

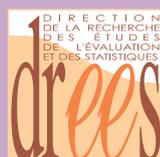
DOSSIERS

solidarité *et* santé



L'enquête auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'édition 2006

N° 20
2011



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Les trois études de ce dossier apportent des éclairages complémentaires sur l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adolescents handicapés de 2006 (dite « ES 2006 »). Les premiers résultats publiés jusqu'alors avaient mis en évidence une modification de l'offre médico-sociale, avec le développement des services au détriment de l'accueil en établissement. Pourtant, malgré la hausse globale du nombre de places et la diversification de l'offre, des particularités subsistent. Comme le montre la première étude, le taux d'équipement global diffère selon les départements et les régions. De manière plus fine, certains territoires se spécialisent dans la prise en charge de certains handicaps et se démarquent par leur caractère plus attractif, expliquant en partie les flux migratoires. La deuxième étude dégage des profils types de personnels selon les différentes structures médico-sociales (services d'éducation et de soins à domicile ou établissements d'éducation spéciale), ces derniers se spécialisant dans l'accueil de handicaps spécifiques. La troisième étude dresse un portrait (activité, caractéristiques des enfants accueillis et des personnels employés, etc.) des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui fonctionnent sous forme de consultations ambulatoires et non, comme les autres établissements, sous forme d'hébergement ou d'accueil de jour.

Sommaire

Introduction

Joëlle Chazal, Yara Makdessi 3

Disparités des équipements pour enfants handicapés et « flux migratoires » en France métropolitaine

Clotilde Bouquet-Ysos, Carole Peintre, Jean-Yves Barreyre 5

Les différents profils du personnel dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants

Laetitia Evrard 21

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMS) en 2006

Luc Masson 35

Introduction

Joëlle Chazal, Yara Makdessi (DREES)

L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS et services pour enfants et adolescents handicapés, dite « ES handicap », s'intéresse à l'activité de ces structures, au personnel en fonction et aux personnes qui y sont accueillies. Elle vise à observer la répartition de l'offre médico-sociale ainsi que les besoins couverts et constitue à cet égard un outil précieux d'aide à la planification des places dans les structures médico-sociales (par l'État, les collectivités locales, les structures gestionnaires, etc.). Depuis 2001, cette enquête est réalisée tous les quatre ans indépendamment de l'enquête auprès des établissements et services pour personnes en difficulté sociale (dite « ES difficulté sociale »). Lancée en janvier 2007, l'enquête ES 2006 permet de mesurer les évolutions de l'offre médico-sociale, notamment en termes de capacités (nombre de places et de structures) et de taux d'équipement, mais aussi d'observer les profils des professionnels qui y travaillent et de la population accueillie. Les résultats au niveau national (Mainguené, 2008) puis les statistiques détaillées (Makdessi et Masson, 2010) ont permis de dresser un tableau complet de la situation des structures en 2006 voire même de décrire les évolutions sur la décennie 1995-2006. Comparée à celle de 1995 et 2001, la répartition par type de structure en 2006 confirme le développement sensible des services, au détriment d'une stabilité voire d'un recul de l'accueil en établissement. En effet, à l'exception des établissements pour enfants souffrant d'un polyhandicap, dont le nombre augmente, les autres types d'établissements connaissent une stabilité du nombre de structures (parfois une diminution dans le cas des instituts d'éducation sensorielle), conjuguée à une baisse du nombre de places installées.

Ces changements dans l'offre institutionnelle médico-sociale peuvent induire différentes conséquences, notamment sur les modalités d'accueil et d'accompagnement des enfants au niveau des territoires, mais aussi sur les profils des enfants qui y ont recours et sur ceux des professionnels qui y travaillent. Le présent dossier apporte des éclairages complémentaires et approfondis sur ces différents aspects. La première étude présente les niveaux d'équipement en établissements et services médico-sociaux dans chaque région et département métropolitain et souligne la persistance des disparités observées dans les enquêtes précédentes (Trémoureux et Woitrain, 2000), même si les inégalités tendent à s'atténuer. Du fait de ces disparités, certains enfants ne peuvent être pris en charge qu'à l'extérieur de leur département ou région de résidence. Différents paramètres déterminent ces prises en charges extra-territoriales : le type de structure, le type de déficience de l'enfant, l'histoire sociale des équipements en France, pour ne citer que ceux-ci.

La deuxième étude explore la nature des liens entre le profil du personnel exerçant dans les structures et les caractéristiques des enfants accueillis. L'étude met à jour des modèles très distincts entre les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et les établissements d'éducation spéciale. Selon le degré de déficience des enfants accompagnés, les SESSAD tout comme les établissements, se distinguent par un profil de personnel plus ou moins représenté par le médical, le paramédical ou l'éducatif. Toutefois, les niveaux d'encadrement sont beaucoup plus importants dans les établissements d'éducation spéciale par rapport aux services.

Le troisième article examine la situation des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres d'action médico-sociale précoce

(CAMSP) à la fin de l'année 2006 et complète ainsi les deux études précédentes, qui portent sur l'ensemble des structures enquêtées à l'exclusion des CMPP et des CAMSP. Ces centres proposent des consultations auprès des enfants et leur famille, tandis que les autres structures du champ de l'enquête ES accueillent les enfants en journée ou les hébergent dans leurs locaux, en fonction d'un nombre de places autorisées et installées. D'ailleurs, une nouvelle méthode de recueil spécifique aux CMPP et aux CAMSP a été mise en place avec l'enquête ES 2006, en rupture sur ce point avec les précédentes enquêtes ES, de façon à mieux

rendre compte de l'activité de ces centres et recueillir ainsi des données plus fiables.

Les données de l'enquête ES 2006 peuvent donner lieu à de nombreuses pistes de réflexion. Par conséquent, la direction de la recherche des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES), par l'intermédiaire de sa mission recherche (Mire), a récemment, et pour la première fois, introduit l'enquête ES 2006 dans le cadre de l'appel d'offre permanent à recherche sur le handicap et la perte d'autonomie, afin d'en diversifier les exploitations auprès d'un plus grand nombre d'acteurs œuvrant dans le domaine du médico-social¹.

ENCADRÉ

Le champ de l'enquête ES 2006

L'enquête ES 2006 a été adressée aux 4 103 établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents recensés à la fin de l'année 2006 en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM). Le repérage des structures faisant partie du champ de l'enquête (mis à jour à chaque enquête par un comité de pilotage) est réalisé par une extraction de listes à partir du fichier national des établissements et services sociaux (FINESS) géré par le ministère en charge de la santé. Ces listes sont complétées, corrigées et validées par les services statistiques régionaux, situés dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) jusqu'en avril 2010 et intégrés depuis dans les agences régionales de santé (ARS).

Les structures médico-sociales pour enfants et adolescents se répartissent à part égale entre :

- les établissements d'éducation spéciale, qui regroupent les instituts médico-éducatifs (IME, 30 % des structures du champ), les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP, 9 %), les établissements pour enfants polyhandicapés (5 %), les établissements pour déficients moteurs (3 %), les instituts pour déficients sensoriels (3 %), les établissements expérimentaux (0,7 %), les établissements dédiés à l'accueil temporaire (0,3 %) et les jardins d'enfants spécialisés (au nombre de six dans l'enquête ES 2006) ;
- les services à domicile et ambulatoires, qui se composent majoritairement de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD autonomes, 31 %) et, dans une moindre proportion, de centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP, 11 %) et de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP, 7 %).

La participation des structures à l'enquête est très satisfaisante : le taux global avoisine les 95 % en 2006, ce qui permet une bonne représentativité au niveau national de l'ensemble des structures pour enfants et adolescents faisant partie du champ retenu. Ce dernier est identique à celui enquêté dans la précédente édition de 2001, à la seule exception des établissements expérimentaux et des foyers d'accueil temporaires rajoutés en 2006.

Nous remercions Méline Ramos-Gorand qui a réalisé l'ensemble des cartes présentées dans ce numéro.

Pour en savoir plus

- Mainguené A., 2008, « Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 669, novembre.
- Makdessi Y., Masson L., 2010, « Établissements et services pour enfants handicapés résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006 », *Document de travail*, série Statistiques, n° 148, septembre.
- Trémoureux C., Woitrain E., 2000, « Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales », *Études et Résultats*, DREES, n° 58, avril.
- Vanovermeir S., Bertrand D., 2004, « Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés », *Document de travail*, série Statistiques, n° 71, novembre.
- Woitrain E., 2000, « Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés. Série chronologique 1985-1998 », *Document de travail*, série Statistiques, n° 7, août.

1. L'appel permanent en matière de recherche sur le handicap et la perte d'autonomie est disponible sur le site de la DREES : <http://www.sante.gouv.fr/drees/appelprojet/appelprojet200904.htm>

Disparités des équipements pour enfants handicapés et « flux migratoires » en France métropolitaine

Clotilde Bouquet-Ysos, Carole Peintre et Jean-Yves Barreyre (CEDIAS - CREAHI Île-de-France)

Malgré la hausse globale du nombre de places et la diversification de l'offre, des disparités subsistent. Le taux d'équipement global varie de 6,5 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (Île-de-France) à 11,8 (Basse-Normandie) au niveau régional et de 5,4 places (Seine-Saint-Denis) à 21,9 places (Lozère) au niveau départemental. De manière plus fine, on observe une spécialisation de certains territoires dans la prise en charge de handicaps spécifiques. D'autres territoires restent totalement privés de certains types de structures (plus d'un tiers n'ont pas d'IES ou d'IEM), sans que l'offre de services ne compense systématiquement ces carences. Du fait de cette spécialisation de l'offre, 10 % des enfants handicapés ne peuvent être accueillis dans le département où ils habitent. Certains territoires sont plus ou moins attractifs : près de 9 % d'enfants résidant en Bourgogne et en Picardie doivent sortir de leur région pour être pris en charge, tandis que 21 % des places dans le Limousin sont occupées par des enfants venant d'autres régions, dont 5 % d'une région non limitrophe. On observe également des flux croisés entre départements au sein d'une même région, notamment en Île-de-France. Outre les différences en termes de taux d'équipement ou la spécialisation des territoires dans certains équipements, des facteurs historiques ou géopolitiques peuvent expliquer ces disparités géographiques de l'offre médico-sociale.

L'ÉQUIPEMENT MÉDICO-SOCIAL en faveur des enfants handicapés a augmenté globalement de 10 % entre 1997 et 2006. La hausse de la capacité visait tout particulièrement à combler certaines carences majeures, notamment en faveur des enfants les plus lourdement handicapés : le nombre de places installées en faveur des enfants polyhandicapés est passé de 3 798 places au 31 décembre 1997 à 4 838 places au 31 décembre 2006 (+ 27 %)¹ [Trémoureux et Woitrain, 2000].

Pour mieux répondre aux besoins et attentes du public en situation de handicap, de nouvelles formes d'accueil et d'accompagnement ont vu le jour et se sont récemment imposées dans le paysage médico-social : selon les cas, il s'agit de créations *ex nihilo* ou de redéploiement de l'équipement existant. Ainsi, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont de plus en plus présents sur les territoires (Mainguené, 2008).

La planification visait durant cette période 1997-2006 à proposer la plus grande palette possible d'offres d'établissements et de services sur le territoire départemental, sous l'impulsion notamment des différents plans nationaux, mais aussi des schémas départementaux mis en place systématiquement et, plus récemment, du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)².

Cependant, des disparités en termes de taux d'équipement subsistent encore, entre départements et entre régions, mais aussi selon la catégorie de structure considérée : en effet, « historiquement », certains départements se sont « spécialisés » dans l'accueil et l'accompagnement de certains types de handicaps.

De même, on constate des prises en charge extra-territoriales en établissement spécialisé (dans un autre département ou une autre région que le lieu de domiciliation des parents de

l'enfant) : une partie plus ou moins importante d'enfants en situation de handicap doit donc parfois renoncer à une réponse de proximité.

L'enquête auprès des établissements et services médico-sociaux (ES) menée sur l'activité 2006 se caractérise d'une part par son caractère exhaustif et national et d'autre part par son fort taux de réponse : 95 % des structures pour enfants handicapés sollicitées pour renseigner l'enquête ont répondu. L'enquête ES 2006 permet ainsi d'analyser les disparités géographiques en termes d'équipement et d'accueil des enfants, dans les limites du territoire de domiciliation ou à l'extérieur de celui-ci. En effet, elle apporte une photographie fiable de la clientèle utilisant le dispositif médico-social au 31 décembre 2006, en identifiant l'origine géographique des personnes accompagnées par chacune des structures.

Le centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations (CREAHI) d'Île-de-France a exploité ces différentes informations statistiques pour la France métropolitaine³ et pour l'ensemble des structures enquêtées dans le secteur de l'enfance handicapée (encadré 1), à l'exception des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui n'ont renseigné que de manière agrégée les données liées aux enfants accompagnés (voir l'article de Luc Masson p. 35).

Une augmentation du taux d'équipement liée au développement des services

Les 3 306 établissements et services pour enfants et adolescents handicapés répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain proposent 136 600 places au 31 décembre 2006. La France métropolitaine compte ainsi un taux d'équipement de 8,9 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (tableau 1).

1. Données France Métropolitaine.

2. Instauré par l'article 58 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est un outil de programmation de l'adaptation et de l'évolution de l'offre d'accompagnement collectif médico-social.

3. Les départements d'outre-mer (DOM) ne sont pas pris en compte sur l'ensemble du rapport, le taux de réponse n'étant pas suffisamment élevé pour refléter une image complète de la situation.

La moitié de ces places médico-sociales sont installées dans des instituts médico-éducatifs (IME), lesquels s'adressent à des enfants présentant au premier plan une déficience intellectuelle⁴. Un quart des places sont affectées aux SESSAD. Après les IME, les établissements qui rassemblent le nombre le plus élevé de places médico-sociales sont les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP). Entre 1997 et 2006, le taux d'équipement global en structures médico-sociales pour enfants handicapés de 0 à 19 ans a augmenté de 10 %

(tableau 2). Mais cette hausse résulte principalement de celle des SESSAD : leur capacité d'accueil a quasiment doublé depuis 1997 (+83 %), tandis que le nombre de places en établissement a légèrement reculé au cours de la même période (-3 %).

Les établissements expérimentaux, d'accueil temporaire et les jardins d'enfants spécialisés ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui va suivre, le nombre de jeunes accueillis dans ces structures étant très faible : 0,7 % de la capacité totale de la France métropolitaine.

ENCADRÉ 1

Les établissements et services médico-sociaux en faveur des enfants handicapés pris en compte dans l'enquête ES2006

Les établissements

Les instituts médico-éducatifs (IME) sont des centres qui regroupent les anciens instituts médico-pédagogiques (IMP) accueillant les enfants entre 6 et 14 ans et les instituts médico-professionnels (IMPro) à destination des adolescents de 14 à 20 ans. Les IME accueillent des enfants et adolescents souffrant principalement d'une déficience intellectuelle.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ont pour vocation d'accueillir des enfants ou adolescents présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle. Ce sont les anciens instituts de rééducation (IR).

Les instituts d'éducation motrice (IEM) prennent en charge des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction de leur autonomie.

Les instituts d'éducation sensorielle (IES) accueillent des enfants souffrant d'une déficience visuelle ou auditive.

Les établissements pour enfants polyhandicapés accueillent des jeunes souffrant d'une déficience intellectuelle grave associée à une déficience motrice importante qui entraîne une restriction de leur autonomie.

Les établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat. Ils visent ainsi à promouvoir de nouvelles formes de prise en charge.

Les établissements d'accueil temporaire pour l'enfance handicapée ont été créés principalement pour répondre à des besoins ponctuels et pour soutenir les aidants familiaux.

Les services

Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) interviennent dans le cadre d'une intégration scolaire ou de l'acquisition de l'autonomie jusqu'à l'âge de 20 ans en apportant une aide par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé. Ils sont spécialisés par type de handicap et portent des appellations différentes :

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD *stricto sensu*) pour les déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement.

Les services de soins et d'aide à domicile (SSAD) pour le polyhandicap, qui associe une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde.

Les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) pour les déficiences auditives et visuelles graves des enfants de 0 à 3 ans.

Les services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS) pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans.

Les services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS) pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans.

Les jardins d'enfants spécialisés sont des services qui accompagnent des enfants atteints d'une maladie ou souffrant de handicap. Ils favorisent la scolarisation en école maternelle et la socialisation au sein d'un établissement scolaire.

4. Sachant que certains IME ont un projet qui s'adresse exclusivement à des enfants présentant un autisme ou des troubles envahissants du développement, avec ou sans troubles associés (au 31 décembre 2006, 3,4 % des places en IME ont un agrément pour l'accueil spécifique de ce public) et que certains autres disposent de sections spécialisées dans l'accueil d'enfants polyhandicapés (3,1 % des places en IME).

TABLEAU 1

Nombre de places et taux d'équipement selon le type de structure en 2006

Catégorie de structure	Places installées	Taux d'équipement (places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans)
IME (institut médico-éducatif)	68 177	4,5
SESSAD (service d'éducation et de soins spécialisés à domicile)	32 380	2,1
ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique)	14 962	1,0
IEM (institut d'éducation motrice)	7 266	0,5
IES (institut d'éducation sensorielle)	8 030	0,5
Établissement pour polyhandicapés	4 838	0,3
Établissement expérimental	526	0
Établissement d'accueil temporaire	284	0
Jardin d'enfants spécialisé	133	0
Total	136 596	8,9

Champ • France métropolitaine hors DOM et hors CMPP et CAMSP.

Sources • DREES, données FINISS et données de l'enquête ES 2006 corrigées par les DRASS; données INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2007.

TABLEAU 2

Évolution du nombre de structures et de places installées dans les structures médico-sociales pour enfants et adolescents entre 1997 et 2006

	Au 31 décembre 1997	Au 31 décembre 2006	Évolution 1997-2006
Nombre de structures	2 690 *	3 306 **	0 %
dont établissements	1 893	2 027	+7 %
dont SESSAD	797	1 279	+60 %
Nombres de places	124 948 *	136 596 **	+9 %
dont établissements	107 301	104 216	-3 %
dont SESSAD	17 647	32 380	+83 %
Taux d'équipement (places pour 1000 habitants de moins de 20 ans)	8,1	8,9	+10 %

* Sont compris les IME, les établissements pour enfants polyhandicapés, les ITEP (ex-IR), les IEM, les IES, les SESSAD et les jardins d'enfants spécialisés.

** Sont compris les IME, les établissements pour enfants polyhandicapés, les ITEP, les IEM, les IES, les SESSAD, les établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, les établissements d'accueil temporaire, les jardins d'enfants spécialisés (encadré 1).

