

# **Les établissements et services pour les jeunes handicapés du Lot-et-Garonne**

*Dispositif de prise en charge et population accueillie*

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

**Octobre 2008**

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>1<sup>ère</sup> partie : OFFRE DE SERVICE</b>	<b>7</b>
<b>1. Caractéristiques des agréments</b>	<b>8</b>
1.1 - Capacité d'accueil	8
1.2 - Implantation des établissements et SESSAD	9
1.3 - Mode d'accueil	11
1.4 - Population accueillie	12
<b>2. Mise en œuvre de la Loi du 2 janvier 2002 et participation des usagers</b>	<b>15</b>
2.1 - Le projet d'établissement	15
2.2 - Le livret d'accueil	15
2.3 - Le contrat de séjour et le projet personnalisé	16
2.4 - Le conseil de la vie sociale	16
2.5 - Les autres moyens d'information et de soutien des familles	17
2.6 - L'évaluation interne	18
<b>3. Les ressources humaines</b>	<b>19</b>
3.1 - Personnel médico-psychologique	20
3.2 - Personnel paramédical	21
3.3 - Personnel socio-éducatif	22
3.4 - Personnel pédagogique	23
3.5 - Personnel d'encadrement, d'administration et de services généraux	24
3.6 - Récapitulatif des personnels	25
3.7 - Soutien et formation	25
<b>4. Offre interne et pratiques en matière de scolarisation et de formation professionnelle</b>	<b>26</b>
4.1 - L'offre interne	26
4.2 - Le cadre de scolarisation	26
<b>5. Autres aspects du fonctionnement des établissements et services</b>	<b>28</b>
5.1 - Transport et dispersion des jeunes	28
5.2 - Les périodes d'ouverture et de fermeture	29
<b>6. Les partenariats</b>	<b>30</b>
<b>7. Les difficultés rencontrées</b>	<b>32</b>
7.1 - Les difficultés liées aux troubles présentés par les jeunes	32
7.2 - Les ruptures de prise en charge	32
7.3 - Les difficultés des établissements liées aux limites de l'équipement interne	33
7.4 - Les difficultés des établissements liées aux limites des dispositifs extérieurs	33
7.5 - Autres difficultés	34
<b>8. Les projets des établissements et services</b>	<b>35</b>

<b>2<sup>ème</sup> partie : LA POPULATION ACCUEILLIE</b>	<b>37</b>
➤ <b>Les sorties des ITEP et Sessad pour jeunes présentant des troubles du comportement</b>	<b>38</b>
➤ <b>Les IME, IMP et IMPro et les Sessad pour enfant déficient intellectuel</b>	<b>40</b>
<b>1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes</b>	<b>40</b>
1.1 - Sexe et âge	40
1.2 - Origine géographique	42
<b>2. Prises en charge antérieures</b>	<b>43</b>
<b>3. Motif de la prise en charge</b>	<b>45</b>
3.1 - Diagnostic principal	45
3.2 - Diagnostics complémentaires	47
3.3 - Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques	49
3.31 - <i>Les facteurs organiques</i>	49
3.32 - <i>Les facteurs et conditions d'environnement</i>	50
<b>4. La prise en charge</b>	<b>52</b>
4.1 - Modalités d'accueil	52
4.2 - La scolarité	54
4.3 - Prise en charge conjointe	55
4.4- Ancienneté de la prise en charge en cours	57
<b>5. Adéquation de la prise en charge actuelle</b>	<b>58</b>
<b>6. Projections de sortie</b>	<b>59</b>
➤ <b>Les établissements pour jeunes polyhandicapés</b>	<b>62</b>
<b>1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes</b>	<b>62</b>
1.1 - Sexe et âge	62
1.2 - Origine géographique	63
<b>2. Prises en charge antérieures</b>	<b>63</b>
<b>3. Motif de la prise en charge</b>	<b>64</b>
3.1 - Diagnostic principal	64
3.2 - Diagnostics complémentaires	65
3.3 - Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques	65
3.31 - <i>Les facteurs organiques</i>	65
3.32 - <i>Les facteurs et conditions d'environnement</i>	66
<b>4. La prise en charge</b>	<b>66</b>
4.1 - Modalités d'accueil	66
4.2 - La scolarité	66
4.3 - Prise en charge conjointe	67
4.4- Durée de la prise en charge en cours	67

5. Adéquation de la prise en charge actuelle	67
6. Projections de sortie	68
➤ Les enfants suivis par le SSEFIS	69
1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes	69
1.1 - Sexe et âge	69
1.2 - Origine géographique	69
1.3 - Scolarité	69
<b>Synthèse</b>	<b>70</b>
<b>Annexes</b>	<b>75</b>

## Introduction

Dans le cadre des travaux préalables à l'élaboration du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale volet enfance et adolescence handicapées du Lot-et-Garonne, cette étude présente plusieurs aspects qualitatifs et quantitatifs du dispositif de prise en charge pour les jeunes handicapés du département. L'objectif est d'identifier **les composantes de l'offre de prise en charge dans le département**, d'apporter des éléments d'information sur les pratiques institutionnelles et de mettre en évidence les manques repérés et les difficultés rencontrées par ces structures.

**Sont ainsi concernées dans ce rapport les structures <sup>1</sup> :**

↳ pour les jeunes déficients intellectuels : 10 IME et 6 SESSAD (dont 5 sont rattachés à un IME) :

L'IME Cazala à Damazan et le SESSAD du Confluent à Aiguillon  
L'IME de Fongrave à Layrac et son SESSAD à Agen  
L'IME Lalande à Bon-Encontre  
L'IME Le Landié à Casseneuil  
L'IME Lamothe-Poulin à Laroque-Timbaut  
L'IME Lapeyre à Layrac  
L'IME Montclairjoie à Montpezat d'Agenais et le SESSAD Lou Roucal à Castelmoron/Lot  
L'IME Solincité et son SESSAD à Escassefort  
L'IME des 3 ponts à Casseneuil  
L'IMPro de Vérone et le SESSAD Forma Pro à Foulayronnes  
Le SESSAD Trisomie 21 à Agen

↳ pour les jeunes polyhandicapés : 2 établissements <sup>2</sup>

La Cerisaie à Allez-et-Cazeneuve  
L'ISEP à Tonneins

↳ pour les jeunes déficients auditifs : 1 service

Le SSEFIS, antenne de l'INJS <sup>3</sup> à Villeneuve-sur-Lot

---

<sup>1</sup> Notons que les ITEP ont déjà fait l'objet d'une étude sur les mêmes bases méthodologiques mais réalisée quelques mois auparavant dans le cadre de la procédure de leur ré-agrément. Cf. B. MARABET. Les structures du Lot-et-Garonne pour enfants et adolescents présentant des troubles du comportement, CREAHI d'Aquitaine, février 2008, 64 pages.

<sup>2</sup> NB : Lapeyre a aussi une section annexe XXIV ter

<sup>3</sup> Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire de l'Institut national des jeunes sourds implanté à Gradignan (33).

Les dimensions étudiées sont les suivantes <sup>4</sup> :

- les caractéristiques de l'agrément des établissements et services
- la mise en œuvre de la Loi 2002-2 et la participation des usagers
- les ressources humaines en termes de qualification et de ratio d'encadrement (avec comparaison Lot-et-Garonne/France)
- les prestations offertes en termes de scolarisation et formation professionnelle
- les modes de transport proposés
- les partenariats mis en œuvre
- les difficultés rencontrées par ces établissements, liées aux publics reçus, aux limites internes ou externes
- les éventuels projets en cours

Un second volet de cette étude concerne **les caractéristiques des jeunes pris en charge dans ces structures**. L'objectif principal est d'avoir une connaissance affinée du public accueilli pour définir et ajuster, au mieux, le projet et les prestations de ces établissements et services. Cette étude de population a porté sur les jeunes présents au 1<sup>er</sup> mai 2008.

Les informations ont été recueillies à l'aide d'une fiche individuelle <sup>5</sup> comportant des questions sur :

- les caractéristiques socio-démographiques
- le cursus antérieur en terme de prise en charge
- la nature du diagnostic psychiatrique, les troubles associés et les facteurs éventuellement étiologiques au regard de la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents)
- les conditions de prise en charge : mode d'accueil, scolarisation, existence d'une prise en charge conjointe
- l'adéquation de la prise en charge actuelle compte tenu des besoins du jeune
- le projet élaboré lors de la sortie

---

<sup>4</sup> Les données ont été collectées au sein de chaque établissement à partir d'un questionnaire élaboré par le CREAHI et validé par la DDASS et les membres du comité de pilotage – réunion du 22/10/2007 (voir exemplaire en annexe) auquel tous les établissements et services concernés ont répondu.

<sup>5</sup> Voir note 2

## 1<sup>ère</sup> partie

# L'offre de service des structures du Lot-et-Garonne pour enfants et adolescents déficients intellectuels ou polyhandicapés

# 1. Caractéristiques des agréments

## 1.1 - Capacité d'accueil

Les établissements et services pour enfants et adolescents déficients intellectuels ou polyhandicapés du Lot-et-Garonne proposent globalement **549 places**<sup>6</sup> réparties ainsi :

	Capacité totale	Taux d'équipement (pour 1000 jeunes de moins de 20 ans <sup>7</sup> )		
		Lot-et-Garonne	Aquitaine <sup>8</sup>	France <sup>9</sup>
IME/IMP/IMPro	387	5,53	4,28	4,52
SESSAD déficience intellectuelle	86	1,23	0,79	1,28
<b>TOTAL IME + SESSAD</b>	<b>473</b>	<b>6,75</b>	<b>5,07</b>	<b>5,80</b>
<b>EEAP<sup>10</sup></b>	<b>46</b>	<b>0,66</b>	<b>0,51</b>	<b>0,30</b>
<b>Déficience auditive</b>	<b>30</b>	<b>0,43</b>	<b>0,65</b>	<b>0,83<sup>11</sup></b>

Le Lot-et-Garonne a **le taux d'équipement le plus élevé d'Aquitaine** en ce qui concerne les structures pour jeunes déficients intellectuels.

L'offre pour enfants polyhandicapés, bien que restreinte, est aussi plus importante que la moyenne nationale.

Le département bénéficie aussi de l'activité d'une antenne de l'INJS organisée sous forme de **SSEFIS** (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) pour les déficiences auditives graves des enfants de 3 ans et plus.

Par contre, le Lot-et-Garonne ne dispose d'aucune **structure destinée aux jeunes handicapés moteurs ou visuels**.

Globalement, le département peut se prévaloir d'un taux d'équipement de 9,6 (en intégrant les ITEP) pour 1000 jeunes de moins de 20 ans contre 10,6 au niveau régional et 8,8 au niveau national (attention : pour les données régionales et lot-et-garonnaises, nous avons retenu les données d'équipement les plus actuelles, donc celles de 2008 tandis qu'au niveau national seules celles de 2006 sont disponibles).

<sup>6</sup> Les effectifs indiqués tiennent compte :

- des 8 nouvelles places affectées au SESSAD Solincité à la rentrée 2008, portant la capacité de ce service à 13 places. A terme, 30 places devraient y être offertes pour l'année scolaire 2009/2010.
- de la réorganisation des IME de Fongrave et de Laroque-Timbaut qui sera effective en février 2009 et qui aura pour effet de diminuer la capacité d'accueil en internat de ces 2 établissements de 6 places au profit du SESSAD

<sup>7</sup> Source INSEE, au 01/01/05, jeunes de moins de 20 ans : Lot-et-Garonne = 70 018, Aquitaine = 698 394 et France métropolitaine = 15 122 894

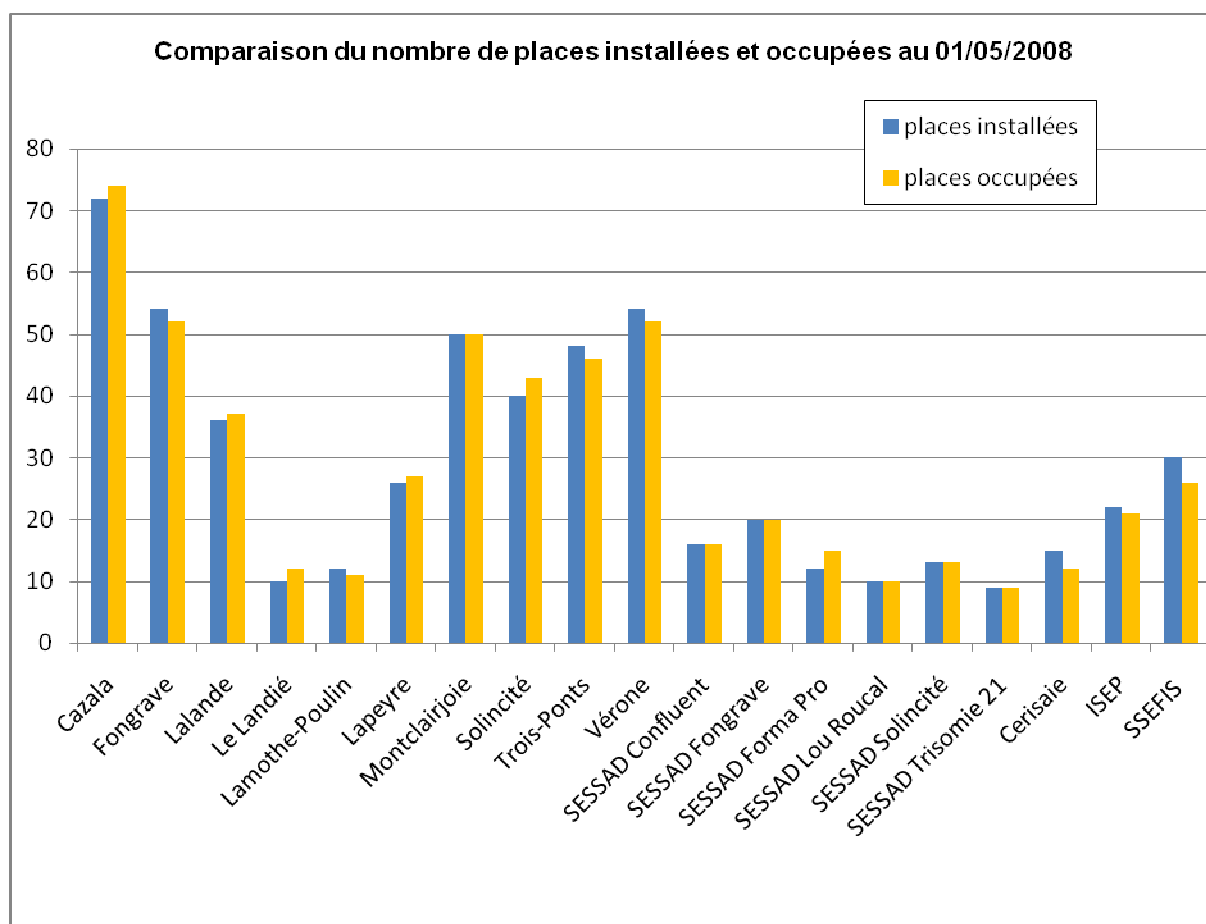
<sup>8</sup> Source : PRIAC 2008-2012 Aquitaine, document de cadrage, Les dossiers de la DRASS Aquitaine, n°54 bis, avril 2008

<sup>9</sup> Source : STATISS 2007. Dans les données disponibles au niveau national, les places de SESSAD sont dénombrées globalement sans distinction du type de handicap pour lequel ils sont agréés. Pour pouvoir comparer l'équipement lot-et-garonnais à l'équipement national, le nombre de places de SESSAD pour enfants déficients intellectuels a été estimé en appliquant à l'effectif total des places de SESSAD le pourcentage correspondant aux IME par rapport à l'ensemble des établissements.

<sup>10</sup> EEAP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés.

<sup>11</sup> Attention : ce ratio concerne l'offre pour enfants déficients sensoriels sans que l'on puisse distinguer celle destinée aux jeunes déficients auditifs de celle pour les jeunes déficients visuels.





Au 1<sup>er</sup> mai 2008, l'équilibre entre places installées (541<sup>12</sup>) et places occupées (538) était presque parfait. Des petits écarts de 2 à 3 places maximum peuvent exister en plus ou en moins au niveau de certaines structures.

## 1.2 - Implantation des établissements et SESSAD

Les différents bassins de vie du département sont inégalement équipés, celui d'Agen bénéficiant d'un taux très supérieur à la moyenne en ce qui concerne les structures destinées aux jeunes déficients intellectuels.

**Nombre de places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans**

	Déficience intellectuelle	Polyhandicap	Déficience auditive	Troubles du comportement (rappel)
Agen – Nérac	11,39	0,29		2,26
Marmande	3,57	1,25		199
Villeneuve sur Lot	3,10	0,80	1,6	1,28

**Voir carte page suivante <sup>13</sup>**

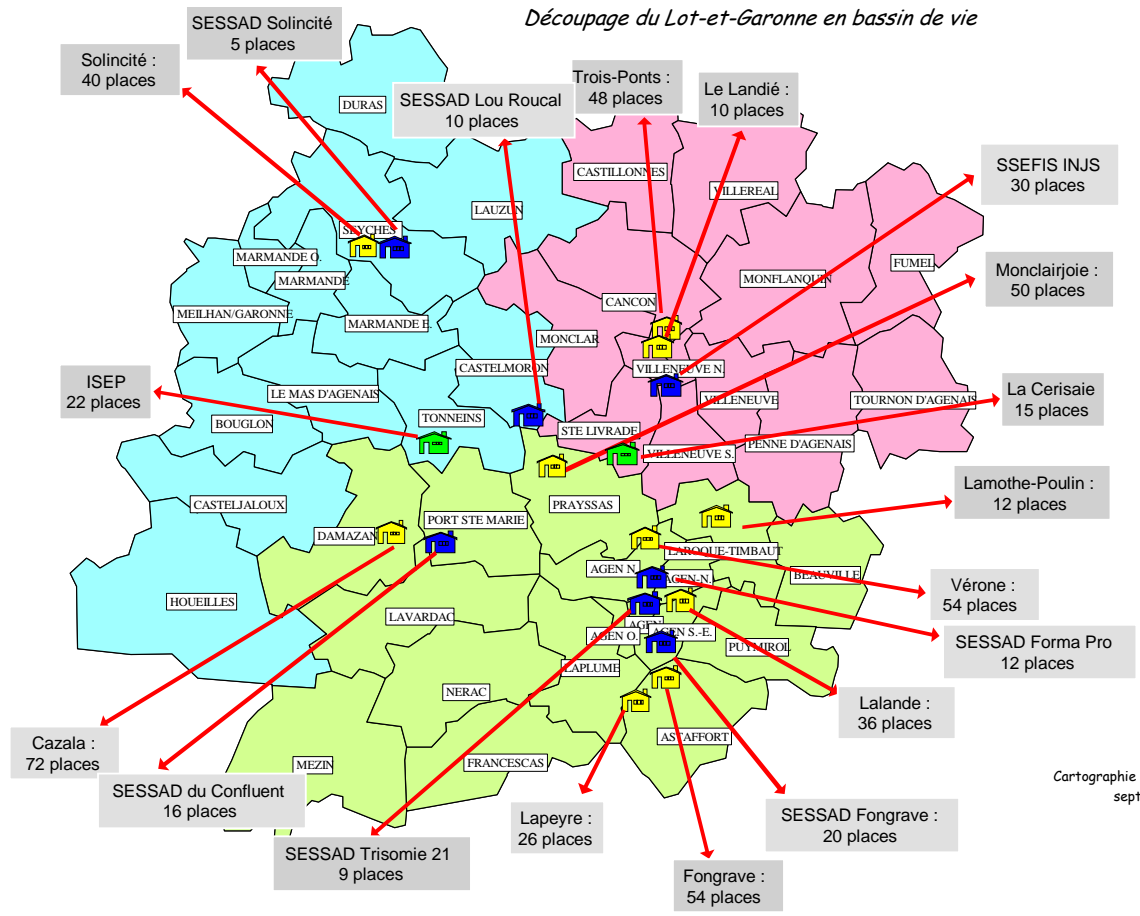
<sup>12</sup> Avant l'augmentation de la capacité d'accueil du SESSAD Solincité.

<sup>13</sup> Voir en annexe des cartes de recrutement par établissement (situation des jeunes suivis au 01/05/08).

## Répartition des établissements et SESSAD pour les jeunes handicapés

Découpage du Lot-et-Garonne en bassin de vie

-  IME/IMPro
-  SESSAD
-  EEAP



Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

En outre, ces disparités sont accentuées par le fait que l'ensemble des modalités d'accueil <sup>14</sup> ne sont pas proposées sur chacun de ces bassins de vie :

- sur le Villeneuvois : accueil uniquement en semi-internat, pas d'internat, pas de SESSAD
- sur le Marmandais : pas d'accueil en internat

Bien entendu, un établissement implanté sur un territoire n'est pas réservé aux seuls habitants de ce territoire mais ces ratios territorialisés permettent de mieux apprécier la répartition de ces établissements, répartition qui ne peut manquer d'avoir des répercussions sur les conditions d'accès.

### 1.3 - Mode d'accueil

Le Lot-et-Garonne compte :

- **473 places dans les structures médico-sociales** (établissements et SESSAD) destinées aux jeunes déficients intellectuels. Par rapport à 1994, cette capacité a augmenté assez sensiblement puisqu'elle s'élevait alors à 427 places et ce, notamment grâce au développement de l'accueil en SESSAD encore inexistant à cette date et qui représente maintenant plus de **18%** du dispositif, pourcentage supérieur à la moyenne régionale qui s'établit à 15%.  
*Notons, comme nous le verrons plus loin, que l'offre s'est, en outre, diversifiée en terme de population accueillie.*

Répartition des places pour jeunes déficients intellectuels en fonction du mode d'accueil <sup>15</sup>

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	211	44,6%
Internat <sup>16</sup>	176	37,2%
SESSAD	86	18,2%
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>100,0</b>

L'accueil en semi-internat est un peu plus souvent pratiqué que l'internat, 45% contre 37%. Les places en internat sont donc en **nette baisse** par rapport à 1994 où elles représentaient près de 60% de l'offre pour ce public. La baisse de la capacité d'accueil en internat s'est donc faite progressivement au cours de ces 15 dernières années **au profit des places de SESSAD**. Cette évolution marque la volonté des institutions de s'impliquer de manière dynamique dans les politiques d'intégration des jeunes handicapés soutenues, du côté de l'Education nationale, par un développement important de l'accueil des élèves handicapés en milieu ordinaire <sup>17</sup>.

*Notons par ailleurs, comme nous le faisons pour les ITEP, qu'aucun de ces établissements ne dispose de possibilités d'accueil en placement familial thérapeutique. Des possibilités d'accueil temporaire ne sont pas non plus mentionnées.*

<sup>14</sup> Voir le détail de l'offre par modalités d'accueil au chapitre 1.3

<sup>15</sup> Cette répartition tient compte de la nouvelle configuration de l'IME Fongrave suite à la fusion de cet établissement avec l'IMPro Lamothe-Poulin qui sera effective en février 2009.

<sup>16</sup> Seul l'IME de Lapeyre a un internat qui fonctionne de manière permanente. L'IME propose une partie de ses places d'internat sous forme d'appartements d'accession à l'autonomie.

<sup>17</sup> Voir à ce sujet le rapport « La scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire dans le Lot-et-Garonne », juin 2008, 27 pages.

- **46 places pour enfants et adolescents polyhandicapés**, une capacité d'accueil qui a diminué de 10 places depuis 1994. A cette époque, près du quart des accueils se faisaient à domicile à partir d'un service qui s'est depuis lors transformé en centre d'accueil de jour (La Cerisaie). Par ailleurs, le nombre de places en internat a été divisé par 2 au profit de l'accueil temporaire.

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

	Nombre de places	Pourcentage
Semi-internat	29	63,1%
Internat	10	21,7%
Accueil temporaire	7	12,2%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

- **30 places pour enfants déficients auditifs**, au sein d'un SSEFIS, antenne de l'INJS, qui constitue la première offre pour les enfants de cette catégorie dans le département et qui fonctionne depuis 2005.

## 1.4 – La population accueillie

En terme de troubles justifiant la prise en charge, l'étude de population a permis d'aborder la nature des pathologies présentées sur la base de la CFTMEA (classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents), les agréments donnant en général une définition assez large du public pouvant être admis.

Structure	Population accueillie selon l'agrément
<b>IME</b>	
Cazala	Déficience intellectuelle légère et moyenne
Fongrave	Déficience intellectuelle légère
Lalande	Retard intellectuel moyen avec parfois des troubles associés
Lamothe-Poulin	Déficience intellectuelle moyenne
Le Landié	Troubles envahissants du développement avec ou sans handicaps associés
Lapeyre	Population reçue au titre des annexes XXIV et XXIV ter
Montclairjoie	Déficience intellectuelle légère à moyenne avec troubles associés
Solincité	Troubles de la personnalité avec ou sans déficience
Trois-Ponts	Déficience intellectuelle moyenne
Vérone	Déficience intellectuelle légère à moyenne avec troubles associés
<b>SESSAD</b>	
Confluent	Déficience intellectuelle légère
Fontgrave	Déficience intellectuelle légère
Forma Pro	Déficience intellectuelle légère
Lou Roucal	Déficience intellectuelle légère à moyenne avec troubles associés
Solincité	Troubles de la personnalité avec ou sans déficience
Trisomie 21	Trisomie 21
<b>EAAP</b>	
ISEP	Polyhandicap
La Cerisaie	Polyhandicap et autisme
<b>Déficience auditive</b>	
SSEFIS INJS	Déficience auditive

Quelques particularités sont à noter :

- Solincité est agréé comme IME mais s'adresse à des jeunes présentant des troubles de la personnalité sans que soit nécessairement associée une déficience intellectuelle
- Lapeyre a un double agrément annexe XXIV, déficience intellectuelle, et annexe XXIV ter, polyhandicap. Toutefois, sa directrice indique que la population reçue est plutôt sur le versant du plurihandicap avec souvent des troubles envahissants du développement associés à un déficit intellectuel et parfois des troubles comitiaux<sup>18</sup>
- 2 établissements sont spécifiquement agréés pour les jeunes atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement : Le Landié (10 places) et La Cerisaie (pour 3 places sur 15) même si d'autres établissements contribuent largement à l'accueil de cette population en particulier Lapeyre et Solincité<sup>19</sup>. *Notons, par ailleurs, que l'un de ces établissements est agréé au titre des annexes XXIV, tandis que l'autre est agréé XXIV ter.*

Tous les établissements sont mixtes<sup>20</sup> mais deux d'entre eux ont des restrictions concernant les garçons au niveau de leur internat :

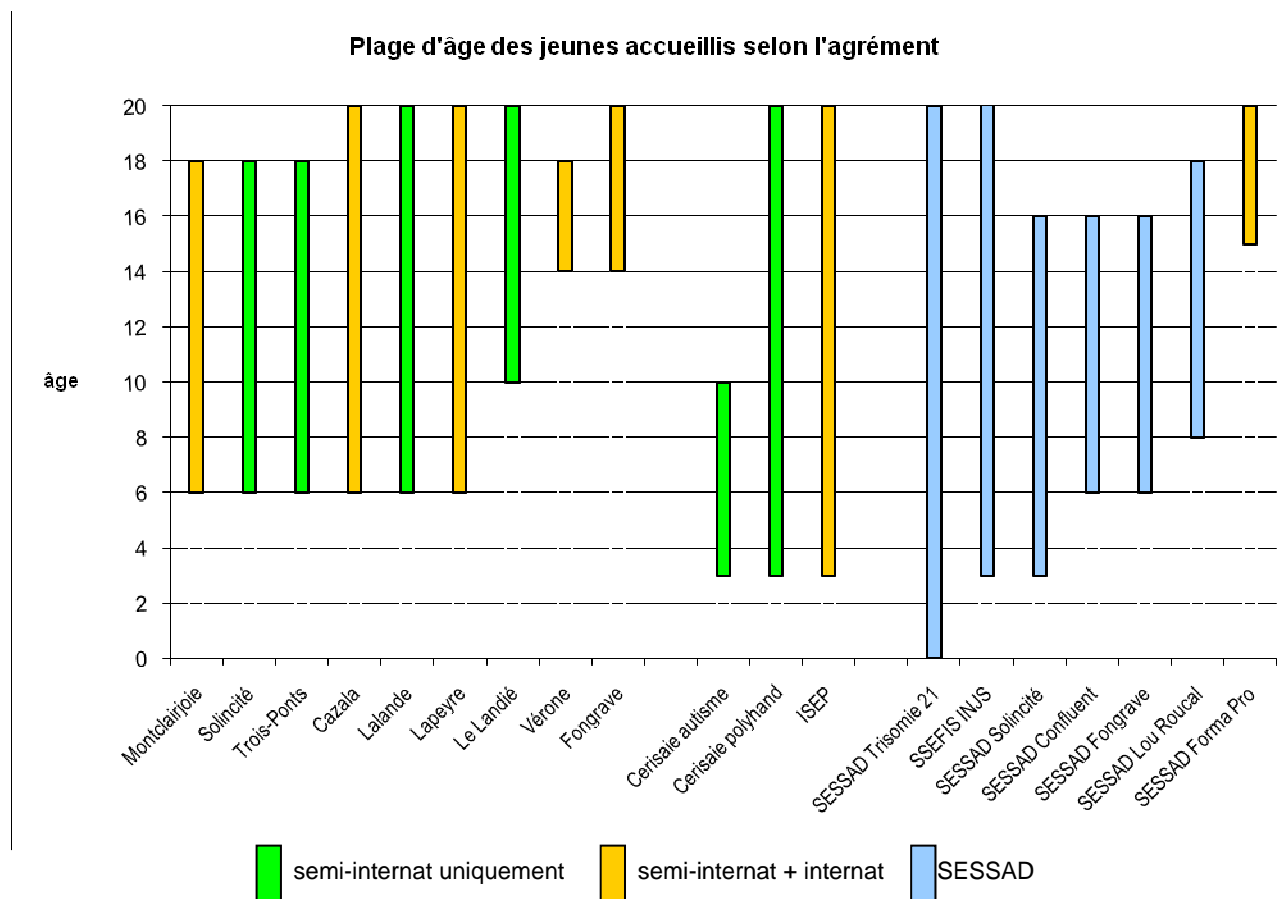
- à Fongrave, l'internat est réservé aux filles mais les garçons vont pouvoir être accueillis sous forme d'un internat extra-muros, dans une maison indépendante, suite à la fusion avec Lamothe-Poulin
- à Montclairjoie, à partir de 14 ans, l'internat est réservé aux filles.

---

<sup>18</sup> Rappel : Les enfants polyhandicapés sont « atteints d'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère au profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations ». (Circulaire 89-19 du 30 octobre 1989)

<sup>19</sup> Voir à ce sujet : B. MARABET et L. HIBON, « Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement dans le Lot-et-Garonne », CREAHI d'Aquitaine, février 2008, 38 pages + annexes et cartographies. [http://www.creahi-aquitaine.org/IMG/pdf/ted\\_dpt47.pdf](http://www.creahi-aquitaine.org/IMG/pdf/ted_dpt47.pdf)

<sup>20</sup> Sauf actuellement à Lamothe-Poulin mais cet établissement est appelé à se fondre dans l'IMPro Fongrave lui-même mixte



D'une façon générale, les établissements sont positionnés sur une tranche d'âge large, souvent de 6 à 18 ans voire 20 ans. La moitié d'entre eux propose plusieurs modalités d'accueil, internat et externat, mais **5 établissements** ne peuvent prendre en charge les jeunes qu'en externat : Solincité, Trois-Ponts, Lalande, Le Landié et La Cerisaie (ce qui peut poser problème pour accueillir de façon adéquate certains jeunes).

Il en résulte donc que :

- sur le Marmandais et le Villeneuvois, comme nous l'avons déjà indiqué, aucun IME ne peut proposer un accueil en internat
- aucune possibilité d'accueil en internat n'existe, au niveau départemental, pour les jeunes atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement (du moins dans les établissements disposant d'un agrément spécifique pour cette population).

Au niveau des SESSAD, on constate que 3 d'entre eux ont leur limite d'âge supérieure fixée à 16 ans, ce qui peut sans doute constituer un obstacle pour accompagner un jeune dans une démarche d'insertion professionnelle (on verra que des projets sont en cours d'élaboration pour renforcer l'offre autour de cette problématique).

## 2. Mise en œuvre de la Loi du 2 janvier 2002 et participation des usagers

La Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a mis en place un certain nombre d'outils (ou rappelé leur nécessité) visant à améliorer la qualité des prises en charge et à garantir la participation des usagers parmi lesquels le projet d'établissement, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le conseil de la vie sociale.

L'enquête a fait le point sur l'investissement des IME, SESSAD et établissements pour enfants polyhandicapés du Lot-et-Garonne dans la mise en œuvre des principales dispositions de cette Loi ainsi que sur les divers moyens mis en œuvre pour informer, associer et soutenir la famille <sup>21</sup>.

### 2.1 - Le projet d'établissement

#### Le projet d'établissement

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

**Les projets d'établissement sont en général relativement récents** (datant de 2001 à 2008). Néanmoins, compte tenu des nouvelles mesures réglementaires et de la nécessité d'adapter leurs prestations à l'évolution de la population accueillie, **tous ceux qui sont antérieurs à 2006 sont en cours de réactualisation** (Cazala et son SESSAD, Fongrave et son SESSAD, Lalande, Le Landié, Montclairjoie, Trois-Ponts, Vérone, ISEP et La Cerisaie). Dans 2 SESSAD récemment ouverts (Forma Pro et Solincité), le projet de service est en cours d'écriture.

### 2.2 - Le livret d'accueil

#### Livret d'accueil <sup>22</sup>

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 (du Code de l'action sociale et des familles) et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

Une charte des droits et libertés de la personne accueillie <sup>23</sup>, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale

Un règlement de fonctionnement <sup>24</sup> qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

On constate une bonne diffusion du livret d'accueil qui est mis à disposition dans toutes les structures (en cours de réalisation à Solincité).

<sup>21</sup> Voir tableau récapitulatif en annexe

<sup>22</sup> circulaire DGAS/DS 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004

<sup>23</sup> arrêté du 8 septembre 2003

<sup>24</sup> décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003

Ce document, quand il existe, comporte les pièces annexes exigées par la Loi : la Charte des droits et des libertés et le règlement de fonctionnement (sauf pour ce dernier document au SESSAD Forma Pro).

## 2.3- Le contrat de séjour et le projet personnalisé

### Contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) <sup>25</sup>

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Le contrat de séjour est utilisé dans la majorité des établissements (à l'exception de Montclairjoie) mais un peu moins souvent dans les SESSAD (Forma Pro, Lou Roucal et Solincité).

Toutes les structures mettent en place un projet personnalisé pour chacun des jeunes accueillis. Le plus souvent, ce projet comprend 3 dimensions : thérapeutique, éducative et pédagogique (rarement, ce projet est centré sur une partie seulement de ces dimensions : éducative et thérapeutique à Lapeyre et éducative au SESSAD Forma Pro).

En général, ce projet précise, en outre, les différentes étapes de la prise en charge, la périodicité prévue pour la réalisation des bilans et les modalités du suivi mis en œuvre par la structure. Partout, il est transmis sous une "forme adaptée" au jeune et/ou à sa famille et également souvent à des partenaires extérieurs.

Un référent est désigné en interne pour suivre le projet personnalisé (sauf dans 3 SESSAD : Confluent, Fongrave et Forma Pro)

## 2.4 - Le conseil de la vie sociale

### Le Conseil de la vie sociale <sup>26</sup>

Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle...

