



**CREAH d'Aquitaine**

# Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement en Dordogne



Etude réalisée pour la DRASS d'Aquitaine et  
la DDASS de la Dordogne

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



**Février 2008**

# **Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement en Dordogne**

Etude réalisée par Bénédicte MARABET et Loïc HIBON,  
Conseillers techniques au CREAHI d'Aquitaine

**Février 2008**

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b><u>1<sup>ère</sup> partie</u> : Les enfants et adolescents</b>	<b>6</b>
<b>Champ de l'enquête et taux de réponse</b>	<b>7</b>
<b>1. Estimation quantitative globale</b>	<b>7</b>
<b>2. Le cadre de prise en charge</b>	<b>8</b>
2.1 - Dans les services de pédopsychiatrie	8
2.2 - Dans le secteur médico-social	8
<b>3. Origine géographique</b>	<b>10</b>
<b>4. Structure par âge</b>	<b>10</b>
<b>5. L'autonomie</b>	<b>12</b>
<b>6. Diagnostic</b>	<b>14</b>
6.1 - Le diagnostic des jeunes suivis par la pédopsychiatrie	14
6.2 - Le diagnostic des jeunes suivis par le médico-social	15
<b>7. Les conditions de prise en charge dans le secteur médico-social</b>	<b>15</b>
7.1 - Les enfants pris en charge dans les CAMSP	15
7.2 - Les modalités d'accueil dans les structures médico-sociales	16
7.3 - La scolarisation	17
7.4 - Les prises en charge conjointes	18
7.5 - La durée des prises en charge	18
<b>8. Adéquation des prises en charge dans la pédopsychiatrie</b>	<b>19</b>
8.1 - Les modalités de prise en charge à faire évoluer	19
8.2 - Les besoins de prise en charge médico-sociale	19
<b>9. Adéquation des prises en charge dans le médico-social</b>	<b>21</b>
9.1 - Raisons des inadéquations	21
9.2 - Besoin de prises en charge complémentaires	22
9.3 - Besoin de réorientation des jeunes	22

<b><u>2<sup>ème</sup></u> partie : Les adultes</b>	<b>25</b>
<b>Champ de l'enquête et taux de réponse</b>	<b>26</b>
<b>1. Estimation quantitative globale</b>	<b>26</b>
<b>2. Le cadre de prise en charge</b>	<b>27</b>
2.1 - Dans les services de psychiatrie	27
2.2 - Dans le secteur médico-social	27
<b>3. Origine géographique</b>	<b>28</b>
<b>4. Structure par âge</b>	<b>28</b>
<b>5. L'autonomie</b>	<b>29</b>
<b>6. Diagnostic</b>	<b>30</b>
6.1 - Le diagnostic des adultes suivis par la psychiatrie	30
6.2 - Le diagnostic des adultes suivis par le médico-social	30
<b>7. Les conditions de prise en charge dans le secteur médico-social</b>	<b>31</b>
7.1 - Les modalités d'accueil dans les structures médico-sociales	31
7.2 - Les prises en charge conjointes	32
7.3 - Age à l'entrée et ancienneté des prises en charge	32
<b>8. Adéquation des prises en charge dans la psychiatrie</b>	<b>33</b>
8.1 - Les modalités de prise en charge à faire évoluer	33
8.2 - Les besoins de prise en charge médico-sociale	33
<b>9. Adéquation des prises en charge dans le médico-social</b>	<b>34</b>
9.1 - Raisons des inadéquations	34
9.2 - Besoin de prises en charge complémentaires et de réorientation	35
9.3 - Projection d'évolution de places selon les préconisations de la psychiatrie générale et du secteur médico-social	35
<b>Bibliographie</b>	<b>37</b>
<b>Annexes</b>	<b>38</b>

# Introduction

Dans la perspective de la révision du **Plan d'action régional sur l'autisme**, et en application de la circulaire du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement (TED – cf. encadré ci-dessous), la DRASS d'Aquitaine s'est engagée dans une **démarche d'évaluation des besoins en matière de prise en charge et d'accompagnement** de ce public, avec l'appui technique du CREAHI d'Aquitaine.

*Troubles envahissants du développement (TED), tels que définis dans la CIM 10 (Classification internationale des maladies – 10<sup>ème</sup> révision) rubrique F 84 : groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.*

*Cette terminologie "troubles envahissants du développement" est largement utilisée dans la circulaire du 8 mars 2005 (n° DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124) qui met ainsi en avant la nécessité de traiter non seulement l'autisme sous ses différentes formes mais aussi l'ensemble des troubles envahissants du développement : "en effet les caractéristiques et manifestations communes de ces troubles comme les besoins qu'ils suscitent justifient une approche globale sans que soit fixée une frontière que les nécessités de terrain ne rencontrent pas".*

Dans ce cadre, **une enquête régionale a été conduite** avec pour objectifs :

- ☞ un recensement des personnes atteintes de troubles envahissants du développement vivant en Aquitaine
- ☞ un repérage des modalités de mise en œuvre de la prise en charge dont elles bénéficient actuellement ainsi qu'une évaluation de son adéquation et des besoins éventuels en terme de prises en charge complémentaires ou de réorientations.

Le recueil des données a été réalisé par questionnaire et s'est déroulé en 2 temps :

- en juin-juillet 2005 : enquête exhaustive auprès des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, publics et privés, portant sur la file active 2004
- en février-avril 2006 : enquête auprès des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents (CAMSP, SESSAD, IME/IMP/IMPro, ITEP, IEM, établissements pour jeunes polyhandicapés, instituts d'éducation auditive et instituts d'éducation visuelle) et pour adultes (centre de rééducation et de formation professionnelle, ESAT, entreprises adaptées, foyers occupationnels, FAM et MAS).

Ces approches ont été complétées en février-avril 2006 par une consultation des commissions de circonscription de l'Education nationale (CCPE et CCSD) et des associations de parents pour repérer les situations de jeunes ou d'adultes sans prise en charge.

Ces enquêtes ont donné lieu à plusieurs publications présentant les résultats au niveau régional :

### ➔ 2 rapports

Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement dans les **services psychiatriques** en Aquitaine, avril 2006, 58 pages

*A télécharger sur le site de la DRASS :*

[http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/autisme\\_sanit.pdf](http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/autisme_sanit.pdf)

Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement dans le **secteur médico-social** en Aquitaine, décembre 2006, 95 pages

*A télécharger sur le site de la DRASS :*

[http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/ted\\_rapport\\_final.pdf](http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/ted_rapport_final.pdf)

### ➔ 2 Info-stat, périodique de la DRASS d'Aquitaine

*Info-Stat n°89 – décembre 2006*

Les **jeunes** atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement

*A télécharger sur le site de la DRASS:*

[http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/infostat\\_89.pdf](http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/infostat_89.pdf)

*Info-Stat n°90– décembre 2006*

Les **adultes** atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement

*A télécharger sur le site de la DRASS:*

[http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/infostat\\_90.pdf](http://www.aquitaine.sante.gouv.fr/download/infostat_90.pdf)

**L'ensemble des données présentées ici concernent le département de la Dordogne et sont mises en parallèle avec la situation régionale afin de dégager des particularités locales.**

**Ce rapport comporte une première partie consacrée aux enfants et adolescents et une seconde partie consacrée aux adultes.**

# 1<sup>ère</sup> partie

## Les enfants et adolescents

## Champ de l'enquête et taux de réponse

L'enquête réalisée par questionnaire a concerné :

- les 2 secteurs de pédopsychiatrie, qui ont tous les deux participé
- l'ensemble des structures médico-sociales pour enfants et adolescents en fonctionnement au jour de l'enquête (1er mars 2006), soit 22 structures. Le taux de réponses s'élève à plus de 86%. La mobilisation a été forte pour toutes les catégories d'établissements<sup>1</sup>. Ce taux est supérieur à la moyenne régionale déjà très satisfaisante (82%). *Une relance téléphonique a été réalisée auprès des structures non répondantes et il s'est avéré, qu'en Dordogne, aucune d'elles ne suivait au moment de l'enquête de jeunes présentant des troubles envahissants du développement.*

Par ailleurs, les jeunes éventuellement sans prise en charge ont fait l'objet d'une tentative de repérage en sollicitant les CCPE et les associations de parents intervenant sur le département. Toutefois, aucune réponse n'a été produite.

## 1. Estimation quantitative globale

L'enquête a permis de repérer en Dordogne entre **220 et 240 jeunes** de moins de 20 ans présentant des troubles envahissants du développement.

**Répartition des jeunes présentant des TED en fonction du cadre de prise en charge**  
**Prévalence<sup>2</sup> des TED pour 10 000 jeunes de moins de 20 ans**

	Nombre de jeunes avec TED				Nombre total des jeunes < 20 ans	Prévalence		
	Pédo-psychiatrie	médico-social		sans prise en charge		TOTAL*	Taux minimal	Taux maximal
		selon enquête	recensement complémentaire					
Dordogne	119	122	-	-	224 à 241	81 183	27,6	29,7
AQUITAINE	1146	996	102	55	2 250 à 2 299	694 907	32,4	33,1

Source : DRASS, Etude TED 2005-2006 – Exploitation CREAHI d'Aquitaine

\* Exprimé sous forme d'une fourchette compte tenu des éventuelles prises en charge conjointes

En Dordogne, comme au niveau régional, les jeunes se répartissent à part quasiment égale entre les services de pédopsychiatrie et le secteur médico-social.

La prévalence des TED dans ce département est inférieure à la moyenne régionale, ce qui peut notamment s'expliquer par la répartition des établissements médico-sociaux (la Dordogne étant un peu moins bien dotée : 9,95 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans contre 10,84 en moyenne pour l'Aquitaine).

Un peu plus de 10% des jeunes aquitains présentant des TED vivent en Dordogne.

<sup>1</sup> Cf. en annexe 1, le tableau détaillé du champ de l'enquête et des taux de réponse

<sup>2</sup> La prévalence est définie comme le nombre de cas d'une maladie rapporté à la population concernée, à un moment donné. Dans la circulaire du 8 mars 2005, il était indiqué que les derniers travaux de l'INSERM aboutissaient à une prévalence globale des TED de 27,3 pour 10.000 habitants, très proche donc de celle observée en Dordogne pour les jeunes.

## 2. Le cadre de prise en charge

### 2.1 - Dans les services de pédopsychiatrie

Les 119 jeunes suivis par la pédopsychiatrie se répartissent de façon très équilibrée entre le secteur 1 (CH de Vauclaire : 60 jeunes) et le secteur 2 (CH de Périgueux : 59 jeunes).

#### Cadre de mise en oeuvre de la prise en charge des jeunes avec des TED dans la pédopsychiatrie<sup>3</sup>

	Dordogne <sup>4</sup>		AQUITAINE	
	<i>effectif</i>	%*	<i>effectif</i>	%
CMP	66	55,5	342	28,0
CATTP	1	0,8	193	16,7
Hôpital de jour	53	44,5	611	53,5
Hospitalisation complète	5	4,2	17	1,5
Autres	2	1,7	42	3,7

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

\* La somme des colonnes de pourcentages peut être supérieure à 100% car quelques jeunes bénéficient simultanément de plusieurs modes de prise en charge. En Dordogne, 8 enfants entre 6 et 11 ans sont pris en charge à la fois en CMP et en hôpital de jour.

En Dordogne, plus de la moitié des jeunes présentant des TED suivis par la pédopsychiatrie, sont pris en charge par un CMP alors que cette modalité n'est retenue que pour 28% de cette population au niveau aquitain. A l'inverse, l'accueil en hôpital de jour est moins souvent mis en oeuvre dans ce département. Le suivi par un CATTP, qui concerne dans la pédopsychiatrie 1 jeune atteint de TED sur 6 en Aquitaine, n'est quasiment jamais pratiqué en Dordogne.

Ces variations sont dues probablement en partie à des pratiques différentes sous-tendues par des choix thérapeutiques mais elles sont aussi **la conséquence des caractéristiques des dispositifs de pédopsychiatrie de la Dordogne**

### 2.2 - Dans le secteur médico-social

Les 3 antennes du CAMSP de Dordogne suivent 14 situations d'enfants avec des TED (5 à Bergerac, 8 à Périgueux, 1 à Terrasson). Cette population occupe une place assez modeste dans les files actives de ces services (moins de 4% pour une moyenne régionale de près de 7%).

Au niveau des autres catégories d'établissements médico-sociaux pour des enfants et adolescents handicapés, **l'enquête a permis de repérer 108 jeunes** présentant des TED sur un total de 786 places, ce qui représente près de 14% de cette capacité d'accueil agréée. Cette présence des jeunes avec des TED dans le médico-social est donc assez proche de la moyenne régionale qui s'élève à 13,2%.

En Dordogne, ce sont les établissements agréés pour jeunes déficients intellectuels qui assurent la totalité des prises en charge des enfants souffrant de TED, mis à part un jeune accueilli en ITEP.

La prise en charge en SESSAD de cette population est très peu pratiquée (moins de 3% des jeunes contre 7,5% en moyenne en Aquitaine).

<sup>3</sup> voir le descriptif réglementaire des différentes modalités en annexe 2

<sup>4</sup> voir tableau détaillé par tranche d'âge en annexe 3

### Répartition des jeunes présentant des TED selon la catégorie de structures

	Déficiences intellectuelle	Troubles du comportement	Déficiences motrices	Poly-handicap	Déficiences visuelles	Déficiences auditives	TOTAL DORDOGNE
Nbre de jeunes avec TED	107	1	-	-	-	-	108
Effectif total places installées	587	77	35	8	45	20	786
% de jeunes avec TED	18,2%	1,3%	-	-	-	-	13,6%

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – PRIAC - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**Deux IME de Dordogne ont un agrément spécifique pour l'accueil de jeunes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement.** Ces deux établissements accueillent **près des deux tiers des jeunes** recensés dans le département (notons, qu'au niveau régional, seuls 36% des jeunes avec des TED sont pris en charge dans une structure spécifique agréée à cet effet).

Environ 20% des jeunes présentant des TED en Dordogne sont suivis par une structure qui n'a pas un agrément s'adressant explicitement à ce public (34% au niveau régional) mais qui peut assurer la prise en charge de jeunes nécessitant une aide permanente pour tous les gestes de la vie quotidienne.

Enfin, près de 15% des jeunes avec des TED sont suivis dans une structure dont l'agrément ne prévoit pas l'accueil de ce public (**ce qui est deux fois moins fréquent qu'au niveau aquitain**).