Champ • France métropolitaine hors DOM et hors CMPP et CAMSP.

Sources • DREES, données FINISS et données de l'enquête ES 2006 corrigées par les DRASS; données INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2007.

Disparité du taux d'équipement global en faveur des enfants handicapés : du simple au quadruple selon les départements

En France métropolitaine, le taux d'équipement régional varie de 6,5 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (Île-de-France) à 11,8 (Basse-Normandie). Le différentiel de taux d'équipement entre la région la moins bien dotée et la mieux pourvue est donc de 5,3 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans. Cinq régions se détachent par un taux d'équipement élevé (compris entre 11,1 et 11,8 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans contre 8,9 places en France métropolitaine) : la Basse-Normandie (11,8 places), le Limousin (11,4 places), la Franche-Comté (11,4 places), la région Midi-Pyrénées (11,4 places) et

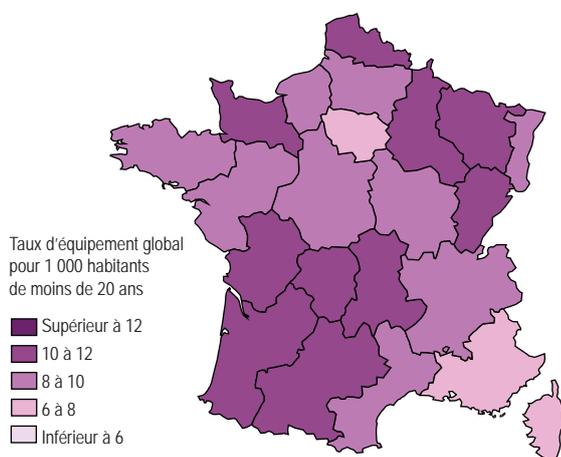
l'Auvergne (11,1 places). À l'inverse, trois régions se caractérisent par un taux d'équipement inférieur à 8 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans : l'Île-de-France (6,5 places), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,1 places) et la Corse (7,9 places) (carte 1).

Au niveau départemental, le différentiel entre le territoire le moins bien équipé et celui le mieux pourvu est plus élevé encore : il est de 16,5 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans entre la Seine-Saint-Denis (5,4 places) et la Lozère (21,9 places) (carte 2).

Parmi les quatre départements les mieux équipés en infrastructures médico-sociales pour l'enfance handicapée, deux font également partie des régions les mieux dotées (le Gers et l'Orne). De la même manière, les quatre départements ayant le taux d'équipe-

CARTE 1

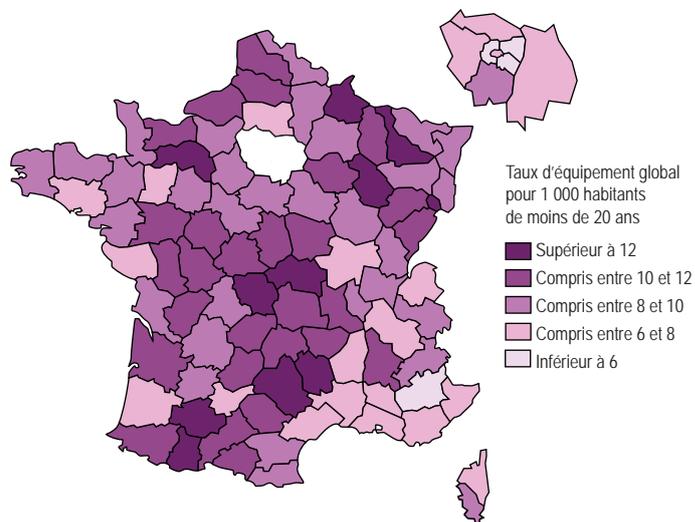
Répartition régionale du nombre de places dans les structures médico-sociales pour enfants



Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.
Sources • DREES, données FINESS et données de l'enquête ES2006 corrigées par les DRASS ; données INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2007.

CARTE 2

Répartition départementale du nombre de places dans les structures médico-sociales pour enfants



Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.
Sources • DREES, données FINESS et données de l'enquête ES2006 corrigées par les DRASS ; données INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2007.

ment le plus faible du territoire métropolitain font également partie des deux régions les moins bien équipées en structures médico-sociales : trois de ces départements se situent en Île-de-France et un en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Des spécialisations régionales d'équipement se distinguent, indépendamment du taux d'équipement global

La Champagne-Ardenne, la Franche-Comté et le Poitou-Charentes sont les mieux dotées en IME : leur taux d'équipement est supérieur à 6 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (respectivement 6,6, 6,5 et 6,5 places dans chacune des trois régions contre 4,6 places en moyenne en France métropolitaine) (tableau 3). Pour les ITEP, les régions Midi-Pyrénées et Aquitaine se caractérisent par les taux d'équipement les plus élevés (respectivement 2,6 et 2,7 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans contre 1 place pour l'ensemble de la métropole).

La région du Limousin présente un taux d'équipement en établissements pour enfants polyhandicapés supérieur à l'ensemble des régions françaises métropolitaines (0,9 place contre 0,3 place sur l'ensemble du territoire métropolitain).

5. Les sections s'adressant spécifiquement aux enfants polyhandicapés présents dans certains IME n'ont pas été prises en compte dans ces données.

Le Limousin et le Nord-Pas-de-Calais sont les deux régions pouvant accueillir, proportionnellement à leur population, le plus de jeunes en institut d'éducation motrice (IEM), avec un taux de 1,1 place contre 0,5 en France métropolitaine.

Par ailleurs, c'est en Midi-Pyrénées que le taux d'équipement en institut d'éducation sensorielle (IES) est le plus élevé : 1,2 place pour 1 000 habitants contre 0,5 place pour 1 000 en France métropolitaine.

Enfin, pour les SESSAD, la Corse, et la Franche-Comté présentent des taux supérieurs à 3 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans contre un taux métropolitain de 2,2.

Au-delà du taux d'équipement, certains territoires s'avèrent totalement dépourvus de certaines catégories d'établissements. Ainsi, 38 des 96 départements de France métropolitaine ne comptent pas d'institut d'éducation sensorielle (IES), 36 ne sont pas équipés en instituts d'éducation motrice (IEM) et 25 ne disposent pas d'établissements pour enfants polyhandicapés⁵. Au niveau régional, ces « manques » apparaissent moins prégnants puisqu'une seule région est totalement dépourvue d'IEM et une autre de structure pour enfants polyhandicapés. La prévalence plutôt faible du polyhandicap peut expliquer que les structures spécifiquement dédiées à ce type de handicap aient une vocation régionale et compensent les

TABLEAU 3

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, par région et selon le type de structure médico-sociale

Région	SESSAD	IME	ITEP	Établissements pour enfants polyhandicapés	IEM	IES
Alsace	2,0	5,1	1,1	0,2	0,5	0,4
Aquitaine	2,1	4,3	2,7	0,3	0,7	0,4
Auvergne	3,3	5,8	1,4	0,2	0,3	0,8
Bourgogne	2,4	6,0	0,9	0,5	-	0,3
Bretagne	2,9	4,5	0,7	0,6	0,4	0,5
Centre	2,3	4,9	1,4	0,3	0,4	0,4
Champagne-Ardenne	2,4	6,6	0,9	0,4	0,4	0,5
Corse	3,7	3,6	0,2	-	0,6	0,4
Franche-Comté	3,7	6,5	1,1	0,7	0,4	0,2
Île-de-France	1,8	3,0	0,3	0,3	0,4	0,5
Languedoc-Roussillon	2,2	3,9	1,5	0,5	0,3	0,3
Limousin	2,4	5,9	1,1	0,9	1,1	0,1
Lorraine	2,4	5,7	0,9	0,6	0,5	0,7
Midi-Pyrénées	2,2	5,3	2,6	0,0	0,6	1,2
Nord-Pas-de-Calais	1,7	5,9	0,4	0,1	1,1	0,8
Basse-Normandie	3,0	5,8	1,1	0,2	0,5	0,5
Haute-Normandie	2,1	5,2	1,2	0,7	0,5	0,5
Pays de la Loire	2,6	4,4	0,7	0,3	0,5	0,4
Picardie	1,4	5,5	0,9	0,6	0,2	0,3
Poitou-Charentes	3,1	6,5	1,0	0,2	0,5	0,3
Provence-Alpes Côte d'Azur	1,9	3,3	0,6	0,4	0,2	0,4
Rhône-Alpes	2,2	4,3	1,1	0,3	0,4	0,4
France métropolitaine	2,2	4,6	1,0	0,3	0,5	0,5

Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.

Sources • DREES, données FINESS et données de l'enquête ES2006 corrigées par les DRASS; données INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2007.

TABLEAU 4

Régions et départements ne disposant pas de places en 1997 et en 2006

Type de structure	Au 31 décembre 1997	Au 31 décembre 2006	
	Nombre de départements	Nombre de départements	Nombre de régions
Instituts d'éducation sensorielle (IES)			
visuels	71	71	7
auditifs	50	51	2
sourds / aveugles	83	90	14
Instituts d'éducation motrice (IEM)	41	36	1
Établissement pour polyhandicapés	34	25	1
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	11	3	0
Instituts médico-éducatifs (IME)	0	0	0

Lecture • Fin 2006, sept régions ne disposent pas d'instituts d'éducation pour déficients visuels.

Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.

Sources • DREES, données FINESS et données de l'enquête ES 2006 corrigées par les DRASS.

« carences » de certains départements. De plus, certains IME comptent des sections spécifiquement dédiées aux enfants polyhandicapés qui ne sont pas identifiées en tant que telles ici.

Le nombre de territoires dépourvus de places dans les différentes structures médico-sociales

a diminué entre 1997 et 2006, hormis pour les IES (tableau 4). Le défaut d'équipement en faveur des personnes présentant une déficience visuelle ou auditive concerne toutefois une partie relativement faible de la population à l'échelle d'un département⁶; d'autre part, il est compensé en partie, dans certains terri-

6. « Les déficiences sévères concernent un peu moins de 9 % des enfants handicapés : près de 1 pour 1000 pour les trisomies 21, 2,6 pour autres retards mentaux sévères, 1,8 pour les paralysies cérébrales, 0,7 pour les cécités et amblyopies bilatérales, 0,7 pour les surdités sévères ou profondes bilatérales, 0,5 pour les autismes et 1,4 pour les autres psychoses. (...) Par ailleurs, plus de 1 % des enfants sont atteints d'autres anomalies, pour l'essentiel des troubles mentaux (6,7 pour 1000) » (CTNERHI, DREES, DGAS, 2004, Le Handicap en chiffres, février).

toires, par la présence de services spécialisés dans l'accompagnement de ces publics : SAAAIS (service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) ou SEFFIS (service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire)⁷.

L'équipement en services ne vient pas forcément compenser les carences en termes d'établissements

Le calcul du taux d'équipement global par type de handicap montre que les départements bien dotés dans une catégorie d'établissement n'ont pas forcément moins de places dans les services prenant en charge le même type de handicap, et inversement (encadré 2).

Si l'on considère le nombre de places spécifiquement dédiées aux enfants souffrant d'une déficience intellectuelle, et en tenant compte des places « déficience intellectuelle » des SESSAD, les trois régions les mieux pourvues en places d'IME se distinguent à nouveau : la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté et le Poitou-Charentes présentent un taux d'équipement largement supérieur à la moyenne nationale métropolitaine (supérieur à 7 places contre 5,2 places, SESSAD inclus).

Concernant les places dédiées aux enfants souffrant d'une déficience psychique (ITEP et services regroupés), les régions Aquitaine et Midi-Pyrénées se caractérisent toujours par un taux d'équipement largement supérieur à la moyenne nationale métropolitaine (respectivement 3,0 et 3,6 places contre 1,3 place).

Le Limousin reste la région où le taux d'équipement en places spécifiquement dédiées aux enfants souffrant de polyhandicap est le plus élevé (1,0 place contre 0,3 sur le territoire métropolitain). Les six autres régions les mieux dotées en places pour enfants polyhandicapés faisaient déjà partie des régions les plus dotées en établissements dédiés à cette population : la Bretagne, la Picardie, la Haute-Normandie, la Lorraine, le Languedoc-Roussillon et la Franche-Comté, dont les taux d'équipement en établissements et services varient de 0,5 à 0,7 place selon la région.

Le taux d'équipement relatif à l'ensemble des structures (établissements et services) qui accueillent des enfants souffrant d'une déficience motrice est toujours plus élevé dans le Nord-Pas-de-Calais (1,4 place pour 1 000 habitants) et le Limousin (1,3 place), mais l'Aquitaine (1,1 place), la Franche-Comté (1,0 place) et l'Alsace se distinguent également

ENCADRÉ 2

Indications méthodologiques sur le calcul du taux d'équipement global (établissements et services) par « type de handicap »

Le calcul du taux d'équipement par type de handicap consiste à ajouter au nombre de places par type d'établissement (données de l'enquête ES 2006 corrigées par les services en DRASS) le nombre de places en services, calculé à partir de l'agrément clientèle de la partie du questionnaire de l'enquête ES 2006 relative à l'activité des structures.

Les structures pour enfants souffrant d'une déficience intellectuelle regroupent les IME et les SESSAD « intellectuels » agréés spécifiquement pour l'accueil de jeunes souffrant d'une déficience intellectuelle.

Les structures pour enfants souffrant d'une déficience du psychisme regroupent les ITEP et les SESSAD « psychisme » dont l'agrément clientèle ne concerne que des jeunes souffrant d'une déficience du psychisme.

Les structures pour les enfants souffrant de polyhandicap regroupent les établissements pour enfants souffrant de polyhandicap et les SSAD.

Les structures pour les enfants souffrant d'une déficience motrice regroupent les IEM et les SESSAD « moteur ».

Les structures pour les enfants souffrant d'une déficience sensorielle regroupent les IES et les SAFEP, SSEFIS et SAAAIS.

Cependant, n'ont pas été pris en compte certains services pour lesquels l'information sur la clientèle était trop imprécise ou pour lesquels l'agrément prévoyait l'accueil de plusieurs profils d'enfants ou des associations de déficiences. Ainsi, ne sont pas compris les SESSAD, dont l'agrément comprend un accueil à la fois pour les jeunes souffrant d'une déficience intellectuelle et les jeunes souffrant d'une déficience du psychisme. De même, les SESSAD s'adressant spécifiquement aux enfants présentant des troubles envahissants du développement ou un traumatisme crânien n'ont pas été intégrés au calcul du taux d'équipement global, dans la mesure où leur équivalent en termes d'établissement est peu répandu ou mal identifié au sein de l'enquête ES 2006. Cependant, ces services « exclus du calcul du taux d'équipement global » représentent un nombre limité de places (sur le territoire métropolitain : 882 places « troubles envahissants du développement » (TED) ; 3 183 places « déficience intellectuelle + déficience du psychisme » ; 1 335 places « tous types de handicaps » ; 26 places « traumatisés crâniens »).

7. Ainsi, sur les 71 départements ne comprenant pas d'IES « visuel », 32 disposent cependant d'un SAAAIS. Sur les 51 départements dépourvus d'IES « auditif », 35 comptent toutefois un SEFFIS.

lorsque l'on tient compte des services (1,0 place contre 0,8 place sur le territoire métropolitain).

Enfin, cinq régions se détachent nettement par un taux d'équipement global en faveur des enfants souffrant d'une déficience sensorielle plus élevé que la moyenne métropolitaine. Il s'agit de l'Auvergne, qui compte près de 1,6 place en structures pour déficients sensoriels (contre 1,0 en métropole), mais aussi des régions Midi-Pyrénées, Lorraine, Bretagne et Pays de la Loire (entre 1,2 et 1,5 place pour 1 000 habitants de moins de 20 ans).

Un accueil extra-territorial sensible à la spécialisation de l'équipement

En France métropolitaine, 3,9 % des enfants en situation de handicap sont accueillis ou accompagnés hors de la région de domiciliation des parents (soit environ 5 000 enfants) et 10,5 % hors de leur département d'origine (soit environ 14 000 enfants).

Il n'apparaît pas de corrélation significative entre le niveau des taux d'équipement et celui de la prise en charge, au niveau régional et sur les structures prises dans leur ensemble.

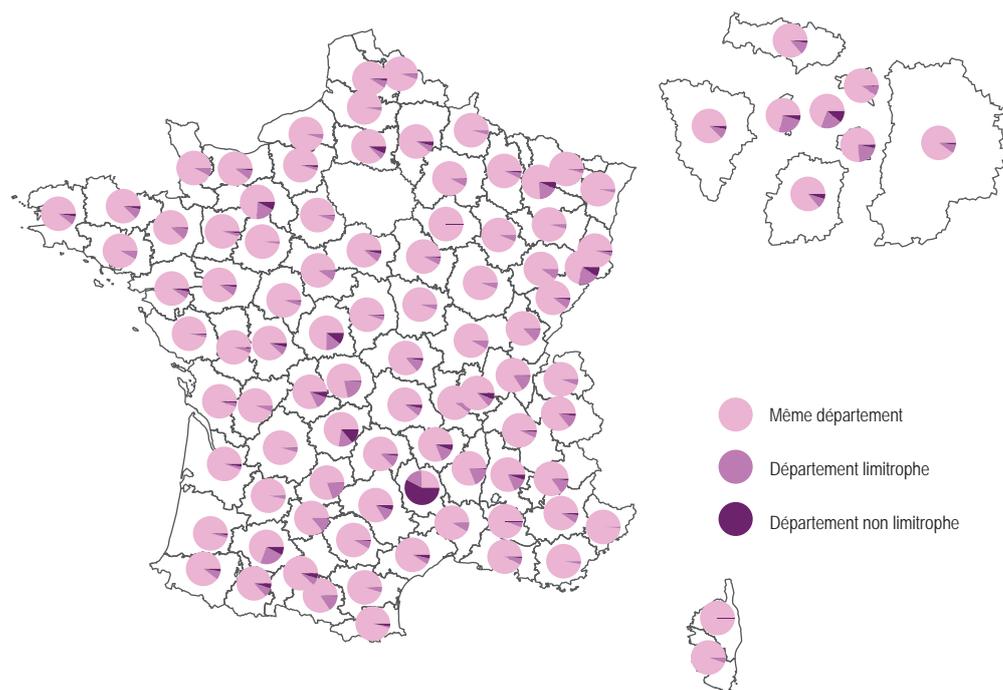
La capacité des régions à assurer un accueil de proximité dans les établissements présents sur leur territoire semble ainsi davantage liée à la diversité de l'offre de prise en charge que du taux d'équipement régional global (nombre total de places en faveur des enfants et adolescents handicapés, quel que soit le type de handicap).