*Rappel : Le conseil de la vie sociale a remplacé le conseil d'établissement qui avait succédé lui-même au conseil de maison. Il comprend, outre des représentants du personnel et de l'organisme gestionnaire, des représentants des personnes accueillies.*

<sup>25</sup> décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004

<sup>26</sup> décrets n°2004-287 du 25 mars 2004 et n° 2005-1367 du 2 novembre 2005



### Les formes de participation des usagers

	Conseil de la vie sociale	Fréquence annuelle des réunions du CVS	Autres formes de participation
Cazala	oui	3	Questionnaire de satisfaction
Fongrave	oui	2	Questionnaire de satisfaction
Le Landié	oui	3	Cahier de correspondance
Lalande	oui	3	Cahier de correspondance
Lamothe-Poulin	oui	2	
Lapeyre	oui		Cahier de correspondance
Montclairjoie	oui	3	Cahier de correspondance en cours de mise en place
Solincité	oui	3	Questionnaire de satisfaction Cahier de correspondance
Trois-Ponts	oui	3	Questionnaire de satisfaction Cahier de correspondance
Vérone	oui	3	
SESSAD Agen (Fongrave)			Questionnaire de satisfaction Groupes d'expression
SESSAD Confluent			Groupes d'expression
SESSAD Forma Pro			
SESSAD Lou Roucal			
SESSAD Solincité			
SESSAD Trisomie 21			
La Cerisaie	oui	3	Cahier de correspondance
ISEP	oui	3	Cahier de correspondance

Tous les établissements ont mis en place un Conseil de la vie sociale se réunissant le plus souvent 3 fois par an ; ils ont également recours au questionnaire de satisfaction et/ou au carnet de correspondance pour recueillir l'avis des familles (sauf à Vérone et à Lamothe-Poulin). Ces outils sont peu utilisés en SESSAD, seul ceux de Fongrave et du Confluent en proposent.

## 2.5 Les autres moyens d'information et de soutien des familles

### Type de réunions et rythme

	Réunions individuelles	Réunions d'information des familles	Réunions festives	Soutien à la parentalité
Cazala	2 / an et à la demande	1 à 3 / an	1 ou / an	
Fongrave	3 / an	3 / an		
Le Landié	3 / an	2 / an	1 / an	
Lalande	4 / an	3 / an	1 / an	oui
Lamothe-Poulin	1 / an ou plus	1 / an		
Lapeyre	1 / semaine à 2 / an selon professionnel		oui	
Montclairjoie	2 / an	2 / an	3 / an	oui
Solincité	3 / an	3 / an	2 / an	oui
Trois-Ponts	2 / an et à la demande	1 / an	1 / an	
Vérone	2 / an ou plus	1 / an		
SESSAD Agen (Fongrave)	3 / an	2 / an		
SESSAD Confluent	2 / an			
SESSAD Forma Pro	1 / an			oui
SESSAD Lou Roucal	A chaque étape du PPI	1 / an	1 / an	oui
SESSAD Solincité	1 / mois			oui
SESSAD Trisomie 21	3 par an	1 an		oui
La Cerisaie	1 / mois ou 3 / an selon les cas	3 / an	2 / an	oui
ISEP	2 / an et à la demande		1 / an	

Les familles sont associées de façon régulière à l'élaboration du projet personnalisé de leur enfant ainsi qu'à son évolution et à la préparation du projet de sortie <sup>27</sup>.

**Dans toutes les structures**, des rencontres individuelles peuvent avoir lieu entre différents professionnels et les familles, sur un rythme assez variable, en moyenne 2 ou 3 fois par an. **Des réunions collectives d'information des familles sont organisées dans la quasi-totalité des établissements**, un peu moins souvent en SESSAD.

L'organisation de **rencontres festives est moins généralisée**. Cette pratique semble pourtant intéressante, elle permet notamment de mieux impliquer les parents dans la vie de l'institution dans un cadre plus détendu, de tisser des relations avec les autres parents et se sentir ainsi moins isolés en tant que parents d'enfant handicapé. Pour les jeunes, aussi, les retombées peuvent en être positives, ce type de réunion leur permettant de voir réunis leurs camarades, leurs parents, ceux de leurs camarades et le personnel de l'institution.

Enfin, un soutien à la parentalité est proposé dans quelques établissements (4 /11), un peu plus souvent en SESSAD (4/6). Il est possible que les équipes fassent l'hypothèse que les familles dont l'enfant bénéficie d'un accompagnement supposant son maintien à domicile ont particulièrement besoin de cette prestation.

## 2.6 - L'évaluation interne

Les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Démarche d'évaluation		
Réalisée	En cours ou programmée	Ni réalisée, ni programmée
Trois-Ponts - 2005 Cazala et son SESSAD – 2006 Fongrave et son SESSAD – 2006 Lalande – 2006 Lamothe-Poulin - 2007 Le Landié - 2008	<u>En cours</u> : Lapeyre Solincité et son SESSAD Vérone et SESSAD Forma Pro <u>Programmée</u> : Montclairjoie et SESSAD Lou Roucal - 2009	SESSAD Trisomie 21 La Cerisaie

La moitié environ des établissements et services ont déjà procédé à **l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations** qu'ils délivrent, cette démarche est programmée ou en cours ailleurs.

Seules 2 structures n'ont pas encore prévu de se lancer dans cette opération. Ces structures sont récentes (agrées en 2006 et 2007) et, selon l'article 22 de la loi 2002-2 <sup>28</sup>, cette démarche « *doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci* ».

<sup>27</sup> Notons qu'il s'agit là de la déclaration des établissements et que parfois les familles ne sont pas aussi affirmatives sur ce point (cf. le rapport d'étude Attentes des jeunes bénéficiant d'un accompagnement médico-social en Lot-et-Garonne et de leur famille).

<sup>28</sup> loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

### 3. Les ressources humaines

Les informations présentées dans ce chapitre ont été exploitées sous la forme de **ratios**, les **équivalents temps plein étant rapportés au nombre d'enfants pris en charge** pour pouvoir réaliser des comparaisons entre les différents établissements.

Le ratio indique ainsi le **nombre d'ETP disponibles pour une population théorique de 100 jeunes pris en charge**. Il est bien évident qu'un tel indicateur à visée comparative ne présage en rien de la qualité de l'offre de service de l'établissement, qui ne se résout pas à un volume de présence dans l'établissement. En outre, ce temps de présence recouvre un ensemble d'activités potentielles : temps passé auprès des jeunes, temps consacré aux familles, travail en équipe, temps administratif (tenue des dossiers...) ou encore relations avec les partenaires extérieurs, etc...

En outre, l'interprétation des ratios ne doit être réalisée qu'en les mettant en relation avec les différences qui existent entre les divers établissements : lourdeur des troubles, tranche d'âges, modalités d'accueil (notamment présence d'un internat), recours plus ou moins important aux dispositifs externes (médicaux et paramédicaux, animateurs...), autant de facteurs influant sur le plateau technique constitué par un établissement ou un service.

Les personnels ont été répartis en différentes catégories conformément à l'enquête ES <sup>29</sup> :

- **médico-psychologique** : les médecins et psychologues
- **paramédical** : infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, et autres
- **socio-éducatif** : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques, éducateurs de jeunes enfants, assistants de service social, éducateurs sportifs et autres
- **pédagogique** : enseignants, éducateurs techniques spécialisés, éducateurs techniques, moniteurs d'atelier et autres
- **encadrement, administration et services généraux** : directeurs, directeurs-adjoints, personnel d'encadrement, autres administratifs, services généraux

**Les personnels étudiés ici représentent au total 293 ETP pour 511 jeunes.**

<sup>29</sup> Les résultats nationaux de l'enquête ES 2006 n'étant pas encore disponibles au moment de la rédaction de ce rapport (septembre 2008), nous n'avons pu, pour procéder à des comparaisons avec l'échelon national que recourir aux données ES 2001 :

*Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés – activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*. S. Vanovermeir et D. Bertrand, *Série statistiques, Document de travail*, n°71, nov. 2004, 315 p + annexes, DREES.

### 3.1 – Personnel médico-psychologique

Globalement, on compte environ 2,2 ETP d'emplois de médecins et de psychologues pour 100 jeunes accueillis dans les IME lot-et-garonnais. Tous les établissements bénéficient de l'intervention de psychiatres et de psychologues mais dans des proportions assez différentes : en moyenne, on compte environ 1 psychiatre pour 3 psychologues.

Les SESSAD sont mieux dotés que les IME pour ces professionnels, en particulier en psychologue.

**Nombre d'équivalents temps plein pour 100 jeunes**

	Médecin généraliste	Psychiatre	Psychologue	Autres	Ensemble
<b>IME</b>					
Cazala		0,28	1,64		<b>1,92</b>
Fongrave		0,46	1,39		<b>1,85</b>
Lalande		0,36	1,39	0,14 <sup>30</sup>	<b>1,89</b>
Lamothe-Poulin	0,33	0,33	2,08		<b>2,73</b>
Lapeyre <sup>31</sup>	0,27	0,35	2,19		<b>2,81</b>
Le Landié		1,5	3		<b>4,5</b>
Montclairjoie		0,7	1,06		<b>1,76</b>
Solincité		1,25	1,88	1,88 <sup>32</sup>	<b>5,0</b>
Trois-Ponts	0,07	0,32	0,87		<b>1,26</b>
Vérone	0,09	0,28	0,93		<b>1,30</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>0,05</b>	<b>0,50</b>	<b>1,43</b>	<b>0,20</b>	<b>2,18</b>
<b>Ratio France</b>	<b>0,09</b>	<b>0,45</b>	<b>1,30</b>	<b>0,07</b>	<b>1,91</b>
<b>SESSAD</b>					
Agen (Fongrave)		0,5	2,5		<b>3</b>
Confluent		0,63	2,34		<b>2,97</b>
Forma Pro			2,08		<b>2,08</b>
Lou Roucal		1,5	5		<b>6,5</b>
Solincité			4		<b>4</b>
Trisomie 21	1,11	2,22			<b>3,33</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne <sup>33</sup></b>	<b>0,14</b>	<b>0,76</b>	<b>2,53</b>		<b>3,44</b>
<b>EEAP</b>					
La Cerisaie	0,67	0,4	1,67		<b>2,73</b>
ISEP	0,5		2,27		<b>2,77</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>0,57</b>	<b>0,16</b>	<b>2,03</b>		<b>2,76</b>
<b>Ratio France</b>	<b>0,33</b>	<b>0,37</b>	<b>1,35</b>	<b>0,69</b>	<b>2,73</b>

Pour les IME, le ratio d'encadrement en personnel médico-psychologique peut s'avérer faible par rapport au niveau national d'autant plus que des établissements particuliers dans cette catégorie IME, Le Landié ou Lapeyre, tirent la moyenne vers le haut.

<sup>30</sup> Pédiatre

<sup>31</sup> Le personnel de l'IME de Lapeyre intervenant auprès des enfants sans distinction de section (en théorie : 17 places annexe XXIV et 9 places annexe XXIV ter), l'ensemble du personnel de cet établissement a été traité dans la rubrique IME.

<sup>32</sup> Thérapeute

<sup>33</sup> Au niveau des données nationales, le ratio de l'enquête ES pour les SESSAD correspond à l'ensemble des services, quel que soit le handicap pour lequel ils sont agréés ; en effet l'enquête ES ne fait pas de distinction concernant le handicap pour la catégorie "SESSAD", la comparaison de ces données globales avec celle de SESSAD agréés spécifiquement pour une déficience n'a donc pas d'intérêt.

## 3.2 – Personnel paramédical

Les emplois paramédicaux sont un peu plus représentés dans les IME du Lot-et-Garonne que ce qui est observé au niveau national mais les écarts entre établissements sont très importants, Lapeyre étant atypique avec ses nombreux aides-soignants, ce qui fausse quelque peu la moyenne départementale qui serait inférieure à la moyenne nationale sans cet établissement.

Des infirmiers sont présents dans les établissements ayant un internat sauf à Fongrave mais cet établissement devrait bientôt bénéficier de la présence de celui de Lamothe-Poulin, suite à leur fusion.

Les SESSAD recourent uniquement aux services de rééducateurs, principalement des psychomotriciens. Deux d'entre eux, Confluent et Forma Pro, n'ont aucun personnel de cette catégorie.

**Nombre d'équivalents temps plein pour 100 places**

	Infirmier	Aide-soignant	Kinésithérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Autres	Ensemble
<b>IME</b>							
Cazala	0,69	0,69		1,74	0,94		<b>4,07</b>
Fongrave		1,85					<b>1,85</b>
Lalande				1,39	1,39		<b>2,78</b>
Lamothe-Poulin	2,08			0,33	0,33		<b>2,73</b>
Lapeyre	3,96	31,88	1,46			1,9 <sup>34</sup>	<b>40,38</b>
Le Landié	1,5			3	3		<b>7,5</b>
Montclairjoie	0,38			1	1		<b>2,38</b>
Solincité				1,88	1,25		<b>3,13</b>
Trois-Ponts				1,04	1,04		<b>2,08</b>
Vérone	1,85						<b>1,85</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>0,78</b>	<b>2,44</b>	<b>0,09</b>	<b>0,95</b>	<b>0,83</b>	<b>0,12</b>	<b>5,21</b>
<b>Ratio France</b>	<b>1,22</b>	<b>0,61</b>	<b>0,28</b>	<b>0,75</b>	<b>1,01</b>	<b>0,52</b>	<b>4,39</b>
<b>SESSAD</b>							
Agen (Fongrave e)					2,5		<b>2,5</b>
Confluent							<b>0</b>
Forma Pro							<b>0</b>
Lou Roucal				4	2		<b>6</b>
Solincité					2		<b>2</b>
Trisomie 21					2,22		<b>2,22</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,65</b>	<b>1,25</b>	<b>0</b>	<b>1,9</b>
<b>EEAP</b>							
La Cerisaie	3,33		3,33	1,33	1,33		<b>11,33</b>
ISEP	4,55	4,55	5,45	1,73	4,55		<b>20,82</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>4,05</b>	<b>2,70</b>	<b>4,59</b>	<b>1,57</b>	<b>4,05</b>		<b>16,97</b>
<b>Ratio France</b>	<b>5,67</b>	<b>8,30</b>	<b>3,27</b>	<b>0,67</b>	<b>1,60</b>	<b>5,02</b>	<b>24,51</b>

<sup>34</sup> Musicothérapeute

### 3.3 – Personnel socio-éducatif

Le ratio d'encadrement des personnels éducatifs est très proche de la moyenne nationale. On remarque qu'en général les équipes sont diversifiées en terme de qualifications. Les éducateurs spécialisés sont plus représentés que les moniteurs-éducateurs alors que c'était l'inverse qui était observé au niveau des ITEP.

**Nombre d'équivalents temps plein pour 100 places**

	Educateur spécialisé	Moniteur éducateur	Aide médico-psychologique	Educateur de jeunes enfants	Assistant social	Educateur sportif	Autres <sup>35</sup>	Ensemble
<b>IME</b>								
Cazala	8,33	8,29	1,39	1,39			2,78	22,87
Fongrave	5,56	5,56	1,85					12,96
Lalande	8,33	8,33			1,11	1,18		18,96
Lamothe-P.	8,33	8,33	8,33			4,17		29,2
Lapeyre	24,53	13,46	6,88		0,96	1,46		47,31
Le Landié	30	20	25					75
Montclairjoie	16	8		2		2	2	30
Solincité	16,25	2,5						18,25
Trois-Ponts	3,75	9,58			1,04	1,04		15,42
Vérone	11,11	7,41			0,93	0,31		19,76
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>11,11</b>	<b>7,98</b>	<b>1,81</b>	<b>0,5</b>	<b>0,53</b>	<b>0,74</b>	<b>0,75</b>	<b>23,42</b>
<b>Ratio France</b>	<b>9,67</b>	<b>5,76</b>	<b>2,97</b>	<b>0,55</b>	<b>0,55</b>	<b>0,68</b>	<b>2,93</b>	<b>23,11</b>
<b>SESSAD</b>								
Agen (Fongrave)	5	5						10
Confluent	6,25				1,56			7,81
Forma Pro	8,33	8,33						16,67
Lou Roucal	20							20
Solincité	5							5
Trisomie 21	8,89							8,89
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>8,4</b>	<b>2,78</b>			<b>0,34</b>			<b>11,53</b>
<b>EEAP</b>								
La Cerisaie	13,33	6,67	25,3					45,3
ISEP	4,54	9,09	32,72				2,27	48,64
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>8,10</b>	<b>8,10</b>	<b>29,73</b>				<b>1,35</b>	<b>47,30</b>
<b>Ratio France</b>	<b>7,4</b>	<b>6,35</b>	<b>24,32</b>	<b>1,9</b>	<b>0,4</b>	<b>0,13</b>	<b>5,37</b>	<b>45,87</b>

Au niveau des IME, la plupart des établissements se situent en dessous de la moyenne nationale pour ce ratio de personnel éducatif (voire très en dessous comme par exemple à Fongrave qui n'est qu'à la moitié du taux d'encadrement national).

<sup>35</sup> Autres = gardes-malades et veilleurs de nuit à Cazala et conseiller en économie sociale et familiale à Montclairjoie.

### 3.4 – Personnel pédagogique

#### **Le Lot-et-Garonne a un ratio d'encadrement d'emplois pédagogiques légèrement supérieur à la moyenne nationale.**

Des enseignants sont mis à disposition par l'Education nationale dans tous les IME sauf à Lapeyre qui reçoit des enfants ne pouvant être scolarisés.

Un SESSAD bénéficie également de l'intervention d'un tel enseignant auprès de ses jeunes. Deux autres SESSAD, Forma Pro et Solincité, souhaiteraient eux aussi pouvoir proposer cet accompagnement à leurs jeunes (nous y reviendrons dans le chapitre consacré aux besoins). Les éducateurs techniques spécialisés et les moniteurs d'ateliers sont présents dans les établissements ayant des ateliers de préformation ou formation qualifiante (sauf à Montclairjoie).

**Nombre d'équivalents temps plein pour 100 places**

	Enseignants mis à disposition par EN	Educateurs techniques spécialisés	Moniteurs d'atelier	Autres	Ensemble
<b>IME</b>					
Cazala	6,94	1,39	2,78		11,1
Fongrave	5,56	5,56	3,7		14,8
Lalande	5,56				5,56
Lamothe-Poulin	8,33	8,33			16,7
Lapeyre					0
Le Landié	5				5
Montclairjoie	4				4
Solincité	5	2,5			7,5
Trois-Ponts	3,12				3,12
Vérone	3,7	11,1		0,48 <sup>36</sup>	14,98
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>4,73</b>	<b>2,99</b>	<b>1</b>	<b>0,06</b>	<b>8,77</b>
<b>Ratio France</b>	<b>3,03</b>	<b>3,40</b>	<b>0,48</b>	<b>0,20</b>	<b>7,11</b>
<b>SESSAD</b>					
Agen (Fongrave)	2,5				2,5
Confluent					0
Forma Pro				0,75	0,75
Lou Roucal					0
Solincité					0
Trisomie 21					0
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>0,69</b>			<b>0,13</b>	<b>0,82</b>

<sup>36</sup> Autres enseignants n'appartenant pas à l'Education nationale et auxiliaire socio-éducatif

### 3.5 - Personnel d'encadrement, d'administration et de services généraux

Le ratio d'encadrement en terme d'emplois de direction, administratifs et de services généraux est proche globalement de la moyenne nationale sauf dans les établissements pour polyhandicapés où les emplois de service généraux sont moins nombreux en Lot-et-Garonne.

**Nombre d'équivalents temps plein pour 100 places**

	Direction, cadres	Autres administratifs	Services généraux	Ensemble
<b>IME</b>				
Cazala	2,78	3,61	16,3	22,72
Fongrave	5,56	3,70	10,18	19,44
Lalande	4,17	3,61	11,11	18,89
Lamothe-Poulin	3,4	3,53	20,83	27,77
Lapeyre	8,23	5,5	31,23	44,96
Le Landié	7	5	11,5	23,5
Montclairjoie	2,9	4,26	7,5	14,66
Solincité	2,5	2,5	8,75	13,75
Trois-Ponts	2,08	2,08	11,75	15,92
Vérone	1,3	3,24	18,06	22,59
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>3,46</b>	<b>3,52</b>	<b>13,85</b>	<b>20,82</b>
<b>Ratio France</b>	<b>3,84</b>	<b>3,21</b>	<b>12,30</b>	<b>19,38</b>
<b>SESSAD</b>				
Agen (Fongrave)	1	1,65		2,65
Confluent		3,12	0,94	4,06
Forma Pro	0,83	2,08	2,08	5
Lou Roucal	3,5	1,5		5
Solincité	2	4		6
Trisomie 21	8,89	5,56		14,4
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>2,15</b>	<b>2,68</b>	<b>0,56</b>	<b>5,39</b>
<b>EEAP</b>				
La Cerisaie	3,33	4,67	6,67	14,67
ISEP	6,82	4,55	17,05	28,71
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>5,41</b>	<b>4,59</b>	<b>12,84</b>	<b>22,84</b>
<b>Ratio France</b>	<b>5,18</b>	<b>4,63</b>	<b>19,60</b>	<b>29,41</b>



### 3.6 – Récapitulatif des personnels

#### Nombre total d'équivalents temps plein pour 100 places

	Médoco- psychologique	Paramédical	Socio-éducatif	Pédagogique	Direction Administration, services gén.	TOTAL
<b>IME</b>						
Cazala	1,92	4,07	22,87	11,1	22,72	<b>62,69</b>
Fongrave	1,85	1,85	12,96	14,8	19,44	<b>50,93</b>
Lalande	1,89	2,78	18,96	5,56	18,89	<b>48,07</b>
Lamothe-Poulin	2,73	2,73	29,2	16,7	27,77	<b>79,07</b>
Lapeyre	2,81	40,38	47,31	0	44,96	<b>135,46</b>
Le Landié	4,5	7,5	75	5	23,5	<b>115,50</b>
Montclairjoie	1,76	2,38	30	4	14,66	<b>52,80</b>
Solincité	5,0	3,13	18,25	7,5	13,75	<b>48,13</b>
Trois-Ponts	1,26	2,08	15,42	3,12	15,92	<b>37,80</b>
Vérone	1,30	1,85	19,76	14,98	22,59	<b>60,80</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>2,18</b>	<b>5,21</b>	<b>23,42</b>	<b>8,77</b>	<b>20,82</b>	<b>60,40</b>
<b>Ratio France</b>	<b>1,91</b>	<b>4,39</b>	<b>23,11</b>	<b>7,1</b>	<b>19,38</b>	<b>55,89</b>

#### SESSAD

Agen (Fongrave)	3	2,5	10	2,5	2,65	<b>20,65</b>
Confluent	2,97	0	7,81	0	4,06	<b>17,97</b>
Forma Pro	2,08	0	16,67	0,75	5	<b>24,50</b>
Lou Roucal	6,5	6	20	0	5	<b>37,50</b>
Solincité	4	2	5	0	6	<b>17,0</b>
Trisomie 21	3,33	2,22	8,89	0	14,4	<b>28,89</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>3,44</b>	<b>1,9</b>	<b>11,53</b>	<b>0,82</b>	<b>5,39</b>	<b>23,81</b>

#### EEAP

La Cerisaie	2,73	11,33	45,3		14,67	<b>74,07</b>
ISEP	2,77	20,82	48,64		28,71	<b>100,64</b>
<b>Ratio Lot-et-Garonne</b>	<b>2,76</b>	<b>16,97</b>	<b>47,30</b>		<b>22,84</b>	<b>89,86</b>
<b>Ratio France</b>	<b>2,73</b>	<b>24,51</b>	<b>45,87</b>	<b>0,44</b>	<b>29,41</b>	<b>102,96</b>

### 3.7 – Soutien des personnels

La plupart des établissements et SESSAD <sup>37</sup> ont mis en place **des procédures de soutien du personnel** sous des formes diverses :

- analyse des pratiques (pouvant être assurée par un intervenant extérieur)
- régulation ou supervision sur un rythme régulier
- intervention d'un ergonome
- soutien « à la demande » en interne assurée par le psychologue ou le chef de service
- GPEC (gestion prospective des emplois et des compétences supposant un suivi personnalisé du déroulement de carrière et des besoins de formation de chaque salarié)

<sup>37</sup> Sauf, pour le moment, à Lamothe-Poulin (mais cet établissement va se fondre avec Fongrave qui offre déjà ce soutien), à l'IME Trois-Ponts à Vérone et son SESSAD Forma Pro et au SESSAD Trisomie 21.

## 4. Offre et pratiques en matière de scolarisation et de formation professionnelle

### 4.1 - L'offre interne

Tous les IME lot-et-garonnais (à part Lapeyre) ont en interne des dispositifs de scolarisation. Des classes sous convention avec l'Education nationale fonctionnent dans chacun d'entre eux. La plupart propose également des ateliers de préformation dans une visée de sensibilisation au travail. Lalande et les Trois-Ponts, qui n'offrent pas encore cette prestation sont en train d'y réfléchir, comme nous le verrons dans le chapitre consacré aux projets.

**Offre interne de scolarisation et formation professionnelle**

IME	Nombre de classes	Ateliers de préformation	Atelier en vue formation qualifiante	Stages en entreprise	Formation en alternance
Cazala	5	Espaces verts Maçonnerie Entretien bâtiment		oui	non
Fongrave	3	Entretien bâtiment Cuisine	Entretien bâtiment Cuisine	oui	non
Lalande	2			non	non
Lamothe-Poulin	1	Espaces verts Maçonnerie		oui	non
Le Landié	1			non	non
Montclairjoie	2,5	Maçonnerie Cuisine - Peinture Horticulture Couture Lingerie/Buanderie		oui	oui (très rarement)
Solincité	2	Menuiserie Peinture et selon chantiers (carrelage, ferronnerie etc)		oui	oui
Trois-Ponts	2			non	non
Vérone	4	Espaces verts Maçonnerie Menuiserie Peinture Horticulture Ferronnerie		oui	oui

### 4.2 - Le cadre de scolarisation des jeunes

Parmi les jeunes accueillis en IME, environ 15% ne sont pas du tout scolarisés, la moitié d'entre eux sont accueillis à Lapeyre (la seconde partie de ce rapport sur les jeunes pris en charge permettra d'aborder plus précisément ce point cette question du cadre de la scolarisation).

Parmi les jeunes scolarisés, une dizaine seulement, soit moins de 3%, sont scolarisés en milieu ordinaire, en général à temps plein.

En interne, la scolarisation à temps plein est moins fréquente concerne un peu plus du quart de ces jeunes (27%).

Les jeunes accompagnés par un SESSAD suivent tous une scolarité ou une formation professionnelle à temps plein en milieu ordinaire, en majorité dans des dispositifs spécifiques de l'Education nationale (CLIS, UPI et SEGPA).

Enfin, les jeunes accueillis en établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés ne sont pas scolarisés à l'exception d'un jeune à l'ISEP.

**Conditions de scolarisation des jeunes des IME**

	Non scolarisés	Enfants scolarisés en interne				Enfants scolarisés en milieu ordinaire			Effectif total
		<i>Temps plein</i>	<i>Temps partiel</i>	Temps non précisé	Total	<i>Temps plein</i>	<i>Temps partiel</i>	Total	
Effectif	60	181	89	58	<b>328</b>	7	3	<b>10</b>	<b>398</b>
Pourcentage	<b>15,1%</b>	50,6	27,1	17,7	<b>82,4%</b>			<b>2,5%</b>	

## 5. Autres aspects du fonctionnement des structures

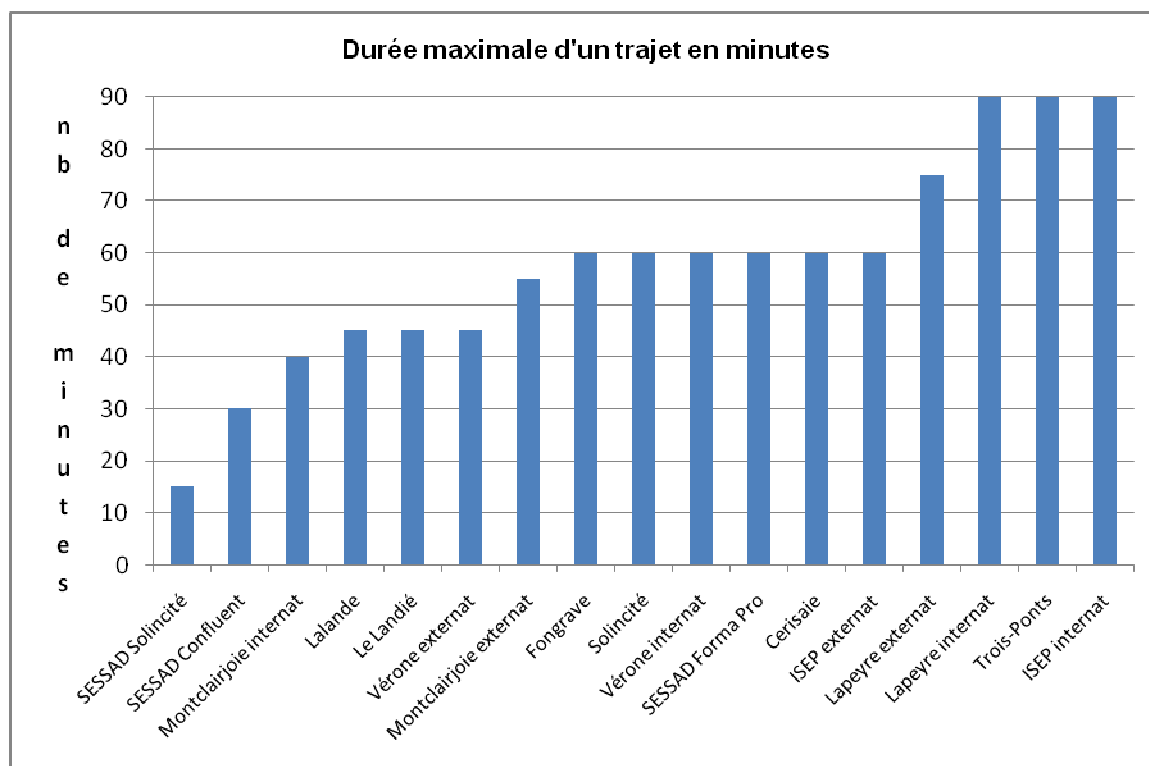
### 5.1 - Transports et dispersion des jeunes pris en charge

La grande majorité des structures assurent le transport de leurs usagers. Néanmoins quelques établissements ne proposent pas cette prestation : les SESSAD Lou Roucal et Trisomie 21, la Cerisaie et l'ISEP.

Toutes les structures assurant le transport le font en priorité grâce à des moyens internes auxquels peuvent parfois s'adjoindre :

- les transports de ramassage scolaire à Lamothe-Poulin et Vérone (ces 2 structures s'adressent à des adolescents et le recours à ce moyen peut constituer un outil du développement de l'autonomie de ces jeunes)
- des moyens partagés avec d'autres institutions comme au Landié, à Monclairjoie ou aux Trois-Ponts.

En outre, les familles sont fréquemment mises à contribution, du moins partiellement.



NB : les structures ne figurant pas dans ce graphique n'ont pas donné l'information

Les temps de transports peuvent être très longs particulièrement pour les établissements recevant des jeunes polyhandicapés (jusqu'à 1 h 30), ces établissements sont peu nombreux et donc ont un secteur de recrutement plus étendu.

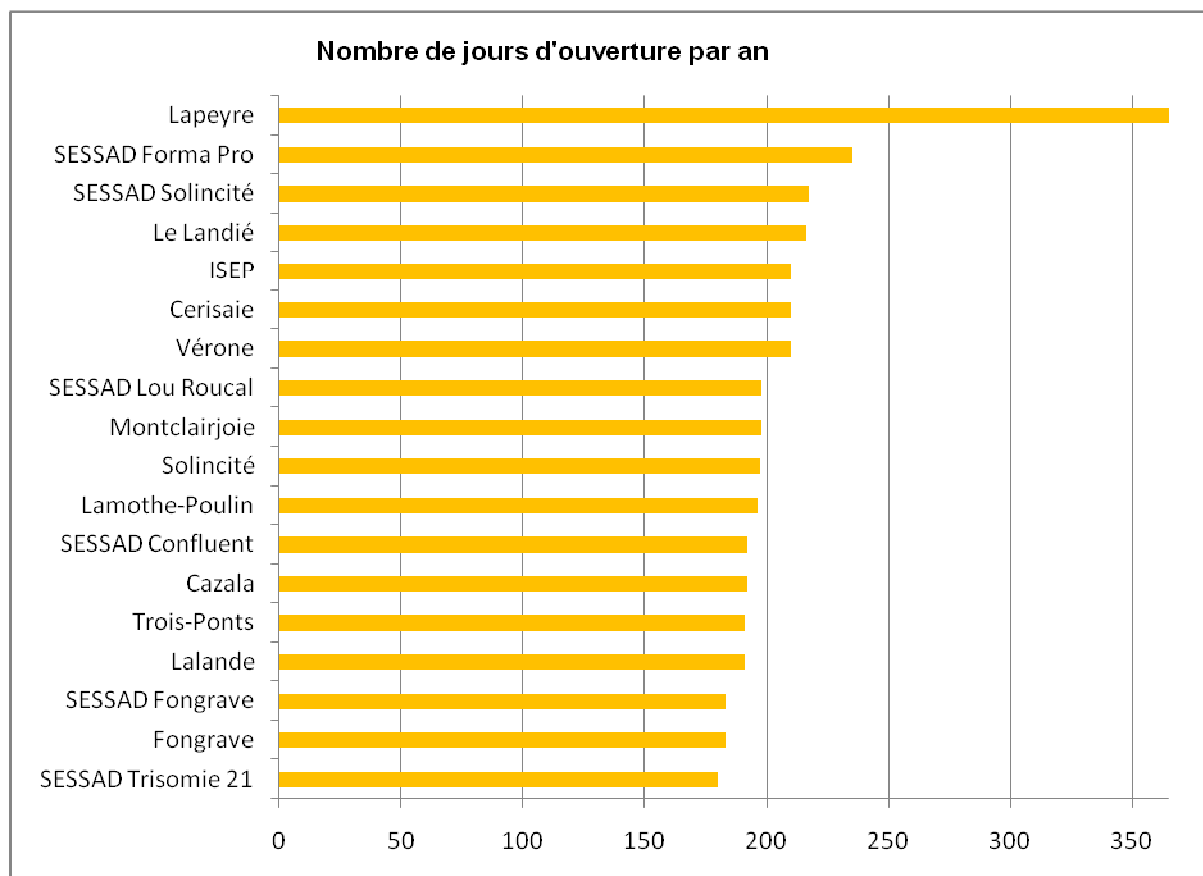
Des IME peuvent aussi voir certains de leurs usagers contraints d'accomplir de longs trajets quotidiens, c'est le cas notamment à Solincité (1 h) ou aux Trois-Ponts (1 h 30)<sup>38</sup>.

<sup>38</sup> Des cartes de recrutement pour chacun des établissements et SESSAD figurent en annexe de ce document.

## 5.2 - Les périodes d'ouverture et de fermeture

Une assez grande variabilité peut être observée en ce qui concerne le nombre de jours d'ouverture des structures, en particulier les SESSAD : de 180 à 235 jours par an <sup>39</sup>.

Globalement, ce sont les établissements accueillant des jeunes polyhandicapés qui offrent les périodes d'ouvertures les plus larges, jusqu'à 365 jours à Lapeyre.



Les structures ont été interrogées sur les réponses proposées durant leur période de fermeture. Le retour en famille reste, bien sûr, la solution la plus généralement utilisée. Néanmoins, le recours au placement familial ou aux MECS est également assez fréquent notamment à Montclairjoie, Solincité ou à La Cerisaie.

Ces accueils en placement familial ou MECS ne se limitent d'ailleurs pas aux périodes de vacances, des prises en charge conjointes avec des services de la Protection de l'Enfance étant souvent mises en œuvre pour ces jeunes (cf. 2<sup>ème</sup> partie du document).

Les enfants pris en charge à l'ISEP ou la Cerisaie peuvent également bénéficier d'un **accueil temporaire** sur le site de Tonneins.

Par ailleurs, plusieurs établissements indiquent proposer des vacances organisées comme à Lalande, au Landié, à Solincité, aux Trois-Ponts ou à l'ISEP.

