



# LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE DES JEUNES HANDICAPÉS

*Bâtiment au sein de l'IME L'Espoir - Rennes*

## EN BRETAGNE

## Préambule

Améliorer la prise en charge et le suivi des enfants en situation de handicap, tant à domicile qu'en institution, constitue un des axes forts du projet régional de santé Bretagne. Pour atteindre cet objectif, l'ARS Bretagne a élaboré un plan d'actions pour les 5 ans à venir, déclinés en 6 points :

- renforcer la prévention et la prise en charge précoce du handicap ;
- renforcer les coordinations des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement, en poursuivant la structuration des relations entre l'ARS et ses partenaires ;
- améliorer l'équité territoriale de l'offre médico-sociale ;
- développer la qualité, l'efficacité et la prise en charge de l'accompagnement médico-social ;
- optimiser la transversalité et la fluidité des parcours ;
- adapter l'offre aux évolutions du public et de ses besoins, notamment grâce à la mise en place d'un système d'observation partagée entre l'ARS Bretagne et ses partenaires institutionnels et associatifs.

Sur le plan opérationnel, le schéma régional d'organisation médico-sociale a retenu sur le champ de l'enfance handicapée deux thèmes prioritaires : le dépistage du handicap et la prise en charge précoce, et les jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissement pour enfants. A cela s'ajoutent des thématiques transversales aux champs des enfants et adultes handicapés : l'observation partagée, le plan bientraitance, la santé mentale.

Pour renforcer l'offre de prise en charge dans la région, le PRIAC Bretagne vise la création de 335 places nouvelles pour l'enfance handicapée entre 2013 et 2016. La répartition sera la suivante : 153 places en SESSAD, 120 places en IME, 4 places en IEM et 48 places en ITEP. De plus, des crédits seront dédiés au développement de CAMSP.

Cette publication a pour objectif de contribuer à l'amélioration des connaissances de la prise en charge des enfants et adolescents handicapés dans la région, en dressant un état des lieux de l'activité des structures médico-sociales pour jeunes handicapés et des caractéristiques des jeunes qui y sont pris en charge. Pour cela, les données utilisées sont celles de l'enquête nationale intitulée «ES handicap 2010», menée en 2011 auprès de toutes les structures médico-sociales pour personnes handicapées.

**Pierre Bertrand**

Directeur de la stratégie et des partenariats - ARS Bretagne



# L'offre médico-sociale pour jeunes handicapés

Au 31 décembre 2011, la Bretagne compte 96 établissements médico-sociaux d'accueil pour enfants et adolescents handicapés et 76 SESSAD (encadré 1). C'est l'offre de prise en charge pour les jeunes déficients intellectuels qui est la plus importante, avec un taux d'équipement en IME de 4,1 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans et un taux d'équipement en SESSAD dédiés à la déficience intellectuelle de 1,5 pour 1 000. Des disparités géographiques de l'offre existent (cartes 1 et 2). On observe notamment que les taux d'équipement sont moins favorables sur le territoire de santé n°3 de Lorient / Quimperlé, que ce soit en termes d'accueil en établissements ou d'accompagnement par un SESSAD.

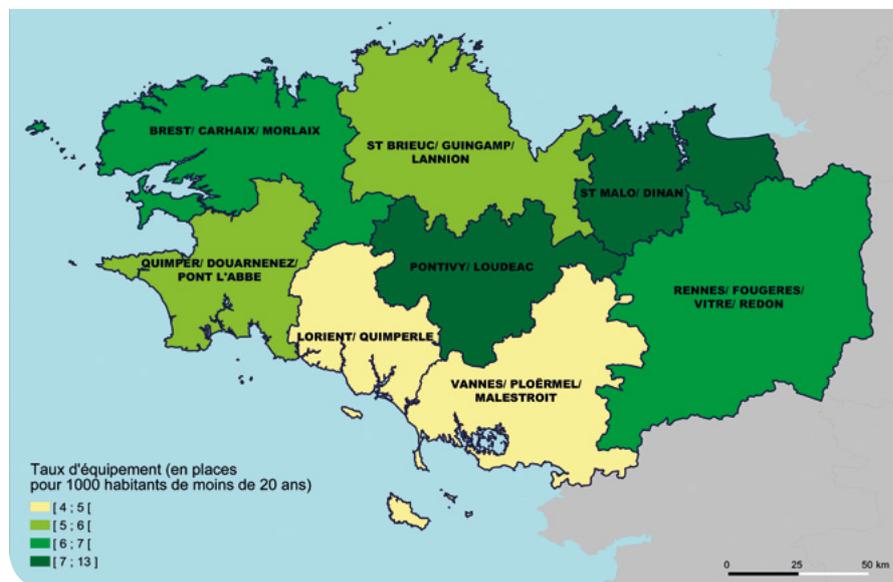
Production ARS Bretagne, décembre 2012

Sources : FINESS au 31/12/2011, capacité installée et INSEE, population du recensement 2009

Champ : IME, ITEP, IEM, EPEAP, établissements pour déficients sensoriels, établissements d'accueil temporaire et établissements expérimentaux pour enfants handicapés

Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

■ **Carte 1 /** Taux d'équipement en établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés en Bretagne, par territoire de santé, au 31 décembre 2011



■ **Encadré 1 /** Les différentes structures médico-sociales qui prennent en charge des enfants et adolescents handicapés

