



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**



*Inspection générale
des affaires sociales*

N° 2018-012R



igen
Inspection générale
de l'éducation nationale

*Inspection générale
de l'éducation nationale*

igaenr
Inspection générale
de l'administration
de l'Éducation nationale
et de la Recherche

*Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

N° 2018-055

Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap

Rapport à

Madame la ministre des solidarités et de la santé

Monsieur le ministre de l'éducation nationale

Madame la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées auprès du Premier ministre

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Inspection générale
des affaires sociales*

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**

*Inspection générale
de l'éducation nationale*

*Inspection générale de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap

Juin 2018

France MOCHEL
Pierre NAVES

*Membres de l'inspection générale
des affaires sociales*

Yannick TENNE
Caroline MOREAU-FAUVARQUE

*inspecteurs généraux
de l'éducation nationale*

Marc ROLLAND
Jean-François RAYNAL

*inspecteurs généraux de l'administration
de l'éducation nationale et de la recherche*

SOMMAIRE

Synthèse	1
Introduction	5
Première partie : Un état des lieux, un défi pour l'aide humaine	8
1. L'accompagnement : une conséquence naturelle de l'inclusion ?	8
2. Une augmentation de la reconnaissance des situations de handicap et des notifications d'aide humaine	10
2.1. Une augmentation continue du nombre d'élèves handicapés et des raisons multiples	10
2.2. Des modalités de scolarisation corrélées à la hausse continue des élèves reconnus en situation de handicap	12
2.3. Une hausse continue de l'accompagnement	13
2.4. Accompagnement et scolarité ordinaire.....	15
3. Des besoins en aide humaine à évaluer et à différencier	16
3.1. Des modes de scolarisation différenciés.....	16
3.2. L'extension du champ du handicap.....	18
3.3. La diversité des handicaps.....	20
3.4. Le parcours scolaire des élèves en situation de handicap	22
4. Des effets positifs de la loi de 2005 mais des évolutions attendues	24
4.1. La prééminence de la demande des familles : un choix du législateur.....	24
4.2. L'enseignant référent : un rôle désormais essentiel	25
4.3. Des modalités de fonctionnement des commissions très diversifiées	27
4.3.1. <i>Des différences notables de fonctionnement</i>	27
4.3.2. <i>Accompagnement humain, décisions et suivi</i>	28
5. Des progrès attendus dans le recrutement et la gestion des AESH	29
5.1. Une forte mobilisation	29
5.2. Mais une complexité de gestion et de pilotage	32

5.3.	La formation et le statut des AESH : vers une professionnalisation accrue.....	35
5.3.1.	<i>La formation d'adaptation à l'emploi des AESH.....</i>	35
5.3.2.	<i>Le besoin de formation continue des AESH.....</i>	35
5.3.3.	<i>Le développement de la formation continue des AESH.....</i>	36
	Deuxième partie : assurer la réussite de l'inclusion scolaire.....	40
1.	Les élèves en attente : un indicateur des limites de l'organisation	40
2.	Des difficultés à anticiper	41
3.	L'attribution de l'aide doit correspondre aux besoins de l'enfant	45
3.1.	Entre aide individuelle et aide mutualisée, des pratiques disparates	45
3.2.	Des souplesses de prescription à déterminer	46
3.3.	Les conditions de réussite de l'aide mutualisée.....	47
4.	Des dispositifs organisés pour le parcours d'élèves en difficulté mais insuffisamment utilisés	49
4.1.	Une diversité de dispositifs autres que le PPS : PPRE, PAI, PAP.....	49
4.2.	Le PPS et GEVA-Sco : deux documents pour un même projet ?	50
4.3.	Le PPS un dispositif pertinent ?	52
4.4.	Une évolution indispensable	53
5.	Au cœur de l'inclusion scolaire : les dispositifs Ulis.....	55
5.1.	Les Ulis : une évolution en continu	55
5.2.	Les dispositifs Ulis sont efficaces, efficaces et reconnus.....	56
5.3.	Un plan pour les Ulis en collège	59
6.	Plusieurs pistes pour soutenir les enseignants dans l'inclusion scolaire.....	61
6.1.	Créer un maillage de ressources pédagogiques.....	61
6.2.	Transmettre les informations pertinentes pour la prise en charge de l'élève.....	62
6.3.	Développer le recours au matériel pédagogique adapté.....	64
6.4.	La réduction de la taille de la classe : une possibilité ?	66
7.	Les établissements et services médicosociaux et la prise en charge des élèves.....	67

7.1.	Une prise en charge des enfants et adolescents souvent mésestimée	67
7.2.	Les données disponibles grâce aux enquêtes sur les établissements et services médicosociaux 68	
7.3.	Les spécificités des CAMSP, CMPP et CMP et des maisons des adolescents	69
7.4.	Une évolution progressive avec des efforts de concertation et de conviction.....	71
7.5.	La coopération ARS – services académiques.....	76
7.6.	Une évolution attendue	79
8.	Une proposition de stratégie pour l’avenir.....	80
8.1.	L’inclusion scolaire ; un nouveau développement.....	80
8.2.	Une obligation : la nécessité du parcours scolaire.....	82
8.3.	Des questions anciennes mais qui restent d’actualité	82
8.4.	Une idée récurrente : « prescripteur / payeur »	84
8.5.	Sept fiches-actions pour un scénario de cohérence globale.....	85
	Annexes.....	97
1.	Données complémentaires sur des enfants et adolescents handicapés et leur scolarisation ..	97
1.1.	Les enfants ou adolescents pris en charge en établissements médicosociaux.....	97
1.2.	L’accompagnement dans le second degré	98
1.3.	Part et forme de l’accompagnement dans la scolarisation des jeunes handicapés	99
1.4.	L’accompagnement individuel et la nature des troubles des élèves handicapés	100
1.5.	Situation scolaire à dix ans selon la nature du trouble	101
2.	PPS, GEVA-Sco ; EE - ESS - EPE : des malentendus possibles	102
3.	Les modalités de scolarisation et de prise en charge médicosociale : les évolutions entre le début des années 2000 et 2018	104
4.	Les établissements et services médicosociaux pour les enfants et adolescents handicapés (informations complémentaires)	106
5.	Plusieurs voies de réponses aux besoins constatés.....	126

6. Quelle appréciation sur les demandes (des parents et des enseignants) aux CDAPH à partir de l'étude de données chiffrées à valeur statistique ?.....	134
Liste des personnes rencontrées.....	142
Sigles utilisés.....	153

SYNTHÈSE

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a permis des avancées majeures dans la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap¹. Ainsi, la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap a connu une forte augmentation depuis 2006, passant de 100 000 élèves accueillis, à plus de 320 000 en 2017. Cette forte croissance de l'inclusion a été facilitée par l'effort consenti pour accompagner ces jeunes. Ainsi le nombre d'élèves bénéficiaires d'une aide humaine a été multiplié par cinq pendant la même période, atteignant plus de 156 000 élèves en juin 2017.

Tel se trouve posé l'état de l'aide humaine aux élèves en situation de handicap par la lettre de mission confiée aux trois inspections générales. À partir de ce constat positif sur le plan de la progression de l'inclusion scolaire, sont soulevées plusieurs questions de fond sur l'avenir de cette dernière, aussi bien quantitativement que qualitativement, et sur les conditions qui permettront aux institutions, notamment à l'Éducation nationale, d'y répondre.

En effet, il est, à première vue, surprenant que douze ans après le début de mise en œuvre de la loi de 2005, l'augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents dont une situation de handicap est reconnue par une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), ne marque pratiquement pas d'infléchissement (le taux de croissance de 10 % se maintient) et que, parallèlement, la prescription d'une aide humaine compensatrice ne cesse de progresser.

La lettre de mission souligne donc le besoin d'un examen approfondi des modalités actuelles des demandes d'accompagnement, de l'évaluation des besoins d'accompagnement et des notifications d'aide humaine réalisées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Elle donne comme tâche, à cette fin, d'analyser le niveau de recours au plan d'accompagnement personnalisé ; d'identifier les raisons qui amènent les équipes éducatives à solliciter la mise en place d'une aide humaine ; de procéder à un état des lieux des modalités d'évaluation des besoins d'accompagnement par les MDPH ; de proposer des critères et des modalités d'ajustement de l'accompagnement des différents types de besoins ; d'analyser les modalités de mise en œuvre de l'aide mutualisée ; d'analyser les critères de différenciation entre les notifications d'aide humaine en appui d'une scolarisation en milieu ordinaire et les orientations vers un accompagnement médicosocial ; d'interroger les conditions de déploiement du système d'information commun aux MDPH.

Elle demande à la mission de proposer un nouveau cadre méthodologique pour rapprocher les prescripteurs (MDPH) d'un accompagnement humain des élèves en situation de handicap, et l'éducation nationale, employeur et financeur des décisions prises, dans le but d'améliorer la qualité de la scolarisation de ces élèves.

Les facteurs d'augmentation continue du recours à l'aide humaine : des causes structurelles et institutionnelles

¹ Dans ce rapport, les formulations « enfant handicapé » ; « enfant et adolescent handicapés » sont parfois utilisés en lieu et place de « enfant en situation de handicap » ; « enfant et adolescent en situation de handicap » sans raison autre que de faciliter la lecture des paragraphes où elles figurent.

Le présent rapport répond à ces questions au travers d'une analyse des facteurs de l'augmentation continue de l'aide humaine et de son adéquation aux besoins de la réussite de la scolarisation des élèves en situation de handicap (première partie du rapport) et d'une analyse des dispositifs et modalités mis en œuvre pour y parvenir, avec une proposition de stratégie pour l'avenir (deuxième partie).

La première partie tente d'élucider les raisons du phénomène de progression du recours à l'accompagnement humain par des assistants de vie scolaire (contrats aidés et accompagnants des élèves en situation de handicap). Elle explore les facteurs qui y contribuent : progression de la poursuite d'études des élèves en situation de handicap dans le second degré ; augmentation des reconnaissances de situation de handicap (hypothèse d'occurrences croissantes des handicaps et/ou d'élargissement du champ des handicaps). Elle présente la traduction de ces phénomènes sur la prescription d'aide humaine (notifications par les MDPH) et de ses modalités (aide individuelle, aide mutualisée et quotités horaires). Elle interroge l'adéquation de ces modalités aux besoins des élèves qui sont à différencier selon les différents types de handicap et la singularité des personnes et de leur situation. Elle étudie également comment ces décisions et ces modalités sont arrêtées au sein des MDPH et de l'éducation nationale. Enfin, elle décrit les conditions d'amélioration à apporter à la gestion et à la situation professionnelle des personnels de l'aide humaine.

La mission fait état des pratiques variées observées dans des MDPH et indique des améliorations qui pourraient encore être réalisées dans le système actuel. De même, elle souligne le rôle clé mais souvent contraint par leur charge de travail, des enseignants référents de l'éducation nationale dans l'appui aux équipes pédagogiques et dans la relation avec les MDPH.

La conclusion principale que la mission tire de cette première partie est que l'augmentation continue de la notification d'une aide humaine est la conséquence des deux facteurs : une croissance structurelle des situations de handicap et des réponses institutionnelles qui n'assurent pas au mieux les régulations qui doivent permettre de faire face aux objectifs de l'inclusion scolaire, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif de besoins différenciés.

De nouvelles régulations nécessaires pour faire face à l'augmentation des demandes et à la réussite de l'inclusion scolaire

La difficulté de ces régulations résulte du rôle joué par le recours à l'aide humaine dans le droit à compensation du handicap reconnu dans la loi de 2005. La demande d'une aide humaine est de plus en plus assimilée à un droit. La demande des familles auprès de la MDPH se trouve aussi, d'après les témoignages recueillis par la mission au cours de ses visites dans les départements, fréquemment suscitée par les équipes éducatives. L'obtention d'une aide humaine s'est aussi instaurée comme une solution courante palliant la carence de déploiement d'autres dispositifs d'accessibilité pédagogique tel que le plan d'accompagnement personnalisé (PAP).

L'organisation et les moyens des MDPH et l'organisation des CDAPH ne conduisent que de manière limitée à mener une instruction des dossiers de demande d'aide humaine permettant de la rejeter et de lui substituer une autre prescription, dans les cas où celle-ci serait plus adaptée. En outre, la finalité de l'inclusion scolaire, consacrée par la loi de 2005, motive le choix du développement des places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) tandis que le nombre de places en établissements spécialisés reste stable (un état des lieux figure dans la seconde partie du rapport). Comme les orientations vers des établissements spécialisés ne fléchissent pas, la

scolarisation de ces élèves en attente d'une place en établissement médicosocial est réalisée, par défaut, dans le cadre d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (Ulis) ou avec la notification d'un AVS.

C'est pourquoi la mission propose dans la seconde partie du rapport, d'améliorer les régulations nécessaires pour la réussite des objectifs de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap, et garantir leur mise en œuvre. Cet ensemble de régulations est nécessaire pour assurer la flexibilité et la continuité des parcours scolaires des élèves. Elle concerne l'effectivité de la collégialité devant présider au fonctionnement des équipes éducatives (EE) et des équipes de suivi de scolarité (ESS) qui ont à examiner des besoins pouvant conduire à une prescription d'aide humaine : première demande, renouvellement, souplesse de son organisation en fonction des besoins, examen de son maintien selon l'objectif d'autonomisation de l'élève.

Des modalités d'aide humaine répondant aux besoins des élèves en situation de handicap davantage adaptées au niveau de l'établissement scolaire

L'aide humaine devrait tendre vers une aide organisée de façon collective en cohérence avec les principes d'une école inclusive. La prise en compte des besoins a pour objectif de développer l'accessibilité aux apprentissages scolaires et ne pas résulter en une mesure de compensation individuelle. La mission propose de distinguer seulement deux formes d'aide humaine, celle nécessitant un temps partiel d'accompagnement de l'élève qui serait assurée par un accompagnant affecté à l'établissement, et celle nécessitant un soutien continu de compensation à temps plein qui serait prescrite à titre individuel. La première serait décidée au niveau de l'établissement scolaire par le chef d'établissement après instruction par l'équipe éducative, ce qui aurait pour effet de supprimer les situations d'attente d'aide humaine pour l'élève ; son renouvellement serait présenté à l'équipe de suivi de la scolarité. En cas de désaccord de la famille, le dossier serait transmis à la MDPH pour instruction d'une décision en CDAPH. La seconde serait une demande directement étudiée au niveau de la MDPH. Pour ces cas, *a priori* les plus complexes, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) devrait être systématique alors que l'élaboration de celui-ci par les MDPH fait souvent défaut. Ces nouvelles modalités placeraient en leur centre les enseignants référents dont le rôle d'appui aux enseignants et de coordination avec les MDPH nécessitent un renforcement de leurs effectifs.

À cette fin, la mission recommande un nouveau déroulement de l'analyse des besoins et des modalités d'attribution et d'organisation des aides humaines qui permettrait, selon elle, de mieux articuler le GEVA-Sco et les documents de mise en œuvre du PPS. Le processus d'attribution d'aide humaine, de mise en œuvre et de suivi, serait modifié afin que l'éducation nationale se trouve davantage en situation d'acteur responsable des modalités de réussite d'une école inclusive et que les MDPH puissent retrouver de meilleures conditions d'exercice de leur rôle de prescripteurs et de coordinateurs de parcours. Les liaisons avec les agences régionales de santé (ARS) sont également à renforcer, dans le cadre notamment des conventions avec les rectorats pour assurer la continuité et la complémentarité des parcours entre l'école et les établissements et dispositifs médicosociaux.

Un renforcement de l'efficacité de l'aide humaine s'inscrivant dans des prises en charge plus collectives au sein des équipes éducatives et avec des professionnels du secteur médicosocial

La mission préconise ainsi de rassembler autour de l'école, les ressources et compétences permettant une action globale et professionnelle visant l'atteinte des objectifs de la scolarité : le

développement de l'inclusion scolaire implique une accélération et un renforcement des adaptations des acteurs de l'école. Les professeurs sont les premiers concernés avec les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH). Cela suppose d'être accompagné par des évolutions en matière de formation, de ressources pédagogiques, d'organisation et de soutien.

Mais l'école ne saurait, seule, faire face à des situations d'ensemble où les besoins de soins, d'actions médicosociales, voire sociales, s'articulent avec les besoins plus spécifiquement éducatifs et scolaires. C'est l'enjeu de rapprochements voire de coordinations entre les professionnels du secteur de l'éducation nationale et ceux du secteur médicosocial. Les orientations prises par les ministres d'une stratégie quinquennale (2017-2021) pour fonder la transformation de l'offre médicosociale (unités d'enseignement externalisées, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), etc.) vont dans ce sens.

La mission recommande enfin, du côté de l'éducation nationale, de développer un plan d'ouverture d'Ulis, en particulier dans les collèges, pour renforcer les efforts engagés par la DGESCO et les rectorats. Ce plan de développement permettrait également d'organiser des pôles de compétences et de ressources pour le soutien des équipes éducatives, de constituer des plateformes techniques avec le secteur médicosocial. L'ouverture d'Ulis et leur mise en réseau autour de pôles en établissements ou en circonscriptions voués à l'inclusion scolaire permettraient également de mieux organiser les modalités de l'aide humaine dans une dimension plus coordonnée et plus professionnalisée.

Le présent rapport propose selon une logique renouvelée, de renforcer l'engagement des mesures éducatives et leur organisation, au niveau des établissements scolaires. Cette aide organisée de façon plus collective pour l'ensemble des situations de handicap ne nécessitant pas un accompagnement soutenu et continu, à temps plein, faciliterait également l'organisation de l'emploi du temps de l'accompagnant. Celui-ci affecté à l'établissement et non plus à l'élève, pourrait être ainsi mieux intégré à l'équipe éducative et à son projet en matière d'inclusion scolaire. Ce type d'organisation serait d'autant plus générateur d'économies qu'il serait articulé avec le développement d'ULIS.

Il en résulte que la mission préconise un scénario qui :

- apporterait une réponse aux difficultés que connaissent les parents dans le parcours de leurs enfants ;
- offrirait, dans la plupart des situations, une prise en charge par l'école, le collège, le lycée sans délais d'attente de l'instruction des dossiers par la MDPH et des recrutements d'accompagnants par l'éducation nationale ;
- proposerait des réponses pédagogiques et d'organisation scolaire davantage adaptées aux situations différenciées des élèves en situation de handicap et au déroulement de leur parcours scolaire.

Introduction

Par lettre de mission du 11 décembre 2017, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'inspection générale de l'éducation nationale (IGEN) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), ont été chargées d'un rapport sur l'aide humaine des élèves en situation de handicap.

Cette lettre de mission prenait acte des avancées majeures dans la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap, depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces avancées sont constatées par la très forte progression depuis 2006, du nombre d'enfants et d'adolescents scolarisés en milieu ordinaire (classe ordinaire et unité localisée pour l'inclusion scolaire - Ulis).

Cette progression importante constitue un résultat appréciable de la loi de 2005 et de la politique constante menée en faveur de l'inclusion scolaire. L'éducation nationale a développé une organisation solide pour le pilotage et le suivi. Les MDPH, rattachées aux départements et qui bénéficient de l'appui national de la CNSA, constituent des structures pivots de coordination générale, d'information et de soutien aux CDAPH pour la préparation et la notification de leurs décisions. Dans la logique de scolarisation en milieu ordinaire, le nombre de places pour les enfants et adolescents en établissements médicosociaux est resté stable mais le secteur médicosocial développe les dispositifs permettant des suivis externalisés (service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ; unité d'enseignement externalisée (UEE) pouvant être adossés aux établissements scolaires. En distinguant la décision d'attribution d'une aide humaine de l'élève, prise collégalement en CDAPH, à partir d'une instruction conduite par une équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH, du recrutement, de la gestion et de la rémunération de ces accompagnants par les services académiques ou les établissements scolaires, le législateur a instauré un système visant à donner la primauté à la demande des parents.

Aujourd'hui, une dizaine d'années après la loi de 2005, l'état des lieux de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap soulève deux questions majeures. La première est celle de la hausse forte et continue de la reconnaissance des situations de handicap et des notifications d'aides humaines. Elle suscite différentes questions, posées dans la lettre de mission sur ses raisons et ses conséquences, notamment sur le plan des ressources humaines et des budgets. La seconde sur la nature et la qualité de la prise en charge de ces enfants et adolescents en milieu scolaire ordinaire interroge la prise en compte des besoins des élèves en situation de handicap.

La mission composée de deux membres de chacune des trois inspections générales a d'abord effectué au cours du mois de février 2018, l'audit « flash »² qui lui a été demandé sur la préparation de la rentrée 2018 et l'accompagnement des élèves en situation de handicap dans les académies de Lille et de Versailles. Ce rapport remis début avril 2018, fait état d'une maîtrise technique des services académiques à recruter les personnes chargées de l'aide humaine ou à renouveler des contrats. Il met en évidence les capacités des services académiques à adapter les procédures en fonction des moyens dont ils disposent et des urgences qu'ils peuvent avoir à traiter. Il montre aussi que les fonctionnements observés posent la question essentielle du caractère soutenable d'un

² Rapport IGEN - IGAENR n° 2018-025, *Rentrée 2018 et accompagnement des élèves en situation de handicap - Audit flash des académies de Lille et de Versailles*, avril 2018.

dispositif sans régulation organisée. Peu de temps après cet audit flash, l'application par les services préfectoraux de la circulaire de la délégation générale à l'emploi et à la formation (DGEFP) du 11 janvier 2018 relative aux parcours emploi compétences modifiait les conditions d'éligibilité et les modalités de renouvellement des contrats aidés, qui avaient été l'objet d'une dérogation spécifique pour l'accompagnement scolaire. Sa mise en œuvre ainsi que celle de la poursuite du plan de transformation par l'éducation nationale des contrats aidés (CUI) en contrats de droit public de type AESH illustrent les aléas et la complexité du pilotage, de la programmation et de la gestion des assistants de vie scolaire (AVS) chargés de l'aide humaine.

La mission a pu partir de rapports précédents, notamment du rapport conjoint IGAS - IGEN - IGAENR n° 2012-162, intitulé *L'accompagnement des élèves en situation de handicap* dont les observations et beaucoup des recommandations restent très actuelles. Après des entretiens avec les administrations centrales et organismes³ assurant, au niveau national le pilotage des politiques relatives à l'insertion scolaire et à l'aide humaine, notamment la CNSA, la mission a, dans un deuxième temps, réalisé au cours des mois de mars et d'avril, des visites dans treize départements. Elle a ainsi pris connaissance des témoignages et analyses au sein des MDPH, des services académiques (rectorat et DSDEN) et des établissements scolaires (écoles et collèges principalement). Elle a aussi pu rencontrer, dans plusieurs départements, des élus ou des responsables de service. Elle a eu des échanges avec les délégués territoriaux des ARS. Elle a observé des classes et dialogué avec les équipes de direction, les enseignants, des élèves et, bien entendu avec les AVS (CUI et AESH). Les rencontres avec les familles et leurs associations se sont déroulées à l'occasion des visites d'établissement ou avec leurs représentants à la MDPH. Les treize départements de ces « visites de terrain » avaient été choisis par la mission, en fonction de leur diversité de situations géographiques et sociales, ou en raison de pratiques spécifiques signalées. Ces visites ont permis de prendre la mesure des problèmes communs mais surtout de la disparité de contextes, de gestion et de relations institutionnelles ou personnelles, faisant apparaître un système très déconcentré.

Pour aider à une lecture complète des observations et analyses qui jalonnent le rapport, peuvent être énumérés les points suivants :

- le constat d'une hausse continue et, sans limite apparente, de la reconnaissance de situations de handicap, avec parallèlement la progression forte de la demande d'aide humaine ;
- des modalités d'allocation de l'aide humaine réparties entre aide individuelle, aide mutualisée et aide collective qui donnent lieu à des interprétations et des décisions de notification variables selon les départements ;
- le développement d'Ulis qui constituent un dispositif d'inclusion scolaire efficace car il permet des liens organiques avec les classes ordinaires mais qui est confronté à la prise en charge de situations de handicaps sévères, parfois en raison d'attentes de scolarisation en établissement spécialisé ;

³ La mission n'a pas rencontré les chercheurs de l'INSHEA (Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés), mais elle s'est enrichie de ses travaux.

- une offre de places dans le secteur médicosocial (établissements, services et dispositifs) appelée à adapter son organisation d'ensemble en opérant des rapprochements avec les écoles et établissements scolaires ;
- un processus de demande d'aide humaine dont l'augmentation continue se trouve entretenue par une régulation faible et une demande des familles, pour lesquelles les équipes éducatives jouent souvent un rôle de « prescripteur caché » ;
- des documents d'analyse et suivi des besoins d'aide humaine et de parcours de scolarisation des élèves en situation de handicap (GEVA-Sco, PPS et PAP, principalement), dont l'usage inégal et hétérogène doit être rationalisé ;
- des fonctionnements des MDPH et des CDAPH qui varient beaucoup selon leurs moyens et les relations entretenues avec leurs partenaires de l'éducation nationale (IEN-ASH et enseignants référents), les représentants des familles, la place et le rôle des médecins au sein des commissions ;
- des aides humaines (contrats aidés et AESH) dont la grande majorité manifeste un intérêt marqué pour leurs missions et qui désirent une situation contractuelle ou statutaire leur assurant une plus grande stabilité dans leur fonction et un meilleur cadre de professionnalisation ;
- des enseignants déjà mobilisés et très convaincus de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap (sans que ce soit encore un état d'esprit entièrement généralisé) mais qui appellent à plus de ressources pédagogiques et de soutiens pour les situations les plus difficiles ;
- des situations de handicap pour lesquelles l'analyse des besoins des enfants doit être accentuée au sein notamment des équipes pédagogiques.

Le rapport est construit en deux parties : la première partie établit à la fois un état des lieux, des analyses s'y rapportant et des propositions d'amélioration du système actuel de l'inclusion scolaire. Malgré sa marge de progression, celui-ci rencontre, selon la mission, des limites, notamment sur le plan de la poursuite d'un recours croissant à l'aide humaine. La seconde partie explore les conditions de réussite de l'inclusion scolaire qui permettraient de surmonter ces limites. Elle conclut à un « scénario de cohérence globale » dont les éléments de réalisation sont exposés dans sept fiches actions.

PREMIÈRE PARTIE : UN ÉTAT DES LIEUX, UN DÉFI POUR L'AIDE HUMAINE

1. L'accompagnement : une conséquence naturelle de l'inclusion ?

La loi de 1975⁴ en faveur des personnes handicapées rappelait leur statut social et instituait la notion d'obligation scolaire. Même si la notion d'intégration n'était pas présente dans la loi⁵, elle annonçait le développement d'un meilleur accueil des enfants handicapés dans l'institution scolaire notamment par les circulaires de 1982 et 1983⁶.

Toutefois, l'évolution de la réflexion internationale sur le handicap, notamment avec la déclaration de Salamanque (1994)⁷ qui consacre le terme d'inclusion, encourage un changement des représentations françaises quant à la scolarité des élèves.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, incite clairement à une nouvelle conception de l'accueil des élèves en situation de handicap.

L'article 2 de la loi de 2005 introduit une définition du handicap : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Le handicap n'est donc plus appréhendé comme une caractéristique essentielle de l'individu, mais selon ses effets qui se manifestent dans un contexte donné. La notion de personne en situation de handicap se substitue à celle de personne handicapée.

S'agissant des enfants et des jeunes en situation de handicap, il ressort de l'article 11 de la loi de 2005 que le droit à la compensation doit être fondé sur les besoins et les aspirations de la personne. En milieu scolaire, la compensation sous la forme de l'aide humaine en constitue un moyen, souvent essentiel, mais elle ne s'y limite pas⁸.

La loi de 2005 fonde le principe que « *tout enfant handicapé est de droit un élève*⁹ ». Elle instaure un passage de l'intégration scolaire à l'inclusion scolaire même si cette dernière expression n'apparaît

⁴ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

⁵ Cf. M. Caraglio, *Les élèves en situation de handicap*, Que sais je ? PUF, p. 33.

⁶ Cf. Circulaire n° 82-2 et n° 82-048 du 29 janvier 1982 : *L'intégration des jeunes handicapés en milieu scolaire ordinaire a en effet été retenue parmi les priorités du plan intérimaire 1982-1983*.

⁷ La conférence de Salamanque, sous l'égide de l'UNESCO : *conférence mondiale sur l'éducation et les besoins éducatifs spéciaux : accès et qualité* qui définit la notion d'école inclusive comme le droit de toutes les personnes indépendamment de leur différence, à être scolarisées dans les écoles communes.

⁸ L'article 11 de la loi de 2005 énonce que : « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap...* », « *Cette compensation consiste à répondre à ses besoins qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle (...)* », « *les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans un projet de vie (...)* ».

⁹ M. Caraglio, *Ibid.*

pas encore dans le texte. Il faudra attendre la loi du 8 juillet 2013¹⁰ pour voir le terme clairement employé.

L'article 1^{er} précise que le système éducatif « reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction ».

Ces trois principes (définition du handicap comme situation de handicap, réponses à la situation de handicap à partir des besoins et des aspirations de la personne, inclusion scolaire de tous les enfants sans aucune distinction) induisent pour l'institution scolaire une approche adaptative, inclusive et non plus intégrative, dans le sens où c'est à l'école de s'adapter aux besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adolescent en situation de handicap et non l'inverse.

Cette évolution manifeste une continuité forte dans la reconnaissance progressive des droits des personnes en situation de handicap. Mais elle constitue aussi une rupture nette avec le fonctionnement antérieur. L'éducation nationale n'est plus responsable de la décision d'orientation¹¹ ; toutefois elle reste maître d'œuvre des parcours scolaires. En créant les MDPH, avec une instance indépendante la CDAPH, la loi de 2005 souhaite instituer une obligation de réponse de l'éducation nationale à des compensations décidées, sans préjuger des moyens de gestion. Ce choix, grâce à la mobilisation de tous les acteurs, a permis les progrès observés dans l'accueil des élèves en situation de handicap.

Toutefois, deux éléments peuvent aujourd'hui souligner les limites des solutions prises suite à l'application de la loi de 2005. Le premier interroge les notions d'école inclusive et d'inclusion scolaire (a). Le second concerne le principe de distinction entre le maître d'ouvrage de la décision des compensations et du parcours scolaire et le maître d'œuvre de la scolarisation (b) :

- a) La notion d'éducation inclusive ne va pas de soi¹². Lorsque la loi de juillet 2013 emploie le terme « d'inclusion scolaire », elle évite celui « d'école inclusive ». Il ne s'agit pas d'une querelle sémantique. La seconde expression fonde clairement pour tout système éducatif le devoir de garantir une réussite scolaire et une insertion sociale.
- b) Le « succès » de l'accompagnement humain interroge le système de prescription actuel. Le développement des demandes d'aide humaine est pour partie le produit de l'attractivité d'une réponse « simple » permettant l'accueil de l'élève en milieu scolaire ordinaire.

Si le principe de la séparation des instances dans la chaîne de prescription se trouve bien posé dans la loi de 2005, il a connu une dérive dans son application. Par l'équipe éducative, qui est devenue dans les faits l'instance initiale de la demande, l'éducation nationale réintègre une influence majeure dans la prise de décision. Certes les parents fondent la demande mais elle est le plus souvent portée dans un cadre d'échanges avec les professionnels de l'éducation qui participent pleinement à la

¹⁰ Loi du 8 Juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la Refondation de l'École de la République.

¹¹ Jusqu'en 2006, l'inspecteur d'académie présidait (en alternance avec le DDAS) la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) et un IEN présidait la commission de circonscription de l'enseignement préélémentaire et élémentaire (CCPE).

¹² Cf. sur ce sujet le rapport scientifique du CNESEO rédigé par M. Ebersold, M. Plaisance, M. Zander intitulé *École inclusive pour les élèves en situation de handicap : accessibilité, réussite scolaire et parcours individuels*, dans le cadre de la conférence du 12 février 2016 en faveur d'une école inclusive.

formulation du besoin. C'est ce processus, décrit infra au point 4 de cette première partie du rapport, qui devient l'acte essentiel du phénomène d'augmentation de la demande d'accompagnement humain.

Or, la finalité de l'inclusion scolaire est de permettre à chaque élève de développer des apprentissages et des compétences. Cet objectif ne peut pas reposer sur un seul appui individuel de personnels essentiellement chargés d'apporter un soutien matériel et sans compétence pédagogique particulière, sans définir collectivement une approche singulière des besoins, en tenant compte des spécificités des situations de handicap, des contextes et des évolutions du parcours scolaire de l'enfant.

La suite du présent rapport montre que, confrontés à la formulation d'une demande d'une école plus inclusive :

- les acteurs de terrain tendent à privilégier l'accompagnement humain comme étant une solution immédiate et générale à l'ensemble des situations rencontrées ;
- les MDPH, au vu des traitements quantitatifs et qualitatifs des dossiers, n'ont pas suffisamment les moyens d'une évaluation critique des demandes, ce qui ne permet pas la mise en place d'une régulation efficace des demandes d'accompagnement ;
- les écoles et établissements scolaires quant à eux n'ont pas assez évolué, ou pu évoluer, dans le sens d'une école inclusive pour les élèves en situation de handicap et voient dans l'accompagnement humain une réponse souvent immédiate.

Si une meilleure gestion de l'accompagnement humain peut être recherchée, elle ne saurait cependant être suffisante pour faire advenir l'éducation inclusive attendue.

2. Une augmentation de la reconnaissance des situations de handicap et des notifications d'aide humaine

2.1. Une augmentation continue du nombre d'élèves handicapés et des raisons multiples

De 2004 à 2015, le nombre d'élèves scolarisés en situation de handicap est passé de 210 000 à 350 000 (+ 66 %)¹³, comme le signalait déjà le rapport n° 2012-162¹⁴. Or leur nombre est resté pratiquement stable en milieu spécialisé (77 100 en 2004 et 79 700 en 2015). En revanche, il a doublé en milieu ordinaire passant de 133 800 à 279 000 (+ 108 %).

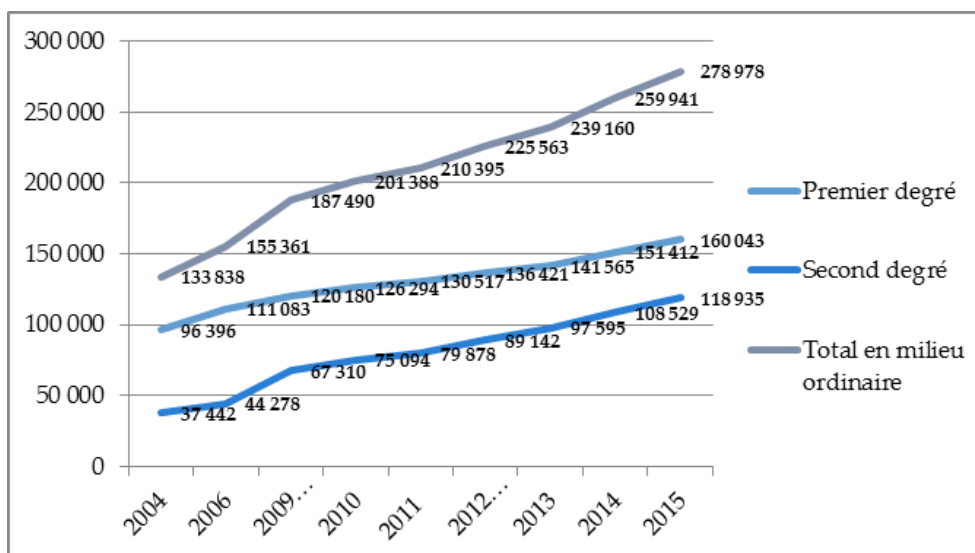
L'observation du graphique ci-dessous montre une évolution continue. La part du second degré d'ailleurs augmente désormais plus rapidement que celle du premier.

¹³ La plupart des données de ce rapport sont issues des bases de la DEPP et de la DGESCO que nous remercions vivement pour leur aide. Toutefois les pages relatives aux élèves en situation de handicap ne peuvent être actualisées pour les années 2016-2017 et 2017-2018, en raison d'une grève administrative des enseignants référents.

¹⁴ Rapport conjoint n° 2012-162 de l'IGAS, IGAENR et IGEN.

Cette progression en milieu ordinaire est la combinaison d'une progression de 66 % (96 300 en 2004 et 160 000 en 2015) dans le premier degré et de 217 % (triplement) dans le second degré (37 442 en 2004 et 118 935 en 2015). Le second degré qui représentait 28 % du total des élèves en situation de handicap scolarisés en 2004, en représente 42,6 % en 2015, signe du phénomène de poursuite d'études de ces élèves, dans le système scolaire.

La scolarisation des élèves en situation de handicap (en nombre d'élèves)



Source : DEPP - RERS 2017

Les données nationales recueillies confirment l'augmentation linéaire du nombre d'élèves en situation de handicap et concomitamment celle de l'accompagnement humain (cf. 2.3). Il n'y a pas de palier dans cette évolution qui connaît un taux de croissance de plus 10 % en moyenne par an depuis 2012 (environ 14 % pour le rythme de la croissance du nombre d'AVS sur cette période).

Les raisons de cette augmentation sont multifactorielles¹⁵. En revanche, on peut lister un certain nombre de facteurs, souvent cités dans de nombreux textes et commentaires :

- l'élargissement du champ de la définition du handicap à des publics nouveaux (les troubles spécifiques du langage (TSLA) notamment) ;
- la prise en considération renouvelée de troubles du comportement et de troubles de l'attention ;
- un meilleur repérage des troubles ;
- des changements dans l'acceptation d'enfants handicapés qui peuvent être pris en charge, maintenant, dans des dispositifs adaptés ;
- la progression de la poursuite d'études en milieu ordinaire dans le second degré ;
- une plus grande volonté des parents à faire reconnaître la situation de leur enfant, parfois accompagnée d'une prescription médicale ;

¹⁵ Cf. page 2 de la synthèse du rapport 2012-162, *l'accompagnement des élèves en situation de handicap*.

- une demande des enseignants, relayée par les équipes éducatives, à faire reconnaître les besoins des élèves à besoins éducatifs particuliers ;
- les modalités des prescriptions et de leur traitement qui posent clairement la question de l'évaluation des besoins.

D'autres facteurs pourraient être convoqués¹⁶ mais il importe de percevoir aujourd'hui la complexité qui préside à la détermination d'une situation de handicap.

L'augmentation du nombre d'élèves accompagnés reste soutenue mais fléchit un peu (+ 14 % de croissance annuelle moyenne entre 2012 et 2016 contre + 18 % de croissance annuelle moyenne entre 2006 et 2012). Quoi qu'il en soit, ce constat conduit à exposer dans des termes nouveaux les conditions d'une inclusion scolaire réussie pour tous les acteurs.

2.2. Des modalités de scolarisation corrélées à la hausse continue des élèves reconnus en situation de handicap

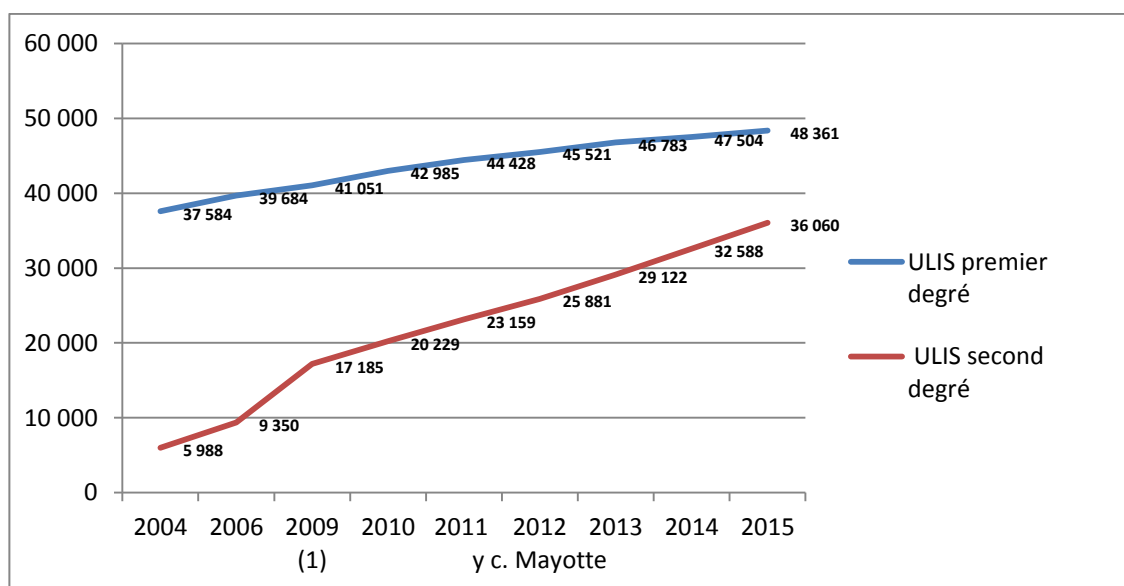
La hausse du nombre d'enfants ou d'adolescents handicapés scolarisés varie selon le mode de scolarisation :

- l'augmentation du nombre d'Ulis n'a pas infléchi le nombre d'élèves scolarisés en milieu ordinaire qui poursuit une progression relativement forte. (voir diagramme ci-dessous donnant l'évolution sur les dix dernières années du nombre d'élèves scolarisés en Ulis, à compléter d'éléments figurant en annexe pour les effectifs en Ulis 2^{ème} degré) ;
- les effectifs en établissement médicosocial ou en établissement hospitalier restent sensiblement identiques (aux environs de 80 000, voir annexe).

L'évolution de la courbe des élèves du second degré scolarisés en Ulis confirme la difficulté générée par ces parcours scolaires. La demande d'une continuité dans la scolarité de l'école aux lycées influe sur l'augmentation du nombre d'élèves à accueillir désormais en ULIS dans le second degré.

¹⁶ Par exemple des données épidémiologiques, qui conduiraient à des prévisions semblables à celles exposées dans le § 2 (p. 90 à 94) de l'annexe 1 : « *Malgré les limites des données disponibles, Il est possible d'expliquer la hausse du nombre de bénéficiaires de l'AEEH observée depuis plusieurs années et d'en prévoir la poursuite* » du rapport *Évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)* ; IGAS - MNC, D. Corlay, J. Emmanuelli et H. Bedel-Tual, D. Boudet, P. Mallet, F. Maury et D. Roussarie, 2016.

Évolution du nombre d'élèves scolarisés en Ulis entre 2004 et 2015



Source : DEPP - RERS 2017 (1 : y compris Mayotte)

Pour les établissements médicosociaux (EMS) il est toujours pertinent de se référer au rapport conjoint du contrôle général et financier de l'IGAS, l'IGAENR et l'IGEN¹⁷ sur *Les unités d'enseignement dans les établissements médicosociaux et de santé* qui indiquait l'enjeu des unités d'enseignement pour l'inclusion scolaire en citant le premier article (L. 111-1) du code de l'éducation : « *Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté* ».

D'autant plus que la loi du 8 juillet 2013 renforce ce droit en introduisant la notion d'« inclusion » : « *Le service public de l'éducation ... reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants sans exception* »¹⁸.

La question des unités d'enseignement dans les EMS est donc bien de déterminer leur rôle dans les propositions d'inclusion scolaire, notamment par les propositions d'unités d'enseignement externalisées. En ce sens la relative stabilité du nombre de places interroge l'éventail des possibilités offertes aux élèves en situation de handicap et met à l'ordre du jour l'axe 6 du rapport précité : *Favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents, continus et inclusifs, poursuivis jusqu'à la sortie des établissements.*

2.3. Une hausse continue de l'accompagnement

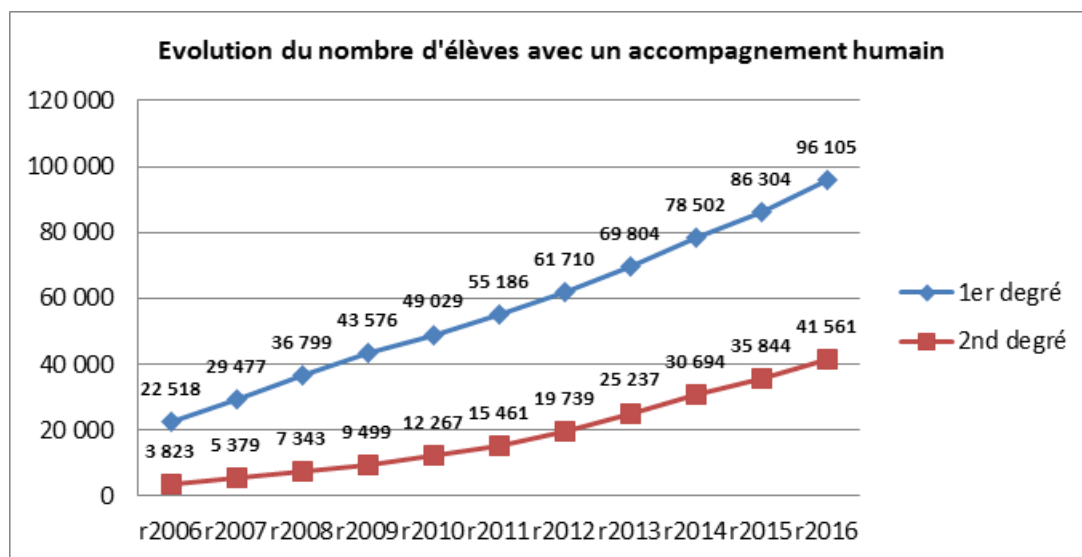
À la rentrée 2016, 137 666 élèves bénéficient d'un accompagnement humain (auxiliaire de vie scolaire-individuel, (AVS-i), ou mutualisé, (AVS-m))¹⁹, c'est 15 518 élèves de plus qu'à la rentrée 2015 (soit + 12,7 % après une augmentation de 11,9 % entre 2014 et 2015). Ainsi, 45,8 % des élèves en

¹⁷ Rapport conjoint du contrôle général et financier, de l'IGAS, l'IGAENR et l'IGEN n° 2014-090.

¹⁸ Code de l'éducation : article L. 111-1 (inséré par la loi du 8 juillet 2013).

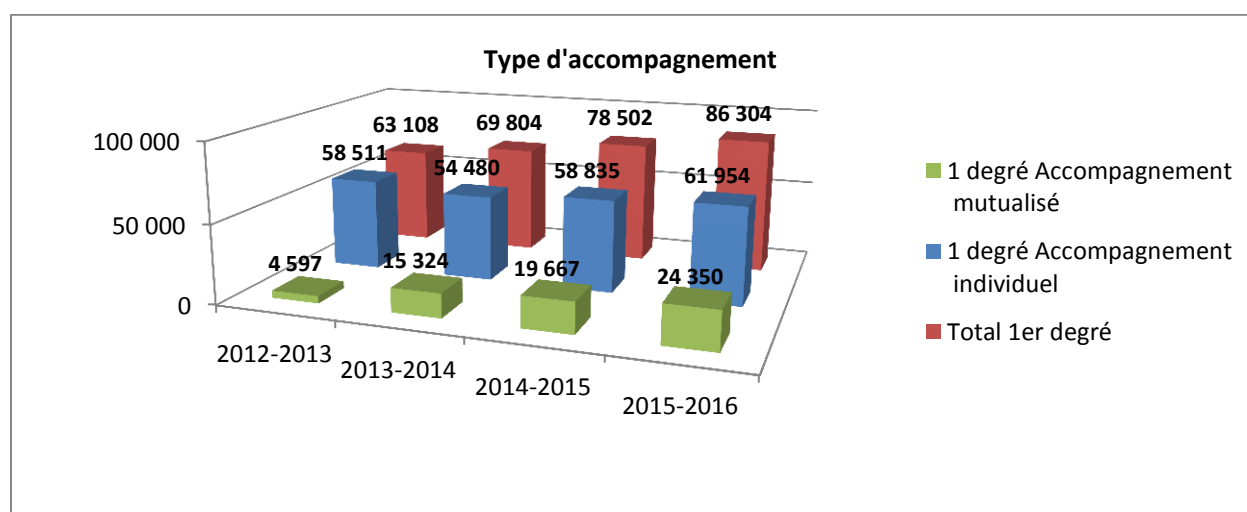
¹⁹ C'est deux formes d'aide humaines sont présentées et détaillées au chapitre 3 de la deuxième partie.

situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire bénéficiant d'un accompagnement humain contre 43,8 % en 2015.



Source : DGESCO 2017

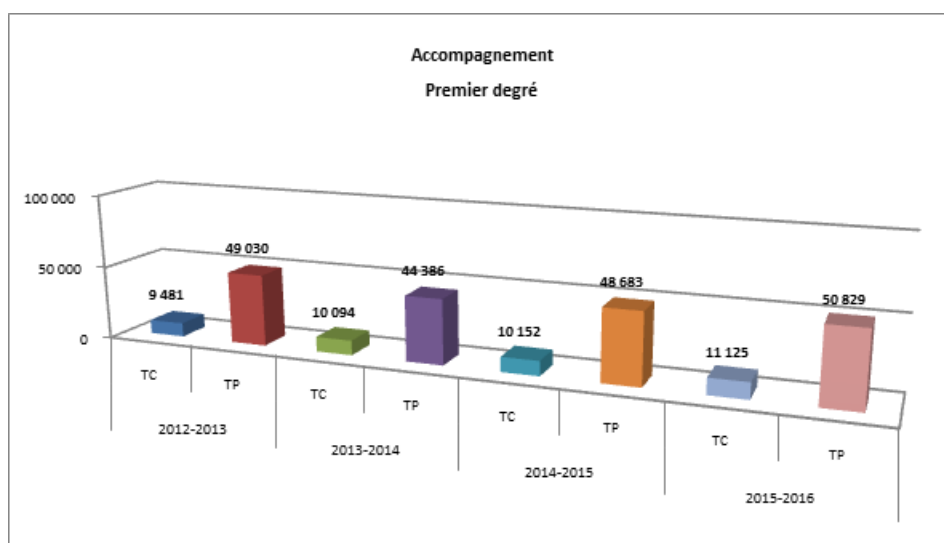
Le nombre d'élèves bénéficiant d'une prescription d'aide humaine individuelle ou mutualisée est passé de 89 300 au 31 décembre 2012 à 146 500 au 31 décembre 2016, soit une augmentation de + 64 % sur cinq ans et une moyenne des variations annuelles de + 13 %.



Source : DEPP - RERS 2017

Dans la hausse continue de l'accompagnement humain, la répartition entre temps complet et temps partiel reste identique depuis 2012 pour le premier degré ; on entend par accompagnement à temps complet, un accompagnement pendant toute la durée hebdomadaire de scolarisation (cette durée pouvant n'être que de 15 heures, voire moins par semaine, pour tenir compte de contraintes médicales).

Aide humaine et temps d'accompagnement entre 2012 et 2015 (France métro + DOM, public + privé)



Source : DEPP - RERS 2017

On rencontre la même situation (voir annexe) pour le second degré avec d'une part un plus grand resserrement entre l'accompagnement mutualisé et l'accompagnement individuel et d'autre part un développement important des temps partiels.

2.4. Accompagnement et scolarité ordinaire

Le constat général est que cet accompagnement est devenu la réponse principale en faveur de l'inclusion des élèves en situation de handicap. De fait, la scolarisation en classe ordinaire s'effectue en grande partie grâce à l'accompagnement humain qui concerne près des trois quarts des élèves du 1^{er} degré et plus de 40 % des élèves du 2nd degré.

accompagnement dans le 1 ^{er} degré	classe ordinaire	Ulis	Total
avec un AVSi	62 592	2 397	64 989
avec un AVSm	28 038	3 078	31 116
AVSi + AVSm	90 631	5 474	96 105
sans accompagnement	32 176	43 799	75 976
effectif total	122 807	49 274	172 081
% élèves accompagnés	73,8	11,1	55,8

accompagnement dans le 2 nd degré	classe ordinaire	Ulis	Total
avec un AVSi	20 720	1 509	22 229
avec un AVSm	16 308	3 023	19 331
AVSi + AVSm	37 028	4 532	41 561
sans accompagnement	53 034	34 033	87 068
% élèves accompagnés	41,1	11,8	32,3

Or, la logique de l'accompagnement ne peut être de répondre à la seule logique de compensation d'un manque de la « personne - élève » ; il doit faire partie d'un processus qui vise à l'autonomie et à une modification substantielle d'un contexte.

Dans les dispositifs collectifs, seuls 11,4 % des élèves scolarisés ont également une aide humaine (11,1 % dans le 1er degré et 11,7 % dans le 2nd degré)²⁰. L'aide que représente l'AVS-co²¹, rattaché au dispositif, est considérée par toutes les parties prenantes comme suffisante, voire efficiente²². De plus, on peut observer que la relation établie entre l'enseignant et l'AVS-co de la classe est forte et construit des habitudes professionnelles qui ont des incidences positives sur l'autonomie des élèves.

3. Des besoins en aide humaine à évaluer et à différencier

3.1. Des modes de scolarisation différenciés

La mise en œuvre d'un accompagnement individuel pour toutes les catégories de troubles y compris les troubles viscéraux est en forte progression comme le montrent les deux graphiques en annexe. Le bénéfice d'une aide individuelle a plus que doublé, dans le premier degré, pour les troubles intellectuels et cognitifs, catégorie de troubles qui recouvre près de 50 % des situations de handicap. Il en est de même pour les troubles du langage et de la parole qui concernent près de 20 % des élèves scolarisés en situation de handicap.

Dans le second degré, l'attribution d'une aide individuelle qui était relativement rare en 2006, sauf pour les situations de handicap moteur, progresse très fortement et plus particulièrement pour les cas de troubles psychiques et pour ceux du langage et de la parole.

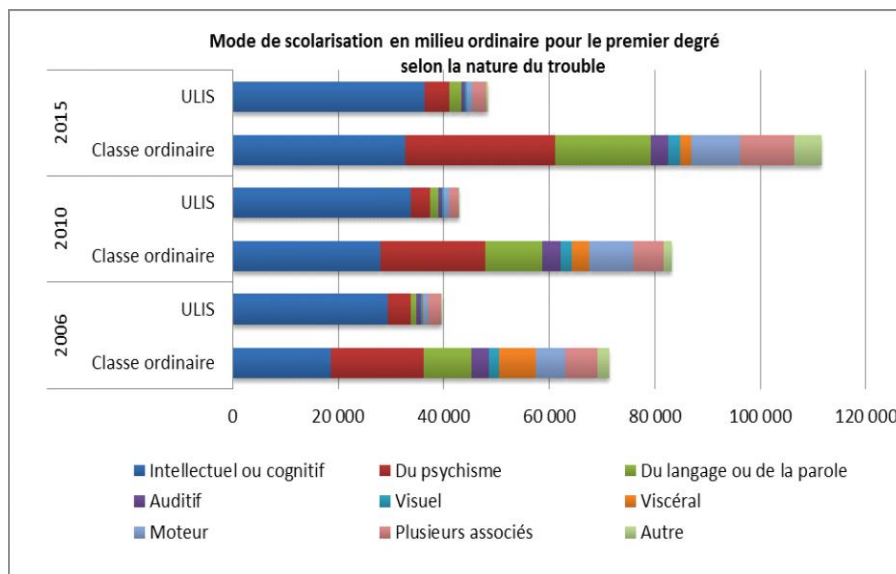
En miroir de ces évolutions, les établissements médicosociaux (voir annexe) continuent d'accueillir à plus de 70 % des élèves relevant d'un handicap mental (intellectuel ou cognitif) ou psychique. L'augmentation très forte de la part des élèves souffrant de polyhandicaps ou de plusieurs troubles associés, scolarisés en établissements spécialisés, peut être interprétée comme découlant de la création d'établissements pour les jeunes souffrant de ce type de troubles.