<sup>39</sup> Le SESSAD ouvert le plus longtemps est Forma Pro dont l'activité n'est pas calquée sur le rythme scolaire puisqu'il assure l'accompagnement des jeunes dans leur insertion professionnelle.

## 6. Les partenariats

Le réseau partenarial des structures recevant ces jeunes handicapés est généralement dense et s'articule autour de 4 champs :

- **la scolarité et la formation professionnelle** : pour les SESSAD et la plus grande partie des IME ; l'Education nationale et ses différents interlocuteurs : enseignants-référents, chefs d'établissements, enseignants, autres dispositifs comme les CFA, voire des entreprises sollicitées dans le cadre de l'insertion/ formation professionnelle
- **les services sociaux**, de l'aide sociale à l'Enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse (rappel : de nombreux jeunes ont des mesures conjointes relevant de ces services – cf. 2ème partie : étude de population)
- **le secteur sanitaire notamment la pédopsychiatrie** : ces partenariats sont d'une densité variable selon les établissements, ce qui peut être le reflet de besoins plus ou moins importants de la population reçue mais aussi des difficultés à mettre en œuvre ces partenariats (question sur laquelle nous reviendrons au chapitre suivant)
- **d'autres structures médico-sociales** en amont ou en aval de la prise en charge assurée par la structure concernée

Structure	Partenariats				Remarques sur les modalités de mise en œuvre
	Scolarité, formation prof.	Soins, Médico-social	Social, justice	Autres	
Cazala	Education nationale, établissements scolaires (collège, SEGPA, Lycée pro...) Organismes de formation		PJJ – ASE Services d'AEMO	Taxis	Les partenariats sont formalisés sauf avec les services de l'ASE et de la PJJ.
Fongrave	Education nationale Entreprises	Infirmières libérales			
Lalande	Education nationale CFA	CAMSP/CMPP IME/IMPro Foyer pour adultes	PJJ – ASE Services d'AEMO/AED et de placement familial		
Le Landié		IME CHS et hôpitaux de jour			Convention en cours d'élaboration avec secteur pédopsychiatrique
Lamothe-Poulin		Professionnels libéraux	ASE		Pas de convention
Lapeyre		Médecins orthophonistes libéraux Hôpital général Pédopsychiatrie	Juge pour enfants ASE		Convention avec pédopsychiatrie
Monclairjoie	Ecoles et centre de formation			transports	
Solincité	Collège et cité scolaire (Marmande)		ASE Services AEMO et de placements familiaux, MECS	Services municipaux (école musique, services sports, cantines...)	Conventions avec établissements Education nationale et services municipaux. Conventions pour l'accueil de stagiaires
3 ponts	Education nationale Maison familiale rurale	Hôpitaux de jour Autres établissements médico-sociaux	ASE	Structures sports et loisirs : piscine, judo, équitation	Existence de conventions
Vérone	Education nationale		ASE Services d'AEMO		Pas de convention

Structure	Partenariats				Remarques sur les modalités de mise en œuvre
	Scolarité, formation prof.	Soins, Médico-social	Social, justice	Autres	
SESSAD Confluent	Education nationale, enseignants-référents	Pédopsychiatrie (CMP et hôpitaux de jour) CAMSP/CMPP IME/IMPro et autres SESSAD du département	ASE Services d'AEMO CMS	MDPH	
SESSAD Fongrave	Education nationale				
SESSAD Forma Pro	CFA				Pas de convention
SESSAD Lou Roucal	Education nationale				Autres partenariats selon besoin avec convention si nécessaire
SESSAD Solincité	Education nationale, CLIS, UPI, SEGPA	Pédopsychiatrie (CMP) Psychiatres et orthophonistes libéraux	ASE Services AEMO et de placements familiaux, MECS		Pas de convention avec les intervenants libéraux
SESSAD Trisomie 21	Education nationale	Médecins, orthophonistes kinésithérapeutes libéraux	Services sociaux		
La Cerisaie		CAMSP Médecins et orthophonistes libéraux Pédopsychiatrie FAM Villeneuve	CMS	Centre de formation de travailleurs sociaux (ADES)	Convention avec CHS Candélie et FAM Villeneuve (pour utilisation salle activité)
ISEP		CAMSP IDE kinésithérapeutes libéraux SSIAD (Handissiad) CHU Bordeaux et Toulouse FAM et MAS du département	CMS	Centre de formation de travailleurs sociaux	

Les relations avec ces partenaires sont plus ou moins formalisées. En général, des conventions existent avec l'Education nationale et la pédopsychiatrie (ou sont en cours de mise en place avec cette dernière).

Par contre, on remarque que le plus souvent, aucune convention n'a été établie avec les services sociaux ou judiciaires.

En ce qui concerne les médecins, les rééducateurs ou infirmiers libéraux, leurs interventions ne font pas l'objet d'une convention et leur pérennité n'est donc pas assurée.

Par ailleurs, certaines structures (Solincité, Trois-Ponts...) utilisent les ressources de l'environnement pour mener à bien leurs activités : locaux municipaux, clubs de sports etc...

## 7. Les difficultés rencontrées

### 7.1 - Les difficultés liées aux troubles présentés par les jeunes

La moitié des IME indiquent avoir des difficultés en relation avec les particularités des jeunes pris en charge.

Ces difficultés sont liées à :

- certains comportements de plus en plus **agressifs et violents** (Cazala, Lalande, Trois-Ponts)
- la prise en charge de jeunes atteints d'**autisme** ou de psychose déficitaire à Lapeyre car l'établissement n'a pas d'agrément spécifique pour ce public, le taux encadrement est insuffisant et l'équipe manque de formation autour de ces troubles
- l'existence de **pathologies multiples** avec, par exemple, des troubles importants de la parole se rajoutant à la déficience principale et pour lesquels le personnel n'est pas formé (Solincité)

Outre ces limites directement liées aux troubles présentés par les jeunes, des établissements font part de leurs difficultés à travailler avec certaines familles de plus en plus démunies et constatent l'augmentation des pathologies prises dans des problématiques sociales lourdes avec des familles ne recevant pas, de leur côté, le soutien social nécessaire (Cazala, Solincité, Monclairjoie).

### 7.2 - Les ruptures de prise en charge

Pour des raisons diverses, la prise en charge peut prendre fin avant le terme fixé par la CDAPH. Cette fin prématurée peut être le fait, soit du jeune ou de sa famille, soit de l'équipe qui estime que la prise en charge ne peut plus être mise en œuvre efficacement.

Au total, 15 situations ont été recensées pour l'année scolaire 2007/2008, en général sur décision de la famille. Tous les jeunes concernés bénéficiaient d'une prise en charge institutionnelle. Ces "ruptures" représentent 3% du total des jeunes accueillis au cours de l'année d'observation.

Ces situations sont globalement donc peu nombreuses. Néanmoins, il est préoccupant de noter que, la plupart du temps, aucun suivi de substitution n'a pu être mis en place.

**Ruptures de prises en charge en 2006/2007**

	Nombre de rupture de prise en charge à l'initiative de		Suivi éventuellement assuré après la rupture
	la famille	l'établissement	
IME	11	3	Le plus souvent aucun suivi mis en place. Seuls 2 jeunes en ont bénéficié, l'un au sein d'une CLIS, l'autre ayant été réorienté sur un autre établissement
EEAP	1	-	Pas d'information
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	



### 7.3 - Les difficultés liées aux limites de l'équipement interne

Une majorité de structures déclarent se heurter aux limites de leur équipement interne pour assurer la prise en charge dans de bonnes conditions.

La majorité de ces limites concerne les **ressources humaines** qui sont jugées insuffisantes soit en nombre, soit en terme de qualifications dans plusieurs établissements (Cazala, Fongrave, Lapeyre, Vérone, SESSAD du Confluent, ISEP, SESSAD Solincité etc...).

Posent ainsi problèmes :

- les taux d'encadrement insuffisants
- des temps d'intervention trop réduits, notamment quand le public reçu nécessite de recevoir des soins médicaux lourds
- la difficulté pour recruter un pédopsychiatre
- la difficulté pour dégager du temps pour analyser ses pratiques
- le niveau de formation parfois insuffisant autour de certaines pathologies (en particulier les troubles envahissants du développement)
- le coût de la formation élevé, pas toujours suffisamment pris en compte dans les budgets.

En outre, le SESSAD Forma Pro souhaiterait bénéficier de l'intervention d'un enseignant de l'Education nationale en son sein pour mieux accompagner les jeunes dans leur cursus de formation (suivie en Lycée Pro ou en CFA).

D'autres difficultés sont également pointées :

- **les modalités d'accueil** : l'augmentation des possibilités d'accueil en internat est jugée indispensable (en particulier par des établissements ne disposant pas de cette offre : Le Landié, Solincité, Trois-Ponts) avec une prise en compte de la dimension thérapeutique. Dans sa mise en œuvre, cette offre en internat devrait aussi prévoir un accueil de type « séquentiel » afin d'apporter des temps de répit aux familles.
- **une localisation éloignée des centres urbains**, donc peu propice à une socialisation des jeunes et rendant difficile l'utilisation de ressources extérieures (Cazala <sup>40</sup>)
- **la configuration des locaux** (Cazala, Lalande, Trois-Ponts) : manque d'espace et d'intimité, promiscuité, trop grande amplitude d'âge – 6/20 ans - générant des problèmes de gestion des espaces...

### 7.4 - Les difficultés liées aux limites des dispositifs extérieurs

Globalement la moitié des établissements et services évoquent des manques ou des insuffisances au niveau des partenariats souhaitables et des autres ressources locales.

**Ces partenariats parfois difficiles** sont signalés, en premier lieu, avec les services de pédopsychiatrie (Cazala, Lalande, Trois-Ponts, La Cerisaie) ; difficultés renforcées par le fait qu'il n'y a pas suffisamment d'offre pour les adolescents souffrant de troubles psychiatriques graves et que les prises en charge à l'hôpital de jour prennent fin à 12 ans, ce que déplorent notamment Fongrave et Solincité.

Le travail en réseau autour des **enfants souffrant d'autisme** ou d'autres TED suscite, par ailleurs, l'inquiétude du Landié en raison de l'engorgement du CRA (centre de ressources sur

<sup>40</sup> L'IME de Cazala, implanté à Damazan, est situé à 31 km de Marmande et à 39 d'Agen.

l'autisme) mais l'ouverture à l'automne 2008 d'une antenne sur La Candélie devrait apporter des améliorations.

Plus rarement, des difficultés avec d'autres partenaires sont citées, notamment des liens irréguliers avec les services sociaux (Cazala) ou encore des problèmes relationnels avec certains enseignants qui ne « comprennent » pas toujours les objectifs de l'intervention du service (SESSAD du Confluent).

Par ailleurs, le SESSAD Solincité (tout comme les SESSAD pour jeunes présentant des troubles du comportement) évoque l'absence de structure pouvant accueillir de façon ponctuelle les enfants à la journée lors de période de déscolarisation.

Enfin, les difficultés rencontrées au moment de la réorientation sur le secteur adultes vers tout type de structure (ESAT, foyer occupationnel, FAM et MAS) sont jugées très préoccupantes par plusieurs établissements (Le Landié, ISEP, Lalande, Solincité et Montclairjoie).

## 7.5 - Autres difficultés

Plusieurs structures expriment leurs inquiétudes sur l'avenir du secteur notamment concernant :

- **les moyens** : la prise en charge des enfants handicapés a un coût et les politiques de maîtrise budgétaire ne peuvent être menées successivement sans être, à force, préjudiciables à la qualité de cette prise en charge, surtout que de plus en plus « *le médico-social pallie, en bout de chaîne, toutes les insuffisances des réponses aux problèmes sociaux* »
- **l'engagement des acteurs** autour des jeunes handicapés : il est souhaité, en particulier, que l'Education nationale ne se désengage pas au sein des établissements « *sous prétexte de l'augmentation des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire* »
- **le fonctionnement de la CDAPH** qui n'est pas toujours à la hauteur des attentes.

## 8. Les projets

La quasi-totalité des établissements et services médico-sociaux ont indiqué avoir des projets pour faire évoluer l'offre de service et l'adapter aux besoins qu'ils ont été amenés à constater.

Certains de ces projets ont déjà fait l'objet d'une présentation au CROSMS et peuvent être en cours de mise en œuvre ou en attente de financement, d'autres en sont au stade de la réflexion.

Ces projets s'articulent autour de 3 axes :

### ↳ Les modes d'accueil :

- diversification avec notamment création d'internats, mise en place d'internat modulé...
- augmentation de la capacité d'accueil existante
- élargissement de la plage d'ouverture
- amélioration des conditions matérielles d'accueil (rénovation des locaux)
- réorganisation des sites (fusion de 2 établissements, délocalisation d'une unité pour adolescents).

Projets concernant les modes d'accueil	
Cazala	Mise en place d'un internat aménagé
Fongrave et Lamothe-Poulin	Fusion des 2 établissements programmée pour février 2009 avec transformation de 6 des 12 places d'internat de Lamothe-Poulin en 6 places de SESSAD
Solincité	Création d'un internat (15 places) et d'un service de placement familial intégré à l'IME
3 ponts	Création d'une unité de vie en internat de 12 places Restructuration de l'établissement avec délocalisation d'une unité pour adolescents
Vérone	Restructuration des locaux très vétustes
ISEP	Ouverture permanente au regard des besoins (pas encore un projet mais un constat de nécessité)
SESSAD Solincité	Augmentation de la capacité d'accueil (septembre 2008 = 13 places, objectif = 30 places en 2010)

### ↳ Une meilleure prise en compte des jeunes atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement :

- augmentation de la capacité d'accueil de structures agréées pour ce public
- diversification du mode d'accueil avec la création d'un internat
- création d'une section spécifiquement agréée dans un établissement pratiquant déjà cet accueil mais en avoir réellement les moyens

Projets destinés aux enfants atteints de TED	
Le Landié	Extension de 10 places avec internat pour jeunes autistes (avis favorable du CROSMS mais pas de financement)
Lapeyre	Création de 10 places de semi-internat pour des enfants de 3 à 12 ans atteints de TED
La Cerisaie	Augmentation de la capacité d'accueil (suite au nombre important de demandes d'admission d'enfants autistes).

### ↳ **Scolarisation et formation professionnelle :**

- meilleur accompagnement en interne avec la mise à disposition d'enseignants de l'Education nationale et la mise en place d'ateliers de formation (qui peut se heurter à des contraintes réglementaires en terme de sécurité).
- renforcement du suivi en apprentissage et en insertion professionnelle (pouvant amener à élargir la tranche d'âge d'agrément) notamment avec des partenaires de droit commun.

<b>Scolarisation et formation professionnelle</b>	
Lalande	Mise en place d'un petit groupe de scolarisation au sein d'une école ordinaire pour des jeunes accueillis à l'IME Mise en place de stages en interne préprofessionnels pour préparer l'entrée en ESAT (cuisine, espace verts etc...)
Solincité	Réflexion autour du développement du partenariat avec les dispositifs de droit commun pour l'apprentissage
3 ponts	Mise en place d'une offre de formation préprofessionnelle pour les adolescents
SESSAD Confluent	Extension du service pour prendre en charge les jeunes entrant en formation professionnelle (en cours de réflexion) pour les 16 – 20 ans (donc avec élargissement de la tranche actuelle des SESSAD) sur le secteur Marmande/Tonneins
SESSAD Lou Roucal	Mise en place suivi spécifique en apprentissage
SESSAD Forma Pro	Demande de mise à disposition d'un enseignant spécialisé par l'Education nationale.
SESSAD Solincité	Demande de mise à disposition d'un enseignant spécialisé par l'Education nationale.

## 2ème partie

# La population accueillie dans les structures pour enfants et adolescents handicapés du Lot-et-Garonne

## Les sorties des ITEP et SESSAD pour jeunes présentant des troubles du comportement

Au cours de l'année scolaire 2007/08, 122 jeunes étaient accueillis dans des ITEP ou suivis par un SESSAD troubles du comportement du Lot-et-Garonne <sup>41</sup>

Plus du tiers de ces jeunes ont vu leur prise en charge prendre fin en juin 2008.

### Sorties réalisées et programmées en juin 2008

	Fourty	SESSAD Fourty	St Martin	Gardolle	SESSAD Gardolle	Lot-et-Garonne
Nb de sorties	18	4	15	4	2	43
% / présents	35,3%	25%	75%	15,3%	22,2%	35,2%
Sorties des 16 ans et plus programmées ultérieurement	-	-	-	8	2	10

Globalement, les projets d'orientation élaborés par les équipes des établissements ont pu aboutir dans les termes prévus.

Pour plus de la moitié des jeunes sortant d'ITEP (19 sur 33 soit 58%), le choix est fait de poursuivre une prise en charge avec un SESSAD. Ce dispositif paraît donc tout à fait pertinent pour accompagner le jeune dans son insertion en milieu ordinaire et l'aider à gagner progressivement son autonomie. Les jeunes concernés vont donc être scolarisés en milieu ordinaire, fréquemment en SEGPA ou en LEA.

### Devenir des projets de sortie

Nature projet	Orientation souhaitée	Orientation réalisée	Raison écart
IME - IMPro	9	5	2 projets en cours d'instruction 2 autres reconvertis en orientation ITEP
ITEP	6	8	
SESSAD ITEP	19	18	1 projet n'a pas abouti - fin de prise en charge à la demande des parents
SEST (service expérimental social et thérapeutique) <sup>42</sup>	1	1	
Prise en charge sanitaire	-	1	Une fin de prise en charge avec scolarisation en lycée pro s'est finalement soldée par une hospitalisation psychiatrique
Fin de prise en charge	7	8	

Outre les projets de réorientation encore en cours d'instruction au moment de la collecte, seuls 4 projets sur 43 ont dû être modifiés :

- deux orientations en IME/IMPro se sont transformées en orientation en ITEP, dans un cas en raison du manque de place dans l'IME concerné et dans l'autre parce que le choix a finalement été fait de poursuivre une scolarisation en SEGPA avec un accompagnement de type ITEP, plus approprié (jeune souffrant d'une dysharmonie d'évolution).

<sup>41</sup> Rappel : L'étude des caractéristiques des jeunes accueillis dans ces structures a déjà fait l'objet d'un rapport diffusé en février 2008. *Les structures du Lot-et-Garonne pour enfants et adolescents présentant des troubles du comportement*, 64 pages.

<sup>42</sup> A Saint-Clar, dans le Gers

- une fin de prise en charge avec scolarisation en lycée professionnel n'a pu aboutir en raison de l'état de santé du jeune qui l'a contraint à séjourner en hôpital psychiatrique
- une poursuite de prise en charge en SESSAD, après un séjour en ITEP, s'est heurtée à un refus de la famille et du jeune, lequel n'a donc plus de prise en charge

Les jeunes réorientés en IME avaient, le plus souvent, pour diagnostic une psychose déficitaire, une dysharmonie psychotique ou une déficience intellectuelle.

Ces orientations ont permis, par ailleurs, de mettre en place une réponse plus appropriée pour la plus grande partie des jeunes dont la situation avait été estimée inadéquate au sein de l'ITEP.

Par ailleurs, pour quelques jeunes sortants d'ITEP, une prise en charge avec d'autres partenaires que ceux issus du médico-social est souhaitée. Le plus souvent, il s'agit d'une mesure relevant de la protection de l'enfance (AED/AEMO, placement familial ou en MECS...).

# Les IME, IMP et IMPro et les SESSAD pour enfants déficients intellectuels

L'étude porte sur 398 jeunes en IME et 75 en SESSAD.

## 1 Caractéristiques socio-démographiques des jeunes

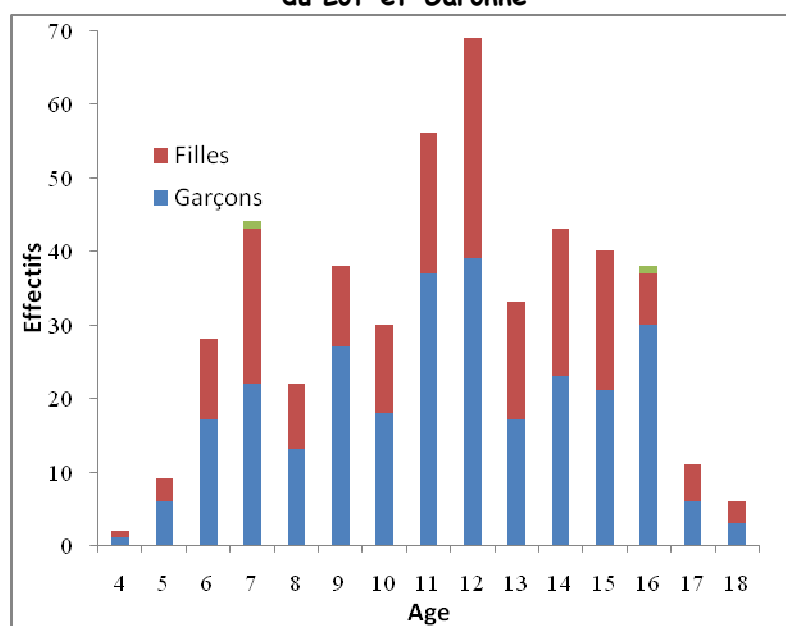
### 1.1 Sexe et âge

Les jeunes déficients intellectuels suivis dans les établissements agréés pour ce type de public sont majoritairement des garçons, à 60%, taux très proche de la répartition qui existait en 1994 dans le département (61% de garçons)<sup>43</sup> et au niveau national lors de l'enquête ES2001 (60,7%)<sup>44</sup>.

#### → L'âge à l'entrée dans la structure de prise en charge actuelle

Les entrées dans les structures destinées aux jeunes déficients intellectuels se font sur une large fourchette d'âges, entre 4 et 18 ans, avec une moyenne de presque 12 ans<sup>45</sup>.

**L'âge à l'entrée dans les IME et SESSAD pour jeunes déficients intellectuels  
du Lot-et-Garonne**



Age à l'entrée	Age minimal	Age maximal	Moyenne	% des jeunes entrés avant 11 ans
IME / IMP / IMPro	4,4	18,5	11,8	36,5%
SESSAD déficience intellectuelle	4,5	18,8	11,7	38,9%
<b>Ensemble des établissements et services pour jeunes déficients intellectuels</b>	<b>4,4</b>	<b>18,8</b>	<b>11,8</b>	<b>36,9%</b>

<sup>43</sup> B. MARABET et J. LOISY, 1996.- *Etude sur les usagers des Instituts médico-éducatifs du département du Lot-et-Garonne*. 59 p + annexes

<sup>44</sup> Cf. données de l'enquête ES 2001 : S. Vanovermeir et D. Bertrand, 2004.- Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés – activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001. *Série statistiques, Document de travail*, n°71, nov. 2004, 315 p + annexes, DREES.

<sup>45</sup> Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge moyen auquel commence une prise en charge en SESSAD ou en IME, non plus qu'entre jeunes garçons et jeunes filles.



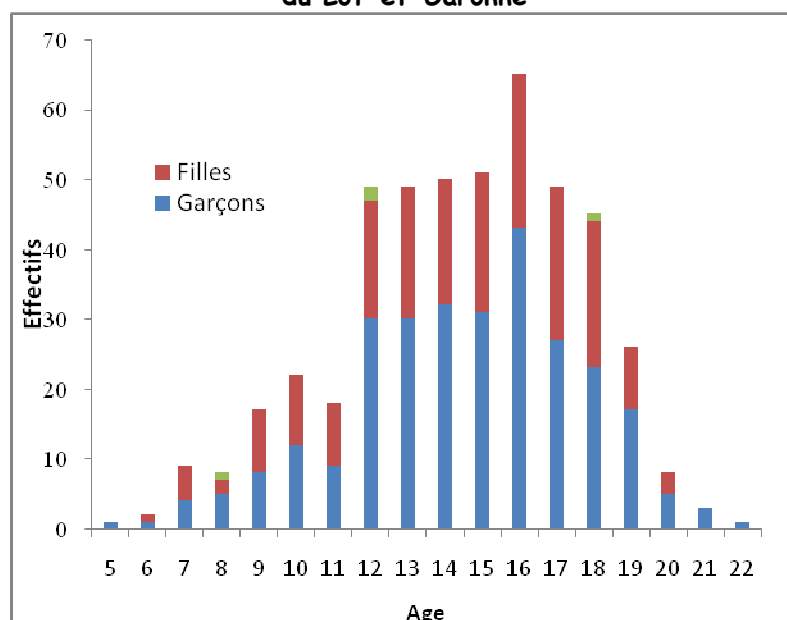
### → L'âge actuel des jeunes pris en charge

Les jeunes déficients intellectuels suivis dans le département ont entre 5 et 22 ans. La moyenne d'âge en IME est de 15 ans, ce qui est comparable à ce que l'on pouvait observer en 1994 et supérieur à l'âge moyen des IME au niveau national (qui se situe vers 14 ans).

Par contre, la moyenne est un peu plus basse en SESSAD : 13 ans et demi. Les moins de 11 ans y sont deux fois plus représentés, à l'inverse des 16 ans et plus. On trouve tout de même des jeunes adultes en SESSAD, 8 de 18 à 20 ans<sup>46</sup>.

Les SESSAD ont donc une population statistiquement moins âgée en moyenne que les IME, les prises en charge institutionnelles pouvant apparaître, dans certains cas, une solution à mobiliser suite à un premier suivi en SESSAD<sup>47</sup>. Les moins de 11 ans sont ainsi moins représentés à l'heure actuelle qu'en 1994 dans les IME du Lot-et-Garonne, ce qui témoigne d'une politique de scolarisation en milieu ordinaire beaucoup plus dynamique à l'heure actuelle.

L'âge actuel des usagers des IME et SESSAD pour jeunes déficients intellectuels du Lot-et-Garonne



Age actuel	Age minimal	Age maximal	Moyenne
IME / IMP / IMPro	6,8	22,1	15,2
SESSAD déficience intellectuelle	5,2	20,5	13,6
<b>Structures pour jeunes déficients intellectuels</b>	<b>5,2</b>	<b>22,1</b>	<b>14,9</b>

Age actuel	% des jeunes âgés					
	de moins de 11 ans			de 16 ans et plus		
	Lot-et-Garonne	Lot-et-Garonne 1994	France 2001	Lot-et-Garonne	Lot-et-Garonne 1994	France 2001
IME / IMP / IMPro	10,3%	14,0%	18,7%	45,2%	46,0%	37,8%
SESSAD déficience intellectuelle	24,0%	Cf. note <sup>48</sup>	Cf note <sup>49</sup>	22,7%		-
<b>Structures jeunes déficients intellectuels</b>	<b>12,4%</b>			<b>41,6%</b>		

<sup>46</sup> Dont 7 au SESSAD Forma Pro.

<sup>47</sup> Converge avec cette hypothèse le fait que les jeunes d'IME ont connu plus de suivis antérieurs, notamment médico-sociaux, que les jeunes de SESSAD.

<sup>48</sup> En 1994, il n'y avait pas de SESSAD pour jeunes déficients intellectuels en Lot-et-Garonne.

<sup>49</sup> Pas de données spécifiquement sur les SESSAD pour jeunes déficients intellectuels dans l'enquête ES.

## 1.2 Origine géographique

La quasi-totalité des jeunes des IME réside dans le département (98%). Cinq établissements reçoivent un ou deux jeunes issus d'un département limitrophe (Tarn-et-Garonne, Gironde et Dordogne). On peut ainsi observer, par rapport à la situation de 1994, où les extra-départementaux représentaient plus de 10% des usagers, un recentrage de l'accueil sur les jeunes originaires du département.

### **Voir cartes de répartition des usagers selon leur origine géographique pour chaque établissement et SESSAD<sup>50</sup> en annexe**

Plusieurs établissements accueillent des usagers de l'ensemble du territoire départemental, avec parfois des zones relativement éloignées qui concentrent une forte proportion de leurs usagers : l'IME Montclairjoie, l'IME de Cazala, l'IME de Fongrave (avec notamment 7 jeunes venant du canton de Casteljaloux), l'IMPro de Vérone (beaucoup de jeunes viennent de Villeneuve-sur-Lot et ses environs), l'IME Les Trois-Ponts (des cantons de Marmande et Port-Sainte-Marie)...

En ce qui concerne ce dernier établissement, le recrutement semble avoir évolué depuis 1994, puisqu'à l'époque, il avait « *un recrutement concentré sur le quart Nord-Est (pôles de Villeneuve et de Fumel)* », ce qui n'est plus le cas.

Une évolution semble également caractériser l'IME de Lapeyre, qui présente une assez forte concentration d'usagers originaires d'Agen, même si quelques-uns proviennent de cantons plus éloignés, tandis qu'en 1994, cet établissement avait un recrutement « *à la fois local et extra-départemental* ».

D'autres, comme l'IME Solincité ou l'IME Lalande, couvrent un secteur beaucoup plus restreint : principalement le quart nord-ouest du département en ce qui concerne Solincité, le quart sud-ouest pour Lalande (et notamment Agen).

Les SESSAD ont, de façon générale, un recrutement géographique plus resserré, même si le SESSAD Trisomie 21, probablement du fait de la spécificité de son agrément reçoit quelques jeunes résidant dans des cantons distants (Sainte-Livrade, Casteljaloux, et même Marmande et Meilhan-sur-Garonne).

Concernant la couverture départementale, l'on peut se demander si les jeunes déficients intellectuels résidant dans les cantons de Fumel, Tournon d'Agenais et Monflanquin ne sont pas pris en charge hors du département, ces 3 cantons ne regroupant qu'une dizaine de jeunes bénéficiant d'un suivi dans un IME lot-et-garonnais (à Casseneuil).

---

<sup>50</sup> A l'exclusion des SESSAD Forma Pro et Lou Roucal pour lesquels l'origine des usagers n'a pas été précisée (à l'exception d'un dans le cas de Lou Roucal).

## 2. Prises en charge antérieures

Plus de 9 jeunes sur 10 ont connu, avant l'IME, une autre prise en charge (92,2%), parfois hors du Lot-et-Garonne.

Pour les SESSAD, le taux est légèrement inférieur mais l'existence d'une prise en charge antérieure reste la règle générale (88%).

Ces taux sont légèrement plus élevés qu'en 1994 (88% des usagers concernés dans les IME), où il semblait déjà y avoir eu une augmentation de cet état de fait (77% sur les usagers sortis des IME entre 1991 et 1993 avaient connu une prise en charge antérieure).

→ L'existence d'un suivi antérieur en IME / ITEP / SESSAD ou encore EEAP concerne plus de 45% des usagers d'IME. Il s'agit majoritairement de suivis réalisés dans des structures pour jeunes déficients intellectuels, mais l'on peut remarquer que, comme en 1994, près de 10% d'entre eux ont eu un suivi dans une structure agréée pour les troubles du comportement<sup>51</sup>.

→ Un taux comparable d'usagers a fréquenté une **consultation médico-sociale**, CAMSP ou CMPP, taux qui montre l'importance de ces dispositifs dans le dépistage et les premiers accompagnements mis en œuvre auprès des jeunes qui sont ensuite orientés par la CDAPH. Le taux de jeunes d'IME ayant consulté un CAMSP a augmenté notablement par rapport à 1994, passant de 4 à 7%, ce qui témoigne des efforts réalisés en matière de dépistage précoce et a été permis notamment par la création du CAMSP de Villeneuve depuis le dernier Schéma.

→ Plus d'un quart ont été suivi en **psychiatrie infanto-juvénile**, la quasi-totalité d'entre eux ayant fréquenté, au moins, un hôpital de jour. Il s'agit d'une proportion inférieure à celle observée en 1994 (le taux était compris entre 31 et 45%). Il s'agit vraisemblablement là d'une conséquence directe de l'engorgement des services de pédopsychiatrie, d'autres parcours devant être mobilisés, en remplacement, pour les jeunes handicapés.

→ Près d'un quart ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de **protection sociale ou judiciaire**. Ce type de mesures a connu une **progression extrêmement importante** par rapport à la population des IME en 1994 : 13% des usagers bénéficiaient d'une mesure sociale.

→ Les dispositifs spécialisés ou adaptés de l'**Éducation nationale** n'apparaissent avoir été fréquentés antérieurement à la prise en charge que pour moins de 4% des jeunes. Il est possible qu'il s'agisse d'un manque d'informations, masquant une mobilisation plus importante des CLIS, UPI et autres dispositifs antérieurement aux suivis en IME<sup>52</sup>.

→ De la même manière, moins de 8% des jeunes auraient consulté en **libéral** (psychiatres, psychologues ou encore rééducateurs), mais il est possible que les établissements n'aient pas été informés de tous les parcours non institutionnels que les jeunes ont pu connaître.

<sup>51</sup> La moitié est maintenant à Vérone. Sept autres établissements en accueillent également.

<sup>52</sup> Notamment, le questionnaire soumis aux établissements ne faisait pas figurer, parmi les prises en charge antérieures pré-listées, les dispositifs de scolarisation tels que CLIS, UPI, SEGPA ou encore EREA. Ces derniers pouvaient être indiqués dans les « autres » prises en charge antérieures, à « préciser », mais cela n'a peut-être pas toujours été réalisé.

**Nature des prises en charge antérieures des jeunes des IME et SESSAD**

Type d'accompagnement	Part des usagers concernés			
	En IME		En SESSAD pour jeunes déficients intellectuels	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Prise en charge médico-sociale</b>	<b>182</b>	<b>45,7%</b>	<b>20</b>	<b>26,7%</b>
Déficience intellectuelle	154	38,7%	19	25,3%
IME	135	33,9%	13	17,3%
SESSAD déficience intellectuelle	26	6,5%	6	8,0%
Troubles du comportement	38	9,5%	1	1,3%
ITEP	30	7,5%	-	-
SESSAD troubles du comportement	8	2,0%	1	1,3%
Etablissement pour jeunes polyhandicapés	2	0,5%	-	-
Placement familial thérapeutique	2	0,5%	-	-
<b>Consultations médico-sociales</b>	<b>92</b>	<b>23,1%</b>	<b>22</b>	<b>29,3%</b>
CMPP	72	18,1%	19	25,3%
CAMSP	29	7,3%	6	8,0%
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>	<b>104</b>	<b>26,1%</b>	<b>17</b>	<b>22,7%</b>
Hôpital de jour	99	24,9%	7	9,3%
CMP	50	12,6%	10	13,3%
CATTP	19	4,8%	-	-
CADS / CHS	9	2,3%	-	-
<b>Mesures de protection sociale ou judiciaire</b>	<b>95</b>	<b>23,9%</b>	<b>13</b>	<b>17,3%</b>
Placement familial, MECS	71	17,8%	5	6,7%
AEMO / AED	49	12,3%	9	12,0%
<b>Intervenants libéraux</b>	<b>31</b>	<b>7,8%</b>	<b>21</b>	<b>28,0%</b>
Rééducateurs	22	5,5%	21	28,0%
Psychiatres	8	2,0%	1	1,3%
Psychologues	5	1,3%	1	1,3%

### 3. Motif de la prise en charge

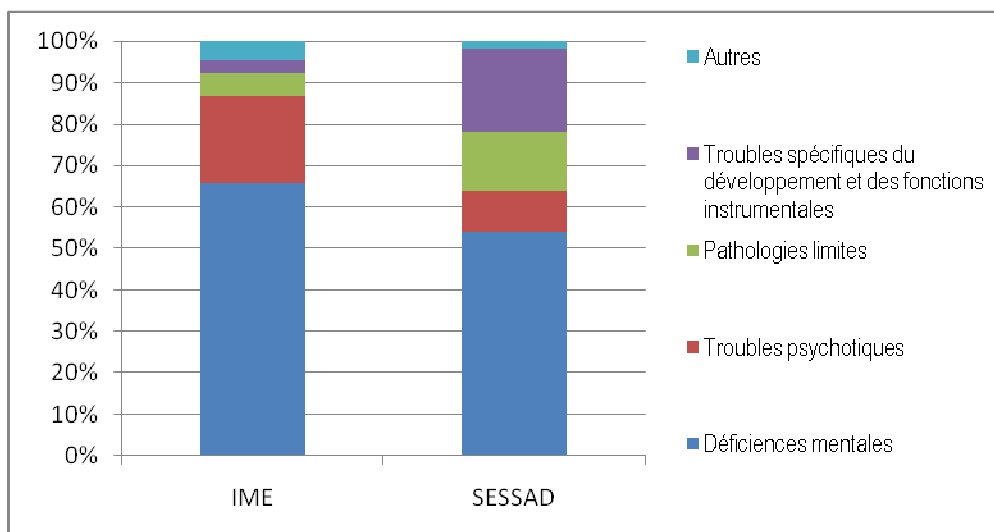
#### 3.1 Diagnostic principal

Le dispositif départemental en IME<sup>53</sup> accompagne, pour près des deux tiers de son public, de jeunes déficients intellectuels ; cette population est complétée principalement par des jeunes avec des troubles envahissants du développement et autres troubles psychotiques (un jeune sur cinq), que l'on retrouve dans 8 des 9 IME dont les diagnostics ont été étudiés.