Si les enfants accueillis dans les établissements et services médico-sociaux, sont, de manière générale, majoritairement originaires du même département que la structure d'accueil, certains départements se distinguent toutefois par un « profil » très marqué en termes de flux (carte 3).

En effet, dans certains territoires, les enfants et adolescents handicapés sont plus fréquemment pris en charge à l'extérieur. À l'inverse, d'autres territoires (et parfois les mêmes) disposent d'équipements « attractifs » pour certains profils d'enfants handicapés.

CARTE 3

Répartition départementale des enfants accueillis dans une structure médico-sociale, selon le département de domiciliation des parents (en %)



Lecture • À Paris, 69 % des enfants accueillis en structure médico-sociale sont pris en charge dans le même département que celui du domicile des parents, 20 % viennent d'un département limitrophe et 11 % d'un département non limitrophe.

Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

Des territoires où la proportion d'enfants accueillis ailleurs est élevée

La Bourgogne et la Picardie se distinguent par une proportion nettement plus importante d'enfants pris en charge hors de leur région de domiciliation (respectivement 9,5 % et 8,9 % des enfants handicapés de ces régions). Ces deux régions reçoivent néanmoins également des enfants originaires d'autres régions, dans des proportions un peu plus élevées que la moyenne métropolitaine (respectivement 4,4 % et 5,9 %) (tableaux 5 et 6). Le recours plus fréquent aux structures médico-sociales extra-régionales s'explique par un équipement déficient, dans ces régions, pour certains types de handicap (malgré un taux d'équipement global légèrement supérieur à la moyenne nationale métropolitaine). Ces enfants accueillis hors de leur région de domiciliation sont principalement répartis dans des régions limitrophes.

Ainsi, la Bourgogne se caractérise par une absence totale d'IEM (0,5 place en moyenne en métropole). La Picardie présente également un taux d'équipement en IEM plus faible que celui de la France métropolitaine (0,2 place

contre 0,5 place), donnant lieu à des prises en charge extra-régionales plus fréquentes pour les enfants présentant une déficience motrice : 34 % des jeunes picards souffrant d'une déficience motrice sont pris en charge par une structure médico-sociale extra-régionale.

À l'échelle départementale, l'Ardèche se distingue par une proportion particulièrement élevée de jeunes pris en charge en dehors de leur département de domiciliation. Plus d'un tiers des enfants handicapés ardéchois sont accueillis dans une structure médico-sociale extérieure au département (38 %) — lequel enregistre un taux d'équipement global inférieur à celui de la moyenne métropolitaine (6,4 places contre 8,9). Cela concerne tous les Ardéchois pris en charge par un IEM, un IES ou un établissement pour enfants polyhandicapés, dans la mesure où le département ne compte aucune de ces structures sur son territoire. 41 % des enfants ardéchois accueillis en IME le sont également hors de ce département, où le taux d'équipement en IME est inférieur au taux moyen national métropolitain (3,1 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans contre 4,5 places).

TABLEAU 5

Répartition des enfants handicapés selon leur région de domiciliation et la région de prise en charge médico-sociale (en %)

Région de domiciliation	Prise en charge...			Total
	dans la région de domiciliation	dans une région limitrophe	dans une région non limitrophe	
Alsace	95,8	3,2	1,0	100
Aquitaine	96,4	3,1	0,5	100
Auvergne	95,4	3,8	0,9	100
Basse-Normandie	97,3	2,2	0,5	100
Bourgogne	90,6	8,6	0,9	100
Bretagne	98,4	1,4	0,3	100
Centre	94,4	5,1	0,5	100
Champagne-Ardenne	94,6	4,5	0,9	100
Corse	99,6	0,0	0,4	100
Franche-Comté	96,2	3,5	0,3	100
Haute-Normandie	96,3	3,0	0,7	100
Île-de-France	95,3	2,0	2,7	100
Languedoc-Roussillon	94,4	5,3	0,2	100
Limousin	94,7	4,7	0,6	100
Lorraine	98,0	1,5	0,5	100
Midi-Pyrénées	98,3	1,1	0,6	100
Nord-Pas-de-Calais	99,4	0,2	0,4	100
Provence-Alpes Côte d'Azur	96,5	2,4	1,1	100
Pays de la Loire	94,3	4,9	0,9	100
Picardie	91,1	8,3	0,6	100
Poitou-Charentes	94,5	4,7	0,8	100
Rhône-Alpes	97,7	1,9	0,4	100
Total	96,1	3,0	0,9	100

Note • Ces données correspondent uniquement aux répondants à l'enquête ES 2006, aucune variable de pondération n'a été utilisée.

Lecture • 9,5% (8,6 + 0,9) des enfants domiciliés en Bourgogne et accueillis en structure médico-sociales sont pris en charge dans une structure située hors de leur région de domiciliation. La Bourgogne est la région qui « exporte » le plus.

Champ • France métropolitaine, hors DOM (ne sont pas compris les 22 enfants originaires de la région Île-de-France et un enfant originaire de la région PACA, accueillis dans un établissement de la Réunion) et hors CMPP et CAMSP. Ne sont pas non plus compris les 518 enfants accueillis dans un établissement de la France métropolitaine dont on ignore le département de domiciliation des parents.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

Des territoires « attractifs »

Le Limousin, la Basse-Normandie et l'Auvergne se présentent comme des territoires « attractifs », avec une proportion significativement plus élevée de places occupées par des enfants venant d'autres régions (respectivement 16,1 %, 9,4 % et 9,1 % des places) (tableau 6). Ces trois régions enregistrent un taux d'équipement plus élevé que la moyenne métropolitaine pour quasiment tous les types de structures avec, en particulier, un dispositif conséquent en IME et en ITEP. En revanche, le taux d'équipement en établissements pour enfants polyhandicapés est plus contrasté pour ces régions : l'Auvergne et la Basse-Normandie se caractérisent par un léger sous-équipement (0,2 place pour 1 000 habitants de 0 à 20 ans contre 0,3 place sur le territoire métropolitain), tandis que le Limousin bénéficie d'un sur-équipement pour cette catégorie de structure (0,9 place). Plus précisément, dans le Limousin, les 253 enfants accueillis et provenant d'autres régions sont proportionnellement plus nombreux dans les établissements pour enfants

polyhandicapés (où ils occupent 60 % des places), dans les IEM (53 %) et, dans une moindre mesure, dans les ITEP (24 %). La Basse-Normandie accueille quant à elle 352 enfants handicapés originaires d'une autre région. Proportionnellement, ces enfants sont plus nombreux à être accueillis en IES (où ils occupent 31 % des places), en IEM (22 %) et en ITEP (15 %). Enfin, l'Auvergne prend en charge 294 enfants originaires d'une autre région. Ceux-ci occupent plus du tiers des places en IES (38 %), 21 % des places dans les établissements pour enfants polyhandicapés et 13 % des places dans les IEM de la région.

Dans la majorité des situations, ces jeunes sont originaires d'une région limitrophe à leur région de prise en charge. Le Limousin prend toutefois en charge 5,4 % d'enfants originaires d'une région non limitrophe contre 1,9 % en Basse-Normandie et 0,9 % sur l'ensemble de la métropole.

Au niveau départemental, le Gers, la Corrèze, l'Orne et la Lozère (carte 3) se distinguent par

TABLEAU 6

Répartition des enfants handicapés selon leur région de prise en charge et leur région de domiciliation

Région de prise en charge	Région de domiciliation			Total
	la même que l'établissement d'accueil	limitrophe à celle de l'établissement d'accueil	non limitrophe à celle de l'établissement d'accueil	
Alsace	97,8	1,8	0,4	100
Aquitaine	97,4	1,7	0,9	100
Auvergne	90,9	8,4	0,7	100
Basse-Normandie	90,6	7,5	1,9	100
Bourgogne	95,6	4,3	0,1	100
Bretagne	96,2	2,6	1,2	100
Centre	96,1	3,7	0,2	100
Champagne-Ardenne	96,7	3,2	0,1	100
Corse	100	-	-	100
Franche-Comté	94,9	4,6	0,5	100
Haute-Normandie	98,1	1,8	0,1	100
Île-de-France	97,9	1,5	0,6	100
Languedoc-Roussillon	94,0	3,9	2,1	100
Limousin	83,9	10,7	5,4	100
Lorraine	95,5	3,9	0,6	100
Midi-Pyrénées	93,9	4,7	1,4	100
Nord-Pas-de-Calais	97,0	2,1	0,9	100
Provence-Alpes-Côte d'Azur	98,7	1,0	0,3	100
Pays de la Loire	96,9	2,3	1,8	100
Picardie	94,1	5,6	0,3	100
Poitou-Charentes	97,0	2,1	0,9	100
Rhône-Alpes	96,3	2,2	1,5	100
Total	96,1	3,0	0,9	100

Note • Ces données correspondent uniquement aux répondants à l'enquête ES 2006, aucune variable de pondération n'a été utilisée.

Lecture • 16,1% (10,7 + 5,4) des enfants pris en charge dans une structure médico-sociale du Limousin sont originaires d'une autre région. Le Limousin est la région qui « accueille » le plus.

Champ • France métropolitaine - hors DOM, TOM et étranger ; et hors CMPP et CAMSP. Ainsi, ne sont pas pris en compte les 5 enfants originaires de la Réunion, les 14 enfants originaires de Martinique, les 26 enfants originaires de Guadeloupe, les 22 enfants originaires de Guyane, les 15 enfants originaires des TOM et les 43 enfants originaires de l'étranger accueillis dans un établissement implanté en France métropolitaine. Ne sont pas non plus compris les 518 enfants accueillis dans un établissement de la France métropolitaine dont on ignore le département de domiciliation des parents.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

un accueil proportionnellement plus élevé d'enfants venant d'un autre département, tout en répondant aux besoins de la très grande majorité de leurs propres ressortissants : plus de 90 % d'entre eux sont accueillis dans une structure de leur département de domiciliation. Les trois premiers départements⁸ présentent un taux d'équipement global plus élevé que la moyenne nationale et particulièrement important dans certains types de structures.

Il ressort des données que 31 % des places des structures médico-sociales du Gers sont dédiées à des enfants originaires d'un autre département mais pour l'essentiel en provenance d'un département limitrophe (75%). Plus précisément, 35 % des places en IME et 43 % des places en ITEP sont occupées par des enfants venant d'un autre département — le département étant particulièrement bien doté dans ces deux catégories d'établissements. La Corrèze consacre aussi une part importante de son équipement à l'accueil d'enfants originaires d'autres territoires (28 %), en particulier dans ses établissements pour enfants polyhandicapés. Enfin, plus d'un quart des

places médico-sociales de l'Orne sont occupées par des enfants handicapés domiciliés dans un autre département (26 %), essentiellement limitrophe (carte 4). Cette proportion est particulièrement élevée au sein des IES et des ITEP, deux catégories d'établissements qui connaissent un taux d'équipement nettement supérieur au taux moyen métropolitain.

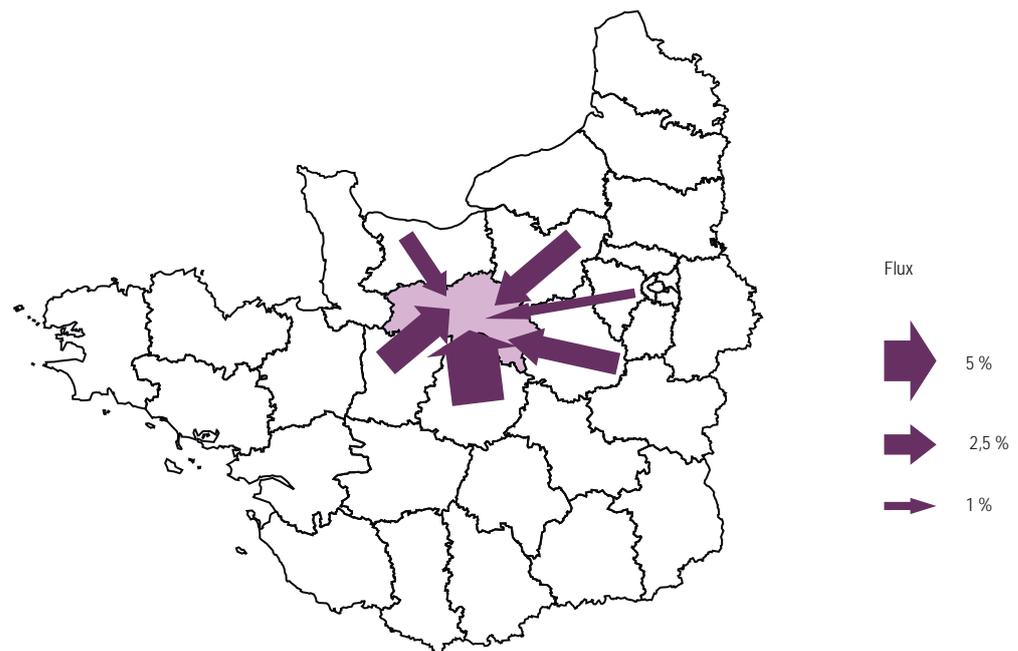
Des départements aux « flux croisés »

Cinq départements, dont trois franciliens, se caractérisent à la fois par une proportion élevée de prises en charge extra-départementales et par les plus forts taux de places occupées par des enfants originaires d'un autre territoire.

Ainsi, Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne présentent des taux d'équipement globaux bien en dessous de la moyenne métropolitaine (respectivement 6,4, 5,7 et 6,7 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans). Pourtant, malgré leur « sous-équipement », ces trois départements accueillent des enfants originaires des autres départements

CARTE 4

Les enfants pris en charge dans une structure médico-sociale de l'Orne (61) et originaires d'un autre département (en %)

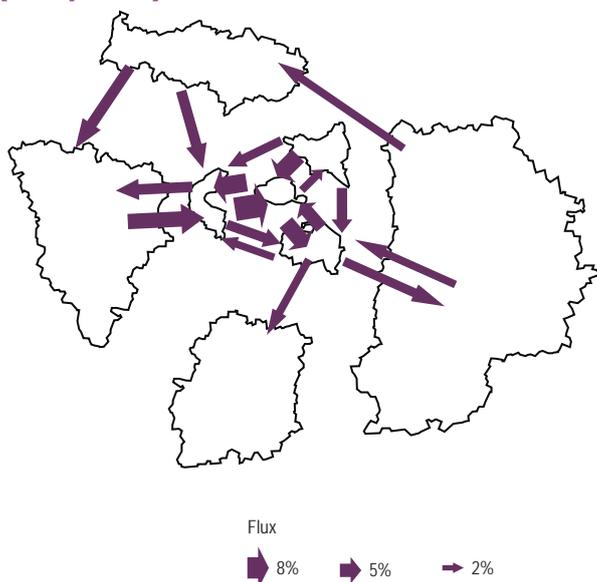


Lecture • Parmi les enfants pris en charge dans l'Orne, 6 % viennent de la Sarthe où vivent les parents.
Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

8. La situation de la Lozère est détaillée plus bas.

CARTE 5

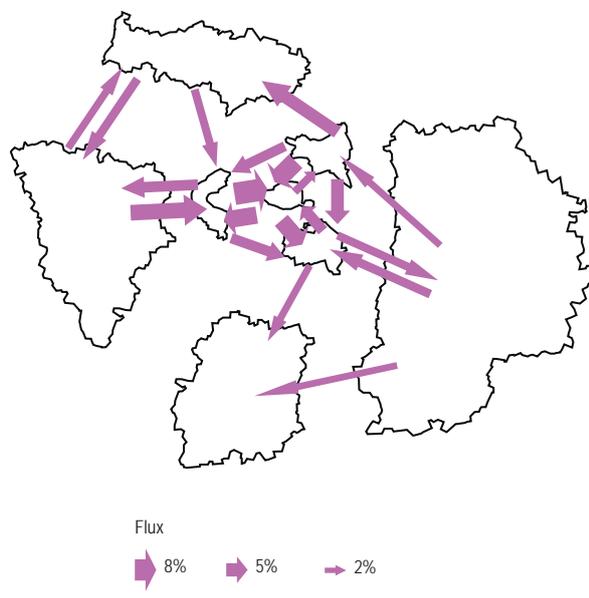
Proportion d'enfants dont les parents sont domiciliés dans un département francilien qui sont accueillis dans un autre département (« export »)



Lecture • Parmi les enfants dont les parents sont domiciliés dans le Val d'Oise, 4 % sont pris en charge dans une structure médico-sociale des Yvelines.
Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

CARTE 6

Proportion d'enfants pris en charge dans un département francilien et venant d'un autre département (« import »)



Lecture • Parmi les enfants pris en charge dans le Val d'Oise, 2,7 % sont originaires des Yvelines. Inversement, parmi les enfants pris en charge dans les Yvelines, 3,2 % sont originaires du Val d'Oise.
Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

franciliens : ainsi, au 31 décembre 2006, les structures médico-sociales parisiennes accueilleraient 654 enfants et adolescents handicapés originaires d'un autre département francilien. Dans les Hauts-de-Seine, 636 enfants viennent d'un autre département francilien et 500 dans le Val-de-Marne (CEDIAS, 2010).

Par ailleurs, les départements de la région Île-de-France se caractérisent par des mouvements de population infra-régionaux importants en raison d'une spécialisation forte de l'équipement et des facilités de transport entre départements (cartes 5 et 6). Ainsi, en Île-de-France, plus de 3 000 enfants et adolescents handicapés passent d'un département francilien à l'autre : 16 % des ressortissants de cette région sont orientés hors de leurs départements tout en restant en Île-de-France. Les flux interdépartementaux les plus importants se font entre départements limitrophes franciliens, et en particulier entre Paris et chacun des départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne). Si Paris et les Hauts-de-Seine offrent un équipement attractif pour les franciliens présentant une déficience auditive ou motrice, le Val-de-Marne est surtout sollicité pour ses IME, tan-

dis que l'Essonne offre d'abord des possibilités d'accueil aux jeunes relevant d'un ITEP ou d'un établissement pour enfants polyhandicapés (CEDIAS, 2010).

Près des trois quarts (73 %) des enfants accueillis dans les structures médico-sociales de Lozère sont originaires d'un autre département (carte 3). Dans la majorité de ces situations, le département d'origine de ces enfants n'est pas limitrophe. À l'inverse, les jeunes Lozériens sont nombreux à utiliser les équipements extra-départementaux. Ainsi, 40 % des enfants lozériens pris en charge par une structure médico-sociale sont accueillis dans un autre département. La Lozère fait partie des départements bénéficiant des plus forts taux d'équipement en IME, en ITEP, en établissement pour enfants polyhandicapés et en IEM. En revanche, ce département ne compte aucun IES. Les prises en charge extra-départementales sont ainsi plus fréquentes pour les enfants souffrant d'une déficience visuelle (100 % de ces jeunes) ou d'une déficience auditive⁹ (80 %), mais aussi d'une déficience intellectuelle (69 %). Les prises en charge extra-départementales en IME concernent 55 % des enfants dont les parents sont domiciliés en

9. Comme déficience principale déclarée à l'enquête.

Lozère, malgré un taux d'équipement de 6,2 places pour 1 000 (contre 4,5 pour le taux moyen en métropole)¹⁰.