Mais il faut se méfier de tout schématisme comme y invite le tableau ci-dessous qui détaille la progression (près de 60 %) des effectifs d'élèves en situation de handicap en classe ordinaire, dans le premier degré, entre 2006 et 2015 (voir annexe pour le second degré).

²⁰ L'aide humaine apportée par les AVS-Co présents dans les dispositifs collectifs n'apparaît pas dans les données relatives aux élèves accompagnés.

²¹ AVS-co : auxiliaire de vie scolaire - collectif attribué pour une classe Ulis ou une unité d'enseignement pour aider à l'accompagnement des élèves.

²² La mission a pu constater l'existence des dispositifs avec un AVS-Co et plusieurs AVS-i dans une même classe. La coordination de cette organisation n'est pas simple. Le rôle de chacun est loin d'être simple à définir. L'enseignant s'en plaint, les AVS aussi.



Sources : MENESR-DEPP et MENESR-DGESCO, enquêtes n° 3 et n° 12

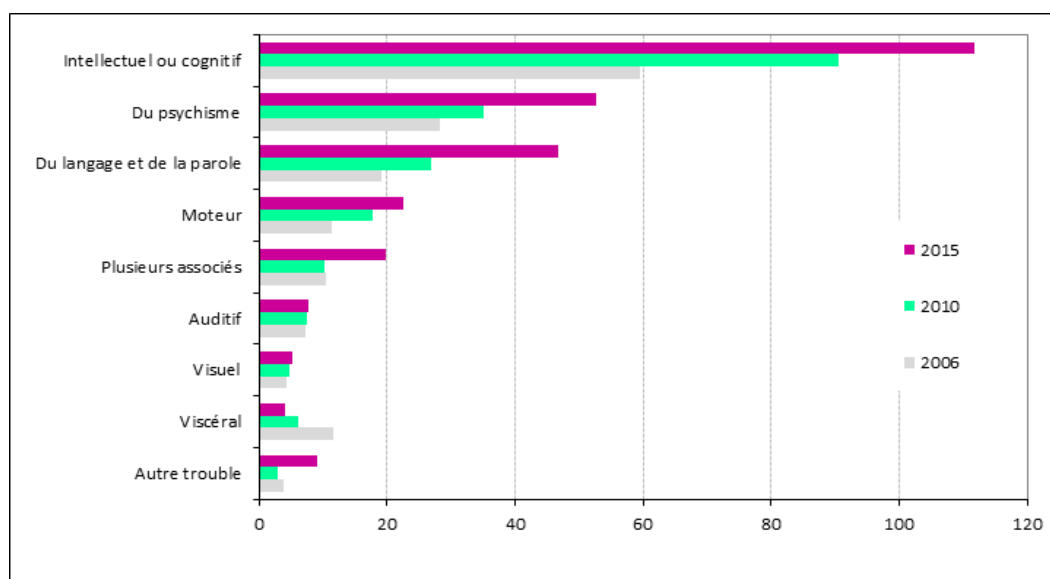
Les troubles intellectuels ou cognitifs concernent plus de la moitié des élèves en situation de handicap, scolarisés en classe ordinaire. Les troubles du langage et de la parole, un peu moins de 20 %, mais leur progression est la plus marquée.

L'augmentation générale des effectifs d'élèves en Ulis est moindre, environ 25 % sur la période. Plus de 80 % des élèves scolarisés en Ulis relèvent de troubles intellectuels ou cognitifs. La majorité des élèves en milieu ordinaire, présentant ce type de troubles, sont scolarisés dans le cadre d'une Ulis. Toutefois, leur nombre en classe ordinaire tend en s'en rapprocher.

Pour l'ensemble du premier et du second degrés, les effectifs d'élèves présentant des troubles intellectuels ou cognitifs, des troubles du psychisme, des troubles du langage et de la parole, des troubles moteurs, et plusieurs troubles associés ont doublé de 2006 à 2015. Ils sont demeurés stables pour les troubles auditifs, visuels et les troubles viscéraux.

L'augmentation forte et continue de la scolarisation en milieu ordinaire des élèves présentant les trois premières catégories de troubles ne s'explique pas par une baisse du nombre de places en établissement et services médico-sociaux spécialisés mais par l'effet du choix de société de l'inclusion scolaire dans un contexte de phénomène général de prévalence de ces troubles et de leur reconnaissance.

Effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire selon la nature du trouble en 2006, 2010 et 2015 (milliers)



Sources : MENESR-DEPP et MENESR-DGESCO, enquêtes n° 3 et n° 12

3.2. L'extension du champ du handicap

L'extension du champ du handicap est corrélée à deux facteurs : d'une part, une nouvelle définition du handicap donnée à l'article 2 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; d'autre part, l'hétérogénéité et l'extension constante des catégories de handicap dans les classifications médicales et administratives.

Le premier facteur est lié à la définition du handicap repris à l'art L. 114 du code de l'action sociale et des familles – CASF : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* », à partir de son effet restrictif dans un contexte social donné et non pas de sa seule origine, identifiée par une maladie ou une invalidité. La notion d'élève en situation de handicap devient préférable à celle d'élève handicapé.

L'approche des handicaps par leurs conséquences pour l'inclusion scolaire et plus largement pour l'égalité des droits et chances pour toute vie sociale et professionnelle conduit à un principe de compensation en réponse à des besoins spécifiques. Ceci est exposé à l'article 11 de la loi de 2005 (art. L. 114-1-1 du CASF) : « *La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge et son mode de vie... (...) Cette compensation consiste à répondre à ses besoins qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle...* ».

Le principe de la réponse à des besoins, est certes, dans la loi de 2005, associée à la compensation, mais elle se rapproche de la conception des « besoins éducatifs particuliers » (BEP) reconnus pour les élèves en difficulté scolaire et requérant des mesures d'adaptation. Cette proximité des réponses à

apporter par l'éducation nationale à la scolarisation (intégration) des élèves en situation de handicap et, plus largement, à l'ensemble des élèves en difficulté scolaire, se trouve encore renforcée par la notion d'école inclusive introduite par la loi de refondation de l'École du 8 juillet 2013 qui consacre le principe de l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction, « [Le système éducatif] reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser ».

Du point de vue de l'institution scolaire et de la pratique des enseignants, les réponses éducatives doivent, théoriquement, être apportées aux élèves en situation de handicap à partir de leurs besoins, et non pas à partir d'une réponse préétablie en fonction d'une caractérisation médicale d'une déficience ou d'un trouble manifesté sous forme de handicap. Les enseignants n'ont d'ailleurs pas accès au dossier médical de l'élève qui ferait apparaître la cause de sa déficience. Cette situation est fondée sur le respect de la vie privée et du secret des informations la concernant inscrit dans la loi²³.

Il peut en résulter, à défaut d'une analyse, d'une prise de connaissance et d'un suivi suffisants des besoins éducatifs de chaque élève, une indistinction des situations et une prise en charge scolaire inadaptée surtout dans les cas de handicap les moins visibles. Elle peut également conduire à ne pas faire la part entre des cas relevant plutôt de situations de détresses familiales ou de précarités sociales et des situations fondées sur des affections psychosomatiques. Aussi la demande d'une prescription de compensation sous forme d'une aide humaine individuelle peut, dans certains cas, être un palliatif recouvrant une incapacité ou un défaut d'implication à apporter une réponse éducative qui serait plus adéquate. Enfin, dans le cas des handicaps les plus lourds, pour lesquels toute compensation aussi indispensable soit-elle, ne peut être que partielle, l'institution scolaire peut se trouver, à elle seule, relativement démunie.

Le second facteur d'extension du champ du handicap tient à la grande élasticité des classifications et des nomenclatures qui s'y rapportent. Les classifications internationales jouent un rôle essentiel dont les finalités sont médicales, sanitaires, statistiques. Leurs enjeux sont de portées multiples, et malgré leur fonction d'objectivation, au travers de consensus d'experts, elles n'échappent pas à des choix structurants dont les conséquences sur les pratiques médicales, les politiques de santé, voire l'économie de l'industrie pharmaceutique donnent lieu à débats et controverses. Aussi ces classifications doivent-elles être révisées régulièrement pour tenir compte des évolutions de la médecine et des approches sociales les concernant.

La classification internationale des maladies (CIM) est confiée à l'OMS ; sa version actuelle est la CIM-10 (la CIM-11 devrait être publiée en 2018). L'actuelle CIM expose plus de 155 000 codes répartis dans 22 chapitres (exemple : chapitre V – troubles mentaux et du comportement ; chapitre XVII – malformations congénitales et anomalies chromosomiques).

Dans le cas des troubles mentaux, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM*) de l'association américaine de psychiatrie, exerce une influence particulière sur la psychiatrie. Sa première version date de 1952 et la DSM-5 de 2013. Le DSM a progressivement multiplié le nombre de pathologies psychiatriques définies à partir d'une approche semblable à celle des pathologies somatiques (démarche descriptive et objectivable).

(Pour des compléments, voir annexe)

²³ Voir notamment l'art. L. 1110-4 du code de la santé publique et ci-après.

La classification des handicaps la plus reconnue en matière d'éducation est celle de l'OMS, contenue dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Cette classification internationale est complémentaire de la CIM. Alors que la CIM a pour objet de permettre de poser des diagnostics médicaux, la CIF permet de décrire des situations relatives « *au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir* ». L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne y est présenté comme le résultat d'une interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels (personnels et environnementaux). La CIF apparaît comme le modèle conceptuel de la loi de 2005 et de la politique de l'inclusion scolaire.

De fait, les catégories utilisées par les différentes administrations sont diverses, les définitions de leurs rubriques peuvent conduire à des approximations, voire à des incompréhensions²⁴. La connaissance des handicaps qu'elles permettent constitue une trame extrêmement large, s'agissant notamment de celle des « troubles intellectuels et cognitifs » et des « troubles psychiques », recouvrant des réalités très différentes de nature et d'intensité. Il est vrai que, dans ce domaine, les classifications ne peuvent rendre compte, seules, de la diversité et la complexité de nombreux troubles. Elles seraient cependant perfectibles²⁵ pour constituer un outil convenable d'aide au pilotage et au suivi des besoins et du niveau de satisfaction des enfants scolarisés en situation de handicap.

3.3. La diversité des handicaps

Le point précédent met l'accent sur les raisons conceptuelles de l'extension du champ du handicap. Il souligne que celui-ci associe nécessairement des approches médicales, évoluant avec la recherche scientifique, et des approches sociales, évoluant elles-mêmes avec la société, ses représentations²⁶ et ses valeurs.

Cette interaction est surtout manifeste pour les troubles intellectuels et cognitifs, les troubles psychiques et les troubles spécifiques du langage et des apprentissages, qui représentent globalement environ 80 % des élèves en situation de handicap²⁷.

Ils recouvrent, un peu plus précisément, les troubles suivants, pour les deux premières catégories : les troubles du spectre autistique (TSA), les troubles de la conduite ou troubles de l'humeur dont le périmètre très étendu comprend principalement les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles oppositionnels avec provocation (TOP), les troubles bipolaires, la

²⁴ Dans une décision récente n° 2017-257, *Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées*, le défenseur des droits, signalait qu'en France, « *la mise à disposition et la valorisation des informations statistiques et des études sur le handicap ne font pas l'objet d'une coordination et d'un pilotage national. Les diverses sources de données disponibles n'ont pas adopté une définition harmonisée du handicap* ».

²⁵ Voir par ex la précision formulée par Sylvie de Laidier en note de bas de page 32, d'Éducation et formations, n° 95 : « *Dans les autres publications de la DEPP (RERS, Notes d'information, etc.), les enfants sont dénombrés dans leur trouble principal. Le trouble envahissant du développement est considéré comme un trouble associé à un trouble principal le plus souvent classé dans "trouble intellectuel ou cognitif" ou dans "trouble du psychisme". Dans cet article, les enfants présentant un TED sont présentés comme ayant ce trouble spécifique et ont été exclus des autres catégories.* », déc. 2017.

²⁶ La Fondation John et Eugénie Bost (la Force en Dordogne) a réalisé en partenariat avec la Ligue de l'enseignement une exposition gratuite téléchargeable à disposition des établissements scolaires intitulée *Voir / ne pas voir les handicaps*, <https://maisonbost.com/expo-gratuites/> ou <https://decryptimages.net/>

²⁷ La description synthétique de ces troubles doit beaucoup à la lecture des ouvrages de vulgarisation de J. Hochmann, professeur émérite de psychiatrie à l'université Claude Bernard (Lyon).

schizophrénie, les retards mentaux (atteintes physiologiques au développement cérébral dues à des maladies génétiques ou infectieuses ou encore dues à des accidents intra-utérin, à l'accouchement ou, dans certains cas à une prématurité), divers troubles psychologiques (troubles de l'attachement - immaturité affective, instabilité, dépression, certaines névroses).

La troisième catégorie, dans les statistiques de l'éducation nationale, celle des troubles du langage et de la parole (catégorie souvent intégrée à celle des troubles spécifiques des apprentissages), relève de troubles cognitifs particuliers ; elle comprend notamment les troubles DYS : dyslexie, dysphasie, dyspraxie, dysgraphie, dyscalculie.

À des degrés divers, ces troubles interrogent les frontières entre le médical, le social et l'éducatif. Leur nombre, leur complexité et leurs effets nécessitent, pour assurer les conditions d'une inclusion scolaire réussie, l'intervention de différents professionnels, la mise en œuvre de différents dispositifs répondant aux situations de handicap, à la personnalité de chaque enfant et de leur contexte familial et social. L'inclusion scolaire ne s'arrête pas au seul accueil des enfants en situation de handicap dans les classes et à l'aide humaine éventuellement apportée.

Fréquemment, ces troubles sont associés et peuvent correspondre à des cas de comorbidité. Leur gravité est très graduée, ce qui renvoie à des difficultés de classification pertinente et à la complexité de leurs prises en charge adaptées.

Leurs origines peuvent être identifiées à des pathologies médicales strictement discernées, à des facteurs psychosociaux ou à une combinaison des deux. Cette remarque s'applique plus particulièrement à trois catégories de troubles dont la reconnaissance s'est fortement étendue : les troubles du spectre autistique ; les troubles DYS et les « troubles du comportement » :

- l'autisme n'a été diagnostiqué que depuis 1943 (par Leo Kanner), en tant que trouble particulier du contact affectif, de la communication et de la socialisation dont le syndrome d'apparition est précoce chez l'enfant. Il révèle également un mode original d'organisation de la personnalité. Alors que Kanner évaluait le nombre de cas d'autisme à 1 sur 10 000 naissances, il est avancé aujourd'hui, une occurrence d'1 cas pour 100 naissances. L'hypothèse peut être faite des progrès de la détection de l'autisme, mais la principale explication de cette multiplication par 100 du phénomène de l'autisme réside probablement, en grande partie, par l'application au trouble de l'autisme de l'optique dimensionnelle que nous avons précédemment évoquée dans l'approche des handicaps. La reconnaissance à la fois médicale et sociale d'un continuum de l'autisme a abouti dans le DSM-V à la dénomination de trouble du spectre autistique ;

La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022²⁸

Le premier plan autisme portait sur la période 2005-2007. Dans le cadre du lancement d'un quatrième plan autisme 2018-2022, répondant à une priorité énoncée par le président de la République au cours de la campagne des élections présidentielles, « *une évaluation du troisième plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un quatrième plan* » a été réalisée dans un rapport conjoint IGAS - IGEN. La stratégie nationale a été présentée par le premier ministre avec la secrétaire d'État aux

²⁸ http://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

personnes handicapées, le 6 avril 2018. En outre, un décret institue un délégué interministériel à cette stratégie nationale.

Cette stratégie prévoit 340 M€ de crédits alors que le troisième plan s'élevait à 205 M€. Sa principale particularité par rapport aux plans précédents est de mettre l'accent sur les politiques inclusives des personnes affectées de troubles autistiques, notamment en matière de scolarisation.

Actuellement, il est estimé que 30 % des enfants autistes sont scolarisés en maternelle, souvent moins de trois jours par semaine. L'objectif est d'atteindre 100 % en maternelle pour la classe d'âge née en 2018, qui entrera à l'école, désormais obligatoire à trois ans, en 2021. Le plan fixe l'objectif de tripler le nombre de places en unités d'enseignement en maternelle (UEM). La scolarisation en primaire (estimée à 40 % des autistes actuellement) et au collège-lycée sera également renforcée via les Uli. Une centaine de postes d'enseignants spécialisés sur l'autisme seront créés pour soutenir ceux qui ont des élèves autistes dans leurs classes. Ce volet scolaire du plan est doté de 103 M€.

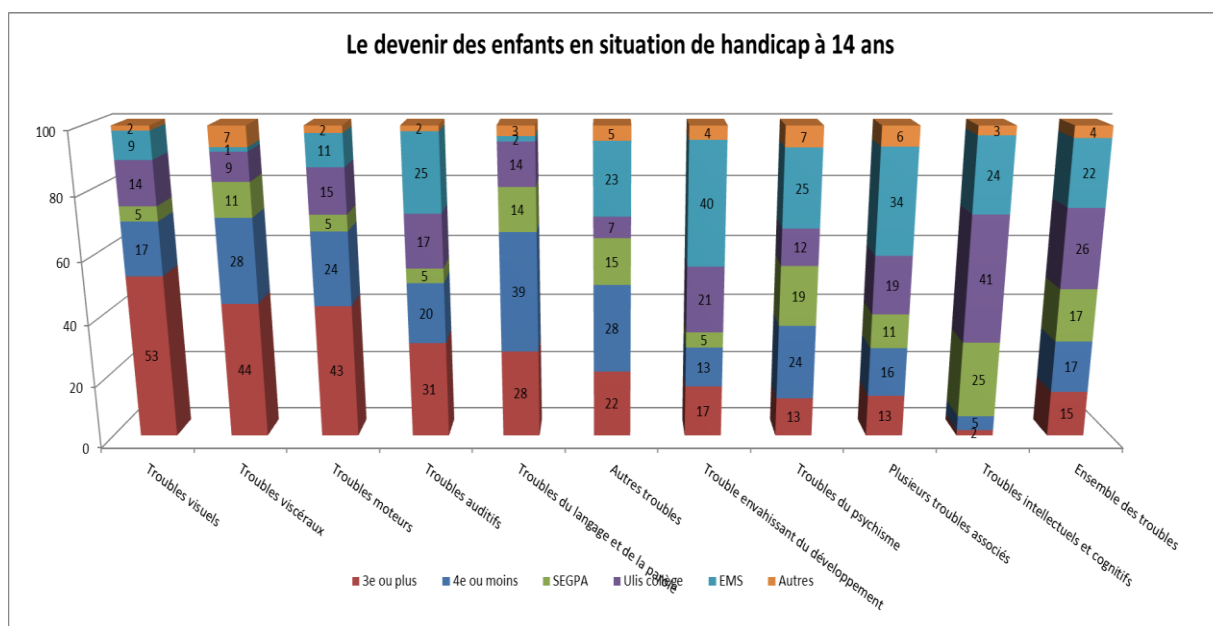
Cette politique affirmée et ambitieuse pour l'inclusion scolaire des enfants et adolescents autistes ne pourra s'accomplir sans de nouveaux progrès en matière de soutien aux enseignants et d'aide humaine dans les classes. Elle implique également de travailler sur les modalités d'organisation. Dans la logique développée par la stratégie nationale pour l'autisme, il est indispensable de mobiliser ensemble les acteurs et professionnels de l'éducation nationale, des secteurs du médicosocial, du sanitaire et du médical, des associations et des collectivités territoriales.

- les troubles de l'apprentissage du type des « dys », qui correspondent notamment à un retard dans l'acquisition du langage oral ou écrit sont aujourd'hui une des raisons les plus fréquentes de consultation des pédopsychiatres et des orthophonistes. Ils peuvent avoir des causes diverses neurologiques ou psychologiques. Leur sévérité est également variable, entre les cas de dysphasies lourdes et les cas de dyslexies légères et non résistantes. La diversité des cas fait appel à des compétences médicales, paramédicales et éducatives. Dans de nombreuses situations, les dyslexies (légères) sont principalement dépistées et suivies par les enseignants, souvent à l'aide des orthophonistes. La frontière entre la situation de handicap et la simple difficulté scolaire remédiable apparaît ici très poreuse ;
- les « troubles du comportement » renvoient à une réalité souvent vécue par les enseignants qui ont le sentiment d'être plus fréquemment confrontés à des comportements d'enfants ou d'adolescents très agités, violents, éruptifs, provocateurs et excessivement perturbants rendant la classe « ingérable ». Les guillemets ici apposés à ces troubles entendent signifier que ceux-ci ne peuvent définir une catégorie de situation de handicap. Ils peuvent être une manifestation d'une catégorie identifiée (par exemple les TDAH et les TOC) mais ils peuvent aussi être une attitude non pathologique mais sociale.

3.4. Le parcours scolaire des élèves en situation de handicap

Le graphique ci-dessous sur le devenir des enfants en situation de handicap à quatorze ans (un tableau semblable pour les enfants à dix ans se trouve en annexe) illustre les écarts importants de réussite scolaire selon les différents types de handicap. Les enfants en situation de handicap catégorisés dans les troubles psychiques et cognitifs et qui représentent environ 40 % de la population totale des élèves en situation de handicap, ne sont que 1 % à parvenir en classe de 3^{ème}, à quatorze ans (8 % en CM2 à l'âge de dix ans). Ce constat contraste avec celui « des troubles visuels » pour lesquels 57 % des enfants parviennent en classe de 3^{ème} à quatorze ans (61 % au CM2 à dix ans).

Situation scolaire à quatorze ans selon la nature du trouble en 2015-2016, en %.



France métropolitaine + DOM hors Mayotte, Public + Privé.

Source : MEN-MESRI-DEPP / Panel d'élèves en situation de handicap (2015)

Ces chiffres montrent que l'inclusion scolaire en milieu ordinaire reste forte au collège puisque l'orientation des élèves en situation de handicap vers des établissements médicosociaux n'augmente pour l'ensemble des troubles, que de 8 points, passant de 14 % à 22 %, entre dix et quatorze ans. Ce passage du milieu scolaire ordinaire vers des établissements spécialisés, est plus marqué pour les troubles envahissants du développement²⁹ (troubles du spectre autistique) et la catégorie des « troubles associés ».

Il apparaît également au niveau du collège, une orientation importante en section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) des élèves en situation de handicap des catégories « troubles intellectuels et cognitifs » (25 %) et « troubles du psychisme » (19 %).

Ces différences importantes de niveaux et d'orientation suivant les différentes catégories de handicap, témoignent également de la très grande hétérogénéité de cette notion : hétérogénéité de nature entre catégories et hétérogénéité des situations à l'intérieur de chacune de ces catégories (qui recouvrent, comme précédemment souligné une grande diversité de situations singulières au-delà de l'interprétation possible des définitions).

C'est pourquoi la réussite de l'inclusion scolaire suppose à la fois de tenir compte des spécificités des types de handicap et des besoins extrêmement différents entre individus. Les modalités de prise en charge par l'école des situations de handicap, sous forme d'aide humaine, d'adaptations pédagogiques, d'aménagements scolaires, de dispositifs d'accompagnement, de matériels pédagogiques adaptés, etc., sont d'une grande variabilité. Il serait dangereux d'établir une distinction

²⁹ À noter que cette catégorie des TED n'est pas distinguée dans ces tableaux, pour les enfants à dix ans. L'hypothèse peut être avancée qu'elle se trouve être intégrée dans la catégorie des troubles intellectuels et cognitifs. Ceci pourrait être un facteur explicatif de la baisse de 60 % à 41 % de la part des élèves avec « troubles intellectuels et cognitifs » en Ulis à dix et quatorze ans.

étanche entre les handicaps d'ordre moteur, sensoriels et uniquement physiques avec les handicaps affectant les capacités intellectuelles et cognitives, car ces derniers recouvrent des situations dont les dimensions et les causes, comme cela a été exposé au sujet de la question des classifications, sont vastes et multiples. Toute situation de handicap relative à des pathologies mentales, psychiques ou neurologiques, établie, au départ, sur la base d'un diagnostic médical, n'implique pas une déficience intellectuelle ou d'apprentissage qui soit figée. Toute déficience de ce type présente des degrés de gravité et de résistance au spectre très étendu. En outre, tout trouble comportemental et tout retard des apprentissages ne relèvent pas d'un handicap, même dans l'acceptation d'une situation de handicap suivant la loi de 2005.

Ainsi, les réponses à apporter aux situations de handicap par l'institution scolaire ne doivent-elles pas être fondées sur une connaissance des causes des maladies (étiologie) à partir desquelles pourraient être appliqués des référentiels de solutions pédagogiques préétablies, mais sur les compétences professionnelles des enseignants avec le soutien des professionnels des secteurs médicaux, médicosociaux et sociaux. Ce travail se trouve lui-même fondé sur l'observation des besoins éducatifs particuliers de chaque enfant auquel il convient d'apporter une réponse éducative adaptée.

L'inclusion scolaire requiert de poursuivre dans un continuum d'adaptation et de flexibilité deux grands objectifs :

- l'un est d'apporter aux élèves dont la situation de handicap permet de satisfaire aux exigences scolaires grâce aux compensations nécessaires, prescrites notamment par les CDAPH, les conditions d'égalité permettant la réussite scolaire, la préparation à l'insertion professionnelle et l'accès à l'enseignement supérieur. Tel doit être le cas pour toutes les situations de handicap n'affectant pas les capacités intellectuelles et cognitives ;
- l'autre est de répondre à la diversité des besoins individuels de tous, comme le prescrit l'article 1^{er} la loi de refondation de l'École du 8 juillet 2013, selon lequel le système éducatif reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser.

Ces deux objectifs ne sont ni opposables ni contradictoires. Ils se complètent et s'articulent entre eux.

4. Des effets positifs de la loi de 2005 mais des évolutions attendues

4.1. La prééminence de la demande des familles : un choix du législateur

Le système construit aujourd'hui comporte des limites. Il faut donc le modifier tout en conservant comme fondements intangibles le droit des parents et l'obligation pour l'État de mieux inclure leurs enfants dans l'école, dans la société.

Depuis la loi du 11 février 2005, il convient de mesurer les efforts accomplis par les MDPH, les conseils départementaux, les associations de parents et l'éducation nationale pour réussir cette inclusion. L'augmentation du nombre d'élèves inclus à l'école témoigne de cette évolution.

Comme l'indique le plan de transformation pour les élèves en situation de handicap présenté par la secrétaire d'État aux personnes handicapées³⁰ et le ministre de l'éducation nationale, il s'agit désormais que l'École soit *pleinement* inclusive. Les six axes développés, dont en particulier la formation des enseignants et l'adossement de l'offre médicosociale, sont retenus par ce rapport comme des axes de travail indispensables pour faire évoluer le dispositif de l'accompagnement humain. Il ne peut y avoir de réponses simples à l'attente des parents pour une meilleure scolarisation mais bien un ensemble coordonné de solutions cohérentes et complémentaires.

Les élèves qui rencontrent des troubles des apprentissages ou des troubles du comportement sont accompagnés par une aide humaine pour permettre l'adaptation du parcours de scolarisation. Les parents, comme les enseignants, pour des raisons différentes, mais avec un intérêt concerté, fondent la demande de ce type d'aide. Il s'agit généralement de pallier l'absence de réponses pédagogiques anticipées, le rôle parfois faible des pôles de ressources des circonscriptions³¹ ou la difficulté pour les équipes de direction des collèges à répondre rapidement aux difficultés constatées³². Dans ce cadre, le rôle des enseignants référents devient primordial. Véritable interface entre une demande initiale et une future évaluation de celle-ci, l'enseignant référent traduit les attentes de chacun mais reste celui qui interprète, parfois seul, la réalité de la situation que vivent les parents et les enseignants. L'aide humaine ne répond pas nécessairement à un besoin pour l'enfant en situation de handicap. Elle symbolise l'adaptation possible à une réalité sociale et scolaire.

Le GEVA-Sco a contribué à améliorer le processus d'évaluation des besoins en rendant nécessaire la présentation, pour chaque situation, des bilans réalisés au niveau scolaire ou médical. Toutefois, la diversité observée des pratiques des départements oblige à relativiser les efforts d'harmonisation au niveau national. L'élaboration de la prescription résulte d'un dialogue entre les parents et les équipes d'établissements. À chacune des étapes de la prescription, en fonction du degré de connaissance de chaque situation, mais aussi de la qualité de l'intervention de l'enseignant référent en amont, les résultats peuvent être largement différents.

Il est aujourd'hui pertinent, au vu de tous les rapports et des recommandations exprimées, de rechercher un autre modèle de fonctionnement de la chaîne des prescriptions. En conservant les principes de la loi de 2005, à savoir séparer celui qui prescrit (la CDAPH) de celui qui met en œuvre (l'éducation nationale ou un établissement scolaire privé et, aussi selon les cas, un établissement ou service médicosocial), d'autres modalités doivent être installées.

4.2. L'enseignant référent : un rôle désormais essentiel

L'enseignant référent (ER) a un rôle clairement défini par le code de l'éducation dans son article D. 351-12³³. Le suivi du projet personnalisé de scolarisation (PPS) qu'il doit réaliser permet d'assurer une « *permanence des relations avec l'élève, ses parents ou son représentant légal, s'il est mineur* ».

³⁰ Permettre à l'École de la République d'être pleinement inclusive (cf. site du secrétariat d'État et du ministère de l'Éducation nationale, le 5 décembre 2017).

³¹ Cf. circulaire n° 2014-107 du 18 août 2014 concernant le fonctionnement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) et missions des personnels qui y exercent.

³² Dans nombre d'établissements ou de départementaux, indépendamment des fonctions occupées, la notion de « handicap social » est employée pour justifier une demande d'aide humaine à la scolarisation !

³³ Article D. 351-12 : « *Cet enseignant est chargé de réunir l'équipe de suivi de la scolarisation pour chacun des élèves handicapés dont il est le référent. Il favorise la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation.* »

Or, l'absence de PPS et la diversité constatée des fonctionnements de chaque département font évoluer de facto sa fonction. Toutefois, il faut souligner le fait que désormais, sous la responsabilité directe des inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés (IEN-ASH), l'enseignant référent est devenu un interlocuteur privilégié des familles³⁴ et des équipes pédagogiques et éducatives. Dans toutes les visites effectuées par la mission, sa présence dans la chaîne de prescription est reconnue par toutes les personnes qui y participent.

L'enseignant référent est rarement un participant de l'équipe éducative ; les textes officiels ne l'exigent d'ailleurs pas, sauf à la demande de l'équipe éducative, en cas de suspicion de handicap. En revanche, son action est manifeste dans l'équipe de suivi de scolarisation (ESS) dont il est chargé de l'animation et de la coordination. On peut s'interroger sur l'opportunité de sa présence en amont de la première demande afin qu'il puisse recentrer les échanges sur l'évaluation des besoins de l'élève. Sa connaissance des parcours scolaires et des réponses possibles à la scolarité d'un élève en situation de handicap serait précieuse auprès de l'équipe éducative. La demande d'accompagnement humain pourrait être moins prégnante si l'ER était partie prenante de cette première évaluation de la demande.

La charge de travail des ER ne permet pas d'envisager cette participation sans amoindrir le suivi des élèves par ailleurs. Le nombre d'élèves suivis qui peut aller de 120 à 350³⁵ selon les constats effectués se répercute sur la capacité des ER à assurer les missions qui leur sont confiées. Toute modification du rôle des enseignants référents dans la chaîne de prescription induit une réflexion sur la masse critique des dossiers à suivre. Les fonctionnements relativement efficaces que la mission a pu repérer ont comme invariance de gestion un maximum situé entre 130 et 160 dossiers. Le bilan réalisé par la DGESCO avec le tableau ci-dessous montre une évolution qui va dans le sens d'une augmentation de la charge par enseignant référent. Mais la diversité des situations départementales contraindra certaines académies à un effort important pour atteindre des fonctionnements améliorés.

Évolution des postes dans le public

Année	Nombre d'ERESH	Nombre d'élèves	Nombre d'élèves suivis
2007	1 215	238 429	196
2008	1 275	243 968	191
2009	1 310	255 572	195
2010	1 395	272 874	196
2011	1 439	283 041	197
2012	1 464	298 361	204
2013	1 511	310 853	206
2014	1 566	330 247	211

³⁴ Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 Parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires, BO n° 30 du 25 août 2016.

³⁵ Dans les visites réalisées dans les départements c'est un écart constaté. On peut aussi interroger quelles sont les attentes formulées selon le nombre de dossiers suivis.

2015	1 593	350 333	220
2016	1 657	372 709	225

Source : DGESCO 2017

Le nombre de dossiers, aussi prioritaires soient-ils pour les enseignants référents, ne doit pas masquer l'interrogation sur le sens des missions confiées. La présence des ER au sein de l'équipe éducative ne va pas de soi. Laisser les acteurs principaux (parents, enseignants, intervenants médicaux ou d'aides diverses) s'exprimer sur la nature des besoins de l'enfant pour en déterminer la compensation nécessaire correspond à l'esprit de la loi de 2005. Cette approche valorise un exercice de responsabilité et de dialogue pour tous les participants. Il n'est pas certain que la présence de l'enseignant référent à ce moment de réflexion – surtout s'il doit circonscrire les propositions faites pour l'accompagnement humain – soit la bienvenue. Lorsque les avis sont convergents pour une demande d'aide humaine à la MDPH, on peut admettre que le rôle de l'ER sera complexe et délicat. S'il veut maintenir une confiance avec les parents, les enseignants, il ne pourra pas soutenir aisément une opposition forte à la demande. La régulation possible de l'enseignant référent, à ce moment-là, serait délicate.

C'est lors de la réunion de l'équipe de suivi de scolarisation que l'enseignant référent peut transmettre des informations et analyser les propositions. Mais, les perspectives sont déjà largement tracées « *il est alors difficile de rattraper les coups partis* » comme un ER l'expliquait de façon imagée à la mission. À ce moment, il peut participer au recueil des éléments formalisés pour l'évaluation des besoins en matière de compensation dans le GEVA-Sco première demande mais la marge de manœuvre pour modifier les avis exprimés reste faible.

En pratique, c'est sur des cas « délicats » que l'ER doit faire circuler l'information sur ce qui ne figure pas dans le dossier issu de l'équipe éducative (EE), afin que l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) puisse bien comprendre les enjeux du dossier et être prête à éclairer les membres de la CDAPH.

L'évolution des missions des enseignants référents doit s'inscrire dans une nouvelle organisation qui précise leur rôle dans la chaîne des prescriptions mais aussi les relations qu'ils peuvent construire avec les établissements scolaires et les circonscriptions du premier degré (IEN et les conseillers pédagogiques qui ont un rôle essentiel dans le suivi et l'aide aux équipes éducatives). L'information et les conseils qu'ils peuvent donner doivent s'inscrire dans un pilotage de proximité avec les directions des établissements et les IEN. Ils sont ainsi une interface indispensable pour la qualité du suivi des dossiers entre la MDPH, principalement les équipes pluridisciplinaires, et l'éducation nationale (plus particulièrement l'IEN-ASH), ainsi qu'avec les responsables des ESMS.

4.3. Des modalités de fonctionnement des commissions très diversifiées

4.3.1. Des différences notables de fonctionnement

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)³⁶ est l'instance de décisions préparées par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH. Elle prononce des

³⁶ Loi 2005-102 du 11 février 2005, titre V, chapitre II.

décisions qui se fondent sur l'évaluation et sur le plan personnalisé de compensation présentés par cette dernière.

Sa composition plurielle³⁷ établit sans conteste la possibilité d'un échange de points de vue riche et intéressant. Toutefois la « masse des dossiers » à analyser obère une étude approfondie de toutes les situations.

Les pratiques départementales sont diverses. La formalisation d'un PPS peut être absente de l'étude du dossier de parcours de scolarisation dans tel département, là où tel autre ne l'envisage que pour les cas « complexes ». L'étude des dossiers se fait sur un choix limité de situations car les CDAPH statuent pour la plupart des dossiers « sur liste ». La gestion des situations par les équipes pluridisciplinaires devient dans ce cadre essentielle. Le rôle des membres de cette équipe est primordial mais la quantité de dossiers à présenter dans des calendriers contraints ne permet pas tous les échanges et analyses souhaités. La conception des décisions d'orientation varie également. Un seul choix d'orientation est prononcé par une CDAPH qui en cas d'impossibilité de scolarisation revoit le dossier, là où une autre donne trois possibilités d'orientation³⁸ immédiatement ; les responsables de ces MDPH, justifiant avec conviction des modalités pourtant opposées.

Ces différences impliquent des réponses diverses apportées aux situations des enfants. Elles génèrent aussi des situations de suivi dissemblables. Dans ce contexte, la nature du suivi des enseignants référents et de leurs relations avec la MDPH devient un élément essentiel de l'efficacité de la chaîne de prescription et de notification.

La présence et le suivi de l'IEN-ASH sont aussi des éléments primordiaux de la cohérence du travail accompli en CDAPH. Sa participation en amont des réunions ou pendant celles-ci peut contribuer à une fluidité et une logique des décisions. La mission a pu constater en général l'investissement important des IEN-ASH. Elle a pu aussi relever que sa présence effective et régulière à la CDAPH permet un fonctionnement plus efficient³⁹, notamment par la connaissance qu'il peut apporter des réponses possibles aux orientations proposées.

4.3.2. Accompagnement humain, décisions et suivi

A priori la notification, fondée par la CADPH sur le travail de l'équipe pluridisciplinaire (EPE) et en amont sur le GEVA-Sco et/ou le PPS, doit permettre une bonne adéquation entre les besoins évalués et la demande formulée. En fait, le traitement administratif des dossiers, les calendriers à respecter, le nombre de dossiers à étudier, le risque non négligeable de recours, concourent majoritairement à une validation des propositions de l'EPE. Le taux de refus pour un accompagnement humain reste faible⁴⁰. Les directeurs de MDPH rencontrés évoquent tous la difficulté de promouvoir le refus de

³⁷ Article R. 241-24 du code de l'action sociale et des familles.

³⁸ Les orientations peuvent être notifiées de la façon suivante : 1- EMS ; 2- Ulis avec ou sans accompagnement ; 3- scolarité ordinaire avec accompagnement.

³⁹ Dans un département l'IEN-ASH a été élue présidente de la CDAPH. Et les retours positifs sur ce fonctionnement sont nombreux, notamment de la part des élus.

⁴⁰ Le taux d'accord pour un accompagnement humain en 2014 était de 88,4 % ; cf. *Les MDPH face à de nouveaux enjeux. Synthèse des rapports d'activité 2014 des maisons départementales des personnes handicapées*, p. 15. Mais ce taux peut atteindre 20 % dans certains départements, sans qu'il soit possible d'apprécier, *in abstracto* ce pourcentage : une rigueur dans l'étude des dossiers en EPE va produire un faible taux de rejet ; au contraire une posture « excessivement compréhensive » en équipe éducative va nécessiter un fort taux de rejet.

cette aide dès lors que la famille et les professionnels de l'éducation qui accompagnent l'enfant le demandent. Ils perçoivent bien la diversité de l'analyse des besoins dans le processus d'instruction mais insistent sur l'instruction d'une demande concertée avec les parents par l'éducation nationale. De l'équipe éducative à la décision de la CDAPH, la remise en cause d'une demande d'aide humaine ne va de soi pour aucun des acteurs.

Si réglementairement la notification est transmise aux familles, elle ne l'est pas toujours aux personnels de l'éducation nationale. La transmission aux différentes personnes concernées est importante car elle conditionne la bonne compréhension de la notification⁴¹ et la rapidité de sa réalisation.

Le manque de systèmes d'informations partagés renforce des pratiques inégales selon les départements où la transmission de tableaux Excel est largement pratiquée. La qualité de la transmission des informations entre la MDPH et les services de l'éducation nationale devient un enjeu de la réussite de la proposition d'accompagnement. Actuellement, des pratiques de communication dans certains départements ont été installées mais elles restent définies localement. La CNSA développe, avec des MDPH, un nouveau projet fédérateur pour un système d'information harmonisé ; il est encore dans une phase de développement. Pourtant c'est l'instauration d'une information concertée et partagée qui contribuera à mieux gérer l'attribution d'un accompagnement humain et la réalité de la compensation. La régulation des prescriptions d'AVS entre aussi dans la maîtrise de la transmission des informations à tous les niveaux de la chaîne de prescription.

5. Des progrès attendus dans le recrutement et la gestion des AESH

L'intégration dans les classes de plus de 80 000 AVS pour accompagner des élèves handicapés à la rentrée 2017 est un remarquable succès : pour les services gestionnaires, pour l'encadrement, pour les enseignants qui travaillent dans des conditions différentes et pour ceux et celles qui remplissent cette fonction difficile.

5.1. Une forte mobilisation

Désormais, le nombre de personnels accompagnants atteint un niveau qui oblige à réfléchir à un statut plus pérenne et construit. De plus, la recherche d'un équilibre de gestion entre AVS-i et AVS-m ne suffira pas à réguler l'adéquation entre les demandes d'accompagnement et les possibilités d'y répondre.

⁴¹ En l'absence de PPS, les notifications peuvent comprendre des éléments de précision utiles pour la mise en œuvre. Beaucoup d'établissements scolaires ignorent non seulement la nature du trouble de l'enfant mais aussi les prescriptions de la CDAPH. Le lien avec l'enseignant référent devient alors vital.

Les moyens d'accompagnement à la rentrée 2017 se répartissent de la façon suivante :

– 27 025 ETP d'AESH sur titre 2

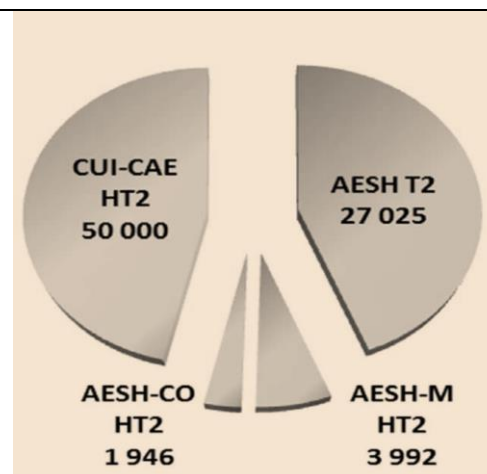
(création de 1 351 AESH sur le titre 2 et 6 400 ETP de la transformation de 11 200 CUI)

– 3 992 ETP d'AESH-M sur le hors-titre 2

– 1 946 ETP d'AESH-CO sur le hors-titre 2

Un contingent de 50 000 contrats aidés (20 heures / semaine : 0,57 ETP)

Ces moyens augmentent de 8 068 ETP par rapport à la rentrée 2016



Source : DGESCO octobre 2017

Si nous voulons, aujourd'hui, passer de l'inclusion scolaire à l'école inclusive, notamment dans les classes ordinaires, c'est bien toute la chaîne de prescription et les procédures qui y participent qu'il faut revoir, dans un système de boucles de régulation qu'il faut articuler entre elles. Une mesure d'ajustement ne sera pas la réponse aux différents constats réalisés.

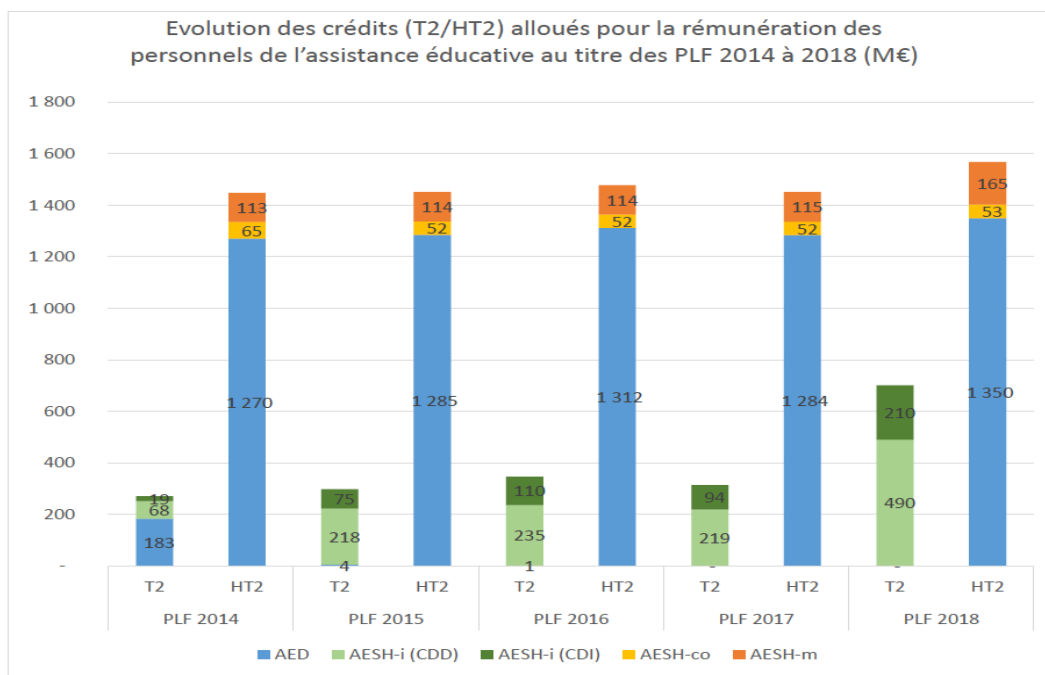
- **Un fort impact budgétaire**

L'analyse des évolutions des crédits souligne la corrélation entre le développement des modalités de scolarisation et les orientations politiques choisies.

La progression des AESH-m⁴² et celle des AESH-i (CDI) montrent la volonté de l'État de modifier sensiblement le parcours professionnel des AESH et la prise en charge de l'accompagnement. Une recherche de rationalisation, eu égard à la progression des décisions d'aides, est manifeste avec la possibilité offerte de l'aide mutualisée. De même la transformation en CDI des AESH, tout en poursuivant l'amélioration de la qualité des parcours, doit permettre de conserver une attractivité à ce métier.

L'évolution budgétaire (voir graphique ci-après) traduit les efforts du ministère de l'éducation nationale. La situation actuelle de l'accompagnement des élèves en situation de handicap exigera certainement d'aller plus loin dans les solutions proposées. Le processus d'intégration des CUI-AVS dans la fonction d'AESH est certainement un premier élément de cette recherche de solution pérenne.

⁴² Accompagnant des élèves en situation de handicap mutualisé (m) ou individuel (i).

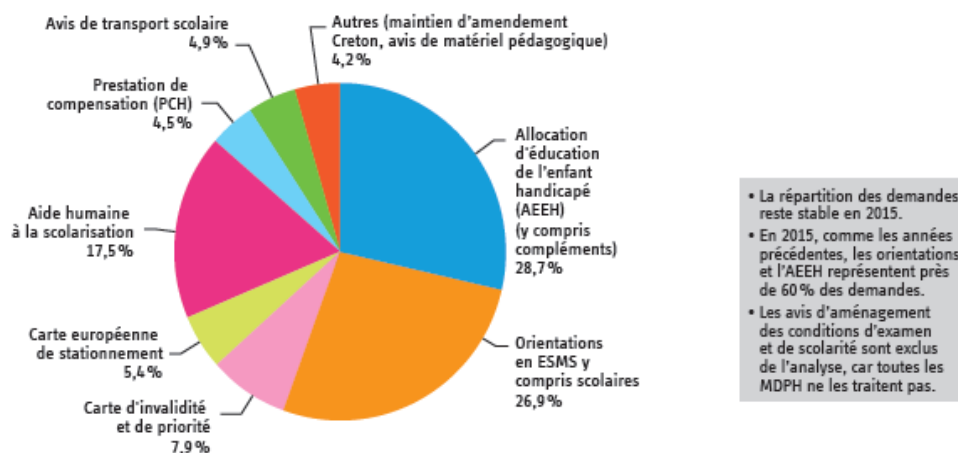


Source : DEPP-DGESCO : annexes budgétaires aux projets de loi de finances de 2014 à 2016

À ces observations s'ajoutent celles issues du graphique réalisé par la CNSA concernant la répartition des demandes en 2015 et qui montre que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et l'orientation en ESMS sont majoritaires. Toutefois, si cette information peut permettre de relativiser les besoins exprimés en accompagnement humain, elle n'épuise pas le fait que le nombre de places limitées en ESMS masque des multi notifications des CDAPH⁴³ qui peuvent ainsi ne pas être comptabilisées dans les demandes. Le fait que près de 27 % d'entre elles sont faites pour les EMS ne se traduit pas par une orientation réalisée en EMS. L'attente de place disponible qui peut parfois être de un ou deux ans en témoigne régulièrement. En revanche le graphique souligne la diversité des demandes et donc la complémentarité possible des prises en charge et des budgets afférents.

⁴³ La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut proposer dans un ordre donné une orientation en Ulis puis en Ulis et enfin en classe ordinaire avec accompagnement.

* Répartition des demandes « enfants » déposées en 2015



- La répartition des demandes reste stable en 2015.
- En 2015, comme les années précédentes, les orientations et l'AEEH représentent près de 60% des demandes.
- Les avis d'aménagement des conditions d'examen et de scolarité sont exclus de l'analyse, car toutes les MDPH ne les traitent pas.

Échantillon : 67 MDPH.

Source : Échanges annuels, CNSA 2016 (chiffres définitifs).

5.2. Mais une complexité de gestion et de pilotage

Dans son rapport de 2016⁴⁴ le médiateur de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur évoque les difficultés que les parents rencontrent dans les démarches à faire pour leurs enfants auprès de l'éducation nationale ou des MDPH, submergés par une foison de sigles qu'ils ne maîtrisent pas nécessairement. Les aides humaines n'échappent pas à cette remarque : AVS, AESH, CUI-CA. Cette diversité de sigles correspond à une diversité de contrats et d'employeurs. La récente mise en œuvre du nouveau dispositif *parcours emploi compétences*⁴⁵ (PEC) depuis janvier 2018 apportant, au moins temporairement, un peu de complexité supplémentaire voire de l'inquiétude pour les gestionnaires.

Le tableau ci-dessous montre la diversité des situations qui peuvent aujourd'hui être rencontrées. Les AESH peuvent apporter soit une aide individuelle (il s'agit des AVS-i) soit une aide mutualisée (AVS-m) ou collective (AVS-co) quand ils interviennent dans une structure. Les CUI qui sont dans une situation d'accompagnement vers l'emploi peuvent exercer ces différentes fonctions.⁴⁶

⁴⁴ Rapport du médiateur de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, année 2016, p. 17 et suivantes.

⁴⁵ Ce nouveau dispositif s'inspire des recommandations du rapport *Donnons-nous les moyens de l'inclusion* remis en janvier 2018 à la ministre du travail.

⁴⁶ Pour la complexité de gestion des différents statuts des accompagnants cf. le rapport IGEN - IGAENR n° 2014-020, *Pérennisation et formation des auxiliaires de vie scolaire*, p. 63, mai 2014, avec l'exemple de gestion d'une académie.

Type de contrat	AED : assistant d'éducation		AESH : accompagnants des élèves en situation de handicap	
Fonction	AED AVS-i*	AED AVS-m, AVS-Co*	AESH-i	AESH-m, AESH-Co
Recrutement	Etat	EPLE	Etat	EPLE ou Etat
Budget	Titre 2	Hors Titre 2	Titre 2	Hors Titre 2 ou T2*
Statut	CDD de droit public de 3 ans maximum, renouvelable une fois		CDD de droit public de 3 ans maximum, renouvelable une fois, ou CDI	
Rémunération	Calcul sur la base de l'indice majoré 309		Calcul sur la base de l'indice majoré 313	

Source : MMAI-MRA

* Les dénominations AVS-i, AVS-M et AVS-Co sont rappelées pour mémoire.

** Les recrutements effectués en EPLE relèvent du hors titre 2 et ceux effectués par l'État du titre 2.

Les AED AVS-m/Co et les AESH-m/Co sont rattachés à l'action 3 « Inclusion scolaire des élèves handicapés » du programme 230. L'éducation nationale prend en charge leur rémunération par le biais de subventions versées aux EPLE (crédits hors titre 2).

Les AED AVS-i et les AESH-i sont rattachés à l'action 1 « vie scolaire et éducation à la responsabilité » du programme 230. Leur rémunération est effectuée sur les crédits d'État, au titre des dépenses de personnel (crédit du titre 2).

Les établissements publics locaux d'enseignement (EPL) peuvent également conclure des contrats de droit privé pour les assistants d'éducation par les contrats uniques d'insertion / contrats d'accompagnement dans l'emploi (CUI / CAE).

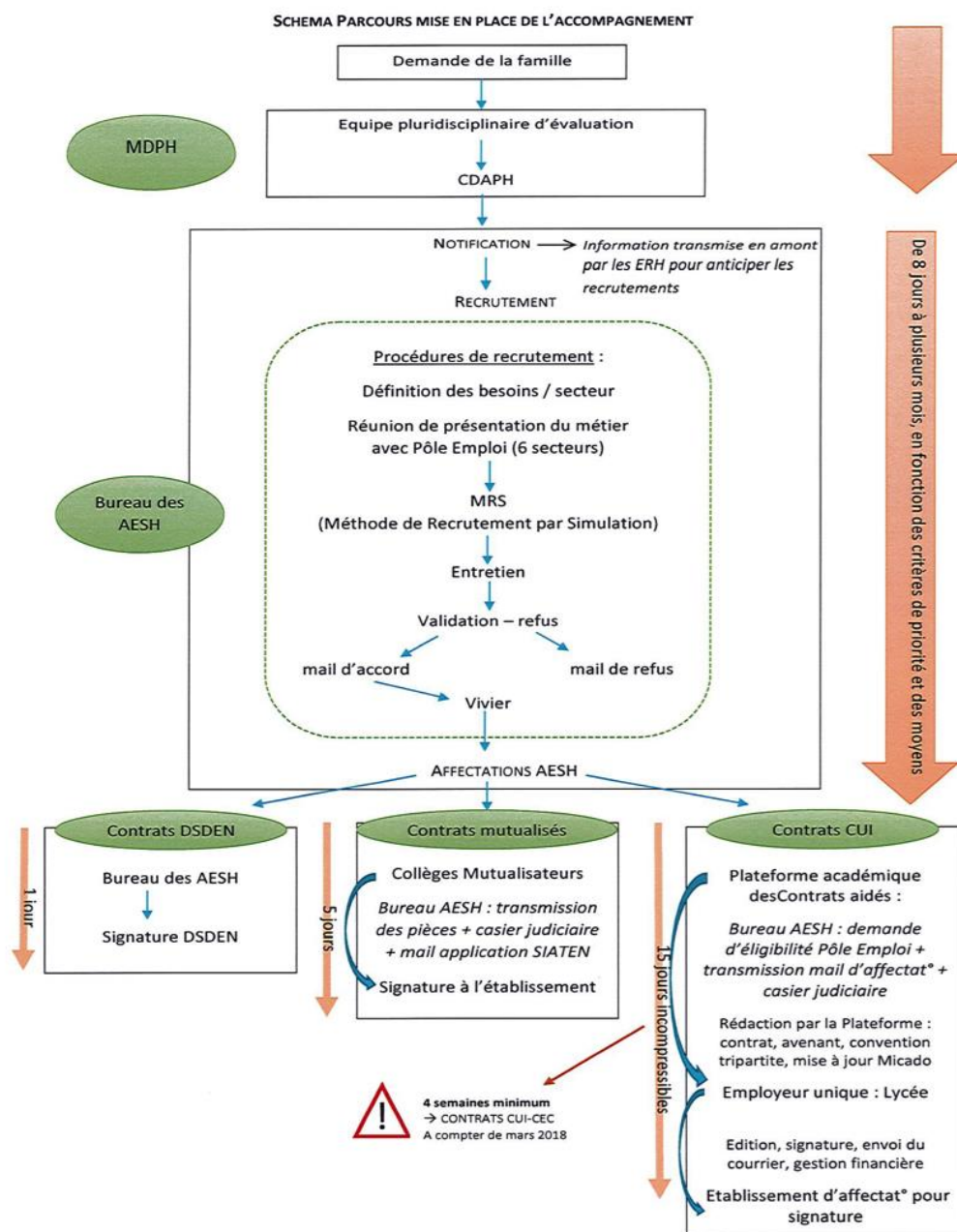
Tous les interlocuteurs rencontrés, et en premier lieu les accompagnants, expriment le souhait d'une simplification des statuts et des conditions de recrutement. À cette complexité du recrutement et des différentes situations des accompagnants s'ajoute celle des responsables de la gestion de chaque contrat.