Au niveau national, en 2001, les IME accueillent pour 80% des jeunes déficients intellectuels et les « *déficiences du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves* » représentaient seulement 6% des diagnostics principaux des usagers.

En SESSAD<sup>54</sup>, trois quarts des jeunes suivis présentent une déficience mentale ou des troubles cognitifs et des acquisitions scolaires.

Les troubles psychotiques et les pathologies limites concernent près d'un jeune sur quatre (avec 10% de troubles envahissants du développement). Ces jeunes présentant des troubles graves de la personnalité sont présents aussi bien au SESSAD Solincité, spécifiquement agréé pour leur prise en charge, qu'aux SESSAD du Confluent et de Fongrave.



#### Rappel sur les degrés de déficience intellectuelle :

NB : les classifications et textes officiels parlent également de "retard mental".

Voir par exemple "Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles"

Nomenclature établie en référence à la classification internationale du handicap [CIH]

#### Déficiences intellectuelles et cognitives :

- Retard mental **profond** (QI inférieur à 20 ou chez les adultes, âge mental inférieur à 3 ans)
- Retard mental **sévère** (QI compris entre 20 et 34 ou chez les adultes, âge mental de 3 à 6 ans)
- Retard mental **moyen** (QI compris entre 35 et 49 ou chez les adultes, âge mental de 6 à 9 ans)
- Retard mental **léger** (QI compris entre 50 et 69 ou chez les adultes, âge mental de 9 à 12 ans)

<sup>53</sup> En excluant Montclairjoie pour lesquels les diagnostics n'ont pas pu être communiqués par l'établissement - (Rappel : déficience intellectuelle légère à moyenne avec troubles associés)

<sup>54</sup> Hors SESSAD Forma Pro (agrément : déficience intellectuelle légère) et Lou Roucal (agrément : déficience intellectuelle légère à moyenne avec troubles associés), les diagnostics de leurs usagers n'ayant pas été communiqués.

**Répartition de la population des IME et SESSAD pour déficients intellectuels  
du Lot-et-Garonne en fonction du diagnostic principal <sup>55</sup>**

	<b>IME</b>	<b>SESSAD DEFICIENCE INTELLECTUELLE</b>
<b>1 - AUTISMES ET TROUBLES PSYCHOTIQUES</b>	<b>21,0%</b>	<b>10,0%</b>
1.0 Psychoses précoces (troubles envahissants du développement)	20,4%	10,0%
1.00 Autisme infantile précoce type Kanner	2,3%	
1.01 Autres formes de l'autisme infantile	2,8%	
1.02 Psychose précoce déficitaire – retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques	5,1%	
1.03 Syndrome d'Asperger	0,8%	2,0%
1.04 Dysharmonies psychotiques	9,1%	8,0%
1.08 Autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement	0,3%	
1.1 Schizophrénies	0,3%	
1.3 Troubles psychotiques aigus	0,3%	
1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	0,3%	
<b>2 – TROUBLES NEVROTIQUES</b>	<b>1,1%</b>	<b>2,0%</b>
2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse	0,6%	
2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions	-	2,0%
2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité	0,3%	
2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes fonctions instrumentales	0,3%	
<b>3 - PATHOLOGIES LIMITEES, TROUBLES DE LA PERSONNALITE</b>	<b>5,7%</b>	<b>14,0%</b>
3.0 Dysharmonies évolutives	4,0%	8,0%
3.1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité	0,8%	4,0%
3.3 Pathologies limites à dominante comportementale	0,8%	2,0%
<b>4 - TROUBLES REACTIONNELS</b>	<b>0,3%</b>	
4.1 Manifestations réactionnelles	0,3%	
<b>5 – DEFICIENCES MENTALES</b>	<b>65,7%</b>	<b>54,0%</b>
5.05 déficience harmonique avec QI 50-69	24,4%	22,0%
5.06 déficience dysharmonique avec QI 50-69	10,5%	14,0%
5.15 déficience harmonique avec QI 35-49	20,1%	
5.16 déficience dysharmonique avec QI 35-49	4,2%	
5.17 déficience avec QI 35-49 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	0,6%	
5.25 déficience harmonique avec QI 20-34	0,6%	
5.26 déficience dysharmonique avec QI 20-34	1,7%	
5.27 déficience avec QI 20-34 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	0,6%	
5.35 déficience harmonique avec QI < 20	-	
5.36 déficience dysharmonique avec QI < 20	0,6%	
5.37 déficience avec QI < 20 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	0,3%	
Déficiences mentales non précisées, liées à des maladies génétiques ou congénitales ou à des facteurs périnataux	2,3%	18,0%
<b>6 – TROUBLES SPECIFIQUES DU DEVELOPPEMENT ET DES FONCTIONS INSTRUMENTALES</b>	<b>3,1%</b>	<b>20%</b>
6.01 Troubles du développement du langage	0,3%	
6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	2,8%	20%
<b>7 – TROUBLES DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS</b>	<b>0,6%</b>	
<b>9 – VARIATIONS DE LA NORMALE</b>	<b>2,5%</b>	
9.4 Difficultés scolaires non classables	2,5%	

<sup>55</sup> Voir en annexe le détail par établissement

La comparaison des profils diagnostiques des jeunes suivis par les IME ou SESSAD et des différents agréments de ces structures montre une convergence importante (cf. tableau synthétique ci-dessous et, en annexe, répartition des usagers en fonction du diagnostic principal pour chaque établissement ou service).

En croisant ces données avec les diagnostics complémentaires observés, on pourra toutefois noter plusieurs particularités (voir plus loin).

### Agrément des structures et diagnostics principaux de la population accueillie

Agrément	Part des usagers dont le diagnostic principal correspond à l'agrément tel qu'il est exprimé	Remarques sur les autres diagnostics principaux
Déficience intellectuelle légère	SESSAD de Fongrave : 55% et 20% de troubles cognitifs / des apprentissages scolaires	Troubles envahissants du développement et pathologies limites : 25%
	SESSAD du Confluent : 44% et 38% de troubles cognitifs / des apprentissages scolaires	Pathologies limites et troubles névrotiques : 18%
	IME de Fongrave : 73%	8% de déficience intellectuelle moyenne et 10% de troubles psychotiques
Déficience intellectuelle légère et moyenne (avec ou sans troubles associés)	IME de Vérone : 54% (exclusivement légère)	Troubles psychotiques, limites et névrotiques : 29%
	IME de Cazala : 84% (légère : 66%) et 12% de troubles cognitifs, du développement du langage ou encore de "difficultés scolaires"	
Déficience intellectuelle moyenne (avec ou sans troubles associés)	IME de Lamothe-Poulin : 64%	Déficience intellectuelle légère : 27% Déficience intellectuelle sévère : 9%
	IME des Trois-Ponts : 72%	TED : 22% Déficience intellectuelle sévère : 4%
	IME de Lalande : 78%	Déficience intellectuelle légère : 11% TED : 11%
Déficience intellectuelle et polyhandicap	IME de Lapeyre : 63%	TED : 37%
Troubles envahissants du développement	IME Le Landié : 100%	
Troubles de la personnalité	IME Solincité : 91% <sup>56</sup>	Déficiences intellectuelles (légère, moyenne et profonde) : 9%
	SESSAD Solincité : 100%	
Trisomie 21	SESSAD Trisomie 21 : 100%	

## 3.2 Diagnostics complémentaires

Parmi les usagers des IME, près de 60% présentent des diagnostics complémentaires, taux comparable à celui observé en 1994. Suivant les établissements, un tiers à la totalité des jeunes peuvent être dans ce cas<sup>57</sup>.

La majorité des usagers qui ont des troubles psychotiques, limites ou névrotiques en diagnostic principal sont également atteints de déficience intellectuelle. Ainsi, 15% des

<sup>56</sup> Psychoses, pathologies limites et névroses

<sup>57</sup> Remarque : la présence ou l'absence d'un diagnostic complémentaire n'est pas un indicateur linéaire de gravité des déficiences d'une personne. L'analyse doit être réalisée en fonction du diagnostic principal. Par exemple, dans un établissement comme Lapeyre, 33% des usagers n'ont pas de diagnostic complémentaire. Mais leurs diagnostics principaux sont des déficiences intellectuelles graves avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur (ce qui est déjà un diagnostic indiquant des déficiences dans plusieurs domaines fonctionnels) ou encore des troubles psychotiques.



usagers ont une déficience intellectuelle comme diagnostic complémentaire (déficience légère ou moyenne quatre fois sur cinq).

En outre, les troubles des conduites et du comportement (23%) ainsi que les troubles névrotiques (7%), limites (2,5%) voire psychotiques (2%) sont également représentés.

Par rapport à 1994, plusieurs constats s'imposent :

- La population des IME reste composée à environ 80% de jeunes présentant une déficience intellectuelle, taux également similaire à celui observé en 2001 au niveau national (ES 2001)
- Au niveau du diagnostic principal : la population des IME est décrite à l'heure actuelle comme plus porteuse de déficiences intellectuelles, avec 66% de la population, contre 47% en 1994, époque à laquelle une part presque équivalente de troubles psychiatriques était recensée en diagnostic principal (17% de psychotiques, 15% de pathologies de la personnalité, 14% de troubles névrotiques).
- Les troubles névrotiques sont beaucoup moins représentés en 2008 dans les IME. En 1994, ils constituaient le diagnostic principal de 14% de jeunes et un diagnostic complémentaire pour 5%, tandis qu'en 2008, ces taux sont respectivement de 1% et 7%.

	Usagers avec un (ou des) diagnostic(s) complémentaire(s) <sup>58</sup>	Usagers avec une déficience intellectuelle		Usagers avec des troubles psychiatriques <sup>59</sup>	
		En diagnostic complémentaire	En diagnostic principal ou complémentaire	En diagnostic complémentaire	En diagnostic principal ou complémentaire
SESSAD de Fongrave	65 %	10 %	65 % (*)	15,0 %	40,0 %
SESSAD du Confluent	31 %	12,6 %	56,4 % (*)	6,3 %	25,1 %
IME de Fongrave	35 %	7,7 %	88,5 %	3,8 %	13,4 %
IME de Vérone	79 %	15,4 %	69,2 %	13,5 %	42,3 %
IME de Cazala	42 %	4,1 %	87,7 %	6,8 %	10,9 %
IME de Lamothe-Poulin	100 %	0 %	100 %	81,8 %	81,8 %
IME des Trois-Ponts	41 %	21,7 %	100 %	6,5 %	28,2 %
IME de Lalande	51 %	8,1 %	97,3 %	10,8 %	21,6 %
IME de Lapeyre	67 %	7,6 %	70,4 %	0 %	37 %
IME Le Landié	100 %	100 %	100 %	0 %	100 %
IME Solincité	93 %	30,2 %	39,5 %	2,3 %	93,0 %
SESSAD Solincité	100 %	60 %	60 %	0 %	100 %

(\*) Ces 2 SESSAD suivent également de nombreux jeunes dont le diagnostic est de troubles cognitifs et des acquisitions scolaires.

Dans les IME dont l'agrément ne spécifie pas l'accueil de déficience avec des troubles associés, la part des diagnostics complémentaires est la plus faible : 35 à 42% des jeunes à Cazala, Fongrave et Trois-Ponts.

Seul Lamothe-Poulin se démarque, établissement qui, rappelons-le, est agréé pour des déficiences intellectuelles moyennes, tout en recevant 27% de déficiences intellectuelles légères... mais avec la quasi-totalité des usagers qui présentent en plus des troubles névrotiques, une pathologie limite ou une dysharmonie psychotique.

<sup>58</sup> Voir détail par établissement en annexe

<sup>59</sup> Psychoses, névroses, pathologies limites



Dans un même ordre d'idées, Vérone, agréé pour les déficiences intellectuelles légères ou moyennes, n'accueille pas de jeunes avec une déficience moyenne, mais plus de 40% de sa population présente des troubles psychiatriques.

Lapeyre est le seul IME agréé pour l'accueil de jeunes ayant une déficience intellectuelle sévère ou profonde. Mais en pratique, 4 autres structures (Solincité, Les Trois-Ponts, Le Landié et Lamothe-Poulin) en accueillent chacune entre un et trois.

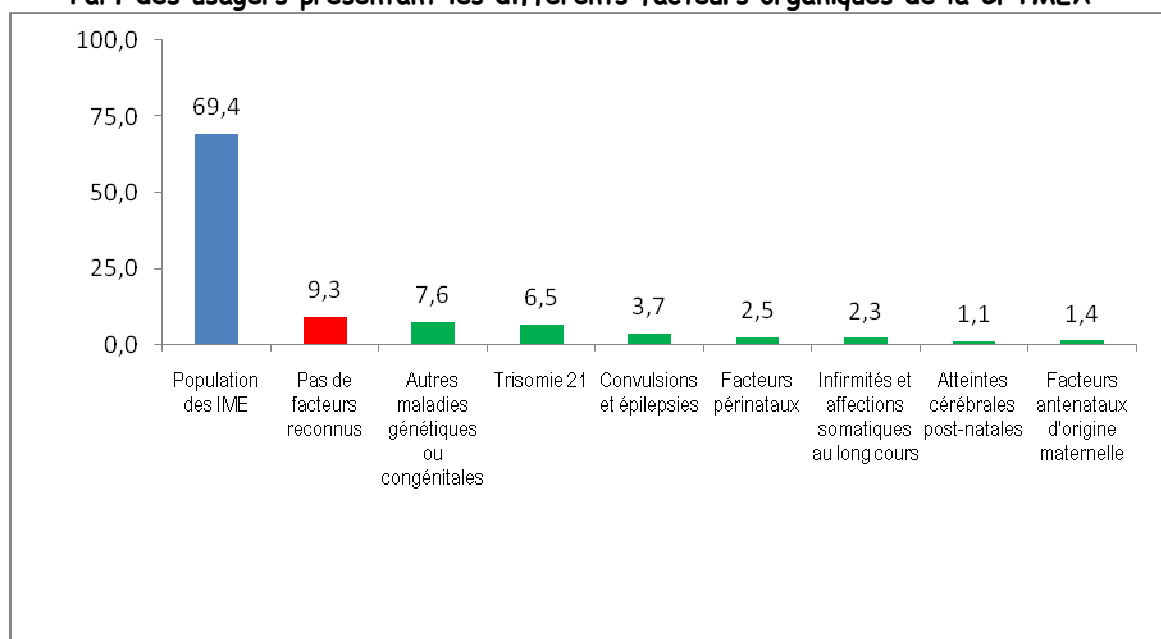
Les SESSAD de Fongrave et du Confluent, agréés pour les déficiences intellectuelles légères, participent, avec Solincité, à l'accompagnement des jeunes présentant des troubles de la personnalité qui sont scolarisés en milieu ordinaire (ces diagnostics psychiatriques s'appliquant à 40% des usagers au SESSAD de Fongrave, 25% à celui du Confluent).

### 3.3 Facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques

#### 3.31 Les facteurs organiques

Près d'un tiers des jeunes suivis en IME présentent des facteurs organiques éventuellement étiologiques, 17% ayant une trisomie 21 ou une autre maladie génétique ou congénitale. En 1994, cette proportion était de 46%<sup>60</sup>.

Part des usagers présentant les différents facteurs organiques de la CFTMEA<sup>61</sup>



On peut distinguer 2 types d'établissements :

- ceux qui accueillent majoritairement des jeunes qui ne présentent pas de facteurs organiques susceptibles d'expliquer les déficiences qu'ils présentent. C'est le cas de Fongrave, Cazala, Lamothe-Poulin, Vérone et, bien évidemment, des structures agréées pour les troubles de la personnalité, dont l'étiologie est soumise à controverse, Le Landié et Solincité. Dans chacune de ces structures, 80 à 85% des usagers ne présentent pas de facteurs organiques.

<sup>60</sup> Avec, notamment, 18% des usagers souffrant de convulsions / épilepsie, 15% de maladies génétiques / congénitales, 14% de facteurs périnataux...

<sup>61</sup> Voir détail par établissement en annexe

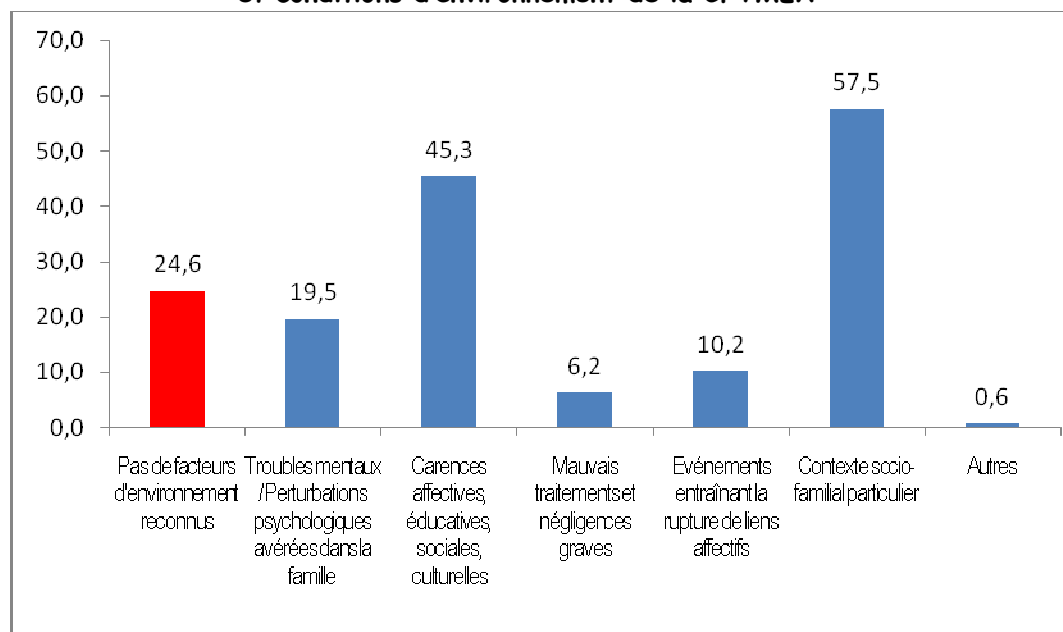
- ceux qui accueillent majoritairement des jeunes présentant des maladies génétiques ou congénitales, des troubles épileptiformes ou encore ayant été soumis à des facteurs anténataux ou périnataux particuliers. C'est le cas de :
  - ☞ l'IME de Lalande, 51% de facteurs organiques reconnus ; près d'un quart de maladies génétiques ou congénitales.
  - ☞ l'IME des Trois-Ponts, 70% des usagers ont des facteurs organiques ; plus de la moitié ont une maladie génétique / congénitale (dont 37% une trisomie 21. Cet établissement reçoit près des deux tiers des jeunes trisomiques accueillis en IME).
  - ☞ l'IME de Lapeyre, 74% de facteurs organiques ; 41% ont une maladie génétique / congénitale, près de 20% des malformations congénitales (autres que cérébrales), un nombre comparable des convulsions / épilepsies.

### 3.32 Les facteurs et conditions d'environnement

Dans la population des IME, trois quarts des jeunes ont un environnement présentant des particularités susceptibles de constituer des facteurs de risque, « *même si on ne leur confère pas une valeur étiologique* » (79% en 1994) :

- plus de la moitié ont un contexte socio-familial particulier (par exemple 15% des jeunes sont issus d'un « *milieu socio-familial très défavorisé* », 14% sont « *actuellement placés* »).
- 45% ont subi des carences, affectives ou socio-éducatives
- 20% ont, dans leur famille, des personnes souffrant de troubles mentaux ou d'alcoolisme
- 10% ont subi des événements entraînant la rupture de liens affectifs (décès d'un parent, abandon, hospitalisations prolongées ou répétitive...)
- 6% ont subi des mauvais traitements ou négligences graves

**Part des usagers des IME présentant les différents facteurs et conditions d'environnement de la CFTMEA <sup>62</sup>**



<sup>62</sup> Voir détail par établissement en annexe

Suivant les établissements, la représentation des différents éléments de contexte environnemental est différente.

A Solincité, 91% des usagers sont concernés :

- près des deux tiers ont subi des carences affectives / socio-éducatives,
- les trois quarts ont un contexte socio-familial particulier (plus d'un tiers sont des enfants placés),
- plus d'un tiers ont dans leur entourage familial des personnes souffrant de troubles mentaux / perturbations psychologiques

Des taux importants sont également observés à Vérone (89%) ou encore Cazala (84%).

A Lapeyre, à l'inverse, où la population est fortement constituée de jeunes présentant des maladies génétiques, les facteurs d'environnement particuliers ne concernent plus que 41% des usagers.

A noter que les jeunes ayant souffert de mauvais traitements et négligences graves sont tout particulièrement représentés à Solincité (11,6%) et à l'IME des Trois-Ponts (13%).

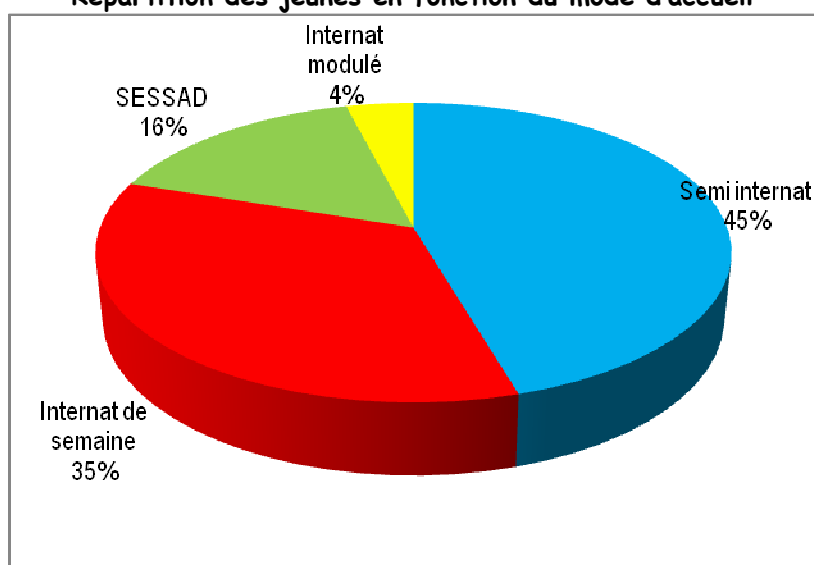
## 4 La prise en charge

### 4.1 Modalités d'accueil

Les structures pour jeunes déficients intellectuels accueillent les usagers suivant plusieurs modalités, dont le semi-internat, la plus répandue.

Par rapport à 1994, le département s'est doté de SESSAD, ce qui a permis d'**élargir la gamme des accompagnements disponibles** pour les jeunes. Actuellement, 16% des prises en charge se font avec ce type de service, ce qui est très proche du taux de places que représentent les SESSAD en Aquitaine par rapport à l'ensemble des places agréées pour déficients intellectuels (15,4%). En outre, ce dispositif va encore être développé, avec les 6 places de Lamothe-Poulin qui vont être transformées en SESSAD et l'extension programmée du SESSAD Solincité.

Répartition des jeunes en fonction du mode d'accueil



Plus de 90% des jeunes n'ont connu qu'une seule modalité d'accueil dans la structure qui les suit à l'heure actuelle.

Les principales modifications observées dans les parcours sont le passage du semi-internat vers l'internat (parmi les internes, 16% ont d'abord été semi-internes).

L'évolution inverse est moins fréquente, puisque parmi les semi-internes, seuls 4% ont d'abord été internes.

### Répartition des jeunes en fonction des parcours

Sans changement	Internat modulé uniquement			4
	Internat de semaine			145
	Semi-internat uniquement			205
	SESSAD			74
Avec changement	Internat de semaine	vers	internat modulé	3
	Internat de semaine	vers	semi-internat	9
	Internat modulé	vers	internat de semaine	2
	Semi-internat	vers	internat modulé	12
	Semi-internat	vers	internat de semaine	17
	SESSAD	vers	internat de semaine	1
	Semi-internat	vers	internat de semaine	vers SESSAD

On peut également remarquer que l'internat modulé n'est mis en place en premier choix que dans un cas sur cinq. Pour le reste, il s'agit d'une adaptation qui se fait au cours de la prise en charge. La grande majorité de ces accueils en internat modulé se fait à Lapeyre (près d'un sur deux) ou à Fongrave (un sur trois) ; les autres établissements citant cette modalité d'accueil sont Montclairjoie et Cazala.

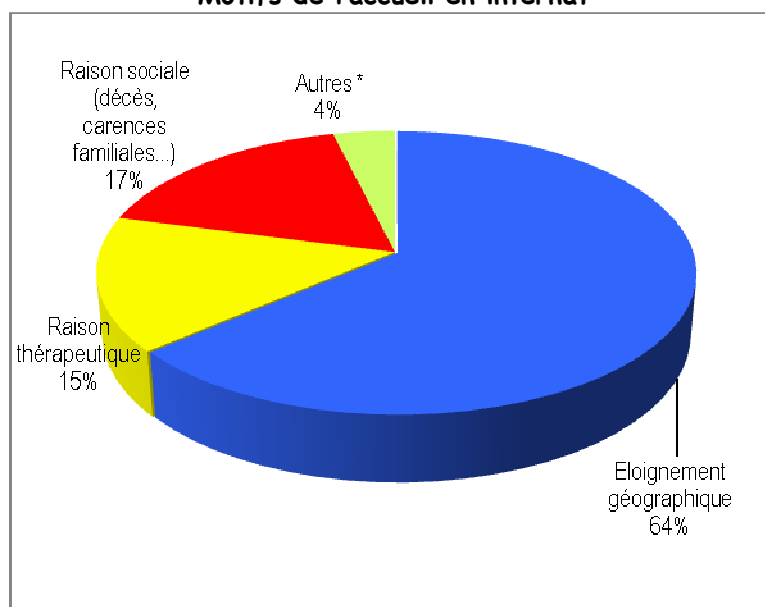
L'accueil en internat se fait, **dans près d'un cas sur trois, pour des raisons d'éloignement géographique du domicile familial.**

Pour les autres jeunes, il s'agit :

- d'un choix thérapeutique
- ou encore d'une nécessité liée à la situation familiale qui exclut la possibilité de vivre au sein de la famille (décès des parents, violence du jeune dans la famille, carences familiales...). A noter que parmi les usagers concernés, seul un jeune sur six fait l'objet d'une mesure de protection de l'enfance.

Il en résulte qu'un redéploiement hypothétique de l'offre de service à travers le territoire départemental pourrait réduire les besoins en internat... tout en favorisant le maintien de relations familiales plus denses. Toutefois, rappelons qu'il existe dans les structures n'ayant pas d'internat (Solincité, Lalande, Les Trois-Ponts, Le Landié), des besoins pour cette modalité d'accueil.

#### Motifs de l'accueil en internat



\* Demande du jeune ou de la famille, Internat pour participer aux activités de l'IME en soirée, Internat par manque de place en semi-internat à l'IME

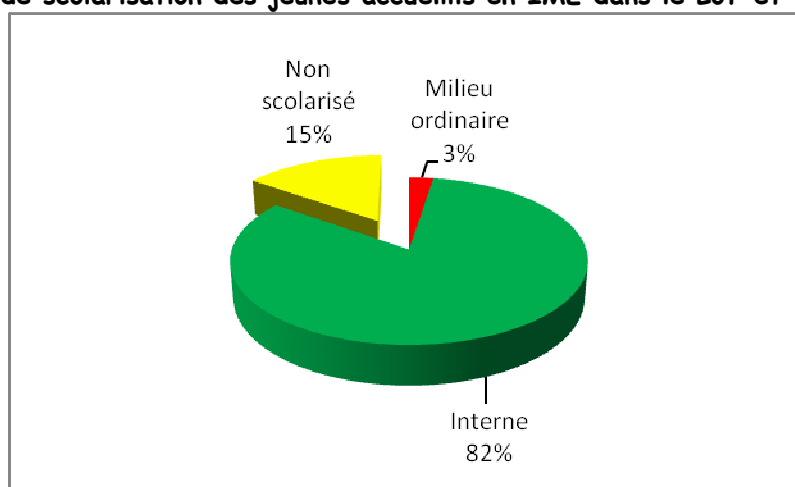
## 4.2 La scolarité

### → Les IME

En IME, 82% des jeunes sont scolarisés en interne, que cela soit à temps plein ou à temps partiel (auquel cas sur des temps compris entre 1 et 12 heures par semaine, soit environ 2 jours).

L'absence de scolarisation concerne 15% des usagers (près d'un sur deux sont à l'IME Lapeyre) et la scolarisation / formation professionnelle en milieu ordinaire uniquement 3%. Seuls trois établissements ont des jeunes scolarisés en milieu ordinaire (Solincité, Cazala, Vérone).

**Cadre de scolarisation des jeunes accueillis en IME dans le Lot-et-Garonne**



Par rapport à 1994, on observe, d'une part, un léger développement des pratiques d'intégration scolaire pour les publics suivis en IME, phénomène bien évidemment complété par le développement des SESSAD, et, d'autre part, une légère augmentation de la part de jeunes non scolarisés<sup>63</sup>.

**Cadre de scolarisation des jeunes accueillis en IME - Données de comparaison<sup>64</sup>**

	Non scolarisés	IME exclusivement	Milieu ordinaire
Lot-et-Garonne 2008	15%	82%	3%
Lot-et-Garonne 1994	13%	86%	1%
France (ES 2001)	29%	64%	5%

Le plus souvent à temps partiel avec scolarisation complémentaire dans l'IME

Parmi les jeunes en IME, près d'un sur quatre aurait connu un échec de scolarisation en milieu ordinaire (23,9%). Les raisons en sont principalement des « *problèmes aggravés d'apprentissage* », un trop grand retard accumulé, ainsi que des troubles du comportement, des difficultés relationnelles, de la violence, des troubles de la concentration, une trop

<sup>63</sup> Il faut rappeler toutefois que la population des IME étudiée inclut l'ensemble des usagers de Lapeyre, tandis qu'en 1994, les usagers de la section « polyhandicapés » de cet établissement étaient distingués et étudiés avec ceux des structures pour jeunes polyhandicapés.

<sup>64</sup> Voir détail par établissement en annexe

grande souffrance et de l'angoisse en milieu scolaire, l'absence de motivation... Ces diverses difficultés n'ont pas pu trouver, pour ces jeunes, de solution en milieu ordinaire.

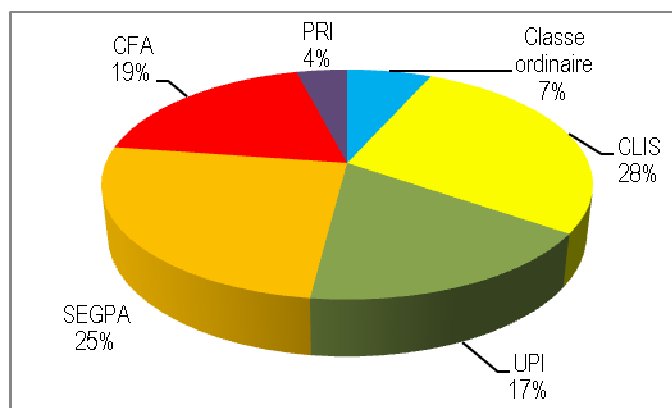
## → Les SESSAD

Tous les jeunes suivis par un SESSAD sont scolarisés en milieu ordinaire à temps plein ou en formation professionnelle.

En dehors des jeunes en CFA, la quasi-totalité des jeunes scolarisés, que ce soit en classe ordinaire, CLIS, UPI ou SEGPA voient leur scolarité organisée avec un Projet personnalisé de scolarisation.

Les dispositifs spécialisés, CLIS et UPI, accueillent 45% de ces jeunes, les SEGPA un quart.

### Cadre de scolarisation / formation des jeunes suivis par un SESSAD dans le Lot-et-Garonne



### Scolarité ou formation suivie par les jeunes en SESSAD

SESSAD	Classes ordinaires	CLIS	SEGPA	UPI	CFA	PRI	Ensemble
Confluent	1	6	9				16
Forma Pro					12	3	15
Fongrave		4	8	8			20
Lou Roucal	2	4	2		2		10
Solincité		3		2			5
Trisomie 21	2	4		3			9
<b>Ensemble</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>75</b>

Un jeune sur 12 aurait connu un échec de scolarisation en milieu ordinaire, lié à des « difficultés dans les apprentissages ».

## 4.3 Prise en charge conjointe

Parmi les jeunes suivis par un IME, près d'un quart bénéficient d'un suivi complémentaire ; il s'agit pour la très grande majorité, d'une mesure de protection sociale ou judiciaire (près d'un jeune sur cinq est concerné).

Suivant les établissements, la proportion des usagers concernée varie fortement.

### Part des usagers ayant une prise en charge conjointe

Le Landié	58,3%
Solincité	46,5%
Fongrave	36,5%
Montclairjoie	26,7%
Les Trois- Ponts	19,6%
Lalande	18,9%
Lapeyre	18,5%
Cazala	15,1%
Vérone	13,5%
Lamothe-Poulin	0,0%
<b>Ensemble</b>	<b>24,4%</b>

En SESSAD, près d'un tiers des jeunes ont également un autre type de suivi : les mesures sociales sont également assez répandues (plus de 10% des jeunes) et les jeunes reçoivent, par ailleurs, des soins complémentaires auprès de rééducateurs libéraux (pour un sur cinq).