Enfin, le territoire de Belfort se caractérise également par des « flux croisés » importants. Le taux d'équipement est particulièrement élevé en IME (7,3 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans contre 4,5 en métropole) et en IEM (2,7 places contre 0,5). C'est d'ailleurs dans ses IEM que le département accueille le plus d'enfants originaires d'un autre département (91 % des places). Le département compte 32 enfants accueillis en ITEP mais la moitié d'entre eux sont pris en charge dans un établissement situé hors du département.

Cependant, les résultats concernant la Lozère et le territoire de Belfort sont à relativiser en termes d'effectifs car ces deux départements sont peu peuplés¹¹.

Des territoires qui accueillent la quasi-totalité de leurs enfants handicapés

Cinq régions (Corse, Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Lorraine et Midi-Pyrénées) se caractérisent par une capacité à accueillir la quasi-totalité de leurs enfants handicapés dans les structures de leur territoire (de 98,0 % à 99,6 % des enfants), tout en accueillant (à l'exception de la Corse qui n'en reçoit aucun) en sus des enfants originaires d'autres régions (respectivement 3,0 %, 3,8 %, 4,5 % et 6,1 %) (tableaux 5 et 6).

Cependant, les enfants originaires de ces régions (à la seule exception de la Corse) ne sont pas tous suivis dans leur département de domiciliation. Il existe en effet des flux infra-régionaux. Ainsi, en Bretagne, les flux inter-départements (en effectifs absolus) ne sont pas négligeables. Il en est de même pour les régions Nord-Pas-de-Calais, Lorraine mais moins en Midi-Pyrénées (carte 7).

Au niveau départemental, quatorze départements arrivent également à répondre à la quasi-totalité des demandes d'accueil et d'accompagnement d'enfants domiciliés sur leur territoire (95 % et plus¹²). Ils accueillent, en outre, des enfants originaires d'autres départements au sein de leurs structures, dans une proportion très variable selon le département (de 1,2 % des places occupées par des enfants originaires d'un autre département dans les Alpes-Maritimes à 24 % en Meurthe-et-Moselle).

Pour l'ensemble de la métropole, parmi les 1 147 enfants handicapés pris en charge dans une région non limitrophe à leur région d'origine, quatre sur dix sont originaires d'Île-de-France (481, soit 42 %). C'est pour les enfants originaires d'Île-de-France que les prises en charge extra-territoriales sont les plus importantes en termes d'effectifs et en proportion. Le lieu de cette prise en charge est plutôt éloigné géographiquement : 2,7 % ne sont pas accueillis dans une région limitrophe (tableau 5).

10. Ce recours proportionnellement important aux IME des départements limitrophes serait dû à une insuffisance des réponses départementales en faveur des enfants présentant un retard mental léger (qui constituent l'essentiel des placements extra-départementaux), dans la mesure où le projet des IME lozériens serait d'abord tourné vers un public présentant des troubles psychiques graves (déficience principale déclarée pour 63 % des enfants accueillis au 31 décembre 2006 au sein des IME lozériens).

11. En nombre de places, l'équipement médico-social de la Lozère et du Territoire de Belfort font partie des plus modestes (avec les deux départements de Corse, la Creuse et le Cantal). Aussi, une augmentation ou une diminution même faible du nombre de places a un impact important sur le taux d'équipement (qui tient compte des effectifs totaux des habitants âgés de 0 à 19 ans). De même, les proportions de prises en charge extra-départementales ou d'enfants originaires d'un autre département accueillis en Lozère peuvent être élevées et concerner de faibles effectifs d'enfants. Ainsi, la comparaison de Lozère avec des départements très peuplés (comme ceux de l'Île-de-France) doit être relativisée.

12. Ce seuil de 95 % étant contestable dans la mesure où il y a un continuum des pourcentages, de 73 % à 99 %. Seules l'Ardeche (62 %) et la Lozère (60 %) se démarquent.

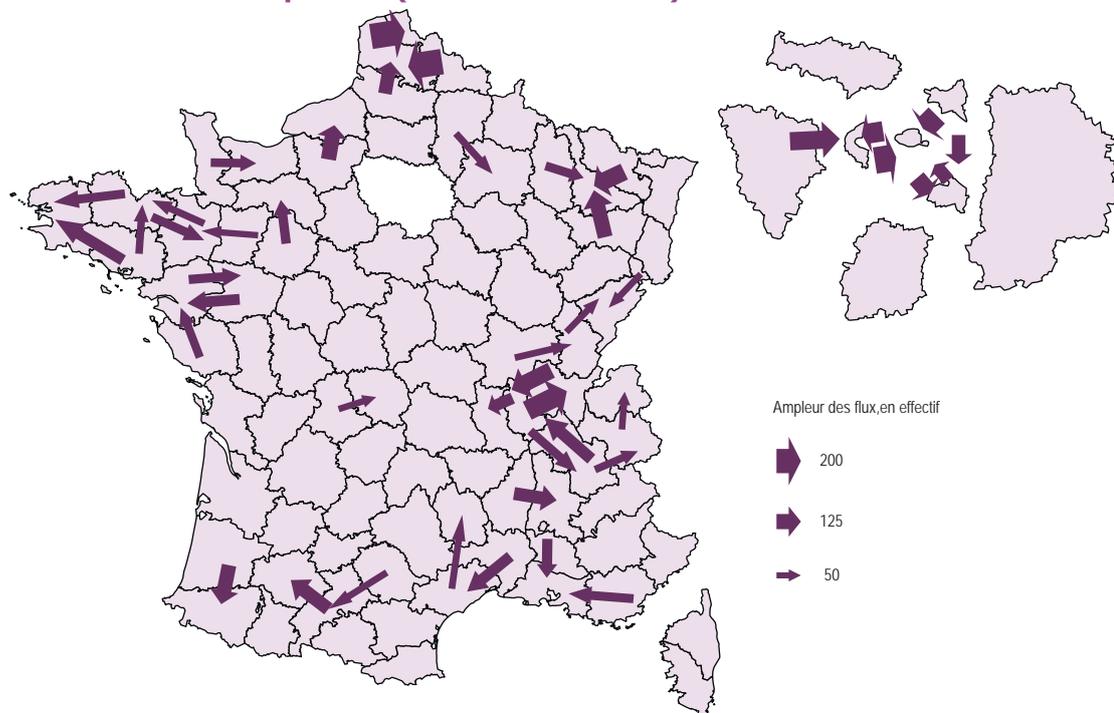
ENCADRÉ 3

Une action des individus inscrite dans une histoire de l'équipement sanitaire : L'exemple de la Lozère et de la Corrèze

En Lozère, comme en Île-de-France autour de Bicêtre, l'histoire de la psychiatrie et celle de l'enfance inadaptée se rejoignent : en 1821, le frère Hilarion Tissot crée à Saint-Alban-sur-Limaniolle, un territoire lozérien escarpé, une maison pour aliénés dans lequel on applique les principes de Pinel. Cette maison puis hôpital sera le creuset, pendant et après la seconde guerre mondiale, de la psychothérapie institutionnelle et de la naissance du secteur, avec François Tosquelles (arrivé en 1949) et Lucien Bonnafé. En 1955, l'abbé Oziol, vicaire chargé des enfants de la paroisse de Marjévol, et François Tosquelles créent à Marjévol, en Lozère, le *Clos du nid*, pour accueillir des personnes polyhandicapées. Le choix d'embaucher des personnels peu qualifiés puis formés par les psychiatres de Saint-Alban sera à l'origine du métier d'aide médico-psychologique (AMP). Très vite, l'abbé implique un parlementaire de la Lozère dans un vaste projet qui donnera naissance à la loi d'orientation sur le handicap de 1975. L'association des parents et amis des enfants des établissements fondés par l'abbé Oziol (APEFAO) est créée en 1970. L'abbé Oziol dispose d'un entregent tout à fait important et ses continuateurs seront des élus de la République qui auront sans doute plus de facilité à permettre la création de places dans ce département, notamment en maison d'accueil spécialisée (MAS). La Cour des comptes a souvent remarqué cette singularité sans que le processus s'inverse. La Lozère est devenue terre d'accueil des franciliens (20 % du flux) parce que les familles franciliennes, d'abord, s'adressaient aux territoires « où il y avait de la place ».

En Corrèze (et en Creuse), deux grandes fondations vont construire l'équipement exceptionnel que l'on connaît. Tout d'abord, la fondation Claude Pompidou, créée par Claude Pompidou en 1969. Cette fondation va surtout créer des structures en protection de l'enfance. Ensuite et surtout, la fondation Jacques Chirac, corrézien d'origine, ex-association des centres éducatifs de Haute-Corrèze, créée en 1971, qui regroupe aujourd'hui 979 places et 700 salariés, fondation qui a beaucoup recruté ses résidents en région parisienne. Les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) essaient aujourd'hui de rééquilibrer l'accueil au bénéfice des ressortissants de la Haute-Vienne.

CARTE 7

Enfants accueillis dans une structure médico-sociale hors du département de domiciliation des parents (en effectifs absolus)

Note • Seuls les flux supérieurs ou égaux à 50 sont représentés.

Lecture • 270 enfants originaires du département Nord sont pris en charge dans une structure médico-sociale du Pas-de-Calais. Inversement, 240 enfants originaires du Pas-de-Calais sont pris en charge dans le Nord.

Champ • France métropolitaine, hors DOM et hors CMPP et CAMSP.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

De multiples facteurs explicatifs des disparités d'équipement et des flux

Si les flux « migratoires » peuvent s'expliquer par les différences de taux d'équipement entre territoires et la spécialisation des structures, les écarts de taux d'équipement, ainsi que l'accueil extra-territorial des enfants en situation de handicap, sont également liés à de multiples autres facteurs, notamment historiques et géopolitiques.

Ainsi, pour certains départements ruraux relativement isolés, peu peuplés et à faible développement industriel, le développement de l'équipement médico-social a d'abord apporté de l'emploi aux habitants. Mais l'accueil d'enfants handicapés venant d'autres régions dans ces départements avait sans doute aussi pour fonction, au milieu du xx^e siècle, de rendre cette population « invisible » ou pour le moins de l'écarter des agglomérations urbaines.

La configuration de l'équipement médico-social peut aussi s'expliquer par la proximité du bord de mer : ainsi la région Poitou-

Charentes ou la Normandie accueillait au siècle dernier les aériums, solariums et sanatoriums qui accompagnent alors la politique de santé et la lutte contre la tuberculose de l'entre-deux-guerres, établissements qui se transformeront en établissements pour enfants handicapés.

La proximité géographique est un autre facteur explicatif : le lieu de la prise en charge peut se situer à l'extérieur d'un territoire donné mais être plus proche du lieu de résidence des parents. Si beaucoup d'enfants domiciliés en Bourgogne sont accueillis en dehors de cette région, c'est parce qu'ils vont dans des territoires régionaux limitrophes, dans les établissements les plus proches du domicile des parents. De même, la proximité de la Belgique avec le département de l'Aisne explique en partie la prise en charge institutionnelle d'une partie de ses enfants dans les établissements médico-sociaux belges.

Mais l'action des individus et des groupes d'acteurs locaux permet aussi, dans certains cas comme en Lozère ou en Corrèze, de mieux

comprendre la répartition géographique de l'offre d'équipement médico-social (encadré 3). Dans d'autres régions, c'est la dynamique associative qui va impulser les créations de places, notamment au travers des unions départementales des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UDAPEI). Ailleurs, c'est le dynamisme de professionnels issus de l'Éducation nationale, au travers notamment des associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) ou des associations des pupilles de l'enseignement public (PEP) qui va rapidement faire croître le taux d'équipement.

La présence marquée des ITEP en Aquitaine, et notamment en Gironde, s'explique par le fait que ce département, avec le pédopsychiatre et professeur Blanc, a expérimenté les premiers lieux d'accueil pour enfants avec troubles du comportement — qui s'appelaient à l'époque des « centres d'observation ». Il y avait alors peu de structures en protection de l'enfance et les ITEP sont devenus la forme girondine de maisons d'enfants à caractère social (MECS) médicalisées. Aujourd'hui, il y a proportionnellement peu de MECS en Gironde et les places en ITEP sont occupées dans leur quasi totalité par des enfants originaires du département.

Par ailleurs, dans les départements plus ruraux, le moindre coût du foncier permet d'expliquer la création des structures. Enfin,

certaines filières d'orientation ont été identifiées entre deux territoires pour des profils spécifiques d'enfants, voire entre un territoire et un établissement donné.

D'autres facteurs mériteraient d'être mis en lumière à partir d'une recherche historique sur le développement de l'équipement médico-social en France. Les quelques éléments d'analyse évoqués ci-dessus proviennent des rares éléments disponibles dans la littérature¹³ et surtout du réseau des centres régionaux de l'enfance et de l'adolescence inadaptée (CREAI), structures créées par arrêté ministériel en 1964 et qui faisaient suite aux associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ARSEA).

L'étude des flux a permis d'établir que certains départements se démarquent par leur caractère « attractif », tandis que d'autres voient une part significative de leurs enfants pris en charge sur un autre territoire, et que d'autres encore, peu nombreux, connaissent des flux croisés notamment déterminés par la disponibilité des différents équipements. Mais, le croisement des observations, à l'échelle tantôt régionale, tantôt départementale, a aussi mis en lumière que les prises en charge extra-territoriales se font souvent entre départements limitrophes, et au sein d'une même région. Les cas où les enfants sont accueillis loin du lieu de domicile de leurs parents demeurent quant à eux peu nombreux.

13. Autant la littérature grise avant 1950 est prolifique (répertoriée notamment dans le travail de Michel Chauvière, *L'enfance handicapée: l'héritage de vichy*, 1980, Editions ouvrières), autant il existe peu de sources sur l'histoire de l'équipement médico-social de 1960 à nos jours, hormis les archives associatives. Citons cependant le mémoire de Bernard Azéma, cité dans son article « La personne handicapée, l'associatif et le politique: esquisse d'une géopolitique du handicap en France », 1999, *Revue Hérodote*; l'ouvrage de Patrice Legrand, *Le secteur médico-social*, 2000, Berger Levrault, et l'article de François Faucheux, « Les multiples bases historiques du secteur social et médico-social », 1998, *Bulletin du CREAL de Bourgogne*. Les archives des CREAL et leurs nombreux travaux sur l'équipement local et les publics accompagnés devraient servir à une recherche historique qui serait d'une grande utilité (voir le site du CREAL: www.ancreal.fr).

Pour en savoir plus

- CEDIAS, 2010, *Les enfants et adolescents handicapés accompagnés par les établissements et services médico-sociaux en Île-de-France. Synthèse*.
- Mainguené A., 2008, « Les structures pour enfants handicapés en 2006: un développement croissant des services à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 669.
- Tremoureux C., Woitrain E., 2000, « Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998: réduction globale des disparités départementales », *Études et Résultats*, DREES, n° 58.

Les différents profils du personnel dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants

Laetitia EVRARD, IUP Ingénierie économique et statistique – Université d'Évry Val d'Essonne.
(En stage à la DREES au moment de la réalisation de cette étude)

L'enquête ES 2006 permet d'analyser les différents profils de personnel selon le type de structures médico-sociales. Les femmes sont très largement majoritaires dans ces structures. Environ 80 % du personnel est féminin dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui ont vocation à accompagner l'enfant et sa famille pour favoriser son intégration scolaire et cette proportion est de 69 % dans les établissements d'éducation spéciale. Si 30 % des personnels sont des éducateurs spécialisés dans les deux types de structures, les SESSAD emploient en proportion davantage de psychologues et de personnels paramédicaux (30 % contre 10 %). En revanche, les personnels qui interviennent dans les SESSAD sont beaucoup plus souvent à temps partiel (mi-temps ou moins) et le taux d'encadrement moyen est très inférieur à celui des établissements (moins de 30 personnes pour 100 places contre 70 pour 100). Par ailleurs, les profils du personnel varient selon les établissements : les établissements pour enfants polyhandicapés et ceux pour déficients moteurs emploient proportionnellement moins de personnel éducatif, pédagogique et social mais plus de psychologues ou personnel paramédical que les autres établissements et, au total, disposent d'un taux d'encadrement bien plus élevé (respectivement 119 personnes pour 100 places et 90 pour 100). Cette opposition se retrouve également au sein des SESSAD mais de façon moins marquée : les SESSAD agréés pour recevoir des enfants polyhandicapés et ceux pour déficients moteurs, de même que ceux pour autistes ou troubles envahissants du développement ont des taux d'encadrement supérieurs aux autres SESSAD.

CETTE ÉTUDE a pour objectif d'examiner le profil des personnes qui travaillent dans les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés selon le type de structure et le type de handicap pris en charge à la fin de l'année 2006. Le champ retenu est celui des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et des établissements d'éducation spéciale. Ces derniers comprennent les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), les établissements pour enfants polyhandicapés, les établissements pour enfants déficients moteurs, les instituts d'éducation sensorielle (IES) pour les déficiences auditives ou visuelles, les structures expérimentales pour enfants handicapés et les structures d'accueil temporaire. Ne sont pris en compte ni les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ni les centres médico-psy-

cho-pédagogiques (CMPP), car ils font l'objet d'un recueil spécifique dans l'édition 2006 de l'enquête auprès des établissements et services enfants et adultes handicapés (ES)¹.

Contrairement aux structures médico-sociales pour adultes handicapés, celles pour enfants et adolescents prennent le plus souvent en charge, entre l'âge de 3 ans et 18 ans (voire 20 ans), un type de déficience spécifique. L'agrément clientèle d'une structure définit ainsi son type : à titre d'exemple, les enfants déficients intellectuels ou déficients psychiques sont accueillis principalement au sein des IME, tandis que les enfants souffrant exclusivement de troubles du psychisme sont plutôt orientés vers les ITEP. Les caractéristiques de l'accueil dans les différentes catégories de structures sont présentées dans l'encadré 1 et la nomenclature détaillée des différentes catégories de personnels dans l'encadré 2.