On peut aussi, comme l'indique le rapport 2016 du défenseur des droits intitulé Droit fondamental à l'éducation : une école pour tous, un droit pour chacun⁴⁷ dans sa recommandation n° 14, « effectuer un bilan du dispositif d'accompagnement des élèves handicapés, s'agissant notamment de l'accompagnement par une aide mutualisée ».

La représentation du schéma de gestion d'une demande d'accompagnement réalisée par un département permet de mesurer concrètement la complexité de son cheminement. Elle souligne aussi la dimension temporelle qu'il convient d'intégrer dans la gestion. Ce schéma, en fait, met en évidence les raisons d'une insatisfaction des parents qui évoquent souvent leur *parcours du combattant*⁴⁸, même si, dans cette séquence, les difficultés sont en premier lieu celles que rencontrent les responsables de l'éducation nationale et les AVS.

⁴⁷ Pages 45 et suivantes.

⁴⁸ Cf. le discours de Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État en charge des personnes handicapées, le 4 octobre 2017.



Eu égard au nombre d'accompagnants désormais présents dans le système scolaire, au vu de la diversité des situations départementales sur le sujet du recrutement, du suivi des aides et de la capacité à répondre aux notifications, une évolution est désormais indispensable⁴⁹.

⁴⁹ Cf. le rapport IGEN - IGAENR n° 2014-020, *Pérennisation et formation des auxiliaires de vie scolaire* de mai 2014 sur cette approche.

5.3. La formation et le statut des AESH : vers une professionnalisation accrue

5.3.1. La formation d'adaptation à l'emploi des AESH

La formation d'adaptation à l'emploi des AESH concerne les personnes exerçant actuellement une mission d'accompagnement. Elle est obligatoire pour tous les AESH / AVS (quel que soit leur statut) l'année de leur entrée en fonction et pour ceux n'ayant jamais suivi cette formation auparavant.

Selon les départements, cette formation est organisée soit par l'équipe ASH de la DSDEN, soit par un organisme de formation (GRETA, CEMEA, IRTS...). Une partie de la formation peut aussi être suivie à distance, via la plateforme M@gistère de l'éducation nationale.

Cette formation se déroule sur 60 heures et cible trois domaines :

- des éléments de connaissance du fonctionnement du système éducatif ;
- les compétences en lien direct avec les tâches confiées aux AESH ;
- des éléments de connaissance relatifs aux besoins des élèves handicapés et aux situations de handicap ; dans certains départements, cette partie est assurée par des spécialistes en lien avec les SESSAD ou les centres ressources. La formation se compose en général en séances d'apports théoriques en grand groupe et en ateliers d'échange sur les pratiques professionnelles en petits groupes.

5.3.2. Le besoin de formation continue des AESH

Au cours des entretiens, l'amélioration de la formation des AESH a été systématiquement évoquée par l'ensemble des interlocuteurs :

- en fonction de la date d'entrée en fonction, la formation initiale de 60 h peut arriver trop tardivement, bien après la prise de poste ;
- après cette formation initiale, les AESH se sentent souvent livrés à eux-mêmes, en particulier les AESH-i, qui sont moins accompagnés qu'en Ulis. La formation continue des AESH n'existe quasiment pas. Certains AESH sont en poste depuis plus de 10 ans et n'ont eu, par exemple, aucun temps de formation relatif aux évolutions de l'école inclusive.

Deux besoins sont toujours exprimés :

- une formation approfondie sur les troubles de l'enfant à accompagner et sur les adaptations à mettre en place pour répondre aux besoins de l'enfant en situation d'apprentissages. Les trois heures de formation initiale par type de handicap ne sont pas suffisantes pour mettre en place des stratégies de réussite. De plus, il peut arriver que l'AESH arrive dans une classe sans information sur le handicap de l'enfant à accompagner. L'AESH peut se sentir démuni et c'est une des causes souvent évoquées de démission des AESH ;
- une formation sur la place de l'AESH dans la classe, ainsi que la relation avec les parents.

Un positionnement à adopter par rapport à l'élève et par rapport à l'enseignant ?

Comment aider l'enfant à gagner en autonomie ? Quelle adaptation, quelle compensation sont à apporter par l'AESH ? Quel rôle dans l'évaluation des progrès de l'élève ? Quelle relation avec les parents ?

L'enseignant peut solliciter fortement l'AESH. Notamment au collège où les conditions d'exercice sont différentes de celles de l'enseignement primaire. Les AESH ont souvent l'impression de dépasser leur rôle, de répondre aux attentes des professeurs sur l'adaptation pédagogique nécessaire à l'enfant en situation de handicap sans avoir tous les moyens d'y faire face.

Une relation de travail en équipe doit s'établir entre l'enseignant et l'AESH : véritable échange entre les compétences pédagogiques et la sensibilisation au handicap afin de mettre en place les adaptations possibles aux besoins de l'enfant. Ce travail en équipe, s'il pose une interrogation sur la formation des AESH, interroge en miroir la formation des enseignants sur l'inclusion scolaire en formation initiale ou continue.

Pour répondre au manque de formation continue, les AESH ont souvent recours à l'autoformation. Ils soulignent le manque de ressources et d'informations et/ou la difficulté de les trouver. Enfin, les AESH ont fortement exprimé le besoin de concertation et d'échanges entre AESH et avec les enseignants, afin de partager les bonnes pratiques et surtout ne pas se sentir isolé.

5.3.3. Le développement de la formation continue des AESH

- **Les ressources numériques disponibles**

Si le site Eduscol propose des approches de réflexion et des outils indispensables pour une formation personnelle et professionnelle à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap, il n'est pas certain que les AESH le connaissent ou le fréquentent régulièrement. Les sites des académies et/ou des DSDEN sont certainement mieux connus mais ils supposent des mises à jour régulières et des veilles indispensables sur les ressources. Le travail d'alerte au niveau national, qui existe d'ores et déjà avec le concours de la direction du numérique éducatif (DNE), devrait structurer plus nettement une offre d'informations en direction des enseignants et des AESH.

Des exemples

Des vidéos et articles disponibles en ligne sur le sujet du positionnement de l'AESH dans la classe existent et pourraient être recensés dans une offre de formation.

Un site, créé par l'équipe ASH d'un département : « adaptations pédagogiques pour les élèves ». Fruit du travail d'un groupe pluri-catégoriel, ce site se donne pour mission de favoriser la mise en place d'adaptations pédagogiques en classe. Construit à partir des items des annexes du PAP, il documente ceux-ci en donnant des pistes théoriques mais aussi et surtout des pistes pratiques d'adaptations à mettre en place.

Une formation sur la maîtrise des outils numériques au service des élèves à besoins éducatifs particuliers pourrait également être proposée aux AESH dans le cadre de la formation initiale des 60 h comme cela existe dans certains départements (par exemple sur l'utilisation de logiciels de reconnaissance vocale).

- **Une formation plus approfondie sur le handicap de l'enfant accompagné**

Une formation facultative d'approfondissement existe dans certains départements. Elle permet à l'AESH d'approfondir ses connaissances et compétences sur un type de handicap, en choisissant parmi sept options : déficience intellectuelle, déficience visuelle, déficience auditive, déficience motrice, troubles de la conduite et du comportement, troubles du spectre autistique et troubles spécifiques du langage et des apprentissages. En plus d'apports théoriques et d'ateliers d'échanges de pratique, cette formation comporte des visites de structures spécialisées.

Ce genre de formation devrait avoir idéalement lieu avant d'accueillir l'enfant ce qui est difficilement réalisable. Une possibilité est d'imaginer l'existence d'un réseau de personnes ressources, auprès desquelles l'AESH (ou l'enseignant) pourrait s'informer et se former. En particulier, une personne spécialiste pourrait venir dans la classe pour aider le binôme AESH/enseignant. L'idée est d'apporter un regard extérieur, des conseils et de signaler les erreurs à éviter.

Un exemple concret

Un parent a évoqué le cas de son enfant avec TSA : sans AESH, il ne pouvait pas aller à l'école. L'AESH recrutée n'était pas formée à cette spécificité. L'éducateur du service de soin (SESSAD) accompagnant l'enfant a aidé à la mise en place de l'accompagnement de l'enfant par l'AESH au sein de la classe. Il a en particulier conseillé l'AESH sur les moyens de communication possibles avec l'enfant.

Typiquement, le groupe de personnes ressources pourrait être pluridisciplinaire, constitué d'enseignants spécialisés (titulaires du CAPPEI ou 2 CA-SH), d'éducateurs du secteur médicosocial, IEN, conseillers pédagogiques, mais aussi psychologues du Rased.

En conclusion, la montée en compétences des AESH (et des enseignants sur l'inclusion scolaire) nécessite un maillage territorial des « formateurs ».

Deux propositions

Dans une académie, un projet est en cours de création d'un réseau de professeurs-ressources : ce réseau « entre pairs » (équipe mobile de pairs expérimentés) a une mission d'accompagnement, d'aide méthodologique et pédagogique. Il vise à apporter une réponse de proximité rapide et souple aux besoins des enseignants.

Sous l'impulsion des IEN-ASH et des IEN, des conseillers pédagogiques pourraient se spécialiser sur certains domaines d'expertise de l'ASH pour répondre aux besoins en circonscription.

- **Des réunions d'échanges et de concertation entre AESH et enseignants**

La formation entre pairs constitue un bon levier de développement des bonnes pratiques et permet de lever l'isolement que peuvent parfois ressentir les AESH. Dans des collèges, par exemple, les AESH-co organisent trois rencontres par an, d'échanges et de partage d'informations. De la même façon, des regroupements des AESH sont organisés dans certains départements, ce qui permet un échange de pratique et de faire un bilan de la première année après leur recrutement. Ce genre de dispositifs pourrait être organisé et généralisé. Enfin, il existe de nombreux groupes ou forums AESH sur les réseaux sociaux.

Des animations pédagogiques organisées par des conseillers pédagogiques existent également dans certaines circonscriptions sur la formation du binôme enseignant - AESH. L'organisation de temps de concertation est aussi à promouvoir dans un cadre piloté. Ces temps de concertation viseraient à échanger et à réfléchir sur les modalités de co-intervention, en fonction de l'enfant à accompagner. Cela permettrait un enrichissement réciproque, le transfert de compétences d'enseignant vers AVS et réciproquement, de donner du sens à la tâche des AESH. Un temps d'accueil de l'AESH dans l'établissement scolaire au moment de sa prise de fonction, sa présence à la réunion de pré-rentrée sont des éléments qui peuvent être aussi considérés. Enfin, si les AESH sont associés aux équipes éducatives, ils devraient être plus intégrés à l'ensemble de la vie scolaire dans les instances de réunions éducatives ou pédagogiques. C'est une approche que chaque établissement ou école peut envisager selon son contexte.

- **Vers un parcours de formation plus professionnalisant et possiblement certifiant**

De nouvelles formations complémentaires sont en train de se développer dans certains départements et académies. Il s'agit d'accompagner le bénéficiaire à construire et valoriser une réelle qualification professionnelle acquise durant leur contrat (en particulier, dans le cadre du passage des CUI au PEC). Ces formations facultatives s'adressent aux personnes volontaires. Elles peuvent être proposées hors temps d'accompagnement des élèves en situation de handicap.

Un exemple de suivi

Un projet propose aux personnes en CUI qui le souhaitent de bénéficier, lors du renouvellement de leur contrat, de deux modules de formation en plus des 60 heures dispensées lors du premier contrat, et dont les objectifs sont les suivants :

- apporter au personnel les compétences transversales requises pour une insertion dans des emplois correspondant à des qualifications de niveau V ou IV ;
- préparer les intéressés à une continuité de parcours vers l'obtention du diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social (DEAES), spécialité « accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire », par la voie d'une validation des acquis de l'expérience (VAE). Ces publics seraient prioritaires pour intégrer les emplois AESH de l'éducation nationale.

En plus de formations d'approfondissement, existe également dans certains départements, une formation aux premiers secours (Prévention et Secours Civiques de niveau 1 : PSC1), pour les AESH n'ayant jamais reçu de formation. Facultative, se déroulant hors temps scolaire, cette formation est validée par un diplôme PSC1 et contribue à la professionnalisation de l'AESH.

- **La question de la professionnalisation et de la pérennisation du statut AESH**

Le statut actuel, ne permet pas de stabiliser les effectifs : les personnels AESH ont une rémunération relativement faible et restent à temps partiel. Les évolutions actuelles, comme la CDIisation des AESH ou les conditions d'intégration des contrats aidés, témoignent de la conscience que l'État a sur le sujet. Toutefois, les besoins futurs en ressources humaines, la complexité des tâches demandées aux accompagnants, induit une réflexion qualitative nettement plus affirmée.

Les conditions exigées de diplôme des AESH constituent actuellement une difficulté de recrutement d'où la nécessité d'assouplir les critères afin d'élargir le vivier. Développer la formation continue des AESH est important afin de leur permettre d'accéder au DEAES par le biais de la VAE. À plus long terme, une collaboration associant académies, DRDJSCS et organismes de formation, doit permettre

de développer l'accès à la troisième spécialité du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) : « accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire ».

Au cours des différents entretiens, il apparaît que l'AESH est devenu un métier avec un vrai potentiel de développement. Ce travail demande de la finesse. Avec une expérience de trois ans, une vraie compétence est développée. La possibilité de stabiliser le statut constitue une reconnaissance de leur compétence et représente sur le long terme un véritable gain d'efficacité pour l'inclusion scolaire.

Parmi les idées proposées pour revaloriser le statut d'AESH :

- La création d'un « pôle établissement » qui peut garantir des pérennités de fonctionnement et d'acquisition de compétences ;
- La définition d'une articulation entre des activités scolaires et périscolaires ;
- L'établissement de contrats « multi-employeurs » dans le cadre de l'évolution du statut des AESH.

La professionnalisation et la pérennisation des AESH sont considérées comme de véritables enjeux pour l'inclusion scolaire. D'un point de vue des ressources humaines, cela suppose de les accompagner dans leur carrière et pose la question de leur suivi, de leur évaluation, et de leur parcours.

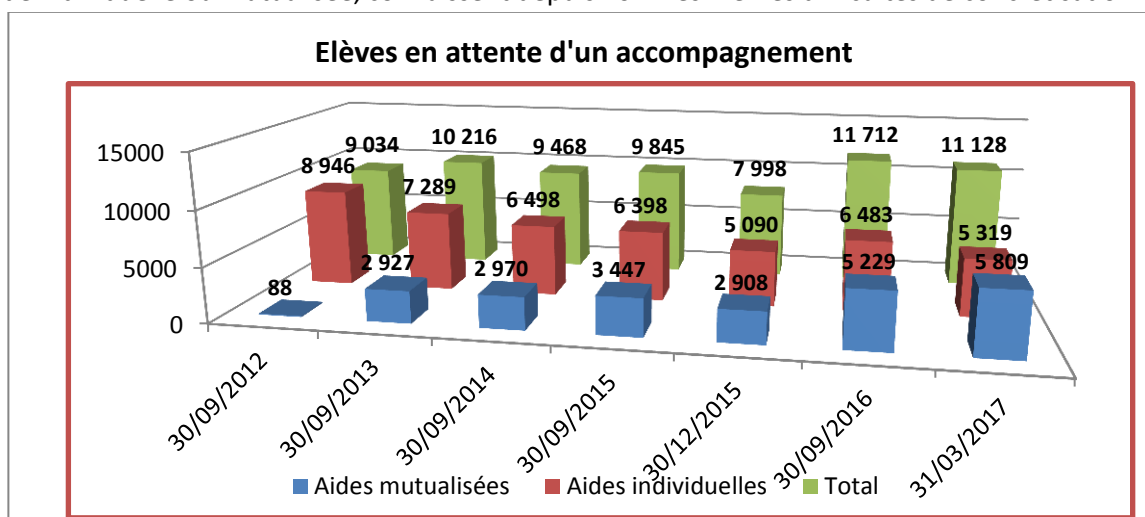
DEUXIÈME PARTIE : ASSURER LA RÉUSSITE DE L'INCLUSION SCOLAIRE

1. Les élèves en attente : un indicateur des limites de l'organisation

Le nombre d'élèves en situation d'attente est un indicateur de la fluidité du fonctionnement de l'accompagnement humain. Plusieurs raisons peuvent fonder une situation de non réponse à une notification d'accompagnement par la CDAPH. Le vivier de ressources humaines potentielles peut être restreint en fonction de la géographie du département ou de la situation du marché local de l'emploi. Dans certains départements, on dénombre une trentaine d'élèves en situation d'attente, mais dans d'autres, ce nombre peut dépasser 1 500. L'analyse de chaque situation ne permet pas d'affirmer que la taille ou la spécificité du département expliquent cet état de fait. Les écarts peuvent en effet concerner des départements de même configuration⁵⁰.

Dans l'ensemble, depuis 2012 le nombre d'élèves en situation d'attente est resté sensiblement le même, avec notamment une baisse notable en 2015. Le développement progressif de l'aide mutualisée et la création en continu d'Ulis aurait dû permettre de réduire significativement le nombre d'élèves en situation d'attente. Toutefois depuis 2016, il y a une augmentation importante des effectifs d'élèves en situation d'attente qui peut, d'une part s'expliquer par l'augmentation générale du nombre d'élèves avec prescription d'aide humaine, d'autre part être le révélateur de la difficulté de l'éducation nationale à répondre à cette demande croissante au vu des problèmes de recrutement et de gestion.

Ce qui paraît significatif est que désormais les deux demandes d'accompagnement, aide individuelle ou mutualisée, connaissent les mêmes difficultés de réalisation. Si on considère que les aides individuelles peuvent être envisagées pour des élèves en situation difficile d'inclusion, on perçoit que l'obligation de la loi n'est actuellement pas respectée. Il importe désormais de pouvoir répondre à une majorité de situations et dans des délais qui peuvent apparaître possibles pour les parents et leurs enfants. Le graphique ci-dessous montre que les deux types de demandes d'accompagnement, aide individuelle ou mutualisée, connaissent depuis 2014 les mêmes difficultés de concrétisation.



DGESCO 2017

⁵⁰ Deux départements urbains mais avec une diversité géographique et sociale similaire connaissent une situation très contrastée : environ 30 élèves en situation d'attente pour l'un et plus de 1 600 pour l'autre.

La situation de ces élèves en situation d'attente appelle des améliorations notables d'organisation. Les départements qui ont le moins d'élèves en situation d'attente ont créé des conditions de traitement qui prennent en considération les intérêts des élèves et une certaine rationalité de traitement des demandes. Ces choix demandent notamment un pilotage de qualité et un certain courage dans le choix des modalités de fonctionnement pour les autorités de l'éducation nationale comme celles des MDPH. C'est cette alliance de volontés qui peut permettre des améliorations notables et des possibilités de régulation.

Les invariants de ces fonctionnements optimisés peuvent être recensés de la façon suivante :

- un pilotage commun MDPH et DSDEN qui affirme des orientations claires et définies⁵¹ ;
- des services académiques ou départementaux avec des liens précis avec Pôle emploi et les services de la MDPH ;
- un rôle bien défini des IEN-ASH et des enseignants référents dans la chaîne de prescription⁵² ;
- des enseignants référents avec un nombre de dossiers restreints et des fonctions définies dans le suivi des dossiers ;
- des calendriers synchronisés ;
- des règles de notification définies :
 - des souplesses dans les temps d'aide humaine accordée,
 - une utilisation forte de l'aide mutualisée.
- des PPS effectifs.

2. Des difficultés à anticiper

La question de l'accompagnement humain pour l'ensemble des personnes rencontrées en académie est devenue la pierre angulaire du développement de l'école inclusive. Parmi les demandes, celle de bénéficier d'une aide humaine est souvent exprimée autant par les parents des enfants en situation de handicap que par les enseignants qui souhaitent être aidés dans la prise en charge des élèves.

Face aux délais d'attente pour une orientation dans un établissement ou une structure, les parents expriment le souhait que leur enfant soit inclus dans une classe. L'aide humaine devient une compensation de la difficulté à trouver une place dans les établissements médico-sociaux notamment, mais elle exprime aussi l'espoir d'une scolarité « normale ».

Pour les enseignants, confrontés souvent à des situations complexes c'est la possibilité d'être aidés dans la prise en charge, de permettre une scolarité plus sereine. Pour les professionnels de santé,

⁵¹ Des conventions, des protocoles ou des textes communs peuvent ainsi être rédigés. La plupart s'inspirent des recommandations de la CNSA.

⁵² Le rôle des IEN-ASH est véritablement essentiel dans la coordination du fonctionnement et le rendu-compte qu'il peut en faire aux autorités.

souvent en méconnaissance des conditions de scolarisation, il s'agit de répondre à une demande affective ou une pression perçue à l'aune des situations qu'ils gèrent, par des clients qu'ils reçoivent.

Toutefois, cette demande d'accompagnement qui devrait reposer sur une analyse précise et documentée des besoins des élèves se fonde principalement sur le renseignement du GEVA-Sco par l'équipe éducative puis par l'équipe de suivi de scolarisation (ESS) pour la phase de réexamen. Le plus souvent, les équipes pluridisciplinaires de la MDPH ne remettent pas en cause les avis des différentes parties, surtout s'ils sont convergents. Comme l'indiquait un directeur de MDPH « *si tout le monde est d'accord, pourquoi dire non ?* ». Ce qui peut renforcer les malentendus et les incompréhensions entre « prescripteur » (MDPH) et « payeur » (EN).

La question toujours posée dans de nombreux rapports de l'évaluation des besoins devient plus que jamais d'actualité.

Dans ce contexte, l'augmentation du nombre d'AVS ne peut être qu'importante. La DGESCO évalue les besoins en emplois supplémentaires à 5 000 ETP pour chacune des rentrées 2018 et 2019, en lien d'ailleurs avec les évolutions tendanciennes des élèves en situation de handicap. Même à considérer avec précaution les projections tendanciennes et à en mesurer les limites, la situation de continuelle augmentation qui se vérifie chaque année ne peut qu'engager à faire évoluer un système que d'aucuns considèrent comme « à la peine »⁵³.

Dans ses projections faites jusqu'en 2022, la DGESCO estime⁵⁴ que l'augmentation de l'aide humaine avoisinerait les 20 000 emplois nécessaires de 2018 à 2022 ; considérant le caractère inéluctable de cette augmentation et ses conséquences en termes de ressources humaines, elle s'interroge nettement sur les moyens d'y faire face.

La DGRH, dans l'état des lieux qu'elle effectue, de son côté, sur les moyens AESH confirme l'évolution des besoins. Elle décompte 32 420 accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) avec la répartition suivante :

- 25 280 agents rémunérés sur Titre 2 (7 484 agents en CDI et 17 796 agents en CDD) ;
- 7 140 agents rémunérés hors Titre 2.

Parmi eux, seulement 1 559 AESH (soit 4,8 %) sont à temps complet et 26 684 AESH exercent à temps incomplet compris entre 0,5 et 0,75 ETP (soit 82,3 % de l'ensemble de l'effectif).

Ces effectifs représentent 20 652 ETP, dont 15 854 ETP rémunérés sur le Titre 2 et 4 798 ETP sur le hors Titre 2.

La DGRH précise aussi qu'au 31 décembre 2017, environ 50 000 CUI-CAE sont chargés de l'aide humaine aux élèves en situation de handicap. Dans le cadre de la programmation budgétaire 2018, en particulier dans le cadre du plan de transformation des CUI-CAE en AESH, le nombre de CUI-CAE

⁵³ *Les maisons départementales sont « à bout de souffle »* AFP du 4 avril 2018 ; Soixante-dix députés qui ont fait récemment une immersion dans la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de leur circonscription ont appelé début avril à « revisiter en profondeur » un système « à bout de souffle » pour le recentrer sur « l'accompagnement des personnes ».

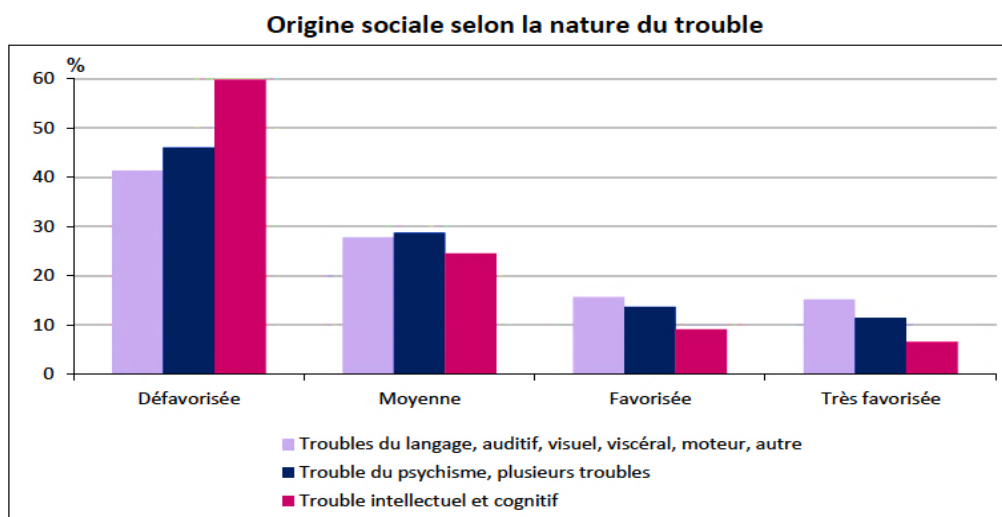
⁵⁴ Estimation fondée sur les ratios (constatées au 30 juin 2017) d'élèves / AVS de 2,63 en aide individuelle et 3,62 en aide mutualisée et sur une simple projection des tendances en termes de nombre de bénéficiaires.

chargés de l'aide humaine aux élèves en situation de handicap devrait s'élever à 30 500 à la rentrée scolaire 2018.

Au-delà des approches de gestion, la possibilité de pouvoir recruter les accompagnants nécessaires se pose déjà pour les académies et se posera donc à l'avenir de manière plus aigüe. La qualité des recrutements sera à considérer, notamment dans un marché de l'emploi qui devient plus concurrentiel. L'attractivité du métier d'AESH entrainera une interrogation des postulants quant à son attractivité comparée à d'autres possibilités de métiers.

- **Des situations diverses selon l'origine sociale et la géographie**

Dans la gestion des modalités de scolarisation pour les élèves en situation de handicap, il convient de considérer l'équité sociale et géographique. Il apparaît que la situation sociale des parents a une influence sur la nature des troubles détectés et tend à déterminer des « carrières scolaires différentes » pour les enfants.

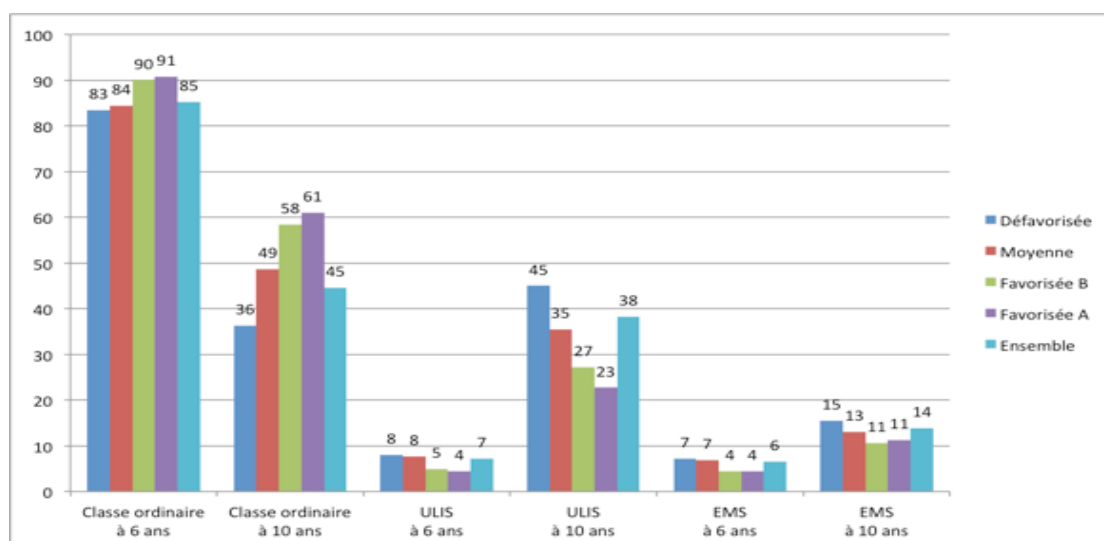


Sources : MENESR-DEPP 2015

Une meilleure connaissance des aspects réglementaires mais aussi des « codes » de suivi des élèves dans les institutions peut influencer sensiblement sur le devenir scolaire. L'orientation en classe ou en établissement spécialisés montre un différentiel non négligeable selon l'origine sociale dans le premier comme dans le second degré. *A contrario*, l'inclusion en classe ordinaire est plus fréquente pour les catégories favorisées.

Cette approche nécessite de mesurer, dans la chaîne d'analyse et de prescription, les possibilités de mobilisation des parents à chaque étape d'un parcours souvent complexe et douloureux. Elle oblige aussi à interroger les représentations que les différentes commissions peuvent avoir de chaque situation en fonction des projections qu'elles peuvent envisager pour l'élève. L'absence de projet personnalisé de scolarisation, voire de suivi d'évaluation, peut contribuer à ces parcours socialement définis, comme le montrent les tableaux ci-dessous.

Le devenir des enfants en situation de handicap à 10 ans
Niveau atteint à six ans et à dix ans selon l'origine sociale en 2016-2017, en %⁵⁵.



Champ : France métropolitaine + DOM hors Mayotte, public + privé DEPP

Source : MEN-MESRI-DEPP - panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005

À ces inégalités entre catégories socioprofessionnelles (CSP), s'ajoutent deux types d'inégalités territoriales : d'une part une inégale répartition sur le territoire national des services et des établissements qui influent sur la diversité des orientations possibles et d'autre part des différences entre académies dans les réponses données aux demandes d'accompagnement.

Ainsi la progression des prescriptions d'aides individuelles et mutualisées entre le 30 juin 2016 et le 30 juin 2017 au niveau national est de 12 %, mais elle n'est pas répartie de façon homogène entre les académies. Certaines académies peuvent connaître une baisse relative là où d'autres progressent de 40 %.

Le pourcentage d'élèves en situation de handicap bénéficiant d'une prescription d'aide humaine, par rapport à tous les élèves scolarisés, varie également selon les académies, par exemple de 0,7 % à 1,7 %.

La part de l'aide mutualisée sur le total des aides d'accompagnement est de 40 % au niveau national, mais varie sensiblement d'une académie à l'autre. Une académie atteint 78 % d'aide mutualisée dans ses accompagnements, alors qu'une autre a très peu développé ce type d'aide. La mission observe que les départements visités qui ont une faible part d'élèves en attente ont développé prioritairement l'aide mutualisée.

Le nombre d'heures prescrites par élève bénéficiant d'une prescription d'aide humaine individuelle est en moyenne de 15 heures au niveau national, mais, là encore, des disparités importantes sont constatées entre les académies (au-delà de 20 heures pour certaines)⁵⁶.

⁵⁵ 15 % des élèves en situation de handicap d'origine défavorisée sont en EMS à dix ans alors que 11 % d'élèves favorisés le sont. 36 % d'élèves défavorisés sont en classe ordinaire pour 61 % d'élèves favorisés.

⁵⁶ Séminaire de rentrée scolaire 2017 accompagnement des élèves en situation de handicap, CNSA / DGESCO.

Ces différences mettent en évidence la difficulté de conduire une politique publique sans que des inégalités apparaissent. Mais elles expriment aussi la valeur d'un pilotage académique ou départemental sur le sujet. Dans ce contexte, indépendamment du développement des moyens alloués pour soutenir l'école inclusive, la qualité de la gouvernance menée par les différents responsables de l'éducation nationale, de la MDPH, du Conseil départemental et de l'ARS est déterminante. Les documents fournis par la CNSA et le ministère de l'éducation nationale peuvent largement favoriser les *bonnes pratiques* mais la volonté de s'en saisir et de les mettre en œuvre revient aux acteurs locaux.

3. L'attribution de l'aide doit correspondre aux besoins de l'enfant

3.1. Entre aide individuelle et aide mutualisée, des pratiques disparates

La CDAPH, après examen de la MDPH, peut prescrire trois modalités d'accompagnement scolaire :

- un accompagnement individuel à temps plein sur tout le temps scolaire (AVS-i) ;
- un accompagnement individuel à temps partiel, en précisant des quotités horaires (6, 8 ou 10 heures, etc.), (AVS-i temps partiel) ;
- un accompagnement mutualisé sans quotité horaire (AVS-m).

S'ajoute à ces trois catégories d'accompagnement en milieu scolaire ordinaire, l'accompagnement collectif destiné aux dispositifs Ulis (AVS-co).

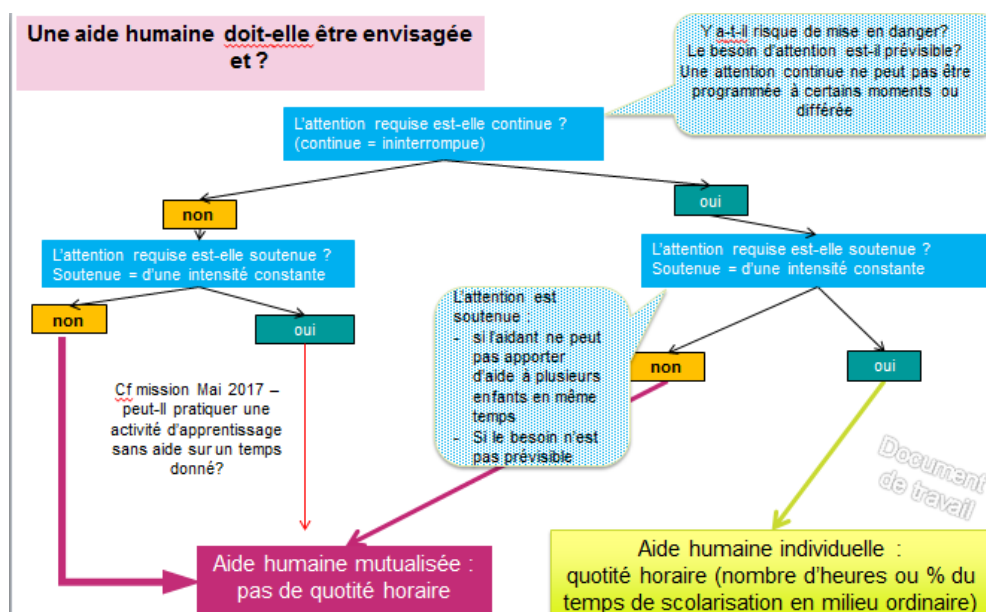
L'article D. 351-16-2 du code de l'éducation précise que la personne chargée de l'aide mutualisée peut aider plusieurs élèves handicapés simultanément.

La circulaire 2017-84 vient utilement expliciter la législation. Elle expose clairement le principe de la priorité donnée à l'aide mutualisée en indiquant que « (l'aide individuelle)⁵⁷ est accordée lorsque l'aide mutualisée⁵⁸ ne permet pas de répondre aux besoins d'accompagnement de l'élève en situation de handicap », pour qui une aide soutenue et continue est nécessaire.

⁵⁷ « **L'aide individuelle.** Conformément à l'article D. 351-16-4 du code de l'éducation, elle est attribuée par la CDAPH, à un élève qui a besoin d'un accompagnement soutenu et continu, pour une quotité horaire déterminée. **La nécessité d'avoir une aide soutenue et continue** s'applique à tout élève qui ne peut pratiquer les activités d'apprentissage sans aide durant un temps donné. **Elle est accordée lorsque l'aide mutualisée ne permet pas de répondre aux besoins d'accompagnement** de l'élève en situation de handicap. La CDAPH détermine les activités principales de la personne chargée de l'aide humaine individuelle. » Circulaire MENE n° 2017-084 du 3 mai 2017, mission et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap.

⁵⁸ « **L'aide mutualisée.** Conformément à l'article D. 351-16-2 du code de l'éducation, elle est attribuée à un élève par la CDAPH, lorsqu'il a besoin d'un accompagnement sans qu'il soit nécessairement soutenu et continu. **La CDAPH détermine les activités principales de la personne chargée de l'aide humaine mutualisée, sans précision de quotité horaire.** L'organisation de l'emploi du temps de ces personnels doit permettre la souplesse nécessaire à l'action de la personne chargée de l'aide humaine mutualisée, **qui peut être mobilisée pour un ou plusieurs élèves à différents moments.** Lorsqu'un personnel chargé de l'aide humaine mutualisée suit plusieurs élèves sur un même établissement scolaire, le partage de son temps en plages horaires fixes dédiées doit faire l'objet d'une concertation avec le directeur d'école ou le chef d'établissement. » Circulaire MENE n° 2017-084 du 3 mai 2017, mission et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap.

L'arbre d'aide à la décision élaboré par la CNSA, la DGESCO et des représentants de MDPH tente de clarifier les critères de prescription d'aide individuelle ou mutualisée⁵⁹.



Ce schéma, certes assez simple, paraît efficace, mais il ne permet pas :

- de prioriser l'aide mutualisée par rapport à l'aide individuelle ;
- d'explicitier les quotités horaires en cas d'aide individuelle à temps partiel ;
- de faire la différence entre une aide mutualisée et une aide individuelle de quelques heures.

3.2. Des souplesses de prescription à déterminer

L'accompagnement humain a vocation à favoriser l'autonomie de l'élève, et non à se substituer à lui, sauf lorsque c'est nécessaire. L'élève en situation de handicap doit bénéficier de moments sans accompagnement pour développer son autonomie⁶⁰. L'accompagnement est nécessaire à certains moments (par exemple : lors de l'entrée en classe pour préparer son travail) et pour certaines disciplines (par exemple, concernant les apprentissages fondamentaux en français, mathématiques).

L'accompagnement individuel à temps complet sur le temps scolaire est indispensable pour la scolarisation de certains élèves en situation de handicap qui ont besoin d'une aide en permanence, soit pour compenser des déficiences motrices (par exemple), soit pour prévenir et endiguer des états de crise (par exemple dans les cas de troubles du spectre de l'autisme). Ce type d'accompagnement devrait être strictement limité aux situations qui le justifient.

⁵⁹ CNSA : journées « correspondant scolarisation » des 14 et 15 novembre 2017 : restitution.

⁶⁰ cf. circulaire n° 2017-084 du 3 mai 2017, missions et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap.

Dans le cas de l'accompagnement individuel à temps partiel, avec des quotités horaires déterminées, la mission a constaté que ces quotités peuvent souvent paraître artificielles, trop rigides et donc insuffisamment adaptables aux besoins effectifs de l'élève dans l'établissement.

Les quotités horaires ont créé un système rigide, inadapté aux besoins de souplesse de l'organisation au sein d'un établissement. Que se passe-t-il lorsque l'élève dont s'occupe l'AVS pendant 6 h est absent ? Quelle est l'utilité de l'AVS qui est disponible pendant le temps de chorale de l'école ?

À partir du moment où l'élève n'a pas besoin d'un accompagnement à temps plein sur son temps scolaire, il est possible de mutualiser son accompagnement, c'est-à-dire qu'une même aide humaine s'occupe de plusieurs élèves en même temps : soit au sein d'une même classe, soit alternativement selon les besoins des élèves, en privilégiant la souplesse d'intervention et son adaptabilité tout au long de l'année scolaire.

Plusieurs départements visités par la mission ont adapté le cadre posé par les textes en ne retenant que deux systèmes d'accompagnement : l'aide individuelle à temps plein et l'aide mutualisée.

Cette évolution a été initiée par la MDPH ou par les services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN). Dans certains départements, il a été considéré qu'en dessous d'une certaine quotité horaire (15 h par exemple), la nécessité d'une présence continue et effective n'était pas avérée et que l'aide mutualisée était donc suffisante. Dans d'autres départements, les prescriptions d'aide individuelle sont devenues vraiment exceptionnelles, la règle étant les prescriptions d'aide mutualisée, conformément à la réglementation.

Selon les informations transmises à la mission, très peu de recours ont été déposés à la suite d'un accompagnement par une AVS mutualisée alors que la notification de la MDPH précisait « AVS-i ». Compte tenu des contraintes en ressource humaine et des temps d'attente parfois très longs, les familles ont accepté l'aide mutualisée, et d'autant mieux quand cette évolution a été soutenue par une communication adéquate. Ce constat s'ajoute aux autres observations sur cette modalité d'organisation.

Bonnes pratiques dans la mise en œuvre de l'aide mutualisée

- 1- Les prescriptions d'aide individuelle sont exceptionnelles et limitées à un temps plein, c'est-à-dire 24 h en primaire, ou d'une quotité horaire supérieure à 15 h. Dans les autres cas, l'aide mutualisée est appliquée sans quotité horaire.
- 2- L'aide mutualisée est prescrite systématiquement pour les élèves « dys », afin d'aider à la mise en place du matériel pédagogique et ainsi développer l'autonomie.
- 3- L'aide mutualisée est prescrite pour toute première notification d'aide humaine.

3.3. Les conditions de réussite de l'aide mutualisée

La mission considère que la réussite de l'accompagnement mutualisé passe par une gestion très fine de l'affectation des AVS et d'une adéquation des profils, ainsi qu'un réel investissement du personnel en charge à tous les niveaux.

L'organisation de l'aide mutualisée suppose de laisser des marges de manœuvre suffisantes aux écoles et aux établissements pour gérer les AVS et leurs emplois du temps. La mission a constaté qu'il s'agissait d'une demande récurrente des établissements.

Une académie a l'intention d'expérimenter l'édiction d'une règle sur le nombre maximum d'adultes par classe, pour éviter un nombre excessif d'accompagnants individuels par classe, qu'elle soit ordinaire ou en Ulis. Le recrutement d'accompagnant rattaché à un établissement ou à un pôle d'établissements plutôt qu'à un élève devrait également être expérimenté.

- **Des expérimentations qui, dans le respect de la notification de la décision, visent à affecter l'aide humaine à un établissement plutôt qu'à un élève**

Certains départements se sont heurtés à des réticences face au déploiement de l'aide mutualisée. Pour contourner cette difficulté, un rectorat a engagé un dispositif expérimental permettant de déployer une aide coordonnée au sein des établissements. Le rattachement des AVS à l'établissement est gage d'une plus grande souplesse de gestion et permet de répondre à la prescription de la CDAPH.

La mission a également constaté, dans plusieurs départements, le souhait de gérer l'aide humaine au niveau de l'école ou de l'établissement plutôt que de l'affecter à un seul élève. L'affectation de l'accompagnement humain à l'établissement aura également pour conséquence une stabilisation des personnes dans leur emploi et leur affectation et une participation accrue au projet d'école, aux conseils de classe et aux conseils d'école, ce qui a souvent été demandé par les chefs d'établissements, les enseignants ainsi que par les AVS.

L'AVS géré ainsi au sein de l'établissement pourra mieux adapter son temps aux élèves handicapés soit dans la classe, soit hors de la classe. L'aide coordonnée est organisée par l'équipe éducative sous l'autorité du chef d'établissement, contrairement à l'aide mutualisée dont l'organisation par la DSDEN est répartie sur prescription de la CDAPH entre plusieurs élèves. Cette flexibilité permettrait d'offrir des plages de répit aux enseignants dans le cas de troubles du comportement (répit perlé). Une telle organisation est plus adaptée pour les enseignants, les AVS et les élèves et propose un traitement plus rapide des situations.

Un dispositif expérimental PAAC (pôle accompagnement et accessibilité pédagogique)

Un projet académique vise à proposer une nouvelle organisation de l'aide humaine, qui permettrait de la coordonner au niveau de l'établissement ou de l'école. Ce dispositif permettrait de sortir de l'attribution systématique d'une aide individuelle ou d'une aide mutualisée fondée sur une juxtaposition d'aides individuelles ($AVS-m = AVS-i + AVS-i + AVS-i$).

Le dispositif PAAC est intéressant dans sa démarche. Il vise dans un premier temps à récolter l'avis de toutes les parties prenantes et à faire un état des lieux de la situation et des besoins. Le dispositif d'aide « coordonnée » sera expérimenté dans des établissements volontaires choisis dans le département. Dix établissements se sont portés volontaires dans le Vaucluse. Enfin, une évaluation de l'expérimentation permettra d'évaluer la qualité des accompagnements.

4. Des dispositifs organisés pour le parcours d'élèves en difficulté mais insuffisamment utilisés

4.1. Une diversité de dispositifs autres que le PPS : PPRE, PAI, PAP

La circulaire du 8 août 2016 du ministère de l'éducation nationale concernant les « *parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires* », fournit une utile référence pour se repérer dans ces dispositifs.

Elle rappelle en effet que :

« *La réponse de première intention est celle de l'enseignant au sein de la classe qui peut faire appel au réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) en cas de nécessité.* » ;

« *des dispositifs permettent de répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves ne nécessitant pas de recourir à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)* ».

Cette circulaire présente ensuite, à grands traits, trois de ces dispositifs :

Le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) défini à l'article D. 311-12 du code de l'éducation concerne les élèves qui risquent de ne pas maîtriser certaines connaissances et compétences attendues à la fin d'un cycle d'enseignement. Il s'agit d'un plan coordonné d'actions conçu pour répondre aux besoins de l'élève, allant de l'accompagnement pédagogique différencié conduit en classe aux aides spécialisées ou complémentaires. Il est élaboré par l'équipe pédagogique, discuté avec les parents et présenté à l'élève.

Le projet d'accueil individualisé (PAI) défini dans la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 permet de préciser les adaptations nécessaires (aménagement d'horaires, organisation des actions de soins, etc.) pour les enfants et adolescents dont l'état de santé rend nécessaire l'administration de traitements ou protocoles médicaux afin qu'ils poursuivent une scolarité dans des conditions aussi ordinaires que possible. Il est rédigé en concertation avec le médecin de l'éducation nationale qui veille au respect du secret médical.

Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) défini dans la circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015 permet à tout élève présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique. Il est (...) révisé tous les ans afin de faire le bilan des aménagements et adaptations pédagogiques déjà mis en place et de les faire évoluer. Le PAP peut être proposé par l'équipe pédagogique ou la famille et nécessite l'avis du médecin de l'éducation nationale. Il relève du droit commun et n'ouvre pas droit à des mesures de compensation (matériel pédagogique adapté, maintien en maternelle etc.) ou de dispense d'enseignement.

Ces réponses diverses doivent permettre de ne pas mobiliser dans l'immédiat une demande à la MDPH. Or lors des visites effectuées par la mission, si le PPRE est bien envisagé par les établissements, le PAP n'apparaît pas bénéficier d'une mobilisation forte. Certes l'absence de médecins scolaires a une incidence sur cette mobilisation des dispositifs idoines mais il semble que le recours à la MDPH soit une solution souvent immédiate. L'accompagnant devient une condition *sine qua non* de la scolarisation de l'élève en situation de handicap. Il devient aussi un recours pour les élèves en grande difficulté scolaire. Pourtant le PAP constitue souvent, quand il est bien suivi dans la

mise en œuvre, une réponse adaptée à la « grande difficulté scolaire »⁶¹. Il pourrait permettre d'éviter le recours à une saisine de la MDPH, voire à rendre plus progressives et plus cohérentes les étapes de l'aide apportée.

Les raisons de cette situation sont complexes car les différents acteurs – parents ou enseignants – peuvent considérer que la saisine de la MDPH pourra répondre plus efficacement que les dispositifs de droit commun à la situation scolaire des enfants concernés. La mobilisation de tous ces dispositifs, avant toute demande d'aide, devrait être une règle. Elle ne l'est pas et cet état de fait contribue à renforcer la demande d'accompagnement humain pour répondre à toute une diversité de difficultés constatées, qu'elles soient de l'ordre du handicap ou pas. La faiblesse des refus des CDAPH contribue finalement à renforcer les démarches de demande d'aide humaine. On peut aussi envisager que le caractère opposable du PPS crée les conditions d'un recours possible, ce que ne permettent pas d'autres dispositifs.

4.2. Le PPS et GEVA-Sco : deux documents pour un même projet ?

La loi du 11 février 2005 précise⁶² qu'« il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire ».

À la suite, plusieurs textes ont donné corps à cette affirmation, notamment la loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'école de la République et le décret du 11 décembre 2014 sur la scolarisation des élèves en situation de handicap. Dans leur prolongement, deux arrêtés interministériels du 6 février 2015⁶³ font référence au PPS et au GEVA-Sco. Quant à la circulaire du 8 août 2016 (déjà citée), elle réaffirme les principes et les traduit en action (trois formulaires de mise en œuvre sont en annexe de cette circulaire) :

- « le PPS est proposé à la famille qui peut formuler ses observations à la CDAPH. Il est ensuite adopté par la CDAPH, puis transmis à toutes les personnes concernées, c'est à dire à l'élève majeur ou, s'il est mineur, à ses parents ou à son responsable légal, à l'enseignant - référent, au directeur de l'établissement scolaire ou de l'établissement ou service médicosocial ;
- le PPS est révisé au moins à chaque changement de cycle ou, à la demande de la famille, à chaque fois que la situation de l'élève le nécessite ».

La circulaire affirme aussi que le PPS comprend quatre grandes rubriques :

- le ou les établissements où l'élève est effectivement scolarisé ;

⁶¹ Cf. rapport IGAENR - IGEN n° 2013-095 : le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire. Ce rapport met en évidence, outre la nécessité du repérage précoce des difficultés des élèves, la nécessité d'offrir des réponses pédagogiques et éducatives à leurs difficultés constatées.

⁶² Art. 19 de la loi, modifiant l'art. L. 112-2 du code de l'éducation, 2^{ème} alinéa.

⁶³ Arrêté du 6 février 2015 (NOR MENE1502766A) relatif au document formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D. 351-5 du code de l'éducation. Arrêté du 6 février 2015 (NOR MENE1502719A) relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco).

- les objectifs pédagogiques. Ces objectifs tiennent compte de l'éventuelle nécessité d'adapter la scolarisation de l'élève en fonction des besoins particuliers résultant de son handicap ;
- les décisions prises par la CDAPH en matière de scolarisation ;
- les préconisations utiles à la mise en œuvre de ce projet, tels que le niveau d'inclusion lors d'une scolarisation en dispositif collectif ou les types d'aménagements pédagogiques nécessaires.

L'implication, à chaque étape du PPS des responsables de l'éducation nationale est clairement précisée, tant dans l'arrêté du 6 février « GEVA-Sco » (ci-dessous) que dans la circulaire du 8 août 2016⁶⁴ :

Articles 1 et 2 de l'arrêté du 6 février 2015 (NOR MENE1502719A) relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco)

Article 1 : Lorsqu'un élève (...ou) ses responsables légaux, a saisi la maison départementale des personnes handicapées d'une première demande d'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation, les informations relatives à sa situation scolaire peuvent être recueillies au moyen du document intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco première demande) annexé au présent arrêté. À la demande de l'élève (... ou) de ses responsables légaux, ce document est renseigné par **l'équipe éducative**.

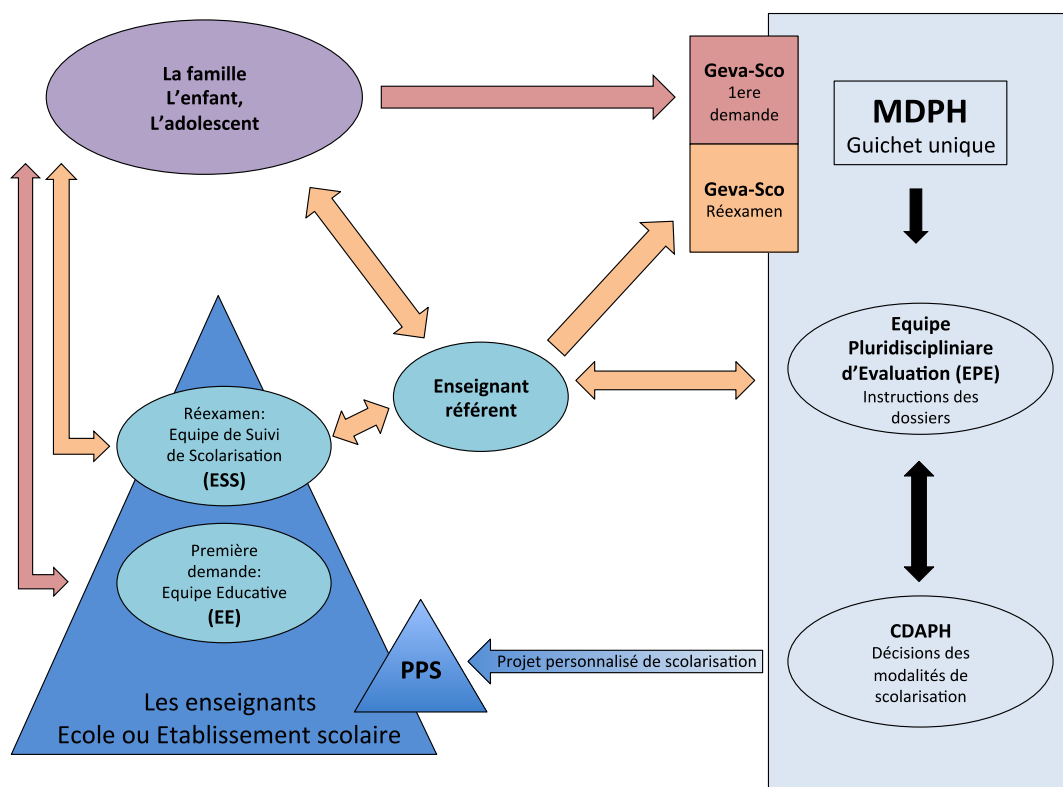
Article 2 : **d'un** Lorsqu'un élève en situation de handicap bénéficie d'un projet personnalisé de scolarisation, **l'équipe de suivi de la scolarisation** définie à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation procède au moins une fois par an à l'évaluation de ce projet et de sa mise en œuvre. Les informations recueillies au cours de cette réunion sont transcrites dans le document intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco réexamen) annexé au présent arrêté.

En dépit de ce cadrage réglementaire, précis mais complexe, illustré dans le schéma ci-dessous, une large majorité des départements n'élaborent pas ou peu de PPS et s'appuient sur le GEVA-Sco.

⁶⁴ La circulaire dit la même chose que l'arrêté, mais de façon différente ; ainsi au 3.2 Le GEVA-Sco :

« Dans le cas d'une première demande d'un dossier MDPH, l'équipe éducative renseigne, à la demande de la famille, le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco première demande). Ce document repose sur l'observation de l'élève en milieu scolaire. Il s'agit de réaliser, en l'objectivant, un bilan des connaissances et compétences de l'élève à un moment donné. Le GEVA-Sco première demande, transmis à la MDPH par la famille, permet à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) d'analyser la situation et les besoins de l'élève et de proposer, le cas échéant, un PPS.