### Nature des prises en charge conjointes

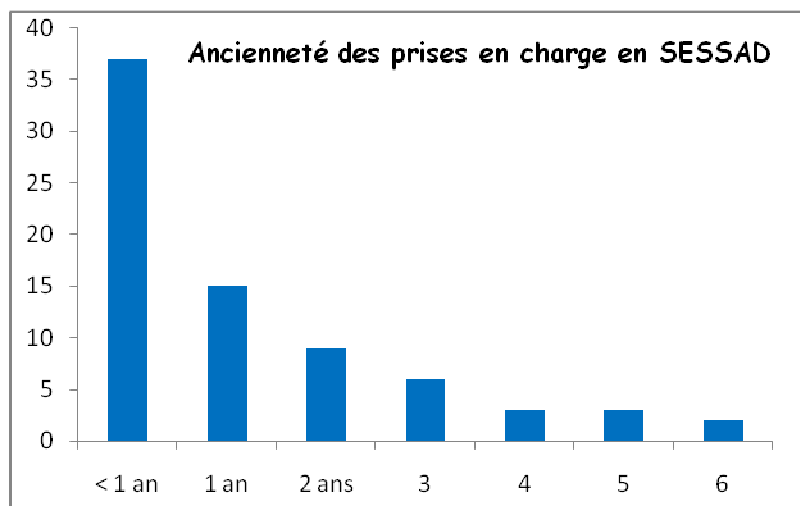
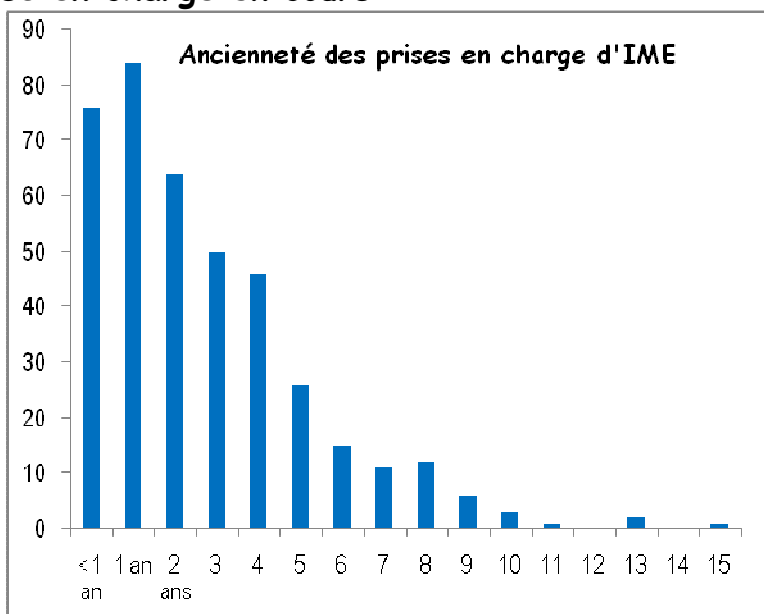
Type d'accompagnement	Part des usagers concernés			
	En IME		En SESSAD pour jeunes déficients intellectuels	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Prise en charge médico-sociale</b>	<b>6</b>	<b>1,5%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Dans un autre IME	6	1,5%	-	-
Il s'agit de 3 jeunes accueillis simultanément dans 2 IME du département : Le Landié et Les Trois-Ponts (2), Le Landié et Montclairjoie (1).				
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>	<b>6</b>	<b>1,5 %</b>	<b>1</b>	<b>1,3%</b>
Centre hospitalier spécialisé	2	0,5%	-	-
CMP / CATT	1	0,3%	1	1,3 %
Hôpital de jour	2	0,5%	-	-
Placement familial thérapeutique	1	0,3%	-	-
<b>Mesures de protection sociale ou judiciaire</b>	<b>77</b>	<b>19,3%</b>	<b>8</b>	<b>10,7%</b>
Placement familial, MECS	58	14,6%	6	8,0%
AEMO / AED	28	7,0%	2	2,7%
U.E.R.	1	0,3%	-	-
<b>Intervenants libéraux</b>	<b>12</b>	<b>3,0%</b>	<b>15</b>	<b>20,0%</b>
Rééducateurs	7	1,8%	15	20,0%
Psychiatres / Psychologues	6	1,5%	-	-
<b>Sans précision</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>2,7%</b>



#### 4.4 Ancienneté de la prise en charge en cours

Les prises en charge actuellement en œuvre en IME durent, en moyenne, depuis un peu plus de 3 ans. La plus ancienne date d'une quinzaine d'années.

Les entrées très récentes, datant de moins d'un an, représentent près d'un cinquième des usagers et 40% datent de moins de 2 ans, ce qui semble témoigner d'un turnover relativement important.



Pour ce qui est des SESSAD, les prises en charge durent en moyenne depuis moins de 2 ans et 69% ont commencé ces deux dernières années (et encore près de la moitié datent de moins d'un an). Aucune ne dépasse 6 ans de suivi.

## 5 Adéquation de la prise en charge actuelle

Globalement, 15% des prises en charge en IME et 13% de celles en SESSAD sont jugées inadéquates par les services.

### Préconisations pour résoudre les situations d'inadéquation de la prise en charge<sup>65</sup>

	IME		SESSAD		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Réorientation</b>	<b>24</b>	<b>6,0%</b>	<b>5</b>	<b>6,7%</b>	<b>29</b>	<b>6,1%</b>
IME / IMPro	22	5,5%	5	6,7%	27	5,7%
avec formation professionnelle	7	1,8%	-	-	7	1,5%
pour troubles psychiatriques	9	2,3%	2	2,7%	11	2,3%
pour troubles neurologiques	2	0,5%	-	-	2	0,4%
pour déficience plus lourde	2	0,5%	3	4,0%	5	1,1%
pour déficience moins lourde	2	0,5%	-	-	2	0,4%
SESSAD	1	0,3%	-	-	1	0,2%
ITEP	1	0,3%	-	-	1	0,2%
<b>Changement de modalités d'accueil</b>	<b>11</b>	<b>2,8%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>11</b>	<b>2,3%</b>
Passage en internat	9	2,3%	-	-	9	1,9%
Passage à temps plein	2	0,5%	-	-	2	0,4%
<b>Scolarisation / formation en milieu ordinaire</b>	<b>8</b>	<b>2,0%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>1,7%</b>
CLIS	1	0,3%	-	-	1	
SEGPA	7	1,8%	-	-	7	
<b>Prise en charge psychiatrique</b>	<b>1</b>	<b>0,3%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	
Hôpital de jour	1	0,3%	-	-	1	0,2%
<b>Mesure de protection de l'enfance</b>	<b>4</b>	<b>1,0%</b>	<b>2</b>	<b>2,7%</b>	<b>6</b>	<b>1,3%</b>
Internat ou famille d'accueil	4	1,0%	-	-	4	0,8%
AEMO	-	-	2	2,7%	2	0,4%
<b>Orientation vers le secteur adultes</b>	<b>11</b>	<b>2,8%</b>	<b>2</b>	<b>2,7%</b>	<b>13</b>	<b>2,7%</b>
Foyer occupationnel	5	1,3%	-	-	5	1,1%
MAS	2	0,5%	-	-	2	0,4%
FAM / MAS	1	0,3%	-	-	1	0,2%
ESAT	2	0,5%	2	2,7%	4	0,8%
Non précisé	1	0,3%	-	-	1	0,2%
<b>Autres</b>	<b>2</b>	<b>0,5%</b>	<b>1</b>	<b>1,3%</b>	<b>3</b>	<b>0,6%</b>
Reprise prise en charge interrompue	1	0,3%	-	-	1	0,2%
Fin de prise en charge	-	-	1	1,3%	1	0,2%
Non précisé	1	0,3%	-	-	1	0,2%
<b>Ensemble</b>	<b>61</b>	<b>15,3%</b>	<b>10</b>	<b>13,3%</b>	<b>71</b>	<b>15,0%</b>

Afin d'améliorer la situation des jeunes dont la prise en charge est jugée inadéquante, les adaptations nécessaires prennent des formes variées, et notamment :

- réorientation vers un autre établissement pour jeunes handicapés pour 29 jeunes, dont 27 dans un autre IME / IMPro
- modifications des modalités d'accueil en IME pour 11 jeunes, avec passage en internat
- réorientation vers le secteur adultes pour 13 jeunes
- scolarisation en milieu ordinaire, avec poursuite de la prise en charge par l'IME pour 8 jeunes

Suivant les services, la part de prises en charge qui sont jugées inadéquates varie :

- pas de prise en charge inadéquante (IME Lamothe-Poulin et SESSAD Lou Roucal)

<sup>65</sup> Voir détail par établissement en annexe

- un ou deux usagers pour qui des difficultés compromettent la qualité de l'accompagnement prodigué (IME de Fongrave, de Montclairjoie, SESSAD du Confluent, de Fongrave...)
- structures où près d'un tiers des usagers ont une prise en charge inadaptée : IME de Lapeyre, Trois-Ponts et Lalande (30%), le Landié (un jeune sur trois)

*Remarque :* même dans le cas de prises en charge jugées adaptées, il peut y avoir des préconisations d'amélioration.

*C'est le cas notamment de jeunes à réorienter, à plus ou moins court terme, vers le secteur adulte (2 jeunes concernés à Lapeyre pour des FAM/MAS notamment, 1 à Solincité pour un ESAT, 1 à Cazala pour un foyer occupationnel, 1 au Landié).*

*Par ailleurs, la possibilité d'un internat constituerait également une amélioration dans certains cas (1 à Lapeyre, pour répondre à la demande de la mère ; 1 à Solincité pour un internat de semaine thérapeutique).*

*Enfin, dans un cas, à Lapeyre, il serait profitable de mettre en place une « prise en charge complémentaire à domicile pour travailler la relation mère-fille », avec une adaptation du logement et une AEMO. Et pour une autre famille, une aide à domicile dans le cadre d'une PCH serait nécessaire.*

## 6 Projections de sortie

A l'exception de l'IME de Lamothe-Poulin<sup>66</sup>, tous les IME envisageaient, au moment de l'enquête, des sorties à la fin de l'année scolaire 2007-2008, pouvant aller jusqu'à près d'un quart de leur effectif (23% à Cazala). Sur l'ensemble des IME, 14% de la population a ainsi dû sortir des IME.

Si l'on considère tous les projets construits pour préparer la sortie des jeunes d'IME, quel que soit le terme envisagé, plus de la moitié de la population est concernée.

Ces sorties concernent 18 jeunes en situation d'amendement Creton (4,5% des usagers ; 8% des sorties prévues).

**Projections de sortie des IME du Lot-et-Garonne**

IME	Sortie ETE 2008		Sortie à plus longue échéance, déjà définie		Sortie à plus longue échéance, non encore définie		Ensemble des usagers avec un projet de sortie	
	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part
Solincité <i>dont Creton</i>	5	11,6%	2 1	4,7%	5	11,6%	12 1	27,9%
Lapeyre <i>dont Creton</i>	2	7,4%	3 1	11,1%	14 2	51,9%	19 3	70,4%
Fongrave <i>dont Creton</i>	8 1	15,4%	4	7,7%	18	34,6%	30 1	57,7%
Trois-Ponts <i>dont Creton</i>	5 1	10,9%	1	2,2%	17 1	37,0%	23 2	50,0%
Montclairjoie <i>dont Creton</i>	5	11,1%	5 1	11,1%	17 4	37,8%	27 5	60,0%
Cazala <i>dont Creton</i>	17	23,3%	3 1	4,1%	17	23,3%	37 1	50,7%
Lalande <i>dont Creton</i>	2 1	5,4%	1	2,7%	10 1	27,0%	13 2	35,1%
Le Landié	1	8,3%	0	-	3	25,0%	4	33,3%
Lamothe-Poulin	0	-	0	-	11	100,0%	11	100,0%
Vérone <i>dont Creton</i>	9 2	17,3%	4 1	7,7%	37	71,2%	50 3	96,2%
<b>Ensemble</b> <i>dont Creton</i>	<b>54</b> 5	<b>13,6%</b>	<b>23</b> 5	<b>5,8%</b>	<b>149</b> 8	<b>37,4%</b>	<b>226</b> 18	<b>56,8%</b>

<sup>66</sup> Dont les jeunes vont être transférés à Fongrave

Pour les SESSAD, les sorties prévues pour l'été 2008, représentaient près de 30% des suivis.

### Projections de sortie des SESSAD pour jeunes déficients intellectuels du Lot-et-Garonne

SESSAD	Sortie ETE 2008		Sortie à plus longue échéance, déjà définie		Sortie à plus longue échéance, non encore définie		Ensemble des usagers avec un projet de sortie	
	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part
Confluent	6	37,5%	0	-	0	-	6	37,5%
Forma Pro	8	53,3%	2	13,3%	5	33,3%	15	100,0%
Fongrave	4	20,0%	0	-	0	-	4	20,0%
Lou Roucal	3	30,0%	0	-	4	40,0%	7	70,0%
Solincité	1	20,0%	1	20,0%	2	40,0%	4	80,0%
Trisomie 21	0	-	0	-	0	-	0	-
<b>Ensemble</b>	<b>22</b>	<b>29,3%</b>	<b>3</b>	<b>4,0%</b>	<b>11</b>	<b>14,7%</b>	<b>36</b>	<b>48,0%</b>

La CDAPH a d'ores et déjà étudié **plus de la moitié des projets de sortie** (cf. détails en annexe).

	Sorties ETE 2008 <sup>67</sup>				Sorties à plus long terme			
	IME		SESSAD		IME		SESSAD	
	Effectif	% des sorties	Effectif	% des sorties	Effectif	% des sorties	Effectif	% des sorties
<b>Réorientation secteur jeunesse handicapée</b>	<b>34</b>	<b>63,0%</b>	<b>8</b>	<b>36%</b>	<b>31</b>	<b>23,7%</b>	<b>1</b>	<b>7,1%</b>
IME	29	53,7%	4	18%	30	22,9%	1	7,1%
sans précision	8	14,8%	2	9%	8	6,1%	1	7,1%
pour troubles psychiques	1	1,9%						
avec formation professionnelle	20	37,0%	2	9%	22	16,8%		
SESSAD	5	9,3%	3	14%			-	-
ITEP			1	5%	1	0,8%	-	-
<b>Réorientation secteur adultes handicapés</b>	<b>7</b>	<b>13,0%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>77</b>	<b>58,8%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ESAT (dont avec foyer d'hébergement)	4 (2)	7,4%	-	-	42 (35)	32,1%	-	-
Foyer occupationnel	2	3,7%	-	-	24	18,3%	-	-
FAM / MAS / SAMSAH	1	1,9%	-	-	11	8,4%	-	-
<b>Formation / Emploi en milieu ordinaire</b>	<b>12</b>	<b>22,2%</b>	<b>12</b>	<b>55%</b>	<b>24</b>	<b>18,3%</b>	<b>9</b>	<b>64,3%</b>
Autres / non déterminé	1	1,9%	2	9%			4	28,6%
<b>Ensemble</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>131<sup>68</sup></b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Au niveau national (ES 2001), les sortants d'IME étaient orientés :

- vers le secteur jeunes handicapés : 33,6%
- vers le secteur adultes handicapés : 35,5% (dont 24% en travail protégé)
- vers une scolarisation, formation, (recherche d')emploi en milieu ordinaire : 21,4%

### → Sorties prévues pour l'été 2008

**En IME**, la prépondérance des réorientations prévues au sein du secteur "jeunes handicapés" en Lot-et-Garonne (63% des sorties prévues), alors même que tous les IME ont une limite d'âge à 18 ans, montre la nécessité pour les établissements de trouver dans une

<sup>67</sup> Voir détail en annexe

<sup>68</sup> 172 projets de sorties d'IME à plus long terme ont été indiqués ; plus des trois quarts (131) comportaient des précisions sur le cadre de vie (activité, hébergement, accompagnement). C'est sur la base de ces 131 projets "complets" que les taux indiqués ont été calculés.

autre structure les composantes de l'offre de service qu'ils ne peuvent apporter à certaines jeunes :

- un internat
- une meilleure adéquation entre le handicap et l'agrément de la structure
- une formation professionnelle

Le retour en milieu ordinaire atteint une proportion comparable à celle observée au niveau national.

Les 29 réorientations vers des IME ou IMPro n'ont pas pu être réalisées dans 28% des cas, que cela soit par manque de place (3 en IME, 2 en IMPro), de structure adaptée aux « *troubles trop importants du jeune* » (1) ou du fait d'un refus de l'IMPro pressenti (2).

En outre, une famille a souhaité un suivi SESSAD à la place d'un IME.

**En SESSAD**, sur la vingtaine de sorties qui étaient prévues pour l'été 2008, une des orientations en IMPro n'a pu être réalisée, suite au refus de l'établissement.

Près d'un tiers des sortants devaient poursuivre en milieu ordinaire une scolarisation ou une formation, dans des dispositifs spécialisés (CLIS), adaptés (SEGPA) ou encore professionnels (2 en CFA, 1 en lycée professionnel).

Près d'un quart pouvaient se lancer dans une recherche d'emploi en milieu ordinaire. Il s'agissait dans la majorité des cas d'une volonté des jeunes (ou de leur famille) d'arrêter tout suivi médico-social pour s'insérer dans une activité professionnelle.

### → Sorties prévues à plus long terme

Pour les sorties d'**IME** à plus long terme, on retrouve une assez forte proportion de réorientations vers des établissements pour jeunes handicapés. Avec le terme plus éloigné de ces projets, le secteur des adultes handicapés prend une part beaucoup plus importante (59% des sorties prévues) et les places en ESAT et foyer occupationnel attendues constituent un fort effectif.

L'orientation vers le milieu ordinaire est un peu moins représentée, ce qui peut, en partie au moins, s'expliquer par le fait qu'il s'agit de jeunes pour qui une sortie à court terme n'est pas prévue, peut-être du fait de besoins persistants de prises en charge qui pourraient perdurer dans le futur.

D'ores et déjà, des obstacles ont été repérés dans plusieurs projets de réorientation :

- 3 vers un IMPro et 3 vers un IME
- 3 en foyer occupationnel
- 1 en FAM / MAS et 1 en MAS

Dans pratiquement tous les cas, il s'agissait d'un manque de place dans la structure pressentie.

Quant aux projets de sortie de **SESSAD** à plus long terme, ils sont peu nombreux à être clairement définis. Dans la plupart des cas, il s'agit de poursuivre une formation professionnelle en milieu ordinaire. A noter toutefois que pour un jeune, un besoin d'entrée en IME se fait sentir, mais le manque de place empêche cette réorientation.

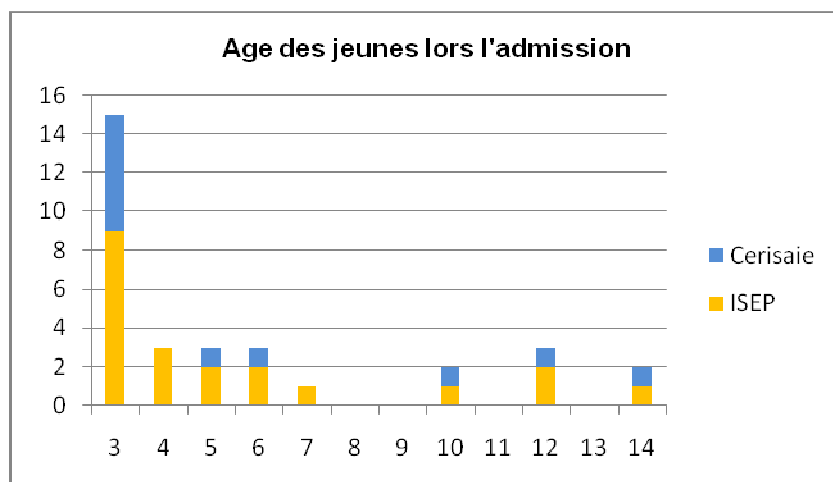
*Remarque :* parallèlement aux besoins précédemment décrits, les IME et SESSAD ont pu indiquer le besoin, dans le cadre d'une sortie programmée ou envisagée, de "Prestations de compensation du handicap" pour une quinzaine de jeunes. Pour certains, il peut s'agir de recevoir une aide humaine (6), une aide technique (2) ou encore une adaptation du logement ou du véhicule (5).

## Les établissements pour jeunes polyhandicapés

Au jour de l'étude, la Cerisaie et l'ISEP accueillent 33 enfants et adolescents polyhandicapés.

### 1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes

#### 1.1 Sexe et âge

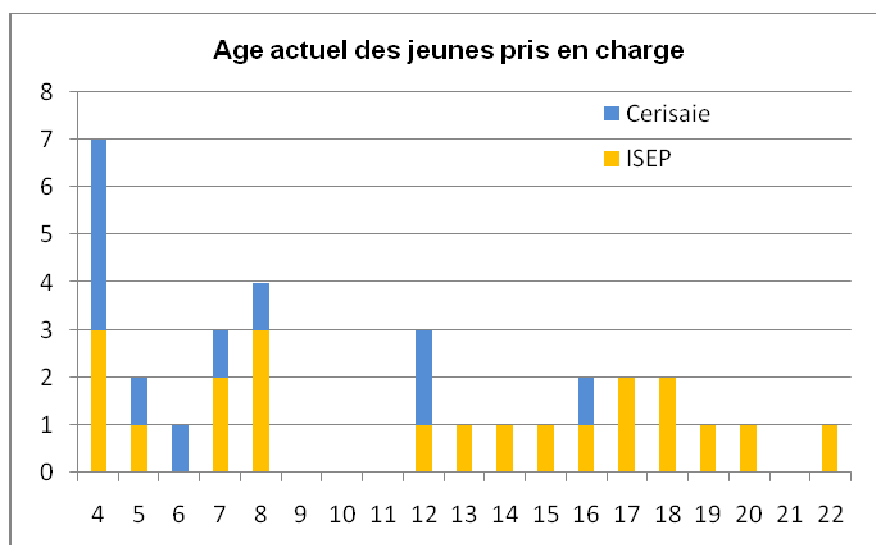


Les entrées dans les structures pour jeunes polyhandicapés se font entre l'âge de 3 ans et 14 ans, l'âge moyen à l'entrée étant de 6 ans.

Les prises en charge dans un cadre institutionnel sont mises en place très précocement pour ces enfants, près de la moitié d'entre eux étant entrés dès 3 ans, âge limite inférieur fixé par l'agrément.

Les filles sont légèrement majoritaires (55%), assez nettement à la Cerisaie <sup>69</sup>.

	Garçons	Filles
APRES La Cerisaie	4 (33%)	8 (67%)
ISEP Tonneins	11 (52%)	10 (48%)
<b>Ensemble</b>	<b>15 (45%)</b>	<b>18 (55%)</b>



Au moment de l'étude, les jeunes accueillis dans ces établissements étaient âgés de 4 à 22 ans. La moitié d'entre eux sont très jeunes (17 sur 33), ils ont entre 4 et 8 ans. *Au niveau national, 20% seulement sont dans cette tranche d'âge.*

A l'inverse, les situations d'aménagement Creton sont rares : 2 jeunes actuellement.

<sup>69</sup> Au niveau national, selon ES2001, les proportions sont inversées : 55% de garçons pour 45% de filles.

## 1.2 Origine géographique

L'ISEP qui peut accueillir les jeunes en internat recrute dans tout le département. La Cerisaie voit ses usagers provenir d'un secteur géographique plus resserré en particulier le bassin de vie de Villeneuve.

En outre, ces établissements accueillent chacun 2 jeunes venant de la Dordogne, département n'ayant pas d'offre à l'intention des jeunes polyhandicapés.

Le recrutement est donc extradépartemental pour 12% des enfants pris en charge dans cette catégorie d'établissement.

**Voir annexe cartes de recrutement par établissement**

## 2. Prises en charge antérieures

La plupart du temps, les jeunes actuellement pris en charge avaient déjà, auparavant, fréquenté une structure de soins ou un professionnel libéral (28 jeunes concernés, soit 85% de la population des établissements pour enfants polyhandicapés). Vu la nature des handicaps dont sont atteints ces jeunes, il est probable que les suivis antérieurs aient été plus généralisés que ne le laissent apparaître ces données.

**Nature des prises en charge antérieures**

	Effectif	%
<b>Soins et suivi ambulatoires</b>	<b>25</b>	<b>76</b>
CAMSP	14	42
CMPP	4	12
SESSAD	4	12
Réducateur libéral	6	18
Psychiatrie sectorisée (CMP et CATTP)	3	9
<b>Prises en charge institutionnelles</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
IME	2	6
Hôpital de jour	2	6
Pouponnière sanitaire	1	3
<b>Protection de l'enfance</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Placement familial	1	3

Note de lecture du tableau :

↳ Un même enfant peut avoir eu plusieurs prises en charge de même nature (exemple dans les prises en charge ambulatoires : CMPP + éducateur libéral). Dans ce cas, il est dénombré pour chacune des interventions dont il a bénéficié mais une fois seulement dans le décompte général de la rubrique (la somme des pourcentages et des effectifs au sein d'une rubrique peut donc être supérieure au total de la rubrique - ligne en gras).

↳ Par ailleurs, un même enfant peut également avoir bénéficié de plusieurs prises en charge dans différentes rubriques (exemple : CMPP dans les prises en charge ambulatoires + placement familial dans les mesures de la protection de l'enfance). Dans ce cas, il est répertorié dans chacune de ces rubriques, ce qui explique que la somme des pourcentages en gras soit supérieure à 100 %.

Les prises en charge mobilisées pour ces enfants ont été avant tout ambulatoires, avec une place toute particulière occupée par les CAMSP qui ont suivi plus de 40% d'entre eux. Par contre, à l'inverse de ce qui a pu être observé pour les enfants des IME et des ITEP, ces enfants ont rarement fait l'objet d'une mesure relevant de la Protection de l'Enfance.

### 3. Motif de la prise en charge

La CFTMEA, classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents, a été l'outil retenu pour approcher les pathologies. Ce choix a été fait afin que l'ensemble de la population accueillie dans une structure médico-sociale puisse être étudiée à travers la même grille.

#### 3.1 - Diagnostic principal

La majorité de la population accueillie dans ces établissements correspond bien à la définition usuelle du polyhandicap : les enfants polyhandicapés sont « *atteints d'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations* » (Circulaire 89-19 du 30 octobre 1989).

Près des deux tiers des enfants en EEAP correspondent à cette définition.

En outre, on trouve à la Cerisaie des enfants autistes ou présentant d'autres TED comme le prévoit son agrément mais au-delà du nombre de places prévues (au total 18% des enfants en EEAP mais la moitié à la Cerisaie).

**Diagnostic principal des enfants accueillis en EEAP selon CFTMEA**

	La Cerisaie		ISEP		Ensemble	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Psychoses précoces	3	25%	-	-	3	9%
Autre autisme infantile	1	8%	-	-	1	3%
Autres troubles psychotiques	2	16%			2	6%
Déficience avec QI entre 50 et 69 <sup>70</sup> et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	-	-	1	5%	1	3%
Déficience harmonique avec QI entre 35 et 49 <sup>71</sup>	1	8%	2	10%	3	9%
Déficience avec QI entre 35 et 49 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	2	16%	16	76%	18	55%
Déficience harmonique avec QI entre 20 et 34 <sup>72</sup>	-	-	1	5%	1	3%
Déficience avec QI entre 20 et 34 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	2	16%	-	-	2	6%
Retard psychomoteur	1	8%	1	5%	2	6%
<b>Ensemble</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

On observe néanmoins quelques situations d'enfants présentant « uniquement » une déficience intellectuelle moyenne. Notons que les 2 enfants pour lesquels le diagnostic principal est un retard psychomoteur présentent pour le premier une IMC, pour l'autre une maladie chromosomique et une malformation cérébrale.

<sup>70</sup> Déficience intellectuelle légère

<sup>71</sup> Déficience intellectuelle moyenne

<sup>72</sup> Déficience intellectuelle sévère



## 3.2 - Diagnostics complémentaires

Comme le précise la notice d'utilisation de la CFTMEA, "après avoir effectué le classement dans une catégorie principale, il est possible d'ajouter une rubrique complémentaire en faisant appel à d'autres cadres".

Les trois quarts des enfants accueillis en EEAP ont un ou des diagnostics complémentaires associés à leur diagnostic principal.

**Présence et nature des diagnostics complémentaires**

	La Ceresaie		ISEP		Ensemble	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
<b>Sans diagnostic complémentaire</b>	2	17%	6	29%	8	24%
Autres troubles psychotiques	1	8%	8	38%	9	27%
Déficience harmonique avec QI entre 35 et 49 (DI moyenne)	2	17%			2	6%
<b>Troubles des fonctions instrumentales</b>						
Troubles parole et langage	2	17%	1		3	9%
Retard psychomoteur	7	58%	7		14	42%
Autres troubles psychomoteurs	2	17%			2	6%
Troubles conduites alimentaires	1	8%			1	3%

Des troubles psychotiques ont fréquemment été signalés en association à un diagnostic de polyhandicap à l'ISEP.

## 3.3 - Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques

Deux catégories de facteurs éventuellement étiologiques viennent compléter ce tableau clinique :

- les facteurs organiques
- les facteurs d'environnement

### 3.31 - Les facteurs organiques

Pour près de 90% des jeunes, un facteur organique éventuellement étiologique a été identifié voire plusieurs facteurs pour la moitié d'entre eux.

**Nature des facteurs organiques** <sup>73</sup>

	La Ceresaie		ISEP		Ensemble	
	nb	%	nb	%	nb	%
<b>Jeunes avec un ou plusieurs facteurs organiques</b>	9	75	20	95	29	88
<i>Facteurs anténataux d'origine maternelle</i>	2	17			2	6
<i>Facteurs périnataux</i>			5	24	5	15
<i>Maladies génétiques ou congénitales</i>	8	67	12	57	20	61
<i>Infirmités et affections somatiques invalidantes</i>	1	8	4	19	5	15
<i>Convulsions et épilepsie</i>	3	24	14	67	17	52
<b>Jeunes ne présentant pas de facteurs organiques</b>	3	24	1	5	4	12
<b>TOTAL</b>	12	100	21	100	33	100

<sup>73</sup> voir tableau détaillé en annexe

Pour 60% des jeunes, une maladie génétique ou congénitale est à l'origine de leur handicap. Par ailleurs, des manifestations épileptiques sont observées chez la moitié d'entre eux.

### 3.32 - Facteurs et conditions d'environnement

Pour des pathologies telles que les polyhandicaps, on ne peut pas considérer que les facteurs d'environnement puissent jouer un rôle étiologique comparable à celui qu'on leur attribue par exemple dans le cadre des troubles du comportement.

Près de 40% des jeunes en EEAP sont concernés par de tels facteurs. Le plus souvent, c'est un contexte socio-familial particulier qui est signalé.

Nature des facteurs et conditions d'environnement <sup>74</sup>

	La Cerisaie		ISEP		Ensemble	
	nb	%	nb	%	nb	%
<b>Jeunes avec un ou plusieurs facteurs d'environnement</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>48</b>	<b>13</b>	<b>39</b>
<i>Tr. mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille</i>	2	17	1	5	3	9
<i>Carences affectives et socio-éducatives</i>	1	8				
<i>Mauvais traitements, négligences graves</i>						
<i>Événements entraînant la rupture des liens affectifs</i>						
<i>Contexte socio-familial particulier</i>	2	17	9	43	11	33
<b>Jeunes ne présentant pas de facteurs d'environnement</b>	<b>9</b>	<b>75</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>20</b>	<b>61</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

**Note de lecture du tableau :** Un même enfant peut avoir eu plusieurs facteurs d'environnement. Dans ce cas, il est dénombré dans chacun des facteurs repérés mais une fois seulement dans la ligne « jeunes présentant un ou plusieurs facteurs d'environnement » (ce qui explique que la somme des effectifs et pourcentages par rubrique soit supérieure aux totaux indiqués dans la ligne récapitulative en gras).

## 4 - La prise en charge

### 4.1 - Modalités d'accueil

L'ensemble des enfants accueillis à la Cerisaie sont semi-internes, cet établissement ne proposant que ce mode d'accueil.

A l'ISEP, les jeunes se répartissent à part égale entre un accueil en semi-internat (11 jeunes) et un accueil en internat modulé (12 jeunes). Notons que pour ces derniers, l'internat a été mis en place après une première période d'accueil en semi-internat. Pour tous ces jeunes, c'est l'éloignement qui justifie en premier lieu ce mode de prise en charge auquel se rajoutent, dans un cas, des raisons thérapeutiques.

### 4.2 - La scolarité

La quasi-totalité de ces jeunes, compte tenu de la lourdeur des troubles et déficiences présentés, ne sont pas du tout scolarisés.

Deux situations particulières peuvent être signalées à l'ISEP :

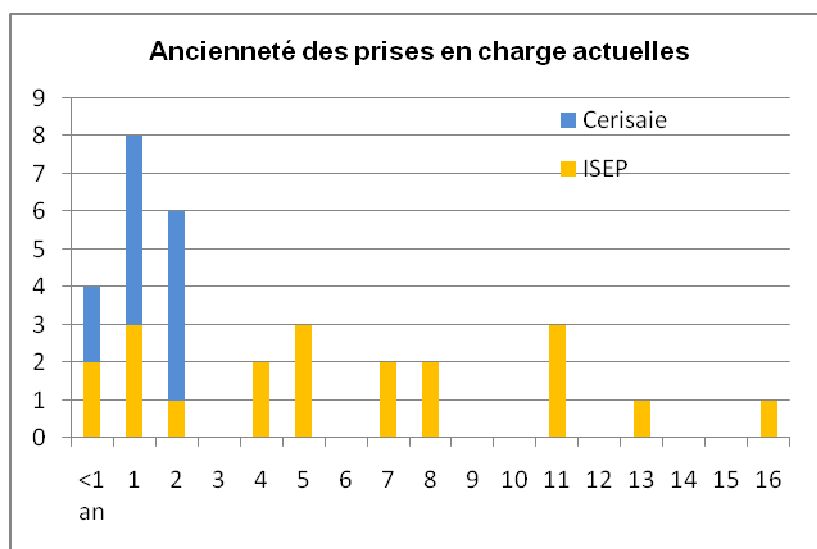
- un enfant de 5 ans bénéficie d'un accueil en crèche 4 heures par semaine
- un autre enfant de 7 ans est scolarisé en CLIS 7 h par semaine et ce, avec un projet pédagogique de scolarisation (il s'agit d'un enfant présentant une IMC).

<sup>74</sup> voir tableau détaillé en annexe

### 4.3 - Prise en charge conjointe

Pour 3 jeunes, la prise en charge au sein de l'EEAP est complétée par l'intervention d'un rééducateur exerçant en libéral (1 à la Cerisaie et 2 à l'ISEP). Deux des jeunes concernés sont par ailleurs pris en charge à temps partiel et ces prises en charge viennent pallier l'insuffisance de ce temps d'accompagnement comme on va le voir plus loin.

### 4.4 - Ancienneté de la prise en charge



Plus de la moitié des prises en charge ont été mises en place assez récemment, depuis 2 ans ou moins ; c'est le cas de tous les enfants de la Cerisaie, établissement mis en place dans sa forme actuelle en 2006. Ces prises en charge à l'œuvre depuis relativement peu de temps expliquent la forte proportion d'enfants encore jeunes.

A l'inverse, pour près du quart des jeunes de l'ISEP, la prise en charge en cours dure depuis plus de 10 ans (ce qui est logique, vu l'agrément en terme d'âge de cet établissement).

## 5 - Adéquation de la prise en charge actuelle

Pour la quasi-totalité des jeunes, la prise en charge actuelle en EEAP est considérée comme adaptée. Seules 2 situations sont jugées insatisfaisantes : il s'agit des 2 jeunes accueillis à l'ISEP à temps partiel et pour lesquels une prise en charge à temps plein au sein de cet établissement serait préférable. Ces jeunes sont âgés de 9 et 19 ans et bénéficient, comme on l'a déjà précisé, de rééducations assurées en libéral en complément la prise en charge à temps partiel à l'ISEP.

## 6 - Projections de sortie

A la Cerisaie, aucune sortie n'est programmée dans le court terme, le plus âgé des jeunes pris en charge venant juste d'avoir 16 ans.

A l'ISEP, par contre, les jeunes étant plus âgés, des projets de réorientation ont été établis pour 8 d'entre eux, soit 36% des jeunes suivis.

Date de sortie prévue	Nombre de jeunes	Age actuel des jeunes	Orientation souhaitée	Décision CDAPH
Eté 2008	1	20 ans	FAM / MAS	Oui
Plus tard <i>Projets établis</i>	2	19 et 22 ans	FAM / MAS	
Plus tard <i>Projet en cours de définition</i>	5	2 ont 17 ans 2 ont 18 ans 1 a 19 ans	4 en FAM / MAS 1 en famille	non

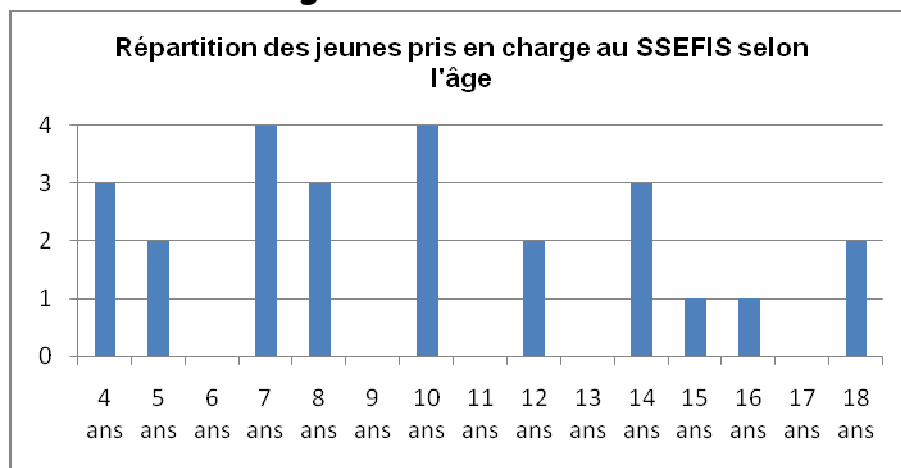
Pour 7 de ces 8 jeunes, l'orientation la plus adéquate serait une prise en charge en FAM ou en MAS.