ENCADRÉ 1

Définition des différents types de structures pour enfants et adolescents handicapés et leurs agréments de clientèle à partir des données de l'enquête ES « handicap » de 2006

Type de structure	Agrément de clientèle traduisant le profil des enfants accueillis (données de l'enquête ES 2006)
Les établissements pour enfants déficients intellectuels comprennent les instituts médico-éducatifs (IME) et six jardins d'enfants. Les IME accueillent des enfants et adolescents handicapés âgés de 3 à 18 ans (voire 20 ans) non intégrables momentanément, ponctuellement ou durablement dans les services et établissements de l'éducation nationale. Ces instituts sont incités à favoriser, autant que possible, l'intégration scolaire, totale ou partielle, des enfants et des adolescents confiés par les commissions des droits et de l'autonomie. Ils fonctionnent en externat, semi-internat ou internat.	79 % des places sont dédiées à l'accueil d'enfants déficients intellectuels et 11 % à l'accueil d'enfants souffrant de déficiences intellectuelles et psychiques.
Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP, ex-instituts de rééducation) accueillent, en externat, semi-internat ou en internat, des enfants et adolescents qui présentent des troubles du comportement affectant gravement la sociabilisation et les apprentissages, mais qui ont conservé des potentialités cognitives.	90 % des places dans les ITEP sont dédiées à l'accueil d'enfants souffrant de déficience psychique et 2 % à l'accueil d'enfants déficients intellectuels.
Les établissements pour polyhandicapés accueillent les enfants et adolescents atteints de handicaps graves à expressions multiples, avec restriction extrême de l'autonomie, et dispensent des soins et une éducation adaptés aux enfants pris en charge.	94 % des places sont agréées pour l'accueil d'enfants polyhandicapés et 3 % pour l'accueil d'enfants souffrant d'autisme.

1. Ils font par ailleurs l'objet d'une autre étude présentée dans ce même dossier (p. 35).

ENCADRÉ 1 (SUITE)

Type de structure	Agrément de clientèle traduisant le profil des enfants accueillis (données de l'enquête ES2006)
<p>Les établissements pour déficients moteurs ont pour mission d'assurer des soins, une éducation spécialisée ainsi qu'une formation générale ou professionnelle aux enfants déficients moteurs ou moteurs cérébraux.</p>	<p>90 % des places sont agréées pour l'accueil d'enfants déficients moteurs et 7 % pour l'accueil d'enfants souffrant de polyhandicap.</p>
<p>Les instituts d'éducation sensorielle comprennent les instituts pour déficients auditifs, les instituts pour déficients visuels et les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds ou aveugles. Ils ont pour but de fournir des soins et une éducation spécialisée ou professionnelle à des enfants déficients visuels ou auditifs.</p>	<p>L'agrément de clientèle correspond au type de structure.</p>
<p>Les établissements expérimentaux visent à promouvoir de nouvelles formes de prises en charge.</p>	<p>21 % des places sont agréées pour l'accueil d'enfants souffrant de traumatismes crâniens, 20 % pour celui d'enfants déficients intellectuels, 20 % pour celui des déficients visuels et 18 % pour celui d'enfants souffrant d'autisme.</p>
<p>Les établissements d'accueil temporaire ont été créés principalement pour répondre à des besoins ponctuels ou pour soutenir les aidants familiaux.</p>	<p>87 % des places sont agréées pour l'accueil d'enfants déficients visuels, 11 % pour l'accueil des enfants autistes et 2 % pour celui des enfants déficients moteurs.</p>
<p>Les services d'éducation spéciale et de soins à domiciles (SESSAD) assurent une prise en charge pour les enfants et une guidance familiale. Ils constituent par ailleurs le support du processus d'intégration scolaire. L'équipe pluridisciplinaire d'un SESSAD intervient dans les différents lieux où se trouve l'enfant, que ce soit au domicile familial, à la crèche ou à l'école.</p>	<p>37 % des places sont agréées pour l'accueil d'enfants déficients intellectuels, 14 % pour celui des enfants ayant une déficience motrice, 13 % pour celui des déficients auditifs, 12 % pour celui des déficients psychiques, 8 % pour celui des enfants déficients visuels et 3 % pour celui des enfants souffrant d'autisme.</p>

Source • DREES, enquête ES 2006.

ENCADRÉ 2

Nomenclature détaillée des fonctions de personnel utilisée dans l'enquête ES "handicap" 2006

Personnel de direction, de gestion et d'administration	<p>Directeur Médecin directeur Directeur adjoint, attaché de direction, économiste Agents administratifs et personnel de bureau (secrétaire, standardiste, etc.) Autre personnel de direction, de gestion et d'administration</p>
Personnel des services généraux	<p>Agent de service général (agent de buanderie, agent de cuisine, etc.) Ouvrier professionnel (plombier, électricien, jardinier, cuisinier, etc.) Autre personnel des services généraux</p>
Personnel d'encadrement sanitaire et social	<p>Éducateur spécialisé ayant une fonction d'encadrement Éducateur technique ayant une fonction d'encadrement Éducateur technique spécialisé ayant une fonction d'encadrement Chef d'atelier ayant une fonction d'encadrement Assistant de service social ayant une fonction d'encadrement Éducateur de jeunes enfants ayant une fonction d'encadrement Conseiller en économie sociale familiale ayant une fonction d'encadrement Chef de service éducatif Cadre infirmier DE et autorisé et puéricultrice ayant une fonction d'encadrement Cadre infirmier psychiatrique Autre cadre de service pédagogique et social Autre cadre de service paramédical Chef des services généraux et des services documentation/informatique Autre personnel d'encadrement</p>

ENCADRÉ 2 (SUITE)

Personnel éducatif, pédagogique et social	
Enseignement	<p>Éducateur scolaire Instituteur spécialisé et professeur des écoles spécialisé Instituteur et professeur des écoles Enseignant du second degré - enseignement général (y compris EPS) Enseignant du second degré - enseignement professionnel Moniteur EPS et éducateur sportif Professeur d'enseignement général des Instituts nationaux de jeunes sourds ou aveugles Professeur d'enseignement technique des Instituts nationaux de jeunes sourds ou aveugles</p>
Travail	<p>Éducateur technique spécialisé Éducateur technique Moniteur d'atelier</p>
Éducation spécialisée	<p>Éducateur spécialisé y compris éducateur PJJ Moniteur éducateur Éducateur de jeunes enfants ou moniteur de jardin d'enfants Aide-médoco-psychologique</p>
Famille et Groupe	<p>Assistant de service social Moniteur d'enseignement ménager Conseiller en économie sociale familiale Assistante familiale ou maternelle Intervenant à domicile (anciennement auxiliaire de vie sociale) AVJ (aide aux activités de la vie journalière) Instructeur de locomotion Technicien de l'intervention sociale et familiale (anciennement travailleuse familiale) animateur social Autre personnel éducatif, pédagogique et social</p>
Communication	<p>Transcripteur de braille et adaptation de documents spécialisés Interprète en langue des signes Codeur en LPC (langue parlée complétée)</p>
Personnel médical	<p>Psychiatre Pédiatre Médecin en rééducation fonctionnelle Autre spécialiste Médecin généraliste</p>
Psychologue et personnel paramédical	<p>Psychologue Infirmier DE et autorisé Infirmier psychiatrique Puéricultrice Masseur kinésithérapeute Ergothérapeute Orthophoniste Audio prothésiste Orthoptiste Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité Aide-soignant Auxiliaire de puériculture Autre personnel paramédical</p>
Candidat-élève sélectionné aux emplois éducatifs	<p>En attente de formation d'éducateurs spécialisés En attente de formation de moniteurs éducateurs En attente de formation d'aides médoco-psychologiques En formation d'éducateurs spécialisés En formation de moniteurs éducateurs En formation d'aides médoco-psychologiques Autre personnel en formation ou en attente de formation</p>

Les établissements d'éducation spéciale et les services d'accompagnement, des modes de fonctionnement différents

La mission des SESSAD² est d'accompagner des enfants handicapés et leur famille sur leurs lieux de vie ordinaire (comme le domicile, l'école, les loisirs). Quant aux différents établissements d'éducation spéciale, ils accueillent les enfants au sein de leurs locaux en assurant des activités éducatives, pédagogiques ainsi que des soins et une surveillance médicale régulière.

Au total, les structures pour enfants et adolescents handicapés se répartissent entre les SESSAD (39 %), les IME (36 %) et, dans une moindre mesure, les ITEP (11 %) et les autres catégories d'établissements (14 %) (tableau 1). Si le nombre d'IME est relativement équivalent à celui des SESSAD, on observe des différences marquées en termes de capacité d'accueil et d'effectifs employés. Ainsi, la moitié des places (50%) des structures médico-sociales sont affectées à des IME et seulement un quart (24 %) aux SESSAD. Les IME emploient 52 % de l'ensemble du personnel³ des structures médico-sociales pour enfants, et les SESSAD 11 %.

Les uns relevant d'un fonctionnement institutionnel et les autres d'une logique de services, les établissements d'éducation spéciale et les services d'accompagnement n'emploient pas, par conséquent, le même profil de personnel.

Un personnel majoritairement féminin, surtout dans les SESSAD

Si le personnel des structures est majoritairement féminin, la proportion de femmes dans les SESSAD est largement supérieure à celle des établissements d'éducation spéciale : 80 % des équivalents temps plein (ETP) en SESSAD sont des femmes contre 69 % au sein des établissements (tableau 2).

Quel que soit le type de structure, 42 % des personnels sont âgés de 35 à 49 ans. Cependant, il y a un peu plus de personnes de moins de 35 ans dans les SESSAD que dans les établissements (28 % contre 24 %) : dans ces derniers, plus d'un tiers des personnels sont âgés de 50 ans ou plus. Les hommes sont globalement un peu plus âgés que les femmes : ils ont plus fréquemment 50 ans ou plus et sont moins représentés dans la classe des moins de 35 ans ; cette différence est plus marquée dans les SESSAD.

Le personnel médical est celui qui compte la plus forte proportion de personnes âgées de plus de 50 ans (environ 7 individus sur 10). *A contrario*, le personnel éducatif, pédagogique et social (qui regroupe les métiers de l'éducation spécialisée et des aides à l'insertion), d'une part, et les psychologues et le personnel paramédical diplômé (dont les infirmiers), d'autre part, rassemblent les plus fortes proportions de moins de 35 ans (respectivement 29 % et 26 % au sein des établissements et

TABLEAU 1

Répartition des structures médico-sociales pour enfants et adolescents, de leur capacité d'accueil et du nombre de personnel (en %)

Type de structures	Structures	Capacités d'accueil	Personnel (en ETP)
SESSAD	38,5	24,1	11,1
IME (Instituts médico-éducatifs)	36,4	49,8	51,8
ITEP (Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques)	10,7	10,7	14,2
Établissements pour polyhandicapés	5,6	3,6	7,2
Établissements pour déficients moteurs	3,9	5,2	7,7
IES (Instituts d'éducation sensorielle)	4,0	5,9	7,4
pour déficients visuels	1,1	1,4	2,0
pour déficients auditifs	2,6	3,9	4,5
pour enfants sourds/aveugles	0,3	0,6	0,9
Établissements expérimentaux	0,8	0,4	0,3
Établissements d'accueil temporaire	0,2	0,2	0,3
Total	100	100	100
Effectifs	3 380	140 478	83 424

Champ • Structures médico-sociales pour enfants et adolescents.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

2. Dans cette étude, il s'agit des SESSAD autonomes, autrement dit non rattachés à une structure médico-sociale.

3. Le nombre de personnels est calculé sur la base des équivalents temps plein (ETP), qui mesurent la quotité de travail d'une personne. Une personne travaillant à temps plein sera comptée pour 1 ETP, une personne travaillant à mi-temps pour 0,5 ETP.

TABLEAU 2

Répartition en ETP du personnel, par sexe et âge (en %)

Classe d'âge	Établissements d'éducation spéciale			SESSAD		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Moins de 35 ans	21	26	24	21	29	28
35- 49 ans	44	41	42	40	42	42
50 ans ou plus	36	33	34	39	29	31
Total	100	100	100	100	100	100
Nombre de répondants	22 654	51 441	74 094	1 836	7 436	9 272
En %	31%	69%	100%	20%	80%	100%

Champ • Structures médico-sociales pour enfants et adolescents.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

TABLEAU 3

Répartition en ETP du personnel par classes d'âge selon les catégories de fonctions

Catégorie de fonction*	Établissements d'éducation spéciale				SESSAD			
	Moins de 35 ans	35-49 ans	50 ans ou plus	Total répondants en ETP	Moins de 35 ans	35-49 ans	50 ans ou plus	Total répondants en ETP
Personnel de direction, de gestion et d'administration								
En %	14	41	45	100	15	50	35	100
En nombre				6 685				1 312
Personnel des services généraux								
En %	12	48	40	100	12	47	40	100
En nombre				14 921				346
Personnel d'encadrement sanitaire et social								
En %	9	43	48	100	7	46	47	100
En nombre				2 590				484
Personnel éducatif, pédagogique et social								
En %	29	42	30	100	28	42	30	100
En nombre				37 639				3 978
Personnel médical								
En %	3	27	70	100	2	30	68	100
En nombre				742				214
Psychologue et personnel paramédical								
En %	26	40	34	100	39	38	23	100
En nombre				9 402				2 863
Candidat-élève sélectionné aux emplois éducatifs								
En %	79	18	3	100	79	18	3	100
En nombre				2 111				74

* Voir l'encadré 2 pour la nomenclature détaillée des fonctions du personnel utilisée dans l'enquête ES 2006.

Champ • Structures médico-sociales pour enfants et adolescents.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

28 % et 39 % au sein des SESSAD) — hormis naturellement les candidats élèves aux emplois éducatifs (tableau 3).

Un taux d'encadrement plus élevé dans les établissements que dans les services

Le taux d'encadrement⁴ est deux fois et demi plus élevé dans les établissements que dans les

services : les premiers disposent de 70 personnels encadrants pour 100 places installées, alors que ce taux est de 27 pour 100 places en moyenne dans les SESSAD (tableau 4).

Une grande part de l'écart est liée à l'organisation par nature très différente des services et des établissements. Alors que plus de 80 % des prestations des SESSAD sont des suivis en milieu ordinaire, environ 40 % des places d'établissements d'éducation spéciale sont

4. Ce taux est calculé en rapportant le nombre d'ETP de chaque structure à sa capacité d'accueil installée.

TABLEAU 4

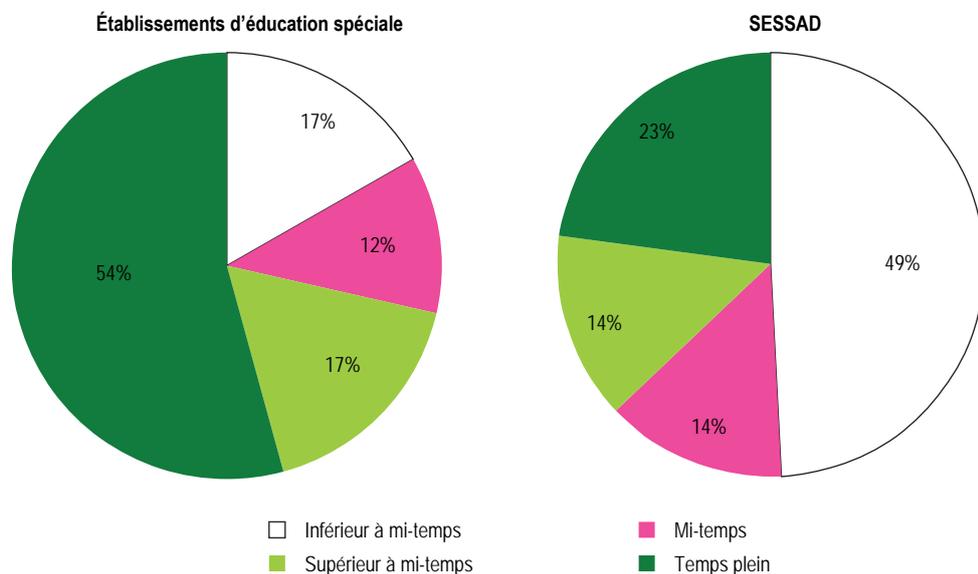
Répartition du personnel et taux d'encadrement selon la catégorie de fonction exercée

Catégorie de fonction	Établissements d'éducation spéciale		SESSAD	
	Répartition du personnel (ETP)	Taux d'encadrement (pour 100 places)	Répartition du personnel (ETP)	Taux d'encadrement (pour 100 places)
Personnel de direction, de gestion et d'administration	9	6	14	4
Personnel des services généraux	20	14	4	1
Personnel d'encadrement sanitaire et social	4	2	5	1
Personnel éducatif, pédagogique et social	51	35	43	12
<i>enseignement</i>	8	5	8	2
<i>travail</i>	5	4	1	0
<i>éducation spécialisée</i>	34	24	30	8
<i>famille et groupe</i>	4	3	4	1
<i>communication</i>	0	0	1	0
Personnel médical	1	1	2	1
Psychologue et personnel paramédical	13	9	31	9
Candidat-élève sélectionné aux emplois éducatifs	3	2	1	0
Total	100	70	100	27
Effectifs en ETP	74 153		9 271	

Champ • Structures médico-sociales pour enfants et adolescents.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

GRAPHIQUE 1

Répartition (en ETP) des personnels selon la quotité de travail



Champ • Structures médico-sociales pour enfants et adolescents.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

proposés en internat⁵. De ce fait, le taux d'encadrement en personnels des services généraux, infime en SESSAD (1 %), n'est pas négligeable en établissement (14 %). Mais une grande partie de l'écart provient d'un taux d'encadrement en personnels d'éducation spécialisée trois fois plus élevé en établissements (24 %) qu'en SESSAD (8 %). Ce constat ren-

voie sans doute aux conditions de scolarisation très différentes : 92 % des enfants accompagnés par un SESSAD sont scolarisés exclusivement dans le cadre de l'Éducation nationale, alors que ce n'est le cas que de 8 % des enfants fréquentant un établissement (avec toutefois d'assez fortes disparités en fonction du type de clientèle des établissements), lesquels sont

5. Mainguéné A., 2008, « Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 669, novembre.

TABLEAU 5

Répartition (en ETP) du personnel des établissements d'éducation spéciale par classe d'âge et type de structure

Type de structure	Classe d'âge			Total	Effectifs (en ETP)
	Moins de 35 ans	35- 49 ans	50 ans et plus		
Instituts médico-éducatifs	23	42	35	100	43 156
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques	24	43	33	100	11 817
Établissements pour polyhandicapés	29	44	27	100	6 007
Établissements pour déficients moteurs	25	43	33	100	6 456
Instituts pour déficients sensoriels	24	41	35	100	6 223
Établissements expérimentaux	40	44	16	100	217
Établissements d'accueil temporaire	76	21	4	100	218

Champ • Établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents.

