



MINISTÈRE DES FINANCES  
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES  
SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



*Contrôle général  
économique et financier*

**N° 14.03.09**



*Inspection générale des  
affaires sociales*

**N° 2014-046R**



*Inspection générale  
de l'éducation nationale*

**N° 2014-090**



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

## **Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé**

Rapport à

Madame la ministre de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur et de la recherche

Monsieur le ministre des finances et comptes publics

Madame la ministre des affaires sociales et de la santé



**MINISTÈRE DES FINANCES  
ET DES COMPTES PUBLICS**

**MINISTÈRE DES AFFAIRES  
SOCIALES ET DE LA SANTÉ**

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE**

*Contrôle général  
économique et financier*

*Inspection générale des  
affaires sociales*

*Inspection générale  
de l'éducation nationale*

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

**N° 14.03.09**

**N° 2014-046R**

**N° 2014-090**

## **Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé**

**Décembre 2014**

Olivier Wickers

François Chieze  
Jean-Louis Daumas

Jean-Pierre Delaubier  
Gilles Pétreault

Martine Caraglio

*Contrôleur général  
économique et financier*

*Membres de l'inspection  
générale des affaires  
sociales*

*inspecteurs généraux de  
l'éducation nationale*

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



## Résumé

Plus de **100 000 enfants, adolescents ou jeunes adultes sont éloignés de l'école** en raison de la maladie ou du handicap dont ils sont porteurs et qui nécessitent une hospitalisation de longue durée ou un accompagnement médico-éducatif lourd.

Il faut souligner **l'extrême diversité de leurs situations et des modalités de leur prise en charge** : entre la population, certes majoritaire, accueillie dans les IME et elle-même très hétérogène, et le public des ITEP, ou celui des hôpitaux de jour, ou encore les jeunes porteurs de poly-handicaps, d'une déficience sensorielle ou d'une grave maladie organique, on peut observer des différences considérables.

La loi reconnaît à tous ces jeunes un triple droit :

- **le droit d'accéder**, autant que possible, à un établissement scolaire de droit commun, avec les élèves de leur âge ;
- **le droit à une scolarité** les conduisant, comme les autres, au plus haut niveau d'inclusion possible dans la société ;
- **le droit à une adaptation de leur parcours** de formation initiale à leurs besoins et aux contraintes qui résultent de leur handicap ou de leur maladie, à travers un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Afin de garantir et de mettre en œuvre ce droit, les textes d'application de la loi du 11 février 2005 prévoient **la création d'unités d'enseignement (UE)** dans les structures spécialisées où sont accueillis ces élèves.

Ces unités regroupent des enseignants dont la mission est, avant tout, **d'organiser, de mettre en place, d'accompagner et de réguler le parcours de formation** de chaque élève à partir du cahier des charges que constitue le PPS formulé par la MDPH. À travers les unités d'enseignement est attendu **un changement profond** par rapport aux dispositifs « scolaires » préexistants :

- **un changement de perspective** : il ne s'agit plus, ou plus seulement, de « scolariser » les jeunes accueillis dans une école interne pour les faire bénéficier d'un enseignement élémentaire, mais bien de concevoir pour chacun et de réaliser un projet de formation dont la finalité est la plus grande autonomie possible dans sa vie d'adulte et sa participation à la société ;
- **un changement de rôle et de posture des enseignants** : leur première responsabilité est désormais de dessiner, de mettre en place et d'accompagner le parcours de chaque élève ; l'enseignement qu'ils dispensent n'est qu'un élément de ce parcours ; l'organisation même de l'équipe pédagogique et son « emploi du temps » sont déterminés par les besoins de chaque élève et les objectifs qui en découlent ;
- **un changement de cadre** : l'unité d'enseignement n'est pas une école interne. Les activités qui y sont conduites se réfèrent à l'école ordinaire et, chaque fois que possible, y prennent place. Elle vise à permettre à chaque élève qui lui est confié de vivre et d'apprendre avec les autres jeunes de son âge.