### Accueil des jeunes avec des TED dans le secteur médico-social en Dordogne selon l'agrément des structures <sup>5</sup>

Structures dont l'agrément...	Nombre de structures	Présence effective de jeunes avec TED au 01/01/2006		
		Nombre de structures concernées	Nombre de jeunes	Répartition des jeunes
prévoit explicitement l'accueil de jeunes avec TED	2	2	70	64,8%
autorise l'accueil de ces publics sans qu'ils soient cités explicitement	1	1	22	20,4%
Autres structures	11	3	16	14,8%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

### Voir, en annexe 5, cartes de répartition des jeunes présentant des TED selon leur cadre de prise en charge (pédopsychiatrie et médico-social)

En terme de répartition territoriale des structures intervenant dans la prise en charge des jeunes présentant des TED, on note :

- un équilibre total entre les 2 secteurs de pédopsychiatrie,
- la quasi-absence de réponse émanant du médico-social sur le Sarladais : 2 jeunes seulement y sont accueillis sur les 108 recensés dans le secteur enfance handicapée.

<sup>5</sup> voir tableau détaillé par structure médico-sociale en annexe 4

### 3. Origine géographique

Dans les services hospitaliers de pédopsychiatrie, compte tenu du principe de sectorisation qui prévaut, les patients sont en général originaires du département qui assure la prise en charge. C'est ainsi le cas de 95% des jeunes suivis par ces services en Dordogne (on dénombre 6 situations de jeunes en provenance d'autres départements, tous limitrophes de la Dordogne).

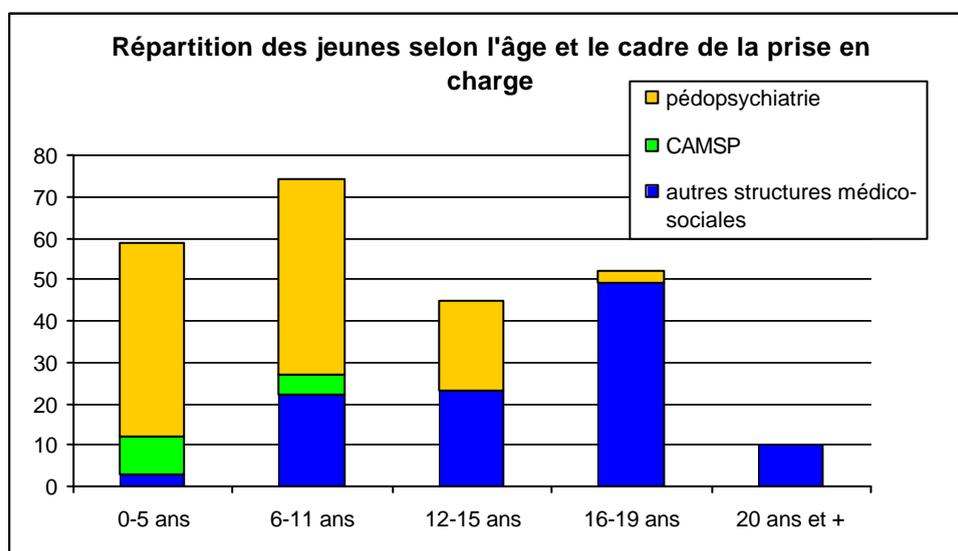
Dans le secteur médico-social, la quasi-totalité <sup>6</sup> des jeunes sont également originaires de Dordogne (6 jeunes viennent d'ailleurs : 5 de Gironde, 1 de Charente-Maritime).

Les flux inverses sont également assez peu fournis : 9 jeunes de Dordogne présentant des TED sont pris en charge en dehors de leur département d'origine<sup>7</sup> (7 en Gironde, 2 dans le Lot-et-Garonne).

### 4. Structure par âge

Globalement, un quart des enfants présentant des TED en Dordogne sont très jeunes, moins de 6 ans (ces tout-jeunes enfants représentent moins de 20% des effectifs au niveau aquitain). Ces jeunes sont très majoritairement suivis par les services de pédopsychiatrie. Au fil des âges, la part prise par ces services diminue au profit du médico-social.

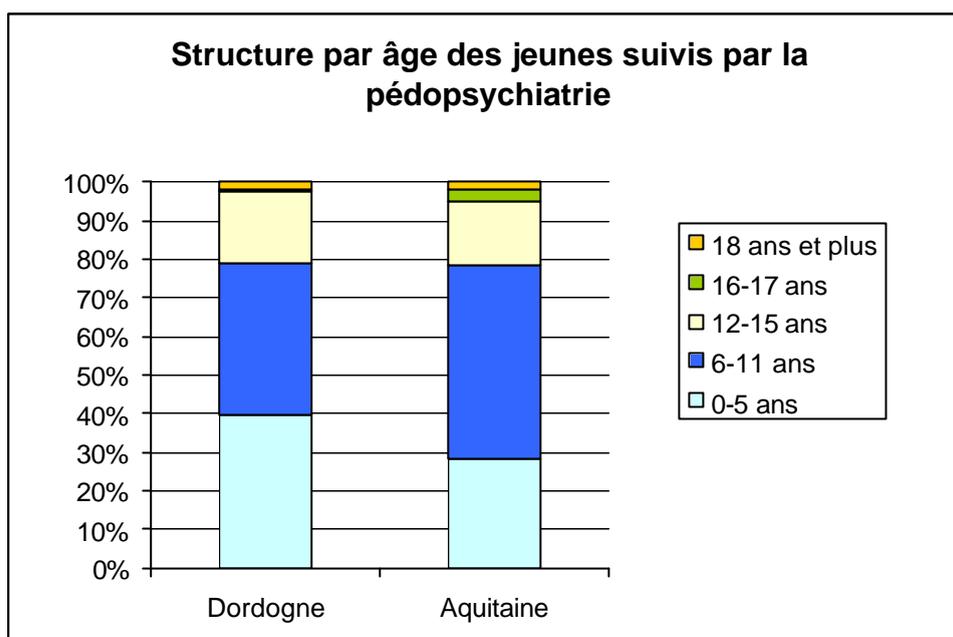
De ce fait, les jeunes présentant des TED et accueillis dans le médico-social sont relativement âgés (55% ont 16 ans ou plus). Les jeunes de 20 ans et plus, en situation d'amendement Creton, sauf agrément particulier de l'établissement, représentent 10% des situations, ce qui marque les difficultés particulières rencontrées pour orienter ces jeunes vers le secteur adultes handicapés. A l'inverse, 80% des jeunes suivis par la pédopsychiatrie ont moins de 12 ans.



Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires  
Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

<sup>6</sup> A titre de comparaison, notons que tous handicaps confondus 91% des jeunes aquitains bénéficient d'une prise en charge dans leur département d'origine. Au niveau national, 86% des enfants autistes suivis dans le médico-social le sont dans leur département d'origine

<sup>7</sup> Il se peut toutefois que des prises en charge de jeunes de Dordogne soient mises en œuvre en dehors de l'Aquitaine, ce que cette enquête n'a pas permis d'observer.



Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux  
Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

→ **Dans les services de pédopsychiatrie :**

- les très jeunes enfants, moins de 6 ans, sont plus représentés en Dordogne (près de 40% pour une moyenne régionale de 28%)
- les 6-11 ans sont proportionnellement moins nombreux qu'en moyenne régionale (39% en Dordogne contre 50% en Aquitaine)
- les prises en charge par la pédopsychiatrie au-delà de 16 ans restent rares, en moyenne 5% en Aquitaine, deux fois moins en Dordogne<sup>8</sup>.

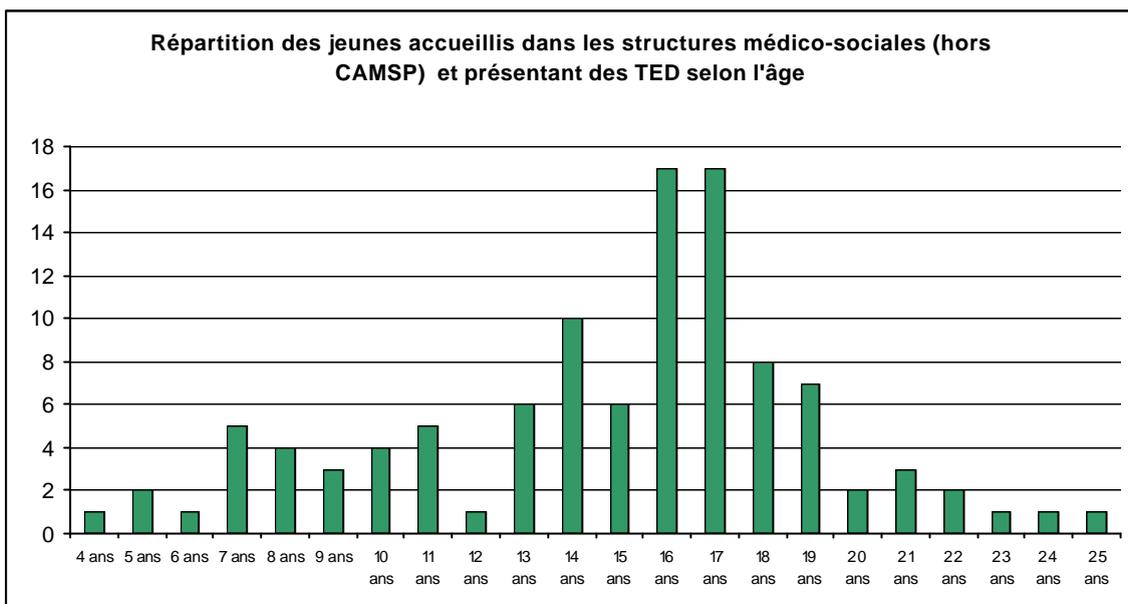
→ **Dans les CAMSP**, lors de leur première consultation, les enfants étaient âgés, le plus souvent, de 3 à 4 ans (les très jeunes enfants de moins de 3 ans sont peu représentés alors qu'en moyenne régionale, ils forment 45% des effectifs). Actuellement, ces enfants sont âgés de 2 à 6 ans. Les garçons sont très majoritaires (77%).

→ **Dans les autres structures médico-sociales**, près des trois quarts (73,1%) des jeunes recensés sont des garçons (moyenne régionale 67,5%) ; cette sur-représentation masculine est une constante parmi la population bénéficiant d'une prise en charge médico-sociale et, plus particulièrement, parmi celle atteinte de TED chez qui, au niveau national, on observait en 2001, une proportion de garçons de 68%<sup>9</sup>.

Les jeunes présentant des TED, pris en charge dans les structures médico-sociales pour enfants et adolescents, sont âgés de 4 à 25 ans, avec une moyenne d'âge de 14,8 ans (moyenne d'âge équivalente au niveau aquitain mais avec une amplitude d'âge plus large encore, de 2 à 30 ans).

<sup>8</sup> Comme le rappelle une circulaire de 1992 (n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents), la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel aux secteurs de psychiatrie générale est fixée à 16 ans. En revanche, la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les services de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins n'est pas précisément délimitée.

<sup>9</sup> DREES, Etudes et résultats, n°396, avril 2005.



Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

### Répartition par tranche d'âge des jeunes pris en charge dans le médico-social

	Dordogne		AQUITAINE	
	effectif	%	effectif	%
0-5 ans	3	2,8	14	1,6
6-11 ans	22	20,6	216	24,7
12-15 ans	23	21,5	246	28,2
16-19 ans	49	45,8	284	32,5
20 ans et +	10	9,3	113	12,9
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	<b>873</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux  
Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les moins de 12 ans ne représentent que 23% des jeunes présentant des TED et pris en charge dans le médico-social. Avant cet âge, c'est une prise en charge pédopsychiatrique qui est le plus souvent mise en œuvre.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 16 et plus, elle comprend plus de la moitié (55%) des jeunes accueillis dans le médico-social en Dordogne, plus donc que la moyenne régionale (45%).

## 5. L'autonomie

Le niveau de dépendance des jeunes suivis par la pédopsychiatrie a été évalué à partir de l'échelle ADL (Activity daily life). Le score de l'échelle ADL est calculé à partir de 6 items (continence, toilette-habillage, mobilité, alimentation, comportement et communication), cotés chacun de 1 à 4.

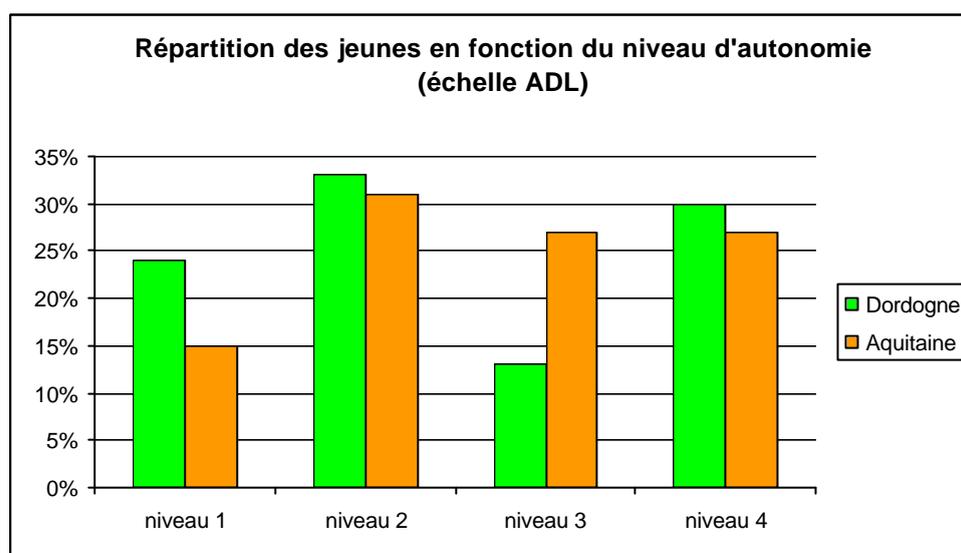
### Echelle ADL : 4 niveaux de cotation

NIVEAU	1	Indépendance complète ou modifiée	<u>Complète</u> : le patient est totalement autonome <u>Modifiée</u> : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ou a besoin d'un temps plus long mais acceptable ou le patient fait l'action avec un risque acceptable
	2	Supervision ou arrangement	La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser les activités mais il n'y a <b>aucune aide physique</b> à apporter directement au patient
	3	Assistance partielle	Nécessite une aide physique d'une tierce personne pour réaliser <b>même partiellement</b> une activité
	4	Assistance majeure ou totale	Nécessite une <b>aide physique</b> d'une tierce personne pour réaliser <b>la totalité</b> d'une activité

A partir de ces variables sont calculés :

- un score de **dépendance physique** : continence + toilette-habillage + mobilité + alimentation
- un score de **dépendance relationnelle** : comportement + communication

En matière d'autisme, compte tenu des perturbations des interactions sociales et de la communication, le score relationnel est élevé et varie peu selon les personnes. En revanche, le score de dépendance physique est variable : certains autistes n'ont aucune autonomie pour manger, se laver... Ils ont donc un score très élevé et demandent une prise en charge importante de nursing de base ; d'autres au contraire sont complètement autonomes pour ces actes, ce qui les distingue nettement des premiers en terme de besoins. L'enquête s'est donc uniquement intéressée à la prise en compte du **score de dépendance physique**<sup>10</sup>.



Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**Une dépendance importante est observée pour 43% des jeunes** qui sont cotés 3 ou 4, ce qui implique le besoin d'une assistance partielle ou totale. Il faut néanmoins pondérer ce chiffre en rappelant que la grande majorité des jeunes pour lesquels cette évaluation a été faite sont en hôpital de jour donc, en principe, plus lourdement atteints que ceux qui sont suivis en CMP. A l'inverse pour 24% des jeunes, une bonne autonomie pour les actes élémentaires de la vie quotidienne est constatée.

Globalement, les jeunes suivis par la pédopsychiatrie en Dordogne ont moins souvent besoin de l'intervention d'une tierce personne que ce qui est observé sur l'ensemble de l'Aquitaine mais ces résultats sont partiels, particulièrement pour la Dordogne, ce qui limite donc la portée de la comparaison.

<sup>10</sup> Cette évaluation n'a pas été faite pour tous les jeunes, certains services ne l'utilisent que pour les jeunes en hospitalisation de jour ou complète. En Dordogne, 45% seulement des jeunes en ont fait l'objet (71% au niveau régional).

## 6. Diagnostic

Pour aborder la question du diagnostic, 2 classifications différentes ont été utilisées :

- la CIM 10 (*Classification internationale des maladies – 10<sup>ème</sup> révision, rubrique F 84*) pour l'enquête auprès des services de psychiatrie car il s'agit de la classification à laquelle ont recours les DIM (départements d'information médicale), sollicités pour la collecte des données
- la CFTMEA (*Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*) pour l'enquête dans le médico-social puisqu'elle est très largement utilisée par les pédopsychiatres français et est considérée comme un outil de référence.

Or, si une table de correspondance entre les 2 classifications a été élaborée<sup>11</sup>, elle n'est pas strictement linéaire et il existe des chevauchements entre diagnostics (exemple : le diagnostic de psychose précoce déficitaire de la CFTMEA correspond à l'autisme atypique et aux autres TED de la CIM 10). Par ailleurs, l'hyperactivité associée à un retard mental de la CIM 10 n'a pas de correspondance dans la CFTMEA.

### 6.1 - Le diagnostic des jeunes suivis par la pédopsychiatrie

Répartition des jeunes en fonction du diagnostic en référence à la CIM 10

Nature du diagnostic	Dordogne		Aquitaine	
	Effectif	%	Effectif	%
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	13	10,9	302	26,4
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	7	5,9	156	13,6
Syndrome de Rett	-	-	37	3,2
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	7	5,9	71	6,2
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés	1	0,8	22	1,9
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	12	10,1	59	5,1
Autres troubles envahissants du développement	73	61,3	186	16,2
Troubles envahissants du développement sans précision	6	5,0	313	27,3
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>	<b>1146</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les "autres troubles envahissants du développement", constituent le diagnostic le plus fréquemment posé en Dordogne (61%), cette catégorie concerne des troubles qui n'ont pu être répertoriés parmi les autres diagnostics de cette rubrique de la CIM 10. Ces troubles correspondent aux dysharmonies psychotiques dans la CFTMEA, très souvent présentes parmi les usagers des établissements médico-sociaux.

Une autre particularité de la Dordogne est la présence relativement marquée des jeunes atteints d'un **syndrome d'Asperger** (10% au lieu de 5% en moyenne régionale).

A l'inverse, c'est en Dordogne que les diagnostics d'autisme infantile et d'autisme atypique sont les moins fréquents (17% contre une moyenne aquitaine de 40%).

<sup>11</sup> Cf. cette table en annexe 6

## 6.2 - Le diagnostic des jeunes suivis par le médico-social <sup>12</sup>

Répartition des jeunes en fonction du diagnostic en référence à la CFTMEA

Nature du diagnostic	Dordogne		Aquitaine	
	effectif	%	effectif	%
Autisme infantile précoce type Kanner	14	11,5	75	7,5
Autres formes de l'autisme infantile	15	12,3	107	10,7
Psychoses précoces déficitaires – retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques	19	15,6	256	25,7
Syndrome d'Asperger	4	3,3	13	1,3
Dysharmonies psychotiques	37	30,3	344	34,5
Troubles désintégratifs de l'enfance	9	7,4	14	1,4
Autres troubles envahissants du développement	8	6,6	72	7,3
Troubles envahissants du développement sans précision	16	13,1	104	10,4
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>996</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**L'autisme** (typique, type Kanner, ou atypique, syndrome autistique incomplet ou apparu après 3 ans) **concerne près du quart des jeunes**. Mais ce sont les **dysharmonies psychotiques**, dont les manifestations sont, en général, plus tardives (à partir de 3 ou 4 ans), qui sont les plus représentées, elles touchent 30% des jeunes.

**Enfin, les psychoses précoces déficitaires** où les traits autistiques coexistent avec un retard mental ou des troubles cognitifs concernent 16% des jeunes ; elles sont moins fréquentes en Dordogne que dans l'Aquitaine dans son ensemble.

## 7. Les conditions de prise en charge dans le secteur médico-social

### 7.1 - Les enfants pris en charge dans les CAMSP

En Dordogne, 14 enfants présentant des TED font donc partie des files actives des CAMSP pour l'année de référence de l'étude. Parmi eux, plus de 60% des enfants âgés de 3 ans et plus sont scolarisés (ce qui est nettement moins fréquent qu'en moyenne régionale pour les enfants suivis par un CAMSP : 86%). Dans un peu plus d'un tiers de cas, cette scolarisation se fait avec un contrat d'intégration. Ces jeunes enfants scolarisés sont tous en Maternelle en milieu ordinaire et fréquentent leur école le plus souvent à temps plein (mais cette précision n'a pas été toujours donnée).

---

<sup>12</sup> y compris par les CAMSP

### Prise en charge préconisée par le CAMSP

	Dordogne	Aquitaine	
		effectif	%
<b>CAMSP en intervenant unique</b>	<b>4</b>	<b>47</b>	<b>39,2</b>
<b>CAMSP + pédopsychiatrie</b>	<b>6</b>	<b>47</b>	<b>39,2</b>
CAMSP + CMP ou CATTTP	2	26	
CAMSP + hôpital de jour	3	19	
CAMSP + psychiatre libéral	1	2	
<b>CAMSP + médico-social</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>4,1</b>
IME	-	1	
SESSAD d'IME	1	1	
Etab pour enfants polyhandicapés	-	2	
SESSAD polyhandicap	1	1	
<b>Pédopsychiatrie seule</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>16,7</b>
CMP ou CATTTP	-	8	
Hôpital de jour	2	11	
Psychiatre libéral		1	
<b>Médico-social seul</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>
ITEP		1	
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Dans plus de 85% des situations, le CAMSP envisage d'intervenir directement auprès des enfants qui lui ont été adressés.

Dans les deux tiers des cas, le concours d'un autre intervenant, en général la pédopsychiatrie, est souhaité. Par contre, pour ces très jeunes enfants, la réorientation directe sur un établissement médico-social n'est jamais préconisée en Dordogne.

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux  
Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les projets élaborés pour ces 14 enfants de Dordogne ont pu, pour 9 d'entre eux, être mis en œuvre dans les conditions prévues par le CAMSP.

Pour 5 enfants donc, des difficultés ont été rencontrées :

- les 4 projets de prise en charge par le CAMSP en intervenant unique n'ont pas abouti. L'un d'eux a été remplacé par une orientation sur le CMP et un autre par un suivi par un psychiatre en libéral conformément aux choix des parents. Les 2 autres projets de suivi par le CAMSP se sont heurtés à un refus des parents sans que l'on sache si une autre prise en charge a pu être mise en œuvre ou si, au contraire, il y a eu rupture de prise en charge pour les enfants concernés.
- un projet combiné CAMSP + hôpital de jour n'a été réalisé que partiellement, le CAMSP intervenant finalement en complémentarité avec un suivi en libéral, orthophonie et psychomotricité, selon la volonté des parents.

## 7.2 - Les modalités d'accueil dans les structures médico-sociales

**Le plus souvent, les jeunes atteints de TED sont accueillis en semi-internat** (ce mode d'accueil concerne environ 64% d'entre eux). On peut constater que l'accueil en internat est moins pratiqué pour les jeunes présentant des TED (11%) que pour l'ensemble des jeunes handicapés du département (27%). Par contre, le placement familial spécialisé est particulièrement développé en Dordogne, on y trouve la plus grande partie des accueils de ce type repérés dans la région.

### Mode de prise en charge

	Dordogne		Aquitaine	
	effectif	%	effectif	%
SESSAD	3	2,8	75	7,7
Semi-internat	69	63,9	555	57,2
Internat	12	11,1	248	25,6
<i>Internat complet</i>	3	2,8	31	3,2
<i>Internat de semaine</i>	8	7,4	143	14,7
<i>Internat modulé</i>	1	0,9	74	7,6
Placement familial spécialisé	24	22,2	32	3,3
Semi-internat ou internat non précisé	-	-	60	6,2
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>970</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**Les jeunes présentant des TED accueillis en institution sont, en général, pris en charge à temps plein.** Néanmoins, près de 10% d'entre eux sont pris en charge à temps partiel, sur des durées assez variables allant d'une demi-journée à 4 jours par semaine.

### 7.3 - La scolarisation

**Les trois quarts des jeunes présentant des TED et accueillis dans le médico-social en Dordogne sont scolarisés** (soit nettement plus qu'en moyenne en Aquitaine où cette proportion s'élève à 60%).

#### Cadre de la scolarisation

	DORDOGNE		AQUITAINE	
	effectif	%	effectif	%
en milieu ordinaire	22	20,4	68	7,8
à temps plein	2	1,9	25	2,9
à temps partiel	20	18,5	43	4,9
dans l'établissement	60	55,5	459	52,4
Non scolarisé	26	24,1	344	39,3
Non précisé	-	-	5	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>	<b>876</b>	<b>100,0</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

La Dordogne se distingue par la plus **forte proportion d'enfants atteints de TED scolarisés en milieu ordinaire** (20% au lieu de 8% en moyenne régionale).

Il faut préciser que la moitié de ces enfants sont scolarisés dans le cadre d'un dispositif particulier, un "groupe délocalisé" en école et en collège et sont tous issus du même établissement (l'IMP Regain).

Pour les autres jeunes scolarisés en dehors de l'établissement médico-social qui assure l'accueil, 6 sont dans des classes ordinaires et 3 dans des dispositifs spécialisés de l'Education nationale (2 en CLIS et 1 en UPI). Par contre, en Dordogne, très peu d'enfants souffrant de TED et scolarisés en milieu ordinaire le sont à temps plein. Leur temps de scolarisation en milieu ordinaire est nettement inférieur à celui de l'ensemble des élèves handicapés suivis par le médico-social (en moyenne en Aquitaine, 77% des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire le sont à temps plein).

Par ailleurs, la Dordogne est le département aquitain dans lequel les enfants souffrant de TED non scolarisés sont les moins nombreux : 24% contre 40% en moyenne régionale. Bien évidemment, dans certains autres départements, la présence d'enfants polyhandicapés ou présentant une déficience intellectuelle profonde dans les populations à prendre en charge explique en grande partie cet écart.

Notons, par ailleurs, que la scolarisation proposée en interne recouvre des réalités bien différentes en terme de durée et d'activités qu'il n'est pas possible de faire apparaître dans le cadre de cette étude.

## 7.4 - Les prises en charge conjointes

Plus de 20% des jeunes bénéficient d'une prise en charge complémentaire à celle assurée par la structure médico-sociale, ce pourcentage est équivalent au niveau régional.

### Nature des prises en charge conjointes

	DORDOGNE		AQUITAINE	
	effectif	%	effectif	%
<b>Mesures sociales</b>	<b>6</b>	<b>5,6</b>	<b>80</b>	<b>9,1</b>
AEMO-AED	-		31	
Placement familial	1		24	
MECS, foyer enfance, lieu de vie	1		9	
Mesure ASE (ss précis°)	4		13	
Tutelle-curatelle	-		2	
<b>Suivi pédopsychiatrique</b>	<b>8</b>	<b>7,4</b>	<b>106</b>	<b>12,1</b>
CMP	3		8	
CATTP	-		10	
Hôpital de jour	3		46	
Hôpital de nuit	-		2	
Suivi psy en libéral	2		39	
<b>Rééducation en libéral</b>	<b>9</b>	<b>8,3</b>	<b>29</b>	<b>3,3</b>
<b>Autres ou non précisé</b>	<b>4</b>	<b>3,7</b>	<b>9</b>	<b>1,0</b>

En Dordogne, le recours à des rééducateurs exerçant en libéral, pour compléter les prises en charge des enfants présentant des TED, est relativement fréquent.

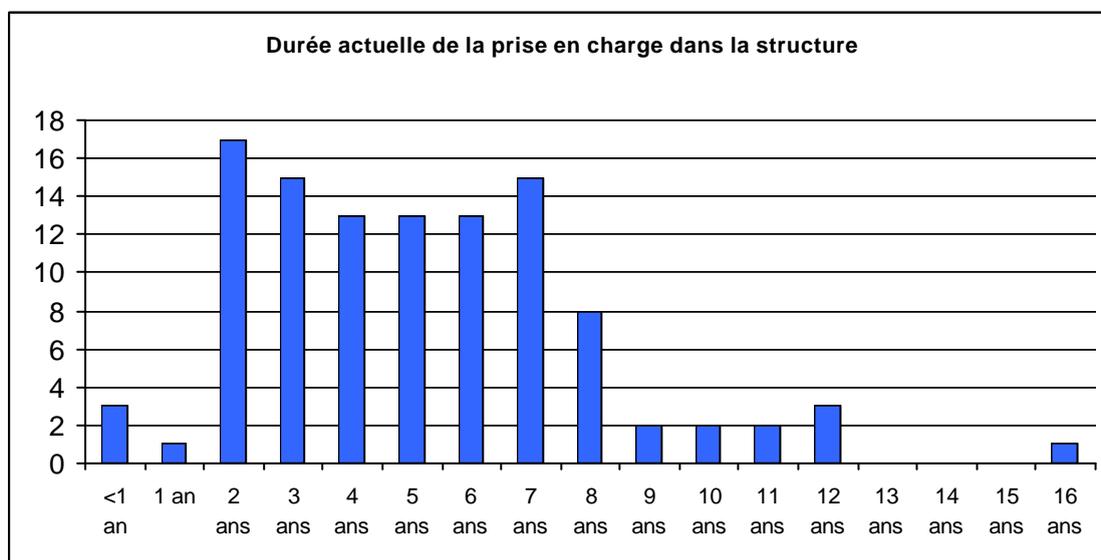
A l'inverse, les prises en charge conjointes avec la pédopsychiatrie sont moins souvent mises en œuvre qu'ailleurs dans la région.