Sources • Enquête ES 2006, DREES.

pour plus des deux tiers scolarisés uniquement dans le cadre des établissements d'éducation spéciale⁵. Les besoins en personnels d'éducation des établissements sont donc considérablement plus importants que ceux des services. En outre, on peut faire l'hypothèse que plus la gravité du handicap est élevée, plus l'équipe pluridisciplinaire chargée de l'accompagnement est amenée à travailler avec des petits groupes de pensionnaires. L'exemple des établissements pour enfants et adolescents souffrant de polyhandicap, qui présentent les taux d'encadrement les plus élevés (voir *infra*), est le plus éloquent. En revanche, le taux d'encadrement en personnel médical, paramédical et psychologue est proche dans les établissements et les services (tableau 4).

Par ailleurs, le personnel des établissements travaille beaucoup plus souvent à temps plein que celui des SESSAD (54 % contre 23 %). Près de la moitié des effectifs des SESSAD travaillent pour une durée inférieure à un mi-temps⁶ (graphique 1).

Au sein des établissements, des profils de personnel différents et des taux d'encadrement très variés

À l'exception des établissements d'accueil temporaire et des établissements expérimentaux, la structure par âge du personnel des différentes catégories d'établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents varie peu : environ 25 % sont âgés de moins de 35 ans, 40 % ont entre 35 et 49 ans et 35 % sont âgés de 50 ans ou plus, avec toutefois un personnel rela-

tivement moins âgé dans les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (27 % ont plus de 50 ans) (tableau 5). Les établissements d'accueil temporaire et les établissements expérimentaux, peu nombreux mais très spécifiques, emploient quant à eux plus de personnes jeunes, avec respectivement 76 % et 40 % de moins de 35 ans, les premiers ayant une proportion élevée de candidats élèves aux emplois éducatifs (15 % alors que cette proportion ne dépasse pas 5 % dans les autres catégories d'établissements) (graphique 2).

Les établissements pour enfants polyhandicapés et pour déficients moteurs se distinguent nettement des autres structures par la composition de leur personnel et leurs niveaux d'encadrement. Quel que soit le type d'établissement, le personnel éducatif, pédagogique et social est toujours le plus représenté en termes d'ETP. Cependant, ces personnels sont en proportion moins nombreux dans les établissements qui accueillent des enfants et adolescents polyhandicapés ou déficients moteurs (environ 40 %, alors que cette part varie de 48 % à 56 % dans les autres catégories d'établissements). En revanche, ces mêmes établissements emploient nettement plus de personnel paramédical diplômé, notamment des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des aides-soignants, auxquels s'ajoutent des ergothérapeutes dans le cas des instituts d'éducation motrice (27 % de psychologues et personnel paramédical dans ces établissements, contre 13 % dans l'ensemble des établissements).

Le taux d'encadrement des enfants varie selon le type d'établissement et la gravité des déficiences des enfants accueillis (graphique 3).

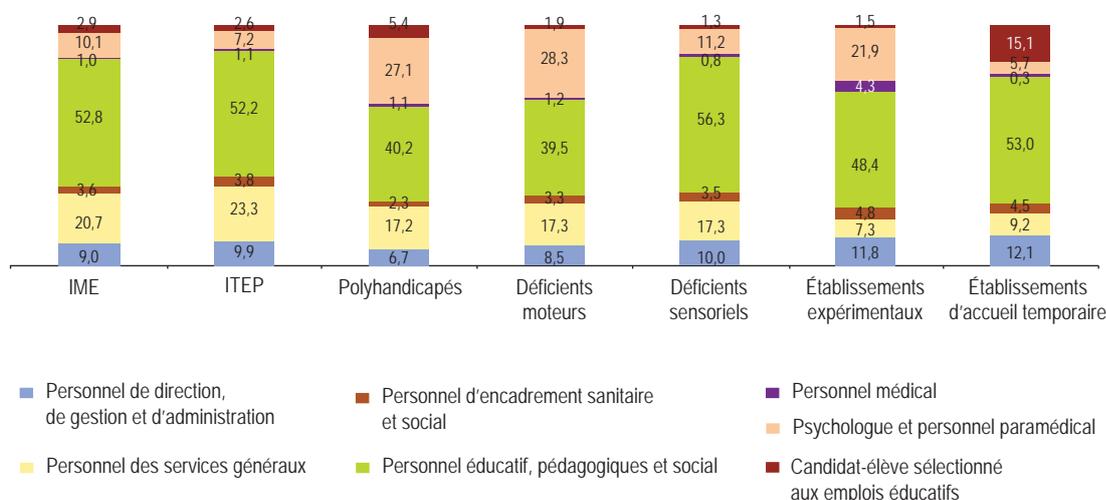
6. L'enquête ES ne permet toutefois pas de vérifier si les personnes qui travaillent à temps partiel partagent leur activité entre différentes structures.

Ce taux est particulièrement élevé au sein des établissements pour polyhandicapés (119 ETP pour 100 places installées). Ainsi, même si ces établissements ont proportionnellement moins de personnels éducatifs, pédagogiques et sociaux, le taux d'encadrement de cette catégorie de personnel est tout de même bien plus élevé que dans les autres établissements (48

pour 100 places). Le taux d'encadrement est également important au sein des établissements pour déficients moteurs où pour une capacité d'accueil de 100 places, près de 90 personnes sont employées à temps plein. Dans ces deux catégories d'établissement, l'encadrement par du personnel paramédical est particulièrement fort.

GRAPHIQUE 2

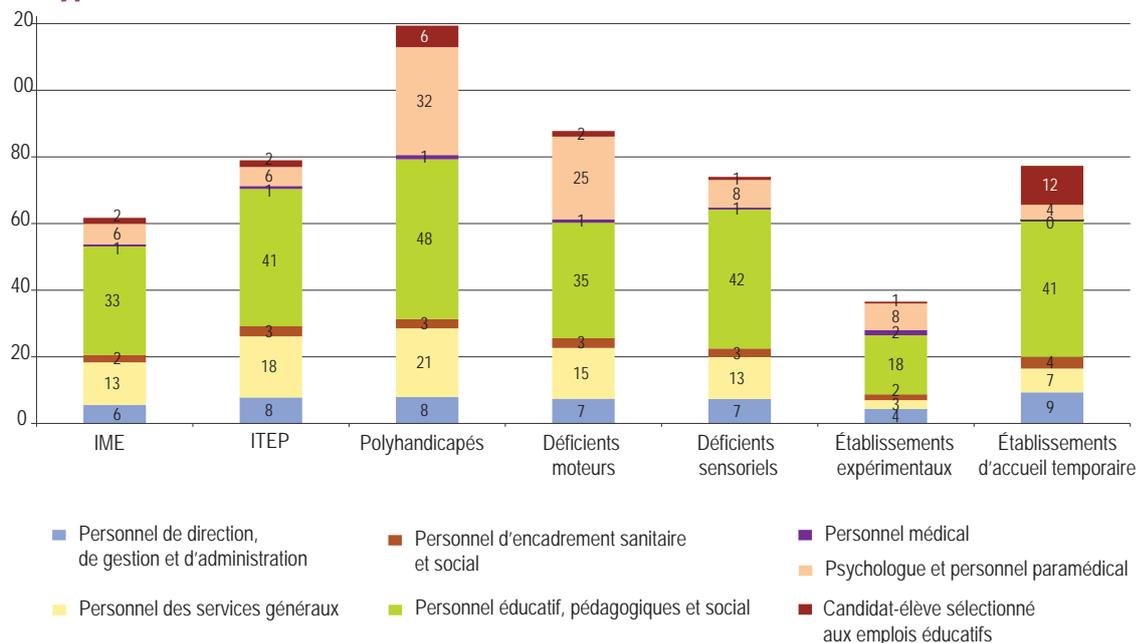
Répartition (en % d'ETP) du personnel des établissements d'éducation spéciale par catégorie de fonction et type de structure



Champ • Établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

GRAPHIQUE 3

Taux d'encadrement (ETP pour 100 places) par catégorie de fonction et type de structure



Champ • Établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

Le taux d'encadrement descend à moins de 80 personnes pour 100 places au sein des ITEP, des établissements d'accueil temporaire et des établissements pour déficients sensoriels.

Les établissements qui enregistrent les taux d'encadrement les plus faibles sont les établissements expérimentaux (37 ETP pour 100 places) et les IME (62 ETP pour 100 places).

Les profils de personnel et l'encadrement varient selon la spécialisation du SESSAD

Les SESSAD peuvent être différenciés en fonction du type de handicap qu'ils sont agréés à prendre en charge. Comme dans les établissements, les caractéristiques des personnels des SESSAD diffèrent selon leur spécialisation mais les écarts sont moins marqués.

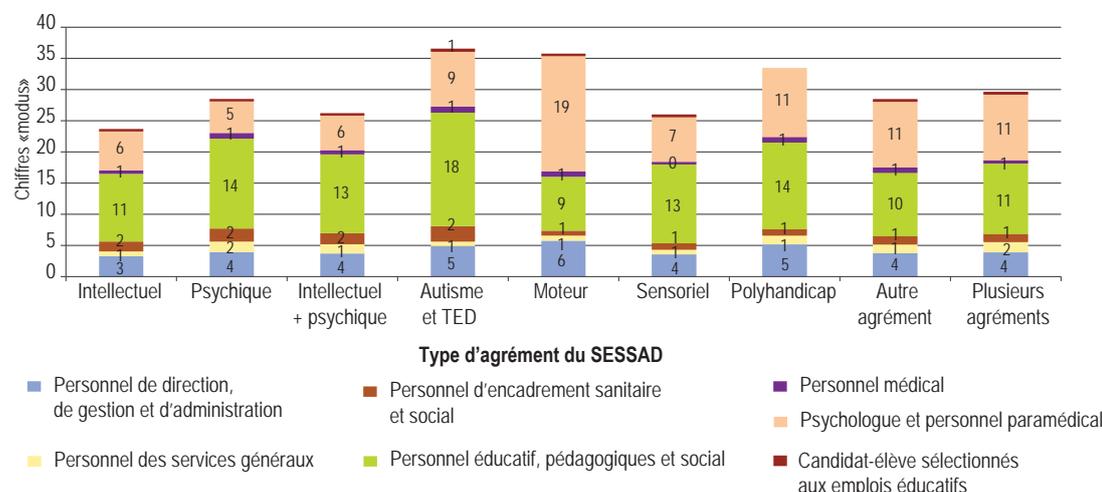
En termes d'encadrement, les SESSAD dédiés à l'accompagnement d'enfants souffrant de déficience motrice, ceux qui accueillent spécifiquement des enfants polyhandicapés et ceux qui sont spécialisés dans les troubles envahissants du développement se distinguent des SESSAD qui accueillent des enfants ayant des déficiences intellectuelles, de ceux qui s'occupent d'enfants déficients psychiques et des services auprès d'enfants ayant une déficience sensorielle (visuelle ou auditive)⁷. Ainsi, les

taux d'encadrement sont plus élevés dans le premier type de SESSAD, du fait notamment du moindre degré d'autonomie des enfants et adolescents suivis (graphique 4) : ces taux se situent en moyenne entre 33 et 37 ETP pour 100 places suivant le type d'agrément, alors qu'ils varient de 23 à 28 ETP pour 100 places en moyenne dans le second type de SESSAD.

Par ailleurs, indépendamment du taux d'encadrement, la composition des équipes se distingue d'un SESSAD à l'autre selon sa spécialisation (graphique 5). Les équipes des SESSAD qui accompagnent des enfants déficients moteurs sont principalement composées de personnel paramédical (tels que masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens) et de psychologues (le personnel paramédical et les psychologues y représentent plus de la moitié des ETP). Le personnel éducatif, pédagogique et social (essentiellement composé d'éducateurs spécialisés) ne compte, quant à lui, qu'un quart des ETP. Ce profil très spécifique du personnel des SESSAD pour déficients moteurs traduit le besoin en soins et rééducation d'enfants dont la déficience induit des incapacités physiques importantes : 15 % ont besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur de leur lieu de vie, 48 % pour sortir à l'extérieur et 45 % pour la toilette. Ce qui explique aussi le taux d'en-

GRAPHIQUE 4

Taux d'encadrement (ETP pour 100 places) par catégorie de fonction et type de SESSAD



Lecture • Les SESSAD « moteurs » ont un taux d'encadrement général de 36 ETP pour 100 places. La catégorie de personnel « psychologues et personnel paramédical » a un taux d'encadrement de 19 ETP pour 100 places et le « personnel éducatif, pédagogique et social » de 9 ETP pour 100 places.

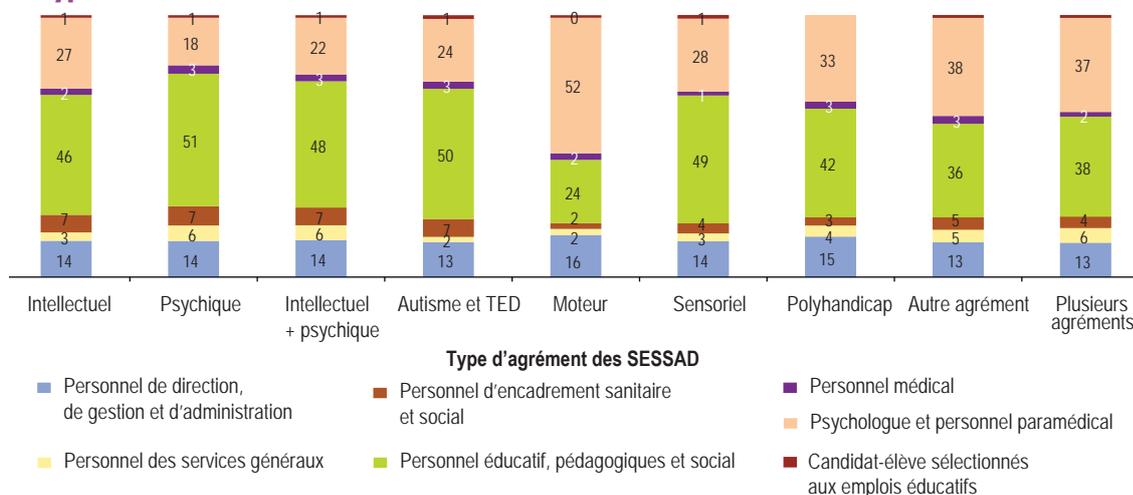
Champ • Services d'éducation et de soins à domicile.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

⁷ Les SESSAD « traumatisés crâniens » sont très peu nombreux : l'enquête ES 2006 en repère deux qui accueillent en tout 26 enfants. Ils ne sont donc pas étudiés ici.

GRAPHIQUE 5

Répartition (en % d'ETP) du personnel des SESSAD par catégorie de fonction et type de service



Lecture • Les SESSAD « moteurs » comptent 52 % de psychologues et personnel paramédical (en ETP) dans l'ensemble du personnel.
Champ • Services d'éducation et de soins à domicile.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

cadrement plus important que la moyenne des SESSAD, soit 36 ETP pour 100 places contre 27 en moyenne sur l'ensemble des SESSAD. Le travail d'accompagnement des équipes des SESSAD pour déficients moteurs se fait en partie sur le lieu de scolarisation de l'enfant (70 % des enfants suivis par ces services sont scolarisés dans un établissement de l'Éducation nationale).

Les services dédiés à l'accompagnement d'enfants souffrant de troubles envahissants du développement présentent un taux d'encadrement relativement élevé et proche de celui des SESSAD pour déficients moteurs (37 ETP pour 100 places). En revanche, la composition du personnel est sensiblement différente: ils emploient principalement du personnel éducatif, pédagogique et social et plus spécifiquement des éducateurs spécialisés et des moniteurs éducateurs (50 % des ETP) et, dans une moindre proportion, du personnel paramédical (orthophonistes et psychomotriciens essentiellement) et des psychologues (un quart des ETP). Ils accompagnent en effet des enfants qui présentent d'importantes incapacités à la fois physiques et psychiques: 35 % ne peuvent communiquer avec autrui sans une aide, 14 % ne savent pas lire, 50 % ont besoin d'aide pour le faire et 46 % ne peuvent se laver seul.

Le personnel des SESSAD spécialisés dans le suivi d'enfants polyhandicapés se partage principalement entre ceux qui exercent les fonctions

éducatives, notamment des éducateurs spécialisés et des aides médico-psychologiques (42 % du personnel de ces SESSAD), et le personnel paramédical (33 %), essentiellement composé de psychomotriciens, psychologues, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes. Le degré d'autonomie des enfants et adolescents suivis est très faible: 81 % ont besoin de l'aide de quelqu'un pour se laver, 72 % ne communiquent pas seuls et 67 % ne peuvent se déplacer sans la présence d'une autre personne. L'accompagnement de ces enfants se fait principalement à domicile: 71 % d'entre eux ne sont pas scolarisés. Le taux d'encadrement est également relativement élevé dans ce type de SESSAD (33 ETP pour 100 places). Les profils de déficience et le degré d'autonomie des enfants accueillis dans les SESSAD qui prennent en charge des déficients intellectuels et dans ceux qui suivent les déficients psychiques sont différents. En particulier, la part d'enfants autonomes et qui suivent une scolarité dans une classe ordinaire est deux fois plus importante dans les SESSAD pour déficients psychiques que dans les SESSAD pour déficients intellectuels. Cependant, les caractéristiques du personnel des SESSAD pour enfants déficients intellectuels ou déficients psychiques sont relativement proches: le taux d'encadrement n'est que légèrement plus élevé dans les seconds (28 ETP pour 100 places contre 24 dans les SESSAD pour déficients intellectuels)

et la composition du personnel est quasiment similaire. Les SESSAD agréés pour accompagner à la fois des enfants déficients intellectuels et des enfants déficients psychiques se situent dans une situation intermédiaire, tant au niveau du taux d'encadrement que de la composition des équipes du personnel.

Ainsi, le personnel éducatif est majoritaire (46 % de l'ensemble du personnel des SESSAD pour déficients intellectuels et 51 % du personnel des SESSAD pour déficients psychiques), et compte essentiellement des éducateurs spécialisés et des moniteurs éducateurs. Arrive ensuite la catégorie « psychologues et personnel paramédical », en proportion toutefois plus élevée dans les SESSAD pour déficients intellectuels (27 % contre 18 % dans les SESSAD pour déficients psychiques). Il s'agit dans cette catégorie essentiellement de psychologues, psychomotriciens et orthophonistes.