Ce changement attendu a-t-il été accompli ? À ce stade, la réponse ne peut qu'être négative.

Formellement d'abord, la signature des conventions constitutives a beaucoup tardé et est loin d'être achevée. Elle n'a modifié ni le volume des moyens attribués ni même leur répartition, si ce n'est à travers la suppression de quelques postes, en particulier de direction.

Le fondement même des unités d'enseignement n'est pas en place : les jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux et de santé arrivent sans « projet personnalisé de scolarisation » et, dans la grande majorité des cas, sans même une prescription faisant état de leurs besoins de formation, ne serait-ce que pour leur assurer la continuité du parcours engagé. Il est donc illusoire d'attendre que le projet de l'unité d'enseignement soit « *élaboré à partir des besoins des élèves dans le domaine scolaire, définis sur la base de leurs projets personnalisés de scolarisation* »<sup>1</sup>.

Il est difficile de dire que la formation mise en place répond aux besoins de l'élève, alors que les études disponibles ainsi que les constats de la mission relèvent un nombre important de jeunes dont le nombre reste difficile à arrêter (10 000 ? 20 000 ? 30 000 ?) qui ne bénéficient d'aucune forme de scolarisation, et que le volume d'enseignement dispensé aux autres est souvent très faible. Peut-on parler de parcours de formation quand l'entrée dans l'établissement spécialisé s'accompagne, dans la majorité des cas observés, d'une réduction sensible du temps « de classe » ? Si on peut comprendre que les contraintes thérapeutiques ou la gravité du handicap limitent les possibilités de scolarisation, il est plus difficile d'admettre que la décision de scolariser ou de ne pas scolariser, de réduire le temps de formation ou d'assurer un temps complet ne résulte pas d'une décision de la CDAPH fondée sur une évaluation par une équipe pluridisciplinaire, comme la loi le prévoit.

L'activité scolaire elle-même reste conçue, quel que soit le type d'établissement, sur **le modèle antérieur d'un enseignement primaire** fondé sur une répartition hebdomadaire stable offrant à de petits groupes d'élèves (d'un à six) des temps de classe variant d'une ou deux heures à une vingtaine d'heures avec des contenus centrés sur le français et le « calcul ». L'implication des professeurs n'est pas en cause. L'attention portée à chaque élève est réelle et la volonté d'intégrer l'enseignement dans un travail d'équipe, ouvert aux autres professionnels, a été constatée dans la plupart des sites visités. En revanche, les jeunes concernés, à l'exception de ceux qui sont porteurs de troubles « physiques » et d'une partie du public des ITEP, ne sont pas engagés dans un parcours de formation poursuivi jusqu'à la sortie et mis en œuvre par l'unité d'enseignement. **Les temps de scolarisation se réduisent progressivement à partir de 12 ou 14 ans** et la responsabilité de l'équipe pédagogique, limitée aux apprentissages fondamentaux, ne s'étend qu'exceptionnellement à la formation professionnelle.

Si l'encadrement des établissements et les équipes enseignantes affichent une volonté inclusive, **le nombre des scolarités partagées n'a que faiblement augmenté**. De même, les implantations d'unités d'enseignement ou, pour le moins, de classes dans des établissements ordinaires restent très minoritaires et, presque toujours, résultent de démarches antérieures à 2009 et, pour la plupart, à 2005.

Le dispositif d'enseignement n'a que peu évolué au cours des dernières décennies. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat : la multiplicité des acteurs concernés et l'éparpillement des responsabilités au niveau territorial, l'absence de données fiables et actualisées, y compris sur

---

<sup>1</sup> Arrêté du 2 avril 2009 – article 2.

l'effectif à prendre en compte, le défaut de pilotage qui en résulte, l'insuffisance de l'impulsion nationale et de la communication autour du changement attendu.