Lorsqu'un élève est déjà bénéficiaire d'un PPS, l'ESS se réunit tous les ans pour évaluer les compétences, les connaissances acquises et les difficultés qui subsistent au regard des aménagements, adaptations, orientations et compensations mis en œuvre. Ces informations sont recueillies à l'aide du GEVA-Sco réexamen. »



4.3. Le PPS un dispositif pertinent ?

Pour aider les MDPH dans la réalisation des PPS, la CNSA coordonne le réseau des « correspondants de scolarisation » désignés par les MDPH et propose des outils nombreux (guides, arbres décisionnels, dossiers techniques, outils d'appui aux pratiques portant sur les différentes missions des MDPH, etc.). Le PPS constitue le document de référence du parcours de l'élève en situation de handicap. Il définit *a priori* et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

Il faut toutefois convenir que cette volonté d'aide et d'harmonisation ne se retrouve pas dans les pratiques observées. Le PPS n'est pas mis en œuvre dans un nombre important de départements. Certains le réservent pour des situations difficiles, d'autres n'en font pas et se servent du GEVA-Sco comme projet de scolarisation. Ceux qui fondent le parcours de l'élève sur un PPS dûment rédigé sont relativement rares.

Les raisons données par les différents acteurs⁶⁵ à cette situation sont souvent les mêmes : manque de temps, difficulté de remplir les documents, une « lourdeur » dans le suivi des dossiers, des procédures trop lourdes. La simplicité du GEVA-Sco comme document alternatif au PPS est souvent évoquée.

⁶⁵ MDPH, DASEN, IEN-ASH, enseignants référents notamment mais aussi parents, associations et membres des CDAPH.

Nous pouvons reprendre, sans en changer un mot, les propos du rapport n° 2012-100⁶⁶ qui indiquait que « *dans certains départements, il n’y a pas de PPS... Certains acteurs interrogés dans les écoles et les établissements secondaires ignorent même l’existence et la fonction de ce dispositif* ». Cette continuité dans les observations pose clairement la question de la pertinence de ce document qui, *in fine*, est évoqué au niveau national pour être mis en œuvre dans quelques départements, avec une élaboration « déléguée à l’éducation nationale ».

Bien plus, ce qui apparaît désormais comme « paysage » du parcours scolaire des élèves est une confusion dans les différents documents et un suivi qui n’est pas réalisé. Le GEVA-Sco, le PPS, le document de mise en œuvre du PPS, certains projets éducatifs « maison », sont indifféremment proposés, ensemble, l’un à la place de l’autre, dans des complémentarités parfois peu cohérentes.

Pour autant les prescriptions sont bien réalisées en cohérence avec les notifications des décisions de la CDAPH. Le rôle de l’enseignant référent contribue sûrement à l’effectivité du suivi. L’absence de PPS rend toutefois plus difficile le suivi de la scolarité par les parents, voire par les professionnels.

4.4. Une évolution indispensable

Au vu des obstacles énoncés pour rédiger un PPS, à la lumière des pratiques diverses observées en la matière, il peut exister la tentation, dans une possible simplification, de supprimer purement et simplement le PPS. Si l’idée d’un GEVA-Sco exprimant une évaluation des besoins et un parcours scolaire possible n’est pas à négliger puisqu’un certain nombre de départements fonctionnent sur cette base, il faut cependant rappeler que le PPS est un document indispensable à la construction d’une cohérence d’un parcours. Il permet des boucles de régulation entre première demande et réexamen de la situation de l’élève. On ne peut que le conserver et soutenir sa rédaction même si des MDPH actuellement s’en affranchissent. Pour autant la souplesse dans la réalisation du PPS doit être repensée globalement.

S’agissant des aides humaines, la simplification doit être globale et systémique : il conviendrait de distinguer dans la notification les situations qui relèvent d’un temps complet de celles qui nécessitent un temps partiel ; affecter des AVS-co dans des établissements scolaires ou dans des secteurs géographiques.

Après renseignement d’une partie du GEVA-Sco établie par l’équipe éducative, avec les parents et l’enseignant référent, il est envisagé un accompagnement humain à temps partiel pour une action qui relève plus de la mise en accessibilité des apprentissages scolaires que d’une mesure de compensation individuelle, et transmis à la MDPH pour information et validation. À l’instar de la mise en place des aménagements et adaptations pédagogiques pour les jeunes souffrant de troubles des apprentissages qui peut être désormais décidée par les équipes éducatives, l’aide humaine coordonnée pourrait être organisée et mise en œuvre par ces mêmes équipes éducatives sans intervention de la MDPH.

⁶⁶ Opus cité p. 19-22.

Ceci permettrait de définir deux modalités de dossier de suivi :

Un GEVA-Sco simplifié qui pourrait être appelé APUI-Sco (aide personnalisée des unités inclusives) afin de bien montrer qu'il participe d'une nouvelle modalité de document transmis à la MDPH tout en constituant une première partie du GEVA-Sco.

- Cet APUI-Sco aurait ainsi deux parties distinctes : celle relevant à partir de l'analyse des besoins, des modalités pédagogiques et d'accompagnement humain y répondant et celle précisant le parcours. La MDPH serait destinataire du document de réalisation du projet par l'enseignant référent qui en fonction des évolutions de la situation devra informer la MDPH ;
- En cas de désaccord des parents avec la proposition, l'étude du dossier se poursuit avec la MDPH pour une analyse de situation en équipe pluridisciplinaire ;
- Le chef d'établissement ou l'inspecteur de circonscription, en lien avec les autorités départementales et l'enseignant référent pilote le dispositif dans sa réalisation d'attribution des moyens ;
- Un bilan régulier est effectué par l'enseignant référent en équipe de suivi de scolarisation pour prévoir les évolutions nécessaires du dispositif ou de nouvelles prescriptions ;

Un GEVA-Sco pour les situations les plus complexes qui peuvent donner lieu à une intervention d'aide humaine à temps complet et qui nécessite une étude et une analyse plus précises. Dans ce cadre le PPS est obligatoirement rédigé et suivi par la MDPH et présenté en CDAPH pour en apprécier le contenu et en valider les orientations, si elles sont estimées adéquates.

Ces deux modalités complémentaires permettraient l'introduction de prises de décision et des mises en œuvre plus souples et évolutives. Elles apporteraient des réponses de prise en charge scolaire plus rapides. Elles maintiendraient, in fine, le rôle décisionnel de la CDAPH. Elles permettraient à la MDPH de recouvrer ses capacités d'élaboration systématique d'un PPS pour tous les cas de situation de handicap qui l'exigeraient. Les droits des familles se trouveraient également préservés. Dans cette transformation, le point nodal est bien le rôle des enseignants référents qui peuvent être les garants des suivis multiples des élèves.

Ce dispositif renforce la fonction de référent dans sa dimension d'information, de coordination mais aussi de conseil des différentes parties prenantes dans le processus de prescription. Cette évolution déjà à l'œuvre dans les dispositifs étudiés lors de cette mission suppose un pilotage départemental cohérent et déterminé afin d'aider les enseignants référents dans leur fonction.

5. Au cœur de l'inclusion scolaire : les dispositifs Ulis

5.1. Les Ulis : une évolution en continu⁶⁷

Le nombre d'Ulis augmente régulièrement depuis quinze ans et permet une réponse à la diversité des situations de handicap.

La nature de l'orientation en Ulis, associée à une demande d'accompagnement, devient un enjeu du fonctionnement des prescriptions par la CDAPH. Pour autant, la CDAPH doit investir précisément le projet éducatif de chaque structure d'Ulis pour éviter, lors d'orientations associées à une demande d'accompagnement, des affectations qui modifieraient les équilibres éducatifs au sein de l'Ulis⁶⁸.

Les données chiffrées sur les nombres d'élèves concernés ont déjà été présentées et la stabilité du pourcentage des élèves scolarisés en Ulis par rapport à l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire ne peut masquer la croissance du nombre d'élèves. Elle repose sur une augmentation régulière du nombre d'Ulis qui se poursuit avec 4 785 dispositifs pour le premier degré et 3 798 pour le second degré à la rentrée 2016. Dans l'ensemble, l'évolution « respecte » la taille des académies puisque l'on peut observer un maximum d'Ulis dans les académies les plus importantes en termes d'effectifs. Toutefois, certaines académies prévoient une augmentation plus rapide de créations de ces dispositifs, notamment lorsqu'elles présentent des retards relativement aux besoins. La situation sociale des académies semble aussi un élément signifiant dans le processus de développement.

Un plan national de développement des Ulis, notamment pour répondre de manière plus efficiente au parcours des élèves, est en cours de réalisation. Il vise à répondre aux besoins des élèves par une offre plus diversifiée des solutions de scolarisation. Ce qui pose les questions du nombre d'Ulis qu'il faudrait envisager et de la nature des offres possibles en fonction des troubles repérés comme prioritaires.

L'engagement d'un département de taille moyenne

Dans un des départements visités, les Ulis « école » scolarisent 75 % des élèves handicapés en élémentaire.

Les Ulis « école » ont été répartis autant que nécessaire sur l'ensemble du territoire départemental. La création des Ulis « collège » a suivi le même principe selon une mise en œuvre simple : une Ulis par collège.

La dynamique continue au niveau du lycée : sept implantations dans des établissements du département sont prévues.

⁶⁷ Circulaire MENESR n° 2015-129 du 21 août 2015, Unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés : « à compter du 1^{er} septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis). L'appellation "classe pour l'inclusion scolaire" (Clis) est donc remplacée par "unité localisée pour l'inclusion scolaire - école" (Ulis école). Les Ulis, dispositifs ouverts, constituent une des modalités de mise en œuvre de l'accessibilité pédagogique... Les élèves orientés en Ulis sont ceux qui, en plus des aménagements et adaptations pédagogiques et des mesures de compensation mis en œuvre par les équipes éducatives, nécessitent un enseignement adapté dans le cadre de regroupements. »

⁶⁸ Dans ce contexte la participation de l'IEN-ASH et de l'enseignant référent aux différentes étapes de la prescription est particulièrement importante et à définir avec clarté.

5.2. Les dispositifs Ulis sont efficaces, efficaces et reconnus

La mission a rencontré plusieurs types de dispositifs Ulis, aussi bien en école, qu'au collège. Le type de dispositif qui apparaît le plus conforme à l'esprit de l'inclusion comprend huit à douze élèves de tous les âges⁶⁹. Le dispositif aujourd'hui ne requiert plus de former des Ulis sur la base d'une homogénéité des troubles des élèves. Cependant, les principaux groupements observés portent majoritairement sur les troubles cognitifs et les troubles du spectre autistique, ainsi que sur les troubles moteurs et les troubles sensoriels.

Selon les capacités de chacun des élèves, le temps d'inclusion dans la classe de référence est variable, il est également variable sur l'année scolaire en fonction des besoins de l'enfant et peut atteindre 90 % du temps scolaire. Le coordonnateur d'Ulis et l'enseignant, en primaire, ou le professeur principal, dans le secondaire, de la classe de référence de l'élève se coordonnent pour proposer une pédagogie adaptée à l'élève, si cela s'avère nécessaire. L'enseignement en classe de référence peut être repris en petit groupe ou en individuel dans l'Ulis.

Bonne pratique de l'inclusion d'un dispositif Ulis

Le coordonnateur du dispositif est un enseignant spécialisé, il est accompagné d'une AVS-co. Tous les élèves du dispositif ont une prescription de la CDAPH pour une orientation en Ulis.

Ils entrent d'abord dans leur classe de référence et déposent leurs affaires pour un temps en commun. Selon l'emploi du temps de chacun, ils restent en inclusion dans leur classe ou rejoignent la salle de l'Ulis pour un enseignement adapté ou une reprise d'enseignement avec le coordonnateur.

Les élèves en Ulis peuvent être suivis par un SESSAD. Il appartient au coordonnateur d'articuler les soins offerts par le SESSAD au temps scolaire. Dans les dispositifs vus par la mission, les temps de scolarisation sont préservés, et les SESSAD n'interviennent pas sur les temps d'inclusion dans les classes de référence.

• Une meilleure mutualisation de l'accompagnement humain

« Accompagnement dans les Ulis. L'affectation des personnels chargés d'une mission d'accompagnement collectif dans une Ulis du premier ou du second degré relève de l'autorité académique et ne dépend pas d'une décision de la CDAPH. Ces personnels apportent leur aide à l'ensemble des élèves du dispositif, soit au sein de l'Ulis, soit lors des temps d'inclusion dans les classes ordinaires. Ils assistent l'enseignant sans pour autant se substituer à lui pour les tâches qui ne relèvent pas spécifiquement de l'activité d'enseignement, conformément au référentiel d'activités ci-dessous. »⁷⁰

Le dispositif Ulis classique prévoit un coordonnateur qui est enseignant spécialisé et un AVS-Co. Au-delà de ce minimum, les pratiques sont très hétérogènes. Dans tous les départements visités, des cas où, en plus de l'enseignant coordonnateur et de l'AVS-Co, deux ou trois AVS pouvaient avoir à

⁶⁹ La circulaire MENESR n° 2015-129 du 21 août 2015 précise que les Ulis école ne peuvent dépasser douze élèves, au collège et au lycée le nombre d'élèves est limité à dix. Ce chiffre peut être inférieur si le projet pédagogique ou les restrictions d'autonomie des élèves le justifient.

⁷⁰ Guide de l'AVS de l'académie de Nantes, 2017.

Intervenir simultanément ont été signalés. Ces cas exceptionnels soulèvent deux types d'interrogation pour les temps de regroupement dans la classe Ulis sur la pertinence :

- de la nécessité de présence de tous ces AVS, dès lors qu'un « foisonnement » permet d'assurer une aide continue et soutenue dont les élèves handicapés ont besoin ;
- de l'effet sur la dynamique pédagogique d'une classe de dix élèves de la présence simultanée de quatre ou cinq adultes qui pose un problème de coordination et de suivi pour l'enseignant responsable du dispositif.

- **La différence de nature de l'inclusion selon le type de trouble**

Dans les dispositifs Ulis concernant des troubles moteurs ou sensoriels, l'inclusion en classe ordinaire suppose uniquement une accessibilité. Il n'en est pas de même pour les troubles cognitifs et ceux du psychisme et « du langage et de la parole » qui constituent la majorité des troubles actuellement. Les objectifs pédagogiques pour ces élèves sont peu, voire non définis. Pour les coordonnateurs Ulis « troubles des fonctions cognitives » (TFC) rencontrés, l'inclusion scolaire signifie : se sentir bien dans le collège, avoir une place de collégien dans sa classe d'âge, faire des progrès, s'habituer à travailler, s'approprier le groupe classe, travailler l'attention, bénéficier d'apports culturels, s'enrichir de la classe de référence (tutorat spontané), changer le regard des autres.

- **Les limites du dispositif Ulis**

Lorsque le dispositif Ulis devient une alternative pour les élèves en attente d'institut médico-éducatif (IME), ce qui est fréquent, le dispositif peut se trouver limité à une scolarisation au sein de l'unité sans temps d'inclusion, ce qui le rapproche alors du fonctionnement de la plupart des unités externalisées des EMS, mais sans les prises en charge complémentaires. L'esprit du dispositif peut alors se trouver dénaturé et ne peut plus assurer sa mission originelle. Dans ces cas, les handicaps des enfants ou adolescents pris en charge par l'Ulis sont sévères et, le plus souvent, demandent une prise en charge par des AVS individuels à temps complet et ne permettent pas d'inclusion dans la classe de référence⁷¹.

Bonne pratique

Pour éviter d'altérer l'esprit des dispositifs Ulis et éviter de « faire fuir » les parents dont les enfants ont une orientation en Ulis, une DSDEN a appliqué l'esprit des textes : les élèves orientés en Ulis sont affectés prioritairement dans les dispositifs Ulis. S'il reste des places disponibles, les élèves en attente d'IME peuvent également être affectés dans ces dispositifs, sinon ils sont affectés en classe ordinaire avec une AVS à plein temps. De cette manière, ce département a réussi à maintenir le sens originel des dispositifs Ulis et a limité, voire supprimé, les cas d'épuisements professionnels des coordonnateurs.

Si un élève est scolarisé en Ulis avec une aide humaine à temps complet, qu'il ne bénéficie quasiment pas de temps d'inclusion dans sa classe de référence, la question de sa prise en charge dans l'établissement médicosocial, avec unité d'enseignement (UE)⁷² mérite d'être posée. Dans cette situation, l'externalisation des unités d'enseignement dont le développement est demandé dans le

⁷¹ Exemple : enfant autiste de sept ans, maturité intellectuelle de 18 mois, inclusion impossible même avec AVS-i ... mais AVS-i en ULIS.

⁷² Voir *Les unités d'enseignement dans les établissements médicosociaux et de santé*, rapport déjà cité.

cadre de la réponse accompagnée pour tous (circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017), représente une solution. La création des unités d'enseignement en maternelle (UEM), notamment pour enfants autistes, en est une illustration.

Une Ulis-TED avec huit élèves et plusieurs AVS se rapproche d'une unité pédagogique externalisée. L'inclusion scolaire pour certains enfants handicapés demande la création de dispositifs Ulis spécifiques pour prendre en charge des élèves avec des handicaps plus sévères, mais avec des modalités de prise en charge différentes : renforcement de l'aide humaine, temps d'inclusion hors temps scolaire (périscolaire, repas, etc.)

- **Les dispositifs Ulis : un réseau et des pôles ressources**

Au-delà du dispositif même, l'Ulis a un effet sur l'ensemble de l'établissement et fait office, en quelque sorte, de pôle ressource handicap. La mission a observé que chaque fois qu'un dispositif Ulis est organisé dans une école, un collège ou lycée, l'ensemble du personnel a pu en bénéficier. Le coordonnateur a des contacts réguliers avec les enseignants des classes de référence où les élèves bénéficient de temps d'inclusion et permet ainsi la formation en continu de ces enseignants. Il sert également de personne ressource pour les enseignants qui accueillent des élèves en situation de handicap avec ou sans aide humaine, mais en dehors du dispositif. Il est une personne ressource pour les enseignants confrontés de plus en plus fréquemment à des élèves avec des troubles du comportement, mais qui n'ont pas de notification MDPH.

« Ce dispositif vise la réussite des élèves en situation de handicap mais il ouvre aussi des possibilités de différenciations pédagogiques pour tous les élèves de l'école. »⁷³

Au-delà, le coordonnateur, au côté de l'enseignant référent, peut faire le lien avec ses homologues, enseignants en UE ou UI des établissements médico-sociaux du secteur et ainsi créer un réseau de personnes ressources et renforcer la qualité de la relation avec les responsables des établissements médico-sociaux dont l'action s'inscrit dans plusieurs univers de référence.

Bonne pratique

Un coordonnateur d'Ulis a établi un lien avec les enseignants d'un IME du secteur permettant aux élèves du dispositif Ulis de faire du jardinage au sein de l'IME et aux enfants de l'IME de venir dans l'école et de profiter de temps d'inclusion.

Ce type de bonnes pratiques est encore trop rare en raison du cloisonnement observé entre les différents services responsables des enfants en situation de handicap.

- **Articulation avec les SESSAD**

Les élèves orientés vers un dispositif Ulis peuvent également être suivis par un SESSAD (voir § 7). La mission a relevé l'hétérogénéité des modalités d'intervention des professionnels des SESSAD. La bonne pratique observée à plusieurs reprises est l'intervention du SESSAD dans l'établissement pour éviter des déplacements longs et répétitifs pour l'enfant, fatigants et pénalisants pour sa scolarité et d'autant plus s'ils sont effectués sur les temps de classe. Certains établissements mettent à disposition des locaux pour que les SESSAD puissent intervenir sur place, ce n'est toutefois pas

⁷³ Note interne de la DSDEN de la Loire.

toujours le cas, en raison soit du refus des établissements par manque de place, soit d'une organisation différente des SESSAD. La mission est d'avis que des gains d'efficacité dans la prise en charge des élèves sont à rechercher dans une meilleure articulation entre les SESSAD et l'école qui peut avoir une valeur, au-delà des jeunes scolarisés en Ulis, pour l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

Les coordonnateurs d'Ulis ont régulièrement indiqué consacrer du temps pour ajuster l'intervention des SESSAD avec le temps scolaire ; mais ceci est quasi inhérent à toute situation d'intervention complémentaire. La présence dans l'école ou l'établissement, pendant un, deux ou plusieurs jours par semaine des professionnels pour effectuer les prises en charge de l'ensemble des élèves de l'école qui relève du SESSAD est possible. Une telle modalité d'organisation « sur place » des professionnels des SESSAD, faciliterait les échanges avec les enseignants spécialisés pour avoir une approche complète des besoins de l'élève. Cette articulation SESSAD / école qui suppose un vrai décloisonnement des systèmes est encore peu fréquent; mais la mission a pu constater une telle organisation.

Bonne pratique

Dans une école, le SESSAD dispose de locaux et travaille de concert avec le dispositif Ulis pour les élèves malentendants en maternelle. Le SESSAD forme l'enseignante non spécialisée en langue des signes, une AVS-co sert d'interface en langue des signes. Le SESSAD s'ajuste au mieux avec les temps d'inclusion et d'apprentissage.

- **Les dispositifs Ulis permettent de construire et de suivre le parcours scolaire de l'élève en situation de handicap**

Parce qu'il accompagne les élèves handicapés pendant plusieurs années, parce que le nombre de ces élèves, au cours d'une année scolaire, est inférieur à douze, parce qu'il est conduit à dialoguer avec d'autres adultes (enseignants des classes de référence, AVS-Co ; AVS-i) le coordonnateur en charge du dispositif peut effectivement développer une vision à long terme du parcours possible de ses élèves. Ces parcours peuvent comprendre dans certains cas des allers-retours avec une institution (IME) ou une scolarisation en classe ordinaire.

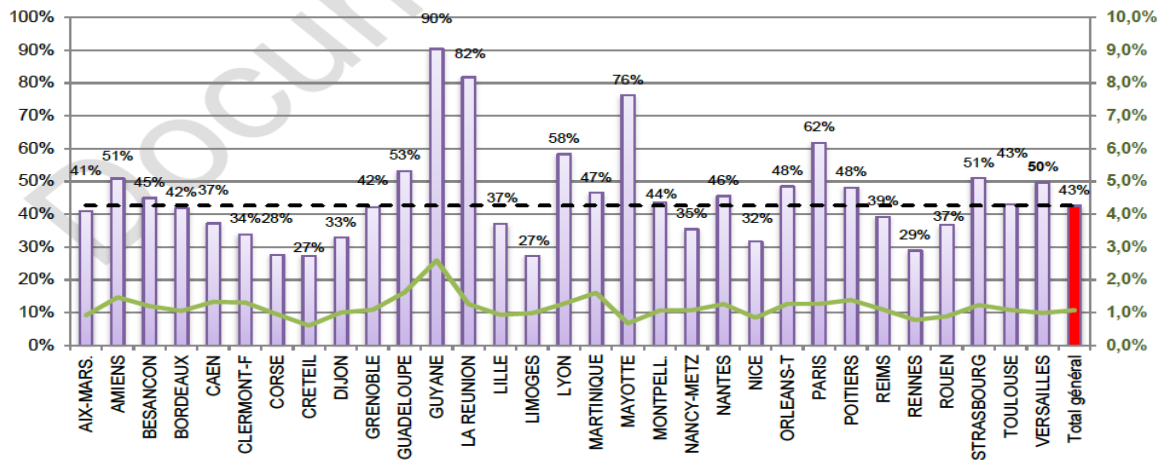
Les parcours anticipent les points de passage du primaire vers le secondaire, par exemple, ou du collège vers le lycée éventuellement. Dans les Ulis collège, des stages en entreprises sont prévus assez tôt pour créer à la fois un réseau et ouvrir des choix aux élèves. Ceci suppose que des contacts soient pris très en amont avec des entreprises locales pour identifier celles qui accepteraient de prendre des stagiaires handicapés. Cette anticipation permet également de préparer à l'entrée dans le monde du travail. Cette réflexion sur le parcours scolaire, si elle est manifeste dans les dispositifs Ulis, est très faible, voire absente dans le suivi des élèves en classe ordinaire.

5.3. Un plan pour les Ulis en collège

- **Un état des lieux**

À la rentrée 2016, 42,6 % des collèges au niveau national possèdent une Ulis, concernant ainsi 27 796 élèves. Le graphique suivant met en évidence la disparité académique des proportions en Ulis. Ainsi,

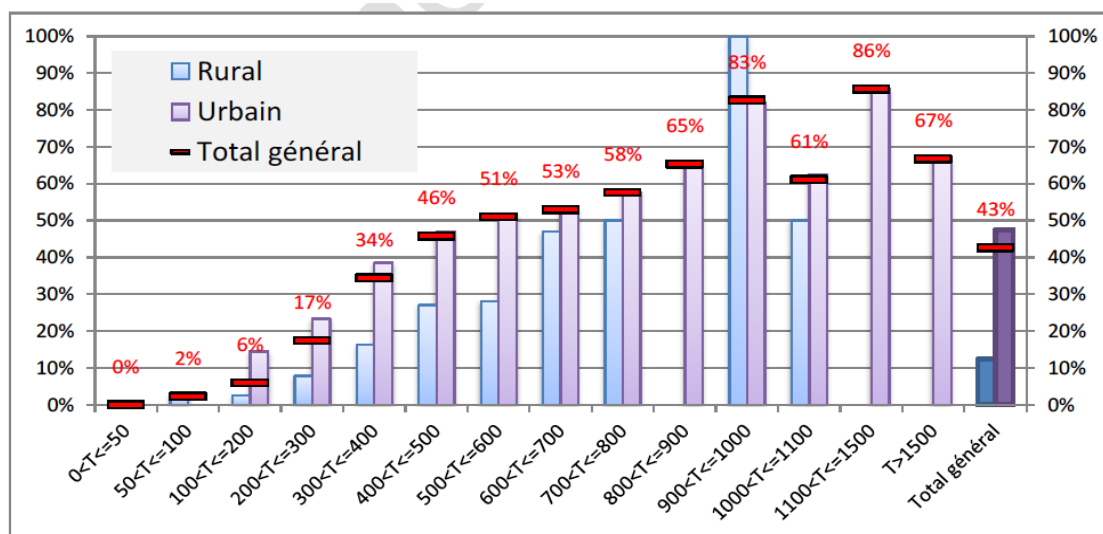
avec un nombre relativement important d'Ulis, la proportion pour l'académie de Créteil n'est que de 27 % alors qu'elle se situe à 90 % pour la Guyane.



Source : DGESCO 2017

Il y a, par ailleurs, une corrélation entre la présence d'une Ulis et celle d'une SEGPA. Ainsi, 65 % des établissements avec SEGPA scolarisent des élèves en Ulis contre 35 % pour ceux qui n'ont pas d'élèves scolarisés en SEGPA. Cet indicateur milite fortement pour une réflexion sur les souplesses d'orientation que peut offrir la présence des deux structures dans un même établissement.

La relation entre le zonage territorial, la taille des collèges et les possibilités des propositions d'orientation en Ulis est signifiante. Pour les établissements situés en milieu rural, la proportion d'établissements scolarisant des élèves en Ulis ne dépasse jamais 50 % (sauf pour un établissement situé entre 900 et 1 000 élèves, ce qui est non significatif). Il y a donc une interrogation majeure dans le cadre d'un développement des Ulis en collèges : l'accessibilité par des transports pour les enfants et les parents. Les proportions indiquées dans le graphique suivant mettent bien en lumière une baisse importante de possibilité quand il s'agit d'un petit collège.



Source : DGESCO 2017

Le nombre d'élèves par dispositif a légèrement augmenté ces dernières années pour atteindre plus de dix élèves par dispositif. Cette indication constitue un cadre pour des créations futures. Le nombre d'élèves accueillis en Ulis s'il reste dans des proportions mesurées et acceptées par les équipes de l'établissement contribue à la réussite de l'inclusion dans les classes de référence du collège. En ce sens le nombre de douze élèves est une limite qu'il convient de respecter⁷⁴.

- **Un scénario possible**

Plusieurs scénarii peuvent s'envisager en fonction des objectifs que le ministère souhaiterait s'assigner.

Actuellement sur la base d'un scénario d'augmentation de 7 % d'élèves en Ulis chaque année de 2018 à 2022, il faudrait créer 240 Ulis par an en moyenne. Ce plan déjà en cours de réalisation au vu des créations actuelles permettrait d'accueillir en 2022 environ 42 000 élèves en Ulis collège pour 28 000 aujourd'hui. L'augmentation générale du nombre d'élèves en situation de handicap, la diversité des situations académiques, peut induire une dynamique plus volontariste. Mais il faut convenir, suite à l'analyse de l'état des lieux, que le scénario d'une Ulis dans tous les collèges semble peu réaliste et serait contraire à la marge de manœuvre et de pilotage qu'il convient que les académies puissent avoir pour qu'elles adaptent au mieux l'offre et la demande de scolarisation.

En conservant ce scénario de créations d'Ulis, il conviendrait d'y adjoindre deux éléments quant à son objectif de développement. Il faudrait d'une part envisager que tous les collèges possédant une SEGPA soient rapidement dotés d'une Ulis. D'autre part, on peut envisager que dans un plan pluriannuel, le nombre de collèges avec Ulis doit atteindre au moins 50 % dans chaque académie. Ces deux objectifs demandent certainement un effort supplémentaire par rapport au scénario de base, mais il peut permettre une réponse adaptée à la scolarité des élèves et à l'accompagnement que ce type de structures peut envisager. Dans ce cadre, une réflexion sur le développement des Ulis pour l'enseignement privé apparaît comme nécessaire pour établir les cohérences territoriales.

Ce scénario suppose que la réflexion sur les moyens d'accompagnement humain soit établie sur des fondements nouveaux. L'affectation d'un voire deux AESH-co est évidemment nécessaire, selon le projet de fonctionnement, le type de classe créée, le nombre d'élèves accueillis. Il faut réduire les possibilités d'attribution d'AESH-i pour éviter une présence d'adultes trop importante dans la classe. Ce sont les besoins des élèves et le projet éducatif qui peuvent déterminer l'attribution des moyens d'accompagnement.

6. Plusieurs pistes pour soutenir les enseignants dans l'inclusion scolaire

6.1. Créer un maillage de ressources pédagogiques

Au-delà de la richesse de la documentation et des recherches rendues accessibles sur le site de l'institut national d'enseignement supérieur, de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INSHEA), la création d'un maillage des ressources

⁷⁴ Cf. circulaire du 21 août 2015 du MENESR.

pédagogiques à la portée de tous les enseignants serait un appui pour résoudre des problématiques auxquels ils peuvent être confrontés quotidiennement

- **Ces ressources pédagogiques liées au handicap peuvent prendre différentes formes**

- La mise à disposition de ressources écrites via une plateforme numérique interactive, ouverte à tous les enseignants, accompagnants et autres, permettant également l'échange d'expériences.

- La création de cellules « handicap-école » ou la désignation d'une personne « référent handicap » par établissement chargée de rassembler les informations pertinentes pour l'école ou l'établissement.

- La constitution d'équipes mobiles de « pairs expérimentés » pour répondre aux difficultés ponctuelles des enseignants dans leur classe ou la création d'une cellule d'accompagnement pluridisciplinaire en appui aux enseignants pour la prise en compte des difficultés de comportement.

- La cartographie de toutes les ressources humaines liées au handicap sur le territoire à disposition de tous les enseignants (dispositifs Ulis, EMS, enseignants référents, autres enseignants spécialisés, etc.).

- La création de réseaux d'établissements selon les troubles : un établissement « tête de réseau » est identifié, il bénéficie d'une dotation supplémentaire pour entreprendre des recherches, renseigner les collègues des autres établissements de ce réseau. Il assure la coordination du projet d'inclusion scolaire et s'assure de son inscription dans les projets d'établissements participants.

6.2. Transmettre les informations pertinentes pour la prise en charge de l'élève

Les questions posées par la transmission d'informations sont très souvent décrites dans le champ médicosocial, de même que dans le domaine éducatif. La mission a pu le constater, le regret de ne pas disposer d'informations sur la situation de l'enfant a été plusieurs fois affirmé par des enseignants ou des enseignants référents. L'argumentation est la même : « *comment pouvons-nous prendre en charge correctement un enfant, si nous ne disposons pas des informations disponibles sur ses troubles ?* » affirmait un enseignant rencontré par la mission. Apparemment indiscutable, cette situation doit être regardée à la lumière de quatre réalités qui conduisent à discuter sa pertinence :

- les modalités de travail des MDPH sont variables ; la critique n'est pas générale. Les éléments d'information utiles pour les enseignants, sont disponibles pour eux, à condition qu'ils soient transmis par les parents. L'accès des enseignants à ces informations, dont dispose la MDPH, peut être organisé via l'enseignant référent ou les enseignants qui travaillent au sein de la MDPH ;
- les parents disposent de toute l'information ; s'ils ne veulent pas la transmettre, il est difficile d'aller contre la loi qui protège les personnes (voir titre art. L. 1110-4⁷⁵ du code de la santé publique) ;

⁷⁵ Créé par la loi du 4 mars 2002 (dite Loi Kouchner), modifiée six fois depuis lors, dont par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Peut aussi être cité, l'art. L. 112-3 du CASF (créé par la loi du 5 mars 2007 : « *Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance (...) ou qui lui*

Art. L. 1110-4 du code de la santé publique

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins ... un professionnel ou un établissement du secteur social ou médicosocial ... a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne.

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médicosocial et social.

- le diagnostic médical n'est clairement compréhensible que par un médecin qui, seul, peut en mesurer le sens, les limites, la portée. Cette vérité est encore plus forte pour des diagnostics portés sur des enfants dont les symptômes ne sont pas très caractéristiques. Au demeurant, des informations peuvent toujours être demandées à des professionnels de santé connaissant l'élève handicapé ;
- les réunions d'EE, de l'ESS et les contacts avec les intervenants médico-sociaux (ou professionnels libéraux) permettent de transmettre des informations à caractère médical, sans tomber sous le coup du code pénal⁷⁶ étant donné l'absence de mention explicite des enseignants de l'Éducation nationale dans la liste des sous catégories de professionnels du 2° de l'article R. 1110-2 du code de la santé publique :

L'article. R. 1110-2 du code de la santé publique est consacré aux « professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent ». Il distingue deux catégories de professionnels :

1° : *Les professionnels de santé.*

2° : *Les professionnels relevant de sous-catégories (9 sont citées dans l'article) :*

- assistants de service social ;
- ostéopathes, chiropracteurs, (...) psychologues et psychothérapeutes, (...) aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;
- assistants maternels et assistants familiaux ;
- éducateurs et aides familiaux, (...) personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs ;
- particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées ;
- mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales ;
- non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil ;
- non-professionnels de santé prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ;
- non-professionnels de santé membres de l'équipe médicosociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie.

apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. (...). »

⁷⁶ Art 226-3 du code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. »

L'inscription de chacun des métiers qui figurent sur cette liste relève de raisons qui peuvent être comprises ou entrevues. Mais l'absence de mention des enseignants de l'éducation nationale paraît étonnante à quatre titres :

- par comparaison avec la présence sur la liste de métiers tels que « accompagnants éducatifs et sociaux » et « personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs » quand on sait la place d'un enseignant auprès d'un élève ;
- par référence à l'évolution vers une école inclusive, voulue par la loi et qui s'inscrit progressivement dans la réalité comme de nombreux paragraphes de ce rapport le montrent ;
- parce que la pratique d'échanges d'informations confidentielles, dont certaines à caractère médical, est déjà organisée par la loi pour permettre aux enseignants de remplir leur rôle dans le domaine de la protection de l'enfance ;
- parce qu'il serait très utile de permettre à des enseignants de remplir efficacement leur rôle auprès d'enfants ou d'adolescents en situation de handicap, en leur fournissant certaines informations nécessaires à une bonne prise en charge (et en leur rappelant que les informations qui leur sont communiquées ne peuvent être diffusées).

Et, donc, il convient de réfléchir, dans une perspective d'école de plus en plus inclusive, à l'addition de la catégorie « enseignants de l'éducation nationale » à la liste de l'article R. 1110-2 CSP, au côté des autres « professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge ».

Une telle évolution serait en outre cohérente avec la pratique de certaines MDPH qui envoient les notifications détaillées de la CDAPH aux organismes concernés⁷⁷ par la prise en charge de l'élève en situation de handicap et les accompagnent d'informations pertinentes sur les besoins du jeune en relation avec ses troubles⁷⁸. Les principales informations sur la situation de l'élève sont ainsi partagées entre toutes les personnes responsables de son suivi. Cette pratique évite que chacun ne fabrique son propre diagnostic sur la base d'informations orales partielles et de mauvaises interprétations⁷⁹.

6.3. Développer le recours au matériel pédagogique adapté

La scolarité d'un élève handicapé peut être facilitée par l'utilisation de matériel pédagogique adapté. Des crédits inscrits au budget du ministère en charge de l'éducation nationale permettent de financer le prêt de ces matériels aux élèves en situation de handicap.

⁷⁷ Article R. 241-32 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : « la décision de la CDAPH est notifiée (...) à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'aux organismes concernés ».

⁷⁸ En cohérence avec l'article R. 241-31 CASF : « Les décisions de la CDAPH sont motivées. (...) »

⁷⁹ Des responsables d'associations de parents ont attiré l'attention sur la notion de « handicap trompeur » : on attribue à un élève un handicap ou un comportement qu'il n'a pas. Selon eux, cette conséquence est plus néfaste que le partage de l'information sur un « handicap invisible ».

Enquête handicap RS 2015

36 806 élèves disposent d'un matériel pédagogique adapté.

Soit 13,2 % des élèves en situation de handicap :

- 4,3 % en préélémentaire ;
- 7,5 % en élémentaire ;
- 21,9 % dans le 2nd degré.

PRESCRIPTIONS : MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE ADAPTÉ

1 ^{er} degré	2 nd degré
8 216 prescriptions	26 692 prescriptions
■ 5,1% des élèves	■ 22,4% des élèves
■ Couverture : 79%	■ Couverture : 85,3%
10 747 attributions	26 059 attributions
39,6% des élèves bénéficient d'un matériel sans prescription	12,7% des élèves bénéficient d'un matériel sans prescription



DGESCO A1-3
Accompagner les élèves en situation de handicap

16

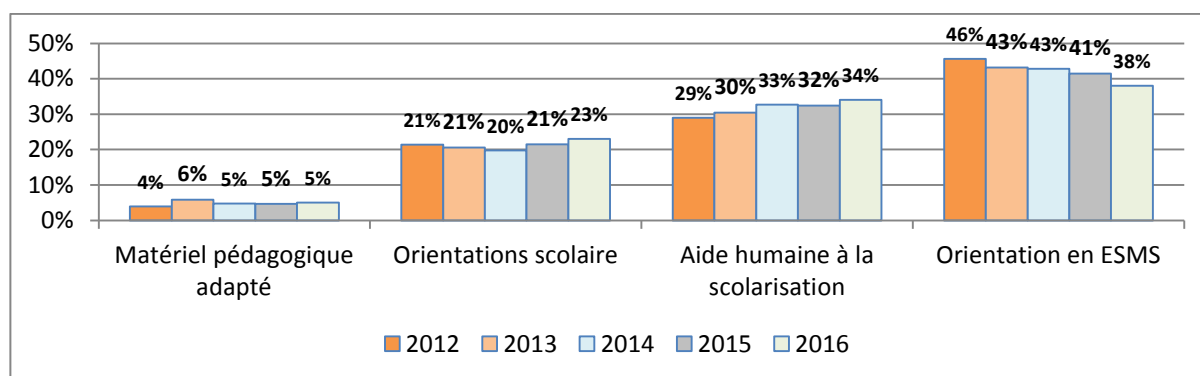
Les matériels qui peuvent faire l'objet d'achat ou éventuellement de location doivent avoir un rôle à visée pédagogique (matériels informatiques notamment tels que clavier braille, périphériques adaptés, logiciels spécifiques, etc.). Ils répondent aux besoins particuliers des élèves. Le matériel à usage individuel, dont l'État reste propriétaire, est mis à disposition de l'élève dans le cadre de conventions de prêt avec les familles. L'élève en conserve l'usage tout au long de sa scolarité, même s'il change d'école, d'établissement ou de département au sein de la même académie.

L'attribution d'un matériel pédagogique adapté relève d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), après évaluation des besoins par l'EPE de la MDPH.

La mission a pu constater que le succès de l'utilisation du matériel pédagogique adapté (MPA) est lié à la présence dans le département d'un enseignant référent spécialiste des usages numériques en capacité de former les enseignants et les parents à l'utilisation des appareils informatiques et des logiciels spécifiques, ainsi que de la veille technologique dans ce domaine.

Bien utilisé, et au-delà de l'aspect financier, le MPA contribue à développer l'autonomie de l'élève dans les apprentissages. La réussite de l'utilisation dépend toutefois de l'accompagnement de l'élève, voire des parents, à la prise en main, ainsi que du suivi et de la maintenance du matériel, dont l'absence peut être un facteur de non optimisation voire d'abandon du MPA.

Évolution de la composition des droits accordés spécifiquement à la scolarisation des enfants



Source : CNSA

Le graphique précédent permet de constater que le matériel pédagogique adapté est largement moins demandé que l'accompagnement humain. Une marge de progression semble possible au sein des reconnaissances de droits par la CDAPH.

Plusieurs pistes peuvent être explorées :

- privilégier la mise en place accompagnée de matériel pédagogique adapté dès l'école primaire, pour que le numérique fasse partie intégrante des compétences des élèves dans le second degré ;
- accorder le matériel pédagogique adapté aux élèves « dys » avec un accompagnement humain à temps partiel limité à un an pour la prise en main effective du matériel ;
- étendre l'attribution du matériel pédagogique adapté dans le cadre des plans d'accompagnement personnalisé (PAP) et non uniquement après décision de la CDAPH.

6.4. La réduction de la taille de la classe : une possibilité ?

La mission constate le souhait exprimé par de nombreux enseignants d'une réduction des effectifs de la classe lorsqu'un élève en situation de handicap est pris en charge afin d'améliorer l'adaptation pédagogique.

Plusieurs pays étrangers ont opté pour un ratio approprié entre enseignant et élèves afin de favoriser l'inclusion des élèves en situation de handicap, soit dans la classe ordinaire, soit en favorisant l'apprentissage en petits groupes⁸⁰. En Italie, « *la classe qui accueille un enfant en situation de handicap ne devrait pas compter plus de 25 élèves* »⁸¹.

L'accueil d'un élève en situation de handicap dans une classe à effectif plus réduit permettrait sa prise en charge avec un accompagnement humain à temps partiel, voire, selon les cas, sans accompagnement. C'est une réflexion qui serait à conduire au niveau national mais en mesurant précisément toutes les conditions d'une application.

⁸⁰ Publications de l'agence européenne pour l'éducation adaptée et inclusive : <http://www.european-agency.org>

⁸¹ Rapport IGEN - IGAENR n° 2017-118, *L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap en Italie*, février 2018.

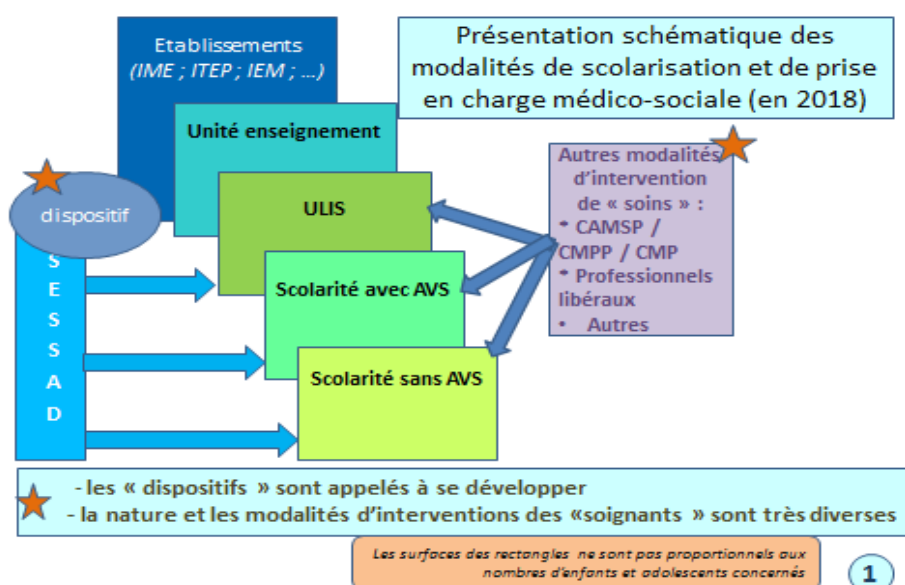
7. Les établissements et services médicosociaux et la prise en charge des élèves

Afin de bien discerner le champ de l'inclusion scolaire, la mission a considéré nécessaire d'analyser le versant médicosocial, corrélatif de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap. L'objectif de cet état des lieux est d'apporter une perspective de la progression possible de l'inclusion scolaire en milieu ordinaire et, surtout, des articulations souhaitables entre l'école et les professionnels des établissements et dispositifs spécialisés.

7.1. Une prise en charge des enfants et adolescents souvent mésestimée

Les établissements pour enfants handicapés ont historiquement joué un rôle pionnier ; ainsi l'enseignement aux jeunes sourds et aux jeunes aveugles s'est développé, fin XVII^{ème} et au XIX^{ème} siècle dans des instituts. Cette capacité d'innovation s'est prolongée pour des jeunes souffrant d'autres types de déficience. Mais, avec l'extraordinaire développement de l'inclusion scolaire, en France depuis les années 1980-1990 une sorte de confusion s'est paradoxalement introduite. Alors même que le nombre de places en établissements restait stable et qu'il croissait fortement dans les SESSAD, il est très souvent affirmé qu'il y aurait un manque de places. La comparaison entre les jeunes pris en charge dans ces services et ceux qui n'en relèvent pas est compliquée par les différences entre nomenclatures et modalités d'utilisation. S'y ajoutent, les spécificités des CAMPS, CMPP et CMP (cf. chapitre 6.3).

Préalablement à la description et l'analyse du rôle des établissements et professionnels médico-sociaux et de santé dans la prise en charge des enfants et adolescents handicapés, une présentation schématique de l'articulation de leurs interventions auprès d'un jeune handicapé⁸² est nécessaire (voir le schéma ci-dessous).



Source : mission

⁸² À un moment donné et sans par ailleurs négliger la dimension familiale et affective, ni oublier l'importance des transports dans sa vie au quotidien.

La déconnexion entre modalités de soins et de scolarisation apparaît clairement ; elle traduit les évolutions intervenues au cours des vingt-cinq dernières années.

7.2. Les données disponibles grâce aux enquêtes sur les établissements et services médicosociaux

La dernière enquête sur les établissements et services médicosociaux⁸³ porte sur 2014 et ses résultats ne sont encore que partiellement disponibles mais permettent de dresser le tableau ci-dessous. Celui-ci présente les évolutions intervenues dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés entre 1997 et 2014 et met en lumière notamment :

- la stabilité du nombre d'enfants et adolescents handicapés pris en charge en établissements ;
- au contraire, une très forte augmentation du nombre de jeunes pris en charge en SESSAD (et de création de services correspondants) ;
- et donc, au total un accroissement de 23 % du nombre de jeunes pris en charge, passant de 130 000 à 160 000 ;
- des évolutions différenciées selon les types d'établissements :
 - une diminution de 48 % du nombre de places en établissements pour jeunes déficients sensoriels (environ 5 000 places),
 - au contraire, une forte augmentation (+ 43 %) du nombre de places pour jeunes polyhandicapés (+ 1 700 places).

Nombre de places dans des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés entre 1997 et 2014 et leurs évolutions

Type de Structures	1997		2001	2006	2010	2014		Évolution (en %) 1997 à 2014	
	Nb de structures	Nb de places	Nb de places	Nb de places	Nb de places	Nb de structures	Nb de places	En nombre de structures	En nombre de places
Établissements pour enfants, dont	1 981	109 415	108 235	106 642	106 914	2 192	107 314	+ 11	– 2
Instituts médico-éducatifs (IM et IMP, IMPro)	1 194	71 346	71 207	70 012	69 592	1 216	69 233	+ 2	– 3

⁸³ Réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé et des affaires sociales, l'enquête ES, réalisée tous les quatre ans, est fondée sur un recueil très complet de données sur les établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes handicapées.

Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) / instituts de rééducation (IR) jusqu'en 2002	345	15 857	15 617	14 962	14 984	412	15 558	+ 20	- 2
Étab. pour enfants ou adolescents polyhandicapés	132	3 959	4 387	5 030	5 637	200	5 651	+ 51	+ 43
Étab. pour déficients moteurs	125	7 679	7 363	7 352	7 505	137	7 386	+ 10	- 4
Étab. pour jeunes déficients sensoriels	138	10 574	9 661	8 409	7 785	119	5 576	- 14	- 48
Étab. expérimentaux et d'accueil temporaire d'enfants handicapés	nr	nr	nr	777	nr	nr	nr	nr	nr
Services pour enfants Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et autres types de services	563	18 050	22 835	33 836	43 556	1 569	50 164	+ 178	+ 178

Présentation : mission, à partir de DREES enquêtes ES ; établissements et services pour personnes handicapées, France entière. ; situation au 31 décembre de l'année

Ces évolutions, constatées à partir de la nature juridique des établissements et services, peuvent être complétées par les chiffres issus des agréments de déficience (voir annexe), ce qui permet de mieux apprécier le nombre de créations de places pour les troubles sévères du langage (+ 670 places ; + 28,5 %), pour les troubles envahissant du développement (TED, dont autisme : + 2 440 places ; + 33,7 %) et pour la catégorie « autre déficience » : (+ 1 450 places ; + 93,7 %).

7.3. Les spécificités des CAMSP, CMPP et CMP et des maisons des adolescents

Les centres d'action médicosociale précoce (CAMSP), les centres médicopsychopédagogiques (CMPP) et les centres médicopsychologiques (CMP) constituent trois types d'organisation qui prennent en charge des enfants et adolescents handicapés d'une manière qui va au-delà d'un « soin médical » entendu de façon restrictive. Leurs interventions complètent donc celles que les établissements et services spécialisés apportent à ces jeunes.

Mais, avant de présenter brièvement l'activité de ces centres dont l'accès ne relève pas des compétences de la MDPH, l'intervention des praticiens de ville doit être soulignée. Leur rôle est souvent mis en avant « *le médecin de famille avait prescrit une AVS* », « *les parents n'ont pas les moyens de...* », tandis que les pouvoirs publics leur demandent de participer au repérage

(surdité / ob siti / ...) et aux soins (notamment *via* l'éducation thérapeutique du patient - ETP), dans des champs que les textes encore en vigueur considèrent comme relevant de la médecine scolaire. Pour autant, leur participation organisée à la prise en charge d'enfants handicapés n'est pas suffisamment prise en considération.

Au contraire, l'intervention des CAMSP, CMPP et CMP est fortement articulée avec les professionnels de l'éducation nationale. Le tableau ci-dessous permet de visualiser les objectifs et les moyens de ces trois types de dispositifs voisins mais rarement présentés de façon simultanée.

CAMSP, CMPP et CMP trois types de dispositifs pour la santé des jeunes

	CAMSP	CMPP	CMP (pour enfants)
Objet	Prévention et soins d'enfants présentant un handicap ou un risque de handicap ⁸⁴	Participation à la mise en œuvre de la politique de santé mentale Articulation étroite avec le milieu scolaire Souvent en relais de CAMSP	Organisation de base (articulation d'une vocation générale et de compétences spécifiques) pour la prise en charge des troubles psychiques
Age	0 - 6 ans (7 ans par dérogation)	Entre 0 et 20 ans selon agrément	< 16 ans
Modalités d'intervention	Ambulatoire seulement	Ambulatoire seulement	Ambulatoire principalement ; mais 2 170 lits ou places à temps complet
Professionnels	Médecins / infirmiers / psychologues / éducateur / ...	Médecins (dont pédopsychiatres) / infirmiers / psychologues / éducateurs / ...	Médecins (dont pédopsychiatres) / infirmiers / psychologues / éducateurs / ...
File active (au 31-12-2010)	65 010	175 160	505 000
Nombre de premiers contacts ayant abouti à une première consultation (en 2010)	22 930	57 790	150 000*
Nombre de personnes employées (en ETP au 31-12-2010)	2 820	4 720	20 000*
Nombre de structures (31-12-2010)	278	374 (+ 89 annexes)	1 450

⁸⁴ Les SSEFIS (Services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) jouent un rôle similaire pour les jeunes sourds et leurs parents.

champ d'intervention / droit applicable	médicosocial CASF (p. tarif CSP)	médicosocial / CASF	Sanitaire /CSP
Financement par dotation (en fonction de l'activité prévisionnelle)	OUI	OUI	OUI

Source : DREES - enquête ES 2010 ; documents de travail n° 177 (mars 2013) et Panorama des établissements de santé ; édition mars 2014 ;

* : chiffre estimé ou approximatif

S'y ajoutent les maisons des adolescents (MDA) qui représentent relativement peu en termes de nombre de contacts ou de prises en charge (de courte durée) ou d'effectifs mobilisés (moins de 500 ETP pour la France entière) mais qui constituent des lieux ressources permettant d'éviter une médicalisation de questions personnelles et qui peuvent fournir un appui aux professionnels. Complémentaires des CMP et CMPP, les MDA nouent des partenariats avec les établissements de prise en charge médicosociale ainsi qu'avec les services de l'éducation nationale. Les professionnels des MDA agissent en réseau, afin d'accélérer, selon les besoins, les prises en charge médicales urgentes ou de temporiser et prévenir (voir annexe⁸⁵).

7.4. Une évolution progressive avec des efforts de concertation et de conviction

L'équipement en établissements et services est encore fortement marqué par des choix anciens. Les institutions « spécialisées » destinées à la prise en charge des enfants et adolescents handicapés sont principalement gérées par des organismes privés, souvent des associations créées par des proches de personnes handicapées. La force de conviction des responsables de ces organismes a pendant longtemps prédominé sur la volonté de l'État⁸⁶ pour décider des créations d'établissements (en internat ou en accueil de jour) pour les enfants et adolescents (et d'ailleurs aussi pour les adultes). Les responsables de l'État étaient en effet confrontés à :

- la pénurie d'établissements et services permettant aux porteurs de projets d'argumenter auprès des DDASS, des élus et des responsables préfectoraux, pour justifier la création d'un établissement. Cette capacité présente dans les années 1980 est progressivement encadrée (comité régional de l'organisation sociale et médicosociale - CROSMS) et rationalisée par la méthode des « appels à projets » que consacre la loi HPST (2009) ;
- l'attraction du réemploi de bâtiments (châteaux et autres belles demeures) et/ou la force de l'idée d'aménagement du territoire (ou de risque de dévitalisation de certains bourgs) voire des raisons électorales (les créations d'emploi permettant de maintenir vivants des cantons grâce à l'accueil de personnes handicapés). Plusieurs départements français se trouvent encore aujourd'hui « suréquipés » à la suite de choix politiques nationaux des années 1970-1980. Le niveau infradépartemental en porte aussi la trace, car des lieux

⁸⁵ Il existe actuellement une centaine de maisons des adolescents sur le territoire national. Le territoire couvert est généralement départemental, avec un lieu d'implantation principal et des antennes et/ou des permanences ; voir rapport IGAS, *Évaluation de la mise en place des Maisons des adolescents*, 71 p. + annexes).