De même, des mesures relevant de la Protection de l'enfance sont plus rarement signalées.

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

## 7.5 - La durée des prises en charge

La durée actuelle de la prise en charge nous renseigne sur l'ancienneté de la présence du jeune dans la structure mais est liée aussi à l'agrément de l'établissement, en particulier à l'amplitude de la tranche d'âge pour laquelle l'accueil est assuré. De plus, cette durée actuelle ne prend pas en compte la durée des prises en charge antérieures éventuelles.



Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les jeunes présentant des TED sont présents en moyenne depuis 5 ans dans la structure qui assure actuellement la prise en charge. Si ces durées s'échelonnent sur une large amplitude, de quelques mois à 16 ans, les prises en charge ayant débuté depuis 2 ans ou moins sont nombreuses, près de 20%. A l'inverse, les prises en charge très longues, 10 ans et plus, ne concernent que 7% des jeunes.

## 8. Adéquation des prises en charge dans la pédopsychiatrie

### 8.1 - Les modalités de prise en charge à faire évoluer

Une évaluation de l'adéquation de la prise en charge pédopsychiatrique a été réalisée par les praticiens concernés. Il s'avère que pour **35% des jeunes les modalités actuelles ne sont pas (ou plus) adaptées** à leurs besoins (ce qui est sensiblement **supérieur à la moyenne régionale qui s'élève à 16%**, la Dordogne est d'ailleurs le département aquitain où ces inadéquations sont les plus marquées).

#### Adéquation des modalités de prise en charge pédopsychiatrique et nature des changements nécessaires

	Effectif de jeunes suivis	Modalités de prise en charge pédopsychiatrique pas adaptées		Nature des changements nécessaires	
		Effectif	%	CMP-CATTP vers hôpital de jour	Hosp complète vers HJ pour ados
0-5 ans	47	21	44,7	21	
6-11 ans	47	14	29,8	14	
12-15 ans	22	6	27,3	6	
16-17 ans	1	1	100,0		1
18 ans et +	2	-	0		
<b>ENSEMBLE</b>	<b>119</b>	<b>42</b>	<b>35,2</b>	<b>41</b>	<b>1</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

C'est particulièrement avant 6 ans que les modalités de prise en charge pédopsychiatrique sont considérées comme inadéquates, près de la moitié de ces tout-jeunes sont concernés. Le besoin de prise en charge en hôpital de jour est très important : **une quarantaine de places seraient manquantes au niveau de la Dordogne** (la très grande majorité d'entre elles sur le secteur de pédopsychiatrie n°2, celui de Périgueux).

### 8.2 - Les besoins de prise en charge médico-sociale

Outre les inadéquations au niveau des modalités de mise en œuvre de la prise en charge pédopsychiatrique, l'étude a permis de repérer les besoins de ces jeunes en terme de prise en charge médico-sociale.

#### Nécessité d'une prise en charge médico-sociale selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif total jeunes suivis	Besoin d'une prise en charge médico-sociale			
		Nb jeunes concernés	%	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire
0-5 ans	47	7	14,9	7	
6-11 ans	47	12	25,5	4	8
12-15 ans	22	12	54,5	11	1
16-17 ans	1	1	100,0	1	
18 ans et +	2	1	50,0	1	
<b>ENSEMBLE</b>	<b>119</b>	<b>33</b>	<b>27,7</b>	<b>24</b>	<b>9</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**C'est ainsi que, pour près de 28% des jeunes, une prise en charge médico-sociale a été estimée nécessaire** <sup>13</sup> ; la moyenne régionale est de 22%, la Dordogne étant le département aquitain où la nécessité de recourir à une prise en charge médico-sociale en complément ou en relais de la prise en charge pédopsychiatrique est **la plus fréquente**. Pour près des trois quarts (72%) des enfants concernés par ce besoin, une prise en charge pédopsychiatrique devrait continuer à être mise en œuvre conjointement avec cette prise en charge médico-sociale (moyenne régionale : 64%). Le besoin d'une prise en charge médico-sociale est plus rare pour les moins de 6 ans, 15% contre 36% en moyenne au-delà de cet âge.

#### Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire

	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour déf auditifs	Etab pour adultes	TOTAL	dont validation CDES ou COTOREP
0-5 ans	4	3						7	1
6-11 ans	10	2				1*		12	8
12-15 ans	8		4					12	
16-17 ans			1					1	
18 ans et +							1 en foyer occup	1	
<b>ENSEMBLE</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>5</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>9</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

\* il s'agit d'un jeune déjà dénombré dans la rubrique IME

C'est très majoritairement une orientation vers un IME qui est considérée comme pertinente pour les jeunes présentant des TED et ceci quel que soit l'âge ; elle concerne les deux tiers des besoins évalués en matière de prise en charge médico-sociale voire 80% en prenant en compte les jeunes pouvant être orientés vers un "SESSAD d'IME". Or les établissements concernés sont ceux qui comptent le plus de jeunes sous statut d'amendement Creton bloquant donc l'admission des plus jeunes.

La part prise par les autres catégories d'établissements médico-sociaux reste donc restreinte. Pour certains jeunes néanmoins, une prise en charge en ITEP serait appropriée (15%).

L'évaluation précise du nombre de jeunes suivis par la pédopsychiatrie et pour lesquels la prise en charge actuelle devrait être modifiée est difficilement réalisable. Mais, on peut l'estimer sous forme d'une fourchette qui prend en compte :

- a minima pour les jeunes auxquels il faudrait modifier les modalités de prise en charge pédopsychiatrique ou qui nécessitent une prise en charge médico-sociale sans poursuite de la prise en charge pédopsychiatrique
- et a maxima les jeunes pour lesquels est préconisée à la fois une poursuite de la prise en charge pédopsychiatrique avec changement des modalités de suivi et une réorientation vers le médico-social.

#### Jeunes suivis par la pédopsychiatrie dont la prise en charge actuelle est inadaptée

	Dordogne	Aquitaine
Proportion minimale	43%	24%
Proportion maximale	63%	38%

<sup>13</sup> Il est parfois précisé que l'orientation vers un établissement médico-social peut être contrainte par l'absence d'hôpital de jour pour adolescents.

## 9. Adéquation des prises en charge dans le médico-social

En Dordogne, **88% des prises en charge actuellement mises en œuvre ont été jugées adaptées** par les équipes qui en ont la responsabilité<sup>14</sup>. C'est le département aquitain où la situation des jeunes avec TED est **la plus favorable** ; en moyenne au niveau aquitain, 68% des prises en charge ont été estimées satisfaisantes.

**Il existe un lien très net entre l'agrément de la structure et l'adéquation de la prise en charge :**

- agrément spécifique autisme : 96% de prises en charge jugées satisfaisantes
- agrément autorisant l'accueil des TED sans qu'ils soient explicitement cités : 91%
- autres agréments : 56%

Ainsi, il y a moins de situations considérées comme insatisfaisantes parmi les jeunes qui bénéficient d'une prise en charge dans une structure ayant un agrément spécifique pour les TED. Ceci permet de mettre en évidence la nécessité de mettre en place des structures ou des unités conçues autour d'agréments spécifiques assortis des moyens (humains, architecturaux...) réellement adaptés aux particularités des troubles envahissants du développement.

*Rappelons que ces données n'évaluent pas la couverture des besoins mais bien l'adéquation des prises en charge mises en œuvre.*

### 9.1 - Raisons des inadéquations

Les raisons invoquées par les structures pour expliquer l'inadéquation de la prise en charge actuelle sont multiples (en moyenne, plus de 2 par situation insatisfaisante).

**Nature des difficultés identifiées par les structures**

	Dordogne		AQUITAINE	
	effectif	% *	effectif	% *
Taux encadrement insuffisant	3	30,0	122	45,9%
Besoin formation du personnel	3	30,0	67	25,2%
Inadaptation pratiques de soins	4	40,0	69	25,9%
Inadaptation pratiques éducatives	3	30,0	50	18,8%
Inadaptation pratiques pédagogiques	3	30,0	33	12,4%
Durée prise en charge insuffisante	4	40,0	34	12,8%
Cohabitation difficile avec autres jeunes	5	50,0	72	27,1%
Inadéquation modalité d'accueil	2	20,0	66	24,8%
Amendements Creton	1	10,0	25	9,4%
Eloignement du domicile familial	-	-	16	6,0%
Etab pas adapté aux troubles présentés	1	10,0	15	5,7%

*Attention : le calcul de pourcentages n'est pas très pertinent pour la Dordogne, vu la faiblesse de l'effectif des prises en charge inadéquates mais il permet une comparaison avec le niveau régional en ce qui concerne la hiérarchie des difficultés rencontrées.*

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux  
Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

\* pourcentage rapporté à l'ensemble des jeunes pour lesquels la prise en charge a été jugée inadéquate

En Dordogne, globalement peu de difficultés sont signalées. Parmi les problèmes évoqués apparaissent :

- la question de la cohabitation des jeunes présentant des TED avec les autres accueillis dans le même établissement
- une durée de prise en charge insuffisante, qui concerne presque la moitié des jeunes à temps partiel (4 sur 10).

<sup>14</sup> Voir en annexe 7 tableau détaillé par catégorie d'établissement

Par ailleurs, alors qu'une dizaine de jeunes bénéficient de l'amendement Creton, leur situation n'a été jugée insatisfaisante que pour un seul d'entre eux. Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces jeunes de 20 ans et plus nécessitent la mise en œuvre d'une nouvelle prise en charge dans le secteur adultes et apparaissent dans les besoins répertoriés au niveau des réorientations.

## 9.2 - Besoin de prises en charge complémentaires

Pour 6 jeunes (soit 5,6%) une prise en charge complémentaire à celle assurée actuellement par la structure médico-sociale serait nécessaire, ce qui est deux fois moins fréquent qu'en moyenne en Aquitaine (12%).

Pour ces jeunes, c'est une prise en charge mise en œuvre par la pédopsychiatrie qui est souhaitée : en hôpital de jour pour 4 d'entre eux, en CATTP pour un autre et en "séjour de rupture psychiatrique" pour un dernier.

## 9.3 - Besoin de réorientation des jeunes

Le besoin de réorientation a fait l'objet d'une appréciation à 2 moments de la trajectoire du jeune :

- **au jour de l'étude**, il s'agit donc d'une évaluation de la situation actuelle
- **d'ici 2 ans**, une projection a donc été demandée aux structures afin de préciser, en fonction de l'évolution prévisible du jeune et de son avancée en âge, la prise en charge qui sera nécessaire dans un futur proche avec, notamment, pour objectif d'anticiper les besoins de places dans le secteur adultes

### Orientation souhaitée pour les jeunes souffrant de TED accueillis dans le médico-social en Dordogne

Catégorie d'établissement préconisée	Besoin de réorientation		Ensemble
	<i>immédiat</i>	<i>dans moins de 2 ans</i>	
IME spécialisé pour autistes	2	3	5
SESSAD		1	1
Etab. pour polyhandicapés	1		1
Hôpital de jour	3*		3
Hospitalisation avec internat	2		2
<b>TOTAL secteur enfants</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
ESAT	3	9	12
ESAT ou foyer occupationnel		1	1
ESAT ou FAM		1	1
Foyer occupationnel	5	11	16
FAM		8	8
MAS			
Prise en charge adultes (non précisée)	1		1
<b>TOTAL secteur adultes</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>39</b>
<b>TOTAL général</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>51</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

\* dont 1 également en IME

Une réorientation a été jugée nécessaire pour près de la moitié des jeunes (47%, ce qui est un peu plus fréquent qu'en moyenne en Aquitaine, 43%). *En outre, notons que pour 20 jeunes âgés de 16 et 17 ans, aucun projet d'orientation n'a été formulé pour le moment mais ils seront probablement assez rapidement candidats à une orientation vers le secteur adultes.*

Pour un tiers des jeunes concernés, cette réorientation devrait être mise en œuvre dans les meilleurs délais ; pour les deux autres tiers, elle est à envisager dans les 2 prochaines années.

Moins du quart d'entre eux (23,5%) vont continuer à relever du secteur enfants et adolescents. Le maintien dans le médico-social est souhaité pour la majorité mais avec la mise en œuvre d'une prise en charge plus adaptée à leurs TED. La pertinence d'établissements de ce type est souvent mise en avant, et notamment *"une structure à petits effectifs serait apaisante et plus adaptée"*.

Pour quelques jeunes, une prise en charge conjointe médico-social/pédopsychiatrie est souhaitée (soit de façon suivie, soit lors des phases de décompensation) mais parfois une réorientation exclusive vers la psychiatrie est demandée. Pour illustration, un jeune de 13 ans pour lequel on demande une hospitalisation à temps complet *"jeune qui nécessiterait une structure de soins intensifs, inexistante sur le département... en danger et dangereux dans l'IME..."*

### **Plus des trois quarts de ces jeunes devraient être dirigés vers le secteur adultes.**

On constate que c'est l'orientation "foyer occupationnel" qui est la plus demandée (près d'un cas sur deux). Ce choix paraît quelque peu contradictoire avec le besoin de soins largement mis en avant pour ce public et la nécessité d'avoir un taux d'encadrement élevé pour assurer l'accueil dans les meilleures conditions, ce que permettrait plutôt une MAS ou un FAM.

Les résultats de cette étude pour le secteur adultes (seconde partie de ce rapport) viennent d'ailleurs conforter les réserves que l'on peut émettre par rapport à ce choix prioritaire puisque **74% des prises en charge actuelles d'adultes présentant des TED en foyers occupationnels sont considérées comme inadéquates en Dordogne.**

On note parfois que les équipes peuvent hésiter entre 2 types de structures, ce qui tient principalement à 2 facteurs : l'évolution des capacités du jeune concerné et les exigences des structures pressenties.

Par ailleurs, pour ces jeunes qui sont en attente d'une place dans le secteur adultes, des délais de mise en œuvre des orientations parfois beaucoup trop longs sont déplorés, comme pour ce jeune de 24 ans, en IME, *"ayant relativement bien cicatrisé ses troubles psychotiques mais demeurant extrêmement fragile et trouvant l'attente de place en CAT longue"*.