Cette situation appelle une mobilisation forte de l'ensemble des acteurs et, en particulier, de l'éducation nationale. Cependant, la mise en place effective d'unités d'enseignement, répondant aux besoins de chaque élève, avec l'ambition de le conduire au plus haut niveau d'inclusion possible, suppose aussi que les MDPH assument pleinement la mission que leur a confiée le législateur, en formulant, pour chaque jeune handicapé orienté vers le médico-social ou accueilli dans un établissement sanitaire, un véritable projet de scolarisation. Les Agences Régionales de Santé (ARS), signataires des conventions, auront un rôle à jouer dans l'évolution de l'offre d'accompagnement médico-sociale qu'une véritable mise en œuvre des unités d'enseignement appellera inévitablement.

Si une impulsion forte de l'institution et la réalisation de PPS apparaissent comme les premières conditions du changement attendu, celui-ci impose aussi d'agir dans trois directions :

- ajuster **les ressources humaines** aux besoins de formation des élèves accueillis ;
- faire des **conventions constitutives** des unités d'enseignements des leviers pour en transformer le fonctionnement ;
- favoriser **un pilotage efficace** par l'installation d'indicateurs pertinents et une évaluation effective des unités d'enseignement.

Enfin, il convient de prendre en compte la très grande diversité des situations des jeunes concernés et des établissements qui les accueillent. En particulier, **le statut même des établissements hospitaliers** ou **la spécificité du public accueilli dans les ITEP** requièrent des approches différentes.





## SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Les unités d'enseignement, un dispositif défini en application des principes posés par la loi ...</b>	<b>2</b>
1.1. Ce que dit la loi.....	2
1.2. Les unités d'enseignement : un dispositif conçu pour garantir le droit à la formation des jeunes les plus lourdement handicapés .....	3
1.3. L'aboutissement d'une histoire.....	6
<b>2. Qui sont les jeunes accueillis dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ?.....</b>	<b>9</b>
2.1. Une population hétérogène et difficile à cerner.....	9
2.2. Que sait-on de ces jeunes ?.....	10
2.3. Le médico-social : plus de 100 000 enfants et adolescents accueillis dans 2 100 établissements .....	16
2.3.1. <i>Des situations différentes.....</i>	<i>17</i>
2.3.2. <i>La décision d'orientation : la maison départementale des personnes handicapées, un acteur majeur</i>	<i>22</i>
2.4. Le sanitaire .....	26
<b>3. Les unités d'enseignement : quelle réalité en 2014 ? .....</b>	<b>29</b>
3.1. Un modèle sous-jacent très majoritaire.....	29
3.1.1. <i>Une présence de locaux « scolaires » identifiés comme tels.....</i>	<i>30</i>
3.1.2. <i>Une équipe de professeurs des écoles.....</i>	<i>31</i>
3.1.3. <i>Une coordination.....</i>	<i>32</i>
3.1.4. <i>Un fonctionnement par petits groupes .....</i>	<i>33</i>
3.1.5. <i>Des nuances en fonction du type d'établissement .....</i>	<i>36</i>
3.2. Quel changement ? .....	38
3.2.1. <i>Des conventions constitutives centrées sur les moyens .....</i>	<i>38</i>
3.2.2. <i>Des projets formalisés pour définir le fonctionnement scolaire.....</i>	<i>39</i>
3.2.3. <i>Des projets pédagogiques individuels peu encadrés.....</i>	<i>41</i>
3.3. Une faible diversification des modalités de scolarisation.....	42
3.3.1. <i>La classe externalisée, un premier pas vers l'inclusion .....</i>	<i>42</i>