## Les établissements médico-sociaux, proposant l'accueil et l'hébergement des jeunes handicapés

- **Les instituts médico-éducatifs (IME)** accueillent des enfants et adolescents présentant différents types de handicaps (déficience intellectuelle, handicap psychique). Ils dispensent une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours à des techniques de rééducation.
- **Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)** accueillent des enfants et adolescents présentant des troubles psychologiques importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle, qui requièrent des moyens thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques conjugués.
- **Les établissements pour déficients sensoriels** regroupent des instituts d'éducation sensorielle pour jeunes atteints de déficiences visuelles et/ou auditives.
- **Les instituts d'éducation motrice (IEM)** offrent aux jeunes déficients moteurs un soutien pédagogique, un accompagnement éducatif et une prestation médicale adaptée.
- **Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EPEAP)** proposent une prise en charge globale des jeunes polyhandicapés.
- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), pour accompagner le jeune sur son lieu de vie**  
Les SESSAD interviennent dans le cadre d'une intégration scolaire ou de l'acquisition de l'autonomie jusqu'à l'âge de 20 ans. Les SESSAD sont spécialisés par type de handicap\*.
- **Les centres de dépistage et de prise en charge précoce du handicap, proposant des consultations et séances en mode ambulatoire**  
Les centres d'actions médico-sociales précoces (CAMSP) reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont des centres ambulatoires de consultations, diagnostics et soins qui s'adressent aux jeunes de 0 à 20 ans ayant des difficultés psychiques.

\* dans le reste du document, le terme SESSAD englobe l'ensemble des services de ce type, y compris les Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP), les Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS), les Services de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire (SSEFIS) et les Services de Soins et d'Aide à Domicile (SAAD).



## ■ Encadré 2 / L'enquête ES handicap 2010

L'enquête nationale Etablissements Sociaux (ES) est une enquête mise en œuvre par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Depuis 2001, il existe deux enquêtes distinctes : ES «handicap», sur l'activité des établissements et services pour personnes handicapées, et ES «difficulté sociale», sur l'activité des établissements et services pour personnes en difficulté sociale.

L'enquête ES handicap a pour objectifs de dresser un bilan de l'activité des établissements et services en faveur des enfants et adultes handicapés, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont accueillies. L'enquête ES handicap est devenue quadriennale en 2006. La dernière enquête porte sur l'exercice 2010.

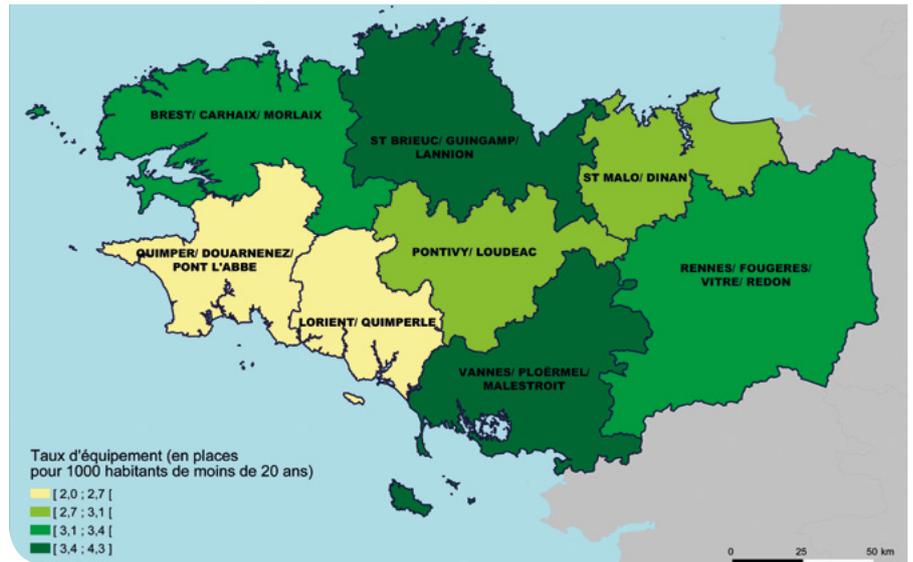
Pour l'enquête ES handicap 2010, les questionnaires ont été envoyés par la DREES en début d'année 2011 à toutes les structures identifiées dans le répertoire national FINESS. Un questionnaire spécifique et adapté a été mis en place pour les CAMSP et CMPP, structures dont l'activité est exclusivement ambulatoire. Dans chaque région, les ARS ont assuré le suivi de la remontée des questionnaires, les relances, la correspondance avec les établissements et services pour répondre à leurs questions et les premiers contrôles de données.

En Bretagne, 644 structures ont été interrogées et le taux de réponse est de 97,3%. Les données décrites dans ce document sont pondérées (par l'inverse du taux de réponse à l'enquête par catégorie de structure, et par une méthode de calage sur marges) de manière à être représentatives de la réalité en respectant, pour chaque type de structure, le nombre de structures, leur capacité d'accueil, le nombre de personnes accueillies au 31 décembre 2010 et le nombre de personnes sorties dans l'année.

Dans ce document, le taux de non-réponse à une question est décrit lorsque celui-ci dépasse 5%.

Toutes les données issues de l'enquête sont déclarées par les établissements. Les consignes de remplissage de l'enquête n'indiquent aucune contrainte quant à la qualification professionnelle de la personne qui déclare les données. Il peut donc s'agir de personnes de différents profils. Cela entraîne une limite particulièrement importante quand il s'agit de la déclaration des données d'ordre médical.