### **Besoins de places en Dordogne pour des jeunes atteints de TED selon la catégorie de structures compte tenu des flux de sortie potentiels**

Catégorie de structures	Estimation globale des besoins	Places pouvant se libérer si les orientations souhaitées se réalisent	Différence entre places potentiellement libérées et places nécessaires
IME	27	44	- 11
SESSAD déficience intellectuelle	6		
ITEP	5	1	4
Etab pour polyhandicapés	1		1
Institut éducation auditive	1		1
CMP - CATTP pour enfants	1	16	0
CMP- CATTP pour adolescents	21		15
Hôpital de jour pour enfants	41		33
Hôpital de jour pour adolescents	7		6
Hospitalisation complète adolescents	2		2
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>		<b>62</b>

Source : DRASS, Etude TED 2005-2006 - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**En Dordogne**, pour les jeunes présentant des TED, **les difficultés de prise en charge sont particulièrement sensibles au niveau de la pédopsychiatrie** notamment en raison de l'insuffisance des capacités de prise en charge en hôpital de jour (essentiellement concentrée sur le secteur 2 Périgueux).

Au niveau du médico-social, si les orientations des plus âgés en direction du secteur adultes pouvaient se faire (pour cela une quarantaine de places seraient nécessaires dans diverses catégories d'établissement), les places souhaitées en IME pourraient se voir libérer. Pour autant, une attention particulière doit être portée aux caractéristiques de ces places d'IME qui ne sont pas toutes des places spécifiques pour autistes. Elles ne sont donc pas nécessairement adaptées aux particularités de ce public et pourront, de plus, être réoccupées par des enfants handicapés ne présentant pas de TED.

**Jeunes présentant des TED**  
**tableau récapitulatif des principaux indicateurs étudiés**

	Dordogne	Aquitaine
Nombre de jeunes avec TED	241	2299
Répartition pédopsychiatrie – médico-social	49,4% - 50,6%	51,1% - 48,9%
<b>Nb de jeunes dans la pédopsychiatrie</b>	<b>119</b>	<b>1146</b>
% de prises en charge pédopsychiatrique à faire évoluer	35,2	16,2
% de jeunes à réorienter vers le médico-social	27,7	21,5
<b>Nb de jeunes dans le médico-social</b>	<b>122</b>	<b>1098</b>
% de jeunes pris en charge dans structure ou section agréée spécifiquement autisme / TED	64,8	34,6
%de jeunes scolarisés en milieu ordinaire	20,4	7,8
% non scolarisés	24,1	39,3
% de jeunes bénéficiant d'une prise en charge conjointe	23,1	21,8
% de prises en charge inadéquates	9,3	30,4
% besoin de prise en charge complémentaire	2,8	11,9
% besoin de réorientation immédiat	12,0	16,1
% besoin de réorientation d'ici 2 ans	31,5	26,8

# 2<sup>ème</sup> partie

## Les adultes

## Champ de l'enquête et taux de réponse

L'enquête réalisée par questionnaire a concerné :

- les 6 secteurs de psychiatrie générale et la Fondation John Bost ; tous ont participé
- les structures médico-sociales pour adultes handicapés en fonctionnement au jour de l'enquête (1er mars 2006), soit 26 structures.

Le CRRFP (Centre de rééducation, réadaptation et formation professionnelle) et les entreprises adaptées de Dordogne n'ont pas participé à l'enquête. Cela peut vraisemblablement être mis en relation avec le fait que ces structures ne sont pas vraiment concernées par la question de l'autisme et des TED. Cela s'est d'ailleurs vérifié sur le plan régional, où sur les 11 entreprises adaptées et les 4 CRRFP qui ont participé à l'étude, aucun n'accueillait de personne présentant ce diagnostic.

Pour les ESAT, foyers occupationnels, FAM et MAS, le taux de réponses est de 71%, ce qui est le plus fort taux départemental observé. Pour les non-répondants :

- o ils ont été interrogés par téléphone pour dénombrer les personnes atteintes d'autisme ou de TED présentes dans la structure et, dans la mesure du possible, la proportion des personnes pour lesquelles la prise en charge ne semble pas adaptée. Le recensement est ainsi complet en Gironde et dans les Landes.
- o lorsque ces informations n'étaient pas disponibles, un redressement statistique a été réalisé, afin d'estimer la population totale des personnes atteintes de TED dans le secteur médico-social (en Dordogne, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques).

## 1. Estimation quantitative globale

L'enquête a permis de repérer en Dordogne 587 adultes présentant des troubles envahissants du développement. En tenant compte des possibles doubles-comptes<sup>15</sup> et extrapolant les résultats pour les structures qui n'ont pas répondu à l'enquête, le nombre d'adultes doit se situer entre 536 et 634.

**Répartition des adultes présentant des TED en fonction du cadre de prise en charge**  
**Prévalence des TED pour 10 000 habitants de 20-59 ans**

	Nombre d'adultes avec TED				TOTAL	Nombre total de 20-59 ans	Prévalence	
	Psychiatrie	médico-social		Taux Minimal			Taux maximal	
		<i>Selon enquête</i>	<i>Recensement complémentaire</i>					<i>Extrapolation statistique</i>
<b>Dordogne</b>	313	274		47	<b>536 – 634</b>	202 059	26,5	31,4
<b>AQUITAINE</b>	814	940	135	120	<b>1717 – 2009</b>	1 640 354	10,5	12,2

Source : DRASS, Etude TED 2005-2006 – Exploitation CREAHI d'Aquitaine

La Dordogne accueille près du **tiers des adultes autistes ou atteints de TED repérés en Aquitaine** (38,5% pour la psychiatrie et plus du quart pour le médico-social).

Ce fait est lié à l'offre de service de la **Fondation John Bost**, où l'on retrouve 406 des 587 personnes présentant des troubles envahissants du développement dénombrées en Dordogne (69%)<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> au nombre de 51 en Dordogne, 172 en Aquitaine

<sup>16</sup> se répartissant en 261 des 313 personnes prises en charge en psychiatrie en Dordogne (soit 83%) et 145 des 274 personnes dans le médico-social (53%).

## 2. Le cadre de prise en charge

Voir en annexe : cartes des lieux de prise en charge des personnes avec TED

### 2.1 - Dans les services de psychiatrie

La grande majorité des adultes suivis par la psychiatrie est accueillie en hospitalisation complète (82%), mode d'accueil plus développé que sur l'ensemble de l'Aquitaine (70%).

Cadre de mise en oeuvre de la prise en charge des adultes avec TED dans la psychiatrie<sup>17</sup>

	Dordogne <sup>18</sup>		AQUITAINE	
	effectif	%*	effectif	%
CMP	20	6,4	83	10,2
CATTP	2	0,6	12	1,5
Hôpital de jour	8	2,6	68	8,4
Hospitalisation complète	258	82,4	569	69,9
Autres	6	1,9	27	3,3
Non précisé	19	6,1	55	6,8
Ensemble	313	100	814	100

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

### 2.2 - Dans le secteur médico-social

Deux tiers des adultes atteints de TED pris en charge dans le médico-social en Dordogne sont en FAM ou en MAS (plus de la moitié sont plus précisément au sein des structures médico-sociales de John Bost). Un quart est en foyer occupationnel.

Cadre des prises en charge médico-sociales des adultes présentant des TED en Dordogne

	ESAT	Foyer occupationnel	FAM	MAS	FAM – MAS (John Bost)	TOTAL
Nb de personnes	21	68	16	24	145	274
Proportion	7,7%	24,8%	5,8%	8,8%	52,9%	100%

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Répartition des personnes atteintes de TED selon la catégorie de structures

	ESAT		Foyer occupationnel		FAM / MAS		TOTAL	
	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine
Nbre de personnes avec TED	21	189-246	68-115	271-342	185	480-607	274-321	940-1195
Effectif total places installées <sup>19</sup>	582	5065	337	2159	271	1254	1190	8478
% de personnes avec TED	3,6%	3,7%-4,9%	20%-34%	13%-16%	68%	38%-48%	23%-27%	11%-14%

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – PRIAC - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les personnes atteintes de TED constituent le public le plus représenté dans les FAM / MAS de Dordogne.

Pourtant, peu de places dans ce type de structures sont spécifiquement agréées pour ce public : 16% des places de MAS en Dordogne, 11,5% en FAM<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> voir le descriptif réglementaire des différentes modalités en annexe 2

<sup>18</sup> voir tableau détaillé par tranche d'âge en annexe 9

<sup>19</sup> Source : STATISS 2007, <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>, places installées au 1<sup>er</sup> janvier 2006

<sup>20</sup> Source : DDASS - places financées au 31/12/2007

### 3. Origine géographique

Dans les services publics hospitaliers de psychiatrie, compte tenu du principe de sectorisation qui prévaut, les patients sont en général originaires du département qui assure la prise en charge (96% d'entre eux en Dordogne).

Ce n'est, par contre, pas le cas pour John Bost. Il faut noter toutefois que depuis 1990, le recrutement y serait redevenu majoritairement régional.

Origine	Dordogne	Aquitaine <sup>21</sup>
Département de prise en charge	27,8 %	54 – 59,0 %
Département limitrophe	23,0 %	10 – 15 %
Autre département	49,2 %	31 %
Origine non précisée	-	0,2 %
<b>Ensemble</b>	<b>100%</b>	<b>100 %</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Dans le secteur médico-social, aucune personne présentant des TED et travaillant en ESAT n'est originaire d'un autre département. Au contraire, en foyer occupationnel, 19% de ce public viennent d'un autre département et en FAM et MAS, le taux atteint 38% du fait de la grande zone de recrutement de la Fondation John Bost.

#### Effectif et proportion de personnes originaires d'un autre département en Dordogne et Aquitaine en fonction du type de structure assurant la prise en charge

	Dordogne		Aquitaine	
	Effectif	%	Effectif	%
ESAT	0	0%	1	<1%
Foy. occupationnel	13	19%	23	11%
FAM / MAS	70	38%	107	22%
Ensemble	83	30%	131	15%

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

### 4. Structure par âge

#### En psychiatrie générale :

Globalement, 10% des personnes ont entre 18 et 25 ans, plus des deux tiers entre 25 et 59 ans et 20% ont 60 ans ou plus. C'est la **forte proportion de personnes dans cette dernière classe d'âge qui constitue la principale caractéristique de la Dordogne**, du fait de la population accueillie à John Bost<sup>22</sup>.

#### Dans le médico-social :

L'âge moyen des personnes avec des TED prises en charge dans le médico-social en Dordogne est de 43 ans en foyer occupationnel (40 ans pour l'Aquitaine) et 47 ans en FAM / MAS, ce qui est plus élevé qu'en moyenne régionale (40 ans).

<sup>21</sup> Comme John Bost, l'Hôpital Marin d'Hendaye accueille un public majoritairement originaire d'un autre département que celui d'implantation. Ces deux structures représentant plus de 420 personnes, cela explique le relativement faible taux de recrutement aquitain (« faible » pour le secteur psychiatrique) dans le département d'implantation (moins de 60%). En excluant ces 2 structures, 96% des prises en charge en Aquitaine se font dans le département de résidence.

<sup>22</sup> Et là encore on retrouve ce phénomène dans les Pyrénées-Atlantiques avec l'Hôpital Marin.

Dans ce département, trois quarts des personnes avec des TED en FAM / MAS ont 40 ans ou plus et 45% ont 50 ans ou plus. Ces valeurs sont bien plus élevées que dans les autres départements aquitains, donnant l'image d'une **population atteinte de TED vieillissante**.

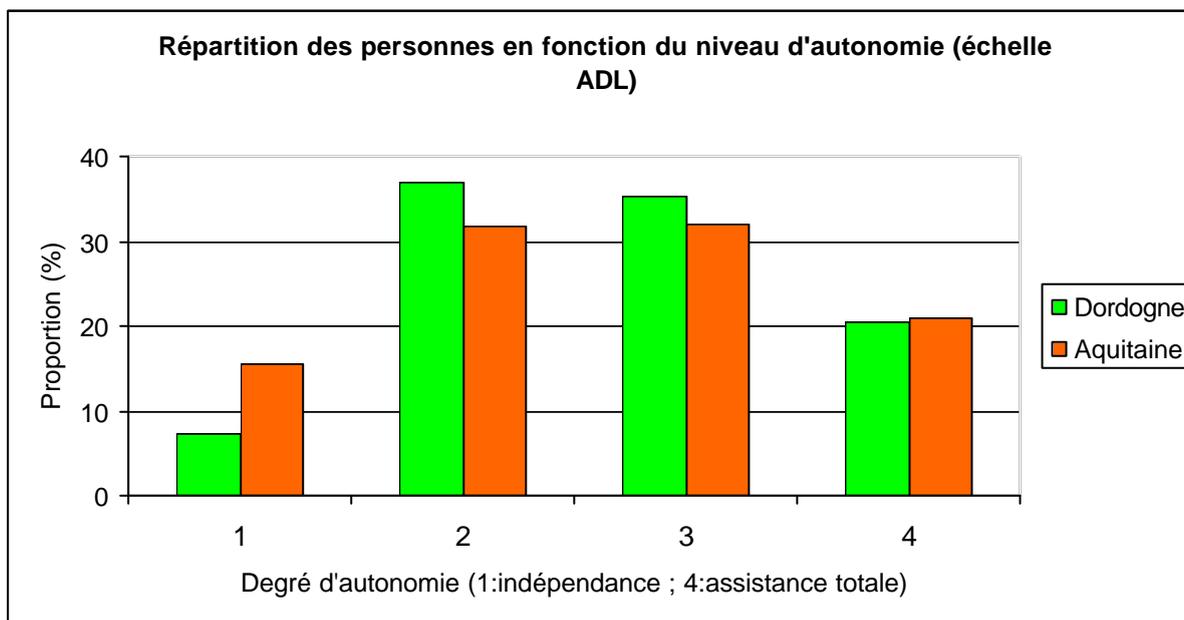
**Eléments sur l'âge des usagers atteints de TED des FAM et MAS**  
*Comparaison Dordogne / Autres départements d'Aquitaine / Région entière*

		Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques	Dordogne	Aquitaine
Age moyen		de 31 à 36 ans	<b>47 ans</b>	40 ans
Proportion	de 40 ans ou plus	Moyenne : 31% (Valeurs extrêmes : <b>21%-39%</b> )	<b>75%</b>	48%
	de 50 ans ou plus	Moyenne : 9% (Valeurs extrêmes : <b>3%-12%</b> )	<b>45%</b>	23%
	des moins de 30 ans	Moyenne : 36% (Valeurs extrêmes : <b>33%-52%</b> )	<b>4%</b>	23%

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

## 5. L'autonomie

Le niveau de dépendance physique des personnes suivies par la psychiatrie a été évalué à partir de l'échelle ADL (Activity daily life)<sup>23</sup>.



Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**Une dépendance importante est observée pour plus de la moitié des personnes** (55,7% cotées 3 ou 4), ce qui implique le besoin d'une assistance partielle ou totale. Si ce taux est relativement proche de la valeur régionale (52,9%), c'est pour les forts taux d'autonomie que les différences sont importantes : 7,3% seulement des personnes ayant une « indépendance complète ou modifiée » (cote 1) en Dordogne, contre 15,5% en Aquitaine.

<sup>23</sup> Cf. présentation de cette échelle dans la partie « Enfants et adolescents », chapitre 5

## 6. Diagnostic

### 6.1 - Le diagnostic des adultes suivis par la psychiatrie

#### Répartition des adultes en psychiatrie en fonction du diagnostic en référence à la CIM 10

Nature du diagnostic	Dordogne		Aquitaine	
	Effectif	%	Effectif	%
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	23	7,6	210	30,7
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	45	14,9	71	10,4
Syndrome de Rett	0	0,0	15	2,2
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	9	3,0	26	3,8
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés	0	0,0	3	0,4
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	3	1,0	7	1,0
Autres troubles envahissants du développement	199	65,7	243	35,5
Troubles envahissants du développement sans précision	24	7,9	109	15,9
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>	<b>684</b>	<b>100,0</b>
Aucune information communiquée	10		130	
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>		<b>814</b>	

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les "autres troubles envahissants du développement", constituent le diagnostic le plus fréquemment posé en Dordogne (66%), cette catégorie concerne des troubles qui n'ont pu être répertoriés parmi les autres diagnostics de cette rubrique de la CIM 10.

A l'inverse, c'est en Dordogne que les diagnostics d'autisme infantile et d'autisme atypique sont les moins fréquents (22,5% contre 48 à 66 % dans les 4 autres départements aquitains).

### 6.2 - Le diagnostic des adultes suivis par le médico-social

#### Répartition des adultes suivis par le médico-social en fonction du diagnostic en référence à la CIM 10

Nature du diagnostic	Dordogne		Aquitaine	
	effectif	%	effectif	%
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	55	20,1	305	34.7%
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	42	15,3	141	16.0%
Syndrome de Rett	0	0,0	4	0.5%
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	17	6,2	108	12.3%
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés	1	0,4	3	0.3%
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	0	0,0	4	0.5%
Autres troubles envahissants du développement	89	32,5	145	16.5%
Troubles envahissants du développement sans précision	70	25,5	170	19.3%
<b>TOTAL</b>	<b>274</b>	<b>100,0</b>	<b>880</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

**L'autisme** (typique, type Kanner, ou atypique, syndrome autistique incomplet ou apparu après 3 ans) **concerne un peu plus d'un tiers des adultes en Dordogne**. Ces diagnostics concernent particulièrement peu de personnes en foyers occupationnels (5,5% des TED) et plus de 40% dans les FAM et MAS, ce qui témoigne d'une plus forte médicalisation des formes les plus « lourdes » des TED dont souffrent les personnes.

**Répartition suivant le diagnostic (CIM 10)  
des adultes en fonction du type de structure médico-sociale qui les suit**

Diagnostic	ESAT		Foyers occupationnels		FAM / MAS	
	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine
Autisme infantile	71%	18.0%	4%	31.3%	20%	42.7%
Autisme atypique	14%	15.9%	1.5%	11.8%	20.5%	17.9%
Syndrome de Rett		0%	-	0.5%	-	0.6%
Autre trouble désintégratif de l'enfance	14%	24.9%	7%	16.1%	5%	5.6%
Hyperactivité + retard mental et mouvements stéréotypés		0%	-	0.5%	0.5%	0.4%
Syndrome d'Asperger		0%	-	0.9%	-	0.4%
Autres TED		9.5%	16%	7.1%	42%	23.3%
TED sans précision		31.7%	71%	31.8%	12%	9.0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

## 7. Les conditions de prise en charge dans le secteur médico-social

### 7.1 - Les modalités d'accueil dans les structures médico-sociales

Les modalités d'accueil varient en fonction du type de structures. Toutes les personnes avec des TED en FAM ou en MAS bénéficient d'un hébergement complet. Cet état de fait pourrait avoir évolué, avec le développement, surtout depuis 2006, de places en accueil de jour et en hébergement temporaire dans ces structures.

En foyer occupationnel, c'est le cas de 3 personnes sur 4. Quant aux ESAT, la population atteinte de TED est trop faible pour tirer des conclusions, mais près de la moitié de ces travailleurs handicapés dispose d'une place en foyer d'hébergement.

#### Mode de prise en charge

	ESAT		Foyers occupationnels <sup>24</sup>		FAM / MAS		Ensemble	
	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine
<b>Hébergement complet</b>	10 (48%)	27 (14%)	52 (*) (76%)	199 (79%)	185 (100%)	446 (93%)	247 (90%)	<b>672</b> (73%)
<b>Héb. semaine / modulé</b>	4 (19%)	6 (3%)	-	24 (10%)	-	9 (2%)	4 (2%)	<b>39</b> (4%)
<b>Accueil de jour</b>	7 (33%)	156 (83%)	16 (24%)	28 (11%)	-	25 (5%)	23 (8%)	<b>209</b> (23%)
<b>TOTAL</b>	<b>21</b> (100%)	<b>189</b> (100%)	<b>68</b> (100%)	<b>251</b> (100%)	<b>185</b> (100%)	<b>480</b> (100%)	<b>274</b> (100%)	<b>920</b> (100%)

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

(\*) : Dans 2 cas, il s'agit d'un accueil de jour avec hébergement dans un foyer plus médicalisé.

<sup>24</sup> 13 personnes bénéficieraient parallèlement d'un suivi par un SAVS.

## 7.2 - Les prises en charge conjointes

**Plus de 20% des personnes bénéficient d'une prise en charge complémentaire** à celle assurée par la structure médico-sociale mais ce fait ne concerne que des personnes accueillies en foyer occupationnel ainsi que quelques travailleurs d'ESAT. Les FAM et les MAS, pour leur part, prennent en charge l'ensemble des difficultés des personnes qu'elles reçoivent, sans recours à un accompagnement extérieur complémentaire.

Les foyers occupationnels mobilisent pour près de 80% des personnes des ressources extérieures, pour un suivi psychiatrique, qu'il soit réalisé en libéral ou, plus rarement, par les services de psychiatrie générale. **Cette pratique des foyers occupationnels de Dordogne est un élément tout à fait particulier en Aquitaine.** Il est à mettre en parallèle avec le faible taux de prises en charge jugées adaptées dans ces structures en Dordogne (26%), sur lequel nous reviendrons plus loin, et ce, malgré donc, ce recours à l'environnement pour étayer l'accompagnement.

**Nature et type des prises en charge conjointes**

Part des personnes ayant une prise en charge complémentaire	ESAT		Foyers occupationnels		FAM / MAS		Ensemble		
	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	Dordogne	Aquitaine	
	24%	31%	79%	34%	0%	1%	22%	15%	
Accueil de jour occupationnel	5	5	0	0	0	0	5	5	
Autre médico-social	0	0	2	4	0	1	2	5	
Suivi psy-chiatrie	CMP / CATTP	0	27	5	7	0	0	5	34
	Hôpital de jour, CHS	0	8	0	4	0	1	0	13
	En libéral	0	17	47	54	0	1	47	72
Autres	0	1	0	2	0	3	0	6	
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>59</b>	<b>135</b>	

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

## 7.3 - Age à l'entrée et ancienneté des prises en charge

Les personnes présentant des TED sont présentes en moyenne depuis 8 ans dans la structure qui assure actuellement la prise en charge. **Cette moyenne est plus faible en FAM / MAS (7 ans) et plus élevée en ESAT (12 ans).**

Si ces durées s'échelonnent sur une large amplitude, de quelques mois à 26 ans, plus du tiers des entrées ont eu lieu dans les deux années précédentes (36%) et plus de la moitié dans les 5 dernières années (51%). A l'inverse, près d'un quart des personnes sont prises en charge depuis 15 ans ou plus (23%).

**Age des personnes au moment de l'admission et ancienneté de la prise en charge**

		ESAT	Foyer occupationnel	FAM / MAS	Ensemble
Age à l'entrée	Dordogne : moyenne	23 ans	35 ans	39 ans	37 ans
	<i>maximum</i>	<i>35 ans</i>	<i>53 ans</i>	<i>59 ans</i>	<i>59 ans</i>
	Aquitaine : moyenne	25 ans	29 ans	32 ans	30 ans
	<i>maximum</i>	<i>51 ans</i>	<i>53 ans</i>	<i>59 ans</i>	<i>59 ans</i>
Ancienneté de la prise en charge	Dordogne : moyenne	12 ans	8 ans	7 ans	8 ans
	<i>maximum</i>	<i>26 ans</i>	<i>22 ans</i>	<i>23 ans</i>	<i>26 ans</i>
	Aquitaine : moyenne	13 ans	11 ans	7 ans	10 ans
	<i>Maximum</i>	<i>35 ans</i>	<i>45 ans</i>	<i>24 ans</i>	<i>45 ans</i>
	France <sup>25</sup> : moyenne	11 ans	9,5 ans	5 ans en FAM 8 ans en MAS	Non disponible

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

<sup>25</sup> Données ES 2001 - Barreyre et coll. (2005) – voir en bibliographie

## 8. Adéquation des prises en charge dans la psychiatrie

### 8.1 - Les modalités de prise en charge à faire évoluer

Une évaluation de l'adéquation de la prise en charge psychiatrique a été réalisée par les praticiens concernés.

Il s'avère que pour **31% des adultes la prise en charge n'est pas (ou plus) adaptée** à leurs besoins (ce qui est sensiblement inférieur à la moyenne régionale qui se situe entre 37 et 45 %).

**Adéquation des prises en charge psychiatriques  
et nature quand un changement de modalités est nécessaire**

	Effectif d'adultes suivis	Prises en charge psychiatriques non adaptées		Nature des changements nécessaires	
		Effectif	%	CMP-CATTP vers hospitalisation complète	Unité spécialisée
18-24 ans	24	8	33 %		
25-59 ans	215	75	35 %	1	
60 ans et +	65	13	20 %	1	1
Age non précisé	9	-	-		
<b>ENSEMBLE</b>	<b>313</b>	<b>96</b>	<b>31,5 %</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les besoins de modification des modalités d'accompagnement psychiatrique sont peu fréquents en Dordogne ; 3 personnes devraient recevoir une prise en charge plus "lourde", en hospitalisation complète ou en unité spécialisée.

Pour les autres, il s'agit très fréquemment de mobiliser, parallèlement à la psychiatrie, l'appui d'une structure médico-sociale. Plus rarement, une prise en charge médico-sociale sans prise en charge psychiatrique est préconisée.

### 8.2 - Les besoins de prise en charge médico-sociale

Outre les inadéquations au niveau des modalités de mise en œuvre de la prise en charge psychiatrique, l'étude a permis de repérer les besoins de ces adultes en terme de prise en charge médico-sociale.

**Nature des prises en charge médico-sociales nécessaires**

Type de structure	Besoin d'une prise en charge médico-sociale			
	Nb concerné	% des 313 personnes repérées	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire
ESAT	3	1,0	3	
Foyer occup.	6	1,9	5	
FAM	38	12,1	38	
MAS	43	13,7	39	
Autres / non précisé	5 (*)	1,6	1	3
<b>ENSEMBLE</b>	<b>95</b>	<b>30,4</b>	<b>86</b>	<b>3</b>

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

(\*) : l'une de ces réorientations préconisées concerne un EHPAD

**C'est ainsi que, pour 30% des personnes, une prise en charge médico-sociale a été estimée nécessaire** ; la moyenne régionale se situe entre 36% et 43%.

La Dordogne est ainsi un des départements où les prises en charge médico-sociales sont le moins demandées pour les personnes atteintes de TED prises en charge en psychiatrie générale. Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit, on l'a vu, de continuer la prise en charge psychiatrique conjointement avec une prise en charge médico-sociale.

Les orientations vers les FAM et MAS représentent 85% des besoins.

## 9. Adéquation des prises en charge dans le médico-social

En Dordogne, **81% des prises en charge actuellement mises en œuvre ont été jugées adaptées** par les équipes qui en ont la responsabilité. C'est un des départements où la situation des adultes avec TED est jugée **la plus favorable** ; en moyenne au niveau aquitain, 74% des prises en charge ont été estimées satisfaisantes.

**Il existe un lien très net entre le type d'établissement et l'adéquation de la prise en charge :**

- ESAT : 95% de prises en charge jugées satisfaisantes, il n'y a, en fait, qu'une seule personne dont la prise en charge est jugée inadéquate ;
- Foyers occupationnels : 26%, 50 situations jugées insatisfaisantes ; 3 sur 3 dans un foyer, 47 sur 65 dans un second, et ce, on l'a vu, malgré un très large recours aux psychothérapeutes libéraux.
- FAM et MAS : 100%, toutes les situations étant jugées satisfaisantes.

*Rappelons que ces données n'évaluent pas la couverture des besoins mais bien l'adéquation des prises en charge mises en œuvre.*

### 9.1 - Raisons des inadéquations

Les raisons invoquées par les structures pour expliquer l'inadéquation de la prise en charge actuelle sont multiples (en moyenne, près de 2 par situation insatisfaisante).

**Nature des difficultés identifiées par les structures**

	Dordogne		AQUITAINE	
	effectif	% *	effectif	% *
Taux encadrement insuffisant	44	86%	180	80%
Besoin formation du personnel	6	12%	54	24%
Inadaptation pratiques de soins	4	8%	80	35%
Inadaptation pratiques éducatives	1	2%	77	34%
Inadaptation pratiques pédagogiques	-	-	57	25%
Durée prise en charge insuffisante	9	18%	94	42%
Cohabitation difficile avec autres usagers	12	24%	48	21%
Inadéquation modalité d'accueil	11	22%	9	4%
Absence association de la famille au projet	-	-	8	4%
Eloignement du domicile familial	8	16%	13	6%
<b>Ensemble</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>	<b>226</b>	<b>100%</b>

Majoritairement, en Dordogne (au niveau des foyers occupationnels puisqu'on y retrouve 50 des 51 inadéquations recensées), comme en Aquitaine (tous établissements confondus), c'est un **taux d'encadrement insuffisant** qui explique une difficulté rencontrée avec une personne atteinte de TED.