⁸⁶ Malgré la capacité planificatrice de l'État, construite et clairement articulée dans les deux lois du 30 juin 1975 (pour les personnes handicapées et pour les institutions sociales et médicosociales).

d'implantation d'établissements pour enfants ou adolescents handicapés s'avèrent inadéquats et coûteux ;

- le paradigme qui prévaut jusque dans les années 1990, dans certaines grandes associations⁸⁷ : privilégier le bien-être des enfants handicapés dans des établissements « autonomes ».

Ces raisons n'ont plus cours mais leur conjonction pendant plusieurs décennies a créé un état de fait dont la transformation ne peut être réalisée par « un coup de baguette magique » ; d'autant plus que la contrainte financière va croissant avec les années⁸⁸ et rend plus difficile toute transformation.

Dans les treize départements où s'est déplacée la mission, lui a été rapportée l'impossibilité que des enfants orientés en établissement (IME, ITEP, ...) puissent y être accueillis sans un délai d'attente de plusieurs mois, voire un an, deux ans ou plus. Des constats semblables ont été présentés en ce qui concerne les prises en charge en CAMSP ou en hôpital de jour des CMP ou CMPP.

Ces situations sont anormales (pour les enfants et leurs parents) et sont mal ressenties par les enseignants et les responsables de l'éducation nationale qui estiment que les responsables du domaine de la santé au sens large devraient avoir financé suffisamment d'établissements ou de services. Cette déduction apparaît logique ; mais plusieurs autres éléments sont à prendre en considération et conduisent à mettre en question cette appréciation.

- **Des inégalités et des inadéquations ; une réalité qui pose questions**

Outre les listes d'attente, déjà citées ci-dessus, l'accueil d'enfants et d'adolescents handicapés français dans des établissements belges (et en fait wallons ; voir annexe) est souvent présenté comme une preuve d'un grave défaut de planification. Ils étaient ainsi 1 230 français fin 2015 dans ces établissements : si 50 % étaient originaires du département du Nord, géographiquement contigu, et 25 % de départements proches (Pas-de-Calais, Meuse, ...), 400 jeunes étaient originaires d'Île-de-France, ce qui constitue une situation « anormale ».

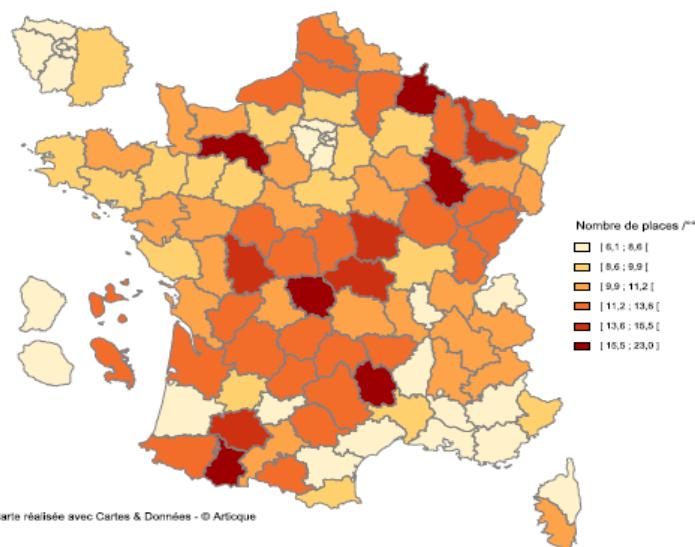
De même est mis en avant, l'écart du ratio « places pour 1 000 habitants, de moins de 20 ans » entre départements, que la carte ci-dessous illustre :

⁸⁷ Et il est tout à l'honneur de certaines autres associations (l'APASH, la JPA, les PEP) d'avoir porté le combat de la scolarisation en milieu ordinaire, quand d'autres associations mobilisaient des dizaines de milliers de personnes pour le renforcement de moyens « autarciques ».

⁸⁸ Cette contrainte financière est d'autant plus forte que les personnes handicapées adultes, tout autant que les jeunes, ont besoin d'établissements et services de prise en charge et ont droit à la PCH et l'AAH.

Taux de couverture en établissements et services médico-sociaux nb de places pour 1000 enfants de 0 à 20 ans en 2016

Taux d'établissements et services médico-sociaux pour 1000 enfants de population générale



Source : CNSA

Ces ratios doivent être éclairés par des données démographiques ou historiques : les départements dont le ratio se trouve dans la tranche la plus élevée sont surtout de petits départements ruraux⁸⁹ dans lesquels ont été implantés des établissements il y a plusieurs décennies, à une époque où l'éloignement géographique des enfants handicapés était socialement accepté. Cette situation traduit aussi la difficulté pour restructurer la carte des établissements (et donc une certaine inertie)⁹⁰.

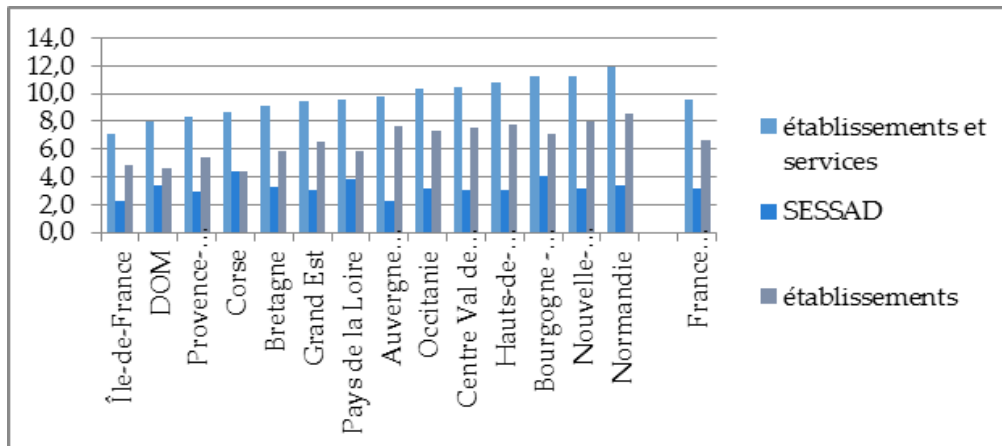
Le relativement faible équipement des départements d'Île-de-France apparaît aussi, qui explique en partie la part (20 %) des enfants et adolescents handicapés d'Île-de-France accueillis en Belgique.

Les données les plus récentes fournies par l'enquête ES 2014 et colligées au niveau des régions permettent de construire le graphique qui conforte la perception des différences mais force aussi à relativiser le discours sur les pénuries de places d'accueil.

⁸⁹Gers, Hautes-Pyrénées, Corrèze, Creuse, Nièvre, Orne, Lozère, Haute-Marne ; cette caractéristique se retrouve aussi pour la tranche juste inférieure.

⁹⁰Dans un département rural, la réduction de capacité d'un établissement (voire sa fermeture) pour qu'il soit réimplanté ailleurs doit en effet être acceptée (et réalisée) par le gestionnaire de la structure (souvent une association par les élus locaux. Or, un établissement pour jeunes handicapés a un poids économique important notamment en termes d'emplois

Nombres de places pour enfants et adolescents handicapés rapportés au nombre des moins de 20 ans par région (x 1 000) pour les SESSAD, les établissements et tous les ESMS



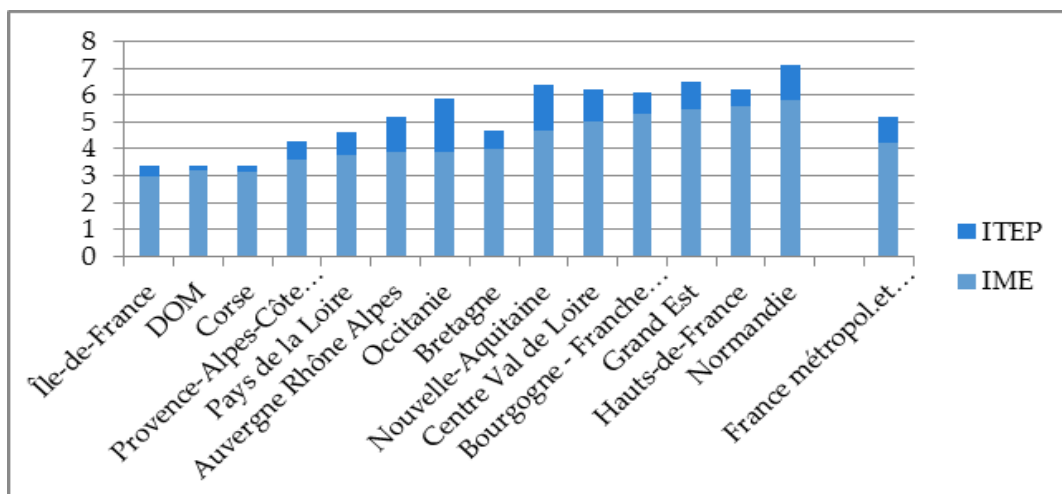
*Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission ; *en considérant les DOM comme une seule région*

En termes de taux d'équipement, l'écart va environ du simple au double, entre les régions les moins bien équipées (Île-de-France : 7,1) et celles les mieux équipées (Normandie : 11,9 ; Nouvelle Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté : 11,2).

Quant aux ratios « places en établissements / nombre de jeunes » et « places en SESSAD / nombre de jeunes », ils évoluent globalement dans une fourchette de 1 à 2, mais sont très différents d'une région à l'autre. En outre, l'hypothèse d'une « compensation » d'un faible nombre de places en établissements par des places en SESSAD n'apparaît pas clairement soutenue.

Enfin, en présentant sur un même graphique, les nombres de places en IME + ITEP pour 1 000 jeunes, apparaissent trois catégories de régions : celles qui ne sont bien dotées, ni en IME, ni en ITEP (Île-de-France, DOM, Corse) ; celles qui se situent à un niveau moyen, et enfin, celles qui disposent d'un ratio élevé de places en IME ou en ITEP ou en IME et ITEP (Normandie, Hauts de France, Grand Est, ...)

Nombres de places en IME et ITEP rapportés au nombre de personnes de moins de 20 ans par région (x 1 000) (présentation des régions par % de places en IME croissants)



Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission

- **Un nouvel élan pour apporter des réponses « spécifiques » à des besoins particuliers**

Le préjudice subi par des enfants handicapés et des parents « sans solution » a fondé une décision judiciaire médiatisée⁹¹ à partir de laquelle les responsables politiques ont su mobiliser des services de l'État et plusieurs de leurs responsables engagés dans le respect des droits. Le rapport « Zéro sans solution »⁹² en est le produit. À sa suite (novembre 2014), a été confiée à Marie-Sophie Desaulle une mission de mise en œuvre, la mission *Une réponse accompagnée pour tous (RAPT)*, devenue « projet ». Sa traduction juridique et son soutien pratique ont donné lieu respectivement à deux textes⁹³ qui voient apparaître l'expression « plan d'accompagnement global » (PAG).

Cette succession de documents et d'engagement de personnalités reconnues et appréciées visait à engager un renouvellement des postures des responsables, aussi bien à l'égard des personnes adultes handicapées que des enfants et adolescents handicapés. Et, de fait, la mission a noté que la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) est souvent citée spontanément et que la conception de « plan d'accompagnement global » (PAG) sert de référence vis-à-vis des besoins des jeunes handicapés confrontés à des difficultés multiples.

Dans le même temps la mission a remarqué que pour des cas difficiles signalés, des mécanismes de concertation entre responsables : État (ARS / services préfectoraux / services académiques / etc. / conseil départemental / MDPH / etc. / gestionnaires des établissements médicosociaux, étaient organisés, avec des réunions régulières (ou en urgence si besoin) sous l'intitulé de « commission des cas difficiles » ou « comité de crise » etc. La démarche RAPT était dès lors, présentée comme un confortement d'une réalité organisée depuis plusieurs années, lui apportant une dynamique et une légitimité renforcée.

Surtout, les interlocuteurs ont insisté sur la concomitance et la convergence entre cette démarche centrée sur des personnes en difficultés et plusieurs démarches présentées en annexe :

- les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale ainsi que les exercices de préparation des projets régionaux de santé (PRS 2) et des programmes interdépartementaux des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) entre 2016 et 2018 ;
- l'élargissement de la logique « dispositif » des ITEP à l'ensemble des ESMS en cohérence avec la réforme de la tarification SERAFIN-PH et le recours aux CPOM ;
- les appels à projets et appels à candidatures médicosociaux ;
- les conventions entre ARS et rectorat.

⁹¹ L'affaire « Amélie Loquet », par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Cergy-Pontoise a enjoint, le 7 octobre 2013, au directeur général de l'ARS d'Île-de-France de prendre « toutes dispositions » garantissant à cette jeune fille sa « prise en charge effective dans un délai de quinze jours », voir rapport *Zéro sans solution*, p. 7 et ss.

⁹² *Zéro sans solution ; Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, D. Piveteau avec S. Acef, F-X. Debrabant, D. Jaffre et A. Perrin, juin 2014.

⁹³ Le décret du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées et la circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médicosociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016, p. 48.

7.5. La coopération ARS – services académiques

Des efforts de coopération entre les deux administrations de la santé et de l'éducation nationale se retrouvent régulièrement, sur des sujets précis (la protection de l'enfance, la prévention et l'éducation à la santé, ... et bien sûr les enfants et adolescents handicapés) et de longue date : la présidence tournante (entre DDASS et inspecteur d'académie) de la commission départementale de l'éducation spécialisée (CDES) était réalité, il y a encore douze ans.

Des réorganisations ont profondément affecté le champ des administrations de l'État. Avant la réforme de l'administration territoriale de l'État (RÉATE⁹⁴) puis la loi HPST, le DDASS conduisait l'action en relation avec le préfet, le DRASS et le DARH⁹⁵ ; depuis lors l'inspecteur d'académie, depuis devenu IA-DASEN, doit se coordonner avec un délégué territorial du DG-ARS, lequel doit le plus souvent compter avec plusieurs recteurs. Les schémas hiérarchiques et fonctionnels sont à revoir et de nouvelles méthodes de travail sont à construire.

- **Un contexte difficile : la pénurie de médecins scolaires**

Le rapport d'évaluation de politique publique, *Place de la santé scolaire dans la santé des jeunes ; État des lieux et perspectives*⁹⁶, a décrit de nombreux écueils auxquels étaient confrontés élèves et personnels (personnels enseignants et de direction, personnels médicaux, infirmiers et sociaux). Ce rapport soulignait les écarts entre des objectifs fixés et déjà inatteignables il y a dix ans mais encore accrus depuis. En résulte que seuls les personnels infirmiers peuvent trouver assez aisément un sens à leur travail, mais que les médecins doivent faire appel à un sens aigu du service public et à leur capacité de faire des choix d'organisation drastique.

Les choix difficiles de médecins conseillers techniques des IA-DASEN

Des effectifs squelettiques : les effectifs de médecins s'étagaient de 20 à 40 % de l'effectif théorique dans les treize départements visités en 2016.

Les activités abandonnées (ou quasi abandonnées) :

- les visites systématiques de la 6^{ème} année⁹⁷ ;
- les actions de promotion et éducation à la santé (prévention primaire).

Les activités maintenues « coûte que coûte », dans tous les départements :

- les visites préalables à l'activité d'un élève sur machine dangereuse ;
- les aménagements d'examen ;
- les visites médicales d'enfants dont les conditions personnelles (dont sociales) appellent une attention renforcée (prévention secondaire) ;
- les interventions en cas de suspicion de maltraitance / d'enfant en danger.

⁹⁴ Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles.

⁹⁵ DARH : directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

⁹⁶ Rapport IGAS - IGEN - IGAENR établi par A. Burstin et G. Turan-Pelletier (IGAS) ; V. Éloi-Roux et B. Pajot (IGEN) ; P. Blémont et É. Liouville (IGAENR), avril 2016.

⁹⁷ Même avec les aménagements prévus (recours au médecin traitant) à l'art. L. 541-1 du code de l'éducation.

Les activités qui sont l'objet de choix divers selon les départements dans le champ de la prise en charge des enfants handicapés :

- le maintien le plus en retrait possible de dossiers à transmettre à la MDPH ... ou un recours à la demande des responsables de l'ASH ;
- pas d'étude de dossiers PAP, mais en ouvrant le droit à un PAP dans deux cas :
 - élèves avec dossier examiné par un médecin dans le cadre d'un dossier MDPH, mais sans reconnaissance d'un handicap (déplacement du responsable de l'avis médical),
 - élèves dont le dossier est accepté comme PPRE-PAP (contournement du besoin d'avis médical).

- **Les conventions entre ARS et rectorats : entre figures imposées et réels vecteurs de changement**

Cette situation de la médecine scolaire conduit à regarder avec circonspection et bienveillance les conventions entre ARS et éducation nationale, dont le rapport IGAS - IGEN - IGAENR déjà cité⁹⁸ avait montré qu'elles avaient quelques difficultés à s'organiser. Les observations réalisées par la mission montrent des progrès :

- l'absence de cadrage national⁹⁹ formalisé constitue certainement une bonne chose en évitant un document général et incantatoire et en permettant aux responsables territoriaux d'articuler des objectifs adaptés au contexte et des moyens effectivement disponibles ;
- les ARS et les rectorats ont su profiter de la dynamique des PRS, en 2016 et 2017 ainsi que de la loi du 26 janvier 2016 modernisant notre système de santé, pour conclure des conventions ;
- le 3^{ème} plan autisme est fortement présent, voire semble accaparer l'attention dans certaines régions, alors que d'autres dispositifs auraient pu également être manifestement soutenus.

La convention du 21 septembre 2016 entre l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et les rectorats des académies de Lyon, Grenoble et Clermont Ferrand illustre la capacité structurante de ces documents : neuf fiches actions, ainsi que des modèles de convention opérationnalisent ses principes généraux. Les entretiens de la mission avec des responsables territoriaux ont montré leur appropriation et leur pertinence.

- **Les groupes techniques départementaux : un pivot de la coopération**

Fermement soutenus par la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées¹⁰⁰, les groupes techniques départementaux sont une modalité d'organisation qui existait déjà dans les années 1990, qui a connu un regain de visibilité comme « groupes Handiscol » à la fin des années 1990 et que la loi de février 2005 n'a pas eu besoin de soutenir dans un de ses nombreux articles. Mais la réforme de

⁹⁸ Voir son annexe 15 : *Relations entre les agences régionales de santé et les rectorats* ; tome 2 - p. 147 à 166.

⁹⁹ La convention-cadre de partenariat en santé publique signée le 26 novembre 2016 par les ministres de l'éducation nationale et des affaires sociales et de la santé constitue un cadre de travail très général, plutôt une déclaration d'intention.

¹⁰⁰ Voir par exemple son discours du 4 octobre 2017 lors du séminaire annuel de rentrée des directeurs de MDPH, des représentants des ARS, des inspecteurs ASH et conseillers ASH de recteur : « (...) *Un bel outil est proposé en ce sens pour permettre les échanges, et, au-delà, l'action commune : celui des groupes techniques départementaux sur lesquels je crois beaucoup dans la conduite du changement au service des parcours inclusifs.* »

l'administration territoriale de l'État (RéATE¹⁰¹) a rendu nécessaire la réaffirmation de l'intérêt de ce type de dispositif et sa consolidation par un décret dont le contenu a été intégré dans le CASF par un nouvel article D. 312-10-13.

Entre la version initiale du décret du 2 avril 2009 et celle issue d'un décret du 7 septembre 2016, les changements portent simplement sur des intitulés de fonction ou de titre d'instance¹⁰². Quant à l'organisation et aux missions de ce « groupe technique » le texte du décret est clair :

Article D. 312-10-13 CASF : le groupe technique départemental

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (voir note de bas de page) et le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie, organisent un groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés qu'ils président conjointement.

Ce groupe technique comprend des personnels des services déconcentrés des ministères chargés de l'éducation nationale et des personnes handicapées. À ce groupe de travail sont associés, en tant que de besoin, des représentants d'autres ministères.

Ce groupe technique est chargé du suivi, de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation. À ce titre, il établit un état des moyens consacrés par les ministères à cette scolarisation et à son accompagnement, ainsi qu'une prévision de l'évolution de la population scolaire concernée. Il fait également le bilan des actions en matière de formation des personnels de chacun des ministères concernés dans ce domaine.

Un rapport des travaux menés par ce groupe technique est présenté annuellement devant la formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes handicapées du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et le conseil départemental de l'éducation nationale.

En pratique, selon les départements, des instances de concertation sont organisées :

- pour apporter des réponses à des situations individuelles complexes ;
- pour mieux comprendre l'état des besoins ;
- pour faire évoluer l'offre et organiser des dispositifs de prise en charge ;
- pour mettre au point des formations interinstitutionnelles.

Certes, la multiplicité des instances, démarches, projets, etc. freine la lisibilité de l'apport concret de chacun d'entre eux. Mais vouloir dans une logique « rationnelle » imposer des choix dictés par le niveau national n'aurait guère de sens quand il faut d'abord tenir compte des dynamiques territoriales et des jeux d'acteurs.

D'ailleurs, l'empilement de textes législatifs ou réglementaires et d'autres sources d'exigences est tel qu'une prescription du code de l'éducation semble avoir été complètement perdue de vue, n'ayant été citée par aucun des responsables départementaux ni par aucun des responsables nationaux rencontrés par les membres de la mission.

¹⁰¹ Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles.

¹⁰² Et l'on s'étonnera que les rédacteurs de ce décret aient oublié que la fonction de « directeur départemental des affaires sanitaires et sociales » avait cessé d'exister depuis 2010.

Article D. 351-16 code de l'éducation

Dans le cadre du rapport annuel d'activité prévu à l'art. R. 241-34 CASF, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dresse un bilan de la scolarisation des élèves handicapés dans le département faisant état, notamment, des écarts observés entre l'offre d'éducation scolaire et médicosociale et les besoins recensés.

7.6. Une évolution attendue

Dans la volonté exprimée le 20 septembre 2017 par le Premier ministre devant le comité interministériel du handicap (CIH), sur le thème « *vivre avec un handicap au quotidien* » un plan de transformation de l'offre sociale, médicosociale et sanitaire est désormais envisagé. Les recommandations¹⁰³ reprennent, en les amplifiant, des instructions déjà énoncées dans des textes antérieurs :

- développer les réponses inclusives ;
- prévenir les ruptures de parcours ;
- consolider une organisation territoriale ;
- améliorer en continu la qualité des accompagnements.

Les mesures déclinent la stratégie quinquennale (2017-2021) pour fonder la transformation de l'offre médicosociale afin de la rendre plus souple et plus inclusive. La question du développement des Ulis, des pôles-établissements pour assurer un meilleur parcours d'inclusion scolaire s'inscrit dans cette évolution générale.

La diversification des modes de scolarisation, notamment avec le développement des unités d'enseignement et la possibilité d'un « *plateau technique* » adossé à l'établissement ou à une circonscription, constitue une voie forte et concrète vers l'école inclusive. Les objectifs assignés par le plan sont d'ailleurs clairement dynamiques et ambitieux puisqu'il est envisagé en 2020 que 50 % des enfants accompagnés en établissements spécialisés soient scolarisés à l'école. Ce volontarisme qui nécessitera une articulation entre tous les services prévoit aussi de placer plus nettement l'offre médicosociale en milieu ordinaire.

L'évolution de l'accompagnement en aide humaine doit s'inscrire dans ce schéma d'ensemble pour rendre plus efficaces les propositions de scolarité des élèves en situation de handicap. Comme le précise la note de la secrétaire d'État, la collaboration de tous les services est nécessaire et attendue. Les ARS, les rectorats seront dans ce cadre les instances stratégiques essentielles, les MDPH et les DSDEN organiseront l'opérationnalité du plan de développement avec les établissements de leurs territoires.

¹⁰³ Cf. note complémentaire de la secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées du 22 février 2018 publiée au BO, complémentaire à l'instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016.

8. Une proposition de stratégie pour l'avenir

8.1. L'inclusion scolaire ; un nouveau développement

La loi de 2005 a marqué un tournant décisif en direction de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. Les effets qu'elle a produits, d'abord pour les enfants et adolescents, apparaissent extrêmement positifs, non seulement au plan quantitatif des élèves scolarisés en milieu ordinaire mais également au plan qualitatif au regard des poursuites d'études dans le second degré puis dans l'enseignement supérieur. Une autre conséquence de l'inclusion scolaire, non mesurée car incommensurable, est son apport à l'éducation de tous à la reconnaissance des différences, à leur valorisation pour chacun et à une conception humaniste de la société.

Les acteurs des différentes institutions administratives et sociales ont réalisé en quelques années des efforts considérables pour parvenir à ces résultats. Les écoles et les établissements scolaires sont très généralement devenus accueillants aux élèves en situations de handicap et très peu de blocages ont été manifestés. Les établissements médico-sociaux sont désormais très engagés dans des mutations qui prennent en particulier la forme de fonctionnement en dispositifs d'intervention plutôt que de structures et de places.

Les règlements et circulaires des administrations de l'éducation nationale et des affaires sociales, sont clairs et cohérents, avec notamment les logiques de parcours de l'enfant, de suivi et d'accompagnement pour en éviter les ruptures. Leur empilement est critiquable mais la succession des textes s'inscrit dans une persévérance constructive.

Les acteurs de l'inclusion scolaire sont, dans l'ensemble, bien organisés. La mission a constaté l'efficacité et l'implication des IEN ASH, des enseignants référents et des coordonnateurs Ulis, au sein de l'éducation nationale. Il en est de même, au-delà de leurs disparités de moyens et de management, des équipes pluridisciplinaires et des correspondants scolarité, au sein des MDPH. Là où se manifeste une volonté, dans beaucoup de départements, la MDPH et la CDAPH constituent une structure « pivot » de coopération et de coordination des parties prenantes (familles - éducation nationale- médecins, etc.).

S'en tenir à ce bilan positif reviendrait à considérer que la révolution silencieuse de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap a bien eu lieu, et qu'elle serait seulement inachevée. Sa progression se trouverait être, suivant cette vue, affaire d'ajustements des organisations, de leurs gestions et question de moyens permettant d'accélérer les mouvements en cours : plus d'Ulis, plus d'unités externalisées, plus d'enseignants référents, plus d'équipes mobiles et de meilleures articulations entre institutions, dispositifs et acteurs. Cette approche demeure pertinente mais elle rencontre des limites.

Relativement à la croissance des effectifs d'élèves scolarisés, ces efforts d'organisation et de moyens sont du reste très souvent mis en œuvre par les rectorats, les départements et les ARS. Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires, leur rythme peine à suivre la progression des besoins. En revanche, du fait du système mis en place par le législateur pour l'attribution d'une aide humaine dissociant le prescripteur du payeur et rendant la prescription opposable à l'administration, cette aide humaine n'a cessé de progresser fortement. Elle a ainsi représenté le moyen le plus accessible et le plus commode pour faire face aux besoins bien que n'étant pas toujours la réponse la mieux adaptée. Sans les prescriptions avisées des CDAPH, de nombreux élèves n'auraient pas connu de

scolarité réussie. Mais il faut aussi relever que la prescription d'une aide humaine ou, plus précisément, cette attribution selon certaines modalités non optimales, a également fonctionné comme un palliatif à d'autres réponses aux besoins de l'inclusion scolaire qui n'ont pu être apportées, ou pour lesquelles les bonnes questions n'ont pas été posées.

Cette observation ne doit pas être interprétée comme une méconnaissance ou une sous-estimation du rôle essentiel joué par les accompagnants (AVS-CUI et AESH) dans de très nombreux cas de scolarisation d'élèves en situation de handicap. Au contraire, sans les personnes, souvent très investies dans leur mission d'aide humaine, l'exerçant dans des conditions de stabilité dans l'emploi et de rémunération faiblement attractive, l'inclusion scolaire n'aurait pu progresser comme elle l'a fait. Mais l'efficacité du travail des accompagnants est conditionnée par les adaptations à des besoins, des contextes et des situations multiples, marqués par la prise en compte des enjeux toujours pressants d'une inclusion scolaire réussie.

Des pistes de réflexion pour une nouvelle étape de la réussite de l'inclusion scolaire

Les pistes de progrès de l'inclusion scolaire et de la politique d'aide humaine, seraient à trouver sur la base de choix politiques en considérant les réflexions suivantes :

- **Au plan des finalités de l'école inclusive :**

- Accueillir tous les enfants et adolescents ;
- Viser l'autonomie des élèves en situation de handicap ;
- Assurer le développement personnel, social et scolaire de tous les élèves en situation de handicap ;
- Répondre aux spécificités des besoins en fonction notamment de la diversité des handicaps et des situations de la personne ;
- Adapter davantage les objectifs en fonction des niveaux de scolarité.

- **Au plan des modalités de sa mise en œuvre :**

- Poursuivre et renforcer le développement des coopérations entre services ;
- Simplifier et coordonner les dispositifs de suivi des parcours scolaires, médicaux, personnels et sociaux des jeunes en situation de handicap ;
- Axer autour de l'école l'ensemble des acteurs intervenant auprès des enfants et adolescents en situation de handicap ;
- Mobiliser tous les acteurs dans une dynamique de travail commun par un décloisonnement des interventions et des dispositifs ;
- Veiller à la flexibilité et à la continuité des parcours de scolarité.

La réussite de l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap est en effet soumise à deux écueils particuliers, le risque de manque de réactivité à l'évolution de leurs besoins et celui de rupture en cours de leur scolarité : changements d'aide humaine, discontinuité de leur suivi lors de

changements d'établissement, du passage en collège et en lycée, transitions entre établissement spécialisé et établissement scolaire.

Dès lors que la vocation de l'école est d'instruire et d'éduquer tous les enfants et adolescents en situation de handicap sans distinction, il deviendrait pertinent d'en faire le lieu institutionnel effectivement central de la prise en compte des besoins de tous les enfants ainsi que des interventions coordonnées et, en équipe, des professionnels concernés appartenant au monde de l'éducation (éducation nationale, enseignement privé et enseignement agricole) et des établissements et services médico-sociaux ainsi que les professionnels de santé¹⁰⁴.

8.2. Une obligation : la nécessité du parcours scolaire

Dès le rapport de Mme Komites¹⁰⁵ la nécessité de considérer la continuité de l'accompagnement dans le parcours scolaire et social de l'élève en situation de handicap est posée nettement : « *un jeune n'a pas obligatoirement besoin d'un accompagnant dans tous les moments et/ou lieux de socialisation de son parcours de vie. Il peut aussi souhaiter pouvoir bénéficier d'accompagnants différents dans les divers lieux listés par le groupe de travail* ». Le rapport souligne d'ailleurs que l'accompagnement par une même personne peut ainsi créer une situation préjudiciable à l'autonomie du jeune.

La continuité des parcours scolaires doit, comme pour tous les élèves, être établie dans une logique d'insertion sociale. L'augmentation progressive et constatée de la scolarisation des élèves en situation de handicap au lycée d'enseignement général et technologique ou au lycée professionnel induit de bâtir les éléments de l'inclusion scolaire dès les débuts de la scolarité.

Parce que l'on sait aujourd'hui que le parcours scolaire des élèves en situation de handicap¹⁰⁶ est plus difficile, plus heurté que pour les autres élèves, l'attention portée à la construction de leur parcours doit être accrue. Si les ESS et les EPE, avec tous les acteurs, ont montré un investissement en constante progression sur le sujet, il y a des marges de progrès. La révision régulière, avec les parents et les élèves, de la situation de scolarisation et d'accompagnement doit être un élément majeur de la concertation collective. Cela suppose d'interroger les conditions de ce suivi, notamment dans une gestion du temps qui est souvent à considérer différemment selon les acteurs. Là encore, la veille de l'enseignant référent, la qualité de sa relation avec les professionnels et les parents peuvent faciliter la construction d'un parcours mieux défini.

8.3. Des questions anciennes mais qui restent d'actualité

En quinze ans, de 2003 à 2018 le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés avec un AVS a crû considérablement. Cet accroissement a fait passer la présence d'un AVS dans une école ou un

¹⁰⁴ En aménageant ce principe pour les enfants et adolescents qui sont tellement loin du monde de l'éducation nationale que ce sont les compétences médicales (dont rééducatives) qui sont largement prédominantes pour leur bien-être.

¹⁰⁵ *Professionnaliser les accompagnants pour la réussite des enfants et adolescents en situation de handicap*. État des lieux, préconisations de Pénélope Komites, avril 2013.

¹⁰⁶ « *Le parcours scolaire des élèves en situation de handicap est largement plus heurté que celui des élèves ne présentant pas de besoins éducatifs particuliers. Le redoublement, l'échec scolaire ou la réorientation sont plus fréquents et les transitions entre les cycles scolaires sont plus délicats (Cnesco 2016). Beaucoup de jeunes reconnus handicapés quittent le système scolaire ou sortent du dispositif de scolarisation après 15 ans.* ». Conférence de comparaisons internationales CNESEO, 12 février 2016.

collège (et depuis quelques années dans un lycée) d'une situation qui interrogeait déjà¹⁰⁷ les autorités à une réalité d'autant plus importante que les Ulis se sont, en parallèle, développées en termes quantitatifs et comme dispositif (avec un AVS-Co) et que le nombre d'unités d'enseignement a, lui aussi, nettement crû.

Le sujet de l'accompagnement humain est complexe et les prescriptions qu'il induit sont souvent délicates à mettre en œuvre. Les difficultés pour concrétiser les propositions du rapport de 2012¹⁰⁸ qui évoquait en treize propositions des évolutions possibles, de même que d'autres rapports, fournissent des informations sur la manière d'améliorer les dispositifs. Toutefois il n'y a pas eu de réponse globale et cohérente quant au sujet des AVS. Les aménagements nationaux et les ajustements locaux ont permis des avancées mais non la construction d'une réponse adaptée et pérenne pour toutes les situations.

Dès lors, dans le questionnaire sur l'accompagnement humain nous retrouvons aujourd'hui les mêmes problématiques qui se posaient antérieurement. Sans une réponse cohérente d'une politique publique précisée, les mêmes faits et constats reviennent.

Dans le rapport de 2008¹⁰⁹, trois interrogations étaient posées sur la gestion des AVS. Les deux premières qui concernaient d'une part le financement des accompagnants (faut-il le laisser à l'éducation nationale ?), et d'autre part leur gestion (faut-il la confier aux MDPH ?), recevaient une réponse clairement négative, en prônant le maintien du système de suivi par l'éducation nationale.

En revanche la mission de l'époque répondait tout aussi clairement que le métier d'AVS n'était pas « un nouveau métier » et qu'il fallait mieux les gérer et améliorer leur formation et leurs perspectives professionnelles. Or, au vu de l'analyse de la situation d'aujourd'hui, on peut considérer qu'il s'agit désormais d'un « nouveau métier » qui s'inscrit dans un développement d'une éducation inclusive, ne serait-ce que par les compétences que les accompagnants acquièrent dans la prise en charge de certains handicaps.

Ces changements conduisent à reconsidérer fondamentalement certaines questions qui appelaient, il y a quinze ans, des réponses avec la force de l'évidence que cette nouvelle configuration bouscule. Certes les habitudes de pensée (et les textes) n'ont pas encore bien intégré ces changements. Mais il est nécessaire d'étudier le passage du « modèle initial » (affecter un AVS à un enfant) à un « modèle rénové adapté ».

Cette évolution doit permettre d'atteindre notamment des objectifs de qualité pour la scolarité de l'enfant¹¹⁰ :

- individuation et continuité de l'intervention ;
- rapidité du début de l'intervention ;

¹⁰⁷ Cf. notamment le rapport sur *l'accompagnement du handicap en milieu scolaire* n° 2008-060 de l'IGF, l'IGAS et l'IGAENR qui posait clairement la problématique de l'accompagnement humain et donnait des orientations qui pourraient être clairement reprises.

¹⁰⁸ Opus cité : *l'accompagnement des élèves en situation de handicap* n° 2012-162.

¹⁰⁹ Opus cité p. 58.

¹¹⁰ Du point de vue des enfants (et de leurs parents) ainsi que du point de vue des enseignants « de proximité » et du point de vue des gestionnaires.

- réactivité en cas d'absence de l'AVS ;
- professionnalisme par intégration stable dans l'équipe éducative ;
- efficacité en termes de pourcentage du temps travaillé consacré à des élèves.

Ces objectifs peuvent être atteints sans rattacher a priori et nominalement un AVS à un enfant. C'est à un changement de paradigme que convie aujourd'hui la situation de l'accompagnement humain.

8.4. Une idée récurrente : « prescripteur / payeur »

L'augmentation continue de l'aide humaine peut s'expliquer par un manque de régulation des demandes par les CDAPH. Cette assertion est relativement juste quand on observe les fonctionnements des commissions et la chaîne des prescriptions. Elle fait toutefois silence sur le rôle de « prescripteur caché » que jouent les équipes éducatives¹¹¹.

Dans cette approche, le fait de confier le financement des accompagnants à d'autres instances que l'éducation nationale n'aurait aucune influence sur une réduction des demandes d'aides par les parents et les personnels de l'éducation nationale. La modification de la structure de gestion ne changera pas les demandes d'aides. Hormis le fait de confier le problème à d'autres responsables – mais il s'agit toujours *a priori* de financement de l'État – l'intérêt de la mesure apparaît faible.

Un transfert des accompagnants à une entité, qu'elle soit celle des MDPH ou des collectivités territoriales, induirait la nécessité d'une transformation forte des processus de gestion et de recrutement. Il ne peut être ignoré que la situation dans laquelle se trouvent les MDPH pour répondre aux demandes qui lui sont faites ne favorise pas ce scénario. Pour les collectivités territoriales, aujourd'hui confrontées à des demandes fortes dans le champ social et dont les finances sont souvent dans un état critique, il n'est pas certain que cette mesure soit aussi facile à réaliser. Mais la raison du rejet de ce type de scénario réside, non seulement dans les difficultés de fonctionnement qui peuvent apparaître dans ce schéma, mais bien dans l'affirmation du rôle de l'éducation nationale dans le processus d'évolution de l'éducation inclusive. Et dans cette optique, elle se doit de conserver un rôle essentiel dans la chaîne des prescriptions et des mises en œuvre des notifications, en régulant toujours mieux les contradictions qu'elle peut rencontrer.

Bien plus, on peut considérer que les déconnexions de gestion et de financement peuvent créer non seulement le sentiment d'une demande renouvelée plus importante de la part des acteurs concernés, avec le risque d'une véritable rupture dans la prise de conscience des exigences d'une école inclusive. L'accompagnement humain, parce qu'il participe d'une adaptation profonde des modalités de scolarisation, doit être conçu par l'éducation nationale comme un élément de la cohérence des réponses qu'elle apporte pour la scolarisation des élèves en situation de handicap.

L'idée d'un rapprochement « prescripteur/payeur » doit devenir la conséquence d'une transformation de l'école inclusive et non un préalable. Il n'y a pas de projet de gestion de substitution, mais une collaboration souple et différente qui peut se créer entre l'éducation

¹¹¹ Opus cité p. 60.

nationale, les MDPH, les ESMS ainsi que les ARS et les collectivités territoriales pour répondre au mieux aux attentes des parents. Dans cette évolution, le scénario du « prescripteur » qui serait aussi le « payeur » prendrait une signification autre. Cela pourrait instaurer une forme de « dialogue de gestion » entre la demande de l'accompagnement et les modalités pour la réaliser. Il pourrait ainsi s'instituer une meilleure évaluation des besoins des élèves et des conditions de leur inclusion. Cette approche suppose toutefois de bâtir les régulations nécessaires pour que cette nouvelle répartition des responsabilités puisse être effective.

La trame du plan présenté ci-après s'inscrit dans cette logique : un rôle accru des services de l'éducation nationale dans la prise en charge des élèves handicapés dès la détection de difficultés et pendant leurs parcours et donc une organisation renforcée pour assumer ce rôle.

La véritable évolution dans un scénario de modification des rôles tend à une approche globale qui institue des modes de régulations¹¹² plus efficaces.

8.5. Sept fiches-actions pour un scénario de cohérence globale

Pour faire face aux enjeux des évolutions de l'aide humaine, dans sa dimension de développement de l'école inclusive, la mission présente un scénario qui décrit un ensemble de propositions construites de façon systémique. Il ne s'agit pas d'une succession d'orientations qui pourraient être suivies isolément mais l'expression d'une volonté de bâtir des conditions solidaires et complémentaires pour une école plus inclusive.

L'évaluation de l'accompagnement humain conduit la mission à proposer cette logique de gestion et de pilotage. Les différentes fiches qui illustrent cette approche générale ne sont pas hiérarchiquement ordonnées. Elles expriment la logique d'une régulation globale de la chaîne de prescription.

Elles n'ont pas la prétention à une exhaustivité des solutions mais bien d'établir une continuité avec les recommandations des rapports précédents qui tous participent d'une volonté de mieux établir la scolarisation des élèves en situation de handicap. Leur mise en œuvre constituerait une réponse globale et cohérente aux impératifs de gestion de l'aide humaine.

Il y a eu des aménagements de cette scolarisation grâce aux indications données par les auteurs des écrits précédents. Du rapport de 2008 aux rapports les plus récents, tous évoquent le champ des possibles quant aux améliorations nécessaires. Mais aujourd'hui, l'évaluation de l'aide humaine conduit à penser différemment les propositions. Il est indispensable de penser un système global de régulations qui construit, pour tous les acteurs, des ambitions et des orientations pour une scolarité réussie de tous les élèves.

Il serait possible de faire une synthèse des propositions antérieures de tous les rapports en recherchant une adéquation avec l'évaluation de l'accompagnement humain analysée dans ce texte. Les approches concernant le statut des AVS, de leur formation et de leur professionnalité pourraient

¹¹² Mais sans aller, aussi loin que le rapport IGAS - IGAENR - IGEN (déjà cité) de 2012 qui évoquait la possibilité d'un transfert des compétences aujourd'hui exercées par les MDPH : « *(Une telle évolution) conduirait inévitablement à redéfinir les dispositifs conventionnels...et pourrait amener à envisager la création de services départementaux de l'accompagnement humain* ».

être largement reprises ; comme celles concernant le pilotage, les systèmes d'information et de communication, l'amélioration de la chaîne de gestion et de prescription. Pourtant, si certaines orientations ont été suivies, elles l'ont été de manière parcellaire ou disjointe. Elles n'ont pu créer une amélioration cohérente du système mais des adaptations, certes utiles, dont la portée était logiquement limitée.

En ce sens, si ce rapport ne peut avoir la prétention de faire mieux que ceux qui l'ont précédé, il a l'ambition de concevoir une proposition nouvelle, progressive et originale dans sa conception. Il décrit non pas une suite de suggestions qui serait un « menu » possible d'évolutions à envisager, mais construit une adaptation forte et raisonnée du système en place pour améliorer l'accompagnement humain des élèves en situation de handicap.

À ne pas considérer cette approche, le risque serait de ne rien faire ou de vouloir modifier la loi de 2005 alors que les principes qu'elle a édictés contribuent à la construction de l'école inclusive.

Si les éléments de scénario sont effectivement à coordonner entre eux, un calendrier de mise en œuvre qui favoriserait une réflexion collective et progressive sur les modalités de réalisation et d'action sera à établir. Cet aménagement temporel est nécessaire, d'une part pour mieux répartir les efforts budgétaires éventuels qui peuvent être envisagés, d'autre part pour définir plus précisément les étapes des évolutions attendues. En ce sens, la lecture de ces fiches doit être celle d'une progressivité d'application, en complémentarité, certes, mais aussi en respectant les conditions de transformation d'un système complexe. La première de ces conditions repose sur le développement d'un processus de changement des pratiques professionnelles des enseignants avec le soutien des professionnels du secteur médicosocial et l'organisation, en équipe, des aides humaines.

Fiche n° 1

Élément de scénario : gestion et fonction des accompagnants

Objectif prioritaire :

Simplifier la gestion et les fonctions des AESH par la création d'un seul statut et deux modalités d'intervention.

Objectif :

1- Réduire d'une part la multiplicité des statuts et d'autre part la diversité des modalités d'intervention. Définir un seul statut des AESH avec une distinction entre AVS-i et AVS-Co uniquement.

2- Permettre une distinction dans la notification des aides qui doit être souple et ne devrait définir que temps complet ou temps partiel. A charge pour l'employeur de gérer les temps de l'AVS-Co.

3- Améliorer les conditions de recrutement et de rémunération des AESH.

4- Anticiper les notifications des moyens AESH dans un calendrier qui tienne compte des opérations de gestion en académie.

5- Optimiser la gestion des contrats, notamment permettre aux AESH, à la MDPH, aux parents d'identifier et reconnaître les interlocuteurs idoines lors des démarches à accomplir. La création d'un service académique ou départemental qui serait l'interface des MDPH, de Pôle emploi pourrait être envisagée à partir des exemples connus.

Modalités :

1- Réfléchir à un statut pérenne et attractif des AESH avec un parcours de carrière qui permette une véritable évolution.

2- Améliorer la formation des AESH : une formation initiale puis une formation continue en fonction des besoins recensés dans les accompagnements. Il faut définir le profil de compétences attendu et donner les moyens de l'acquérir.

3- Mettre en œuvre des contrats qui favorisent les interventions sur le temps scolaire et hors temps scolaire par la possibilité d'un «contrat multi-employeurs» pour permettre un temps complet avec des complémentarités entre des activités et des missions diverses.

4- Définir les modalités d'intervention des AVS-Co en termes d'interactions avec les enseignants, d'organisation des interventions multiples en classe et en lien avec les MDPH et les autorités départementales et académiques.

5- Programmer des évaluations régulières de l'accompagnement, avec les parents, afin de moduler l'évolution de l'accompagnement et les attributions du suivi pour les élèves.

Fiche n° 2

Élément de scénario : Le rôle de l'enseignant référent

Constat : l'enseignant référent est devenu pour tous les acteurs un interlocuteur indispensable du suivi et de la gestion des parcours des élèves handicapés. Toutefois la masse des activités qu'il doit gérer, la diversité du nombre de dossiers à suivre, obligent à penser différemment leur fonction d'autant plus qu'une multiplicité de fonctionnement a été observée dans les départements.

Objectif prioritaire :

Augmenter le nombre d'enseignants référents pour permettre une gestion raisonnée du nombre de dossiers à suivre.

Objectifs :

- 1- Définir les attentes et exigences de la fonction d'enseignant référent.
- 2- Diversifier le recrutement des enseignants référents (premier et second degrés) pour favoriser les continuités entre les différents niveaux d'enseignement.
- 3- Recommander aux enseignants référents de contribuer à la régulation possible dans l'organisation de l'aide humaine envisagée.
- 4- Renforcer le rôle des enseignants référents dans l'organisation et le suivi des projets de scolarisation des élèves.

Modalités :

- 1- Calibrer à 130/160 le nombre de dossiers à gérer par enseignant référent.
- 2- Améliorer la formation continuée des enseignants référents afin de garantir une légitimité renforcée de leur rôle.
- 3- Rédiger un référentiel précis des attentes et exigences de la fonction d'ER et le diffuser.
- 4- Préciser le rôle et la fonction de l'enseignant référent dans la chaîne de prescription, notamment son rôle de régulation entre équipe éducative et l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

En cas de mise en œuvre du GEVA-Sco simplifié (APUI-Sco) et de l'accompagnement idoine, préciser le suivi des dossiers par l'enseignant référent dans le nouveau schéma de prescription et sous la responsabilité de l'IEN-ASH.

Fiche n° 3

Élément de scénario : PPRE, PAP, GEVA-Sco et PPS

Objectifs prioritaires :

- 1- éviter les élèves en situation d'attente en améliorant l'ajustement des moyens.
- 2- Valoriser les réponses pédagogiques et éducatives adaptées avant toute demande d'accompagnement humain.

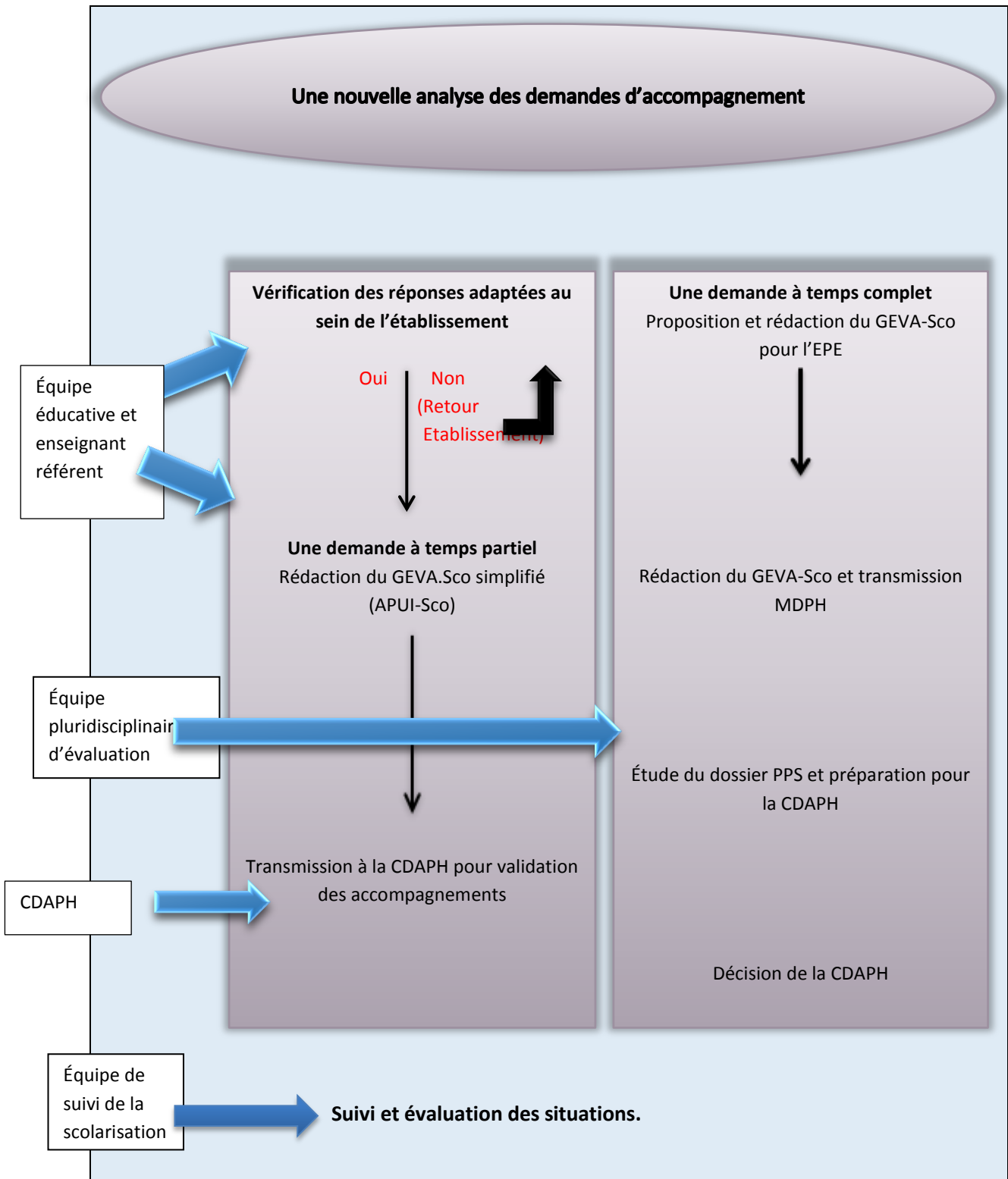
Objectifs :

- 3- Donner de la souplesse dans la première demande pour l'accompagnement humain.
- 4- Rendre possible les complémentarités de suivi et d'aides en considérant les avis de chaque partie prenante de la demande d'accompagnement humain.

Modalités :

- 1- Établir des règles précises dans l'attribution de l'accompagnement humain pour éviter la présence trop nombreuse d'adultes dans les classes. À la demande des ER, associer plus nettement les IEN et IA-IPR à la construction des PPS et des projets de scolarisation pour qu'ils y apportent leur expertise pédagogique.
- 2- Faire évoluer les documents de référence (GEVA-Sco et PPS) dont des modèles différents ont été annexés aux deux arrêtés du 6 février 2015, dans un but de simplicité d'emploi pour les utilisateurs.
- 3- Dans la présentation du GEVA-Sco prévoir une rubrique différente, selon l'évaluation faite en équipe éducative, pour la situation d'un élève à qui sera proposé un accompagnement à temps partiel (avec transmission pour validation de la MDPH et de la CDAPH) et pour celle de l'élève qui aurait besoin d'un temps complet (transmission à la MDPH puis présentation pour décision de la CDAPH et formalisation d'un PPS).
- 4- Adaptation du GEVA-Sco (simplifié APUI-Sco) avec une partie évaluation et une partie mise en œuvre de l'accompagnement humain afin de proposer un projet éducatif explicite (sur lequel, si besoin, pourra se fonder la MDPH pour transmission ultérieure à la CDAPH).
- 5- La mise en œuvre des réponses différenciées décrites dans le GEVA.Sco est vérifiée après 6 mois, en indiquant précisément la durée de mise en œuvre des réponses adaptées et leur évaluation ; lors de cette réunion de l'ESS, trois types de réponses sont étudiées, par l'établissement en accord avec les parents :
 - le maintien du dispositif d'accompagnement,
 - une évolution vers la mise en place d'un PPRE, d'un PAI ou d'un PAP,
 - la présentation d'un GEVAS-Sco pour décision de la CDAPH.
- 6- L'enseignant référent, dans les deux situations, est le garant du suivi et de la mise en œuvre de ces accompagnements.
- 7- Une évaluation des modalités d'accompagnement est faite au moins deux fois par an et permet d'envisager les adaptations nécessaires et les évolutions de l'accompagnement humain.

Le schéma ci-après propose une procédure générale qui pourrait servir de modélisation au circuit de la demande.



Fiche n° 4

Élément de scénario : Un pôle établissement(s)

Constats :

Une augmentation générale du nombre d'élèves accompagnés.

Un besoin croissant de ressources humaines pour répondre à la demande.

Des parcours d'élèves qu'il faut construire plus précisément.

Des élèves en situation d'attente d'accompagnement.

Hypothèses complémentaires :

Le développement des Ulis.

Un statut revu des AESH avec une simplification du statut et du recrutement.

Une souplesse dans les prescriptions et les notifications d'aide humaine.

Objectif prioritaire :

Permettre une gestion réactive et adaptée des AESH en fonction des besoins de l'élève et de son suivi.

Objectifs :

- 1- Attribuer un nombre d'AESH à un établissement ou une circonscription mettre en œuvre des suivis d'élèves en situation de handicap avec un accompagnement correspondant au besoin identifié en situation
- 2- Rendre plus souple et plus rapide la proposition d'un accompagnement humain coordonné.
- 3- Employer efficacement l'ensemble des moyens alloués pour l'accompagnement humain collectif ou individuel.

Modalités :

Affecter, en fonction des besoins d'accompagnement d'enfants ou adolescents scolarisés dans une école ou un collège, un nombre d'AESH suffisant (cf. fiche n° 1) pour l'ensemble des besoins reconnus (y compris ceux de la/les Ulis).

Suivre la bonne exécution de l'accompagnement est de la responsabilité du responsable de l'établissement ou de l'inspecteur de la circonscription.

Attribuer une fonction spécifique à l'enseignant référent dans ce dispositif : dans le cas où une école ne justifie pas, à elle seule, de la présence d'un AVS, un « regroupement » est effectué avec une / d'autre(s) école(s) ou un collège. Il informe, en lien avec les différents responsables et les instances de gestion, la MDPH des attributions d'aides humaines et établit un bilan annuel.