Enfin, si les taux d'encadrement et la répartition des ETP en grandes catégories de personnel dans les services dédiés à l'accompagnement d'enfants déficients sensoriels sont très proches de ceux des SESSAD pour déficients intellectuels et déficients psychiques, il n'en demeure pas moins que la composition des équipes et les profils des enfants suivis diffèrent considérablement. Le personnel éducatif, pédagogique et social à dominante « éducation spécialisée » y est très peu représenté, alors que le personnel éducatif pédagogique et social à dominante

« enseignement » et « communication » y est surreprésenté en comparaison des autres SESSAD (encadré 2). L'accompagnement des enfants déficients visuels ou auditifs porte alors essentiellement sur un enseignement spécialisé (en instituts pour déficients sensoriels⁸) ou des suivis en orthophonie, orthoptie, psychomotricité et transcription linguistique (codage en langue des signes, transcription en braille, etc.). Les SESSAD « polyvalents » qui suivent plusieurs profils d'enfants (« autres agréments » et « plusieurs agréments ») se situent dans des situations intermédiaires par rapport aux SESSAD « spécialisés » décrits plus haut.

Conclusion

L'enquête ES 2006 montre que les modes d'accompagnement peuvent être multiples au sein d'une même structure : fin 2006, 11 % de l'ensemble des places en SESSAD et 18 % des places en IME relèvent d'un multi-agrément. Ces agréments multiples correspondent dans plus de la moitié des situations à la prise en charge de situations de déficiences intellectuelles et déficiences psychiques au sein d'une même structure. L'évolution de ces structures agréées pour recevoir différents types de déficiences aura sans doute des incidences sur la typologie du personnel employé, à observer dans les prochaines enquêtes ES.

8. Et par ailleurs, presque 80 % des enfants suivent une scolarité en milieu ordinaire (Éducation nationale).

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) en 2006

Luc MASSON, DREES

Les CMPP et les CAMSP se distinguent des autres structures par leur mode de fonctionnement (consultations en mode ambulatoire). Ils semblent satisfaire un besoin de proximité car 92 % des enfants des CMPP et 86 % de ceux des CAMSP sont pris en charge dans leur département de résidence.

Le nombre de CMPP a augmenté de 27 % entre 2001 et 2006. Parallèlement, le nombre de séances a progressé de 7 %, de même que les effectifs du personnel, notamment les psychomotriciens et les psychologues. Pourtant, le délai d'attente demeure important dans certaines régions. Comme dans l'ensemble des structures accueillant des enfants handicapés, les garçons sont majoritaires dans les CMPP, sauf chez les 16-18 ans. Les enfants accueillis sont principalement orientés par l'Éducation nationale.

Le nombre de CAMSP a quant à lui augmenté de 37 % entre 2001 et 2006 et le nombre de séances de 49 %. Les effectifs du personnel ont crû en proportion (+54 %), notamment ceux des psychomotriciens, des médecins et psychiatres et des psychologues. Les enfants accueillis dans ces structures sont principalement orientés par le secteur médical. Les garçons sont également surreprésentés. Le délai d'attente est, comme pour les CMPP, inégal selon la région (de 6 jours à 3 mois).

OUTRE LES ÉTABLISSEMENTS médico-sociaux, qui assurent l'accueil d'enfants handicapés sous formes d'hébergement ou d'accueil de jour, deux autres types de structures fonctionnent sur un mode très différent, qui est celui de la consultation en mode ambulatoire : les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

Créés à partir de 1946 sous l'impulsion d'enseignants et de soignants, les CMPP se situent à la frontière du secteur médico-social et de la psychiatrie¹. Ces structures s'adressent aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Elles ont pour fonction de pratiquer le dépistage précoce par des bilans, le diagnostic d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement d'au maximum quelques heures par semaine. L'enfant est donc maintenu autant que possible dans son milieu familial.

Dotés d'une identité propre depuis la loi de 1975 sur le secteur social et médico-social², les CAMSP interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles. Polyvalents ou spécialisés³, ils réalisent un dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales. Ils exercent des actions préventives auprès des parents et des différents professionnels dans les lieux de vie ordinaires de l'enfant. Avec l'appui d'équipes pluridisciplinaires, ils réalisent un projet thérapeutique individuel. Ils guident également les familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis pour l'enfant.

Depuis la loi du 11 février 2005, les pouvoirs publics ont mis l'accent sur l'accompagnement des enfants handicapés en milieu ordinaire et l'action précoce. Dans le secteur de l'enfance handicapée, l'intérêt des politiques à l'égard de l'accompagnement médico-psychologique et de l'action médico-sociale précoce a donné lieu à une évaluation de l'impact des programmes successifs de création ou d'extension de ce type de structures (CNSA, 2009). C'est dans ce contexte que le plan périnatalité 2005-2007 a financé de nouveaux projets de CAMSP et atteint l'objectif de doter tous les départements d'au moins un centre en 2007. De même, le dernier programme pluriannuel de création de places en structures médico-sociales (2008-2012) prévoit un financement devant permettre un recours plus facile aux CAMSP par une « réduction des inégalités d'accès aux centres ainsi qu'une meilleure couverture territoriale ».

L'enquête sur les établissements et services médico-sociaux de la DREES (ES 2006) fournit des éléments de cadrage sur l'activité et le personnel des CMPP et des CAMSP en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer (DOM). Les CAMSP et CMPP fonctionnant sous la forme de consultations ambulatoires, la collecte exhaustive des données individuelles des enfants accueillis s'est avérée fastidieuse. Un questionnaire spécifique à ces deux types de structures a donc été intégré à l'enquête ES 2006, afin de mieux saisir les particularités de fonctionnement de ces structures (encadré 1). Néanmoins, il est possible de mettre en parallèle certaines données générales des trois dernières enquêtes ES (1997, 2001 et 2006)⁴.

1. Le décret 63-146 du 18 février 1963 créant l'annexe 32 fixe les conditions techniques d'agrément de ces centres. Actuellement, les CMPP relèvent de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, de la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, du code de l'action sociale et des familles et de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2. Loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

3. Les structures spécifiques représentent environ un quart des CAMSP. Elles sont principalement dédiées aux déficiences sensorielles ou motrices et sont souvent des antennes de CAMSP polyvalents (CNSA, 2008).

4. En 2006, le taux de réponse global des CMPP et des CAMSP a été de 95,3 %. Afin de respecter le caractère exhaustif de ces enquêtes et que les données tiennent compte de toutes les structures répondantes et non répondantes, un redressement de la non-réponse totale a été réalisé de façon à respecter le nombre de structures par région, données validées par les statisticiens régionaux des DRASS (Makdessi et Masson, 2010).

ENCADRÉ 1

Les CMPP et les CAMSP dans l'enquête auprès des établissements et services pour personnes handicapées (« ES handicap ») : un recueil de données spécifique en 2006

Dans les précédentes enquêtes ES, la remontée de données concernant les CMPP et les CAMSP s'opérait de la même manière que pour les autres structures : pour chaque personne accueillie et pour chaque salarié. Cependant, la qualité des données obtenues par cette forme de recueil s'est avérée insatisfaisante. En effet, le questionnaire était plus adapté aux établissements gérant des places qu'aux CMPP et CAMSP, qui fonctionnent sur le mode de consultations. Une trame spécifique à ces deux types de structures a donc été incorporée à l'enquête ES 2006. Cette fiche est composée de questions sur :

- l'activité des CMPP et des CAMSP : nombre de jours d'ouverture, file active (nombre de patients reçus au moins une fois dans l'année), nombre de patients venus la première fois en 2006, activité réalisée en séances ou en forfaits facturables, nombre de rendez-vous donnés et nombre de rendez-vous honorés ;
- la liste d'attente des CMPP et des CAMSP : nombre de patients en attente, délais moyens d'attente pour le premier rendez-vous et délais moyens pour débiter le traitement ;
- le personnel des CMPP des CAMSP (données agrégées) : le personnel de direction, de gestion, d'administration et des services généraux, le personnel d'encadrement sanitaire et social, le personnel médical et paramédical, et les psychologues, et le personnel éducatif, pédagogique et social ;
- les enfants accueillis au moins une fois dans un CMPP ou un CAMSP (données agrégées) : âge, sexe, origine géographique (commune ou département d'implantation du centre, limitrophe ou non limitrophe), origine de l'orientation vers ces structures (Éducation nationale, praticien libéral, centre de soins, parents/amis/voisins, crèche, PMI, service social, CMPP, CAMSP, CMP, hôpital).

450 CMPP ont réalisé 2,8 millions de séances auprès d'enfants handicapés en 2006

Fin 2006, l'enquête ES a recensé en France 450 CMPP, contre 355 fin 2001, soit une augmentation de 27 % pour la France entière (métropole et DOM). Au cours de l'année 2006, ces centres ont réalisé 2 833 800 séances⁵, soit 7 % de plus qu'au cours de l'année 2001 (tableau 1). La création de nouveaux CMPP a permis de mieux répondre aux besoins, même s'il reste difficile pour les CMPP d'y répondre rapidement. Le délai moyen d'attente de premier rendez-vous demeure important, malgré une légère baisse entre 2001 et 2006, passant de 3 mois à 2,7 mois.

La file active, qui correspond à l'ensemble des personnes vues au moins une fois dans l'année par un CMPP en 2006, s'élève à 184 100 jeunes, dont 40 % (74 600) étaient de nouveaux patients. Au total, plus de 3 millions de rendez-vous ont été donnés et 82 % ont été honorés, ce qui représente en moyenne 14 rendez-vous effectifs pour un patient au cours de l'année 2006.

Le nombre total de personnes en équivalent temps plein (ETP⁶) employées par les CMPP s'est accru, proportionnellement à l'augmentation du nombre de séances réalisées : fin 2006, on estime que les CMPP comptent

4 724 ETP contre 4 404 fin 2001, soit une hausse de 7 % (tableau 2). Mais les évolutions diffèrent selon les catégories de personnel. Deux catégories de personnel ont connu une forte augmentation d'effectifs entre 2001 et 2006 : les psychomotriciens (+15 %) et les psychologues (+14 %), et dans une moindre mesure, le personnel éducatif, pédagogique et social, qui regroupe notamment les instituteurs spécialisés, les professeurs des écoles, les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, etc. (+11 %). En revanche, le nombre de médecins-psychiatres et d'orthophonistes a légèrement diminué (-2 %). Le personnel de direction, de gestion et d'administration a quant à lui évolué parallèlement à l'activité (+6 %).

Toutefois, la composition du personnel des CMPP a globalement peu évolué depuis 2001 : plus de la moitié de personnel médical et paramédical, près d'un tiers de personnel de direction, de gestion et d'administration et 13 % de personnel éducatif, pédagogique et social. La composition du personnel médical et paramédical est elle aussi plutôt stable : un quart de psychologues, 14 % d'orthophonistes, 10 % de psychomotriciens et 5 % de médecins et psychiatres. Le personnel d'encadrement sanitaire et social représente toujours moins de 1 % du personnel des CMPP.

5. Selon les consignes données lors de la collecte, « les séances représentent l'ensemble des rendez-vous honorés, y compris les non facturables (double prise en charge le même jour, gratuité, etc.) ». À noter également qu'un rendez-vous peut donner lieu à plusieurs séances.

6. Les ETP mesurent la quantité de temps de travail d'une personne. Un personnel travaillant à temps plein sera compté pour 1 ETP, un autre travaillant à mi-temps 0,5 ETP.

TABLEAU 1

Activité des CMPP par région au 31 décembre 2006

Régions	Nombre de centres	File active	Nouveaux patients	RDV donnés	Pourcentage de RDV honorés
Île-de-France	99	36 930	14 188	664 017	81,4
Champagne-Ardenne	8	9 196	3 520	158 449	82,1
Picardie	10	8 297	3 328	144 850	79,1
Haute-Normandie	14	6 204	2 219	68 309	82,5
Centre	23	6 982	2 632	138 042	81,6
Basse-Normandie	8	5 196	2 232	91 437	84,4
Bourgogne	13	4 701	1 715	62 369	86,7
Nord-Pas-de-Calais	21	10 518	4 245	172 577	80,2
Lorraine	18	4 942	2 264	97 583	79,4
Alsace	4	3 259	1 594	50 479	80,5
Franche-Comté	11	4 974	2 190	82 489	85,9
Pays de la Loire	9	6 196	2 377	96 800	84,9
Bretagne	17	10 717	4 207	190 713	83,4
Poitou-Charentes	17	6 349	2 297	112 878	87,0
Aquitaine	31	10 425	4 413	197 407	90,8
Midi-Pyrénées	42	11 462	4 917	206 804	82,4
Limousin	14	3 214	1 216	29 593	84,3
Rhône-Alpes	27	10 228	4 238	167 178	82,1
Auvergne	3	989	406	13 237	82,9
Languedoc-Roussillon	17	6 323	2 867	110 723	74,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	34	11 946	5 412	236 739	78,7
Corse	2	1 160	473	15 313	81,0
France métropolitaine	442	180 208	72 951	3 107 985	82,2
Réunion	2	793	460	13 162	72,9
Antilles-Guyane	6	3 102	1 176	43 442	77,6
Total	450	184 103	74 587	3 164 589	82,1

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

TABLEAU 2

Évolution et composition du personnel des CMPP en 1997, 2001 et 2006

Nombre total d'emplois en équivalent temps plein (ETP)	Au 31 décembre 1997	Au 31 décembre 2001	Au 31 décembre 2006	Évolution 2001-2006 (en %)	Structure du personnel en 2006 (en %)
Personnel de direction, de gestion et d'administration, services généraux	1 389	1 423	1 508	+6,0	31,9
Personnel d'encadrement sanitaire et social	35	38	33	-12,5	0,7
Personnel médical, paramédical et psychologues	2 301	2 407	2 575	+7,0	54,5
<i>médecins et psychiatres</i>	252	238	233	-2,3	4,9
<i>psychologues</i>	942	1 049	1 196	+14,0	25,3
<i>orthophonistes</i>	679	679	663	-2,3	14,0
<i>psychomotriciens</i>	392	409	469	+14,8	9,9
Personnel éducatif, pédagogique et social	626	532	589	+10,9	12,5
Autre (notamment composé des candidats élèves aux emplois éducatifs)	2	5	19		0,4
Ensemble	4 353	4 404	4 724	+7,3	100

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES enquêtes ES.

Les garçons plus nombreux, notamment chez les plus jeunes

Parmi les enfants accueillis au moins une fois par les CMPP au cours de l'année 2006, l'enquête ES dénombre 166 garçons pour 100 filles. Depuis 1996, ce ratio est en légère diminution: il s'élevait alors à 181 garçons pour 100 filles puis à 177 garçons pour 100 filles fin 2001⁷ (Coldefy, 2005).

Cette surreprésentation masculine n'est pas propre aux CMPP mais vaut pour l'ensemble des enfants accueillis dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées. Pour les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) par exemple, l'enquête ES recensait 164 garçons pour 100 filles en 2006.

Les filles sont cependant plus représentées dans la classe des 16-18 ans, avec 94 garçons pour 100 filles (tableau 3). Cette tendance

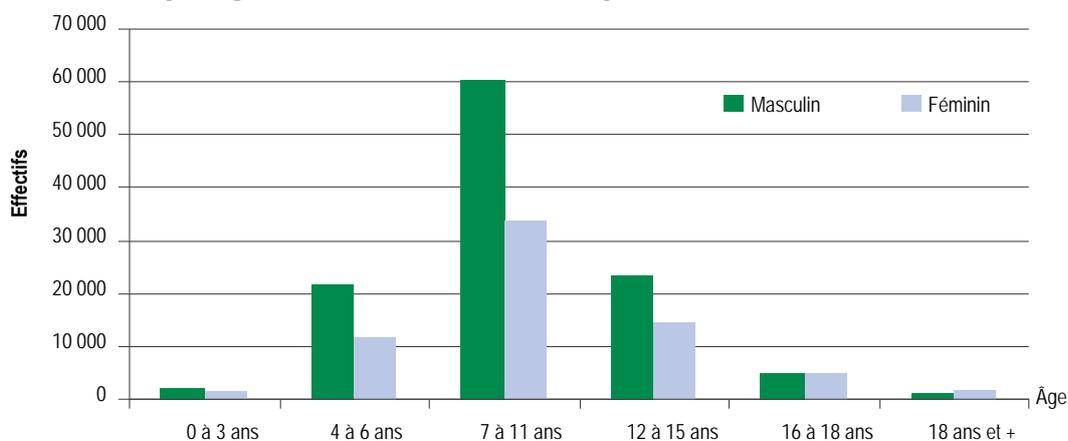
s'accroît après 18 ans, où l'on compte 57 garçons pour 100 filles. L'une des explications avancées pour expliquer cet inversement est que les troubles psychiatriques se manifestent plus souvent à des âges précoces chez les garçons, alors que les perturbations affectives et émotionnelles chez les filles surviennent en général après 14 ans (INSERM, 2002).

Plus de la moitié (52 %) des enfants accueillis dans les CMPP sont âgés de 7 à 11 ans. Les enfants âgés de 12 à 15 ans représentent quant à eux 21 % de l'effectif et les enfants de 4 à 6 ans 19 % (graphique 1).

Cette répartition par âge est très différente de celle observée pour la population totale. Les enfants de 12 à 15 ans sont notamment deux fois plus nombreux dans les CMPP que dans la population des moins de 18 ans, dont ils ne représentent que 26 %. En revanche, les très jeunes enfants (moins de 3 ans) et les adoles-

GRAPHIQUE 1

Distribution par âge et sexe des enfants suivis par les CMPP au cours de l'année 2006



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

TABLEAU 3

Composition de la file active des CMPP par sexe et par âge

Classes d'âge	Ratio garçons/filles	Pourcentage de chaque tranche d'âge
0 à 3 ans	181	1,9
4 à 6 ans	186	18,3
7 à 11 ans	178	51,9
12 à 15 ans	162	20,8
16 à 18 ans	94	5,5
19 ans ou plus	57	1,5
Total	166	100

7. En 1996, une enquête spécifique a été réalisée par la DGS, l'INSERM et le CCOMS auprès des usagers des CMPP.

Lecture • en 2006, pour 100 filles de 4 à 6 ans accueillies par les CMPP, 186 garçons de la même tranche d'âge étaient accueillis.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

cents de 16 à 18 ans sont peu présents dans les CMPP, alors qu'ils représentent respectivement 21% et 17% des moins de 18 ans. La part des enfants âgés de 4 à 6 ans et celle des 12 à 15 ans dans les CMPP sont quant à elles proches de celles qu'ils occupent parmi les enfants de moins de 18 ans en général (respectivement 16% et 21%). La surreprésentation des 7-11 ans s'expliquerait par le fait que ces enfants seraient plus fréquemment orientés vers les CMPP au début de leur scolarité en école élémentaire.