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux

Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

\* pourcentage rapporté à l'ensemble des personnes pour lesquelles la prise en charge a été jugée inadéquate

En Dordogne, quelques raisons apparaissent de façon différente de celles invoquées sur l'ensemble de la région :

- l'accent est particulièrement mis sur l'éloignement du domicile familial
- à l'inverse, les manques au niveau de l'apport éducatif ou encore des soins, sont assez peu mis en avant. De la même façon, la durée des prises en charge ne pose pas non plus de problèmes fréquents, puisque l'accueil se fait en général en hébergement complet.

## 9.2 - Besoin de prises en charge complémentaires et de réorientation

Pour 41 personnes (15% du public recensé), **une prise en charge complémentaire** à celle assurée actuellement par le foyer occupationnel serait nécessaire, ce qui est trois fois **plus fréquent qu'en moyenne en Aquitaine** (env. 5 %).

Pour 31 de ces personnes, c'est une prise en charge mise en œuvre par les services de psychiatrie générale qui est souhaitée, en CMP, CATTP ou hôpital de jour.

Dans 2 cas, une mesure de protection des majeurs est préconisée.

Par ailleurs, pour 7 personnes, c'est une prise en charge médico-sociale qui est préconisée ; il peut s'agir d'un foyer occupationnel spécialisé, d'un foyer d'accueil médicalisé, d'une section spécialisée pour autistes ou encore d'un lieu de vie... mais ces prises en charge « complémentaires » sont également évoquées comme pouvant être des réorientations.

Ainsi, la nécessité d'une réorientation est envisagée pour une vingtaine de personnes (11 d'entre elles ont également fait l'objet d'attentes concernant un accompagnement psychiatrique complémentaire).

Les réorientations concernent :

- un foyer spécialisé pour personnes vieillissantes : 5 personnes
- un placement familial : 4 personnes
- un hébergement / lieu de vie de petite taille à caractère occupationnel : 4 personnes
- une structure médicalisée, spécialisée pour autistes : 3 personnes
- un ESAT couplé à un hébergement : 2 personnes
- une structure médico-sociale, sans précision : 2 personnes

## 9.3 - Projection d'évolution de places selon les préconisations de la psychiatrie générale et du secteur médico-social

**Besoins de places en Dordogne pour des adultes atteints de TED selon la catégorie de structures compte tenu des flux de sortie potentiels**

Catégorie de structures	Estimation globale des besoins	Places pouvant se libérer si les orientations souhaitées se réalisent	Différence entre places potentiellement libérées et places nécessaires
ESAT / ESAT avec hébergement	5	-	5
Foyer occupationnel	6	17	-11
Foyer d'accueil médicalisé	39	-	39
Foyer / section spécialisé pour autistes	6	-	6
Maison d'accueil spécialisée	43	-	43
Foyer / section spécialisé pour résidents vieillissants	6	-	6
Placement familial (spécialisé)	4	-	4
Non précisé	6	-	6
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>17</b>	

Source : DRASS, Etude TED 2005-2006 - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Si les préconisations de la psychiatrie et des foyers occupationnels étaient suivies d'effets, plus de 110 places seraient à trouver dans le secteur médico-social.

Il s'agit très largement de places en FAM et MAS ou, tout au moins, en structures spécialisées dans l'autisme et, c'est souvent précisé, médicalisées. Dans quelques cas, la **prise en compte conjointe d'un vieillissement est à prévoir**.

Parallèlement, 17 places en foyer occupationnel se libéreraient pour accueillir des personnes dont les handicaps seraient jugés plus adaptés à l'offre de service.

## ADULTES présentant des TED

### Tableau récapitulatif des principaux indicateurs étudiés

	Dordogne	Aquitaine
Nombre d'adultes avec TED	587	1754
Répartition psychiatrie - médico-social	53 % / 47 %	46 % / 54 %
<b>Nb de TED en psychiatrie générale</b>	<b>313</b>	<b>814</b>
% de prises en charge psychiatriques à faire évoluer	1%	2,6%
% d'adultes à réorienter vers le médico-social	30%	35,7%
<b>Nb d'adultes dans le médico-social</b>	<b>274</b>	<b>940</b>
% d'adultes bénéficiant d'une prise en charge conjointe	22%	15%
% de prises en charge inadéquates	19%	26%
% besoin de réorientation médico-sociale	7%	14-15%
% besoin accompagnement en psychiatrie générale	11%	3,5%

### Éléments de synthèse : les besoins de place

#### Synthèse des besoins de places en Dordogne pour des personnes atteintes de TED

Orientation souhaitée / Prise en charge actuelle	CMP CATTP enfants	CMP CATTP adultes	Hôpital de jour enfants	Hôpital de jour ados	Hospitalisat° complete ados	IME*	SESSAD déf. intellectuels	ITEP	Institut éducation auditive	Etab. pour polyhandicapés	ESAT	ESAT ou FAM	Foyer occupationnel*	FAM*	MAS	EHPAD	Placement fam. spé adultes	Etab adultes (non précisé)
CMP- CATTP			35	6		22	5	5	1				1					
Hôpital de jour																		
CAMSP			1															
IME	1		4	1	2	5	1			1	12	2	17	8				1
ITEP			1															
Psychiatrie adulte											3		6	38	43	1		4
ESAT																		1
Foyer occupationnel		21**									2			7		5	4	2
<b>ENSEMBLE</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>41</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>53</b>	<b>43</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>

\* avec section spécifique pour autistes souvent mentionnée

\*\* en complément de la prise en charge médico-sociale

# Bibliographie

## Textes réglementaires

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique

Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement

## Rapports et Plans

Plan régional sur l'Autisme Aquitaine, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, mars 1997, 22 pages + annexes

La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives. Rapport CHOSSY, septembre 2003

[http://www.handicap.gouv.fr/point\\_presse/rapports/chossy/sommaire.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/rapports/chossy/sommaire.htm)

Plan autisme 2005-2006

[www.handicap.gouv.fr/point\\_presse/doss\\_pr/autisme2005/sommaire.htm](http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/doss_pr/autisme2005/sommaire.htm)

## Etudes et données statistiques

D. MORIZUR et C. de RICCARDIS – Les enfants et adolescents handicapés dans les établissements médico-sociaux d'Aquitaine – situation au 31 décembre 2001, DRASS Aquitaine, *Info-stat* n°80, décembre 2003

J-Y. BARREYRE, C. BOUQUET, C. PEINTRE - Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou syndromes apparentés pris en charge par les établissements ou services médico-sociaux, DREES, *Etudes et résultats*, n°396, avril 2005.

J-Y. BARREYRE, C. BOUQUET, C. PEINTRE - Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux. DREES, *Etudes et résultats*, n°397, avril 2005, 8 p

S. VANOVERMEIR et D. BERTRAND - Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés – Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001, DREES, *Série statistiques, Document de travail*, n°64, mai 2004, 260 pages.

## Autres documents

R. MISES, N. QUEMADA (dir.)- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (R 2000) – Classification internationale des maladies CIM 10 – Chapitre V Troubles mentaux et du comportement.- CTNERHI, 189 pages, mai 2002.

Autisme et troubles envahissants du développement *in Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*.- Les éditions de l'INSERM, 2002

# Annexes

<b>Annexe 1</b>	
Répartition et participation à l'enquête des structures médico-sociales pour enfants et adolescents contactées	39
<b>Annexe 2</b>	
Les principales modalités de prise en charge par les services de psychiatrie	39
<b>Annexe 3</b>	
Cadre de la prise en charge dans la pédopsychiatrie par tranche d'âges	40
<b>Annexe 4</b>	
Structures intervenant dans la prise en charge des jeunes présentant des TED selon l'agrément	40
<b>Annexe 5</b>	
Cartographies : répartition des établissements accueillant des jeunes avec TED	41
<b>Annexe 6</b>	
Tableau de correspondance entre classifications	44
<b>Annexe 7</b>	
Adéquation de la prise en charge des jeunes présentant des TED selon la catégorie de structures médico-sociales	44
<b>Annexe 8</b>	
Répartition et participation des structures médico-sociales pour adultes contactées	45
<b>Annexe 9</b>	
Cadre de la prise en charge dans la psychiatrie	45
<b>Annexe 10</b>	
Cartographies : répartition des établissements accueillant des personnes avec TED	46

## 1 - Répartition et participation des structures médico-sociales contactées

	Dordogne			Aquitaine		
	Nb structures	Nb réponses	Taux réponse	Nb structures	Nb réponses	Taux réponse
<b>CAMSP</b>	3	3	100,0	11	9	81,8
<b>Déficiência intellectuelle</b>						
IME/IMP/IMPPro	8	7	87,5	54	47	87,0
SESSAD	5	4	80,0	24	17	70,8
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>84,6</b>	<b>78</b>	<b>64</b>	<b>82,1</b>
<b>Troubles du comportement</b>						
ITEP	3	3	100,0	38	30	78,9
SESSAD				20	18	90,0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>58</b>	<b>48</b>	<b>82,8</b>
<b>Handicap moteur</b>						
établissement				8	6	75,0
SESSAD	1	0	0,0	9	6	66,7
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>70,6</b>
<b>Polyhandicap</b>						
établissement				10	7	70,0
SESSAD				4	4	100,0
<b>TOTAL</b>				<b>14</b>	<b>11</b>	<b>78,6</b>
<b>Déficiência auditive</b>						
établissement				3	3	100,0
SESSAD	1	1	100,0	3	3	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>Déficiência visuelle</b>						
établissement				1	1	100,0
SESSAD	1	1	100,0	2	2	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>86,4</b>	<b>187</b>	<b>153</b>	<b>81,8</b>

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

## 2 - Les principales modalités de prise en charge par les services de psychiatrie

(arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement )

**CMP (centres médico-psychologiques)** : unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population.

**CATTP (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel)** : ils visent à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe (qui s'appuient entre autres sur la musique, la peinture, l'expression corporelle, le théâtre). Le CATTP propose, généralement, ces activités en séquences d'une demi-journée.

**Hôpitaux de jour** : ils assurent des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.

**L'hospitalisation à temps complet** : Les soins à temps complet s'inscrivent dans un projet thérapeutique précis. Il s'agit d'instaurer un traitement plus intensif et d'utiliser l'effet de séparation qu'implique celui-ci, pour l'enfant ou l'adolescent comme pour la famille.

**L'accueil familial thérapeutique** : modalité de soins à part entière, il constitue une alternative à des hospitalisations au long cours ou permet une alternance entre famille d'accueil et famille naturelle, qui apporte un étayage nouveau au processus thérapeutique déjà engagé.

**Les visites à domicile** : selon le projet, elles sont associées ou non à d'autres modalités de soins et sont particulièrement développées pour certains groupes (nourrissons, familles à problèmes multiples). Elles nécessitent la collaboration avec les services sociaux, la PMI...

### 3 - Cadre de la prise en charge dans la pédopsychiatrie

#### par tranche d'âge (en effectif)

	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	23	-	23	-	1	47
6-11 ans	24	1	30	-	-	47
12-15 ans	17	-	-	4	1	22
16-17 ans	-	-	-	1	-	1
18 ans et plus	2	-	-	-	-	2
<b>ENSEMBLE</b>	<b>66</b>	<b>1</b>	<b>53</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>119</b>

NB – 8 enfants entre 6 et 11 ans bénéficient simultanément d'une prise en charge en CMP et en hôpital de jour

#### par tranche d'âge (en pourcentage)

	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	48,9		48,9		2,1	100,0
6-11 ans	51,1	2,1	63,8			100,0
12-15 ans	77,3			18,2	4,5	100,0
16-17 ans				100,0		100,0
18 ans et plus	100,0					100,0
<b>ENSEMBLE</b>	<b>55,5</b>	<b>0,8</b>	<b>44,5</b>	<b>4,2</b>	<b>1,7</b>	<b>100,0</b>

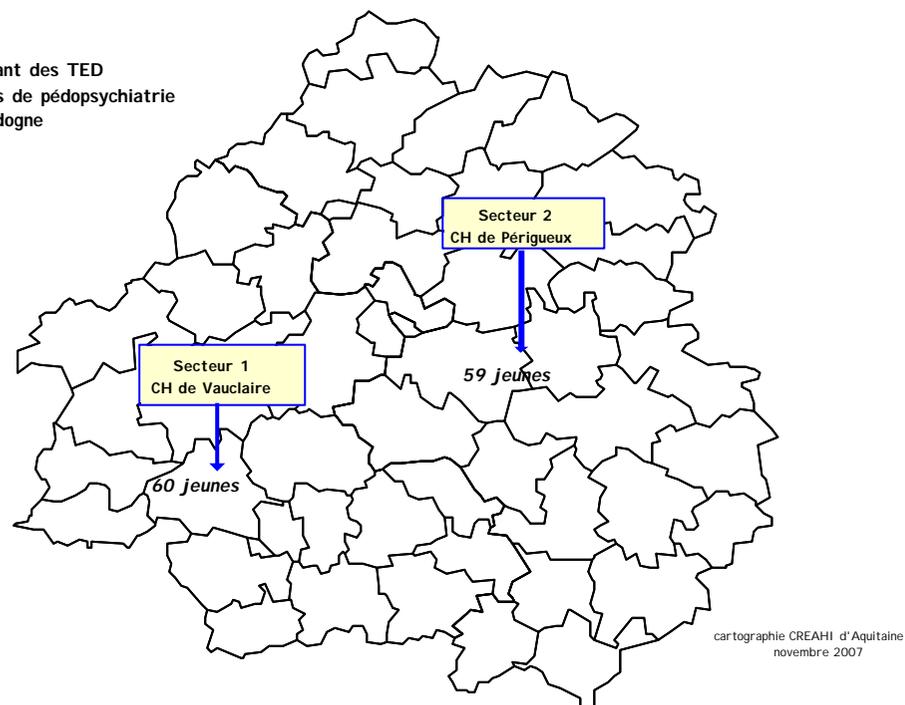
Avertissement : les pourcentages sont calculés en lignes