Précisions :

Le nombre d'AESH attribué est à considérer selon le contexte géographique, social de l'établissement ou des écoles, ainsi que le nombre d'élèves accueillis.

La désignation d'un établissement de référence va de pair avec la création d'un pôle.

Fiche n° 5

Élément de scénario : développement des Ulis en collège

Constat : les Ulis sont un dispositif reconnu qui favorise l'inclusion et le suivi du parcours scolaire des élèves en situation de handicap. La coordination que l'enseignant d'Ulis peut bâtir avec ses collègues de l'établissement favorise le bon déroulement de la scolarité des élèves. Actuellement tous les départements et académies envisagent la création d'Ulis supplémentaires.

Objectif prioritaire :

Promouvoir sur une période de quatre ans (objectif 2022) la création d'Ulis pour mailler le territoire national et offrir des conditions d'accueil meilleures pour un grand nombre d'élèves.

Objectifs :

- 1- Poursuivre le plan du ministère avec un projet de 240 Ulis nouvelles par an.
- 2- Ouvrir au moins une Uli dans les collèges avec SEGPA afin de faciliter les « parcours » pour les élèves handicapés.
- 3- Dans chaque académie atteindre 50 % de collèges avec au moins une Uli.

Modalités :

- Travailler à l'articulation Uli / SEGPA dans le parcours des élèves afin d'offrir des souplesses possibles dans le parcours.
- Prévoir les dotations d'AVS-Co en fonction de la situation de chaque Uli pour l'articuler avec le suivi des élèves et l'accompagnement attribué.
- Renforcer la formation des enseignants en Uli pour favoriser la maîtrise de coordination du dispositif.
- Établir une cartographie d'implantation d'Uli dans des collèges de milieu rural (qui ont actuellement un faible pourcentage en raison de leur faible taille).

Fiche n° 6

Élément de scénario : le pilotage territorial

Constats : L'absence d'un système d'information opérationnel dans les académies et départements entre la MDPH et l'éducation nationale, la diversité des modalités de pilotage ne favorisent pas l'émergence d'une cohérence d'actions dans le suivi des élèves en situation de handicap.

Objectif prioritaire :

Installer un pilotage harmonisé, souple et efficace au niveau académique et départemental.

Objectifs

- 1- Améliorer le pilotage entre les académies et l'ARS.
- 2- Améliorer le pilotage et le suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap.
- 3- Favoriser les réactivités à la demande des parents.
- 3- Permettre les expérimentations de fonctionnement dans la gestion de l'accompagnement humain.
- 4- Évaluer plus efficacement l'accompagnement des élèves en situation de handicap¹¹³.

Modalités :

L'académie

- Définir le rôle des académies dans le pilotage et la possible constitution de services de gestion académiques ou départementaux pour aider au suivi de l'accompagnement humain et renforcer la coordination des acteurs¹¹⁴.
- Rationaliser le recrutement et le suivi de gestion des AESH en harmonisant les pratiques départementales et en valorisant les fonctionnements efficaces.
- Analyser avec les partenaires, au niveau académique et départemental, les possibilités d'unités d'enseignement externalisées en lien avec les établissements concernés.

Le département

- Le groupe technique départemental de suivi de la scolarisation est chargé :
 - d'élaborer un état des lieux partagé des conditions de scolarisation des enfants handicapés,
 - d'échanger sur les besoins d'évolution et les axes d'amélioration,
 - de donner du sens à l'action collective sur les priorités d'affectation des élèves en milieu ordinaire,
 - d'élaborer le calendrier partagé de préparation de la rentrée scolaire.

¹¹³ L'article D. 351-16 code de l'éducation : dans le cadre du rapport annuel d'activité prévu à l'art. R. 241-34 CASF, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dresse un bilan de la scolarisation des élèves handicapés dans le département faisant état, notamment, des écarts observés entre l'offre d'éducation scolaire et médico-sociale et les besoins recensés.

¹¹⁴ La seule création d'un service de gestion ne peut être suffisante pour assurer une régulation. La relation entre le niveau stratégique (l'académie) et le niveau opérationnel (le département) doit être clairement définie. En ce sens le rôle des IEN-ASH académique dans la stratégie académique doit être identifié par une lettre de mission explicite.

– Prévoir les actions communes pour améliorer le dispositif dans un document communiqué à l'ensemble des acteurs.

Cette instance pourrait se réunir 2 à 3 fois dans l'année et avoir une déclinaison plus opérationnelle en groupes de travail thématiques qui associeraient les acteurs sur le terrain¹¹⁵.

– Renforcer les relations partenariales :

- de nouvelles modalités de fonctionnement dans le suivi des élèves et dans la chaîne de prescription,
- le partage des données et informations pour bâtir un tableau de bord commun¹¹⁶,
- les conditions de collaboration entre l'éducation nationale, les MDPH et l'ARS.

Calendriers

Constats : les départements où la MDPH et la DSDEN ont harmonisé les calendriers de gestion des demandes en fonction notamment d'une anticipation de la rentrée scolaire sont ceux dont le fonctionnement est performant.

Le « *Vade-mecum de la rentrée partagée* » publiée par la CNSA en mars 2018¹¹⁷ et diffusé par le ministère de l'éducation nationale en mai 2018 témoigne de la mobilisation sur ce sujet

Objectifs :

- 1- Harmoniser à partir d'un modèle national les calendriers de gestion de la chaîne des prescriptions.
- 2- Tenir compte des différents moments de la scolarité notamment de la rentrée scolaire.
- 3- Prévoir le parcours scolaire de l'élève pour permettre une adaptation de l'accompagnement et le choix des continuités.
- 4- Anticiper les situations des élèves en attente pour répondre à l'accompagnement nécessaire.
- 5- Raccourcir les délais de traitement des demandes et du recrutement des AESH.

Principes d'actions :

- 1- Définir un cadre national (cf. les propositions de la CNSA sur le sujet) et envisager une application réelle.
- 2- Recenser les bonnes pratiques et les diffuser.
- 3- Laisser une marge de souplesse dans l'application du calendrier mais en établissant les étapes indispensables et nécessaires.
- 4- Évaluer avec les différents acteurs la mise en place annuelle du dispositif.

¹¹⁵ Une proposition élaborée par la directrice de la MDPH de la Seine-et-Marne qui a mis en œuvre des fonctionnements adaptés et performants avec la DASEN.

¹¹⁶ Cf. rapport n° 2012-162, *l'accompagnement des élèves en situation de handicap* p. 33, (un tableau de bord commun).

¹¹⁷ Grâce au travail conjoint des ministères et des MDPH.

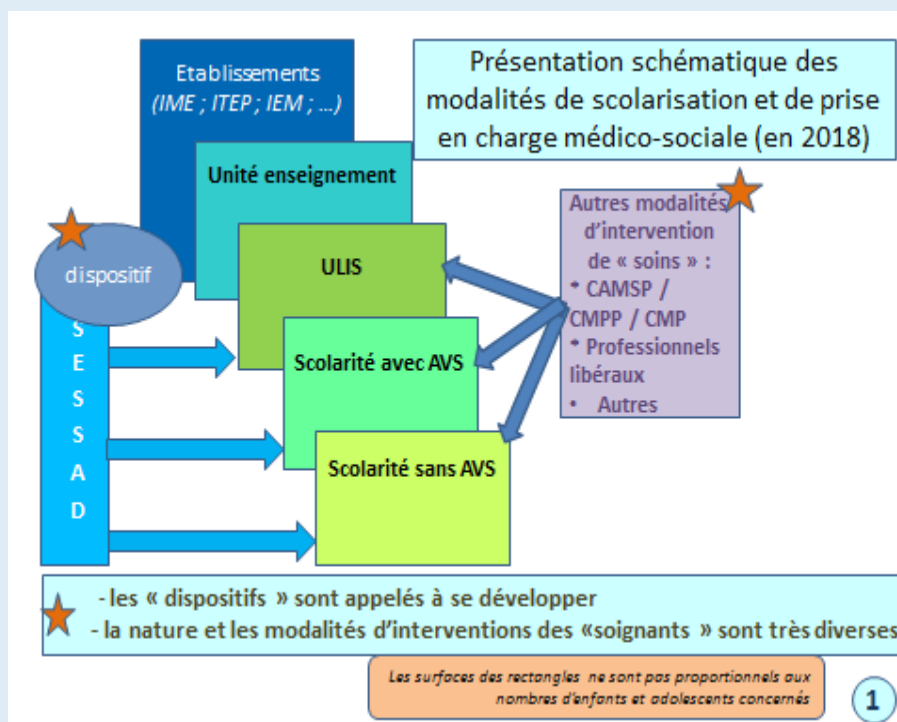
Fiche n° 7

Élément de scénario : la coordination entre médicosocial et école

Des constats :

Le manque de place en établissements spécialisés, les inégalités territoriales en termes d'accès aux établissements et aux soins, la durée des attentes pour une prise en charge, la déconnection entre modalités de soins et de scolarisation sont souvent cités par les différents acteurs rencontrés par la mission.

Le graphique ci-dessous illustre d'ailleurs la multiplicité des réponses auxquelles les parents sont confrontés dans un contexte en évolution et parfois avec des relations peu efficaces.



Objectif prioritaire : Améliorer les collaborations entre les dispositifs de scolarisation et les prises en charge sanitaires et médicosociales.

Objectifs :

- 1- Développer les possibilités d'unités d'enseignement externalisées pour favoriser l'inclusion scolaire et l'intervention des plateaux techniques dans les établissements.
- 2- Soutenir les démarches des trois parties prenantes (éducation nationale-collectivités territoriales-propriétaires des établissements et services médico-sociaux) pour organiser l'intervention régulière de professionnels du secteur médicosocial dans des « pôles établissement » pour améliorer le suivi des élèves en inclusion scolaire et prévoir l'intervention de professionnels libéraux.

Modalités :

- 1- Envisager les possibilités de création d'une plateforme de services pour un territoire en lien avec les

responsables de l'éducation au niveau local et départemental.

2- Améliorer les fluidités et les souplesses « d'orientation » entre EMS/Ulis/scolarité ordinaire par un suivi réalisé par les enseignants référents.

3- Développer les conventions entre établissements scolaires et ESMS afin que leurs professionnels puissent intervenir auprès des élèves sans que ceux-ci aient à se déplacer. En outre, cette organisation favorise les échanges et collaborations entre professionnels.

4- Prévoir par des conventions académiques ou départementales, la possibilité d'intervention de professionnels libéraux dans les établissements pour des élèves handicapés ayant un projet éducatif ou un PPS reconnu par l'équipe éducative.

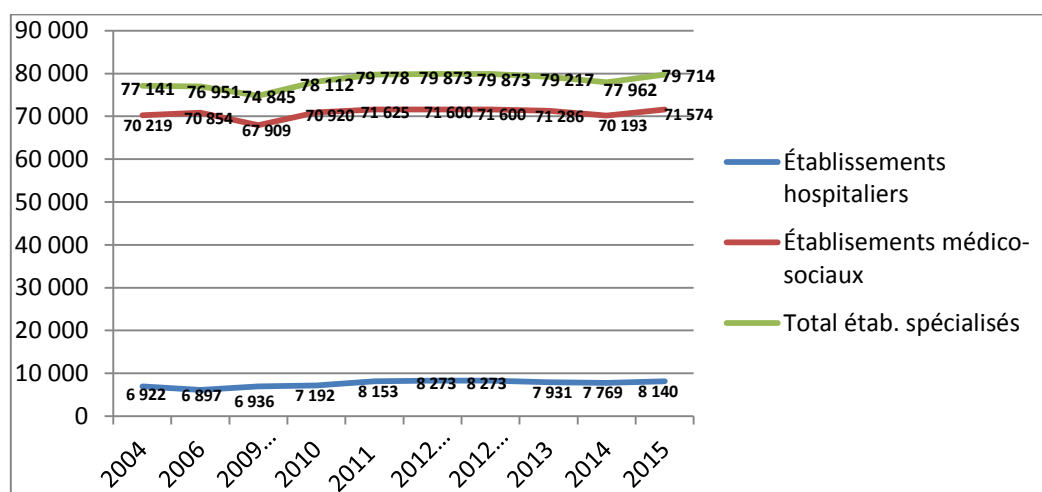
Annexes

1. Données complémentaires sur des enfants et adolescents handicapés et leur scolarisation

Les graphiques ci-après, complètent ceux présentés dans les chapitres 1, 2 et ... de la première partie du rapport. Ils sont principalement issus de données de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du ministère de l'Éducation nationale. Ils sont brièvement commentés après chacun d'entre eux.

1.1. Les enfants ou adolescents pris en charge en établissements médicosociaux

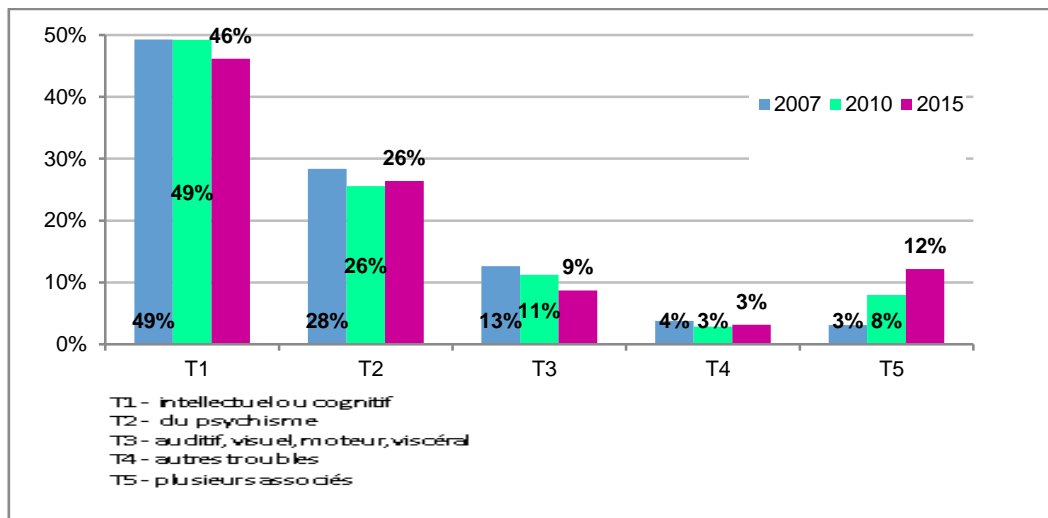
Évolution du nombre d'enfants ou adolescents pris en charge en établissements médicosociaux ou sanitaires et qui sont scolarisés



Ce graphique permet de bien visualiser que :

- les 10 % des enfants et adolescents pris en charge en établissements sanitaire (et qui ne sont donc pas en général handicapés ; leur nombre croît de 18 % en dix ans) sont ici rattrapés de ceux pris en charge en établissement médicosocial (EMS), en raison de leur handicap ;
- le nombre d'enfants pris en charge en EMS et scolarisés et scolarisé évolue peu ; mais ceci cache le repliement des EMS qui ont créé ou développé des SESSAD, pour que des jeunes handicapés soient scolarisés en milieu ordinaire avec une prise en charge « de proximité ».

Répartition des élèves pris en charge en milieu spécialisé selon la nature du trouble en 2007, 2010 et 2015



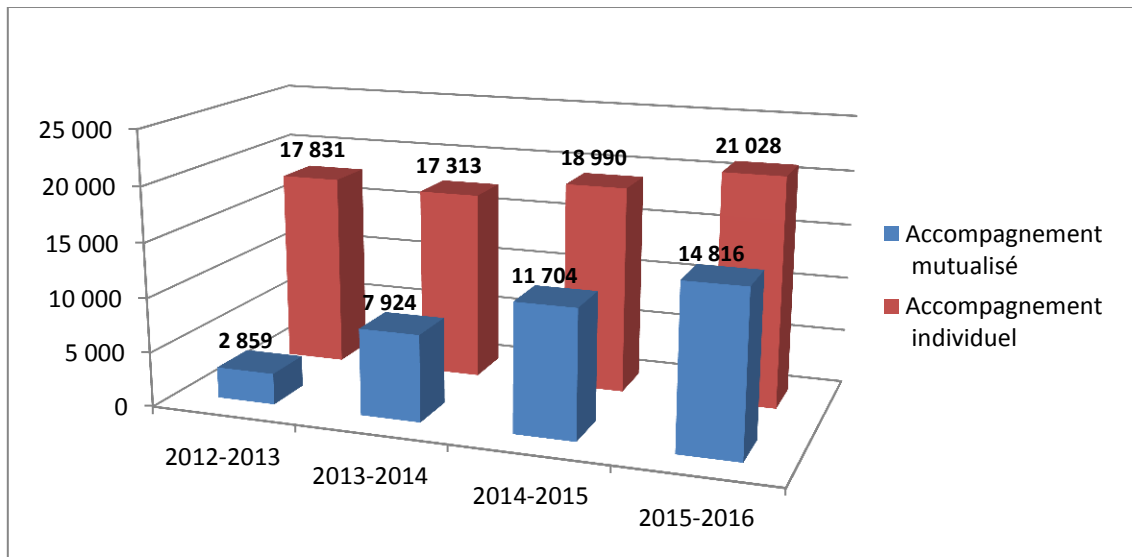
Nota : les troubles du langage et de la parole et le polyhandicap ne sont pas représentés sur le graphique

La croissance de la part des jeunes polyhandicapés est très vigoureuse (de 3 % à 12 % ; elle traduit clairement la mise en œuvre des directives des pouvoirs publics) et se répercute, arithmétiquement, dans les légères baisses des % des autres catégories de troubles.

1.2. L'accompagnement dans le second degré

Les modalités d'accompagnement dans le second degré

Aide humaine et temps d'accompagnement entre 2012 et 2015 (France métro + DOM, public + privé)

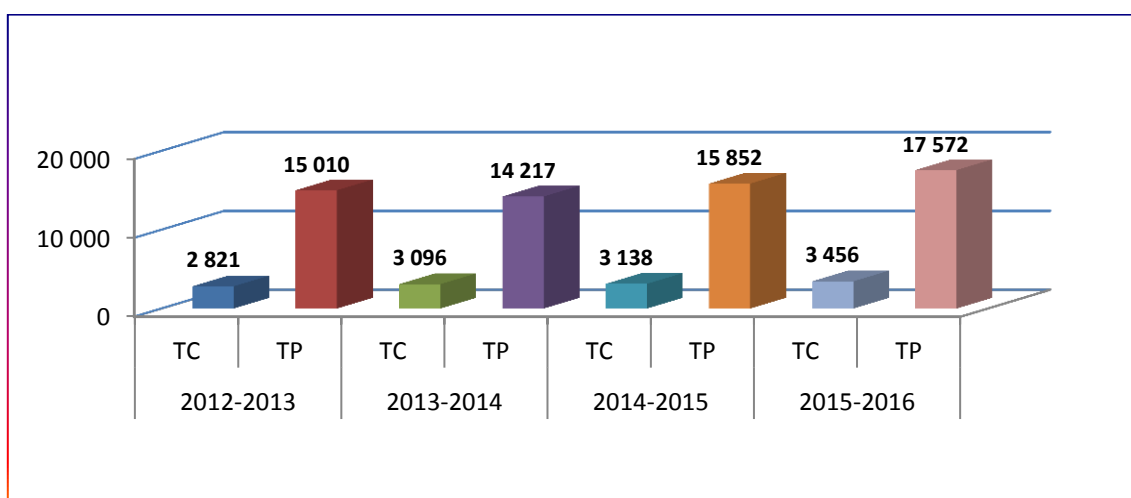


Source : DEPP, RERS 2017

La hausse de l'accompagnement qu'il soit accompagnement individuel ou mutualisé, est présenté dans le corps du rapport pour le premier degré ; les évolutions dans le second degré, en comparaison du premier degré sont :

- certaines, différentes : la croissance du nombre d'élèves accompagnés était forte (+ 37 %) dans le premier degré, celle dans le 2^{ème} degré elle dépasse 71 % !
- d'autres, semblables : forte croissance du nombre d'élèves bénéficiant d'un accompagnement mutualisé, qui reste néanmoins inférieur au nombre de jeunes bénéficiant d'un accompagnement individuel.

Les durées d'accompagnement (individuel) dans le second degré



Source : DEPP. RERS 2017, *ibid.*

La proportion d'accompagnement « temps partiel » (TP) ou « temps complet » (TC) reste stable sur la période aux environs de 16%, soit environ le même niveau que pour le premier degré (voir rapport).

1.3. Part et forme de l'accompagnement dans la scolarisation des jeunes handicapés

accompagnement	effectif élèves			% élèves		
	1 ^{er} degré	2 nd degré	1 ^{er} + 2 nd degrés	1 ^{er} degré	2 nd degré	1 ^{er} + 2 nd degrés
AVSI	64 989	22 229	87 218	37,8	17,3	29
AVSM	31 116	19 331	50 447	18,1	15	16,8
AVSI + AVSM	96 105	41 561	137 666	55,8	32,3	45,8
non accompagnés	75 976	87 068	163 043	44,2	67,7	54,2
Total	172 081	128 628	300 709	100	100	100

Source : DGESCO octobre 2017

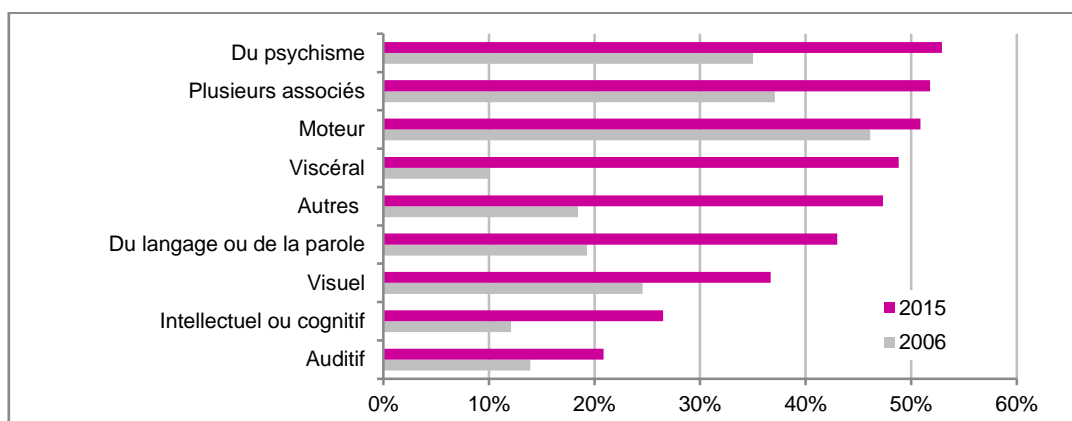
Ce tableau synthétique permet de bien remettre en perspective :

- le nombre total d'élèves handicapés (environ 300 000) ;
- le quasi équilibre « premier degré / second degré » : 57 % / 43 % ;
- la prépondérance dans le premier degré du recours à un AVS (55,8 % et, dans ce cas, environ deux fois à un AVSI qu'à un AVSM) alors que, dans le second degré, moins d'un tiers (32,3 %) des élèves ont recours à un AVS (et, dans ce cas, environ autant à un AVSM qu'à un AVSI).

Il conduit aussi à remarquer l'emploi de l'expression « non accompagné » pour regrouper les élèves scolarisés en UE ou en ULIS avec ceux qui ne bénéficient d'aucun accompagnement.

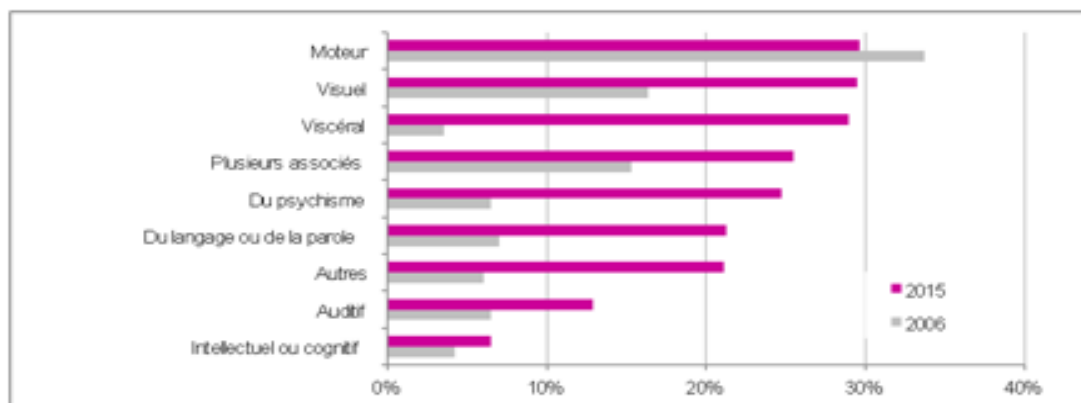
1.4. L'accompagnement individuel et la nature des troubles des élèves handicapés

Part des élèves bénéficiant d'un accompagnement individuel dans le premier degré selon la nature du trouble en 2006 et 2015



Source : DEPP RERS 2017

Part des élèves bénéficiant d'un accompagnement individuel dans le second degré selon la nature du trouble en 2006 et 2015



Source : DEPP RERS 2017

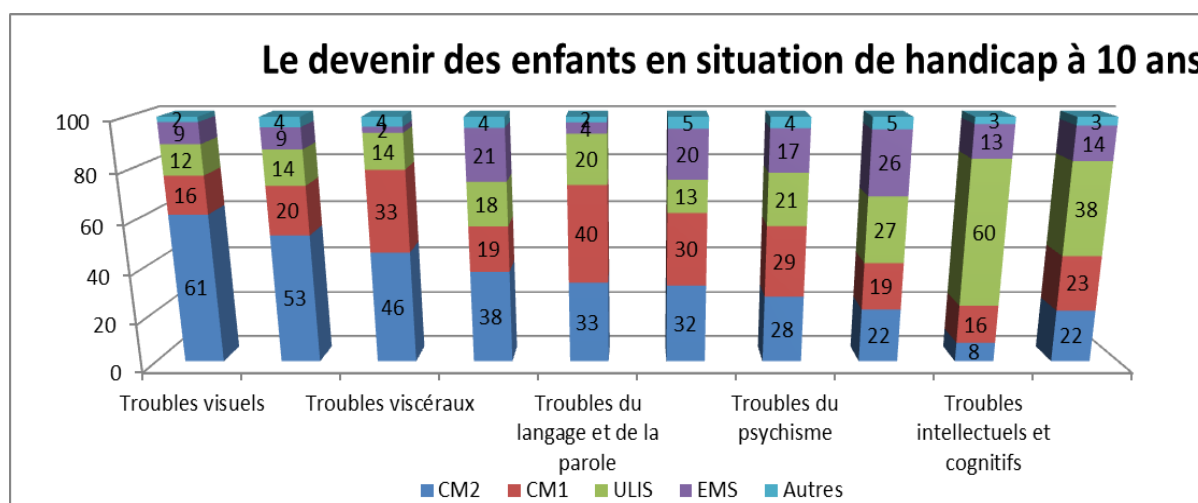
Un point indiscutable à la lecture de ces deux tableaux est que quelque soit le type de trouble, le recours à l'accompagnement individuel s'accroît.

Quant aux autres remarques possibles, elles ne peuvent déboucher aisément sur une observation articulée avec la réalité. En effet, d'une part le rôle et la place des établissements est variable selon la nature des troubles et, de même, pour l'acceptation (par les parents) qu'un trouble observable, mais socialement non associé à un handicap, puisse ouvrir droit à un soutien pour leur enfant et, à cela, s'ajoute, l'évolution dans le temps de ces paramètres qui encore plus ardue à saisir.

Un deuxième point indiscutable est que le recours à l'accompagnement individuel est beaucoup plus fréquent (environ 20 % d'écart) dans le premier degré que dans le second degré, quel que soit le type de trouble.

1.5. Situation scolaire à dix ans selon la nature du trouble

Situation scolaire à dix ans selon la nature du trouble en 2015-2016



Champ : France métropolitaine + DOM hors Mayotte, public + privé. (2015)

Source : MEN-MESRI-DEPP - panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005.

(Le commentaire de ce tableau reprend très largement celui présenté en page 84 du RERS 2017).

À la rentrée 2015, 22 % des enfants en situation de handicap arrivent « à l'heure » en CM2 :

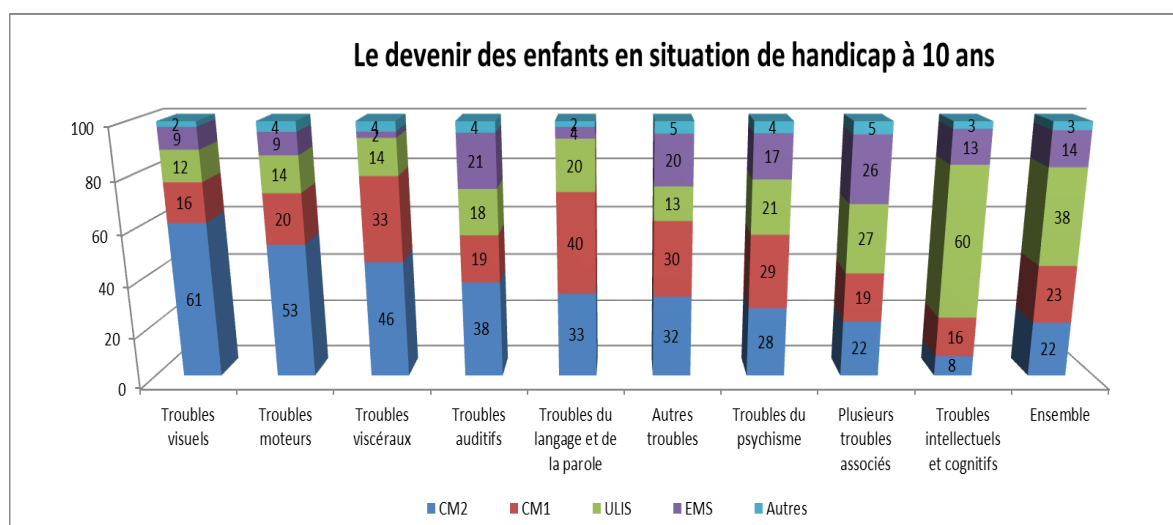
- 61 % des enfants présentant un trouble visuel, 53 % de ceux présentant un trouble moteur, et 46 % de ceux ayant un trouble viscéral y parviennent ;
- à l'opposé, seulement 8 % des enfants de 10 ans présentant des troubles intellectuels et cognitifs atteignent cette classe.

Un tiers des enfants présentant des troubles du langage et de la parole parviennent à l'heure en CM2. Toutefois, ce trouble pouvant se révéler au cours des apprentissages, ces élèves ont souvent redoublé avant que ce trouble ne soit pris en compte : 40 % d'entre eux sont en CM1 pour 23 % de l'ensemble des élèves en situation de handicap à dix ans.

Au total, à dix ans, 45 % des élèves en situation de handicap sont scolarisés en classe ordinaire contre 85 % à six ans. 38 % des élèves sont scolarisés en ULIS (ex-CLIS), mais 60 % de ceux présentant des

troubles intellectuels ou cognitifs. Les déficients visuels (12 %), les déficients moteurs ainsi que les enfants présentant des troubles viscéraux (14 %) sont les moins nombreux. Le niveau scolaire des élèves scolarisés en ULIS ne dépasse pas le CE1 pour les deux tiers d'entre eux, 13 % ont un niveau CM1 et 3 % un niveau CM2. Toutefois, un tiers des élèves déficients auditifs ou visuels atteint le niveau CM1, 15 % des premiers et 19 % des seconds le niveau CM2 (2).

14 % des élèves sont scolarisés en milieu spécialisé, mais plus du quart des enfants présentant plusieurs troubles associés. La moitié des élèves scolarisés en milieu spécialisé sont d'un niveau « maternelle » et un tiers de niveau CP ou CE1. Un déficient auditif sur cinq est scolarisé dans un établissement spécialisé. Les trois quarts d'entre eux sont de niveau CE2 ou supérieur contre 19 % de l'ensemble.



2. PPS, GEVA-Sco ; EE - ESS - EPE : des malentendus possibles

La compréhension habituelle de ces expressions :

- **PPS** : un projet rédigé pour le parcours à venir de l'enfant handicapé (article D351-8 CE) ... mais il existe 2 types de documents : celui annexé à l'arrêté du 6 fév. 2015 et ceux annexés à la circulaire du 8 août 2016 « documents de mise en œuvre : maternelle / élémentaire / second degré ».
- **GEVA-Sco** : un guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation.
- **EE** : équipe éducative ; elle se réunit dans l'établissement, pour traiter de difficultés « de tous ordres » (quel que soit l'enfant et ses besoins).
- **ESS** : équipe de suivi de la scolarité ; elle se réunit au moins une fois par an (sou la présidence de l'ER) pour les enfants handicapés.
- **EPE** : équipe pluridisciplinaire d'évaluation, organisée par la MDPH, elle prépare les décisions de la CDAPH.

Les sources de malentendus sont « fonctionnelles » et « juridiques » :

PPS, GEVA-Sco ont a priori des finalités proches :

- PPS, pour le parcours scolaire de l'enfant ;
- GEVA-Sco pour l'évaluation initiale (GEVA-Sco première demande)

Et l'évaluation régulière (GEVA-Sco réexamen) de sa situation.

Des risques d'incompréhension existent :

- ce sont les mêmes acteurs qui sont mobilisés pour l'établir (GEVA-Sco) et, de fait, le préparer (PPS) même si c'est l'EPE qui est censé l'élaborer
- les arrêtés (interministériels) qui ont fixés les modèles de ces 2 types de documents sont du même jour (6 février 2015) mais les « documents de mis en œuvre » annexés à la circulaire du 8 août 2016 et sous l'entête ministère de l'éducation nationale « ignorent » le GEVA-Sco première demande et réexamen dont une version « interactive » (pour pouvoir être renseignée à distance et faciliter des traitements informatiques) est datée de décembre 2014 et porte les logos de la CNSA et du ministère de l'éducation nationale

Les textes de référence actuels sont clairs, mais évitent d'aborder de front la réalité ; ainsi :

Articles 1 et 2 de l'arrêté du 6 février 2015 (NORme MENE1502719A) relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco)

Article 1 : Lorsqu'un élève (...ou) ses responsables légaux, a saisi la maison départementale des personnes handicapées d'une première demande d'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation, les informations relatives à sa situation scolaire peuvent être recueillies au moyen du document intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco première demande) annexé au présent arrêté. À la demande de l'élève (... ou) de ses responsables légaux, ce document est renseigné par **l'équipe éducative**.

Article 2 : Lorsqu'un élève en situation de handicap bénéficie d'un projet personnalisé de scolarisation, **l'équipe de suivi de la scolarisation** définie à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation procède au moins une fois par an à l'évaluation de ce projet et de sa mise en œuvre. Les informations recueillies au cours de cette réunion sont transcrites dans le document intitulé « guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation » (GEVA-Sco réexamen) annexé au présent arrêté

Plusieurs articles du code de l'éducation, même après leur modification par le décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014 **portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap :**

Article D351-6 (issu du décret du 30/12/2005 et modifié par celui du 1/22/2014)

L'équipe pluridisciplinaire, mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF), élabore le projet personnalisé de scolarisation, à la demande de l'élève handicapé majeur, ou de ses parents ou de son représentant légal, et après avoir pris connaissance du projet de formation de l'élève (...).

Pour conduire l'évaluation prévue à l'article R. 146-29 du CASF, l'équipe pluridisciplinaire s'appuie notamment sur les observations relatives aux besoins et aux compétences de l'enfant ou de l'adolescent réalisées en situation scolaire par l'équipe de suivi de la scolarisation, formalisées dans le document mentionné à l'article D. 351-10 du présent code. Elle prend en compte les aménagements qui peuvent

être apportés à l'environnement scolaire, ainsi que les mesures déjà mises en œuvre pour assurer son éducation.

Article D351-10 (issu du décret du 30/12/2005 et modifié par celui du 11/12/2014)

L'équipe de suivi de la scolarisation, (...) comprenant nécessairement l'élève, ou ses parents (...), ainsi que l'enseignant référent de l'élève, (...) facilite la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et assure son suivi pour chaque élève handicapé. Elle procède, au moins une fois par an, à l'évaluation de ce projet et de sa mise en œuvre sous la forme d'un document défini par arrêté conjoint des ministres chargés de l'éducation nationale, de l'agriculture et des personnes handicapées (= GEVA-Sco réexamen). Cette évaluation permet de mesurer l'adéquation des moyens mis en œuvre aux besoins de l'élève. Ce document est adressé par l'enseignant référent à la maison départementale des personnes handicapées et à l'élève majeur ou, s'il est mineur, à ses parents ou son responsable légal. Il est également adressé au directeur d'école, au chef d'établissement ou au directeur de l'établissement ou du service médicosocial chargés de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation. Cette évaluation peut être organisée à la demande de (...)
L'équipe de suivi de la scolarisation informe la CDAPH (...)

C'est d'ailleurs, ce qui est repris et expliqué dans la circulaire interministérielle du 8 août 2016 ***Parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires***

En pratique

- Les documents produits par les EPE, sont très éloignés du modèle type de PPS fixé par l'arrêté du 6 février 2015 relatif au document formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D. 351-5 du code de l'éducation, par manque de temps pour les renseigner, car un autre document est utilisé à la demande de la CDAPH, ...
- Les enseignants référents, sur lesquels repose la charge de renseigner le GEVA-Sco et qui doivent l'utiliser pour le suivi des jeunes lors des ESS, puisqu'ils ne disposent pas, en fait, de PPS élaboré par l'EPE sur la base du modèle annexé à l'arrêté du 6 février 2015 (et à la circulaire du 8 août 2016), s'appuient sur le GEVA-Sco complété par les préconisations de l'EPE et des décisions de la DCAPH.

Préconisation, pour gagner en simplicité, en cohérence et en efficacité :

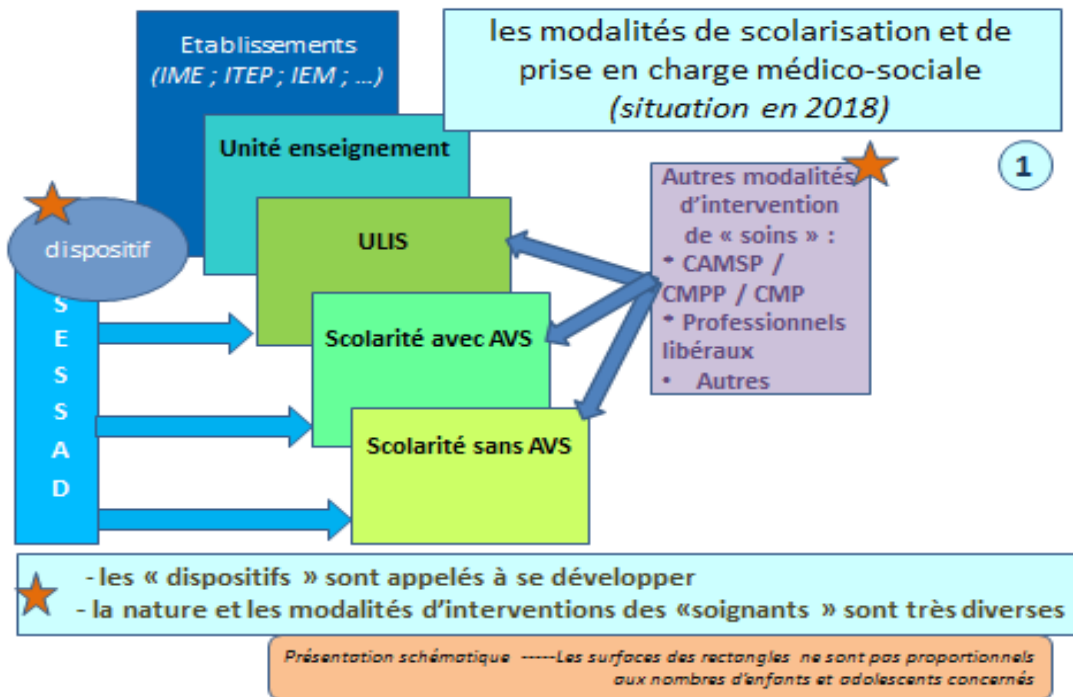
Après avoir noté que le PPS est une expression, une posture éducative et une pratique qui sont utilisés bien au-delà des seuls enfants handicapés et que le contenu des « documents de mise en œuvre » annexés à une circulaire du 8 août 2016, est pratiquement déjà présent dans le GEVA-Sco (*GEVA-Sco première demande* et *GEVA-Sco réexamen*) étudier l'unification officielle de ces 2 types de documents).

3. Les modalités de scolarisation et de prise en charge médicosociale : les évolutions entre le début des années 2000 et 2018

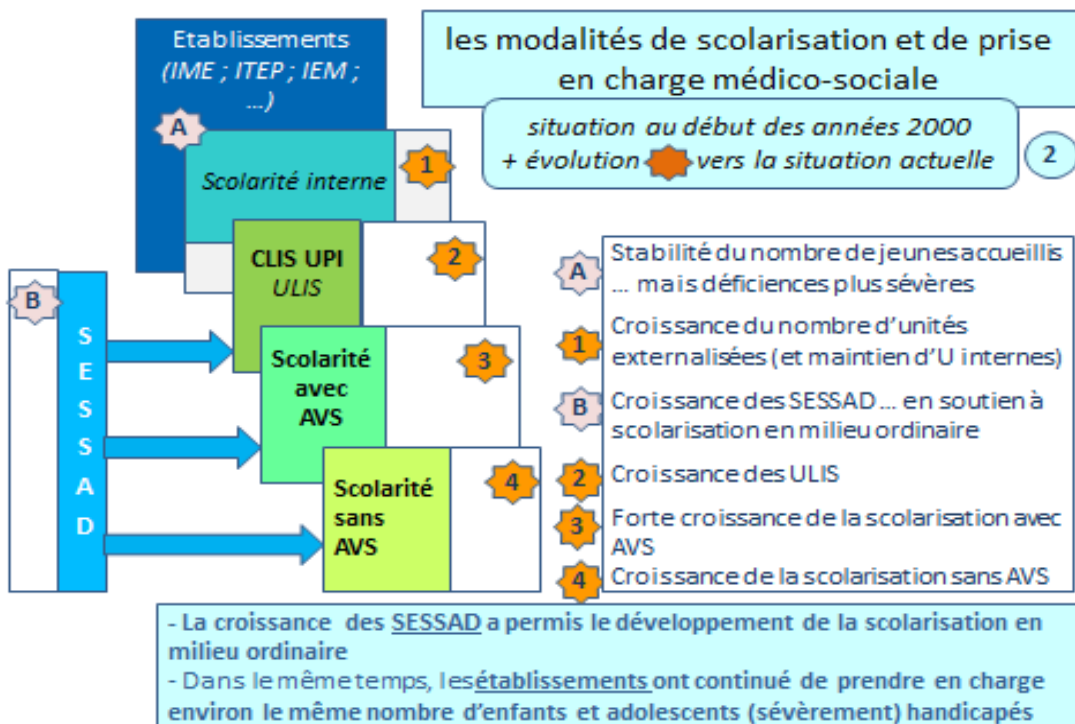
Les deux schémas ci-dessous visent à illustrer :

- les types d'articulations entre ESMS et modalités de scolarisation ;

- leur évolution entre le début des années 2000 et 2018 (et au cours des années à venir).



Source : mission



Source : mission

4. Les établissements et services médicosociaux pour les enfants et adolescents handicapés (informations complémentaires)

Cette annexe vis à apporter des compléments d'information, notamment au chapitre 6 de la 2^{ème} partie du rapport. Elle est organisée autour de 6 rubriques :

1°: La classification internationale des maladies (CIM) et les nomenclatures de description des établissements et services médicosociaux ;

2 : Les évolutions des établissements et services au niveau France entière à partir des enquêtes nationales ;

3 : (Focus sur) les SESSAD : une commune logique d'intervention une diversité de pratiques, des évolutions à développer ;

4 : Les problématiques spécifiques de certains catégories de jeunes handicapés : ceux qui bénéficient de l'amendement Creton ; ceux qui sont accueillis en Belgique ; ceux qui sont « placés » par décision judiciaire ou après décision administrative en accord avec leurs parents ;

5 : Les constats d'inégalités géographiques ;

6 : Plusieurs voies de réponses aux besoins constatés: La réponse accompagnée pour tous ; Les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale ; la planification, la programmation et sa mise en œuvre sous la responsabilité de l'établissement ; les appels à projets et appels à candidatures médico-sociaux des ARS.

4.1. la classification internationale des maladies (CIM) et les nomenclatures de description des établissements et services médicosociaux

4.1.1. La classification internationale des maladies (CIM) ; la classification des troubles mentaux

La classification internationale des maladies (CIM) est confiée à l'OMS depuis 1945. Sa version actuelle est la CIM-10 (la CIM11 devrait être publiée en 2018). La CIM 6, publiée en 1949, établissait une première classification internationale des troubles mentaux. L'actuelle CIM expose plus de 155 000 codes répartis dans 22 chapitres (exemple : chapitre V – troubles mentaux et du comportement ; chapitre XVII - malformations congénitales et anomalies chromosomiques).

Dans le cas des troubles mentaux, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM*) de l'association américaine de psychiatrie, exerce une influence particulière sur l'exercice de la psychiatrie qui n'a cessé de s'étendre depuis sa première version en 1952 jusqu'au DSM-5 paru en 2013.

Le DSM a progressivement multiplié le nombre de pathologies psychiatriques définies sous l'angle de pathologies somatiques suivant une démarche descriptive et objectivable, des troubles mentaux. L'inflation de la classification nosologique des pathologies mentales posées par les diagnostics médicaux, est également due à une évolution théorique et méthodologique de l'approche de la pathologie mentale : de l'approche catégorielle fondée sur une classification à partir de symptômes précisément définis, vers une approche dimensionnelle qui caractérise ces symptômes par leur degré

d'intensité. Cette approche dimensionnelle vise à améliorer les diagnostics et les traitements en prenant mieux en compte la co-occurrence (comorbidité) de divers symptômes, fréquente en psychiatrie ainsi que les corrélations entre leurs différents facteurs, somatiques et contextuels. Mais, elle a aussi pour effet, dans le cas des troubles psychiatriques et de leurs manifestations comportementales, de conduire à un continuum entre le normal et le pathologique. Une des conséquences est le risque de diagnostics excessifs (et de surmédicalisation).

Le DSM5 répertoriait plus de 400 troubles mentaux contre une centaine dans le DSM-1. De plus, les nouveaux critères du DSM-5 abaissent les seuils nécessaires au diagnostic du trouble mental. Cette évolution, particulière au champ des troubles mentaux, vers une approche dimensionnelle des diagnostics médicaux, permet sans doute d'améliorer la pertinence curative. Elle débouche également sur des notions de spectre pathologique, dont celui de l'autisme constitue une spectaculaire illustration.

La classification des handicaps la plus reconnue en matière d'éducation est celle de l'OMS, contenue dans la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé). Cette classification internationale est complémentaire de la CIM. Alors que le CIM a pour objet de permettre de poser des diagnostics médicaux, le CIF permet de décrire des situations relatives « *au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir* ». L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne y est présenté comme le résultat d'une interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels (personnels et environnementaux). Le CIF apparaît comme le modèle conceptuel de la loi du 11 février 2005 et de la politique de l'inclusion scolaire.

De fait, les catégories utilisées par les différentes administrations sont diverses, les définitions de leurs rubriques peuvent conduire à des approximations, voire à des incompréhensions.

Une décision récente n° 2017-257 du défenseur des droits, *Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées* (extrait) :
« ... (en France) la mise à disposition et la valorisation des informations statistiques et des études sur le handicap ne font pas l'objet d'une coordination et d'un pilotage national. Les diverses sources de données disponibles n'ont pas adopté une définition harmonisée du handicap ».

La connaissance des handicaps qu'elles permettent constitue une trame extrêmement large, notamment pour des « troubles intellectuels et cognitifs » et des « troubles psychiques » qui recouvrent des réalités très différentes de nature et d'intensité. Dans ce domaine, les classifications ne peuvent rendre compte, seules, de la diversité et la complexité de nombreux troubles. Elles seraient cependant perfectibles pour constituer un outil convenable d'aide au pilotage et au suivi de la situation des besoins et du niveau de satisfaction des enfants scolarisés en situation de handicap.

Dans ce contexte, la précision formulée par Sylvie Le Laidier, dans la revue *Éducation et formations*¹¹⁸, n° 95, déc. 2017, p. 32, note de bas de page, est particulièrement intéressante : « *Dans les autres publications de la DEPP (RERS, Notes d'information, etc.), les enfants sont dénombrés dans leur trouble principal. Le trouble envahissant du développement est considéré comme un trouble associé à un trouble principal le plus souvent classé dans "trouble intellectuel ou cognitif" ou dans "trouble du*

¹¹⁸ *Éducation et formations* est la revue de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale, au sein de laquelle Sylvie Le Laidier travaille dans l'unité des méthodes et synthèses statistiques

psychisme". Dans cet article, les enfants présentant un TED sont présentés comme ayant ce trouble spécifique et ont été exclus des autres catégories. »

4.1.2. Les nomenclatures de description des établissements et services médicosociaux

Les informations sur les établissements et les services pour enfants et adolescents handicapés sont principalement issues de l'enquête ES réalisée tous les 4 ans par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé et des affaires sociales à partir des informations détaillées qui lui sont transmises par les établissements et les services.

Plusieurs nomenclatures sont utilisées pour décrire leur activité : les modalités d'accueil, l'agrément de clientèle, la pathologie des enfants et adolescents accueillis, la déficience principale (ainsi que la taille de l'établissement, son statut juridique, son implantation géographique, ...)

Tableau 1 : Nomenclature des modalités d'accueil utilisée dans l'enquête ES 2014

Modalité d'accueil	
1	Internat (complet, de semaine, ...)
2	Hébergement éclaté (dans des chambres ou des appartements extérieurs à l'établissement)
3	Accueil temporaire
4	Externat/accueil de jour (sans hébergement)
5	Accueil familial
6	Prestation sur le lieu de vie / en milieu ordinaire (domicile, école,...), services inclus
7	Autre mode d'accueil

Tableau 2 : Nomenclature des agréments clientèle utilisée dans l'enquête ES 2014

Agrément de clientèle	
1	Déficients intellectuels avec ou sans troubles associés
2	Déficients psychiques (y compris troubles de la conduite et du comportement avec ou sans troubles associés)
3	Déficients intellectuels et déficients psychiques avec ou sans troubles associés
4	Autisme et troubles envahissants du développement avec ou sans troubles associés
5	Déficients moteurs avec ou sans troubles associés
6	Cérébro-lésés avec ou sans troubles associés
7	Déficients visuels avec ou sans troubles associés
8	Déficients auditifs avec ou sans troubles associés
9	Troubles sévères du langage (dysphasie, ...)
10	Polyhandicapés
11	<i>Ne concerne pas les enfants et adolescents handicapés</i>

Cette nomenclature est différente de celle des pathologies (voir tableau ci-dessous) et diffère aussi de la nomenclature par déficience principale (voir tableaux 4 et 5)

Tableau 3 : Nomenclature des pathologies utilisée dans l'enquête ES 2014

Pathologie	
01	Autisme ou autres troubles envahissants du développement
02	Psychose infantile
03	Psychose survenue à partir de l'adolescence
04	Trisomie et autres anomalies chromosomiques
05	Pathologie génétique connue autre qu'anomalie chromosomique
06	Accidents périnataux
07	Traumatisme crânien et lésion cérébrale acquise (en dehors de la période périnatale)
08	Autres pathologies
98	Aucune pathologie
99	Pathologie inconnue, non identifiée
ND	La structure n'est pas en mesure de renseigner la pathologie

Tableau 4 : Nomenclature de la déficience principale des enfants et adolescents pris en charge utilisée dans l'enquête ES 2014 (la même nomenclature est utilisée pour une déficience secondaire)

Déficience principale	
Déficiences intellectuelles	
11	Retard mental profond et sévère : <i>personne susceptible au plus d'un apprentissage systématique des gestes simples</i>
12	Retard mental moyen : <i>personne ayant des notions simples de communication, d'hygiène, de sécurité, d'habileté manuelle, mais qui ne semble pouvoir acquérir aucune notion d'arithmétique ou de lecture</i>
13	Retard mental léger : <i>personne pouvant acquérir des aptitudes pratiques, la lecture ainsi que des notions d'arithmétique grâce à une éducation spécialisée</i>
14	Autres déficiences de l'intelligence : <i>cette catégorie comprend par exemple les détériorations intellectuelles rencontrées au cours des démences de l'adulte</i>
Troubles du psychisme	
21	Déficiences intermittentes, "critiques", de la conscience (y compris crise d'épilepsie)
22	Troubles des conduites et du comportement non inclus dans une pathologie psychiatrique avérée
23	En rapport avec des troubles psychiatriques graves: troubles graves de la personnalité et des capacités relationnelles à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolés

24	Autres troubles du psychisme : troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité, à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolés
Troubles de la parole et du langage (à l'exclusion des troubles du langage dus à une surdité)	
31	Troubles spécifiques du développement du langage (ex. dysphasie)
32	Autres troubles du développement de la parole et du langage
Déficiences auditives (en cas de déficience auditive asymétrique, classer la déficience en fonction du côté le moins atteint)	
41	Déficience auditive bilatérale profonde (supérieure à 90 dB)
42	Déficience auditive bilatérale sévère (supérieure à 70 dB et inférieure ou égale à 90 dB)
43	Déficience de l'acuité auditive moyenne (supérieure à 40 dB et inférieure ou égale à 70 dB)
44	Déficience de l'acuité auditive légère (inférieure ou égale à 40 dB)
45	Déficience de la fonction vestibulaire et de l'équilibration
Déficiences visuelles	
51	Déficience visuelle bilatérale totale ou profonde des deux yeux : cette catégorie regroupe les cécités à l'exclusion de la surdi-cécité
52	Autres : dont déficiences de l'acuité visuelle, troubles de la vision (champ visuel, couleurs, poursuite oculaire...), à l'exclusion de la cécité et des déficiences bien compensées par des verres correcteurs
Déficiences motrices	
61	Absence complète ou incomplète d'une partie ou de la totalité d'un membre ou de plusieurs membres (par exemple amputation)
62	Déficience motrice légère ou modérée des quatre membres (par ex. tétraparésie, quadriparésie)
63	Déficience motrice importante des quatre membres (par exemple tétraplégie, quadriplégie)
64	Déficience motrice légère ou modérée des deux membres inférieurs (par exemple paraparésie)
65	Déficience motrice importante des deux membres inférieurs (par exemple paraplégie)
66	Déficience motrice des membres supérieur et inférieur homolatéraux (par ex. hémiplégie)
67	Autres déficiences légères ou modérées de la motricité (par exemple mouvements incontrôlés ou involontaires légers ou modérés, déficience motrice légère ou modérée d'un seul membre,...)
68	Autres déficiences importantes de la motricité (par exemple mouvements incontrôlés ou involontaires importants, déficience motrice importante d'un seul membre,...)
Plurihandicap (plusieurs déficiences de même gravité, ceci empêchant de déterminer une déficience principale)	
71	Surdi-cécité
72	Autre plurihandicap à l'exception de la surdi-cécité (71) et du polyhandicap (90)
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	
80	Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles, respiratoires... non prises en compte dans les autres rubriques

Polyhandicap	
90	Polyhandicap associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante
91	Autres déficiences non désignées par ailleurs

Cette nomenclature ne fait pas apparaître explicitement les troubles des apprentissages, ni ne mentionne les dyspraxies

La comparaison de cette nomenclature (déficience) avec celle présentée dans le tableau 3 (pathologies) fait apparaître des différences sensibles ... et compréhensibles car elles ne visent pas à décrire les mêmes objets.