## ■ Carte 2 / Taux d'équipement en SESSAD pour enfants et adolescents handicapés en Bretagne, par territoire de santé, au 31 décembre 2011



Production ARS Bretagne, décembre 2012 - Sources : FINESS au 31/12/2011, capacité installée et INSEE, population du recensement 2009 - Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

## Les services d'accompagnement à domicile encore en progression

Au 31 décembre 2010, les établissements médico-sociaux de Bretagne prennent en charge 4 812 jeunes personnes handicapées. Les SESSAD s'organisent en file active. Toutefois, au 31 décembre 2010, on compte 2449 jeunes accompagnés par un SESSAD (tableau 2). Entre 2006 et 2010, le

nombre global d'enfants et d'adolescents pris en charge par un SESSAD a augmenté de 20%. Cette augmentation est un peu moins forte que celle observée en France, témoignant sans doute du taux d'équipement en SESSAD déjà plus élevé en Bretagne qu'en France en 2006.

### ■ Tableau 1 / Jeunes pris en charge en structures médico-sociales pour enfants et adolescents handicapés en Bretagne au 31 décembre 2010

		CÔTES-D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	BRETAGNE
IME	Nombre de structures	9	12	14	16	51
	Nombre de jeunes pris en charge	655	941	1022	752	3370
ITEP	Nombre de structures	1	4	5	4	14
	Nombre de jeunes pris en charge	42	182	204	87	515
Etablissements pour déficients sensoriels	Nombre de structures	2	2	3	1	8
	Nombre de jeunes pris en charge	124	19	174	82	399
IEM	Nombre de structures	1	1	2	1	5
	Nombre de jeunes pris en charge	55	70	103	50	278
EPEAP	Nombre de structures	3	3	3	0	9
	Nombre de jeunes pris en charge	64	67	75	-	206
Etablissements d'accueil temporaire	Nombre de structures	1	0	2	1	4
	Nombre de jeunes pris en charge	11	-	7	15	33
Etablissements expérimentaux	Nombre de structures	0	0	1	0	1
	Nombre de jeunes pris en charge	-	-	11	-	11
SESSAD	Nombre de structures	15	19	23	16	73
	Nombre de jeunes pris en charge	593	659	718	479	2449
CAMSP	Nombre de structures	3	4	8	3	18
	File active 2010	542	755	1347	927	3 571
CMPP	Nombre de structures	1	6	8	4	19
	File active 2010	320	4615	3023	2146	10 104

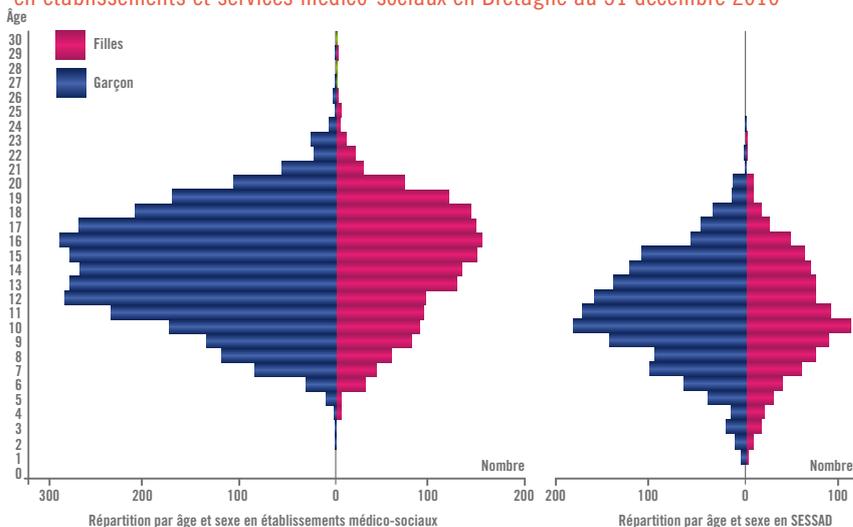
Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne  
Note : possibilité de doubles comptes, un même enfant peut être pris en charge par deux structures simultanément.

# Un public essentiellement masculin et d'âge variable d'une structure à l'autre

Le public des établissements est essentiellement masculin (graphique 1) : 87% des jeunes en ITEP et les deux tiers des usagers des autres établissements sont des garçons. Seuls les EPEAP accueillent un peu plus de filles (52%) que de garçons (48%). L'âge médian des jeunes pris en charge en établissement est de 13 ans.

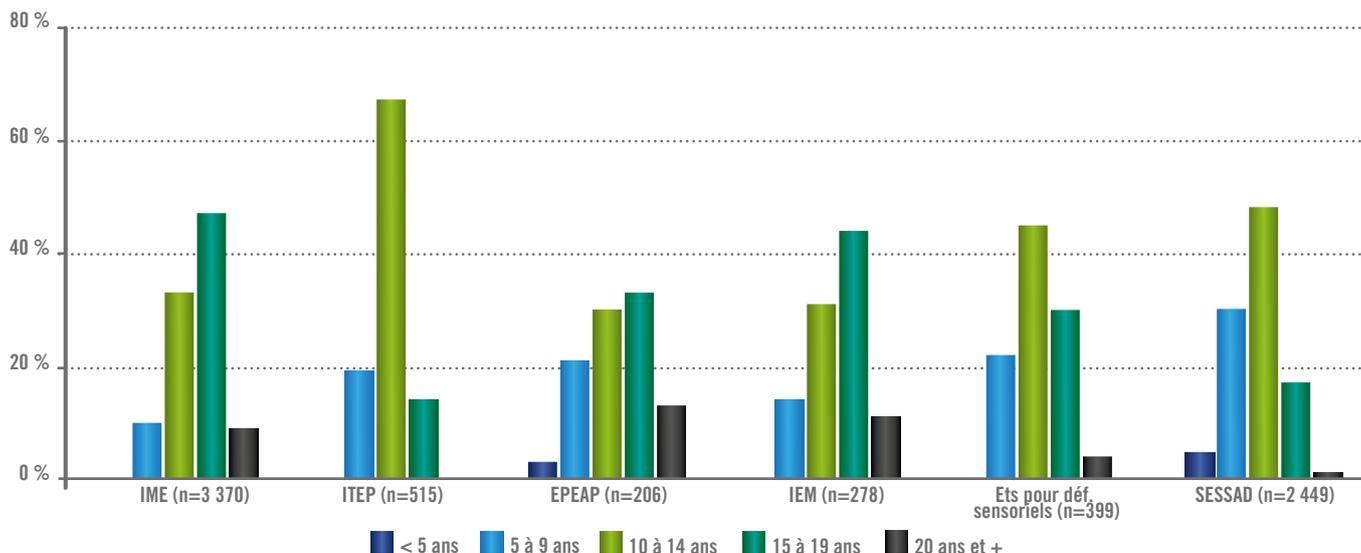
Les SESSAD accompagnent un public majoritairement masculin (deux tiers de garçons) et plus jeune que celui pris en charge en établissement (11 ans en médiane).