### 4 - Structures intervenant dans la prise en charge des jeunes présentant des TED selon l'agrément

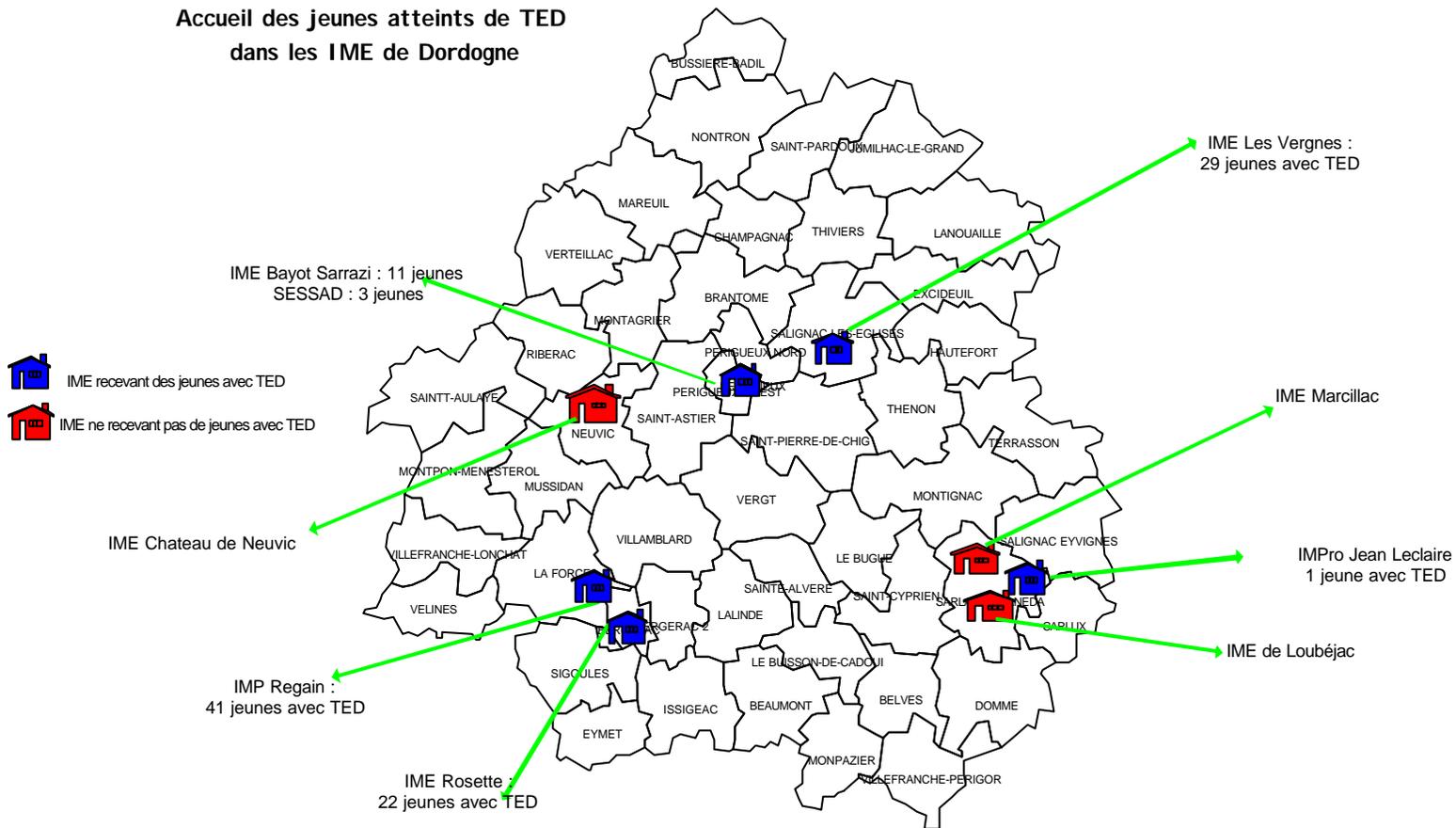
	Agrément spécifique TED / autisme	Agrément autorisant l'accueil de ce public sans qu'il soit explicitement cité	Présence d'enfants avec TED	Nombre d'enfants avec TED
SESSAD Bayot-Sarrazi			<b>oui</b>	3
SESSAD Ailhaud-Castelet (déf. visuelle)			non	
SESSAD Ailhaud-Castelet (déf. auditive)			non	
SESSAD APF			non	
IME Marcillac			non	
IMPro J. Leclair			<b>oui</b>	1
IMP Regain	<b>oui</b>		<b>oui</b>	41
IME les Vergnes	<b>oui</b>		<b>oui</b>	29
IME Rosette		<b>oui</b>	<b>oui</b>	22
IME Château Neuvic			non	
IME Bayot Sarrazi			<b>oui</b>	11
ITEP Sarlat			<b>oui</b>	1
ITEP le Chantier			non	
ITEP Ailhaud-Castelet			non	

## 5 - Cartographies

Les jeunes présentant des TED  
pris en charge par les services de pédopsychiatrie  
de Dordogne

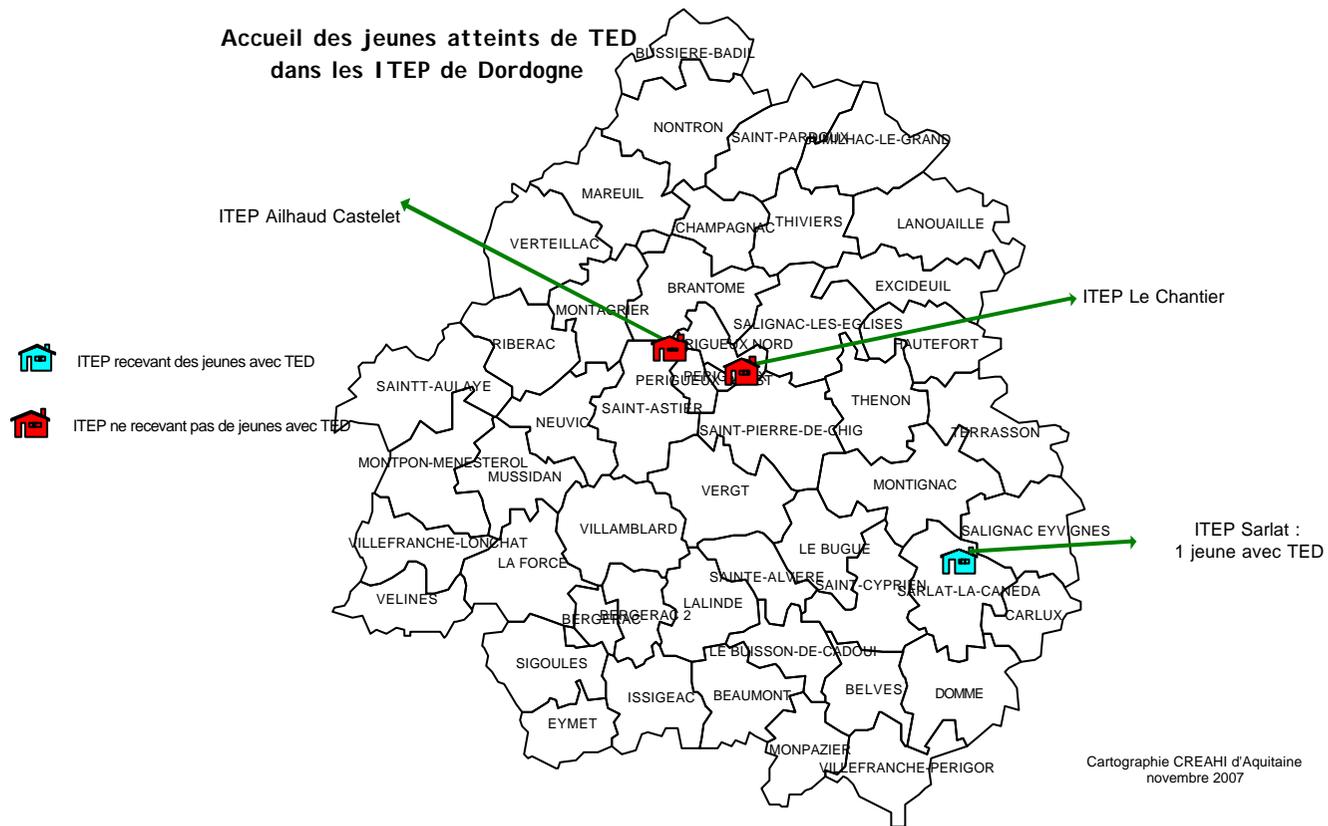


## Accueil des jeunes atteints de TED dans les IME de Dordogne



Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
novembre 2007

## Accueil des jeunes atteints de TED dans les ITEP de Dordogne



## 6 - Tableau de correspondance entre classifications

### Les troubles envahissants du développement

Le tableau qui suit permet une approche comparative de ces pathologies selon les 3 classifications consacrées (exclusivement ou en partie) aux troubles mentaux.

CIM 10 Classification internationale des maladies (OMS – 1993)	DSM IV Manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux (1994)	CFTMEA Classification Française des troubles mentaux enfants et adolescents (2000)
<i>Troubles envahissants du développement</i>	<i>Troubles envahissants du développement</i>	<i>Psychoses précoces (troubles envahissants du développement)</i>
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	Troubles autistiques	Autisme infantile précoce type Kanner
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	Troubles envahissants du développement non spécifiés (dont autisme atypique)	Autres formes de l'autisme infantile
Syndrome de Rett	Syndrome de Rett	Troubles désintégratifs de l'enfance
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	Troubles désintégratifs de l'enfance	
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés		
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	Syndrome d'Asperger	Syndrome Asperger
Autres troubles envahissants du développement		Psychoses précoces déficitaires – retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques – dysharmonies psychotiques
		Autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement

Source : ANCREAI 2005 – modifié par CREAHI d'Aquitaine

## 7 - Adaptation de la prise en charge des jeunes présentant des TED selon la catégorie de structures médico-sociales

		Déficience intellectuelle	Troubles du comportement	Polyhandicap	Déficience visuelle	Déficience auditive	ENSEMBLE
Dordogne	<i>adaptée</i>	95					95
	<i>non adaptée</i>	9	1				10
	<i>non précisé</i>	3					3

## 8 - Répartition et participation des structures médico-sociales contactées

	Dordogne			Aquitaine		
	<i>Nb structures</i>	<i>Nb réponses</i>	<i>Taux réponse</i>	<i>Nb structures</i>	<i>Nb réponses</i>	<i>Taux réponse</i>
ESAT	5	3	60 %	66	36	55 %
Foyers occupationnels	9	6	67 %	67	46	69 %
FAM	3	2	67 %	18	15	83 %
MAS	4	4	100 %	19	15	79 %
<b>Ensemble</b>	21	15	71 %	170	112	66 %

Source : Enquête DRASS 2006 auprès des établissements médico-sociaux – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

## 9 - Cadre de la prise en charge dans la psychiatrie

### par tranche d'âge (en effectif)

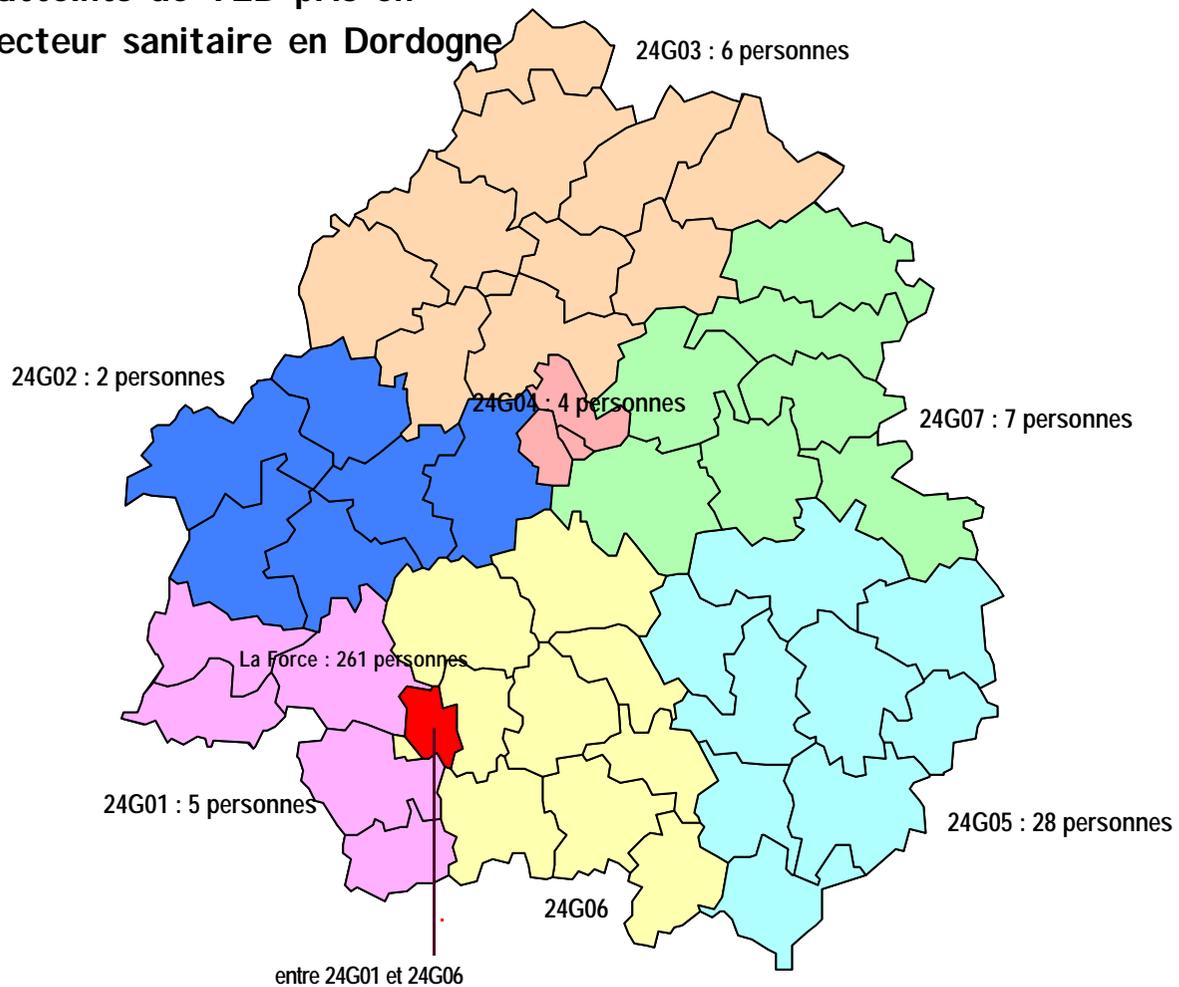
	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
18-24 ans	3	1	4	16		24
25-59 ans	16	1	4	189	5	215
60 ans et +	1			63	1	65
<b>ENSEMBLE</b>	20	2	8	268	6	304

### par tranche d'âge (en pourcentage)

	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
18-24 ans	12,5	4,2	16,7	66,7		100,0
25-59 ans	7,4	0,5	1,9	87,9	2,3	100,0
60 ans et +	1,5			96,9	1,5	100,0
<b>ENSEMBLE</b>	6,6	0,7	2,6	88,2	2,0	100,0

Avertissement : les pourcentages sont calculés en lignes

### Les adultes atteints de TED pris en charge dans le secteur sanitaire en Dordogne



## Les adultes pris en charge dans le secteur médico-social en Dordogne