Au contraire, les différences entre la nomenclature « déficience » et la nomenclature « agrément clientèle » (tableau 2) sont très faibles comme il est possible de l'observer dans le tableau suivant

Tableau 5 : Comparaison des nomenclatures de la déficience principale des enfants et adolescents pris en charge et des agréments clientèles utilisées dans l'enquête ES 2014

	Déficience principale		Agrément de clientèle
1	Déficiences intellectuelles	1	Déficients intellectuels avec ou sans troubles associés
2	Troubles du psychisme	2	Déficients psychiques (y compris troubles de la conduite et du comportement avec ou sans troubles associés)
		3	Déficients intellectuels et déficients psychiques avec ou sans troubles associés
3		4	Autisme et troubles envahissants du développement avec ou sans troubles associés
3	Troubles de la parole et du langage (à l'exclusion des troubles du langage dus à une surdité)	9	Troubles sévères du langage (dysphasie, ...)
4	Déficiences auditives (qd déficience auditive asymétrique, classer la déficience en fonction du côté le moins atteint)	4	Déficients auditifs avec ou sans troubles associés
5	Déficiences visuelles	7	Déficients visuels avec ou sans troubles associés
6	Déficiences motrices	5	Déficients moteurs avec ou sans troubles associés
		6	Cérébro-lésés avec ou sans troubles associés
7	Plurihandicap (plusieurs déficiences de même gravité, empêchant de déterminer une déficience)		

	principale)		
8	Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles		
9	Polyhandicap	10	Polyhandicapés
		11	<i>Ne concerne pas les enfants et adolescents handicapés</i>
		12	Autre agrément

Deux observations spécifiques peuvent être formulées :

- l'autisme : reconnu comme pathologie psychique, n'est pas identifié du point de vue d'une déficience (alors qu'il le pourrait), et fonde un agrément spécifique. Dans la stratégie présentée en mai 2018 par la ministre des affaires sociales et de la santé, l'autisme est englobé dans l'expression « pour l'autisme au sein des troubles du neuro développement » ;
- les troubles « dys » n'apparaissent en tant que tels pas dans les pathologies ... et à peine dans les déficiences et les agréments ; pourtant l'INSERM classe la dyslexie (trouble spécifique de la lecture), la dyspraxie (trouble du développement moteur et de l'écriture), la dyscalculie (trouble des activités numériques), la dysphasie (trouble du langage oral) dans les troubles des apprentissages (à côté des troubles de l'attention).

Plus généralement, ces nomenclatures ne permettent pas de prendre aisément en considération des problématiques émergentes.

4.2. Les évolutions des établissements et services au niveau France entière

4.2.1. Les données disponibles grâce aux enquêtes ES

Les tableaux 6 et 7 ci-dessous présentent les évolutions intervenues dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés entre 1997 et 2014 et mettent en lumière notamment :

- la stabilité du nombre d'enfants et adolescents handicapés prises en charge en établissements et, au contraire, une nette augmentation des prises en charge en SESSAD ;
- des évolutions différenciées selon les types d'établissements (voir les commentaires additionnels en 2.2 ci-dessous) ;
- des évolutions sensibles sur l'ensemble de la période 1997-2014 et qui sont d'autant plus visibles quand sont comparées les situations de ces 2 années.

Tableau 6 : nombre de structures et de places pour enfants et adolescents handicapés en 2010 et 2014 et leurs évolutions

Type de structures	2014		2010		Évolution 2010 à 2014 (%)	
	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de structures	Nombre de places
Établissements pour enfants, dont	2 192	107 314	2 118	106 914	3,5	0,4
Instituts médico-éducatifs (IME et IMP, IMPro)	1 216	69 233	1 211	69 592	0,4	-0,5
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	412	15 558	381	14 984	8,1	3,8
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	200	5 651	196	5 637	2	0,2
Établissements pour déficients moteurs	137	7 386	134	7 505	2,2	-1,6
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	119	7 576	120	7 785	-0,8	-2,7
Services pour enfants = Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et autres types de services	1 569	50 164	1 451	43 556	8,1	15,2

Source DREES enquêtes ES ;

Champ : Établissements et services pour personnes handicapées, France entière. Situation au 31 décembre de l'année.

Tableau 7 : nombre de places dans des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés entre 1997 et 2014 et leurs évolutions

Type de structures	1997		2001	2006	2010	2014		Évolution (en %) 1997 à 2014	
	Nb de structures	Nb de places	Nb de places	Nb de places	Nb de places	Nb de structures	Nb de places	En nombre de structures	En nombre de places
Établissements pour enfants, dont	1981	109 415	108 235	106 642	106 914	2 192	107 314	+ 11	- 2
Instituts médico-éducatifs (IM et IMP, IMPro)	1 194	71 346	71 207	70 012	69 592	1 216	69 233	+ 2	- 3
Instituts thérapeutiques,	345	15 857	15 617	14 962	14 984	412	15 558	+ 20	- 2

éducatifs et pédagogiques (ITEP) / instituts de rééducation (IR) jusqu'en 2002									
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	132	3 959	4 387	5 030	5 637	200	5 651	+ 51	+ 43
Établissements pour déficients moteurs	125	7 679	7 363	7 352	7 505	137	7 386	+ 10	- 4
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	138	10 574	9 661	8 409	7 785	119	5 576	- 14	- 48
Établissements expérimentaux et établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés	nr	nr	nr	777	nr	nr	nr	nr	nr
Services pour enfants Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et autres types de services	563	18 050	22 835	33 836	43 556	1 569	50 164	+ 178	+ 178

Même source, champ et avertissement que tableau précédent

Les modes d'accueil des établissements évoluent également, mais sont bien évidemment liés à la nature des déficiences des jeunes accueillis.

Tableau 8 : nombre de places (en 2014 et 2010) dans des établissements pour enfants et adolescents handicapés selon le mode d'accueil

Types de structures	Nombre de places				Répartition (en %)			
	Accueil de jour (1)	Internat (2)	Autres (3)	Total	Accueil de jour (1)	Internat (2)	Autres (3)	Total
Établissements pour enfants et adolescents (2014), dont	65 900	36 400	5 000	107 300	61	34	5	100
Instituts médico-éducatifs (IME... et IMP, IMPro) *	47 700	19 800	1 700	69 200	69	29	2	100
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	6 500	8 200	900	15 600	42	53	6	100

Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	3 000	2 300	300	5 700	53	40	5	100
Établissements pour déficients moteurs	4 000	3 100	300	7 400	54	42	4	100
Établissements pour jeunes déficients sensoriels)	3 900	2 800	900	7 600	51	37	12	100
<i>Établissements pour enfants et adolescents (en 2010)</i>	<i>66 900</i>	<i>37 700</i>	<i>2 500</i>	<i>107 000</i>	<i>63</i>	<i>35</i>	<i>2</i>	<i>100</i>

Source : Enquête ES-Handicap 2014, DREES ; Champ : Établissements pour enfants et ado. handicapés, France entière

(1) Accueil de jour/externat (sans hébergement). (2) Internat (complet, de semaine, etc.). (3) Dont hébergement éclaté, accueil familial, accueil temporaire, prestation sur le lieu de vie, etc.

4.2.2. des évolutions différenciées

Trois types d'évolutions apparaissent clairement à la lecture de ces tableaux :

- la stagnation du nombre de places en établissements alors que le nombre de places en SESSAD « explose » sur la période, avec une croissance de 178 % (soit une multiplication par 2,28 ; et voir 4 ci-après), qui conduit à une nette augmentation du nombre de jeunes handicapé pris en charge pour des soins « au sens large » en relation avec sa déficience et son handicap (d'environ 130 000 à 160 000) ;
- une forte réduction du nombre de places en établissement, quand les jeunes peuvent être scolarisés en milieu ordinaire : par ex ; diminution de 48 % du nombre de places en établissements pour jeunes déficients sensoriels ;
- au contraire, peut-être constatée une forte augmentation (+ 43 % entre 1997 et 2014) du nombre de places pour jeunes polyhandicapés. Quant à l'identification des efforts réalisés pour les enfants autistes (ou qui souffrent de TED), il faut faire appel, au tableau 9 ci-dessous, également produit à partir de l'étude ES: qui montre une très forte croissance (33,7 %) du nombre de places pour ce type de déficience (et de même pour les enfants et adolescents qui souffrent de troubles sévères du langage.

Tableau 9 : Nombre de places selon les agréments de déficience et le mode d'accueil

Agrément de déficience	Nombre de places en 2014	Évolution du nombre de places par rapport à 2010		part des SESSAD	
		En nombre	En %	en 2014	en 2010
Déficients intellectuels ou psychiques (y c. troubles de la conduite et du comportement (*))	103 800	2 480	2,5	23	22
Déficients moteurs (*)	12 900	460	3,7	47	44
Polyhandicapés	9 300	480	5,4	13	11
Déficients auditifs (*)	9 900	-160	-1,5	46	46
Déficients visuels (*)	5 500	-10	-0,2	64	61
Troubles sévères du langage (dysphasie, etc)	3 000	670	28,5	58	52
Autisme et troubles envahissants du	9 700	2 440	33,7	27	20

développement (*)					
Cérébro-lésés (*)	300	30	9,3	50	47
Autres déficiences	3 000	1 450	93,7	40	54
Total enfants et adolescents	157 500	7 000	4,7	29	27
Total adultes	331 800	19 000	6,1		

Source : enquête ES-Handicap 2014, DREES

Ces observations doivent être complétées par trois remarques

- en termes budgétaires : le taux d'encadrement à la place (et donc le coût à la place) des établissements dont le nombre de places a cru (les établissements pour jeunes polyhandicapés) est de 1,15, nettement au-dessus du taux d'encadrement moyen pour les établissements pour jeunes handicapés : 0,72 ;
- En termes territoriaux (pour plus de précisions, voir 8.1 ci-après) : des disparités très fortes peuvent être constatées entre régions, départements et à l'échelle infradépartementale. Les raisons de ces disparités sont le plus souvent anciennes et la diversité des situations a conduit à des « systèmes adaptatifs¹¹⁹ » expression qui cache :
 - des effets d'offre créant la demande ... puis, de prise en considération comme adapté, un équipement dont l'abondance ou la présence pourrait être discutées,
 - des effets de pénurie compensée par un sur-engagement des acteurs et/ou un « pis-aller » ou, c'était souvent le cas il y a 30 ans, une relégation.
- les CAMSP, les CMPP et les CMP, ainsi que de nombreux professionnels libéraux prennent en charge des enfants et adolescents handicapés d'une manière qui va au-delà du strict « soin médical » et complètent donc les interventions que les établissements et services spécialisés (et les Maisons des adolescents) apportent à ces jeunes (voir rapport, 2^{ème} partie ; chapitre 7).

4.3. Focus sur les SESSAD : une commune logique d'intervention une diversité de pratiques, des évolutions à développer

4.3.1. Les sources et raisons des différences

- un cadre législatif et réglementaire récent et « souple » : des SESSAD spécialisé ou « généralistes » ;
- deux types de création : quasi « ex nihilo » / élargissement de la gamme d'activité d'un établissement ;
- des aires géographiques d'intervention de tailles hétérogènes ;

¹¹⁹ Certains diront des « adaptations contextuelles ».

- des professionnels en nombre variables, avec des technicités diverses pouvant intervenir ou non dans un établissement d'accueil ;
- des raisons de prise en charge souvent « contextuelles », comme tendrait à le montrer la somme des pourcentages des 3 item « aucune pathologie » (17,5 %) + « autres pathologies » (27,8 %) et « pathologie inconnue » (18,8 %), soit 64 % (voir tableau 10 ; des % semblables se retrouvent pour ces trois item pour les IME (50 %), les établissements pour déficients auditifs (61 %) et les ITEP (80 %).

Tableau 10 : Répartition (en %) des enfants et adolescents handicapés pris en charge en SESSAD, au 31 décembre 2014, selon la pathologie déclarée

Pathologies déclarées par les SESSAD	% de jeunes
Aucune pathologie	17,5
Autismes et autres troubles envahissants du développement	8,4
Psychose infantile (+ autres psychose (survenue à partir de l'adolescence))	3,9
Trisomie et autres anomalies chromosomiques	4,6
Accidents périnataux	8,4
Traumatisme crânien et lésion cérébrale acquise (hors période périnatale)	1,4
Pathologie génétique connue autre qu'anomalie chromosomique	8,3
Autres pathologies	27,8
Pathologie inconnue	18,3
Données manquantes	1,1
Total (Nombre d'enfants et adolescents handicapés pris en charge : 51 000)	100

Source : DREES : exploitation de ES 2014

4.3.2. des évolutions nécessaires dans le cadre des PRS2

4.3.2.1 le cadre général des évolutions

- des évolutions sous contraintes :
 - une contrainte financière globale,
 - la nécessité de répondre à des besoins insuffisamment pris en charge.
- l'exercice PRS 2 (voir 6.2) et les CPOM et SERAFIN-PH.

4.3.2.2 les évolutions pratiques à développer¹²⁰

- participer à la formation des enseignants et AVS au travers d'analyse de situations ... et renforcer l'intercompréhension (avec effet retour vers les professionnels SESSAD) ;

¹²⁰ Or les questions spécifiques des interfaces LPC et LSF pour les jeunes déficients auditifs.

- réserver des locaux à l'intérieur des bâtiments scolaires afin de faciliter les prises en charge, du point de vue des élèves ... et
 - certes, il peut être objecté que :
 - peu de locaux disponibles dans l'établissement scolaire (et autorisation à obtenir de la mairie / conseil départemental / ...),
 - les professionnels des SESSAD obligés de se déplacer (→ du temps de transport pour eux),
 - les conditions de travail des professionnels des SESSAD moins « confortables ».
 - mais :
 - facilite les échanges entre professionnels SESSAD et enseignants/AVS,
 - du point de vue des enfants et adolescents : moins fatigant, moins perturbant leur scolarité et moins de temps de transport (et globalement le gain de temps de transport pour les jeunes est très nettement supérieur au temps supplémentaire des professionnels),
 - peut-être étendu à des interventions (après convention précisant les conditions) à des professionnels libéraux.

4.4. Les problématiques spécifiques de certains catégories de jeunes appellent, chacune, un effort particulier

Les présentations ci-dessus en 1, 2 ou 3 pourraient conduire à faire oublier des problèmes spécifiques rencontrés par certains groupes d'enfants et adolescents handicapés. À ce titre deux problématiques, très différentes l'une de l'autre, seront explicitées ci-dessous. Elles permettent de mieux comprendre les contraintes qui pèsent sur les pouvoirs publics.

4.4.1. Les « jeunes » majeurs qui peuvent bénéficier de l'amendement Creton

Le vote de « l'amendement Creton » à la loi du 13 janvier 1989 a permis aux jeunes handicapés âgés de plus de vingt ans, de continuer à être accueillis dans les établissements médicosociaux pour enfants handicapés qui les accueillait, jusqu'à ce qu'ils puissent être pris en charge par une structure correspondant à leurs besoins.

Le tableau ci-après présente quelques informations sur le nombre de « jeunes » handicapés bénéficiant de l'amendement Creton (hors SESSAD qui ne sont que très peu concernés : 70 personnes fin 2014).

Tableau 11 : nombre de jeunes handicapés bénéficiant de l'amendement Creton par types de structures d'accueil, au 31/12/2010 et 2014

Type de structure dans lesquels les enfants sont maintenus au titre de l'amendement Creton	Part du total des jeunes relevant de l'amendement Creton au 31/12	Effectifs estimés Au 31/12	Part des places occupées par des jeunes relevant de l'amendement
--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------------

	(en %)				Creton (en %)	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Instituts médico-éducatifs (IME) ... et IMP, IMPro	77	80	4610	4 600	7	7
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	12	9	700	510	13	9
Établissements pour déficients moteurs	8	7	455	400	6	5
Autres types d'établissement	3	4	215	215	1	< 1
Ensemble des établissements enfants (hors services)	100%	100%	5 980	5 700	6%	5%

Source : DREES, Enquête ES-Handicap 2014 ; Champ : Jeunes de 18 ans ou plus maintenus au titre de l'amendement Creton dans une structure pour enfants handicapés

Lecture : Les enfants maintenus au titre de l'amendement Creton sont, au 31/12/2014, pour 80 % d'entre eux en IME

Trois observations peuvent être effectuées :

- La permanence du nombre de jeunes bénéficiant de l'amendement Creton. Celui-ci avait été compris, en 1988, dans les mois précédant la discussion parlementaire et au cours de celle-ci, comme une disposition transitoire. Or, il n'en est rien : fin 2001, 4 000 jeunes en bénéficiaient (soit environ 3 % des établissements pour enfants et adolescents handicapés) et la diminution de 5 980 à 5 700 est « marginale » (- 4 %) d'autant plus qu'elle intervient après une très forte hausse : 4 960 jeunes recensés au 31/12/2006 ;
- Ce sont essentiellement les IME (et IMP / IMPro) qui accueillent ces jeunes adultes en attente d'un établissement adapté ... dont la décision de financement dépend de l'État (ARS, pour le compte de la sécurité sociale) et/ ou d'un conseil départemental ;
- Les établissements pour personnes polyhandicapées et pour déficients moteurs sont dans une situation comparable, en tenant compte cependant de leur moindre importance numérique au niveau national.

Ce qui renvoie à :

- une observation de faits : la croissance du nombre de places en établissements pour adultes handicapés (267 300 en 2010 ; 281 700 en 2014, soit + 5,4 %) la croissance de l'offre étant encore plus forte pour les services (de 45 400 en 2010 à 50100 en 2014, soit 10,2 %) ;
- une hypothèse explicative : un effet offre / demande.

Cet effet d'offre influant sur la demande, explique, de façon similaire, malgré les différences, la persistance des accueils d'enfants, d'adolescents et d'adultes handicapés en Belgique.

4.4.2. Les enfants et adolescents handicapés accueillis en Belgique

La compréhension de cette situation, largement médiatisée et plus difficile qu'elle n'est souvent présentée, s'appuie très largement sur le rapport IGAS de décembre 2016 « *Appui au dispositif visant à mettre un terme aux "départs forcés" de personnes handicapées en Belgique* »¹²¹, cité largement ci-après.

En ce qui concerne les nombres de personnes concernées :

- entre fin 2014 et fin 2015, le nombre estimé de personnes venant de France hébergées en Belgique, est passé de 6 300 à 6 836, soit +536 personnes (+ 8,5 %). Cette augmentation est très largement liée aux personnes adultes à orientation de type maison d'accueil spécialisé (MAS) (+ 367) ;
- le nombre d'enfants (et d'adultes maintenus dans 24 établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton, soit 222) a diminué de 1 532 à 1 451 ;
- parmi les 5 385 adultes accueillis dans 178 établissements, 2 784 le sont pour des orientations de type foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'hébergement, dont les financements relèvent des seuls départements, 938 pour des orientations de type foyer d'accueil médicalisé (FAM) à financements partagés assurance maladie et départements, 1 551 de type MAS à financements exclusifs de l'assurance maladie.

En ce qui concerne les personnes :

- les enfants et adultes accueillis en Belgique sont surtout des personnes vulnérables ou en situation de vulnérabilité : il s'agit de personnes dont les handicaps sont complexes et lourds, avec des retards cognitifs et mentaux significatifs, accompagnés souvent de troubles psychiques et du comportement, et comprenant une proportion conséquente de personnes ayant des troubles envahissants du développement, dont l'autisme. Ces personnes, avant leur départ en Belgique, ont connu des ruptures de parcours, des périodes « sans solution », souvent des passages en établissement psychiatrique ;
- dans les établissements pour enfants, on constate une forte concentration géographique venant du département du Nord (50 %) et du Pas de Calais (15 %), des huit départements de l'Île-de-France pour 20 % et 10 % de la Meurthe-et-Moselle, de la Meuse et de la Moselle, soit 95 % originaires de 13 départements ;
- dans les établissements pour adultes, la concentration géographique est moindre et différente : 41 % proviennent de l'Île-de-France, 35 % des Hauts-de-France et 11 % du Grand-Est, soit 87 % du total. Mais certains départements situés en Normandie, PACA et Centre-Val de Loire ont des ressortissants en nombre très significatifs en Belgique. Au total, 89 départements ont des ressortissants adultes en Belgique ;
- tous âges confondus, les personnes accueillies proviennent pour 45,2 % des Hauts-de-France (dont 27,7 % du seul département du Nord) et 36,6 % de l'Île-de-France, soit 78,8 % des deux régions.

¹²¹ Christian Duboscq : 45 p. + annexes et pièces jointes.

4.4.3. Les enfants et adolescents « placés » par décision judiciaire ou accueillis après une décision administrative prise en accord avec les parents

Cette problématique d'enfants et adolescents a été signalée par tous les responsables départementaux rencontrés dans le cadre de cette mission, qui ont insisté sur :

- une identification croissante de cette problématique, avant « peu remarquée »¹²² ;
- une question bien spécifique pour les enfants en établissements qui ferment le week-end ;
- une articulation qui pourrait être « mieux » prise en charge par les éducateurs référents de l'ASE (aide sociale à l'enfance) pour chacun des enfants qu'ils suivent.

4.5. Les constats d'inégalités géographiques

Dans les treize départements où s'est déplacée la mission, lui a été rapportée l'impossibilité que des enfants orientés en établissement (IME, ITEP,...) puissent y être accueillis sans un délai d'attente de plusieurs mois, voire un an, deux ans ou plus. Des constats semblables ont été présentés en ce qui concerne les prises en charge en CAMSP ou en hôpital de jour des CMP ou CMPP.

Ces situations sont anormales (pour les enfants et leurs parents) et sont mal ressenties par les enseignants et les responsables de l'éducation nationale qui estiment que les responsables du domaine de la santé au sens large devraient avoir financés suffisamment d'établissement ou de services. Cette déduction apparaît logique ; mais plusieurs autres éléments sont à prendre en considération et conduisent à mettre en question cette appréciation.

Outre les listes d'attente, déjà citées ci-dessus sont souvent décrits comme la démonstration d'un grave défaut de planification, l'accueil d'enfants et d'adolescents handicapés dans des établissements belges (et en fait wallons ; voir 4.1 ci-dessus). Ils étaient ainsi 1 230 fin 2015 ; mais 50 % étaient originaires du département du Nord, géographiquement contigu et 25 % de départements proches (Pas-de-Calais, Meuse, ...). La situation des 400 jeunes originaires de l'Île-de-France peut, quant à elle, être considérée comme « anormale ».

De semblables constats de déficit en place en établissements pour enfants et adolescents handicapés se retrouvent exprimés dans tous les PRS2 des régions visités et se traduisent par des projets de meilleure organisation et de créations d'établissement.

Mais demeure un écart très fort entre régions et entre départements du ratio « places pour 1 000 hbts, de moins de 20 ans » (ratio certes grossier et calculé ci-dessous à partir des données 2010 ; et voir ci-dessous pour des données 2014) :

- cet écart est arithmétiquement atténué quand les ratios sont calculés à l'échelle des anciennes régions. Mais il n'en demeure pas moins très net : douze régions avaient un ratio compris entre 10 et 12 ; sept régions entre 8,4 et 10 ; puis aux deux extrémités, le ratio de la Basse-Normandie était de 12,5 alors que celui de l'Île-de-France était de 7,1 ;

¹²² *Handicap et protection de l'enfance*, IGAS, D. Imbaud et H. Zeggar, mars 2017.

- au niveau des départements, le tableau ci-dessous renforce la perception des écarts.

Tableau 12 : nombre de départements selon le ratio places en SESMS / 1 000 habitants de moins de 20 ans

Valeur du ratio « places en ESMS pour 1 000 hbts, de moins de 20 ans »	< 7	7 à 9	9 à 11	11 à 13	13 à 15	> 15
Nombre de départements dans cette strate	4	30	31	20	4	7
Les départements visités par la mission, selon leur strate et valeur de leur ratio (hors la strate > 15) ... plus quelques départements	Seine-Saint Denis : 6 Val d'Oise : 6,6 Paris : 6,8 Yvelines : 6,9, Haut de Seine : 7,2 ; Val de Marne : 7,2	Vaucluse : 7,0 Hérault : 8,5 Essonne : 8,1 Seine et Marne : 8,6	Ain : 9,8 Nord : 10,1 Haut-Rhin : 10,5 Aisne : 10,8	Pas de Calais : 12,1 Doubs : 12,3		Haute-Marne : 15,00 Ardennes : 15,6 Gers : 16,0 Hautes-Pyrénées : 16,9 Creuse : 17,0 Orne : 17,4 Lozère : 21,7

Source : mission, à partir de DREES- enquête ES 2010

Ce tableau fait ressortir les écarts entre ratio de départements (ils vont au-delà de 1 à 2) ; ainsi que :

- les sept départements dont le ratio est supérieur à 15, sont tous de « petits » départements ruraux dans lesquels ont été implantés des établissements il y a plusieurs décennies, à une époque où l'éloignement géographique des enfants handicapés était socialement accepté.

Cette situation traduit aussi les effets de la difficulté pour restructurer la carte des établissements (et donc son inertie). Dans un département rural, la réduction de capacité d'un établissement (voire sa fermeture) pour qu'il soit réimplanté ailleurs doit en effet être acceptée (et réalisée) par le gestionnaire de la structure (souvent une association qui a son indépendance) ainsi que par les élus locaux. Or, un établissement pour jeunes handicapés a un poids économique très important notamment en termes d'emplois.

- Le faible équipement des départements d'Île-de-France qui explique la part (20 %) relativement importante des enfants et adolescents handicapés d'Île-de-France dans l'ensemble de ceux accueillis en Belgique.

Les données les plus récentes fournies par les résultats de l'enquête ES 2014 et colligées au niveau des régions¹²³ renforcent la perception des différences entre région. Elles forcent aussi à relativiser le discours sur les pénuries de places d'accueil, selon les régions.

¹²³ En l'attente de données départementales raisonnablement fiables.

Tableau 13 : nombre de places par types d'ESMS pour enfants et adolescents handicapés

Régions	établiss. & services	SESSAD	établissements	IME	ITEP	hbts <20 ans
Auvergne-Rhône-Alpes	19 138	4 212	14 926	7 612	2 571	1 945 189
Bourgogne-Franche-Comté	7 384	2 715	4 669	3 491	528	657 919
Bretagne	7 237	2 587	4 650	3 143	558	792 730
Centre-Val-de-Loire	6 469	1 826	4643	3 082	731	617 895
Corse	591	296	295	214	16	67 723
Grand Est	12 519	3 978	8541	7 258	1 283	1 311 295
Hauts-de-France	9 745	4 781	4964	8 908	940	1 589 976
Île-de-France	22 347	7 313	15 034	9 489	1 282	3 127 492
Normandie	9 745	2 791	6954	4 777	1 087	820 654
Nouvelle-Aquitaine	14 713	4 212	10 505	6 229	2 263	1 312 049
Occitanie	17 152	4 182	12 970	5 085	2 590	1 320 281
Pays de la Loire	9 103	3 615	5488	3 641	775	947 476
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9 469	4 127	5342	774	570	1 141 099
DOM - TOM	5 685	2 420	3 265	2 277	160	707 871
France métropolitaine et DOM	157 478	50 164	107 314	69 233	15 558	16 359 649

Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission

À partir de ce tableau, en rapportant les nombres de places aux nombres d'habitants de moins de vingt ans¹²⁴ peut-être dressé le tableau suivant et les graphiques ci-après.

Tableau 14 : % de places par types d'ESMS pour enfants et adolescents handicapés rapportées au nombre de personnes de moins de 20 ans par région

Régions	établissements. & services	SESSAD	établissements	IME	ITEP
Auvergne-Rhône-Alpes	9,8	2,2	7,7	3,9	1,3
Bourgogne-Franche-Comté	11,2	4,1	7,1	5,3	0,8
Bretagne	9,1	3,3	5,9	4,0	0,7
Centre-Val-de-Loire	10,5	3,0	7,5	5,0	1,2
Corse	8,7	4,4	4,4	3,2	0,2
Grand Est	9,5	3,0	6,5	5,5	1,0

¹²⁴ Âge choisi en raison du nombre de personnes qui bénéficient de l'amendement Creton (voir ci-dessus).

Hauts-de-France	10,8	3,0	7,8	5,6	0,6
Île-de-France	7,1	2,3	4,8	3,0	0,4
Normandie	11,9	3,4	8,5	5,8	1,3
Nouvelle-Aquitaine	11,2	3,2	8,0	4,7	1,7
Occitanie	10,4	3,2	7,3	3,9	2,0
Pays de la Loire	9,6	3,8	5,8	3,8	0,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,3	3,6	4,7	0,7	0,5
DOM	8,0	3,4	4,6	3,2	0,2
France métropol.et DOM	9,6	3,1	6,6	4,2	1,0

Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission

En reprenant la même présentation que celle du tableau 12 (voir ci-dessus), il est possible de construire le tableau ci-après pour la situation des régions en 2014

Tableau 12 : nombre de régions selon le ratio places en ESMS / 1 000 habitants de moins de 20 ans (en 2014)

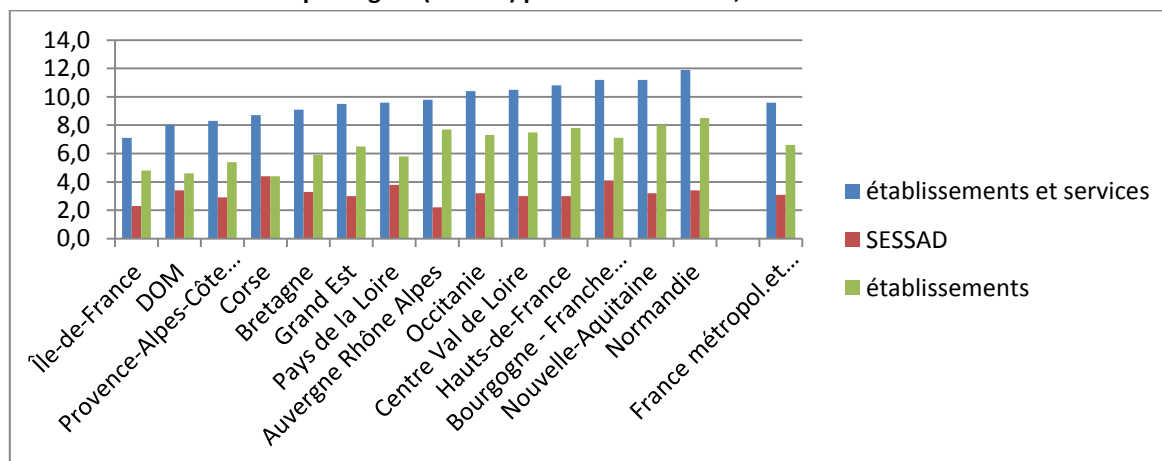
Valeur du ratio « places en ESMS pour 1 000 hbts, de moins de 20 ans »	< 8	8 à 10	10 à 12
Nombre de régions dans cette strate	1 : Ile de France : 7,1	7	6

Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission ; *en considérant les DOM comme une seule région

En termes de taux d'équipement, l'écart est donc environ du simple au double, entre les régions les moins bien équipées (Île-de-France : 7,1) et celles les mieux équipées (Normandie : 11,9, Nouvelle Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté : 11,2).

Ceci apparaît nettement dans le graphique ci-après (graphique 1), après reclassement des régions par valeur croissante du ratio « nombre de places en ESMS (toutes catégories confondues) / nombre de personnes de moins de 20 ans ».

Graphique 1 : nombres de places pour enfants et adolescents handicapés rapportés au nombre de personnes de moins de 20 ans par région (x 1 000) pour tous les ESMS, les SESSAD et les établissements

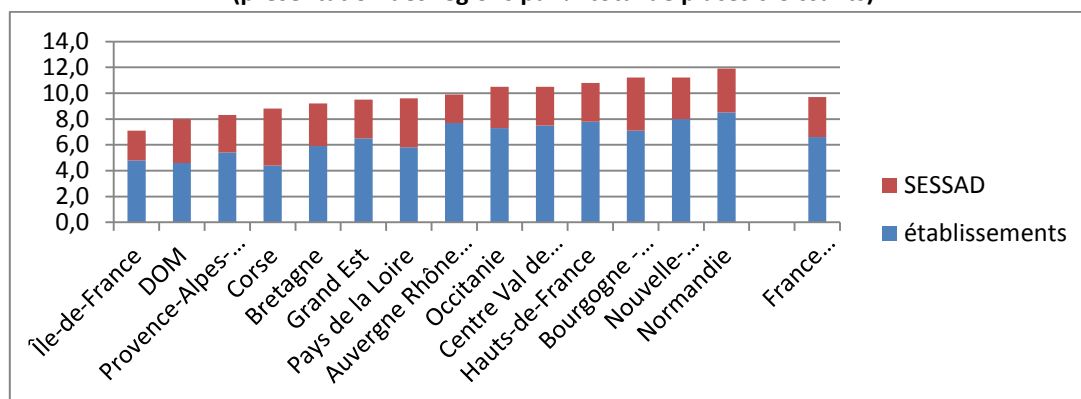


Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission ; *en considérant les DOM comme une seule région

Ce graphique montre par ailleurs que les ratios « place en établissements / nombre de jeunes » et « places en SESSAD / nombre de jeunes » évoluent globalement dans une fourchette de 1 à 2, mais sont très différents d'une région à l'autre (ce que le graphique suivant permet aussi d'observer).

Quant à l'hypothèse d'une « compensation » d'un faible nombre de places en établissements par des places en SESSAD, le graphique suivant (graphique 2) ne permet pas de la visualiser clairement.

Graphique 2 : nombres de places pour enfants et adolescents handicapés rapportés au nombre de personnes de moins de 20 ans par région (x 1 000) : présentation cumulée des places en SESSAD et en établissements (présentation des régions par % total de places croissants)

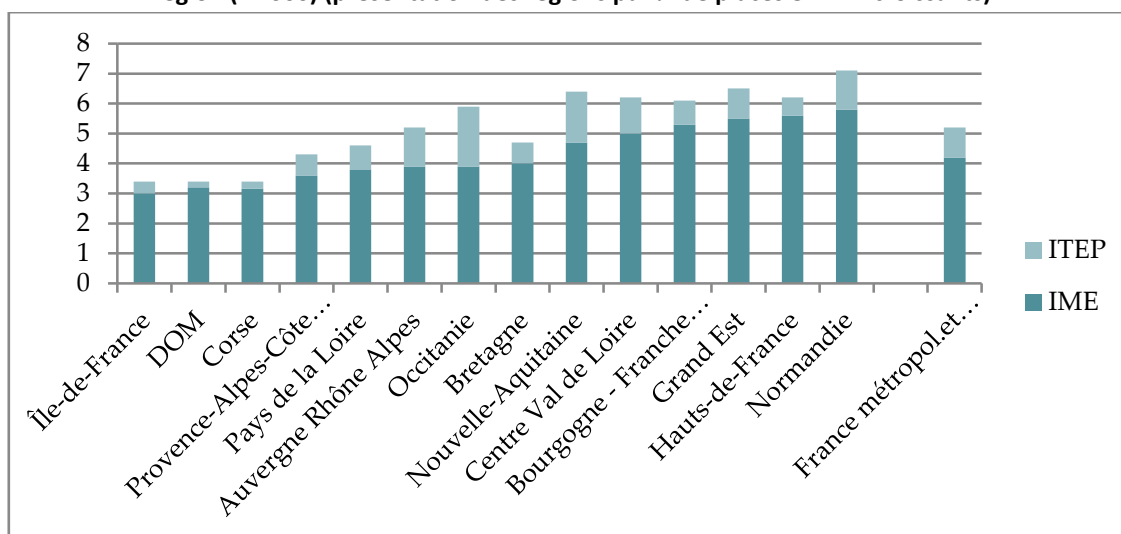


Source : DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission

Enfin, en présentant sur un même graphique (graphique 3), les nombres de places en IME + ITEP pour 1 000 jeunes, apparaissent 3 catégories de régions :

- celles qui ne sont bien dotées, ni en IME, ni en ITEP (Ile de France, DOM, Corse)
- celles qui se situent à un niveau moyen
- celles qui disposent d'un ratio élevé de places en IME ou en ITEP ou en IME et ITEP (Normandie, Hauts de France, Grand Est,

Graphique 3 : nombres de places en IME et ITEP rapportés au nombre de personnes de moins de 20 ans par région (x 1000) (présentation des régions par % de places en IME croissants)



Source DREES à partir d'ES 2014 ; exploitation mission

5. Plusieurs voies de réponses aux besoins constatés

5.1. La réponse accompagnée pour tous

La violence institutionnelle exercée sur des enfants handicapés et des parents « sans solution » a fondé une décision judiciaire médiatisée¹²⁵ à partir de laquelle les responsables politiques ont su mobiliser des services de l'État et plusieurs de leurs responsables engagés dans le respect des droits. En ont résulté le rapport « Zéro sans solution »¹²⁶ issu d'une large concertation

À la suite (novembre 2014), a été confiée à Marie-Sophie DESAULLE une mission de mise en œuvre, la mission *Une réponse accompagnée pour tous* (RAPT), devenue *projet* avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) chargée d'accompagner les sites pionniers et lancée officiellement le 10 novembre 2015.

Son confortement juridique et son soutien pratique se sont traduits respectivement dans deux textes qui voient apparaître l'expression « plan d'accompagnement global » (PAG) :

- le décret du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées ;
- la circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médicosociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 (48 p.).

Cette succession de documents de référence et de portage personnel grâce à des personnalités reconnues et appréciées visaient à engager un changement de posture des responsables, aussi bien à l'égard des personnes adultes handicapées que des enfants et adolescents handicapés.

De fait, la mission a noté que la démarche « réponse accompagnée pour tous » (RAPT) était souvent citée spontanément et que la conception de « plan d'accompagnement global » (PAG) servait de référence vis-à-vis des besoins des jeunes handicapés confrontés à des difficultés multiples.

Dans le même temps la mission a remarqué que :

- pour des cas difficiles signalés, des mécanismes de concertation entre responsables : État (ARS / services préfectoraux / services académiques / ...) / conseil départemental / MDPH / ... / gestionnaires des établissements médicosociaux étaient organisés, avec des réunions régulières (ou en urgence si besoin) sous l'intitulé de « *commission des cas difficiles* » ou « *comité de crise* » ou ... La démarche RAPT était dès lors, présentée comme un confortement d'une réalité organisée depuis plusieurs années, renforçant sa dynamique et sa légitimité

¹²⁵ L'affaire « Amélie Loquet », par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Cergy-Pontoise a enjoint, le 7 octobre 2013, au directeur général de l'ARS d'Île-de-France de prendre « *toutes dispositions* » garantissant à cette jeune fille sa « *prise en charge effective dans un délai de quinze jours* » (voir rapport *Zéro sans solution* p. 7 et ss.).

¹²⁶ *Zéro sans solution ; Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* ; D. Piveteau avec S. Acef, F-X. Debrabant, D. Jaffre et A. Perrin, juin 2014.

- des imprécisions en termes d'identification de situations relevant de la démarche RAPT, par rapport à des modalités préexistantes, ne peuvent que retentir sur leur dénombrement.

Surtout, nos interlocuteurs ont insisté sur la concomitance et la convergence entre cette démarche centrée sur des personnes en difficultés et les quatre types de documents ou démarches suivants :

- les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale (SDOSMS) ;
- les exercices de préparation des PRS 2 (et les PRIAC) ;
- les conventions entre ARS et rectorat et les « groupes techniques départementaux ».

Ces documents et démarches sont présentés ci-après (SDOSMS et PRS) ou dans le rapport (conventions ARS - rectorat et « groupes techniques départementaux »).

5.2. Les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale

Ils existaient, sous une forme souvent thématisée, avant même que soit décidée la décentralisation de 1982-1983. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales « rationalise » cette diversité mais n'en continuent pas moins d'exister sous des formes spécifiques « schémas » pour les interventions en direction des diverses catégories de personnes, dont les personnes handicapées et, parmi elles, les enfants et adolescents

Dans les départements visités, mis à part l'un d'entre eux dont la situation financière était confortable, tous ont indiqué leur extrême difficulté à accroître l'offre de places pour les personnes handicapés adultes, même en sachant que :

- la question des personnes handicapées vieillissantes est déjà bien présente et cruciale ;
- des personnes handicapées majeures, sont maintenues dans des établissements grâce à l'amendement CRETON.

5.3. La planification, la programmation et sa mise en œuvre sous la responsabilité de l'État

Les transformations, extensions et créations d'ESMS sont soumises, à grands traits, à quatre types de conditions, outre les des conditions techniques et juridiques (seulement mentionnées ici) :

A : le cadre régional d'analyse des besoins et de préconisations des moyens pour y répondre, tracé dans le projet régional de santé (PRS) et précisé dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

B : le cadre financier déterminé par les lois de financements de la sécurité sociale (LFSS), précisé par des textes ministériels qui définissent le périmètre des pouvoirs du DG-ARS en lui accordant une marge de manœuvre dont le FIR est la traduction la plus visible.

Puis en pratique se trouve la phase de lancement d'appels à projets ; puis les projets qui, en retour, sont formulés et transmis (voir 5.4).

A : le cadre régional et départemental d'analyse des besoins et de préconisations des moyens pour y répondre : le programme régional de santé (PRS), le schéma régional de santé (SRS) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Pour que les ARS puissent construire, après concertation, des documents de référence pour l'action, sont mis à contribution :

- le code de la santé publique (CSP) fournit un cadrage général :

PRS / SRS : une organisation « en poupées russes » ; présentation simplifiée¹²⁷

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

(art. L. 1434-1 – CSP)

Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux (...) à dix ans ;

2° D'un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Ces objectifs portent notamment sur (...) la pertinence des prises en charge sanitaires et médicosociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes (...) en situation de handicap (...) (art. L. 1434-2 - CSP).

Ce qui est précisé à l'art. L. 1434-3 - CSP : Le schéma régional de santé : (...) 3° Fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médicosociaux (...) sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux (...).

- le code de l'action sociale et des familles (CASF) consacre deux de ses articles (les articles L. 312-5-1 et au L. 312-5-2) au PRIAC qui précisent que :
 - le PRIAC est arrêté, chaque année, par le directeur de l'ARS ;
 - Il est composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional de santé ;
 - Il dresse les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional (dans son domaine de compétence) ;
 - Il comporte, en annexe : pour l'année considérée, les dotations fixées en application de l'article L. 314-3 (...).

Cette dernière mention invite à ne pas oublier la nécessaire et difficile congruence entre fixation d'objectifs et financement de ceux-ci.

¹²⁷ Il n'est pas fait référence ici :

- aux contrats territoriaux de santé (CTS), aux contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) et aux contrats locaux de santé (CLS) ;
- au programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

B : le cadre financier déterminé par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) puis précisé par des textes ministériels dont la compréhension des effets réel n'est pas aisée et qui doit être complétée par le poids du Fonds d'intervention régional (FIR) dont dispose également le DG-ARS.

Le dernier alinéa de l'article L. 314-3 CASF inviterait à une lecture optimiste : « *Les montants de ces dotations (pour le financement des établissements et services) sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des programmes interdépartementaux (...), et des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées* ».

Mais le premier alinéa de ce même article énonce le principe : « *Le financement (...) des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses (...) fixé chaque année par arrêté des ministres (...) au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement (...)* ».

Cette logique prévaut, chaque année, dans la circulaire (du ministère santé affaires sociales) relative aux orientations de l'exercice pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Ainsi, celle du 7 mai 2017¹²⁸, après avoir décrit les calculs appliqués l'objectif global de dépenses (OGD), expliquait¹²⁹ que, « *dans le domaine du handicap, l'année 2017 :*

- *est marquée par la mise en œuvre de la Conférence nationale du handicap de mai 2016 et les mesures adoptées lors du comité interministériel du 2 décembre 2016 qui déclinent les grands volets de la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médicosociale, (...);*
- *par la poursuite du plan pluriannuel handicap (...). et du 3^{ème} plan autisme, (...) du schéma handicaps rares ;*
- *(...) ainsi que par la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique ;*
- *(...) et de la démarche "une réponse accompagnée pour tous" ».*

Cette circulaire ne distingue pas d'une part les enfants et adolescents handicapés, d'autre part les adultes ; les chiffres présentés seront donc globaux. Mais ils permettent de mieux apprécier, par comparaison, les efforts budgétaires.

¹²⁸ Cette circulaire « budgétaire » du 7 mai 2017 est postérieure de quelques jours à celle du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « *une réponse accompagnée pour tous* », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médicosociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ... et traite largement des mêmes questions.

¹²⁹ p. 4, 3^{ème} paragraphe ; ces explications sont reprises quelques paragraphes plus bas et détaillées dans les p. 5 à 8.

Tableau 13 : quelques données financières de la circulaire du 7 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux

	Dotations régionales limitatives	+ 0,73 % (actualisation)	Installations de places	Plan autisme		Prévention départ Belgique	Conférence nationale du handicap	divers	total
				Renforcement ESMS	UEM				
millions €	11 060	80	111	13	7	5	29	8	11 314
En %	97,8 %	0,7 %	1 %	0,11 %	0,06 %	0,04 %	0,26 %	0,07 %	100 %

Source : mission à partir de la circulaire du 7 mai 2017

Le contenu des deux premiers paragraphes du 1.1.1 « *Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre* » de cette circulaire du 7 mai 2017, permet de conforter cette appréciation :

« Lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016, le Président de la République a annoncé une enveloppe de 180 M€, dont 20 M€ pour les territoires prioritaires de la stratégie de santé Outre-mer, pour la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médicosociale (2017-2021). Le CIH du 2 décembre 2016 a conforté cette stratégie et a précisé qu'elle serait déclinée autour de 4 volets, respectivement : en faveur des personnes en situation de polyhandicap, de handicap psychique et en faveur du développement d'une stratégie pour les aidants et pour le développement de l'habitat inclusif. Une 1^{ère} tranche d'autorisation d'engagement (AE) de 59 M€ (dont 14 M€ au titre de la stratégie de santé pour les Outre-mer) vous a été notifiée le 23 décembre 2016 au titre de 2017. Un montant de 90 M€ d'AE supplémentaires, par tranche de 30 M€ par an, est par ailleurs programmé pour la période 2018 à 2020. »

Autrement dit, une annonce de mai 2016 qui porte sur 180 M€, mais :

- elle ne peut commencer à prendre effet qu'en début 2017 ... à hauteur de 59 M€ seulement ... pour que puisse se manifester des intentions de réaliser des projets (ce ne sont que des autorisations d'engagement (AE) et non des crédits de paiement - CP) ;
- les autres tranches d'engagements annoncées pour 2018, 2019 et 2020 portent sur 30 M€ / an.

Ces montants sont à comparer avec ceux du budget d'un établissement prenant en charge, en internat et semi internat 30 enfants ou adolescents et estimé ici¹³⁰, de façon simpliste pour faciliter les calculs, à 1,5 M€.

5.4. Les appels à projets et appels à candidatures médico-sociaux des ARS

Les paragraphes suivants doivent beaucoup au « *Bilan 2016 des appels à projets et des appels à candidatures médicosociaux des ARS* » publié par la CNSA en janvier 2018 qui présente les chiffres disponibles sur les appels à projets (outil préférentiel pour créer des services et des places nouvelles en établissement) et les appels à candidatures. Sont hors champ de cette étude les extensions dites « non importantes » ou la transformation, la médicalisation et le renforcement de structures existantes dont les autorisations ont été délivrées avant 2009.

¹³⁰ Pour des informations rigoureuses, voir par exemple *Repères statistiques CNSA n° 8, mai 2017 : Analyse des comptes administratifs 2014 des ITEP*.

La procédure d'appel à projets (AAP) introduite par la loi HPST du 21 juillet 2009 (puis modifiée par la loi du 28 décembre 2015¹³¹) repose sur :

- un calendrier annuel (voire pluriannuel) des AAP pour répondre aux besoins priorités par les schémas régionaux de santé et le PRIAC pour le secteur médicosocial ;
- des cahiers des charges réalisés par les autorités compétentes ;
- la présentation de leur projet par les promoteurs et leur audition par la commission de sélection qui procède à leur classement ;
- la décision d'autorisation par la ou les autorité(s) compétente(s).

La procédure d'appel à candidature (AAC) est similaire¹³², mais avec un formalisme allégé à chacune des étapes. Elle est utilisée par les ARS lorsqu'elles se trouvent en dehors du champ d'application stricto sensu des autorisations médicosociales ; ainsi, par exemple pour les unités d'enseignement en maternelle (UEM) ou les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE).

Ce recensement méthodique des AAP et AAC est complété par le suivi de leur lancement effectif par rapport au calendrier prévisionnel ce qui permet de calculer un « taux de réalisation ». En moyenne nationale, tous types d'AAP et AAC confondus (donc y compris pour personnes âgées et personnes handicapées adultes, ce taux de réalisation était de 86 % en 2016, après avoir été de 78 % (en 2013), 85 % (en 2014) et 71 % (en 2015). Or, à cet écart, s'ajoute le délai entre lancement effectif de la procédure et début des travaux, recrutement du personnel etc. et la prise en charge de personnes. Certes les informations rassemblées par la CNSA présentent des limites qui imposent de la prudence dans leur interprétation ; cependant elles fournissent des éléments de compréhension des choix opérés par les ARS, comme le montrent les deux tableaux suivants.

Tableau 14 : Répartition par déficiences* des appels à projets (AAP) et appels à candidature (AAC) 2016

Déficiência (nomenclature utilisée dans l'application SEPPIA)	En nombre d'AAP/AAC		En nombre de places	
	AAP/AAC programmés	AAP/AAC lancés	AAP/AAC programmés	AAP/AAC lancés
TSA	61	53	669	612
TSA/Déf. psy + Déf. intellectuelle/TSA	2	1	0	0
Déf. Intellectuelle	2	2	37	37
Toute déficiência/TSA	2	2	40	40
Déf. psy	2	2	12	12
Troubles du comportement	2	1	68	0

¹³¹ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et décret du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du CASF.

¹³² Mais elle n'est pas fondée sur une loi ; seulement l'annexe II de la circulaire DGCS/5B du 28 décembre 2010 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médicosociaux (et celle du 20 octobre 2014)

Déf. visuelle	1	1	11	11
Handicap Rares	4	4	84	84
Toute déficience (Creton)/HR	1	1	18	18
Total personnes handicapées	77	67	939	814
<i>% des AAP + AAC pour personnes handicapées dans le total AAP + AAC (lancés par les ARS dans le médicosocial)</i>	<i>48 %</i>	<i>48 %</i>	<i>36 %</i>	<i>38 %</i>

Source : CNSA, à partir des calendriers prévisionnels, avis et cahiers des charges des AAP et des AAC. * pour les seules déficiences pouvant affecter des enfants (le tableau de la CNSA recense aussi les déficiences affectant les personnes âgées)

Tableau 15 : Répartition par régions et par catégories de public du nombre de places prévues par les AAP et AAC lancés en 2016 dans le médicosocial

Régions	PA (et PA/PH)	PH adultes	PH enfants	PH enfants & adultes	PH enfants + PH enfants - adultes	PH enfants + PH enfants - adultes / Total
Auvergne-Rhône-Alpes	117	8	67	--	67	35 %
Bourgogne-Franche-Comté	93	-	-	--	-	0 %
Bretagne	78	62	14	--	14	9 %
Centre-Val de Loire	-	20	15	--	15	43 %
Corse	-	-	-	--	-	0 %
Grand Est	123	18	18 + 30	30	18 + 30	25 %
Hauts-de-France	-	32	7	--	7	18 %
Île-de-France	390	75	276 +24	24	276 +24	39 %
Normandie	41	7	25	--	25	24 %
Nouvelle Aquitaine	120	38	29	--	29	16 %
Occitanie	112	45	51	--	51	25 %
Pays de la Loire	38	-	15 + 27	27	15 + 27	52 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-	-	7	--	7	100 %
DOM	97	4	7	--	7	7 %
Total	1 209	309	531	81	612	29 %

Source : CNSA, à partir des calendriers prévisionnels, avis et cahiers des charges des AAP et des AAC

Tableau 16 : Regroupements des régions selon le nombre de places prévues par les AAP et AAC et lancés en 2016 pour les enfants et adolescents handicapés et par rapport au nombre total de places prévues et lancées, quel que soit le type de déficience

	% de places pour PH enfants (et pour PH enfants/ adultes) / total des places < 20%	% de places pour PH enfants (et pour PH enfants/ adultes) / total des places > 21%
Nombre de places projetées <30	Bourgogne - Franche-Comté Bretagne Corse Provence-Cote d'Azur DOM	Centre-Val de Loire Hauts-de-France Normandie Nouvelle-Aquitaine Occitanie
Nombre de places projetées > 31		Auvergne - Rhône-Alpes Grand Est Pays de Loire Île-de-France

Source : mission, à partir du tableau précédent (de source CNSA)

Ces tableaux qui ne sont fondés que sur les AAP et AAC (et non les autres voie d'autorisation¹³³) conduit vers trois observations en ce qui concerne le champ des enfants et adolescents (ou des mineurs et des adultes) :

- un nombre et un pourcentage élevé d'AAP ou AAC lancés : 67 (par rapport à 77 AAP ou AAC du champ programmés et 48 % par rapport à l'ensemble des AAP et AAC lancés) ce qui représente, 814 places en 2016 et donc, si ce chiffre est maintenu pendant cinq ans, 4 000 places nouvelles ;
- des mobilisations très différentes selon les régions : notamment en Île-de-France ou en Pays de la Loire qui visent à rattraper leur faible niveau d'équipement (au contraire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dont le niveau d'équipement est faible, voir graphiques 2 et 3, et qui ne n'a que très peu recours aux procédures d'AAP ou AAC) ;
- un effort très net pour accroître les capacités de prise en en charge des personnes souffrant de troubles du spectre de l'autisme (TSA) et tout particulièrement les enfants et adolescents ; ce que le tableau 14 montre clairement : les 612 places dans les AAP et AAC lancés en 2016 pour les TSA représentent 75 % des 814 places des AAP et AAC pour l'ensemble des personnes handicapées).

¹³³ Ne sont pas décomptés également les projets de foyers occupationnels de compétence exclusivement départementale et donc hors du champ du recensement des appels des ARS.

6. Quelle appréciation sur les demandes (des parents et des enseignants) aux CDAPH à partir de l'étude de données chiffrées à valeur statistique ?