3.3.2.	<i>Une proportion très limitée de scolarités partagées.....</i>	45
3.3.3.	<i>De rares formules s'appuyant sur un SESSAD .....</i>	47
3.3.4.	<i>Des circuits de décision quant aux modalités de scolarisation.....</i>	47
3.4.	L'unité d'enseignement en milieu sanitaire, une réponse à un autre besoin ?.....	48
<b>4.</b>	<b>Les élèves : quels parcours de formation ? .....</b>	<b>51</b>
4.1.	En majorité, les jeunes accueillis ont été scolarisés avant leur entrée.....	51
4.2.	Une rupture .....	53
4.3.	Le parcours de formation du jeune pendant son séjour dans l'établissement .....	57
4.4.	Et après.....	64
4.5.	La validation des acquis : des réponses locales .....	68
<b>5.</b>	<b>Quels moyens humains au service de la mise en place des unités d'enseignement ? .....</b>	<b>70</b>
5.1.	Un coût modéré et stable, mais avec quelle efficience ?.....	70
5.2.	Les ressources humaines : des professeurs des écoles inégalement formés .....	76
5.3.	Une hétérogénéité territoriale peu lisible .....	80
<b>6.</b>	<b>Quel pilotage?.....</b>	<b>83</b>
6.1.	Une impulsion faible et tardive .....	83
6.2.	L'insuffisance des données disponibles .....	84
6.3.	Au niveau local, une constellation d'acteurs .....	87
6.4.	Un obstacle majeur : l'absence de projet personnalisé de scolarisation.....	90
6.5.	Quelle volonté de changement ? .....	91
<b>7.</b>	<b>Vers des conclusions... .....</b>	<b>93</b>
	<b>Préconisations.....</b>	<b>95</b>
	<b>Mise en œuvre des préconisations .....</b>	<b>101</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>105</b>

## Introduction

La loi du 11 février 2005 pose clairement le droit de tout enfant, adolescent ou adulte en situation de handicap à une formation scolaire, professionnelle ou supérieure correspondant à ses besoins et à ses aspirations<sup>2</sup>. Afin que ce droit puisse être appliqué au bénéfice des élèves accueillis dans des établissements de santé ou médico-sociaux, le décret du 30 décembre 2005<sup>3</sup> prévoit la mise en place, dans ces établissements, d'unités d'enseignement. La mission de ces unités est d'organiser pour chacun de ces élèves un parcours de formation conforme à son projet personnalisé de scolarisation.

Par note conjointe des directeurs de cabinet du ministre de l'éducation nationale, du ministre de l'économie et des finances, de la ministre des affaires sociales et de la santé, de la ministre déléguée à la réussite éducative et de la ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion, du 21 février 2014, il a été demandé au contrôle général économique et financier, à l'inspection générale de l'éducation nationale, à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche « *d'analyser les atouts et les faiblesses du dispositif existant ainsi que ses possibilités d'évolutions* ». Cette mission conjointe devait, dans la perspective de la modernisation de l'action publique, « *formuler des propositions afin de faciliter la signature des conventions prévues à l'article D.351-18 du code de l'éducation, de permettre une meilleure collaboration entre les différents professionnels et de fournir aux élèves scolarisés en unités d'enseignement un service scolaire de meilleure qualité* ». À cette fin, une attention particulière devait être portée à l'orientation et à l'accueil des jeunes concernés, à la formulation du projet de chacun d'entre eux, au dispositif de scolarisation mis en place pour répondre à leurs besoins et enfin au choix du lieu d'implantation des unités d'enseignement, en examinant les conséquences de ce choix, en particulier lorsque l'installation a été réalisée en milieu ordinaire.

Afin de répondre à ces demandes, les inspections générales ont souhaité visiter des établissements médico-sociaux ou de santé, situés dans neuf départements<sup>4</sup>, observer le fonctionnement des unités d'enseignement et les activités scolaires mises en œuvre et rencontrer les acteurs locaux concernés, qu'il s'agisse des enseignants et des autres professionnels entourant les élèves, des parents, des cadres des établissements et des associations gestionnaires, ou encore certains responsables départementaux et régionaux des institutions publiques (éducation nationale, agences régionales de santé, maisons départementales des personnes handicapées).

Par ailleurs, la mission s'est efforcée de rassembler les données et informations disponibles et de rencontrer le plus grand nombre possible de représentants des administrations et des partenaires impliqués dans l'éducation et la formation des jeunes en situation de handicap.