# Les enfants suivis par le SSEFIS

A la rentrée 2008, 26 jeunes bénéficiaient d'un suivi par le SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familial et à l'intégration scolaire), antenne de l'INJS implantée à Villeneuve-sur-Lot<sup>75</sup>.

## 1. Les caractéristiques socio-démographiques des jeunes

### 1.1 - Sexe et âge



Les garçons sont majoritaires et représentent 58% des jeunes accompagnés par le SSEFIS<sup>76</sup>. Les jeunes accueillis sont âgés de 4 à 18 ans, avec une moyenne d'âge de 9,5 ans, sans qu'aucun groupe d'âges n'apparaisse prépondérant.

### 1.2 - Origine géographique

Le SSEFIS peut intervenir sur tout le département. Actuellement, les jeunes bénéficiant de son intervention sont principalement concentrés sur une diagonale nord-ouest /sud-est.

**Voir en annexe carte de la répartition des usagers du SSEFIS**

### 1.3 - Scolarité

Tous les jeunes suivis par le SSEFIS sont scolarisés en milieu ordinaire. Pour 5 d'entre eux, cette scolarisation est mise en place dans des conditions particulière, sous forme d'une section spécialisée au sein d'une école primaire. Ces enfants sont âgés de 7 à 12 ans.

Les autres suivent une scolarité allant de la Maternelle au Lycée.

Classes suivies	Nombre de jeunes	Age
Maternelle ( <i>moyenne et grande section</i> )	5	4 et 5 ans
Primaire (CE1 à CM2)	7	7 à 10 ans
Collège	7	11 à 16 ans
Classes ordinaires	5	
Autres (UPI et 4 <sup>ème</sup> PVP)	2	
Lycée technologique	1	18 ans
CFA (CAP peinture/carrosserie)	1	18 ans

<sup>75</sup> Ce service ayant été sollicité tardivement pour la collecte de ces données, nous nous sommes cantonnées à 4 indicateurs : sexe, âge, lieu du domicile et scolarité.

<sup>76</sup> Selon ES 2001, la répartition par sexe au niveau national des usagers des établissements pour jeunes déficients auditifs est très proche : 56% de garçons pour 44% de filles.

# Synthèse

Cette étude a eu pour objectif de présenter le fonctionnement actuel des structures du Lot-et-Garonne pour les enfants et adolescents handicapés (à l'exception de celles s'adressant aux jeunes présentant des troubles du comportement qui avaient fait l'objet d'une étude préalable mais avec les mêmes bases méthodologiques).

## *Les principaux points mis en évidence...*

### **... concernant l'offre de service**

#### ⇒ *Niveau d'équipement :*

- le Lot-et-Garonne a le taux d'équipement le plus élevé d'Aquitaine en ce qui concerne les déficients intellectuels (6,75 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans)
- ce département est également au-dessus de la moyenne en ce qui concerne l'offre pour jeunes polyhandicapés (0,66 pour 1000) mais en dessous pour les enfants déficients auditifs (0,43 pour 1000).

*Notons qu'il s'agit là d'une mesure comparative qui ne dit rien de la couverture des besoins<sup>77</sup>.*

- Il n'y a par ailleurs pas d'offre pour les enfants déficients moteurs ou visuels.

#### ⇒ *Répartition géographique des équipements :*

- l'offre est répartie de façon inégale sur le territoire, les bassins de vie de Marmande et Villeneuve, étant par rapport à la population y résidant, nettement moins dotées que le bassin de vie d'Agen
- des pôles sont dépourvus de SESSAD ou de possibilités d'accueil en internat
- les jeunes peuvent accomplir des trajets de 1h à 1h 30 pour se rendre quotidiennement dans l'établissement assurant la prise en charge

#### ⇒ *Mode d'accueil :*

- fort développement des SESSAD pour les jeunes déficients intellectuels (18% des places pour une moyenne régionale de 15%) avec néanmoins des zones encore non couvertes (Villeneuve)
- internat : en diminution depuis une dizaine d'années au profit des SESSAD, inexistant sur certains secteurs (Marmande /Tonneins) ou pour certains publics (TED)
- pas de possibilités d'accueil chez des familles d'accueil thérapeutique

#### ⇒ *Sexe et âge*

- la mixité est pratiquée partout
- les établissements sont positionnés en général sur une large tranche d'âge (ce qui sur un même site peut parfois poser des problèmes de cohabitation)
- plusieurs SESSAD ont l'âge limite fixé à 16 ans, ce qui peut poser problème pour assurer un accompagnement à l'insertion socio-professionnelle sur une durée suffisante

---

<sup>77</sup> Donnés de la CDAPH en attente

⇒ *Agrément en termes de déficiences/pathologies :*

- les agréments des IME sont assez diversifiés en terme de niveau de déficience intellectuelle et de troubles éventuellement associés
- 2 établissements ont un agrément spécifique pour des jeunes autistes ou atteints d'autres TED, néanmoins d'autres établissements en particulier Lapeyre, s'investissent largement auprès de ce public sans toujours bénéficier de moyens spécifiques

⇒ *Mise en œuvre de la Loi 2002-2*

- Les établissements se sont beaucoup investis dans la mise en place des outils de la Loi 2002-2<sup>78</sup>, les documents réglementaires qu'elle a instaurés sont proposés partout

⇒ *Scolarisation et formation professionnelle*

- Tous les IME (sauf Lapeyre) ont des dispositifs de scolarisation interne (classes sous convention avec l'Education nationale)
- Des ateliers de pré-formation sont proposés dans la plupart des établissements, ceux qui n'en proposent pas encore envisagent de développer cette offre
- La nécessité de renforcer l'accompagnement pour conforter les chances de réussite de l'insertion professionnelle apparaît

⇒ *Difficultés liées aux troubles et pathologies des jeunes accueillis :*

- les comportements de certains jeunes (violence, agressivité..) difficiles à canaliser
- la prise en charge d'enfants autistes ou atteints de TED en dehors d'une section spécifiquement mise en place pour ce public (à Lapeyre)

⇒ *Difficultés liées à l'équipement interne*

- ressources humaines : taux d'encadrement trop faible, formation insuffisante autour des TED...
- modalités d'accueil pas assez diversifiées : les établissements n'ayant pas d'internat en ressentent le manque
- des locaux inadaptés ou trop isolés

⇒ *Difficultés liées aux dispositifs extérieurs*

- partenariat difficile avec la pédopsychiatrie renforcé par le manque de dispositif relevant de ce secteur
- nécessité de développer le travail en réseau autour de l'autisme

---

<sup>78</sup> Notons que la DGAS, la DREES et l'IGAS ont inscrit à leur programme de travail de 2008 une évaluation de la mise en place de cette Loi dans les établissements concernés.

- ⇒ *Des projets sont conduits par les structures pour jeunes handicapés autour de 3 axes :*
- diversifier les modes d'accueil au niveau de chaque territoire
  - améliorer l'accueil et la prise en charge des enfants autistes ou atteints d'autres TED notamment à travers des agréments spécifiques<sup>79</sup>
  - renforcer et améliorer l'offre et le partenariat autour de la formation et l'insertion professionnelles

*... et concernant la population prise en charge*

### **Les jeunes en IME et SESSAD pour jeunes déficients intellectuels**

□ La population des structures pour jeunes déficients intellectuels se répartit, pour 84% en IME (398 jeunes) et pour 16% en SESSAD (75 jeunes). Dans les établissements, 54% sont en semi-internat, 46% en internat. L'accueil en internat se fait, **dans près d'un cas sur trois, pour des raisons d'éloignement géographique du domicile familial** plus que pour répondre à de réelles raisons thérapeutiques.

Les garçons sont majoritaires, 60%, comme sur l'ensemble des IME au niveau national. Les prises en charge actuelles ont débuté, en moyenne vers l'âge de 12 ans, dans plus d'un tiers des cas avant 11 ans.

□ Les familles d'usagers des IME résident sur pratiquement tout le Lot-et-Garonne et très peu proviennent d'un autre département. Toutefois, **certaines zones, fort peu représentées, paraissent mal couvertes**, comme les cantons de Fumel, Tournon d'Agenais et Monflanquin. Il est vraisemblable que les jeunes déficients intellectuels ou présentant des troubles de la personnalité qui résident dans cette zone trouvent hors du département les dispositifs médico-sociaux susceptibles de répondre à leurs besoins<sup>80</sup>.

□ La population des établissements, comme en 1994, est composée à environ **80% de jeunes présentant une déficience intellectuelle**. Près de **40% des jeunes présentent des troubles psychiatriques**<sup>81</sup>, isolés ou en plus d'une déficience intellectuelle. Pour 16%, il s'agit d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement<sup>82</sup>.

<sup>79</sup> Le Plan régional sur l'autisme 2007-2011 fait d'ailleurs cette recommandation :

« **Développement des structures ou sections spécifiquement agréées pour personnes autistes** : L'étude dans le secteur médico-social a montré qu'il existait une **relation très nette entre l'agrément de la structure et l'adéquation des prises en charge** : les structures ayant un agrément spécifique pour l'accueil des TED signalent un nombre beaucoup plus réduit de prises en charge inadaptées ( Exemple : dans les IME ayant un agrément spécifique autisme, 83% des situations sont jugées satisfaisantes à l'inverse dans les IME n'ayant aucun agrément spécifique, seules 56% des situations sont jugées satisfaisantes). Ce constat met 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 » ([http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/plan\\_autisme\\_2007\\_2011.pdf](http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/plan_autisme_2007_2011.pdf))

<sup>80</sup> Des données de la CDDPAH devraient prochainement permettre de préciser cette question.

<sup>81</sup> En SESSAD, on retrouve une proportion à peu près équivalente de troubles psychiques.

<sup>82</sup> Notons que le nombre d'enfants présentant ce type de troubles et accueillis dans le médico-social est en augmentation. Ils étaient 74 en 2006 (cf étude Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement dans le Lot-et-Garonne, CREAHI d'Aquitaine, 38 pages + annexes, février 2008. A télécharger : [http://www.creahi-aquitaine.org/IMG/pdf/ted\\_dpt47.pdf](http://www.creahi-aquitaine.org/IMG/pdf/ted_dpt47.pdf)). Ils sont maintenant 94 (79 dans des IME ou SESSAD et 15 en EEAP).



A noter toutefois que les troubles névrotiques sont bien moins représentés en 2008 qu'en 1994 (8% contre 19% à l'époque).

□ Près d'un quart des jeunes ont fait l'objet, avant leur prise en charge actuelle, d'une ou plusieurs mesures de **protection sociale ou judiciaire**, ce qui est beaucoup plus élevé qu'en 1994 (13% à l'époque). Cet élément peut être rapproché des caractéristiques familiales repérées à travers la CFTMEA, puisque 45% des jeunes ont subi des carences, affectives ou socio-éducatives ou encore 20% ont, dans leur famille, des personnes souffrant de troubles mentaux ou d'alcoolisme.

□ A l'exception des jeunes suivis par un SESSAD, tous scolarisés ou en formation professionnelle en milieu ordinaire, les jeunes d'IME sont très majoritairement scolarisés en interne (82%) ou non scolarisés (15%).

□ On observe plusieurs **indices témoignant d'un flux relativement important entre les différents IME** du département. En effet, plus d'un tiers des jeunes ont connu, avant l'IME qui les suit à l'heure actuelle, une autre prise en charge dans le même type d'établissement.

Par ailleurs, plus de 7% des usagers devaient, à l'été 2008, changer d'IME, que ce soit pour une structure dont l'agrément corresponde mieux à leurs troubles ou à leur évolution ou pour un établissement où ils puissent suivre une formation professionnelle en milieu spécialisé ou bénéficier d'un internat.

Or, lorsque l'on étudie l'adéquation des prises en charge, il s'avère qu'en **IME, 15% des prises en charge apparaissent inadaptées** pour les établissements (**13% de celles en SESSAD**). La majorité des préconisations pour apporter un accompagnement plus adapté aux jeunes concernés consiste en une **réorientation vers un autre IME**.

Pour d'autres jeunes, et notamment près d'une vingtaine qui, restent, malgré leur âge, dans le secteur de l'enfance et l'adolescence handicapée (amendement Creton), la fin de la prise en charge actuelle et une entrée dans le secteur adultes sont envisagées, à court ou moyen terme, et en fonction des capacités de ce secteur à les accueillir.

Les établissements font ainsi état du besoin de 46 places en ESAT (37 avec une place en foyer d'hébergement), 26 places en foyer occupationnel, 12 en FAM ou MAS. Ce décompte est établi sur un peu moins de la moitié des usagers actuels des IME.

### ***Les jeunes en établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés***

□ 33 enfants sont accueillis dans les EEAP, 55% de garçons, 45% de filles. Ils entrent en général très tôt dans ces structures, dès 3 ans pour la moitié d'entre eux. Ils se répartissent à part égale entre internat et semi-internat.

□ Près de la moitié de ces enfants ont bénéficié avant leur entrée en EEAP d'une prise en charge en CAMSP.

□ Les deux tiers des jeunes accueillis dans ces établissements sont en situation de polyhandicap, au sens strict du terme (cf. définition circulaire octobre 1989). Près de la moitié sont atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement (souvent de façon concomitante avec le polyhandicap) auxquels s'ajoutent des facteurs organiques pour 90% d'entre eux.

❑ Très globalement, les prises en charge de ces jeunes sont jugées satisfaisantes à l'exception de 2 enfants à temps partiel pour lesquels une prise en charge à temps plein serait plus appropriée.

### ***Les jeunes déficients auditifs du SSEFIS***

❑ 26 jeunes sont suivis par le SSEFIS, âgés de 4 à 18 ans, ils sont répartis dans tous le département

❑ Tous ces jeunes sont scolarisés : dans une section spécialisée pour 5 d'entre eux et dans des classes ordinaires pour les autres (de la Maternelle ou Lycée).

## Annexes

Fiche structure	76
Fiche individuelle jeune	81
Répartition des places pour en fonction des modalités d'accueil	83
Mise en place des outils de la Loi 2002-2	83
Cartographies (réalisées par Laetitia Roumeaux)	84
<i>IME Cazala</i>	84
<i>SESSAD Confluent</i>	85
<i>IME de Fongrave</i>	86
<i>SESSAD Fongrave</i>	87
<i>IME Le Landié</i>	88
<i>IME Lalande</i>	89
<i>IME Lamothe-Poulin</i>	90
<i>IME de Lapeyre</i>	91
<i>IME Montclair-joie</i>	92
<i>IME Solincité</i>	93
<i>IME Trois-Ponts</i>	94
<i>IME de Vérone</i>	95
<i>SESSAD Trisomie 21</i>	96
<i>La Cerisaie</i>	97
<i>ISEP</i>	98
<i>SSEFIS INJS</i>	99
Diagnostic principal - IME	100
Diagnostic principal - SESSAD	101
Diagnostics complémentaires - IME	102
Diagnostics complémentaires - SESSAD	104
Facteurs organiques - IME	105
Facteurs organiques - SESSAD	106
Facteurs d'environnement - IME	107
Facteurs d'environnement - SESSAD	108
Cadre de scolarisation des jeunes accueillis en IME	109
Prises en charge inadaptées pour chaque IME, raisons et préconisations	110
Prises en charge inadaptées pour chaque SESSAD, raisons et préconisations	111
Saisine de la CDAPH sur les projets de sortie d'IME / SESSAD	111
Détail par IME des projections de sortie pour l'été 2008 et des difficultés rencontrées	111
Détail par IME des projections de sortie à plus long terme et des difficultés rencontrées	112
Détail par SESSAD des projections de sortie pour l'été 2008 et des difficultés rencontrées	113
Détail par SESSAD des projections de sortie à plus long terme et des difficultés rencontrées	113
CFTMEA : Axe II - Facteurs organiques dans les EEAP	114
CFTMEA : Axe II - Facteurs et conditions d'environnement dans les EEAP	115

**FICHE STRUCTURE**  
**POUR ENFANTS OU ADOLESCENTS HANDICAPES**

**Nom et coordonnées de l'établissement ou du service**

*Nom et fonction de la personne ayant rempli le questionnaire*

**Fiche à retourner au CREAHI d'Aquitaine avant le 30 juin 2008**

*Pour tout renseignement veuillez contacter Bénédicte MARABET ou Loïc HIBON  
au CREAHI d'Aquitaine au 05 57 01 36 50*

***Merci pour votre participation***

## Agrément actuel

Année de l'agrément actuel : |\_|\_|\_|\_|

Population accueillie selon l'agrément (en terme de sexe, âge et déficience) :

--

## Les modalités d'accueil

Capacité d'accueil totale : |\_|\_|\_|\_|

Nbre de places occupées au 01/05/08 : |\_|\_|\_|\_|

Modalités d'accueil :

	Cocher si la modalité est proposée	Nombre de places installées
Externat ou semi-internat	<input type="checkbox"/>	
Internat De semaine	<input type="checkbox"/>	
Aménagé permanent	<input type="checkbox"/>	
Internat extra-muros (chambre en ville etc)	<input type="checkbox"/>	
Accueil temporaire	<input type="checkbox"/>	
Accueil d'urgence	<input type="checkbox"/>	
Placement familial spécialisé	<input type="checkbox"/>	
SESSAD	<input type="checkbox"/>	
Autre (précisez)		

## Mise en œuvre de la loi 2002-2

Avez-vous un projet d'établissement ?

1 – oui

de quand date-t-il ? |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

2 – en cours de réactualisation

3- non

Ce projet vous paraît-il toujours adapté ?

1 – oui  2- non

Si non, des mesures sont-elles mises en œuvre pour le réactualiser ?

1 – oui  2- non

Un livret d'accueil est-il remis au jeune handicapé ou à sa famille lors de l'admission ?

1 – oui  2- non

Si oui, ce livret comprend-il une charte des droits et libertés des personnes accueillies ?

1 – oui  2- non

Si oui, ce livret comprend-il un règlement de fonctionnement ?

1 – oui  2- non

Y a-t-il dans l'établissement

un conseil de la vie sociale ? 1.oui  2.non

d'autres formes de participation ? 1.oui  2.non

si oui, précisez lesquelles : \_\_\_\_\_

Pour chacun des jeunes pris en charge est-il établi ?

un contrat de séjour 1.oui  2.non

un document individuel de prise en charge 1.oui  2.non

un projet individualisé 1.oui  2.non

Le projet individualisé comprend-il les 3 dimensions de la prise en charge ?

1. Educatif

2. Thérapeutique

3. Pédagogique

Le projet individualisé précise-t-il ?

1. Les différentes étapes de la prise en charge

2. La périodicité des bilans

3. Les modalités de suivi

Existe-il un "réfèrent" ou coordonnateur désigné du projet individualisé ?

1 – oui

2- non

Le projet individualisé est-il transmis sous une forme adaptée :

1. Au jeune

2. A sa famille

3. A des référents extérieurs

Une démarche d'évaluation interne a-t-elle été conduite dans votre structure ?

1. oui  en quelle année |\_|\_|

2. en cours

3. programmée  pour |\_|\_|\_|\_| (mois-année)

4.non

## OFFRE DE SCOLARISATION ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Nombre de jeunes scolarisés selon les différentes modalités à la rentrée 2007

	En interne		En milieu ordinaire	
	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel
Maternelle				
Primaire				
CLIS				
Collège				
SEGPA				
UPI				
LEA – EREA				
Lycée gén. ou technique				
Lycée professionnel				
CFA				
Autre (précisez)				

Nombre de classes en interne ? |\_|\_| dont

convention avec E.N. |\_|\_|

sous contrat simple |\_|\_|

hors contrat |\_|\_|

Utilisez-vous le CNED en support pédagogique ?

1 – oui  2- non

Ateliers selon la nature et l'objectif (cocher s'il y a lieu)

	Préforma- tion <sup>83</sup>	Formation pratique qualifiante <sup>84</sup>	Eventuellement Diplôme préparé
Couture			
Cuisine, restauration			
Lingerie-buanderie			
Entretien			
Employé technique collectivité			
Espaces verts			
Horticulture			
Maçonnerie			
Mécanique			
Menuiserie			
Peinture			
Autres...			

Des stages en entreprises sont-ils proposés ?

1 – oui  2- non

Mettez-vous en place des formations en alternance y compris apprentissage ?

1 – oui  2- non

## FONCTIONNEMENT, TRANSPORTS

Nombre de jeunes par groupe :

1. Groupe de semi-internes : |\_|\_|

2. Groupe d'internes : |\_|\_|

Répartition des jeunes par groupe

1. groupes d'âges variés

2. groupes d'âges homogènes

3. Mixité

Existence de sections particulières (exemple : pour des jeunes présentant certains troubles ou avec un projet particulier)

Dénomination de la section, public concerné	Nb de places

Nombre de jours d'ouverture par an |\_|\_|\_|

Pendant les éventuels jours de fermeture, quelles sont les solutions proposées (plusieurs réponses possibles) ?

1. retour en famille

2. placement familial socio-éducatif

3. foyer de l'enfance

<sup>83</sup> utilisation d'outils et de matériaux dans une visée de sensibilisation au travail

<sup>84</sup> acquisition théorique et pratique de savoir-faire et de technologies qui ne sont pas immédiatement axés sur l'obtention d'un diplôme

4. vacances organisées

5. autre (précisez) \_\_\_\_\_

Votre établissement assure-t-il un ramassage des jeunes ?

1 – oui  2- non

Si oui, se fait-il :

1. par les moyens de l'institution

2. avec des moyens partagés avec d'autres établissements

3. en articulation avec un ramassage scolaire

Durée maximale d'un trajet en minutes :

1. Pour un interne |\_|\_|

2. Pour un externe |\_|\_|

La famille assure-t-elle les transports ?

1. en totalité

2. partiellement

## PARTICIPATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE

Les familles sont-elles associées

1. A l'élaboration du projet personnalisé

2. A son évolution

3. A l'élaboration du projet de sortie

Existe-t-il ?

1. Un questionnaire de satisfaction

2. Un cahier de correspondance (doléances, suggestions)

Des rencontres individuelles sont-elles organisées avec les familles ?

1 – oui  2- non

Si oui, sur quel rythme ?

1. Hebdomadaire

2. Mensuel

3. Trimestriel

4. Bi-annuel

5. Autres (précisez) \_\_\_\_\_

Existe-t-il une possibilité de soutien à la parentalité assurée par l'équipe médico-éducative ?

1. Oui  2. Non

Quelles sont les rencontres institutionnelles régulièrement organisées ?

Type de réunions	Fréquence annuelle
Réunions d'informations famille <input type="checkbox"/>	
Réunions festives <input type="checkbox"/>	
Conseil de la vie sociale <input type="checkbox"/>	
Autres formes de rencontres (préciser)	

## PROJET DE SORTIE DU JEUNE

Un projet de formation scolaire et professionnelle est-il élaboré lors de la sortie du jeune ?

1 – oui  2- non

Assurez-vous, après la sortie, l'accompagnement à l'insertion ?

1. Scolaire

2. Professionnelle   
 3. Sociale

Durée moyenne de l'accompagnement en mois : | \_ | \_ |

### Ressources humaines au 01/05/08

Qualifications du personnel	Nombre en équivalent temps plein
<b>Personnel médico-psychologique</b>	
Médecin généraliste	
Psychiatre	
Autre spécialiste (précisez)	
Psychologue	
Autre (précisez)	
<b>Personnel paramédical</b>	
Infirmier	
Aide-soignant	
Orthophoniste	
Psychomotricien	
Ergothérapeute	
Autre (précisez)	
Autre (précisez)	
<b>Personnel socio-éducatif et d'animation</b>	
Educateur spécialisé	
Moniteur-éducateur	
Aide médico-psychologique	
Educateur jeunes enfants	
Educateur sportif	
Assistant social	
Conseiller ESF	
Assistant maternel	
Autre (précisez)	
Autre (précisez)	
<b>PERSONNEL PEDAGOGIQUE (enseignement et travail)</b>	
Enseignant mis à disposition par l'EN	
Autres enseignants agréés <sup>85</sup>	
Educateur technique	
Autre (précisez)	
Autre (précisez)	
<b>AUTRES PERSONNELS</b>	
Direction, encadrement	
Autres administratifs	
Services généraux	
Autre (précisez)	

\*ETP = équivalent temps plein

Existe-il des procédures de soutien aux professionnels ?

1. Oui  2. Non

Si oui, sous quelle forme :

1. Par des membres de l'équipe thérapeutique   
 2. Par des intervenants extérieurs

Existe-t-il dans l'établissement un plan pluriannuel de formation des personnels ?

- 1 - oui  2- non

Si oui, le programme de formation est-il intégré au projet d'établissement ?

- 1 - oui  2- non

### PARTENARIAT

Travaillez-vous avec des partenaires extérieurs (pédopsychiatrie, CAMSP, Education nationale, PJJ, ASE, professionnels libéraux, organismes de formation...) ?

- 1 - oui  2- non

Si oui, précisez quels partenaires et s'il y a une formalisation écrite (protocole, convention...)?

<sup>85</sup>Enseignants diplômés n'appartenant pas au corps de l'Education nationale mais bénéficiant d'un agrément

## DIFFICULTES

Eprouvez-vous des difficultés pour mettre en œuvre des réponses en raison :

Des pathologies associées ou des troubles présentés par les jeunes (précisez lesquelles)

Des limites de votre équipement interne, les modalités d'accueil, l'effectif et les qualifications du personnel (précisez)

Des limites des dispositifs extérieurs : Education nationale, services sociaux, pédopsychiatrique et médico-sociaux... (précisez)

**Nombre de ruptures éventuelles de prise en charge au cours de l'année 2007/2008 :**

1. sur décision de la famille ou du jeune contre l'avis de l'établissement |\_\_|\_\_|
2. sur décision de l'établissement |\_\_|\_\_|

**Un suivi a-t-il pu être mis en place pour ces jeunes ?**

1. oui  nombre de jeunes |\_\_|\_\_|
2. non  nombre de jeunes |\_\_|\_\_|

**Nature du suivi :** \_\_\_\_\_

## PERSPECTIVES D'EVOLUTION ET ATTENTES

Des projets de mise en œuvre de nouvelles prestations en vue d'adapter votre offre de service au regard de la population accueillie sont-ils envisagés ?

1 – oui  2- non

Si oui, lesquels ?

**Avez vous d'autres remarques, suggestions, attentes à exprimer ?**



**FICHE INDIVIDUELLE****A remplir pour chaque jeune pris en charge dans la structure au 01/05/08**

1 - Numéro d'identification jeune : |\_|\_|\_|\_|

2 - Sexe : Masculin  Féminin 

3 - Date de naissance : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| (mois - année)

4 - Date d'entrée dans l'établissement : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| (mois - année)

**5 - Canton de résidence des parents ou de celui qui a le droit de garde**

n° INSEE canton |\_|\_|\_| (cf. annexe 1 liste des communes et cantons du Lot-et-Garonne : reporter le code canton à 2 chiffres) ou département si hors Lot-et-Garonne |\_|\_|

**6 - Si des prises en charge antérieures ont été réalisées, cochez la ou les cases correspondantes :**

01 RASÉD	11 SESSAD tr. comportem
02 CAMSP	12 IME/IMP/IMPro
03 CMP	13 SESSAD déf. intellect.
04 CMPP	14 hôpital de jour
05 psychiatre libéral	15 placement familial
06 psychologue libéral	16 MECS
07 rééducateur libéral	17 autre (précisez)...
08 AED	
09 AEMO	
10 ITEP	

**7 - Diagnostic psychiatrique**

(à remplir avec la CFTMEA - révision 2000 - jointe en annexe 2 et reporter les codes à 2 ou 3 chiffres)

**Codes**

<b>Diagnostic principal</b>	
<b>Diagnostic(s) complémentaire(s) éventuel(s)</b>	
<b>Facteurs organiques</b>	
<b>Facteurs d'environnement</b>	

**8 - Récapitulatif des différentes modalités d'accueil dont a bénéficié l'enfant depuis son admission :**

	1ère modalité	2ème modalité	3ème modalité	4ème modalité
Semi-internat				
Internat de semaine				
Internat modulé				
SESSAD				

**9 - Si l'enfant est accueilli en internat, quelle en est la raison ?**

- raison thérapeutique
- éloignement géographique
- autre (précisez) \_\_\_\_\_

**10 - Situation scolaire :**

- non scolarisé
- scolarisé en interne à temps plein
- scolarisé en interne à temps partiel
- scolarisé en milieu ordinaire à temps plein
- scolarisé en milieu ordinaire à temps partiel

nb heures/semaine : |\_|\_|/|\_|\_|  
Indiquez le type de classe (CLIS, UPI, classe ordinaire)**11 - Si le jeune est scolarisé en milieu ordinaire existe-t-il un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ?**1. oui 2. non **12 - En cas de scolarisation en milieu ordinaire dans le cursus du jeune, y a-t-il eu un échec de celle-ci ?**1. oui 2. non 

si oui, veuillez en préciser les motifs : \_\_\_\_\_

**13 - Le jeune bénéficie-t-il d'une prise en charge conjointe ?**1. oui 2. non **14 - Si oui, de quelle nature ? (plusieurs réponses possibles)**

- hôpital de jour
- CMP / CATTP
- Psychiatre ou psychologue libéral
- Rééducateur libéral
- AED / AEMO
- placement familial
- MECS
- Autre précisez : \_\_\_\_\_

**15 - La prise en charge actuelle du jeune est-elle adaptée ?**1. oui 2. non **16 - Si non, pour quelle raison ?****17 - De quelle prise en charge devrait bénéficier le jeune ? (précisez s'il s'agit d'une prise complémentaire ou d'une réorientation)**

## PROJECTION DE SORTIE

VOLET A REMPLIR SI LE JEUNE DOIT QUITTER LA STRUCTURE EN FIN D'ANNEE SCOLAIRE (ETE 2008) OU S'IL EST AGE DE 16 ANS ET PLUS

18. Le jeune relève-t-il de l'amendement Creton ? 1. oui   
2. non

19. Date de sortie programmée :

1. Eté 2008   
2. Plus tard mais déjà définie   
3. Plus tard mais non encore définie

20. La réorientation de ce jeune a-t-elle déjà fait l'objet d'une décision par la CDAPH ?

1. oui  2. en cours  3. non

Nature de l'orientation souhaitée ou allant être réalisée pour les sorties été 2008

### 21. Prise en charge médico-sociale

Secteur enfants et adolescents				
	Orientation souhaitée		Orientation réalisée (Sortie été 2008)	
	En établissement	En SESSA D	En établissement	En SESSA D
IME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMPro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etab polyhand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déf auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déf visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre: précisez				
Secteurs adultes				
	Orientation souhaitée		Orientation réalisée (Sortie été 2008)	
Foyer d'hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foyer occupationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAVS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAMSAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre: précisez				

\* si prise en charge dans un structure de travail protégé, veuillez l'indiquer dans le tableau à droite

Si l'orientation réalisée n'est pas celle qui avait été souhaitée, quelle en est la raison ?

- 1 – absence d'équipement   
2 – pas de place dans la structure pressentie   
3 – refus de la structure pressentie   
4 – refus de la personne ou de sa famille   
5 – autre précisez \_\_\_\_\_

22. Est-il prévu de mettre en place une prestation de compensation du handicap ?

1. oui  2. non

Si oui, avec une aide :

1. humaine  2. technique  3. animalière

Avec l'intervention d'un :

4. SSIAD  5. service d'aide à domicile

Autre :

6. Adaptation logement /véhicule

### 23 - Autre prise en charge éventuellement nécessaire

1. Prise en charge sanitaire institutionnelle (hôpital de jour, hospitalisation complète...)	<input type="checkbox"/>
2. Prise en charge sanitaire ambulatoire (CMP, CATTP)	<input type="checkbox"/>
3. AED / AEMO	<input type="checkbox"/>
4. MECS, foyers, lieux de vie...	<input type="checkbox"/>
5. Placement familial	<input type="checkbox"/>
6. Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>
7. Ne savons pas	<input type="checkbox"/>

### 24 - Scolarité/Activité

Type de scolarité ou activité	Orientation souhaitée	Orientation réalisée (Sortie été 08)
1. scolarité ou formation professionnelle en dispositif ordinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. scolarité en CLIS ou UPI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. scolarité et formation professionnelle en SEGPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. scolarité et formation professionnelle en LEA ou EREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. scolarité ou formation professionnelle en milieu spécialisé (IMPro...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. recherche d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. emploi en milieu ordinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. emploi en entreprise adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. emploi en ESAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. activité occupationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. aucune activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ne savons pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si l'orientation est prévue en milieu ordinaire de scolarisation, un AVS individuel est-il souhaité ?

1. oui  2. non

Si l'orientation réalisée n'est pas celle qui avait été souhaitée quelle en est la raison ?