■ **Graphique 1 /** Pyramides des âges des enfants et adolescents pris en charge en établissements et services médico-sociaux en Bretagne au 31 décembre 2010



Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne

■ **Graphique 2 /** Répartition par âge des jeunes pris en charge en structures médico-sociales en Bretagne au 31 décembre 2010



Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne  
n : nombre d'enfants et d'adolescents pris en charge dans la structure

La répartition par âge des jeunes pris en charge varie d'une structure à l'autre (graphique 2).

En ITEP, dans la plupart des cas, les jeunes peuvent être accueillis jusqu'à maximum 16 ans, contre 20 ans dans les autres structures. Le public d'ITEP est donc un peu plus jeune que celui des autres établissements : un jeune sur 5 est âgé de moins de 10 ans et 2 jeunes sur 3 sont âgés de 10 à 14 ans.

L'âge des jeunes en établissement est stable par rapport à 2006.



## Une augmentation du nombre de jeunes adultes maintenus en structures pour enfants



Les jeunes adultes peuvent, au titre du dispositif issu de l'amendement Creton, être maintenus au-delà de l'âge limite d'accueil de la structure défini par son agrément, dans l'attente d'une solution de prise en charge notamment en établissement pour adultes handicapés. Au 31 décembre 2010, 391 jeunes sont maintenus en établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton,

ce qui est plus fréquent qu'en 2006 (297 jeunes). Ces jeunes sont répartis de manière assez homogène dans les 4 départements bretons, ce qui n'était pas le cas en 2006 où la moitié d'entre eux étaient accueillis dans le Finistère. Parmi ces jeunes adultes, 60% sont déficients intellectuels, 19% sont atteints de troubles du psychisme, 8% sont poly-handicapés et 7% sont déficients moteur.

## Plus de troubles envahissant du développement (TED) que dans le reste du pays

Pour 27 % des jeunes accueillis en structures médico-sociales, la pathologie à l'origine du handicap n'est pas renseignée dans le questionnaire et pour moins de 1% des jeunes, il est précisé qu'aucune pathologie n'est à l'origine de leur handicap. On peut toutefois supposer que dans une grande partie des cas,

l'absence de réponse est associée au fait qu'aucune pathologie n'est à l'origine du handicap du jeune. Enfin, 13% des jeunes sont atteints de psychose infantile, 11% d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (TED), 7% d'accidents périnataux, 7% de trisomie ou d'autres pathologies génétiques.

Les 25% restants souffrent d'une « autre pathologie » sans précision. En France, le taux de données manquantes à la question de la pathologie est identique, mais la part de jeunes atteints de TED est un peu plus faible : 8% des jeunes sont atteints de psychose infantile et 10% d'autisme et autres TED.

## Une prédominance des déficiences intellectuelles et des troubles du psychisme

La déficience principale, définie comme la déficience la plus invalidante, a été bien renseignée dans le questionnaire (peu de données manquantes). Les déficiences intellectuelles et les troubles du psychisme\* prédominent (graphique 3), comme en 2006 et comme au niveau national.

Les jeunes accueillis en IME souffrent essentiellement de déficiences intellectuelles (77%) et de troubles du psychisme (20%).

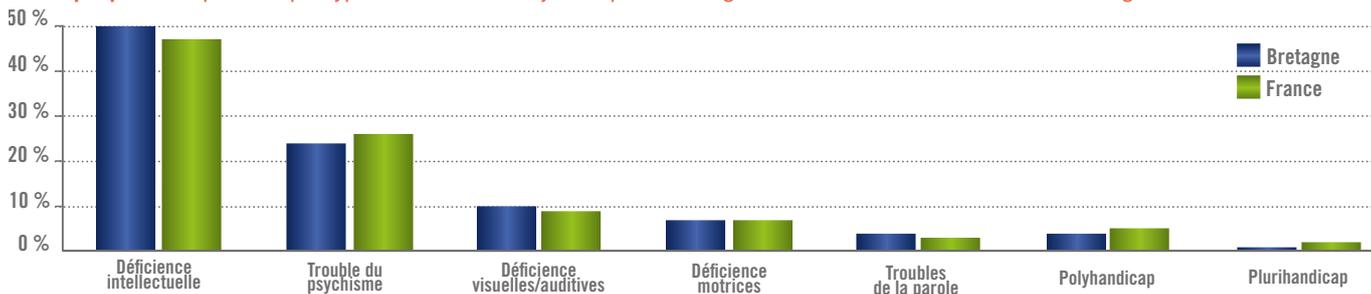
Les jeunes accueillis en établissements pour jeunes déficients sensoriels sont atteints d'une déficience auditive dans 49% des cas, de troubles de la parole et du langage dans 37% des cas et d'une déficience visuelle dans 14% des cas.