Dans le présent rapport, les rédacteurs, après avoir précisé le cadre normatif dans lequel s'inscrit la mise en place des unités d'enseignement, se sont interrogés sur la population effectivement prise en charge dans les établissements médico-sociaux ou de santé, avant d'examiner la réalité de la mise en

---

<sup>2</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, articles 19, 20 et 21.

<sup>3</sup> Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap (article 14).

<sup>4</sup> En un premier temps, l'enquête s'est déroulée dans les départements suivants : Côte d'Or, Gironde, Nord, Seine-Maritime, Val d'Oise et Vaucluse. Des visites plus ponctuelles ont ensuite été réalisées dans les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône et le Pas-de-Calais.

place de ces unités et des parcours de formation des jeunes concernés. Enfin, ils ont tenté de recenser les freins et les leviers rencontrés afin de proposer des évolutions envisageables pour conduire ces jeunes, lourdement handicapés, à une plus grande réussite de leur insertion et de leur vie d'adultes.

## 1. Les unités d'enseignement, un dispositif défini en application des principes posés par la loi

### 1.1. Ce que dit la loi

Les unités d'enseignement s'inscrivent d'abord dans la perspective des grands principes qui fondent le système éducatif français. Il suffit de se référer au premier article du code de l'éducation :

*« Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté »<sup>5</sup>.*

La loi du 8 juillet 2013 renforce ce droit de chacun à l'éducation en introduisant la notion d'« inclusion » :

« Le service public de l'éducation (...) reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. **Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants sans exception** »<sup>6</sup>.

À travers cet article, on peut dégager trois idées essentielles :

- toute personne, quels que soient son origine, sa situation ou son état doit **bénéficier d'une formation initiale et continue** ;
- à cette fin, chacun doit pouvoir **accéder à l'école sans aucune discrimination** ;
- il appartient à l'école de s'adapter et de s'organiser pour **répondre à la situation et aux besoins de chacun**<sup>7</sup>.

**La loi du 11 février 2005 définit** l'application de ce droit général à la situation particulière des jeunes handicapés. L'éducation y est conçue comme une dimension d'une action plus large et cohérente contribuant à la réalisation du « projet de vie » de cette personne. Dans ce cadre, sont affirmés deux principes :

- **celui du droit de tout élève handicapé à une scolarisation en milieu ordinaire** : il s'agit d'abord du droit à l'inscription dans l'école ou l'établissement « *le plus proche de son domicile qui constitue l'établissement de référence* », mais surtout du droit à une scolarisation effective en milieu ordinaire :

---

<sup>5</sup> Code de l'éducation : article L.111-1.

<sup>6</sup> Code de l'éducation : article L.111-1 (inséré par la loi du 8 juillet 2013).

<sup>7</sup> Dans le même article, on peut lire : « *Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants* ».

*« Dans ses domaines de compétence, l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés »<sup>8</sup>.*

Désormais, c'est la formation en milieu ordinaire qui constitue la norme et non plus l'enseignement « spécialisé » ou « adapté ». L'élève handicapé est « de droit » à l'école ; il n'y est pas accepté ou accueilli parce qu'on veut bien « l'intégrer ». Le handicap ne saurait justifier un refus d'admission dans le système éducatif commun, refus auquel les parents sont en droit de s'opposer :

- **celui du droit à un parcours personnalisé** : l'école a non seulement le devoir d'admettre et de scolariser le jeune en situation de handicap, mais aussi celui de construire l'itinéraire de formation le mieux adapté aux besoins particuliers de l'enfant ou de l'adolescent. Cela suppose **une évaluation** de ces besoins, la construction d'un parcours adapté à travers **un projet personnalisé de scolarisation (PPS)** et la mobilisation des **moyens nécessaires** à sa réalisation.