Les enfants sont principalement orientés vers les CMPP par l'école ou l'entourage direct

Les données collectées confirment que c'est l'Éducation nationale qui oriente principalement les enfants vers les CMPP (40 %), une grande majorité des troubles étant susceptibles d'être repérés à l'école, au moment de la socialisation et de l'apprentissage. 23 % sont orientés par des proches (parents, amis, voisins,

TABLEAU 4

Origine de l'orientation des enfants accueillis au moins une fois au cours de l'année 2006 par les CMPP

	Orientation des enfants (en %)
Éducatif	40
Éducation nationale	40
Crèche	0
Médical	15
Praticien libéral	11
Hôpital	2
Centre de soins	2
Social	7
PMI (protection maternelle infantile)	2
Service social	5
Médico-social	3
CAMSP	2
CMPP	1
CMP (centre médico-psychologique)	0
Entourage (parents, amis, voisins, etc.)	23
Autre	12
Total	100

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

TABLEAU 5

Délais moyen d'attente dans les CMPP par région en 2006

Régions	Délai moyen d'attente (en mois)		
	Pour le premier rendez-vous	Pour le début du traitement	Total
Île-de-France	2,7	3,2	5,9
Champagne-Ardenne	3,7	5,6	9,3
Picardie	1,9	3,0	4,9
Haute-Normandie	1,7	3,2	4,9
Centre	5,1	5,1	10,2
Basse-Normandie	2,1	5,6	7,7
Bourgogne	1,2	2,9	4,1
Nord-Pas-de-Calais	2,5	3,8	6,3
Lorraine	2,1	2,4	4,5
Alsace	1,6	3,1	4,7
Franche-Comté	2,4	4,1	6,5
Pays de la Loire	3,2	2,8	6,0
Bretagne	4,1	3,8	7,9
Poitou-Charentes	2,2	3,1	5,3
Aquitaine	2,2	2,8	5,0
Midi-Pyrénées	1,9	4,0	5,9
Limousin	2,3	3,5	5,8
Rhône-Alpes	3,0	3,3	6,3
Auvergne	2,5	4,0	6,5
Languedoc-Roussillon	3,1	5,1	8,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,4	1,7	4,1
Corse	2,8	0,6	3,4
France métropolitaine	2,7	3,4	6,1
Réunion	0,6	1,1	1,7
Antilles-Guyane	3,2	8,7	11,9
France entière	2,7	3,4	6,1

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

etc.) — ce qui laisse à penser que ces centres auraient acquis une certaine notoriété auprès des familles — et 11 % par des praticiens libéraux (tableau 4). 14 % des orientations en CMPP émanent enfin de structures sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Un délai d'attente important mais inégal sur l'ensemble du territoire

Le délai moyen d'attente de premier rendez-vous est de 2,7 mois pour les CMPP (tableau 5). Mais on observe des disparités selon les régions : à la Réunion et en Bourgogne, les délais d'attente sont relativement peu élevés (respectivement 0,6 et 1,2 mois), alors qu'ils sont beaucoup plus importants dans le Centre et en Bretagne (respectivement 5,1 et 4,1 mois).

Le délai moyen d'attente pour débiter le traitement après consultations, bilans et synthèse est de 3,4 mois. Il est relativement court pour la Corse et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (respectivement 0,6 et 1,7 mois) et plus long pour

les Antilles-Guyane, la Champagne-Ardenne et la Basse-Normandie (8,7, 5,6 et 5,6 mois).

Au total, le délai moyen d'attente total entre la prise de contact et le début du traitement est de 6,1 mois pour les CMPP. Il est compris entre 4,9 et 6,5 mois dans la moitié des régions. Mais, la Réunion et la Corse ont des délais d'attente assez faibles (respectivement 1,7 et 3,4 mois), alors que les Antilles-Guyane et le Centre ont des délais d'attente importants, équivalents à une année ou presque (respectivement 11,9 et 10,2 mois).

273 CAMSP ont réalisé 1,2 million de séances auprès d'enfants handicapés en 2006

Fin 2006, l'enquête ES a recensé 273 CAMSP contre 199 fin 2001, soit une augmentation de 37%. Au cours de l'année 2006, 1 246 000 séances ont été réalisées, soit 49 % de plus qu'au cours de l'année 2001 (tableau 6). Il n'est pas

TABLEAU 6

Activité des CAMSP par région en 2006

Régions	Nombre de centres	File active	Nouveaux patients	RDV donnés	Pourcentage de RDV honorés
Île-de-France	22	5 437	2 335	133 215	81,2
Champagne-Ardenne	6	1 773	654	31 263	81,6
Picardie	7	1 267	550	35 125	80,3
Haute-Normandie	6	405	189	4 823	89,0
Centre	20	3 490	1 521	75 111	83,2
Basse-Normandie	9	3 403	2 154	39 595	87,0
Bourgogne	21	3 920	2 471	26 116	83,6
Nord-Pas-de-Calais	22	5 563	2 721	149 855	83,0
Lorraine	9	1 627	907	22 503	85,3
Alsace	8	786	365	15 531	83,6
Franche-Comté	4	709	409	10 307	88,2
Pays de la Loire	9	5 967	3 052	42 587	89,7
Bretagne	19	3 457	1 849	46 360	89,9
Poitou-Charentes	6	704	327	24 006	85,7
Aquitaine	9	4 924	2 844	33 953	85,3
Midi-Pyrénées	10	3 264	2 310	32 487	86,1
Limousin	4	599	265	3 444	91,2
Rhône-Alpes	29	3 163	1 206	93 288	88,4
Auvergne	5	1 207	630	16 766	92,9
Languedoc-Roussillon	8	1 841	726	35 560	85,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28	6 355	2 867	158 391	87,7
Corse	2	616	330	19 233	94,4
France métropolitaine	267	60 476	30 685	1 049 518	85,4
Réunion	4	1 998	564	16 157	94,8
Antilles-Guyane	6	2 018	884	33 110	78,6
Total	273	64 492	32 131	1 098 785	85,3

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

possible de déterminer ici si la hausse de l'activité des CAMSP a permis de répondre plus rapidement à la demande de soins, les enquêtes ES précédentes ne permettant pas de connaître le délai moyen d'attente de premier rendez-vous. Ce délai est de 2,7 mois en 2006. Environ 64 500 enfants ont été vus au moins une fois (file active) dans un CAMSP en 2006 et 32 100, soit 50 % d'entre eux, étaient de nouveaux patients. Au total, plus de un million de rendez-vous ont été donnés et 85 % ont été honorés, ce qui représente en moyenne près de 15 rendez-vous effectifs pour un enfant.

Le nombre total de personnes en équivalent temps plein (ETP) employées par les CAMSP en France s'est accru à peu près proportionnellement à l'augmentation du nombre de séances réalisées, avec 2 378 ETP fin 2006 pour 1 547 fin 2001, soit une hausse de 54 % (tableau 7). Trois catégories de personnel ont connu une forte augmentation d'effectifs entre 2001 et 2006 : les psychomotriciens (+74%), les

médecins et psychiatres (+64 %), les psychologues (+61 %) et le personnel éducatif, pédagogique et social (+58%). Le personnel de direction, de gestion et d'administration, le nombre d'orthophonistes, de kinésithérapeutes a également augmenté mais sur un rythme moins soutenu (respectivement +43 %, +43 % et +32 %).

À la fin de l'année 2006, le personnel des CAMSP est composé pour moitié de personnel médical et paramédical, pour un quart de personnel de direction, de gestion et d'administration et pour 17 % de personnel éducatif, pédagogique et social. Cette structure a peu évolué depuis 2001.

Le personnel médical et paramédical est composé de psychomotriciens (15 %), de psychologues (13 %), d'orthophoniste (10 %), de médecins et de psychiatres (7 %) ainsi que de kinésithérapeutes (6 %). Le personnel paramédical restant est notamment composé d'ergothérapeutes et de puéricultrices.

TABLEAU 7

Évolution et composition du personnel des CAMSP en 1997, 2001 et 2006

Nombre total d'emplois en équivalent temps plein (ETP)	Au 31 décembre 1997	Au 31 décembre 2001	Au 31 décembre 2006	Évolution 2001-2006 (en %)	Structure du personnel en 2006 (en %)
Personnel de direction, de gestion et d'administration, services généraux	328	414	592	+43,1	24,9 %
Personnel d'encadrement sanitaire et social	-	29	38	+30,6	1,6 %
Personnel médical, paramédical et psychologues	728	844	1 327	+57,3	55,8 %
<i>médecins et psychiatres</i>	93	100	164	+64,2	6,9 %
<i>psychologues</i>	145	184	296	+61,1	12,5 %
<i>orthophonistes</i>	154	158	226	+43,1	9,5 %
<i>psychomotriciens</i>	165	206	358	+74,4	15,1 %
<i>kinésithérapeutes</i>	93	106	139	+31,5	5,8 %
Personnel éducatif, pédagogique et social	224	256	405	+58,1	17,0 %
Autre (notamment composé des candidats-élèves aux emplois éducatif)	-	4	16	-	0,7 %
Ensemble personnel	1 302	1 547	2 378	+53,8	100,0%

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES enquêtes ES.

TABLEAU 8

Composition de la file active des CAMSP par sexe et âge

Classes d'âge	Ratio garçons/filles	Pourcentage de chaque tranche d'âge
Moins de un an	117	12,4
1 an	136	10,2
2 ans	156	14,1
3 ans	164	17,8
4 ans	187	18,8
5 ans	170	15,6
6 ans	163	11,1
Total	158	100

Lecture • En 2006, pour 100 filles de 2 ans accueillies par les CMPP, 156 garçons du même âge étaient accueillis.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

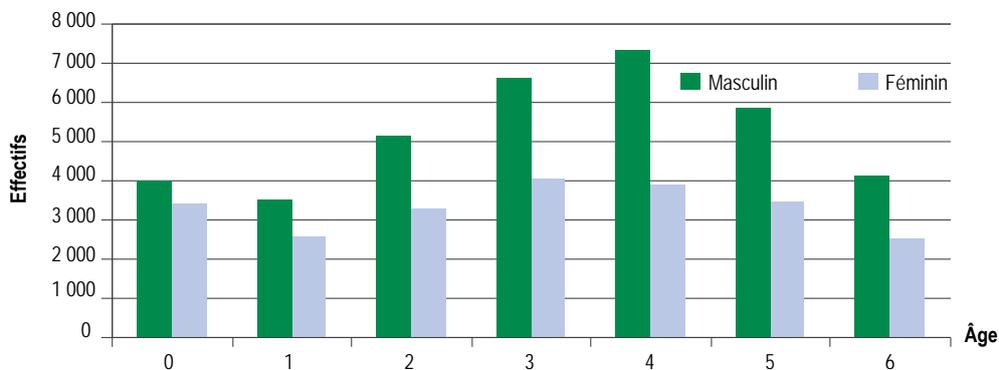
TABLEAU 9

Origine de l'orientation des enfants accueillis au moins une fois en 2006 par les CAMSP

	Origine de l'orientation des enfants (en %)
Médical	51
Praticien libéral	17
Hôpital	32
Centre de soins	2
Social	14
PMI (protection maternelle infantile)	11
Service social	3
Éducatif	13
Éducation nationale	12
Crèche	1
Médico-social	5
CAMSP	3
CMPP	1
CMP (centre médico-psychologique)	1
Entourage (Parents, amis, voisins, ...)	9
Autre	8

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

GRAPHIQUE 2

Distribution par âge et sexe des enfants accueillis au moins une fois dans l'année 2006 dans les CAMSP

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES enquête ES 2006.

Les garçons plus nombreux, notamment à partir de l'âge de 2 ans

Comme dans les CMPP et les autres structures médico-sociales de manière plus générale, il existe une surreprésentation des garçons dans les CAMSP avec 158 garçons pour 100 filles en 2006. Ce ratio augmente jusqu'à 4 ans pour atteindre 187 garçons pour 100 filles avant de décroître légèrement (tableau 8).

Parmi les enfants accueillis en 2006 dans les CAMSP, tous les âges, entre 0 et 6 ans, sont représentés, avec toutefois une légère prédominance des enfants de 2 à 5 ans qui totalisent les deux tiers des effectifs (graphique 2).

Les enfants sont principalement orientés vers les CAMSP par le secteur médical. Les enfants accueillis par les CAMSP sont orientés majoritairement par l'hôpital (32 %), les praticiens libéraux tels que pédiatres, etc. (17 %) et les services de la protection maternelle et infantile des départements (PMI) (11 %) (tableau 9). Une fraction importante des enfants reçus par les CAMSP n'étant pas encore entrée dans le système scolaire, ils sont peu fréquemment orientés vers ces centres par l'Éducation nationale (12%), contrairement aux CMPP. De même, 9% seulement sont orientés par des proches (parents, amis, voisins, etc.). Ce chiffre, plus faible que pour les CMPP, peut

s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un secteur spécifique, dédié au dépistage précoce des situations de handicap au cours de la petite enfance. Rappelons également que les CAMSP sont plus récents et moins nombreux, et donc probablement moins identifiés par les familles.

Un délai d'attente globalement un peu plus court qu'en CMPP mais aussi inégal sur l'ensemble du territoire

Le délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous est de 1,6 mois si l'on considère l'ensemble des CAMSP (tableau 10). L'Auvergne et la Franche-Comté ont des délais d'attente très faibles (respectivement 0,5 et 0,6 mois), alors qu'en Haute-Normandie et dans le Limousin, les délais d'attente sont plus importants (3 mois).

Le délai moyen d'attente avant le début du traitement est ensuite d'environ 2,9 mois. L'attente est quasiment inexistante en Franche-

Comté, alors qu'elle est longue dans le Limousin (7 mois) et proche de 4,5 mois dans plusieurs régions (Bretagne, Champagne Ardenne, Haute-Normandie et Bourgogne).

Le délai moyen d'attente total entre la prise de contact et le début du traitement est de 4,5 mois pour les CAMSP. Il est compris entre 3,4 et 5,8 mois dans la moitié des régions. Mais la Franche-Comté présente des délais d'attente très faibles (0,6 mois), alors que les Antilles-Guyane et le Limousin ont des délais d'attente plus importants (respectivement 10,5 et 10 mois).

Les CMPP et les CAMSP, une prise en charge de proximité

Les CMPP sont des lieux de prise en charge de proximité : 92 % des jeunes accueillis dans un CMPP le sont dans leur département de résidence et, pour 70 % d'entre eux, le centre se situe dans leur propre commune ou dans une

TABLEAU 10

Délai moyens d'attente par région dans les CAMSP en 2006

Régions	Délai moyen d'attente (en mois)		
	Pour le premier rendez-vous	Pour le début du traitement	Total
Île-de-France	1,9	2,6	4,5
Champagne-Ardenne	1,6	4,5	6,1
Picardie	1,7	2,8	4,5
Haute-Normandie	3,0	4,5	7,5
Centre	2,6	4,4	7,0
Basse-Normandie	2,0	0,9	2,9
Bourgogne	1,4	4,4	5,8
Nord-Pas-de-Calais	1,5	2,4	3,9
Lorraine	1,7	1,1	2,8
Alsace	0,9	2,1	3,0
Franche-Comté	0,6	0	0,6
Pays de la Loire	2,6	3,0	5,6
Bretagne	1,7	4,7	6,4
Poitou-Charentes	1,5	2,2	3,7
Aquitaine	2,3	2,4	4,7
Midi-Pyrénées	1,8	2,7	4,5
Limousin	3,0	7,0	10,0
Rhône-Alpes	1,4	3,4	4,8
Auvergne	0,5	2,9	3,4
Languedoc-Roussillon	1,6	2,9	4,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,9	1,9	2,8
Corse	1,3	2,5	3,8
France métropolitaine	1,6	2,9	4,5
Réunion	2,5	0,8	3,3
Antilles-Guyane	1,5	9,0	10,5
France entière	1,6	2,9	4,5

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, enquête ES 2006.

commune limitrophe. Ces données concordent avec d'autres recueillies par ailleurs (Coldefy, 2005). Dans certains départements toutefois, ceux à faible densité de population notamment, ce type d'accueil n'existe pas en 2006. Cela peut en partie expliquer le recours, dans 5 % des cas, à des centres d'autres départements (tableau 11).

Les CAMSP sont aussi des lieux de prise en charge de proximité, puisque 86 % des jeunes accueillis dans les CAMSP sont domiciliés dans le département de leur centre d'accueil, 55 % dans leur commune d'habitation ou dans une commune limitrophe.

L'articulation de la prise en charge des enfants par ces deux types de structures n'est toutefois pas une évidence et les données de l'enquête ES ne permettent pas de traiter cette question. Les réorientations d'enfants d'un CMPP vers

un CAMSP, et vice versa, ne représentent que de 1 % à 2 % des orientations (tableaux 4 et 9). Une étude qualitative récente de la CNSA portant sur un échantillon de 34 CAMSP a abordé la question des collaborations entre les partenaires des secteurs sanitaire, social et médico-social. Elle a mis en évidence que certaines collaborations pouvaient s'instaurer, notamment lorsqu'une structure saturée renvoie une demande vers l'autre structure. Cet échange trouve toutefois ses limites lorsque sur un même territoire CAMSP et CMPP sont tout autant saturés. Cette étude montre également que ces collaborations reposent souvent sur des professionnels exerçant dans les deux types de structures, et notamment quand les deux types de centres sont gérés par un même organisme (CNSA, 2009).

TABLEAU 11

Origine géographique des enfants accueillis au moins une fois en 2006 dans les CMPP et les CAMSP (en %)

Origine des enfants accueillis	CMPP	CAMSP
Département		
du centre d'accueil	92	86
autre	5	7
inconnu	3	7
Commune		
du centre d'accueil	46	30
limitrophe	24	25
autre	24	35
inconnue	6	10

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, enquête ES 2006.

Références bibliographiques

- Caisse nationale solidarité et autonomie (CNSA), 2008, *Les centres d'action médico-sociale précoce. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008*.
- Caisse nationale solidarité et autonomie (CNSA), 2009, *Intervention des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) dans différents contextes sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Étude qualitative réalisée par le CREAI Rhône-Alpes*.
- Coldefy M., 2005, « Les enfants et adolescents pris en charge dans les centres médico-psycho-pédagogiques », *Études et Résultats*, DREES, n° 392.
- INSERM, CCOMS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997, *Enquête nationale sur la population prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés 3 juin-15 juin 1996*, 78 p.
- INSERM, expertise collective, *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, 2002, 887 p.
- Makdessi Y., Masson L., 2010, « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006 », *Document de travail*, DREES, série Statistique, n° 148, septembre.
- Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, 2008-2012, juin 2008. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Programme_pluriannuel_handicap_extranet.pdf

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas

Secrétariat de rédaction : Élisabeth Hini;

Mise en page : La Souris

ISSN : 1958-587X