Parmi les jeunes pris en charge par un SESSAD, 40% sont atteints de déficience intellectuelle, 22% de troubles du psychisme, 10% de déficience auditive, 10% de déficience motrice, 9% de

déficiences visuelles, 6% de troubles de la parole et du langage et 3% d'autres déficiences.

*\* Les troubles psychiques font partie du champ de la santé mentale. Ils recouvrent les pathologies psychiatriques mais aussi un ensemble de situations de détresse psychologique réactionnelle. Ces troubles sont indépendants des facultés intellectuelles de la personne. La déficience intellectuelle se définit au contraire par une atteinte des facultés intellectuelles de la personne, c'est à dire selon l'OMS par « une capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (troubles de l'intelligence) »*

■ Graphique 3 / Répartition par type de déficience des jeunes pris en charge en structures médico-sociales en Bretagne au 31 décembre 2010



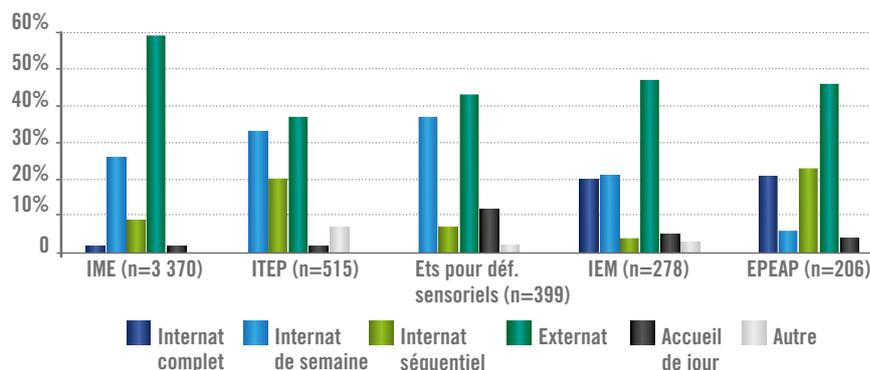
Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne

## Beaucoup de jeunes externes hébergés dans leur famille

Quel que soit l'établissement médico-social, l'externat est le mode d'accueil le plus courant (graphique 4) : il concerne près d'un enfant sur deux. L'internat complet (y compris le week-end), quasiment inexistant en IME et en ITEP, concerne un jeune sur cinq en EPEAP et en IEM.

Parmi les jeunes qui ne sont pas en internat complet dans la structure médico-sociale qui les accueille, 89% sont hébergés dans leur famille ou chez un tuteur et 8% sont en famille d'accueil social. L'hébergement en famille d'accueil social est plus fréquent en IME (11%) et en ITEP (10%).

■ **Graphique 4 / Répartition des jeunes par modalité d'accueil dans les différentes structures médico-sociales de Bretagne au 31 décembre 2010**



Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne  
n : nombre d'enfants et d'adolescents pris en charge dans la structure

## Des recrutements de proximité toujours fréquents

Comme en 2006, 89% des jeunes sont accueillis dans des structures qui se situent dans le département de résidence de leurs parents. Ce recrutement de proximité est particulièrement fréquent en SESSAD (95%) et en EPEAP (93%).



### ■ Encadré 3 / Les dispositifs de scolarisation

Pour répondre aux besoins particuliers des élèves handicapés, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) organise la scolarité de l'élève, assorti des mesures d'accompagnement décidées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). La scolarisation peut être individuelle ou collective, en milieu ordinaire ou en établissement médico-social.

#### Scolarisation individuelle

Les conditions de scolarisation individuelle en école élémentaire ou établissement du second degré varient selon la nature et la gravité du handicap : la scolarisation peut se dérouler sans aucune aide particulière, ou faire l'objet d'aménagements si les besoins de l'élève l'exigent (accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire pour l'aide individuelle (AVS-I) ou pour l'aide mutualisée (AVS-M) et/ou des matériels pédagogiques adaptés).

#### Scolarisation collective

Dans les écoles élémentaires, les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) accueillent des enfants présentant un trouble mental, auditif, visuel ou moteur et pouvant tirer profit d'une intégration en milieu scolaire ordinaire. Les élèves reçoivent un enseignement adapté au sein de la CLIS, et partagent certaines activités avec les autres écoliers.

Dans le secondaire, les jeunes handicapés peuvent être scolarisés dans une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Encadrés par un enseignant spécialisé, ils reçoivent un enseignement adapté qui inclut autant qu'il est possible des plages de scolarisation dans la classe de référence de l'établissement.

#### Scolarisation en établissement médico-social

La scolarisation en établissement médico-social s'inscrit toujours dans le cadre du PPS de l'élève. Elle est mise en œuvre grâce à la présence d'une unité d'enseignement répondant aux besoins spécifiques de chaque jeune handicapé.

#### Enseignement à distance

Le Centre national d'enseignement à distance (Cned) assure le service public de l'enseignement à distance. Pour les élèves handicapés de 6 à 16 ans, le Cned propose un dispositif spécifique, prévoyant notamment un projet personnalisé de scolarisation (PPS) et l'intervention possible, au domicile de l'élève, d'un enseignant répétiteur rémunéré par le Cned.