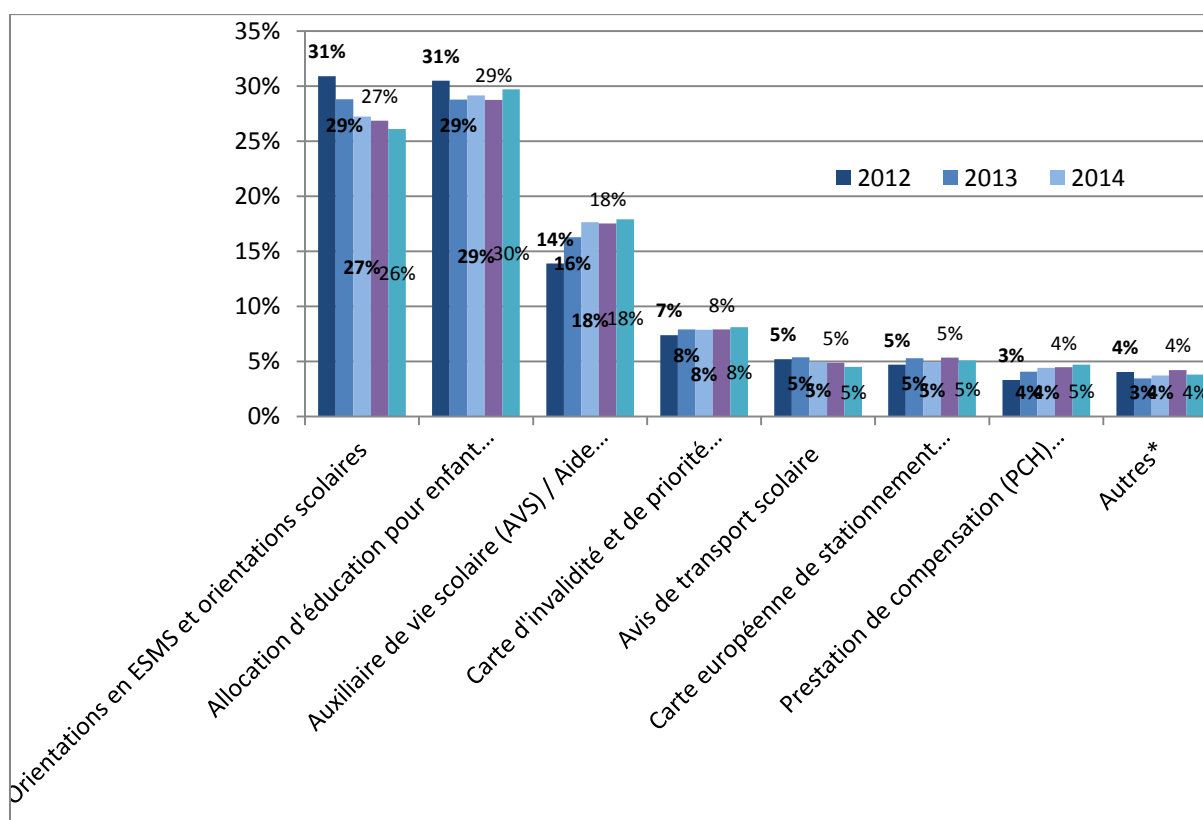
6.1. Les enseignements tirés de données issues des MDPH (et traitées par la CNSA)

Les évolutions entre 2012 et 2016 présentées dans chacun des trois tableaux portent sur des données qui sont distinctes mais proches :

- la répartition des demandes « enfants » ;
- les taux d'accords par prestation / orientation « enfants » ;
- la composition des droits accordés spécifiquement liés à la scolarisation des enfants.

Et donc, les déductions qui peuvent être tirées de chacun de ces trois tableaux doivent être complétées, par une analyse « globale »

Évolution de la répartition des demandes « enfants »



Le total des demandes d'orientation en ESMS et orientations scolaires (vers une ULIS) et des demandes d'auxiliaires de vie scolaire / accompagnement à la scolarisation représentent 40 % des

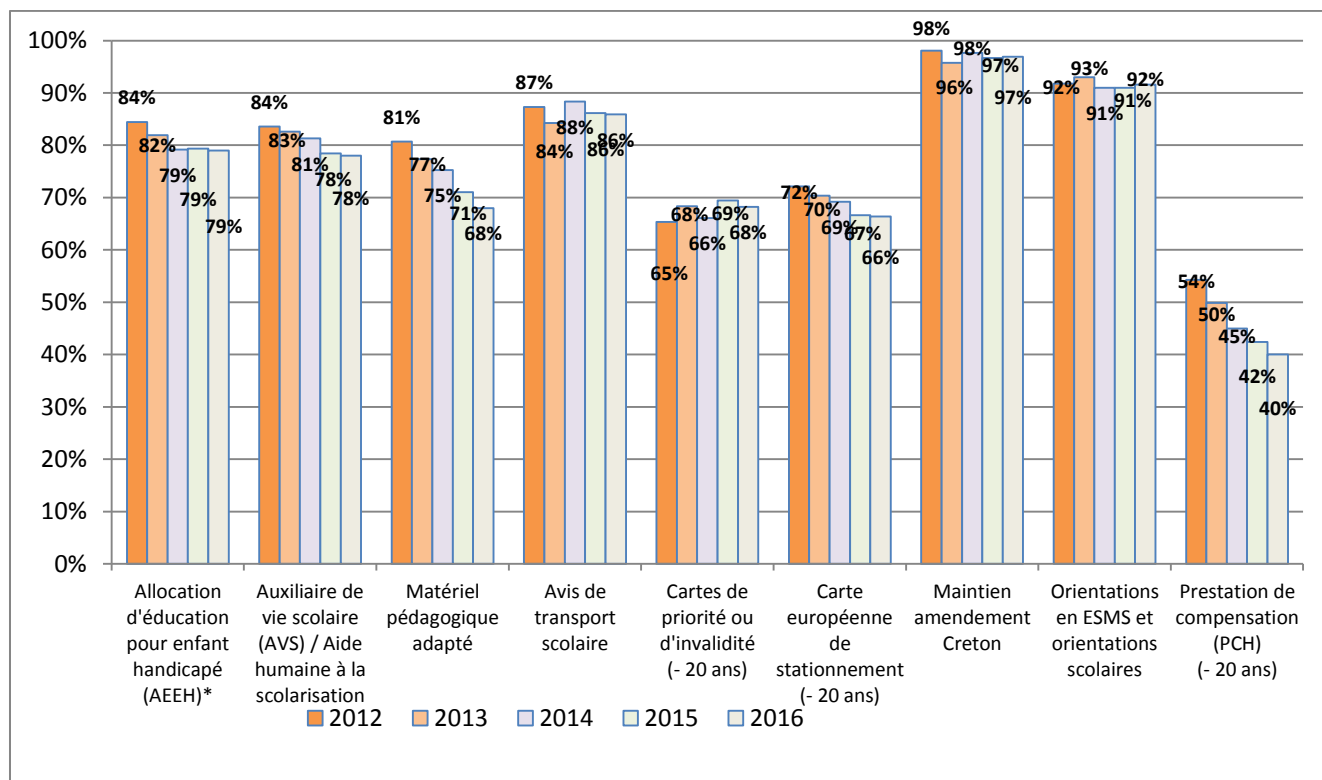
demandes soit plus que les demandes d’AEEH additionnées aux demandes de PCH enfant. Mais il est très difficile d’en tirer des enseignements car :

- des « doubles comptages » ;
- l’hétérogénéité de la catégorie « orientation en ESMS et orientations scolaires » ;
- des impacts (à prendre en compte) des durées de validité des décisions ;
- des changements dans les méthodes des MDPH.

Les évolutions de sens opposés des demandes d’orientation en ESMS et orientation scolaires (en baisse) et des demandes d’auxiliaires de vie scolaire / accompagnement à la scolarisation (en hausse) sont nettes et peuvent s’expliquer par :

- un effet de « transfert » de demandes pour un ESMS ou une ULIS vers une classe ordinaire avec AVS ou pour un SESSAD (en sus de demande d’AVS) ou l’arrivée de nouvelles demandes (principalement vers des demandes d’AVS) ;
- l’évolution des besoins tels qu’appréciés par les équipes éducatives (EE) / les équipes de suivi de la scolarisation (ESS), les équipes pluridisciplinaires d’évaluation (EPE) ;
- une évolution des politiques publiques ;
- l’évolution des attentes des parents ... et des enseignants.

Évolution des taux d’accords par prestation / orientation « enfants »



Tous les types de demande connaissent une stagnation ou une baisse de leur taux d'accord qui peut s'expliquer par :

- une plus grande rigueur des EPE et des CDAPH ;
- une plus grande tendance de bénéficiaires potentiels à présenter un dossier et/ou une plus grande tendance des enseignants (en EE et enseignants référents ER-) à soutenir / encourager un tel projet (ou ne pas en dissuader les parents).

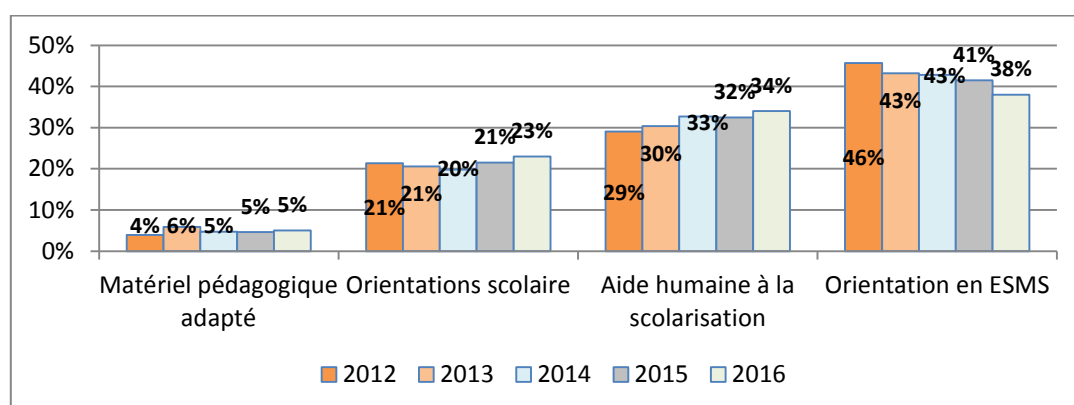
En ce qui concerne les demandes d'orientation en ESMS et orientations scolaires et les demandes d'auxiliaires de vie scolaire / accompagnement à la scolarisation :

- les taux d'accord des demandes d'orientation en ESMS et orientations scolaires sont stables sur la période (entre 91 % et 93 %) ;
- les taux d'accord des demandes d'auxiliaires de vie scolaire / accompagnement à la scolarisation baisse significativement (de 84 % à 78 %).

L'explication principale de cette dualité d'évolutions pourrait être fondé sur le mécanisme décrit « en général » ci-dessus : « *plus grande tendance de bénéficiaire potentiels à présenter un dossier d'accompagnement et/ou une plus grande tendance des enseignants (en EE et ER) à soutenir/encourager projet (ou ne pas en dissuader les parents)* » conduisant les EPE avec les CDAPH à leur opposer un refus ; ce qui ne serait pas le cas pour des demandes d'orientation en ESMS et orientations scolaires.

Par ailleurs, cette dualité d'évolutions met à mal « la théorie intuitive du transfert » (c'est à dire : des enfants devraient être orientés vers un ESMS ou en ULIS mais cette orientation ne pourra pas être mise en œuvre ce qui conduit à une augmentation du nombre d'enfant pris en charge par un AVS). En effet, cette « théorie intuitive », dont la construction et l'expression par de nombreux interlocuteurs de la mission s'explique par la réalité de situations semblables, devrait conduire à une hausse du taux d'acceptation de demandes d'auxiliaires de vie scolaire / accompagnement à la scolarisation.

Évolution de la composition des droits accordés spécifiquement liés à la scolarisation des enfants



Ce graphique est, lui aussi, difficile à interpréter, sauf en ce qui concerne le faible nombre de dossiers pour l'obtention de matériel pédagogique adapté (MPA) et les parts relatives des « orientations

scolaires » et « aide humaine à la scolarisation ». L'absence de distinction entre SESSAD établissement rend hasardeuse toute hypothèse sur les chiffres de l'« orientation en ESMS ».

RESUMÉ

L'observation attentive des données fournies par les MDPH à la CNSA :

- conforte les constats réalisés à partir des modalités de scolarisation des enfants et adolescents handicapés (forte croissance de la part de l'accompagnement) ;
- conduit à mettre en question l'impact quantitatif de « transferts¹³⁴ » pour expliquer cette croissance et, au contraire, attire l'attention sur les demandes formulées par les parents (en relation avec les enseignants).

6.2. Peut-on déduire des statistiques de scolarisation par département une corrélation entre nombre de places en établissements et nombre d'enfants et adolescents scolarisés en milieu ordinaire ?

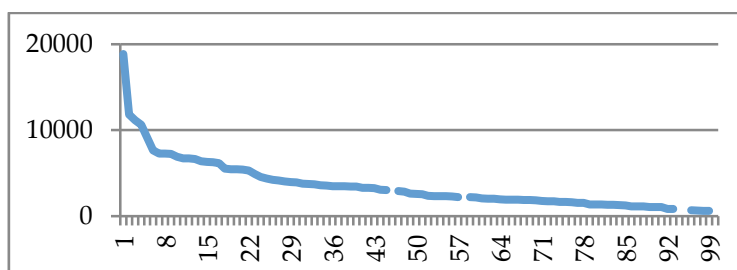
Apporter des éléments de réponse sur ce thème est intéressant étant donné la fréquence de remarques telles que :

- à cause des liste d'attente en IME (ou en ITEP), certains de ces enfants ont dû être scolarisés en milieu ordinaire ;
- faute de places en IME des enfants sont accueillis en Belgique.

Une relation entre nombre de jeunes handicapés pris en charge en établissement et nombre de jeunes handicapés scolarisés (tous modes de scolarisation confondus)

La recherche d'une corrélation statistique entre nombre d'enfants et adolescents handicapés pris en charge en établissement¹³⁵ et nombre d'enfants et adolescents handicapés scolarisés (tous modes de scolarisation confondus) a été réalisée à partir des chiffres départementaux (de l'éducation nationale) et en tenant compte de l'extrême diversité des nombres d'enfants et adolescents handicapés scolarisés dans chacun des départements (voir la courbe ci-dessous)

Graphique 1 : les départements, classés par ordre décroissant du nombre d'enfants handicapé scolarisés



¹³⁴ Des enfants devraient être orientés vers un ESMS ou en ULIS mais cette orientation ne pourra pas être mise en œuvre ce qui conduit à une augmentation du nombre d'enfant pris en charge par un AVS.

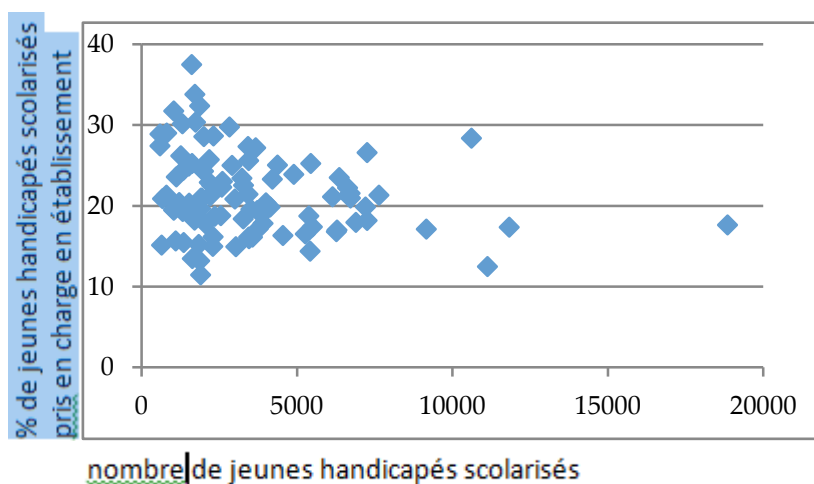
¹³⁵ Ce qui revient à ne pas considérer les places de SESSAD.

Ce graphique illustre la grande hétérogénéité des départements, selon le nombre de jeunes handicapés scolarisés et conduit à produire le graphique ci-après où chaque département est positionné sur les axes :

- horizontal : nombre d'enfants et adolescents handicapés scolarisés dans le département ;
- vertical : pourcentage d'enfants et adolescents handicapés en établissement.

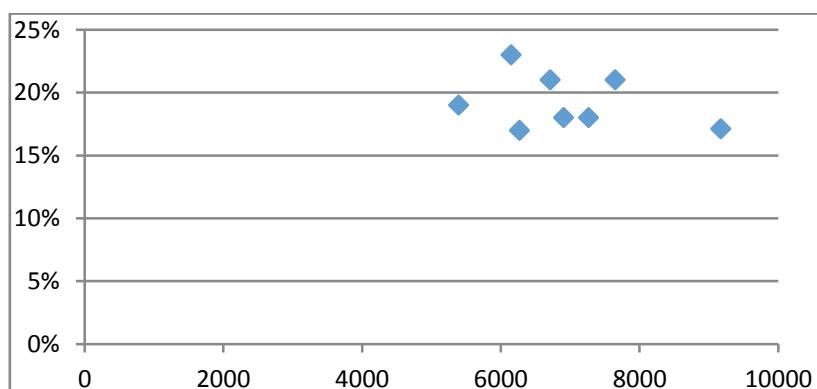
Il signale la diversité des situations et attire très fortement l'attention, sur les spécificités des départements en fonction de leur taille.

Graphique 2 : les départements, selon nombre de jeunes handicapés scolarisés et le pourcentage d'entre eux pris en charge en établissement



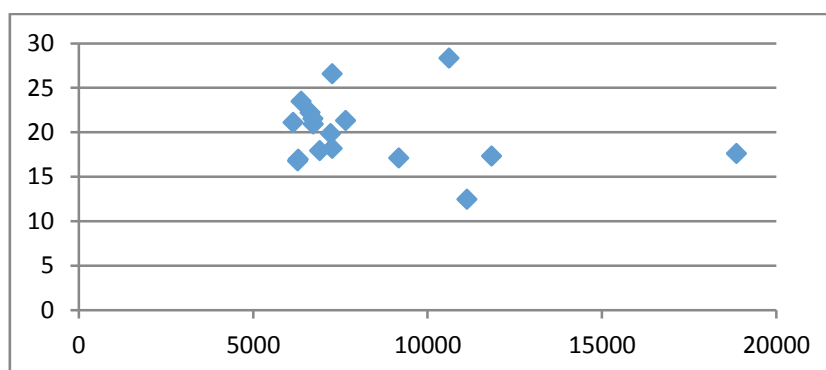
Ce graphique a donc été décomposé en cinq parties : pour les départements d'Île-de-France ; pour ceux qui scolarisent plus de 6 000 enfants et adolescents handicapés ; puis entre 4 000 et 6 000 enfants et adolescents ; puis entre 2 000 et 4 000 enfants et adolescents, et, enfin, les départements qui scolarisent moins de 2 000 enfants et adolescents handicapés.

Graphique 3 : les huit départements d'Île-de-France



Les nombres d'enfants et adolescents handicapés sont relativement proches et le pourcentage d'accueil en établissements va d'environ 17 % à 23 %.

Graphique 4 : Les dix-sept départements qui scolarisent plus de 6 000 enfants et adolescents handicapés

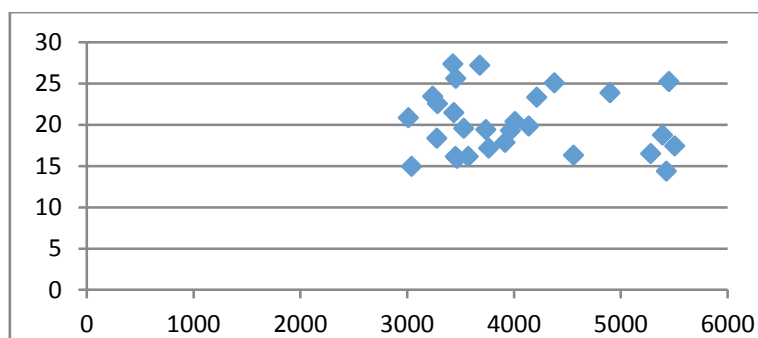


La taille du département du Nord, n'en fait un cas singulier que pour le nombre d'enfants et adolescents handicapés ; certes son pourcentage d'enfants et adolescents handicapés en établissement est relativement bas (18 %) mais ce pourcentage n'est pas « anormal » (graphique 2) et s'y ajoutent les enfants et adolescents accueillis en Belgique.

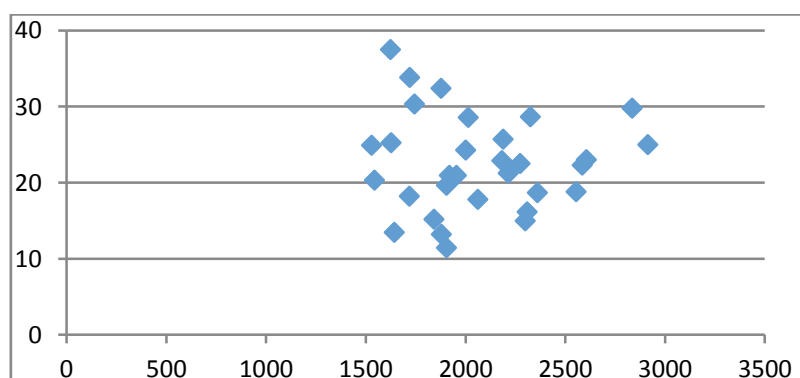
À noter les départements suivants :

- Gironde (27 %) et Pas-de-Calais (28 %) ;
- Bouches-du-Rhône (12 %).

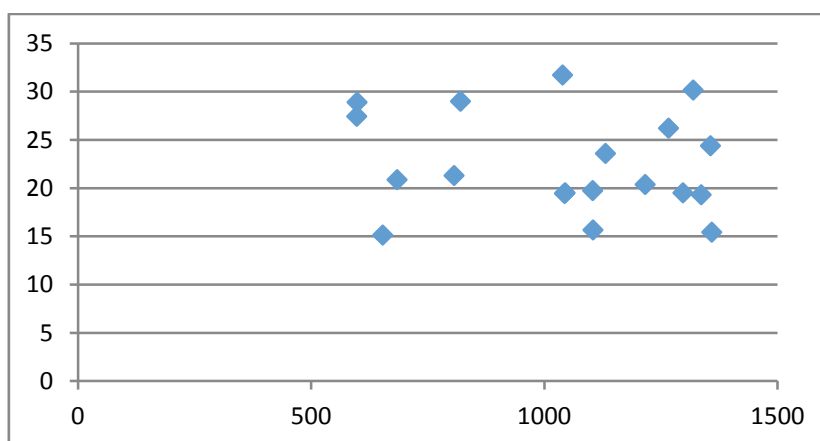
Graphique 5 : Les vingt-huit départements qui scolarisent entre 3 000 et 6 000 enfants et adolescents handicapés



Graphique 6 : Les trente-trois départements qui scolarisent entre 1 500 et 3 000 enfants et adolescents handicapés



Graphique 7 : Les dix-huit départements qui scolarisent moins de 1 500 enfants et adolescents handicapés



Le pourcentage d'enfants et adolescents handicapés en établissement varie environ entre 15 % et 30 %, quelles que soient les strates de population de jeunes handicapés scolarisés par département, sauf la strate des départements « moyens » (entre 1 500 et 3 000 élèves handicapés) où se trouvent quatre départements à moins de 15 % et quatre départements à plus de 30 %.

Ces hétérogénéités peuvent trouver plusieurs sources d'explications (voir rapport, 2^{ème} partie, chapitre 7) ici complétées par les remarques suivantes :

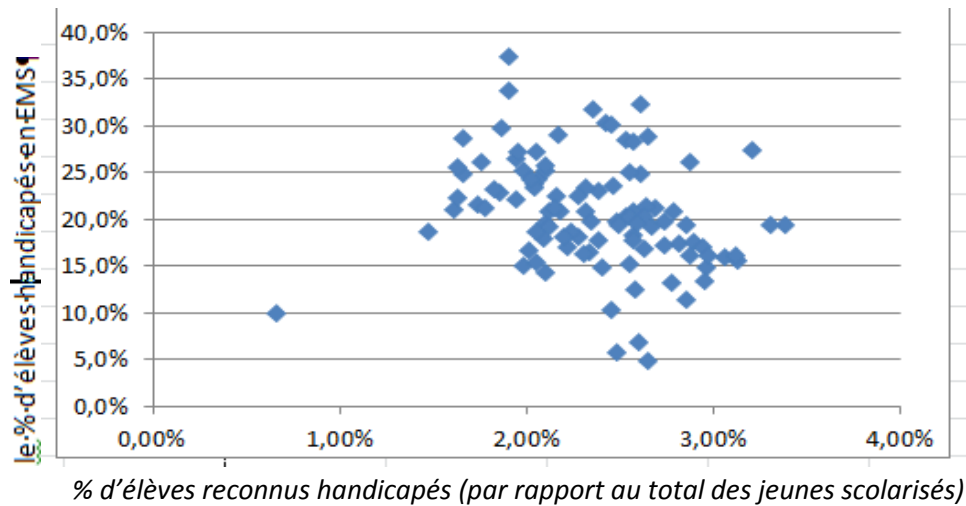
- deux effets, sont très répandus dans le domaine sanitaire, médicosociale (et social) :
 - un équipement (un dispositif) s'il est un tant soit peu apprécié, va générer une demande, jusqu'alors non exprimée ... et qui va se développer (et pourrait le faire « sans limite »),
 - les professionnels peuvent privilégier la « qualité » de leur travail auprès des personnes qu'ils prennent en charge, au détriment du nombre de personnes qu'ils pourraient prendre en charge (et dont ils ne connaissent ni le nombre ni les difficultés réelles).
- l'appréciation des besoins des enfants et ado. dans le processus EE → EPE → CDAPH n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire national.

Au-delà de ces remarques la recherche d'explications à l'hétérogénéité des situations départementales indépendante de la taille des départements conduit à explorer une autre hypothèse : l'existence d'une corrélation entre pourcentage d'élèves en EMS et pourcentage d'élèves reconnus handicapés

Une relation entre nombre de jeunes handicapés pris en charge en établissement et nombre d'élèves reconnus handicapés scolarisés

Ici aussi les chiffres utilisés sont ceux fournis par l'Éducation nationale.

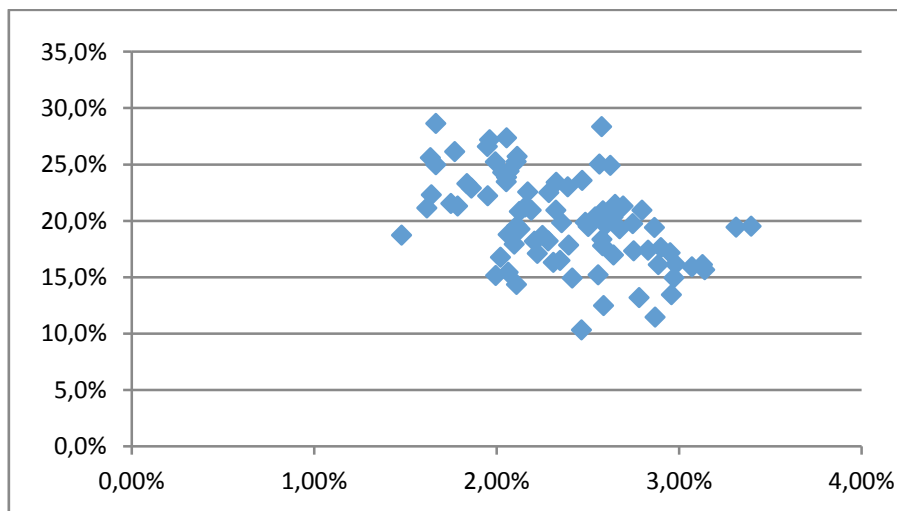
Dans un premier temps ont été présentés de façon simultanée, et pour tous les départements, le pourcentage d'élèves en EMS (axe vertical ; valeurs entre 0 et 40 %) et le pourcentage d'élèves reconnus handicapés (axe horizontal ; valeurs entre 0 et 4 %)



Ce graphique, fait ressortir :

- les départements qui, pour des raisons historiques dont certaines remontent au XVIII^{ème} siècles sont des "terres d'accueil" : treize départements ont été considérés dans ce cas ;
- des départements où la rigueur de gestion prévalait (avant la décentralisation de 1982-1983) ou qui sont récents (ex. Île-de-France).

Une fois ces départements « statistiquement aberrants » exclus, le graphique devient :



Une pente négative se dessine assez nettement. Elle pourrait traduire que quand il y a (relativement) peu d'élèves handicapés / enfants scolarisés alors ces jeunes sont plus gravement handicapés ce qui explique qu'ils soient pris en charge en établissement (comme "lieu de vie") et donc que le pourcentage d'élèves hand scolarisés en UE ou UI (# « en étab. ») soit élevé par rapport à la scolarisation en milieu ordinaire.

Et donc : ce ne serait pas un trop faible équipement en EMS qui serait à questionner ... mais plutôt une trop facile réponse positive à la pression pour la reconnaissance d'un handicap d'un enfant afin qu'il bénéficie d'une compensation à ces difficultés scolaires (alors qu'il pourrait bénéficier d'autres modalités de soutien sans avoir besoin d'être reconnu comme handicapé).

Liste des personnes rencontrées

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Étienne Deguelle, directeur adjoint de la compensation
- Jean-Michel Lamiaux, chef de pôle

Ministère des solidarités et de la santé

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
 - Delphine Roy, cheffe du bureau handicap, dépendance
 - Laurence Dauphin, responsable du pôle handicap
 - Jean-Sébastien Eideliman, collaborateur extérieur rattaché au bureau handicap, dépendance

Éducation nationale

Martine Caraglio, IGAENR

Alexandre Grosse, chef de service DGSCO B

Philippe Thurat, sous-direction de la gestion des programmes budgétaires

Roger Vrand, sous-directeur du socle commun, de la personnalisation des parcours scolaires et de l'orientation, direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO A)

Alain Bouhours, DGESCO A

Philippe Wuillamier, sous-direction des évaluations et de la performance scolaire, direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)

Sylvie Le Laidier, cheffe de bureau DEPP

Patricia Prouchandy, bureau des études statistiques sur les élèves, DEPP

Florence Dubo, cheffe de service DGRH

Stéphane Le Ray, sous directeur DGRH

Claire Gaillard, adjointe au sous directeur DGRH

Lionel Ferreira, chef de bureau DGRH

Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées

Virginie Magnant, directrice de cabinet

Patrice Fondin, conseiller éducation, formation et enseignement supérieur

CNCPH : membres du CNCPH

Comité interministériel du Handicap (CIH)

M. Petitmangin, secrétaire général du CIH

Marina Drobi, chargée de mission

Rectorat de l'académie de Versailles

Daniel Filâtre, recteur
Erwan Coubrun, secrétaire général adjoint en charge des moyens
Christine Cordoliani, médecin conseillère technique
Laurence Picard, conseillère technique en charge du handicap
Mickaël Cabbeke, directeur de cabinet.

Rectorat de l'académie de Lille

Luc Johann, recteur
Dominique Martiny, secrétaire général d'académie
Paul-Eric Pierre, secrétaire général adjoint
David Rataj, CT ASH
Denis Toupry, IA-DASEN 62
Stéphane Desmond
Thierry Desnoyelle, directeur académique adjoint DAASEN 59
Christine Mesfret
Monsieur André Mereau, chef du SAGERE (service académique de gestion et de recrutement)

Ain

Groupe scolaire Jean Jaurès, Ambérieu-en-

Bugey

Mme Céline Blanc, directrice
Mme Christelle Darrou, coordonnatrice ULIS
Mme Solène Origlio, AVS-CO
M. Bernard Laugier, IEN CCPD

Collège Les Côtes, Péronnas

Mme Eliane Magurno-Peignet, principale
M. Stéphane Delay, coordonnateur ULIS
Mme Ophélie Charvet, AVS-CO
Mme Berthet, parent d'élève et son fils

MDPH

Mme Marylène Thévenet, directrice MDPH
Mme Bernadette Dabout Nicolas, directrice adjointe, chargée de la coordination médicale
M. Bruno Mercier, ERSH mis à disposition
M. Jean-Louis Paris, Représentant APF, président CDAPH
M. Serge Gomes, chargé de mission handicap et accessibilité auprès du DGS, conseil départemental de l'Ain, vice-président CDAPH
Mme Marie-Christine Berry, représentante APAJH, vice-président CDAPH

ARS

M. Philippe Guetat, directeur de la délégation départementale
Mme Catherine Mentigny-Foulu, responsable du service handicap ARS

Établissements employeurs

M. Gilles Flament, proviseur du lycée du Bugey, Bellay
M. Gérald Bessier, adjoint gestionnaire
Mme Patricia Barbier, référente DGCA
Mme Christine Catherin, principale du collège de la Dombes, Saint-André-de-Corcy
Mme Magali Paulin, adjointe gestionnaire

DSDEN de l'Ain

Mme Maryline Rémer, IA-Dasen
M. Alexandre Falco, IA-Daasen
M. Michel Carrante, secrétaire général
Mme Adèle Samedi, cheffe de la DOS
M. Richard Lopez, adjoint au chef de la SAGEFI
Mme Monica Exposito, gestionnaire des AESH et chargée du suivi des contrats aidés

Inspection ASH

Mme Gaëlle Vallier Dubois, IEN ASH

Mme Isabelle Lapiere, médecin conseillère technique

Mme Véronique Rechart et Madame Pascale Muneret, ERSH

M. Hervé Colas, référent mission suivi scolarisation AVS

Aisne

MDPH

M. Fourré, VP du conseil départemental en charge du dossier de l'autonomie

M. Bousselmi, président de la CDAPH

Mme. Génard, directrice de la MDAPH

Mme. Marso, directrice adjointe (responsable accès aux droits et contentieux - Pôle administration générale)

Mme. Vivier, directrice adjointe en charge de l'évaluation

Mme. Thierry, chef du pôle évaluation

M. Petit, directeur général de l'APJ (accueil et soutien des jeunes en difficultés et des personnes handicapées)

Mme Philbert, présidente de l'Union des associations de personnes handicapées

M. Duchange, directeur de l'ARS

DSDEN

M. Vial, secrétaire général de l'académie

M. Geneviève, IA-DASEN

M. Bouvet, secrétaire général (par intérim)

M. Piantino, IEN-ASH

Mme. Philippe, gestionnaire des personnels

M. Romeu, IEN

Mme. Labruyère, chargée du dossier AVS

Enseignants Référents

Adeline Cadalen

Murielle Deballe

Christelle Lobjois

Marc Hallade

Denis Wilmart

École La Fontaine LAON

Lucie Hurier, directrice

Emmanuelle Pierret, enseignante spécialisée

Mme Nathalie Porte, référent mission AVS,
M. Patrice Janodet, ERUN

Mmes Christine Blanc, Valérie Fèvre, Florence Jentellet, Océane Toledo, AESH.

David Coubronne, enseignant

École Delaunay-Kergomar LAON

Murielle Pacot, directrice

Agnès Tourneux, enseignante

Espace scolaire Condorcet (Lycée à Saint-Quentin)

M. Sorano, proviseur

M. Makil, proviseur adjoint LGT

M. Minche, proviseur adjoint LP

M. Guillaume, agent comptable

Mme. Hoyer, CPE

M. Roy, CPE

Mme. Brébant, gestionnaire RH

Mme. Poulet, gestionnaire payes

Mme Blériot, coordonnatrice ULIS TFV

Mme. Boulard, coordonnatrice ULIS TFA

Mme. Dumont-Legrand, ULIS TFC

Mme. Lefebvre, enseignante (logistique bac pro)

M. Lemarchand, enseignant (sciences-éco)

M. Lesage, enseignant

M. Murawski, enseignant

M. Pejoux, enseignant (histoire - géo)

Mme. Verhoeve, enseignante (prévention-santé - environnement)

M. Krawiek, IEN

M. Berna, principal adjoint, collège Pierre de la Ramée)

M. Gravel, principal (collège Gabriel Hanotaux)

AVS :

Christophe To, AESH depuis 2011

Elodie Playe, AESH depuis 2011 - ULIS TSA

Alexandra Berlemont, AESH depuis 2008

Séverine Magnier Leuk, AESH depuis 2013
Sandrine Fousse, CUI

Doubs

Rectorat

M. Chanet, recteur de Région Bourgogne-Franche-Comté

DSDEN

M. Renault, IA-DASEN

M. Chevallereau, secrétaire général

M. Patout, SG-adjoint de la DSDEN 25

M. Arnoult, secrétaire général de la DSDEN du Territoire de Belfort représentant le SIG AESH 90 (Service interdépartemental de gestion des AESH)

Mme. Bredin, cheffe de la division des affaires financières et de la logistique

M. Chartraire, chef de la division de l'organisation scolaire

Mme. Ribeiro, adjointe au chef de l'organisation scolaire

M. Boucard, Principal du collège Entre Deux Villes à Saône

M. Lucas, proviseur du lycée Pasteur à Besançon

M. Sorre, gestionnaire - comptable

M. Marlier, CT ASH

Mme. Bouhali-Marques, IEN ASH

Mme. Travaglini, coordonnatrice AVS 25

M. Faedo, coordonnateur AVS 25

Mme. Metthez Dutheil, enseignante référente

Mme. Pluche Trouillot, enseignante référente

Mme. Schell, enseignante référente

Essonne

DSDEN :

M. Tarlet, DASEN

Mme Côme, DAASEN

Mme Pili, IEN-ASH

Coordonnateur ULIS

ULIS école TFC : Mme Augusto

Nathalie Marzana, CUI

École maternelle Vauthier de Besançon

Mme. Guillemin, IEN

Mme. Berthelot, directrice

Mme. Dejean, AVS/CUI

Mme. Knapp AVS/CUI

Mme. Nouna AVS/CUI - AESH mars 2018

Collège Clairs Soleils à Besançon

M. Avet, principal

Mme. Boiteux, coordinatrice ULIS

Mme. Moggi, coordinatrice ULIS

Mme. Hezlaoui Hamelin, AVSco (AESH)

Mme. Droz, AVSco

Mme. Vitasse, AVSco

M. Levang, AVSmu

Mme. Dialo, AVSi

MDPH

Mme. Jacquemet, 1^{ère} VP conseil départemental

Mme. Dalphin, Conseillère départementale du 25, présidente de la CDAPH

Mme. Masselin, directrice adjointe de la MDPH

Mme. Coquerelle, cheffe de division instruction

Mme. Scamps, référente de scolarisation

Mme. Hergott, ARS du 25

Mme. Bonnotte, ARS 25

Mme. Billon, chargée de mission pour le 25

M. Lavrut, directeur IMPRO

ULIS collège TSA : M. Harlay

ULIS Lycée Pro : Mme Gallois

MDPH

Mme Prevotel, directrice

Mme Righelli, directrice adjointe

CDAPH

M. Beve, président
Mme Hache, FCPE
M. Rouland, APEDYS 91
M. Gusmini, polyhandicaps

AVS :

Mme Da Cunha
Mme Maalhaes

Établissements employeurs mutualisateurs

Mme Irbah-Michel (Viry-Châtillon) + secrétaire
M. Campenon + gestionnaire

Établissement employeur non mutualisateur :

Hérault

Rectorat et DSDEN

Stéphane Aymard, secrétariat général du rectorat et de la DSDEN
Martine Boluix, secrétaire générale d'académie, SG DSDEN 34
Élisabeth Auboix, DAASEN du GARD, chargée de mission académique ASH

DSDEN de l'Hérault

Vincent Stanek, IA-DASEN 34
Olivier Bost, IEN A 34

Service(s) de l'organisation des moyens, finances, personnels

Grégory Munier, responsable du service départemental des moyens d'enseignement 1^{er} degré et collèges
Patrice Perez, chef du bureau académique du remplacement et du recrutement des agents non titulaire
Éric Louvois, responsable du bureau départemental des aides humaines
Caroline Sitjas, coordonnatrice départementale des aides humaines

CT ASH et IEN ASH,

Robert Benezech, CT ASH

Mme Roels - Pasque + adjointe gestionnaire

ARS

M Menidjel, responsable

ERS

Mme Martin
Mme David
M. Puech, chargé de mission ASH

Écoles 1^{er} degré

M. Herschkorn, REP + ULIS
Mme Veeckman, centre ville, UPE2A, ULIS, EIP + enfant autiste en milieu ordinaire
Mme Neplaz Edwige, IEN-ASH

Éric Louvois, IEN ASH 34 (handicap)

Enseignants référents

Sandrine Moroni (Béziers)
Thomas Jimenez (Fabrègues)
Michel Fournier (Montpellier)
Chantal Kaplanski (Montpellier)

Établissement mutualisateur : lycée Jean Jaurès à Saint Clément de Rivière

Arnaud Sobczyk, proviseur
Emmanuel Deygas, intendant

École élémentaire de Marsillarques

Isabelle Antoine, IEN CCPD Lunel
Guy Tapias, directeur école élémentaire
Émilie Brunet PE maternelle du Vidourle
Ester Blazy, PE maternelle du Vidourle
Sophie Giambrone, PE élémentaire J.Ferry
Philippe Soumet, principal collège
Catherine Michel enseignante SVT collège
Anne Géraud enseignante HG collège
Carine Boguenam enseignante éducation. musicale collège

Coordonnateurs d'ULIS

Isabelle Guera (école Victor Hugo, Lunel)

Ludivine Coello (école élémentaire, Marsillargues)

Nicolas Berthaud (collège Marsillargues)

Anne Diata (collège Ambrussum de Lunel)

Stéphanie Anguiviel (collège Mistral, Lunel)

AVS et AESH

Charlotte Pessin (AESH collectif en CDD)

Cécile Espardelier (AESH collectif en CDD)

Lamya Gruson (AVS en CUI au collège)

Auréline Decagny, (AESH AED à l'école maternelle J Brel Lunel)

Cherifa Djaisri (AESH à l'école maternelle du Vidourle et à l'école élémentaire de Marsillargues)

Brigitte Fabre (école maternelle du Vidourle)

MDPH et CDAPH

Cécile Albert, directrice MDHH

Isabelle Laveyssier, responsable du pôle enfant

Bernard Foulon, (APF) président CDAPH

Sophie Lamour, représentante Sésame autisme

Nord

DSDEN du Nord

M. Bessol, DASEN

M. Logeon, IEN ASH

M. Masure, IEN ASH

M. André, enseignant référent

Mme. Makala, enseignante référente

Mme. Kozubek, conseillère pédagogique de circonscription ASH

Mme. Hassaini, gestionnaire AVS

MDPH de Lille

Mme Thierry, directrice adjointe

Mme. Pontzeele, responsable harmonisation

M. Simaeys, responsable de territoire

Lycée Eiffel (mutualisateur à Armentières)

Mme. Trémonières, proviseure

M. Horgnies, proviseur adjoint

Nadia Chebaiki, association Dyspraxique mais Fantastique)

Élus départementaux

Kléber Mesquida, président du CD

Gabrielle Henry, vice-présidente déléguée à la solidarité handicap

Parents

ARS

Directions en charge de l'offre (et de la tarification) d'établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
Régine Martinet (directeur adjoint, responsable du Pôle médicosocial)

Carla Da Costa Ferreira (cadre référent autisme handicap rare)

Délégation Départementale de l'Hérault

Laurence Gélinotte (responsable unité handicap)

Mme. Lieven, gestionnaire agent comptable / responsable de l'équipe de mutualisation

Mme. Heuguebart, adjointe

Circonscriptions ASH Lille1 et 2 et Roubaix-Tourcouing

Mme. Puig, IEN ASH

M. Baeckeroot, IEN ASH

Mme Maurice, IEN ASH

M. Molière, IEN

M. Prath, IEN

M. Daerden, proviseur adjoint lycée professionnel Turgot Roubaix

M. Crombet, principal adjoint collège Triolo Villeneuve d'Ascq

M. Host, directeur école Jean Macé Armentières

Mme. Dutrannoy, enseignante référente

Mme. Roubligue, enseignante référente

Mme. Tisserand, enseignante référente
Mme. Apolinario, psychologue scolaire
Mme Heuls, psychologue scolaire
Mme. Do Couto, gestionnaire ASH
Mme. Godefroy, psychologue scolaire
Mme. Foulard, CPC/ASH
Mme. Maurice, CPC/ASH
Mme. Robeyns, CPC/ASH
Mme. Yessad, CPC/ASH
Mme. Boudailliez, AESH
Mme. Decooninck, AESH
Mme. Estève, AESH
Mme. Ladrouz, AESH

Paris

Rectorat

Antoine Destrés, DASEN
Sandrine Depoyant-Duvaut, SG de l'académie
Franck Peyrou, CT-ASH
Véronique Lafarge-Villain, IEN-ASH
Jean-Michel Le Bail, IEN-ASH

Enseignants référents

Annie Guillou, Séverine Courtel

Professeurs ressources

Tiphaine Lenfant ; (cognitif et comportement)
Anne Mathis ; (second degré)
Coordination des AESH
Corinne Morisson, Isabelle Deléan

Ecole primaire Simon Bolivar, ULIS TFC, Paris

Ould Abdeslam, directeur
Dominique Bense, IEN
M. Le Bihan, coordonnateur ULIS
AVS, AVSco, enseignants, psychologue scolaire, assistante sociale, animateur périscolaire

Pas de Calais

DSDEN

M. Toupry, DASEN
M. Bourne-Branchu, DAASEN en charge de l'ASH

Mme. Outreman, AESH
Mme. Segretain, AESH
Mme. Colette, enseignante (école maternelle Chateaubriand Tourcouing)
Mme. Hennequin, enseignante classe ULIS (école La Fontaine Steenvoorde Dunkerque)
Mme. Hette, enseignante classe ULIS (école Balzac-Hugo Tourcouing)
Mme. Elaihar, parent
Mme. Krieger, parent
Mme. Roelandt, chargée de mission Association « L'Ass des As »

Collège BERGSON - ULIS TFM TSLA, Paris

Mme Schnabele, proviseure
Natacha Casy, coordonnatrice ULIS
Isabelle Crouzet, enseignante référente enseignants, AVS
Établissement mutualisateur Janson de Sailly

MDPH

Fabrice Masi, directeur
Sandrine Saint-Marc, coordination des évaluatrices

Élus

M. Nordmann,
Mme Solans

Associations

André Fertier, Cemaforre
Viviane Molenat, APAJH Paris
M. Masin, association Autisme

M. Desmond, SG

M. Mereau, responsable du SAGERE

IEN ASH

Mme Salvary

M Wecxsteen
Mme Sobczak

ERSH

Mme Lerouge Valérie
Mme Delattre Marlène
Mme Timmerman Anne
M. Debaene Christophe
Mme Bouly Murielle
M. Bouly Pascal

MDPH

M. Geindre, directeur
Mmes Chantal Smal et Cecile Houplain,
chargées d'insertion scolaire à la MDPH,
Mme Anne-Sophie Beauvois, détachée auprès
de la MDPH,

Haut Rhin

MDPH

M. Lespinasse, directeur territorial ARS/Haut
Rhin
M. Minaberrigaraye, ARS/Haut-Rhin
Mme. Bidar-Bastien, directrice adjointe
MDPH/68
Mme. Dreyfus, psychologue de l'EN détachée
à la MDPH
Mme. Duvois, EN mis à disposition de la MDPH
Mme. Pagliarulo, conseillère départementale
présidente de la CDAPH
M. Losson, VP de la CDAPH et directeur
général de l'IDSD Le Phare (déficience
auditive, visuelle et dysphasie)
Mme. Proust, représentante de l'association
« Amitiés autisme » (reconnue d'utilité
publique) et mère d'un enfant autiste
M. Decaudin, Association « Amitiés autisme »

DSDEN

Personnel du bureau AESH de la DSDEN
Mme Maire, IA DASEN
M. Galand, secrétaire général DSDEN
Mme. Forget, IEN ASH
Mme. Eckert, IEN CT académique ASH

M. Patrick Letellier (APF), siégeant à la MDPH.

Collège Jacques Prévert de Houdain (ULIS et en classe ordinaire)

Mme Kastelik, principale
Mme Procureur, principale adjointe
Mme Christine Held, directrice SEGPA
Mme Roussel, gestionnaire
Mme Grave, enseignante ULIS

Lycée Branly à Boulogne-sur-Mer

Mme Rigollet, proviseure
Intendante

Ecole Fenelon-Dezoteux à Boulogne-sur-Mer LP Cazin à Boulogne-sur-Mer

Mme. Perpina, IEN
Mme. Colesse, responsable du bureau
M. Croisard responsable adjoint
Mme. Berviller, conseillère pédagogique ASH
Mme. Otter, conseillère pédagogique ASH
M. Rapenne, professeur ressource au
numérique éducatif et secrétaire de la CDOEA
(Commission départementale d'orientation
vers les enseignements adaptés)
M. Moll, gestion financière des ASH en CDD-
CDI

Enseignants référents

Mme. Lang
Mme. Schneider
Mme. Vix

Personnels AESH

Mme. Bresson
Mme. Oudart
Mme. Prizzi-Scherer

Rhône

Académie de Lyon

Marie-Danielle Campion, rectrice, chancelière des universités

Pierre Arène, secrétaire général

Véronique Montangérand, IEN ASH, conseillère technique auprès de la rectrice

DSDEN

M. Charlot, IA DASEN

M. Krosnicki, IA-DAASEN

IEN ASH

Mme Falco

Mme Milliat

M. Brissaud

M. Paccaud, chef DPA

Mme Muzard, adjointe

Formatrices AVS :

Mme Eglin

Mme Bournas

Enseignants référents

Mmes Garnier, Tomkowiak, Tourrette et M. Mongoin

Seine et Marne

DSDEN

Patricia Galeazzi, IA-DASEN,

Nathalie Vilaceque, IA-DAASEN

Annie Forveille, SG de la DSDEN,

Isabelle Deslandres, CT ASH

Serge Rossiere-Rollin, IEN ASH,

Les services de l'organisation des moyens, finances, personnels : DIPATE, DOS, DPE

Enseignants référents:

M. Lacomare, Mmes Corinne Gagneau,

Consolacion Parisy, Régine Gros, Edwige

Buchert, Catherine Pagliccia

Établissement mutualisateur : lycée La Martinière Monplaisir

M. Stratecky, agent comptable

Mme Seraz, responsable des contrats aidés

MDPH

Mme de Beaulieu, cheffe de service

Mme Mellet, enseignante mise à disposition

Ecole Ernest Renan, Vénissieux

Mme Falco, IEN ASH

Noëlie Goulefer, IEN

Directrice, enseignants, coordinatrice ULIS, AVS, parents d'élèves

Cité scolaire St Exupéry, Lyon 4^{ème}

M. Gineyts, IE N ASH

M. Brissaud, IEN ASH

Mme Batailler, proviseure du lycée.

Enseignants, coordinatrice ULIS, AVS, parents d'élèves

Observation en classe ULIS et en inclusion (cours de français de 5^e).

École maternelle Françoise Dolto (ULIS TFA)

M. BELIN, directeur

Équipe de circonscription, coordonnatrice ULIS, enseignante, AVS

École élémentaire d'application Paul Cézanne (ULIS TFC)

Mme BRUAT, directrice

Équipe de circonscription, coordonnatrice ULIS, enseignants, AVS

Mireille Cagnioncle, IEN

Collège Grand Parc à Cesson - établissement employeur non mutualisateur

M. Ralph Dorgère, principal
Mme Grimault, coordonnatrice ULIS
Équipe de direction, enseignants, l'AVSco de l'ULIS

Lycée Van Dongen - établissement mutualisateur.

Madame Berne
Équipe gestionnaire.

MDPH

Mme Rousselot, directrice

Val d'Oise

DSDEN

Hervé Cosnard, IA-DASEN et Loïc Bernard, IA-DAASEN,
Bernard Fradin (secrétaire général),
Maria Noël (secrétaire générale adjointe),
André Garcia (IEN-A)
Laure Discour-Zanotti (DPAH)
Isabelle Kerebel (IEN ASH).

Établissements

Pascal Ourghanlian, Isabelle Desjardins,
Nathalie Houpin (enseignants référents) et G. Buatois (proviseur du LP. A. Rimbaud à Garges-Lès-Gonesse – lycée avec une ULIS et 6 AESH/CUI)

Vaucluse

Académie Aix-Marseille

Mme Brioude, secrétaire générale adjointe en charge de la modernisation et des affaires financières.

Mme Malluret, conseillère technique du recteur dur l'adaptation scolaire et scolarisation des élèves en situation de handicap

Mme Baudoin directrice adjointe
Mme Deslandres, vice-présidente de la CDAPH (IEN-ASH)

ARS :

Mme Marie, directrice

Associations et élus :

Parents en colère, Mme Calonne
Défi autisme, Mme Scali
Fédération nationale des DYS, Mme de Bardonnèche
Mme Sert et M. Roland, élus du conseil départemental
M. Coudray, directeur de l'autonomie à la direction général des solidarités au département

Visite-rencontres à la maternelle Les Cordeliers de Pontoise (zone urbaine),

Visite-rencontres au collège Les Hautiers de Marines (zone rurale)

MDPH

Manuela Oliveira, directrice par intérim
Docteurs Gainet, Béatrice Jacquin
M. Billard, CDAPH

Élus et organismes

Sophie Serra (responsable département autonomie, ARS, délégation départementale)
Romain Cauzard (gestionnaire administratif et financier, ARS, délégation départementale).

M. Misery, secrétaire général de l'académie
Mme Viallet, DRRH

DSDEN du Vaucluse

Mme Morelle, secrétaire générale de la DSDEN du Vaucluse
Mme Papon, IEN ASH
M. Becker, CPD ASH

4 Enseignants référents

services de gestion de la DSDEN 84

Mme Broyer, cheffe de service des AESH,
DSDEN du Vaucluse, et son service

MDPH-84

M. Fageot, directeur de la MDPH-84
Mme Cau coordinatrice EP de la MDPH-84

École Saint Roch -Avignon (Ulis)

Mme Théron, directrice
Mme Faux, enseignante
AVSi, AVSco

Collège Frédéric Mistral, Avignon

M. Becker, principal

Mme Rebmeister, principale adjointe

Mme Boaglio, professeur de français

Mme Belhoul, professeur de mathématiques

M. Ponteri, professeur de SVT

Mme Baglietto, AESH

Mme Jeanjean, AESH-AVSi

Mme Santoro, AESH-AVSi

EPLÉ établissement mutualisateur de paye :

Lycée P de Girard

M. Boyer, proviseur

M. Guyard, intendant

Mme Servi, coordonnatrice ULIS lycée général

M. Gervais, coordonnateur ULIS école.

Sigles utilisés

AED	Assistant d'éducation
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
AVS-co	Auxiliaire de vie scolaire collectif
AVS-i	Auxiliaire de vie scolaire individuel
AVS-m	Auxiliaire de vie scolaire mutualisé
CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CAMSP	Centre d'action médicosociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CDS	Commission départementale de l'éducation spécialisée
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNESCO	Conseil national d'évaluation du système scolaire
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médicosociale
CSP	Catégories sociaux-professionnelles
CUI	Contrats uniques d'insertion
DARH	Directeur de l'agence régionale d'hospitalisation
DDASS	Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
DEAES	Diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social
DNE	Direction du numérique pour l'éducation
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGRH	Direction générale des ressources humaines de l'éducation nationale
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DSDEN	Direction des services départementaux de l'éducation nationale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
EE	Équipe éducative
EN	Éducation nationale
EPE	Équipe pluridisciplinaire d'évaluation
ER	Enseignant référent

ESMS	Établissement social ou médicosocial ou Établissement et service médico-sociaux
ESS	Équipe de suivi de scolarisation
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein
GEVA-Sco	Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation
GIP	Groupement d'intérêt public
IA-DASEN	Inspecteur d'académie – directeur académique des services de l'Éducation nationale
IEN-ASH	Inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGEN	Inspection générale de l'Éducation nationale
IME	Instituts médico-éducatifs
INSHEA	Institut national d'enseignement supérieur, de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés
ITEP	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
LSF	Langue des signes française
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Projet d'accueil personnalisé
PAP	Plan d'accompagnement personnalisé
PEC	Parcours emploi compétences
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PPRE	Programme personnalisé de réussite éducative
PRIAC	programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS2	Projet régional de santé 2 ^{ème} génération
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
Rased	Réseau d'aides spécialisés aux élèves en difficulté
REP+	Réseau d'éducation prioritaire renforcée
RERS	Repères et références statistiques de l'Éducation nationale
SEGPA	Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
UE	Unité d'enseignement externalisée
UEM	Unité d'enseignement en maternelle
Ulis	Unités localisées pour l'inclusion scolaire
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TFC	Trouble des fonctions cognitives
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
TSA	Trouble du spectre autistique
VAE	Validation des acquis de l'expérience