- 1 – absence d'équipement   
2 – pas de place dans la structure pressentie   
3 – refus de la structure pressentie   
4 – refus de la personne ou de sa famille   
5 – autre précisez \_\_\_\_\_

### Répartition des places pour en fonction des modalités d'accueil

	Semi-internat	Internat	Accueil temporaire	SESSAD	TOTAL
<b>Déficience intellectuelle</b>					
Cazala + SESSAD Confluent	18	54		16	<b>88</b>
Fongrave + SESSAD*	18	43		26	<b>86</b>
Le Landié	10				<b>10</b>
Lalande	36				<b>36</b>
Lapeyre (annexe XXIV)	8	9			<b>17</b>
Montclairjoie + SESSAD Lou Roucal	15	35		10	<b>60</b>
Solincité + SESSAD**	40			13	<b>53</b>
Trois-Ponts	48				<b>48</b>
Vérone + SESSAD Forma Pro	18	36		12	<b>66</b>
SESSAD Trisomie 21				9	<b>9</b>
<b>EEAP</b>					
La Cerisaie	15				<b>15</b>
ISEP	8	7	7		<b>22</b>
Lapeyre( XXIV ter)	6	3			<b>9</b>
<b>Déficience auditive</b>					
SSEFIS INJS				30	<b>30</b>

\* Après réorganisation avec l'IMPro de Lamothe-Poulin qui sera effective à partir de février 2009

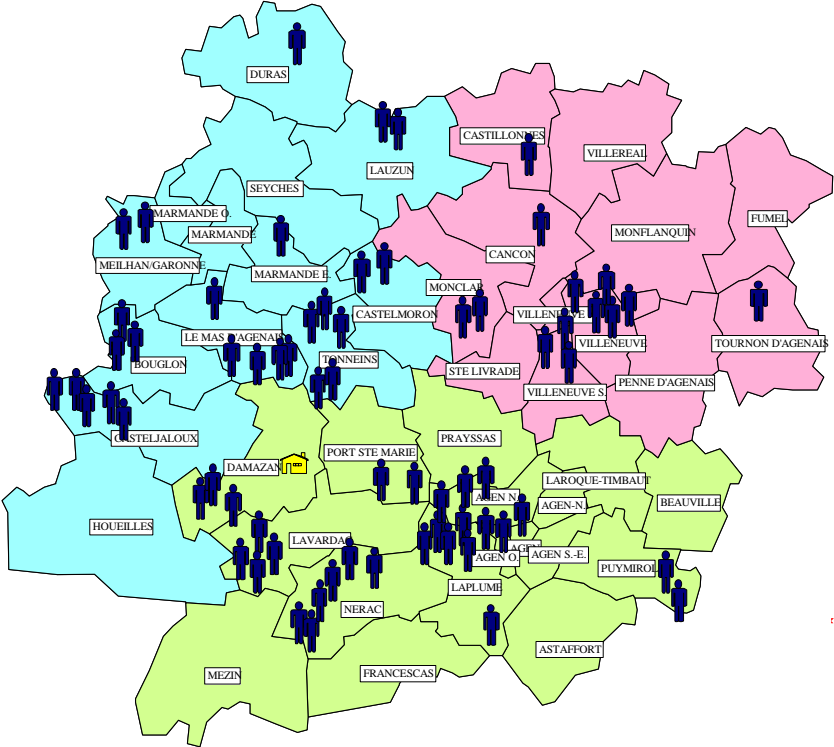
\*\* Capacité du SESSAD à la rentrée 2008 – Objectif : 30 places en 2010

### Mise en place des outils de la Loi 2002-2

	Projet établissement	Livret accueil Chartre droits et liberté règlement fonctionnement	Contrat de séjour (CS) projet personnalisé (PP)
Cazala	2004 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Fongrave	2003 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Le Landié	2004 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Lalande	2004 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Lamothe-Poulin	2006	oui	CS + PP
Lapeyre <sup>86</sup>	2006	oui	CS + PP
Montclairjoie	2005 en cours réactualisation	oui	PP
Solincité	2008	Oui (livret d'accueil en cours d'élaboration)	CS + PP
Trois-Ponts	2004 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Vérone	2001 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Agen (Fongrave)	2003 en cours réactualisation	oui	CS + PP
Confluent	2004 en cours réactualisation	Oui (sauf règlement de fonctionnement)	CS + PP
Forma Pro	En cours d'écriture	Oui (sauf règlement de fonctionnement)	PP
Lou Roucal	2005 en cours réactualisation	Oui (sauf règlement de fonctionnement)	PP
Solincité	En cours d'écriture	Charte des droits et des libertés	PP
Trisomie 21	2007	oui	CS + PP
La Cerisaie	2005 en cours réactualisation	oui	CS + PP
ISEP	En cours réactualisation	oui	CS + PP

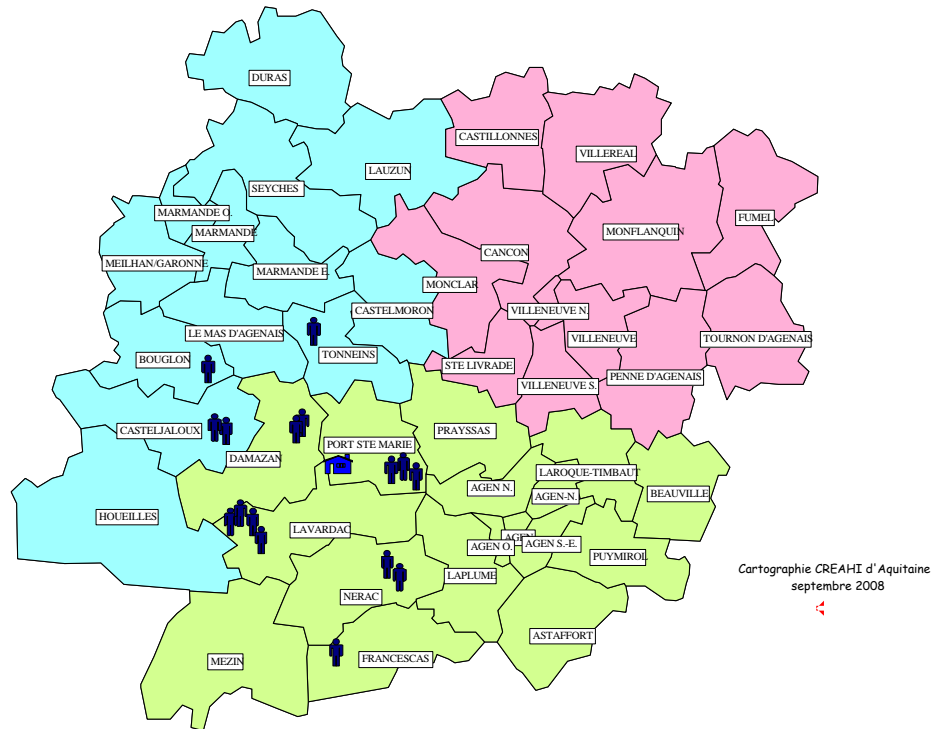
<sup>86</sup> Lapeyre n'apparaît qu'une fois sans distinction de ses sections

Répartition des enfants accueillis à l'IME Cazala

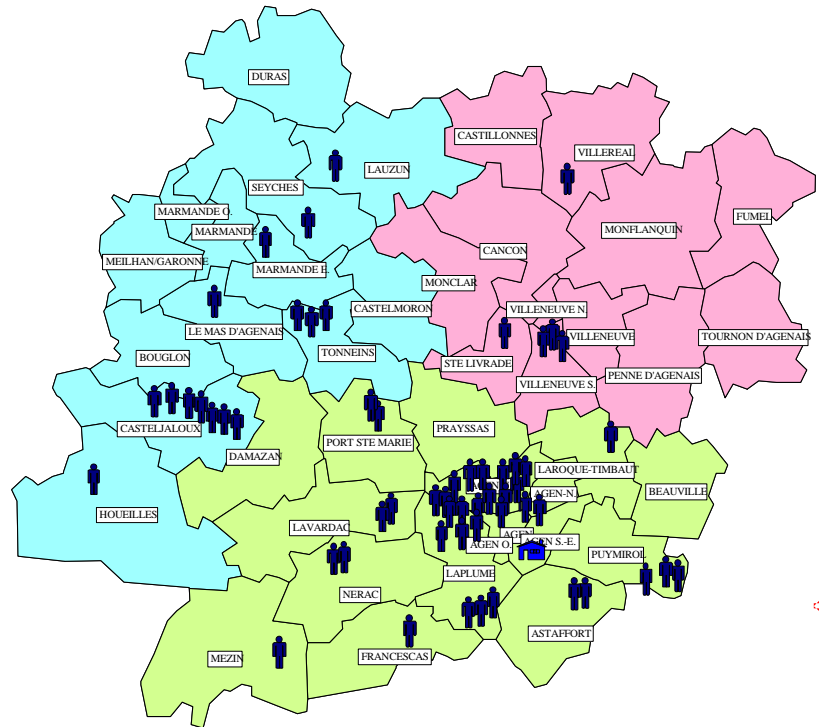


Cartographie CRÉAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

### Répartition des enfants accueillis au SESSAD Confluent

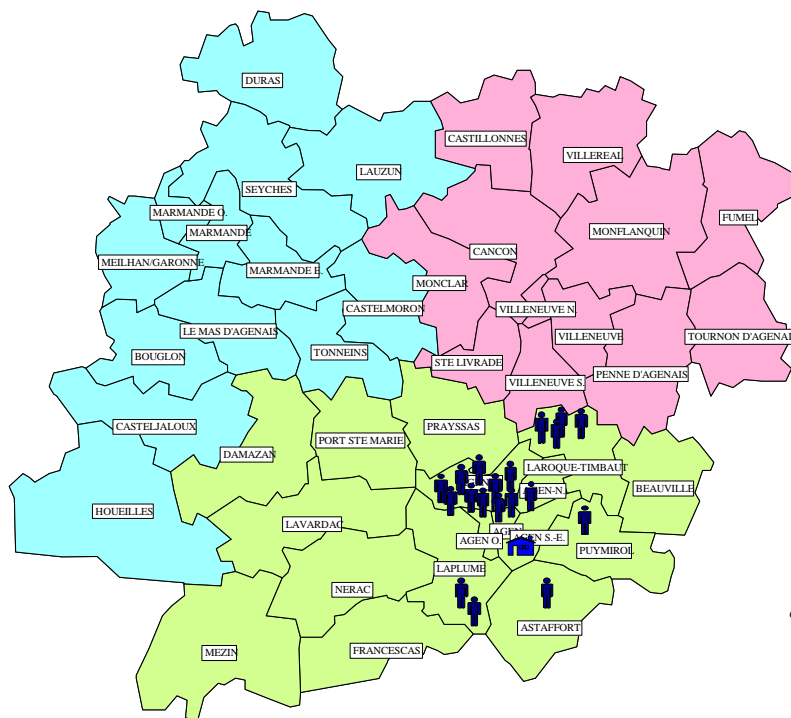


### Répartition des enfants accueillis à Fongrave



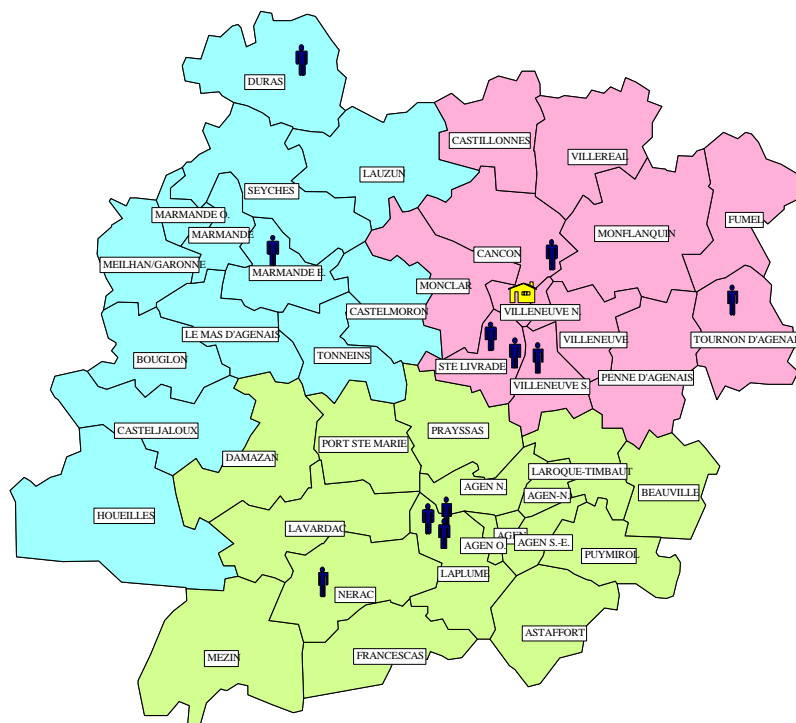
Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

### Répartition des enfants accueillis au SESSAD de Fongrave



Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

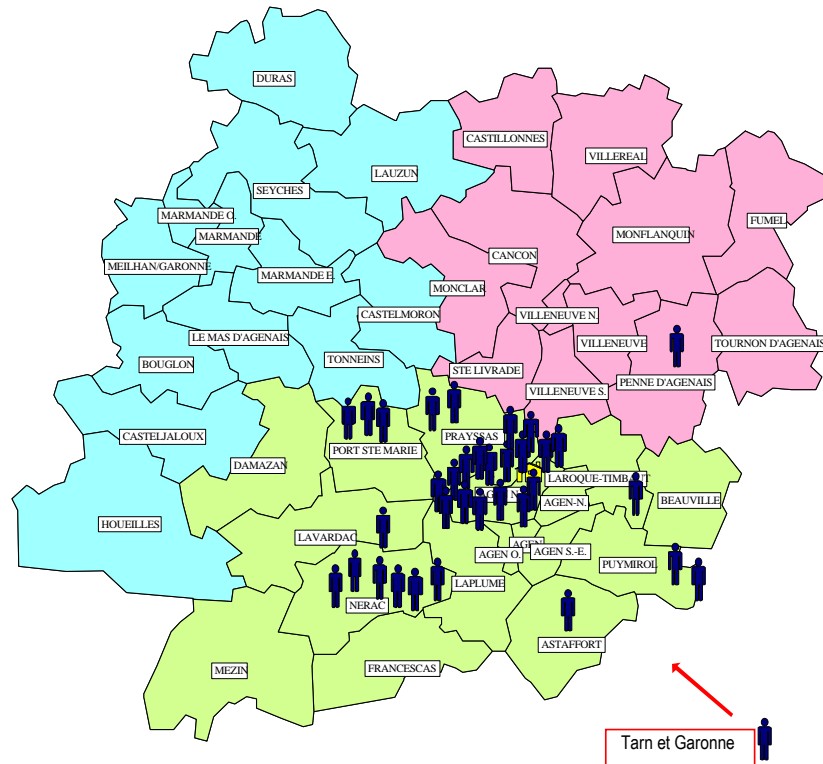
### Répartition des enfants accueillis à l'IME Le Landié



Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

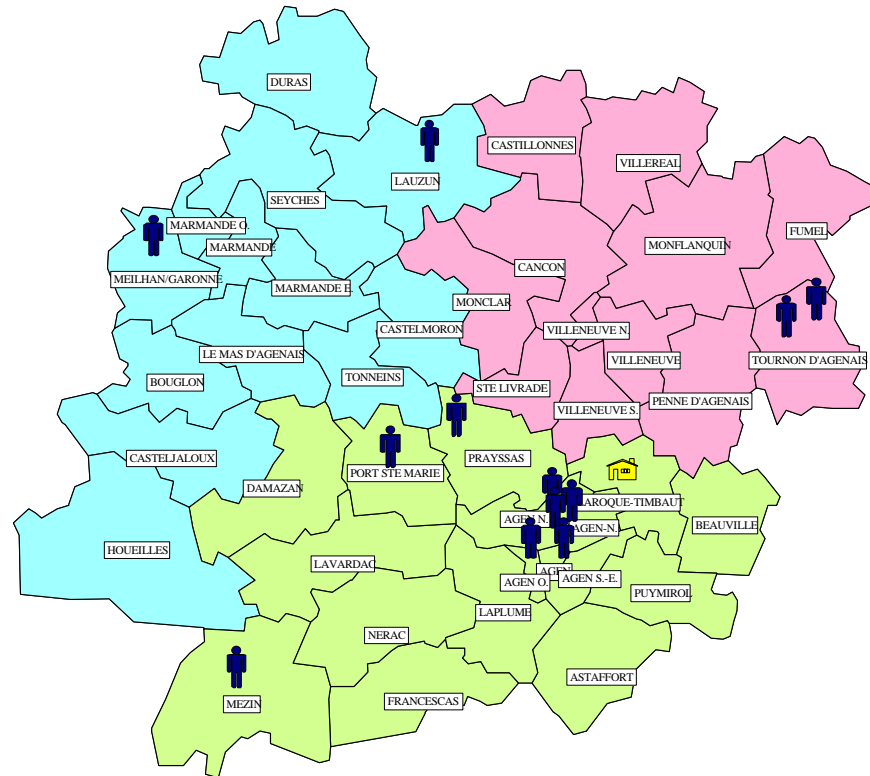


### Répartition des enfants accueillis à l'IME Lalande



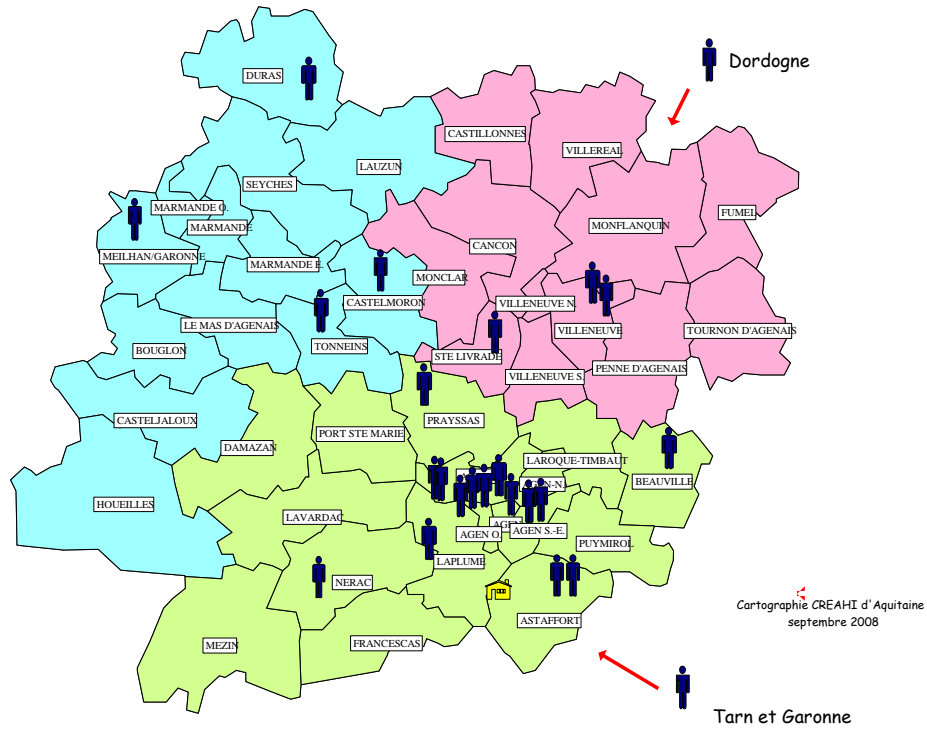
Cartographie CREAH d'Aquitaine  
septembre 2008

### Répartition des enfants accueillis à l'IME Lamothe-Poulin

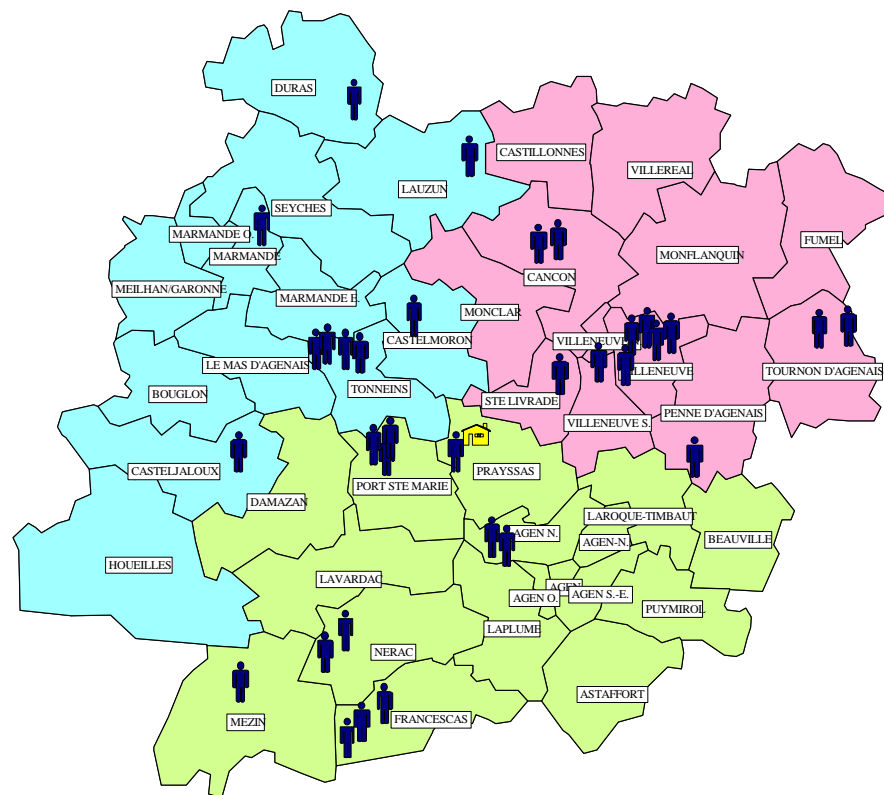


Cartographie CREAH-I d'Aquitaine  
septembre 2008

Répartition des enfants accueillis à Lapeyre

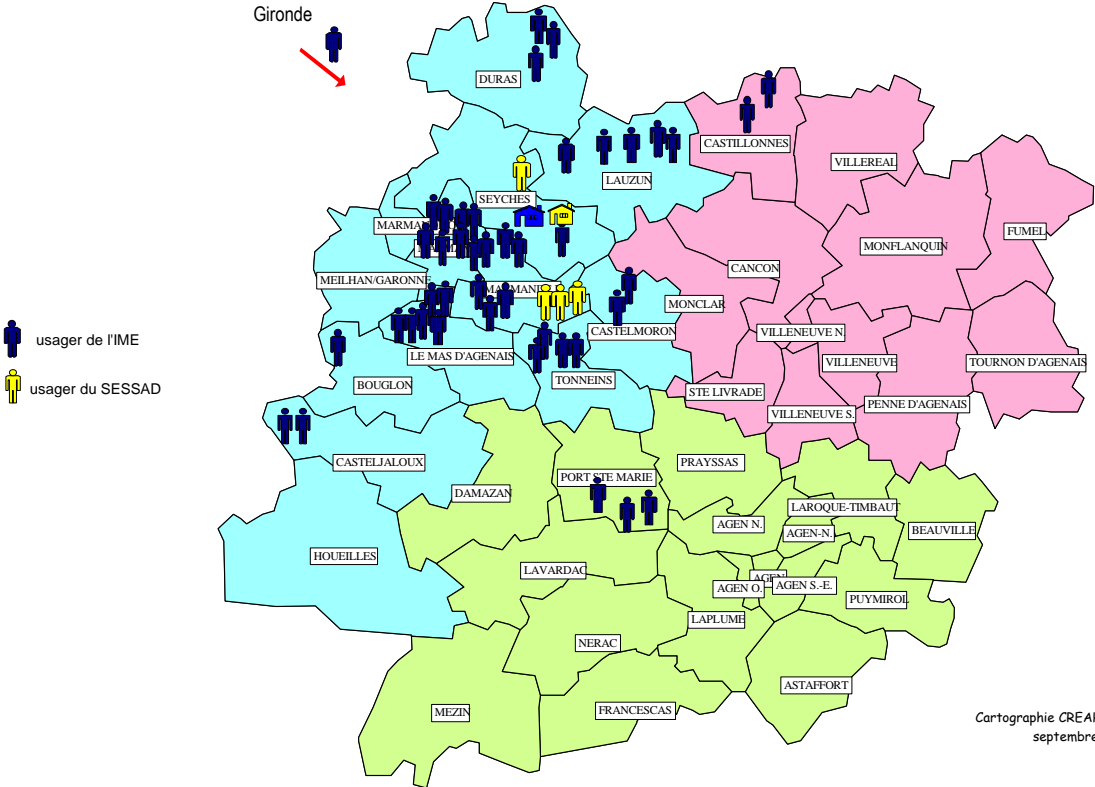


### Répartition des enfants accueillis à l'IME Montclairjoie



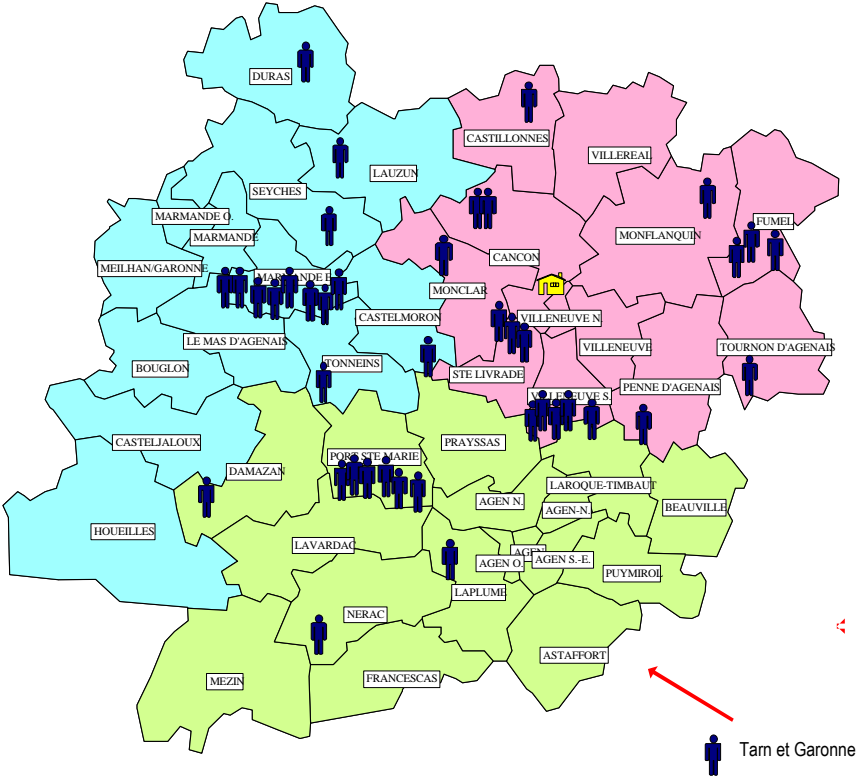
Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

### Répartition des enfants accueillis à Solincité



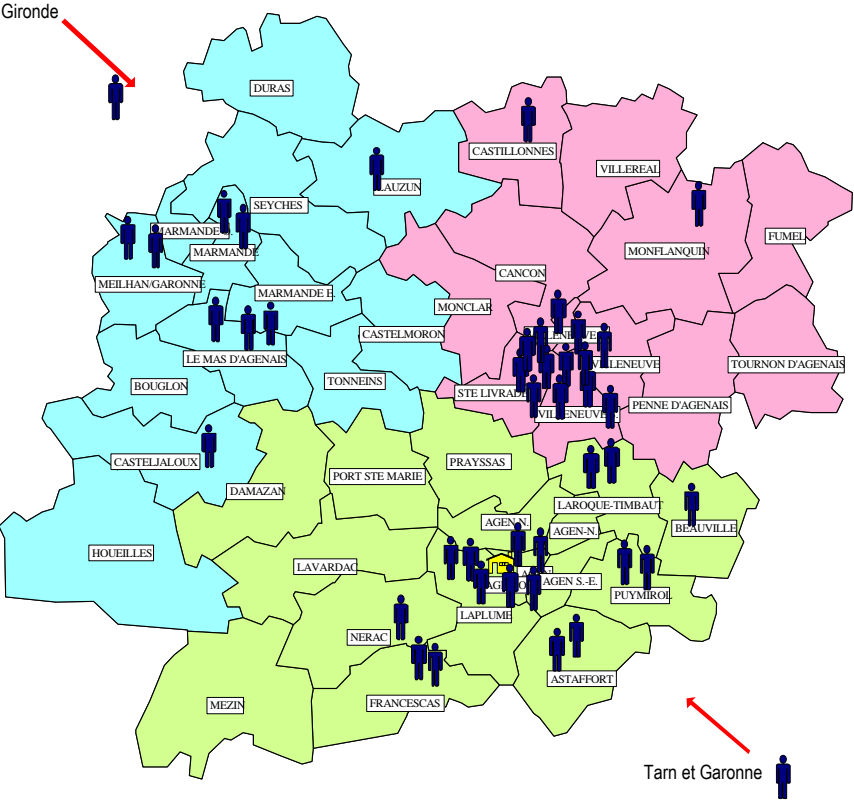
Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

Répartition des enfants accueillis à l'IME Trois Ponts



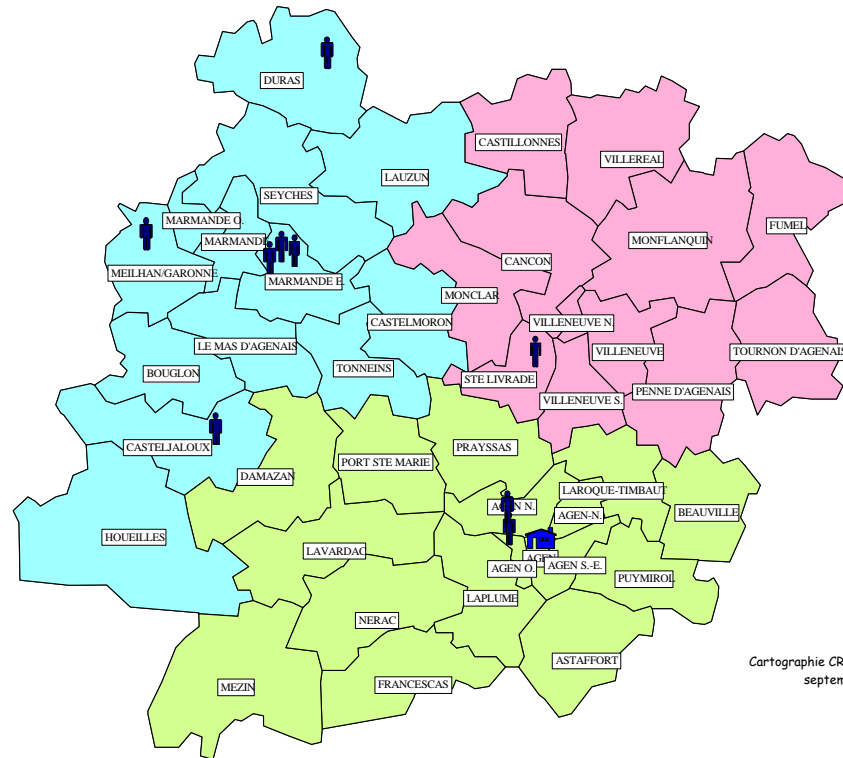
Cartographie CREAH I d'Aquitaine  
septembre 2008

Répartition des enfants accueillis à l'IME de Véronne



Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

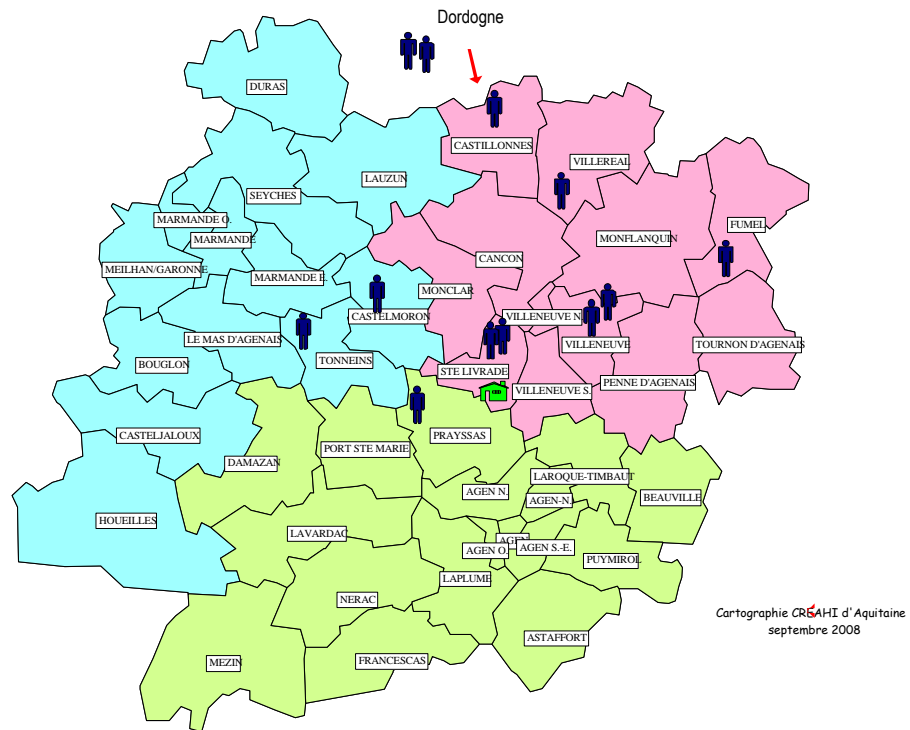
### Répartition des enfants accueillis au SESSAD Trisomie 21



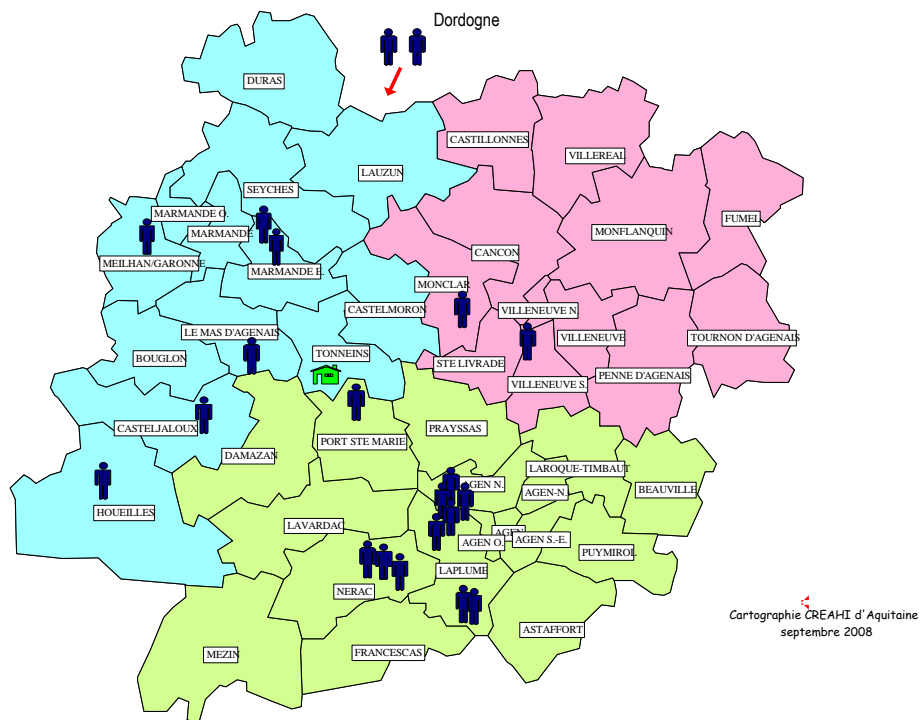
Cartographie CREAH I d'Aquitaine  
septembre 2008



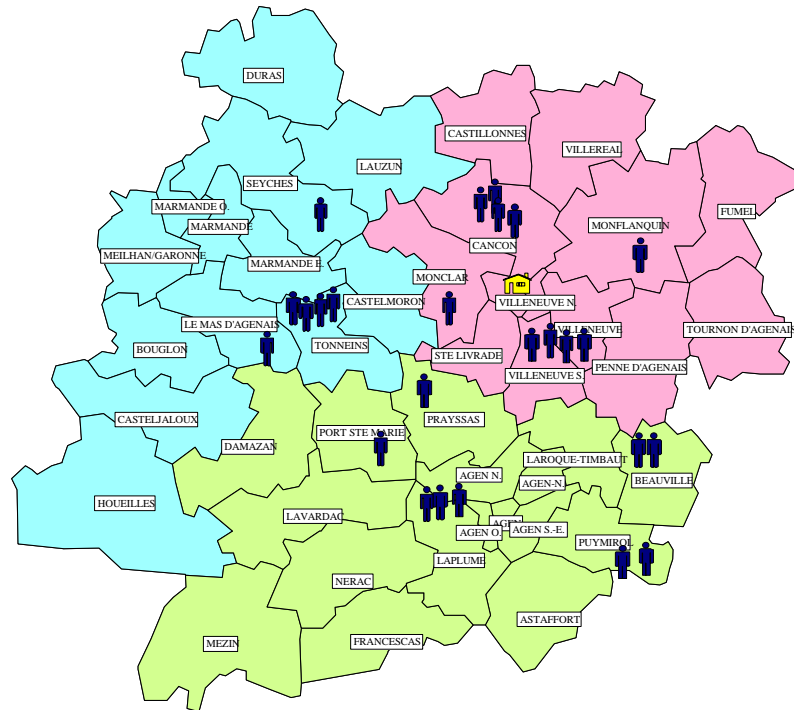
## Répartition des enfants accueillis à La Cerisaie