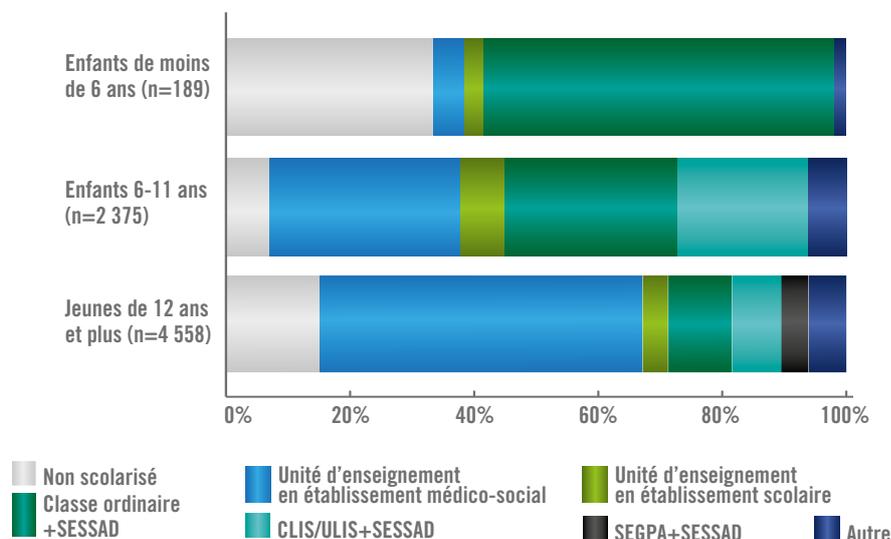
## Des modalités de scolarisation qui se diversifient avec l'âge

Avant l'âge de 6 ans (graphique 5), la scolarisation n'est pas obligatoire. On constate qu'un enfant de moins de 6 ans sur trois n'est pas scolarisé et que la scolarisation en milieu ordinaire avec une prise en charge par un SESSAD est la situation la plus courante (57% des cas).

Chez les enfants de 6 à 11 ans (graphique 5), la scolarisation en unité d'enseignement au sein d'un établissement médico-social concerne 31% des enfants, la scolarisation en milieu ordinaire accompagnée par un SESSAD 28%, et la scolarisation en CLIS accompagnée par un SESSAD 21%. Par ailleurs, 7% des enfants ne sont pas scolarisés. En ITEP, les deux tiers des enfants de 6 à 11 ans sont scolarisés en unité d'enseignement au sein même de l'ITEP et un tiers sont scolarisés en milieu ordinaire. En établissement pour jeunes déficients sensoriels, 57% des enfants de 6 à 11 ans sont scolarisés en unité d'enseignement en établissement scolaire et 39% en unité d'enseignement au sein même de la structure médico-sociale.

Chez les jeunes de 12 ans et plus (graphique 5), les situations de scolarisation sont diverses. Près de la moitié de ces jeunes (43%) sont scolarisés en unité d'enseignement au sein d'un IME, 10% sont scolarisés en milieu ordinaire et accompagnés par un SESSAD, 8% sont en ULIS accompagnés par un SESSAD et 15% ne sont pas scolarisés. Chez les jeunes de plus de 12 ans pris en charge en ITEP, une moitié est scolarisée en unité d'enseignement au sein même de l'ITEP et une autre

■ **Graphique 5 / Modalités de scolarité des jeunes pris en charge en structures médico-sociales en Bretagne au 31 décembre 2010, dans trois groupes d'âge**



Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne  
n : nombre de jeunes dans la classe d'âge

moitié est scolarisée en milieu ordinaire. Dans les établissements pour déficients sensoriels et déficients moteur, la scolarisation en unité d'enseignement au sein même de la structure médico-sociale est la situation la plus courante.

Les jeunes pris en charge en EPEAP se démarquent par un fort taux de non scolarisation qui augmente considérablement avec l'âge : 69% chez les enfants de moins de 6 ans, 80% chez les jeunes de 6 à 11 ans et 91% chez les jeunes de 12 ans et plus.

Les modalités de scolarisation en Bretagne

sont proches de celles observées en France, avec toutefois un accompagnement par les SESSAD un peu plus fréquent en Bretagne.

Par rapport à 2006, on observe un net recul de la non-scolarisation chez les jeunes handicapés de 6 à 11 ans, passant de 19% à 7%. Cette diminution n'est pas observée dans les autres tranches d'âge. Globalement, la scolarisation en unité d'enseignement au sein même des établissements médico-sociaux est plus fréquente en 2010 qu'en 2006, notamment dans les IME et les établissements pour jeunes déficients sensoriels.

## 1 247 jeunes admis en structures médico-sociales en 2010

Au total, 1 247 jeunes ont intégré une structure médico-sociale au cours de l'année 2010. Un jeune sur deux est entré en établissement avant l'âge de 12 ans et un jeune sur deux est entré en SESSAD avant l'âge de 10 ans (tableau 2).

Un tiers des jeunes qui sont entrés en établissement médico-social en 2010 étaient

auparavant scolarisés en classe ordinaire dans un établissement scolaire, 19% étaient en CLIS ou ULIS, 31% étaient en unité d'enseignement, 7% n'étaient pas scolarisés et 8% étaient dans une autre situation. La scolarisation en classe ordinaire était particulièrement fréquente chez les jeunes entrant en ITEP (68%) et plus faible chez ceux entrant en IME (21%).

Les jeunes nouvellement pris en charge par un SESSAD en 2010 étaient majoritairement scolarisés en classe ordinaire dans un établissement scolaire (51%). Un quart étaient en CLIS ou ULIS, 9% en unité d'enseignement, 6% n'étaient pas scolarisés et 9% étaient dans une autre situation.

