupture » dans des situations où les relations deviennent trop conflictuelles et risquent de compromettre les projets à plus long terme.

Ces lieux sont des espaces de prise en charge qui prennent leur place dans la continuité (24h/24) de la mise en œuvre du projet individuel.

Ils présentent tous les caractères techniques et les compétences adaptés à l'accompagnement des enfants et/ou adolescents handicapés.

1- Problématique

Deux cas de figures se présentent :

- 1) il s'agit d'un besoin de repos, de détente, de loisir : week-end, vacances...
- 2) Les problèmes de comportement, la complexité de certains symptômes, le poids de certains handicaps associés produisent des moments de saturation et/ou de conflits, soit en famille, soit en établissements.

Ces événements compromettent alors la continuité du travail (ou de la vie familiale) et portent en germe le risque d'une interruption de l'accompagnement faute de solutions de répit ou de relais temporaires.

Ces moments relèvent néanmoins d'un travail spécifique, ils participent de la prise en charge spécialisée de ces situations, mais celui-ci ne peut se réaliser dans le même lieu. Une médiation est nécessaire afin de dédramatiser le conflit, d'apaiser le vécu de saturation, et de permettre de relancer les investissements des acteurs.

Le public concerné touche autant les jeunes présentant des problèmes de comportement, des troubles psychiques, des déficiences intellectuelles que ceux qui présentent un handicap moteur « lourd », et/ou des troubles associés.

2- Pilotage - Promoteurs - Partenariat

Pilotage : DDASS - Conseil général

Promoteur : Association , établissement médico-social

Partenaires : Lieux d'accueil spécialisés (établissement ou accueil familial), Conseil général (DSG), juge des enfants, familles et service les accompagnant.

3- Modalité de mise en œuvre

En préalable à cette mise en œuvre, il conviendra de recenser les lieux d'accueil existants au sein des établissements.

Le lieu d'accueil est un établissement médico-social spécialisé adapté aux types de handicaps qu'il accueille (ce n'est pas une orientation « par défaut »). Cette structure relèvera d'un cahier des charges élaboré en fonction des handicaps accueillis.

Ce cahier des charges sera établi en coopération avec les établissements partenaires, sous l'égide de la DDASS et du Conseil général.

Il peut s'agir d'une structure spécialement consacrée à ce projet ou d'une section d'établissement dont le projet est conçu à cette fin.

La prise en charge temporaire est un élément à part entière du projet individuel et du contrat de séjour, élaboré avec la famille, revu et actualisé autant que de besoin.

La capacité de cette structure est souhaitée restreinte afin de permettre l'accueil de situations, par définition complexes et dont les indications sont hétérogènes. Après définition du cahier des charges un appel à projets sera diffusé. **Les durées de séjours** peuvent également y être différentes d'un cas à un autre.

La coopération entre les établissements d'origine des jeunes et la structure d'accueil temporaire sera **formalisée dans le cadre d'une convention** (clarification des responsabilités, calendrier, évaluation, financement).

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Fréquentation des usagers : activité annuelle, types de demandes.
Origines des demandes et partenaires associés.

Modalités d'évaluation :

Bilans périodiques (annuels ?) des conventions de partenariat ;
Evaluation interne de la structure ;
Bilan périodique de cette action dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du schéma (pilotage DDASS/ Conseil général).

5- Calendrier de réalisation

1^{er} semestre 2007

FICHE ACTION 9

Créer des places d'accueil d'urgence spécialisées.

1- Problématique

Deux situations se présentent :

- Les établissements médico-sociaux et hospitaliers,
 - Les services du conseil général,
- se trouvent confrontés à des situations imprévues qui nécessitent un accueil en urgence pour des situations d'enfants handicapés pour lesquelles un accueil spécialisé est nécessaire.

Cette situation concerne la diversité des handicaps.

Aujourd'hui, ces situations sont accueillies sans les conditions de prise en charge adaptées.

Les modes de réponses à ces deux types de besoins sont à différencier.

2- Pilotage - Promoteurs - Partenariat

Pilotage : DDASS et Conseil général;

Promoteur : établissement médico-social et sanitaire ;

Partenaires : CRAM Aquitaine, services hospitaliers, PMI, Education nationale, juges des enfants.

3- Modalité de mise en œuvre

L'accueil d'urgence de jeunes handicapés requiert une compétence spécifique : elle s'exerce dans une temporalité particulière, répond à des événements critiques qui exigent : accueil, apaisement, dédramatisation, évaluation et élaboration d'une indication-orientation adaptée.

Dans ce cas, la structure répond à un cahier des charges qui lui est propre : ouverture 365j/365, 24h/24.

La capacité restreinte et la durée d'accueil limitée.

Les modalités d'accueil peuvent être résidentielles collectives et/ou s'appuyer sur un réseau d'assistants familiaux spécialisés.

Le plateau technique d'une équipe d'accueil d'urgence doit être spécialisé à cet effet.

La structure d'accueil d'urgence est en relations régulière avec la MDPH.

Elle se tient informée des possibilités d'admission dans les établissements médico-sociaux et hospitaliers, et prépare ses orientations en concertation avec eux.

4- Suivi et évaluation

Indicateurs de suivi :

Activité de la structure (effectifs, types de situations, origines des demandes) ;

Bilan annuel des orientations réalisées, des partenariats, des suites données.

Modalités d'évaluation :

Evaluation interne de la structure ;

Bilan périodique de cette action dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du schéma (pilotage DDASS/ Conseil général).

5- Calendrier de réalisation

1^{er} semestre 2007

Liste des sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AED	Action éducative à domicile
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (nouveau nom de l'AES)
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AMP	Aide médico-psychologique (profession médico-sociale)
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVS	Auxiliaire de vie scolaire (Education nationale)
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (service psychiatrique ambulatoire)
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (remplace CDES, COTOREP et SVA)
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CFA	Centre de formation pour apprentis
CLIS	Classe d'intégration scolaire (Education nationale)
CMP	Centre médico-psychologique (service psychiatrique ambulatoire)
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREAHI	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDPJ	Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRPJ	Direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse
EJE	Educateur de jeunes enfants (profession médico-sociale)
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail (nouveau nom des CAT)
FAM	Foyer d'accueil médicalisé (nouveau nom des FDT)
GEIQ	Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
IMP	Institut médico-pédagogique
IMPro	Institut médico-professionnel
IRTS	Institut régional du travail social
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (nouveau nom des IR)
LEA	Lycée d'enseignement adapté (nouveau nom des EREA ; Education nationale)
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDITH	Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PMI	Protection maternelle et infantile
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie
SAAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans)
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (pour les déficiences auditives et visuelles graves des enfants de 0 à 3 ans)
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté (Education nationale)
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SESSD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (pour les déficiences motrices)
SSAD	Service de soins et d'aide à domicile (pour le polyhandicap)
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans)
UPI	Unité pédagogique d'intégration (Education nationale)