### Répartition des enfants accueillis à l' ISEP



Répartition des enfants accueillis au SSEFIS de l'INJS



Cartographie CREAHI d'Aquitaine  
septembre 2008

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL - IME**

	Solincité		Lapeyre		Fongrave		Les 3 ponts		Cazala		Lalande		Le Landié		Lamothe Poulin		Vérone		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
1.00 Autisme infantile précoce type Kanner			1	3,7							1	2,7	6	50,0					8	2,3
1.01 Autres formes de l'autisme infantile			4	14,8			2	4,3			1	2,7	3	25,0					10	2,8
1.02 Psychose précoce déficitaire – retard mental + troubles autistiques / psychotiques	3	7,0	5	18,5	1	1,9	4	8,7			1	2,7	2	16,7			2	3,8	18	5,1
1.03 Syndrome d'Asperger	1	2,3					1	2,2					1	8,3					3	0,8
1.04 Dysharmonies psychotiques	17	39,5			3	5,8	3	6,5	3	4,1	1	2,7					5	9,6	32	9,1
1.08 Autres psychoses précoces ou autres TED	1	2,3																	1	0,3
1.10 Schizophrénie de l'enfant					1	1,9													1	0,3
1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	1	2,3																	1	0,3
2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse	1	2,3															1	1,9	2	0,6
2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité	1	2,3																	1	0,3
2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes fonctions instrumentales																	1	1,9	1	0,3
3.0 Dysharmonies évolutives	10	23,3															4	7,7	14	4,0
3.1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité	2	4,7															1	1,9	3	0,8
3.3 Pathologies limites à dominante comportementale	2	4,7															1	1,9	3	0,8
4.1 Manifestations réactionnelles																	1	1,9	1	0,3
<b>5 – DEFICIENCES MENTALES</b>	1	2,3	7	25,9															8	2,3
5.05 déficience harmonique avec QI 50-69	1	2,3			22	42,3	1	2,2	40	54,8	3	8,1			2	18,2	17	32,7	86	24,4
5.06 déficience dysharmonique avec QI 50-69					16	30,8			8	11,0	1	2,7			1	9,1	11	21,2	37	10,5
5.15 déficience harmonique avec QI 35-49	1	2,3			3	5,8	26	56,5	13	17,8	23	62,2			5	45,5			71	20,1
5.16 déficience dysharmonique avec QI 35-49			1	3,7	1	1,9	5	10,9			6	16,2			2	18,2			15	4,2
5.17 déficience avec QI 35-49 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur							2	4,3											2	0,6
5.25 déficience harmonique avec QI 20-34							1	2,2						1	9,1				2	0,6
5.26 déficience dysharmonique avec QI 20-34			6	22,2															6	1,7
5.27 déficience avec QI 20-34 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur			1	3,7			1	2,2											2	0,6
5.36 déficience dysharmonique avec QI < 20	1	2,3	1	3,7															2	0,6
5.37 déficience avec QI < 20 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur			1	3,7															1	0,3
6.01 Troubles du développement du langage									1	1,4									1	0,3
6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires					4	7,7			3	4,1							3	5,8	10	2,8
7 Troubles des conduites et des comportements					1	1,9											1	1,9	2	0,6
9.4 Difficultés scolaires non classables									5	6,8							4	7,7	9	2,5
<b>POPULATION</b>	<b>43</b>		<b>27</b>		<b>52</b>		<b>46</b>		<b>73</b>		<b>37</b>		<b>12</b>		<b>11</b>		<b>52</b>		<b>353</b>	

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL - SESSAD**

	Confluent		Fongrave		Solincité		T21		Ensemble	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
1.00 Autisme infantile précoce type Kanner									0	
1.01 Autres formes de l'autisme infantile									0	
1.02 Psychose précoce déficitaire – retard mental + troubles autistiques / psychotiques									0	
1.03 Syndrome d'Asperger			1	5,0					1	2,0
1.04 Dysharmonies psychotiques			2	10,0	2	40,0			4	8,0
1.08 Autres psychoses précoces ou autres TED									0	
1.10 Schizophrénie de l'enfant									0	
1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques									0	
2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse									0	
2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions	1	6,3							1	2,0
2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité									0	
2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes fonctions instrumentales									0	
3.0 Dysharmonies évolutives	2	12,5			2	40,0			4	8,0
3.1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité			1	5,0	1	20,0			2	4,0
3.3 Pathologies limites à dominante comportementale			1	5,0					1	2,0
4.1 Manifestations réactionnelles									0	
<b>5 – DEFICIENCES MENTALES</b>							9	100,0	9	18,0
5.05 déficience harmonique avec QI 50-69	7	43,8	4	20,0					11	22,0
5.06 déficience dysharmonique avec QI 50-69			7	35,0					7	14,0
5.15 déficience harmonique avec QI 35-49									0	
5.16 déficience dysharmonique avec QI 35-49									0	
5.17 déficience avec QI 35-49 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur									0	
5.25 déficience harmonique avec QI 20-34									0	
5.26 déficience dysharmonique avec QI 20-34									0	
5.27 déficience avec QI 20-34 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur									0	
5.36 déficience dysharmonique avec QI < 20									0	
5.37 déficience avec QI < 20 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur									0	
6.01 Troubles du développement du langage									0	
6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	6	37,5	4	20,0					10	20,0
7 Troubles des conduites et des comportements									0	
9.4 Difficultés scolaires non classables									0	
<b>POPULATION</b>	<b>16</b>		<b>20</b>		<b>5</b>		<b>9</b>		<b>50</b>	

**DIAGNOSTICS COMPLEMENTAIRES - IME**

	Solincité		Lapeyre		Fongrave		Les 3 ponts		Cazala		Lalande		Le Landié		Lamothe Poulin		Vérone		TOTAL		
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
1.00 Autisme infantile précoce type Kanner																				0	
1.01 Autres formes de l'autisme infantile																					0
1.02 Psychose précoce déficitaire – retard mental + troubles autistiques / psychotiques					1	1,9														1	0,3
1.03 Syndrome d'Asperger																					0
1.04 Dysharmonies psychotiques													1	9,1						1	0,3
1,2 Troubles délirants	4	9,3																		4	1,1
1.3 Trouble psychotique aigu	1	2,3																		1	0,3
1.5 Etat dépressif après épisode psychotique	1	2,3																		1	0,3
2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse							2	4,3	2	2,7	3	8,1		1	9,1	4	7,7		12	3,4	
2.2 Troubles névrotiques à dominance phobique	1	2,3														1	1,9		2	0,6	
2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions									2	2,7	1	2,7		2	18,2	2	3,8		7	2,0	
2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité							1	2,2					2	18,2					3	0,8	
3.0 Dysharmonies évolutives					1	1,9			1	1,4			2	18,2					4	1,1	
3.1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité	2	4,7											1	9,1					3	0,8	
3.3 Pathologies limites à dominante comportementale	1	2,3																		1	0,3
3.4 Dépressions liées à une pathologie limite	1	2,3																		1	0,3
4.1 Manifestations réactionnelles									2	2,7										2	0,6
<b>5 – DEFICIENCES MENTALES</b>	3	7,0																		3	0,8
5.06 déficience dysharmonique avec QI 50-69	6	14,0			4	7,7	1	2,2	2	2,7			1	8,3			8	15,4	22	6,2	
5.15 déficience harmonique avec QI 35-49	1	2,3																		1	0,3
5.16 déficience dysharmonique avec QI 35-49	3	7,0						8	17,4	1	1,4	3	8,1	8	66,7				23	6,5	
5.25 déficience harmonique avec QI 20-34			1	3,7																1	0,3
5.26 déficience dysharmonique avec QI 20-34							1	2,2					3	25,0						4	1,1
5.27 déficience avec QI 20-34 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur			1	3,7																1	0,3
6.0 Troubles de la parole et du langage	7	16,3	4	14,8			2	4,3			6	16,2		1	9,1	5	9,6		25	7,1	
6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	18	41,9	2	7,4			1	2,2	1	1,4						5	9,6		27	7,6	
6.2 Troubles psychomoteurs	7	16,3	3	11,1																10	2,8
7.0 Troubles hyperkinétiques	2	4,7	2	7,4	5	9,6	1	2,2	3	4,1	1	2,7				3	5,8		17	4,8	
7.1 Troubles des conduites alimentaires	6	14,0	1	3,7												1	1,9		8	2,3	
7.4 troubles de l'anxiété de séparation	13	30,2			1	1,9														14	4,0
7.5 Troubles de l'identité et des conduites sexuelles	8	18,6			2	3,8					1	2,7								11	3,1
7.6 Phobies scolaires	1	2,3																		1	0,3
7.7 Autres troubles caractérisés des conduites (violences, risques...)	2	4,7	5	18,5	1	1,9	3	6,5	1	1,4										12	3,4
7.8 autres troubles des conduites et des comportements	7	16,3	1	3,7	2	3,8	2	4,3	9	12,3	7	18,9	1	8,3		9	17,3		38	10,8	
8.0 Affections psychosomatiques	1	2,3																		1	0,3
8,1 troubles psychofonctionnels					1	1,9														1	0,3
8.3 Enurésie							1	2,2	2	2,7	1	2,7								4	1,1
8.4 Encoprésie	1	2,3					1	2,2			2	5,4								4	1,1
8.5 Troubles du sommeil	1	2,3							10	13,7										11	3,1

**DIAGNOSTICS COMPLEMENTAIRES - IME (suite)**

	Solincité		Lapeyre		Fongrave		Les 3 ponts		Cazala		Lalande		Le Landié		Lamothe Poulin		Vérone		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<i>8.6 Retard de croissance psychogène</i>	3	7,0																	3	0,8
<i>8.8 Autres troubles à expression somatique</i>	1	2,3																	1	0,3
<i>9.0 Angoisses, rituels, peurs</i>	17	39,5	1	3,7													1	1,9	19	5,4
<i>9.1 Moments dépressifs</i>	5	11,6																	5	1,4
<i>9.2 Conduites d'opposition</i>	11	25,6	1	3,7					2	2,7							2	3,8	16	4,5
<i>9.3 Conduites d'isolement</i>	4	9,3															1	1,9	5	1,4
<i>9.4 Difficultés scolaires non classables</i>																	6	11,5	6	1,7
<b>Jeunes avec un diagnostic secondaire</b>	<b>40</b>		<b>18</b>		<b>18</b>		<b>19</b>		<b>31</b>		<b>19</b>		<b>12</b>		<b>10</b>		<b>41</b>		<b>208</b>	
<i>Population</i>	43		27		52		46		73		37		12		11		52		353	
<i>Part avec diagnostic secondaire</i>	93		67		35		41		42		51		100		91		79		59	
<i>Nombre de diagnostics secondaires</i>	139		22		18		24		38		25		13		10		48		337	

**DIAGNOSTICS COMPLEMENTAIRES - SESSAD**

	Confluent		Fongrave		Solincité		Ensemble	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
1.00 Autisme infantile précoce type Kanner							0	
1.01 Autres formes de l'autisme infantile							0	
1.02 Psychose précoce déficitaire – retard mental + troubles autistiques / psychotiques							0	
1.03 Syndrome d'Asperger							0	
1.10 Schizophrénie de l'enfant							0	
1,2 Troubles délirants					1	20,0	1	2,0
1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques							0	
2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse							0	
2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions							0	
2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité							0	
2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes fonctions instrumentales							0	
3.0 Dysharmonies évolutives			2	10,0			2	4,0
3.1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité							0	
3.2 Pathologies limites à dominante schizotypique			1	5,0			1	2,0
3.3 Pathologies limites à dominante comportementale	1	6,3					1	2,0
4.1 Manifestations réactionnelles							0	
<b>5 – DEFICIENCES MENTALES</b>							0	
<i>5.05 déficience harmonique avec QI 50-69</i>							0	
<i>5.06 déficience dysharmonique avec QI 50-69</i>	1	6,3			3	60,0	4	8,0
<i>5.07 déf. Avec QI 50-69 eet polyhandicap</i>			1	5,0			1	2,0
<i>5.15 déficience harmonique avec QI 35-49</i>							0	
<i>5.16 déficience dysharmonique avec QI 35-49</i>	1	6,3	1	5,0			2	4,0
6.0 Troubles de la parole et du langage	1	6,3	1	5,0	2	40,0	4	8,0
6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	1	6,3	9	45,0	1	20,0	11	22,0
6.2 Troubles psychomoteurs			2	10,0	1	20,0	3	6,0
7.1 Troubles des conduites alimentaires			1	5,0			1	2,0
7.8 autres troubles des conduites et des comportements	1	6,3					1	2,0
9.0 Angoisses, rituels, peurs					1	20,0	1	2,0
9.2 Conduites d'opposition	1	6,3					1	2,0
9.4 Difficultés scolaires non classables							0	
<b>Jeunes avec un diagnostic secondaire</b>	<b>5</b>		<b>13</b>		<b>5</b>		<b>23</b>	
<b>Population</b>	<b>16</b>		<b>20</b>		<b>5</b>		<b>50</b>	
<b>Part avec diagnostic secondaire</b>	<b>31</b>		<b>65</b>		<b>100</b>		<b>46</b>	
<b>Nombre de diagnostics secondaires</b>	<b>7</b>		<b>18</b>		<b>9</b>		<b>34</b>	



**FACTEURS ORGANIQUES - IME**

	Solincité		Lapeyre		Fongrave		Les 3 ponts		Cazala		Lalande		Le Landié		Lamothe Poulin	Vérone		TOTAL		
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%		
10 PAS DE FACTEURS RECONNUS	36	83,7	7	25,9	44	84,6	14	30,4	62	84,9	18	48,6	10	83,3	9	81,8	45	86,5	245	69,4
11 FACTEURS ANTE NATAUX d'origine maternelle							1	2,2	1	1,4	1	2,7					1	1,9	4	1,1
12 FACTEURS PERINATAUX	2	4,7	2	7,4	1	1,9	2	4,3	2	2,7	2	5,4					2	3,8	13	3,7
13 ATTEINTES CEREBRALES POST NATALES					1	1,9	2	4,3	3	4,1	1	2,7					1	1,9	8	2,3
14 MALADIES d'ORIGINE GENETIQUE ou CONGENITALES																			0	
14.1 Trisomie 21			2	7,4	1	1,9	17	37,0	1	1,4	4	10,8			2	18,2			27	7,6
14.n autres	1	2,3	9	33,3	2	3,8	9	19,6	2	2,7	5	13,5	2	16,7			3	5,8	33	9,3
15 INFIRMITES ET AFFECTIONS SOMATIQUES AU LONG COURS	1	2,3									1	2,7							2	0,6
15.1 IMC					2	3,8													2	0,6
15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales			5	18,5															5	1,4
16 CONVULSIONS ET EPILEPSIES	3	7,0	5	18,5	3	5,8	5	10,9	2	2,7	3	8,1					2	3,8	23	6,5
17 ANTECEDENTS DE MALADIES SOMATIQUES									1	1,4	1	2,7							2	0,6
18 AUTRES	1	2,3									2	5,4							3	0,8
<b>Population</b>	<b>43</b>		<b>27</b>		<b>52</b>		<b>46</b>		<b>73</b>		<b>37</b>		<b>12</b>		<b>11</b>		<b>52</b>		<b>353</b>	

**FACTEURS ORGANIQUES - SESSAD**

	Confluent		Fongrave		Solincité		T21		Ensemble	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
10 PAS DE FACTEURS RECONNUS	16	100,0	8	40,0	4	80,0			28	56,0
11 FACTEURS ANTE NATAUX d'origine maternelle									0	
12 FACTEURS PERINATAUX			3	15,0					3	6,0
13 ATTEINTES CEREBRALES POST NATALES			1	5,0					1	2,0
14 MALADIES d'ORIGINE GENETIQUE ou CONGENITALES			2	10,0					2	4,0
14.1 Trisomie 21							9	100,0	9	18,0
15 INFIRMITES ET AFFECTIONS SOMATIQUES AU LONG COURS					1	20,0			1	2,0
16 CONVULSIONS ET EPILEPSIES			3	15,0					3	6,0
17 ANTECEDENTS DE MALADIES SOMATIQUES			2	10,0					2	4,0
18 AUTRES			1	5,0					1	2,0
<i>Population</i>	16		20		5		9		50	

FACTEURS d'ENVIRONNEMENT - IME	Solincité		Lapeyre		Fongrave		Les 3 ponts		Cazala		Lalande		Le Landié		Lamothe Poulin		Vérone		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
PAS de FACTEURS d'ENVIRONNEMENT RECONNUS	4	9,3	16	59,3	16	30,8	9	19,6	12	16,4	8	21,6	6	50,0	10	90,9	6	11,5	87	24,6
21 TROUBLES MENTAUX / PERTURBATIONS PSYCHOLOGIQUES AVEREES DANS LA FAMILLE	15	34,9	5	18,5	12	23,1	6	13,0	10	13,7	11	29,7	1	8,3			9	17,3	69	19,5
22 CARENCES AFFECTIVES, EDUCATIVES, SOCIALES, CULTURELLES	28	65,1	5	18,5	8	15,4	20	43,5	49	67,1	17	45,9	1	8,3			32	61,5	160	45,3
23 MAUVAIS TRAITEMENTS ET NEGLIGENCES GRAVES	5	11,6	1	3,7	3	5,8	6	13,0	2	2,7	2	5,4	0		0		3	5,8	22	6,2
23.0 Sévices et violences physiques	3	7,0					1	2,2	1	1,4							2		7	2,0
23.1 Négligences graves	1	2,3	1	3,7	1	1,9	5	10,9			1	2,7					1		10	2,8
23.2 Abus sexuels	1	2,3			2	3,8	1	2,2	1	1,4	1	2,7							6	1,7
24 EVENEMENTS ENTRAINANT LA RUPTURE DE LIENS AFFECTIFS	4	9,3	4	14,8	4	7,7	6	13,0	5	6,8			1	8,3			12	23,1	36	10,2
25 CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL PARTICULIER	32	74,4	10	37,0	27	51,9	34	73,9	39	53,4	24	64,9	6	50,0			31	59,6	203	57,5
25.1 Enfant actuellement placé	15	34,9	3	11,1	13	25,0	4	8,7	6	8,2	5	13,5					4		50	14,2
25.8 Milieu social très défavorisé	4	9,3	4	14,8	8	15,4	11	23,9	5	6,8	13	35,1					8		53	15,0
25.x Autres	13	30,2	5	18,5	10	19,2	21	45,7	31	42,5	10	27,0	6	50,0	1	9,1	20		117	33,1
28 AUTRES	1	2,3									1	2,7							2	0,6
Population	43		27		52		46		73		37		12		11		52		353	

**FACTEURS d'ENVIRONNEMENT - SESSAD**

	Confluent		Fongrave		Solincité		Ensemble	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
PAS de FACTEURS d'ENVIRONNEMENT RECONNUS	1	6,3	8	40,0	0		9	22,0
21 TROUBLES MENTAUX / PERTURBATIONS PSYCHOLOGIQUES AVEREES DANS LA FAMILLE	1	6,3			1	20,0	2	4,9
22 CARENCES AFFECTIVES EDUCATIVES SOCIALES CULTURELLES	9	56,3	1	5,0	3	60,0	13	31,7
23 MAUVAIS TRAITEMENTS ET NEGLIGENCES GRAVES							0	
23,0 sévices et violences physiques							0	
23.1 négligences graves					1	20,0	1	2,4
23.2 abus sexuels							0	
23.8 autres					1	20,0	1	2,4
24 EVENEMENTS ENTRAINANT LA RUPTURE DE LIENS AFFECTIFS	1	6,3					1	2,4
25 CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL PARTICULIER	11	68,8	11	55,0	4	80,0	26	63,4
25.1 Enfant actuellement placé					3	60,0	3	7,3
25.8 Milieu social très défavorisé	1	6,3			1	20,0	2	4,9
25.x Autres	10	62,5			1	20,0	11	26,8
28 AUTRES								
<i>Population</i>	16		20		5		41	

**Cadre de scolarisation des jeunes accueillis en IME**  
**Détails en fonction des données disponibles**

	Scolarisation en milieu ordinaire		Scolarisation en interne			Non scolarisé
	Temps plein	Temps partiel	Temps partiel	Temps plein	Temps non précisé	
IME Solincité	1	1 (18 h / sem.)	38 (4 – 11 h / sem.)		1	2
IME Lapeyre						27
IME de Fongrave			11 (6-9 h / sem.)	30	11	
IME des Trois-Ponts			33 (3-9 h / sem.)			13
IME Montclairjoie			37 (2 – 9 h / sem.)		2	6
IME Cazala	5 5 PPS dont 2 en SEGPA		2	25	41	
IME Lalande			37 (3 – 12 h / sem)			
IME Le Landié			9 (1 – 6 h / sem)			3
IME de Lamothe-Poulin			11 (8 – 12 h / sem)			
IME de Vérone	1 Pas de PPS		5	34	3	9
<b>Ensemble des IME</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>181</b>	<b>89</b>	<b>58</b>	<b>60</b>
		<b>+ 2 en milieu ordinaire ET en interne</b>				

### Prises en charge inadaptées pour chaque IME, raisons et préconisations

IME	Prises en charge non adaptées		Raisons, préconisations
	Eff.	Part	
Solincité	5	11,6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeune psychotique, hôpital de jour préconisé</li> <li>- Déficience trop importante (QI &lt; 20), nécessité d'un internat dans une structure spécialisée dans les troubles neurologiques</li> <li>- 2 ont besoin d'un internat "correspondant à une prise en charge sociale" ("famille défaillante")</li> <li>- Suivi <b>SESSAD</b> suffirait, avec soutien psychologique et formation adaptée</li> </ul>
Lapeyre	8	29,6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 : amendements Cretons, nécessité de <b>places en secteur adultes</b> (2 en MAS notamment)</li> <li>- 2 : nécessité d'une <b>structure d'accueil spécialisée, avec prise en charge psychologique</b> (jeunes psychotiques)</li> <li>- 2 : <b>famille d'accueil</b> « pour suppléer aux carences éducatives et défaut de soins » (notamment, pour l'un, l'établissement indique que la « fillette passe 365 jours par an dans l'établissement »)</li> <li>- « Evolution de l'épilepsie massive générant des difficultés à la vie en collectivité et des troubles du comportement entre les crises »</li> </ul>
Fongrave	1	1,9%	Difficultés non précisées (NB : Jeune IMC, avec déficience intellectuelle légère et symptômes d'épilepsie)
Trois-Ponts	14	30,4%	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 : Accueil dans le secteur adultes - 2 en FO, 1 en FAM / MAS pour une « prise en charge plus individualisée et spécialisée »... et plus adaptée à leur âge</li> <li>4 ont besoin d'un internat, 3 pour TED, 1 pour déficience intellectuelle moyenne</li> <li>1 a besoin d'une structure spécialisée pour les autistes</li> <li>1 ne vient que 2 jours par semaine et aurait besoin d'une prise en charge plus lourde</li> <li>1 ne vient plus à l'IME</li> <li>2 ont un niveau supérieur aux autres et devraient être réorientés, l'un vers un autre IME, l'autre en IMPro</li> <li>2 sont en attente d'une place en IMPro</li> </ul>
Montclairjoie	2	4,4%	Pour l'un, besoin d'un « établissement psychiatrique ou majoritairement thérapeutique »
Cazala	11	15,1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>7 : Besoin d'une intégration scolaire en SEGPA (avec poursuite IME)</li> <li>1 : réorientation en foyer occupationnel</li> <li>1 : « <i>Troubles de la personnalité trop importants</i> », nécessité d'un « établissement de soins psychiatriques pour adolescents »</li> <li>1 : besoin de « réorientation dans une structure plus petite et plus adaptée à sa problématique » (jeune avec une dysharmonie évolutive)</li> <li>1 : réorientation en ITEP</li> </ul>
Lalande	11	29,7%	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 : ont l'âge, la capacité et le besoin d'un apprentissage pré-professionnel en IMPro</li> <li>2 : en attente internat en foyer occupationnel</li> <li>2 : n'ont pu aller en IMPro et devraient aller en ESAT dès qu'ils auront l'âge (17 ans actuellement : « jeune qui a le niveau scolaire pour aller en IMPRO, mais ses difficultés physiques contre-indiquent cette orientation » « Une orientation IMPRO n'a pu aboutir faute d'adhésion de la famille »</li> <li>1 : mi-temps en CLIS préconisé</li> <li>1 : besoin d'une « scolarisation à plus grand volume horaire », donc d'une « orientation IME préparant IMPro »</li> <li>1 : internat en IME, « au vu du contexte familial en difficulté »</li> <li>1 : orientation en IME à temps plein : « la pathologie nécessite une prise en charge plus adaptée » (psychose)</li> </ul>
Le Landié	4	33,3%	4 : besoin d'internat de semaine (2), de semaine ou famille d'accueil thérapeutique (1), modulé (1)
Lamothe-Poulin	0	0%	
Vérone	5	9,6%	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 ont besoin d'un internat, l'un avec AEMO</li> <li>1 a besoin d'une « structure thérapeutique », préconisation d'entrée en IMPro</li> <li>1 a un « niveau intellectuel trop bas pour l'établissement », nécessité d'un « IMPro pour retard intellectuel moyen »</li> </ul>
<b>Ensemble</b>	<b>61</b>	<b>15,3%</b>	

### Prises en charge inadaptées pour chaque SESSAD, raisons et préconisations

SESSAD	Prises en charge non adaptées		Raisons, préconisations
	Effectif	Part	
Confluent	1	6,2%	« Suivi médical pas assez important », « réorientation en établissement spécialisé »
Forma Pro	5	33,3%	2 : besoin de travail en milieu protégé, l'un étant « trop perturbé pour faire une formation professionnelle », l'autre « trop faible » 2 : besoin éventuel d'une AEMO ? il n'y a pas d'adhésion de la famille au suivi du SESSAD Forma Pro 1 : jeune ne souhaitant pas de suivi
Fongrave	2	10,0%	2 : besoin d'un « établissement spécialisé dans les troubles de la personnalité »
Lou Roucal	0	0%	
Solincité	2	40,0%	2 : réorientation en IME, l'un pour sa « fragilité dans la gestion des conflits », l'autre à cause de « comportements et pulsions non gérables par l'enfant, en classe, entraînant des difficultés de socialisation »
Trisomie 21	0	0%	
<b>Ensemble</b>	<b>10</b>	<b>13,3%</b>	

### Saisine de la CDAPH sur les projets de sortie d'IME / SESSAD

IME	Sortie ETE 2008		Sortie à plus longue échéance, déjà définie		Sortie à plus longue échéance, non encore définie		Usagers avec un projet de sortie	
	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part	Effectif	Part
Décision CDAPH	53	70%	8	31%	41	26%	102	39%
En cours	14	18%	4	15%	14	9%	32	12%
Pas encore de décision	9	12%	14	54%	105	66%	128	49%
<b>Ensemble</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>262</b>	<b>100%</b>

### Détail par IME des projections de sortie pour l'été 2008 et des difficultés rencontrées

IME	Sortie ETE 2008	
	Projets	Difficultés
Solincité	- 2 IME - 2 IMPro - 1 LEA/EREA avec suivi psy- en libéral	- Pas de place dans la structure pressentie
Lapeyre	- Maison d'enfants sanitaire, avec activité occupationnelle - IME + placement familial	- Pas de place dans l'IME pressenti
Fongrave	- 6 Recherches d'emploi en milieu ordinaire, l'un avec AEMO - 1 ESAT et foyer d'hébergement - 1 Formation en milieu ordinaire	
Trois-Ponts	- 1 foyer occupationnel - 3 IMPro - 1 IME	2 non réalisées, faute de places (IME à la place)
Montclairjoie	- 4 IMPro - 1 ESAT + Foyer d'hébergement	1 non réalisée (maintien à Montclairjoie), refus de l'IMPro
Cazala	- 10 IMPro, dont 1 avec AEMO et placement familial, 1 avec placement familial - 3 IME - 3 SESSAD (1 avec AEMO), 2 scolarisation en milieu ordinaire + 1 en LEA /EREA - 1 structure adaptée aux "troubles trop importants" du jeune (+ AEMO)	1 est en SESSAD + SEGPA suite au refus de l'utilisateur / famille Pour scolarisation LEA / EREA, en attente décision famille  Maintien en l'absence d'équipement
Lalande	- 1 IME + scolarité CLIS - 1 Foyer occupationnel	
Le Landié	- 1 FAM / MAS	
Lamothe-Poulin		
Vérone	- 2 SESSAD - 1 IMPro - 2 ESAT - 4 Emploi en milieu ordinaire	

### Détail par IME des projections de sortie à plus long terme et des difficultés rencontrées

IME	Sortie à plus longue échéance, déjà définie	
	Projets	Difficultés
Solincité	- 1 Foyer occupationnel - 1 ESAT - 1 IME - 1 Formation en milieu ordinaire - 1 Emploi en milieu ordinaire - 2 sans précision	- Pas de place dans la structure pressentie  - Pas de place dans la structure pressentie  - Pas de contrat adapté
Lapeyre	- 4 MAS  - 3 FAM - 1 FAM / MAS - 1 SAMSAH - 1 foyer occupationnel - 7 sans précision	- Pas d'équipement (indiqué pour 1 souhait de MAS. Personne avec une déficience intellectuelle profonde)  - Pas d'équipement (souhait de FAM / MAS pour un autiste)
Fongrave	- 1 ESAT et foyer d'hébergement - 5 en formation en milieu ordinaire - 16 sans précision	
Trois-Ponts	- 13 foyer occupationnel - 1 ESAT + Foyer d'hébergement - 1 FAM - 1 IME avec internat - 1 IME pour déficients moins lourds - 1 IME pour autistes	
Montclairjoie	- 1 IMPro - 5 foyer occupationnel - 4 ESAT - 2 ESAT + foyer d'hébergement - 1 prise en charge sanitaire institutionnelle - 9 sans précision	Maintien à l'IME en l'absence d'équipement adapté
Cazala	- 9 ESAT + foyer d'hébergement - 7 SEGPA - 2 foyer occupationnel - 1 IMPro - 1 ITEP	1 non encore réalisée, attente de la décision de l'intéressé Pas de places Pas de places (IME à la place)
Lalande	- 5 IMPro - 3 IME - 2 foyer occupationnel - 1 ESAT	Pour 1, pas de place dans la structure ; pour 1 autre, refus de la famille Pour 1, pas de place dans la structure  Encore trop jeune
Le Landié	- 1 Internat en IME - 1 ESAT et foyer d'hébergement - 1 FAM / MAS	Pas de place
Lamothe-Poulin	- 7 en ESAT + foyer d'hébergement - 4 non précisé	
Vérone	- 14 ESAT + Foyer d'hébergement - 1 ESAT - 15 IMPro (1 avec SIOE, 1 avec accueil jeune majeur ASE, 1 avec AEMO, 1 avec placement familial) - 8 emploi en milieu ordinaire - 2 formation en milieu ordinaire - 1 ?	Pour 1, pas de place dans la structure



**Détail par SESSAD des projections de sortie pour l'été 2008 et des difficultés rencontrées**

SESSAD	Sortie ETE 2008	
	Projets	Difficultés
Confluent	- 2 IME + SEGPA - 1 SESSAD - 1 CLIS (avec AEMO) - 1 SEGPA - 1 scolarisation ordinaire	
Forma Pro	- 4 emploi en milieu ordinaire - 2 CFA - 1 CAP ou LEP - 1 non déterminé	5 de ces choix ont été orientés par une volonté des jeunes / familles qui ne souhaitaient pas de prise en charge médico-sociale
Fongrave	- 1 SESSAD d'IMPro - 1 SESSAD et lycée professionnel - 2 IMPro (1 avec AEMO ; 1 avec prise en charge sanitaire institutionnelle)	1 refus de la structure pressentie. Intégration en UPI
Lou Roucal	- 1 ITEP - 1 recherche d'emploi - 1 formation en milieu ordinaire + placement familial	
Solincité	- 1 hébergement social (MECS, foyer de vie...)	
Trisomie 21		

**Détail par SESSAD des projections de sortie à plus long terme et des difficultés rencontrées**

SESSAD	Sortie à plus longue échéance, déjà définie	
	Projets	Difficultés
Confluent		
Forma Pro	- 7 CFA	
Fongrave		
Lou Roucal	- 4 non déterminé	
Solincité	- 1 IME - 1 LEA / EREA - 1 UPI	Pas de place dans la structure pressentie
Trisomie 21		

## CFTMEA – Axe II: FACTEURS ORGANIQUES dans les EEAP

	LA CERISAIE	ISEP	47
<b>PAS DE FACTEURS ORGANIQUES RECONNUS</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>11. FACTEURS ANTE-NATAUX D'ORIGINE MATERNELLE</b>			
11.0 Atteinte infectieuse ou parasitaire (rubéole, cytomégalie, herpès, toxoplasmose, listériose, syphilis, etc.)			
11.1 Atteinte toxique (médicaments, alcool, drogues, irradiation)			
11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle (diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère...)			
11.3 Autres	<b>2</b>		<b>2</b>
<b>12. FACTEURS PERINATAUX</b>			
12.0 Prématurité, dysmaturité, hypotrophie fœtale		1	1
12.1 Souffrance cérébrale périnatale		4	4
12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle			
12.3 Autres			
<b>13. ATTEINTES CEREBRALES POST-NATALES</b>			
13.0 Atteinte cérébrale post-natale d'origine infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire			
13.1 Atteinte cérébrale post-natale d'origine toxique			
13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral			
13.3 Tumeurs cérébrales			
13.8 Autres			
<b>14. MALADIES D'ORIGINE GENETIQUE OU CONGENITALES</b>			
14.0 Trisomie 21 ou Mongolisme	1		1
14.1 Autres maladies liées à une anomalie chromosomique autosomique	1	4	5
14.2 Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique (syndrome du chromosome X fragile, dysgénésies gonadiques, etc.)			
14.3 Phénylcétonurie			
14.4 Autres maladies métaboliques			
14.5 Hypothyroïdies congénitales		1	1
14.6 Neuro-ectodermoses congénitales (Sclérose tubéreuse de Bourneville...)	1		1
14.7 Malformations cérébrales congénitales (micro ou macrocéphalie, encéphalocèle, hydrocéphalie)	2		2
14.8 Autres			
<b>15. INFIRMES ET AFFECTIONS SOMATIQUES A LONG COURS</b>			
15.0 Déficits sensoriels			
15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale (IMC)	1	3	4
15.2 Atteinte neurologique d'origine non cérébrale			
15.3 Affections musculaires (myopathie, etc.)			
15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales (spina bifida, pseudo-hermaphrodisme, etc.)		1	1
15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale			
15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis (SIDA)			
15.7 Hémophilie			
15.8 Maladie somatique à long cours			
15.9 Autres			
<b>16. CONVULSIONS ET EPILEPSIES</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>17</b>
16.0 Epilepsie idiopathique			
16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive et épilepsies graves			
16.2 Autres épilepsies symptomatiques			
16.3 Manifestations convulsives non épileptiques			
16.8 Autres			
<b>17. ANTECEDENTS DE MALADIES SOMATIQUES DANS L'ENFANCE</b>			
<b>18. AUTRES</b>			

## CFTMEA – axe II : FACTEURS ET CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT dans les EEAP

	LA CERISAIE	ISEP	TOTAL
PAS DE FACTEURS D'ENVIRONNEMENT A RETENIR			
<b>21. TROUBLES MENTAUX OU PERTURBATIONS PSYCHOLOGIQUES AVEREES DANS LA FAMILLE</b>			
21.0 Psychose puerpérale			
21.1 Dépression maternelle dans la période post-natale			
21.2 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année			
21.3 Autre trouble important des relations précoces	1		1
21.4 Troubles mentaux d'un ou des parents			
21.5 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille		1	1
21.6 Alcoolisme ou toxicomanie parentale			
21.7 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial	1		1
21.8 Autres			
<b>22. CARENCES AFFECTIVES, EDUCATIVES, SOCIALES, CULTURELLES</b>			
22.0 Carences affectives précoces	1		1
22.1 Carences affectives ultérieures			
22.2 Carences socio-éducatives			
22.8 Autres			
<b>23 MAUVAIS TRAITEMENTS ET NEGLIGENCES GRAVES</b>			
23.0 Sévices et violences physiques			
23.1 Négligences graves			
23.2 Abus sexuels			
23.8 Autres			
<b>24. EVENEMENTS ENTRAINANT LA RUPTURE DE LIENS AFFECTIFS</b>			
24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant			
24.1 Rupture itérative des modes de garde			
24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongés ou répétitif d'un ou des parents			
24.3 Décès d'un ou des parents			
24.4 Décès d'un ou des grands-parents			
24.5 Décès dans la fratrie			
24.6 Abandon parental			
24.8 Autre			
<b>25. CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL PARTICULIER</b>			
25.0 Gémellité	1	1	2
25.1 Enfant actuellement placé	1		1
25.2 Enfant adopté			
25.3 Enfant de parents divorcés, quel que soit le mode de garde		4	4
25.4 Enfant élevé par les grands-parents			
25.5 Famille mono-parentale	1	1	2
25.6 Famille immigrée ou transplantée			
25.7 Maladie organique grave d'un parent			
25.8 Milieu socio-familial très défavorisé		1	1
25.9 Autre	1		1
<b>28. AUTRES</b>			
<b>29. PAS DE REPONSE POSSIBLE PAR DEFAUT D'INFORMATION</b>			