■ **Tableau 2 / Âge des jeunes entrés en structures médico-sociales en Bretagne en 2010**

CATÉGORIE DE STRUCTURE	NOMBRE DE JEUNES ENTRÉS DANS LA STRUCTURE EN 2010	ÂGE MÉDIAN À L'ENTRÉE DANS LA STRUCTURE (EN ANNÉES)
IME	438	12
ITEP	160	11
Etablissements pour déficients sensoriels	43	10
IEM	37	13
EPEAP	26	8
SESSAD	543	10

Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne

## Des durées de prise en charge plus courtes en ITEP

Près de 800 jeunes ont quitté un établissement médico-social au cours de l'année 2010. La plupart de ces jeunes sont majeurs en sortant (tableau 3). En ITEP où, dans la plupart des cas, les jeunes ne sont autorisés que jusqu'à maximum 16 ans, l'âge médian à la sortie est de 14 ans. La prise en charge en ITEP est plus courte que dans les autres structures : 1 jeune sur 3 reste en ITEP moins de 2 années. A l'inverse, les jeunes entrent tôt en EPEAP et y restent longtemps, mais ce résultat est limité par le faible effectif de sortants de ce type de structure en 2010.

Chez les jeunes sortant d'IME, l'activité la plus courante à la sortie est le travail en ESAT (31% des cas). Par ailleurs, 21% des jeunes sortant d'IME intègrent un autre IME et 10% retournent chez leurs parents sans activité ni prise en charge particulière. La majorité des jeunes sortant d'ITEP (53%) intègrent l'enseignement général ou professionnel ou sont en apprentissage en milieu ordinaire. La plupart des jeunes sortant d'un établissement pour déficients sensoriels intègrent le milieu ordinaire : 35% suivent un enseignement général ou professionnel ou sont en apprentissage,

12% travaillent et 9 % recherchent un emploi en milieu ordinaire. Les 42 jeunes sortis d'IME ont des activités plus variées à leur sortie : à noter notamment que 26% des jeunes intègrent l'enseignement général ou professionnel ou sont en apprentissage en milieu ordinaire, 19% vont en MAS ou en FAM, 10% intègrent un autre IEM, 10% sont hébergés chez leurs parents, sans activité ni prise en charge particulière. Dans les EPEAP, les sorties, peu nombreuses, sont essentiellement suivies d'une entrée en MAS.

■ **Tableau 3 / Âge et durée de prise en charge des jeunes sortis de structures médico-sociales en Bretagne en 2010**

CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT	NOMBRE DE JEUNES SORTIS DE LA STRUCTURE EN 2010	ÂGE MÉDIAN À L'ENTRÉE DANS LA STRUCTURE (EN ANNÉES)	ÂGE MÉDIAN À LA SORTIE (EN ANNÉES)	DURÉE MÉDIANE DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE LA STRUCTURE QUITTÉE (EN ANNÉES)
IME	527	12	19	5
ITEP	147	10	14	3
Etablissements pour déficients sensoriels	59	11	18	6
IEM	42	10	19	9
EPEAP	24	6	21	13
SESSAD	483	9	13	3

Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne



Apprentissage au sein de l'IME La Bretèche (Ille-et-Vilaine)

## Un accompagnement ponctuel des SESSAD, dans la continuité du parcours scolaire

Près de 500 jeunes ont quitté un SESSAD au cours de l'année 2010. Les SESSAD interviennent sur des durées plus courtes que les établissements médico-sociaux : la durée médiane d'accompagnement est de 3 années et un jeune sur deux quitte le SESSAD avant l'âge de 13 ans (tableau 3).

À la sortie du SESSAD, la plupart des jeunes poursuivent leur scolarité : un tiers des jeunes intègrent une unité d'enseignement en établissement médico-social ou scolaire, 17% sont scolarisés en milieu ordinaire, 5% en CLIS, 10% en ULIS et 10% en SEGPA.

## L'orientation vers un CAMSP préconisée dans un cas sur trois par l'hôpital

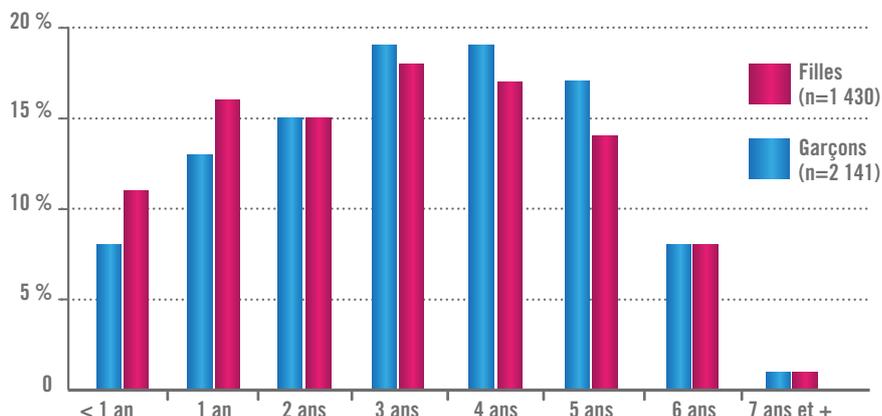
Dans les 18 CAMSP de la région existant en 2010, la file active (nombre de jeunes vus au moins une fois au cours de l'année 2010) est de 3 571 jeunes. Parmi eux, 55% étaient des nouveaux usagers, c'est-à-dire reçus pour la première fois en 2010.

Le délai moyen d'attente entre le premier contact et le premier rendez-vous au CAMSP est de près de 2 mois, comme en France. Comme dans les autres structures médico-sociales, le public accueilli en CAMSP est majoritairement masculin (60%). Un enfant de la file active sur deux est âgé de moins de 3 ans et les garçons sont un peu plus âgés que les filles (graphique 6).

Dans 95% des cas, les enfants pris en charge au CAMSP sont domiciliés dans le même département que le centre.

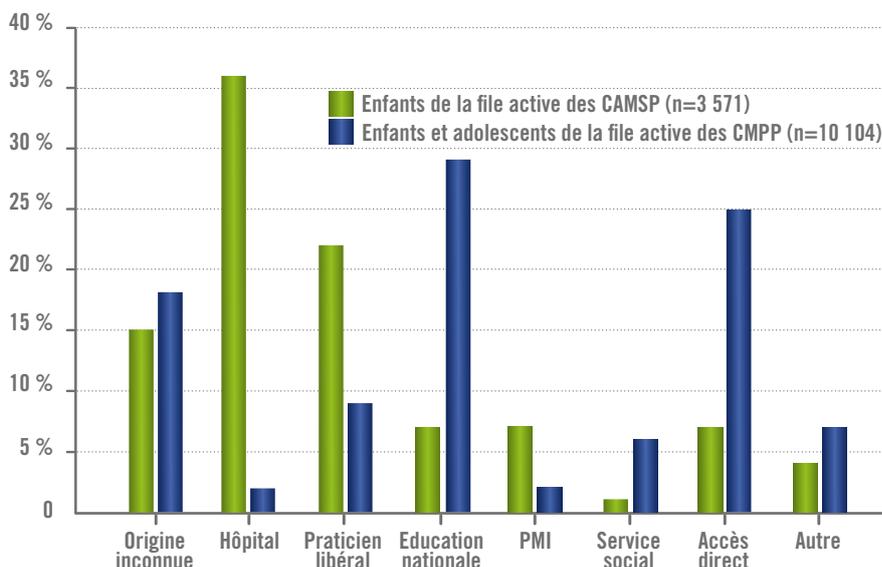
Pour 15% des enfants de la file active, l'origine de l'orientation vers le CAMSP n'est pas rapportée dans le questionnaire, mais dans plus d'un cas sur trois, l'enfant a été adressé au CAMSP par l'hôpital (graphique 7). L'origine de l'orientation était similaire en 2006. Au cours de l'année 2010, 829 enfants ont quitté un CAMSP. L'orientation de ces enfants à leur sortie n'a pas été suffisamment renseignée dans le questionnaire pour être analysée.

■ **Graphique 6 / Répartition par âge des garçons et filles reçus au moins une fois en 2010 dans un CAMSP en Bretagne**



Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne  
n : nombre de filles et de garçons

■ **Graphique 7 / Origine de l'orientation des enfants et adolescents reçus au moins une fois en 2010 dans un CAMSP ou un CMPP en Bretagne**



Source : Enquête ES Handicap 2010 - DREES ; Exploitation : ARS-Bretagne  
n : nombre d'enfants dans la file active

## Dans un cas sur quatre, l'orientation vers un CMPP relève d'une initiative personnelle sans préconisation par un professionnel

Dans les 19 CMPP de la région existant en 2010, la file active est de 10 104 jeunes, dont 37% étaient reçus en CMPP pour la toute première fois en 2010.

Le délai moyen d'attente entre le premier contact et le premier rendez-vous au CMPP est de 2 mois et demi, comme en France.

Les enfants accueillis sont majoritairement des garçons (63%). A l'inverse des CAMSP, les garçons pris en charge en CMPP sont un peu plus jeunes que les filles : 21% ont moins de 7 ans, contre 17% des filles, et 23% ont 12 ans et plus, contre 28% des filles. A noter que 90 jeunes de la file active sont âgés de 19 ans ou plus.

Comme dans les autres structures médico-sociales, la quasi-totalité des jeunes (99%) sont pris en charge dans le département où ils résident. Pour 18 % des jeunes de la file active, l'origine de l'orientation vers le CMPP n'est pas rapportée, mais, dans 29% des cas, l'enfant a été adressé au CMPP par un personnel de l'éducation nationale et dans 25 % des cas, l'enfant a accédé directement au CMPP sans préconisation par un professionnel, à l'initiative personnelle de sa famille ou encore suite à des conseils donnés par des proches ou l'entourage (graphique 6).

Au cours de l'année 2010, 3 467 jeunes ont interrompu leur prise en charge par un CMPP. L'orientation de ces jeunes à leur sortie n'est quasiment pas renseignée dans le questionnaire et par conséquent, ne peut pas être analysée.



### ■ Références

- Tregaro M, Boitard V. Les établissements d'éducation spéciale, l'accueil des enfants handicapés, L'info statistiques (DRASS Bretagne), 2008, n°12, 6 pages
- Masson L. Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) en 2006, in : dossier Solidarité et Santé (DREES), 2011, n°20, pp. 35-47
- Makdessi Y, Masson L. Etablissements et services pour enfants et adolescents handicapés résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologique 1995 à 2006, Document de Travail - Série statistiques (DREES), 2010, n°148, 260 pages
- Le Duff R, Thebault P, Broudic JY, Dreano P, Le Dren A. Etude et analyse des freins à la sortie des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institution pour enfants – étude réalisée par le CREA Bretagne commanditée par l'ARS Bretagne, octobre 2012, disponible sur [www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)

**Directeur de publication :** Alain Gautron

**Auteurs :** Isabelle Romon, Anne Delucq, Valérie Molina

**Conception graphique :** 1440 Publishing - **Iconographie :** Thinkstock - IME la Bretèche (Ille-et-Vilaine) - **Impression :** Groupe Edicolor

**Dépôt légal :** à parution - **N° ISSN :** 2256-7739



**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**

6 place des Colombes  
CS 14253  
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00