Le suivi et le réajustement du projet sont mis en œuvre grâce à l'installation d'**équipes de suivi de la scolarisation (ESS)**<sup>9</sup>. Une fonction nouvelle, celle d'**enseignant-référent**, est créée afin d'accompagner les élèves et leurs familles et d'assurer ce suivi<sup>10</sup>.

Ce double droit des jeunes handicapés, le droit à l'école et le droit à la personnalisation du projet, **s'impose à l'éducation nationale** et cela, quelles que soient la nature et la sévérité du trouble porté par l'élève, y compris lorsque celui-ci est accueilli dans une structure de soin. La loi de 2005 instaure **des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)**<sup>11</sup> qui, seules, ont compétences pour décider de dérogations au droit commun, pour établir le projet personnalisé de chaque élève handicapé et pour définir les adaptations et les moyens nécessaires. Il appartient à l'éducation nationale (et aux autres services publics) de mettre en œuvre ces décisions.

## **1.2. Les unités d'enseignement : un dispositif conçu pour garantir le droit à la formation des jeunes les plus lourdement handicapés**

L'ensemble des dispositions évoquées ci-dessus **s'applique intégralement** aux élèves dont la situation nécessite une prise en charge dans une structure particulière, sanitaire ou médico-sociale. Comme les autres enfants et adolescents en situation de handicap, ils bénéficient d'un **projet personnalisé de scolarisation**. Comme les autres, ils sont suivis par un **enseignant référent** qui réunit régulièrement **une équipe de suivi de la scolarisation**<sup>12</sup>. Comme les autres, ils ont le droit d'être

---

<sup>8</sup> Article 19 de la loi du 11 février 2005.

<sup>9</sup> Article 19 de la loi du 11 février 2005.

<sup>10</sup> C'est le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 (articles 9 et 10) qui crée cette fonction de « *référent pour la scolarisation des élèves handicapés* », chargé, en particulier de favoriser « *la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation* ».

<sup>11</sup> Articles 64 et 66 de la loi du 11 février 2005. Les *commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées* sont mises en place, dans chaque département, au sein des *maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)*. Ce sont les MDPH qui ont la responsabilité de l'évaluation des besoins (équipes pluridisciplinaires d'évaluation) et de la préparation des décisions de la CDAPH.

<sup>12</sup> Ce point sera clairement confirmé dans l'article 6 de l'arrêté du 2 avril 2009 évoqué *infra* : « (...), une *équipe de suivi de la scolarisation assure la facilitation de la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé de scolarisation de chaque élève. L'enseignant référent de chacun des élèves scolarisés dans le cadre de l'unité d'enseignement réunit et anime l'équipe de suivi de la scolarisation dans les conditions prévues à l'article D.*

**inscrits** (et, dès lors que cela est possible, scolarisés effectivement) dans **leur établissement de référence**<sup>13</sup>.

Toutefois, en fonction de leurs besoins et de leur situation, ils peuvent aussi être accueillis dans un établissement scolaire autre que leur établissement de référence, ou encore bénéficier d'un enseignement à l'intérieur même de la structure qui les accueille.<sup>14</sup> Dans tous les cas, **les modalités de déroulement de la scolarité de chaque élève « sont précisées dans son projet personnalisé de scolarisation »**<sup>15</sup>.

La décision d'orientation vers un établissement médico-social (ou la prise en charge par un établissement sanitaire) n'induit pas un mode de scolarisation et, encore moins, un parcours de formation limité au cadre strict de la structure d'accueil. **Il ne s'agit pas d'une orientation « scolaire »**. Si, néanmoins, elle prend en compte les acquis scolaires et si elle implique un certain nombre de contraintes qui sont de nature à peser sur le contexte des apprentissages, elle ne saurait interrompre la progression d'un élève ou réduire le temps de formation auquel il a droit. La loi de 2005 conduit à distinguer les deux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées : la décision d'orientation de la personne vers le milieu médico-social et **la formulation d'un projet personnalisé de scolarisation qui s'impose à la structure d'accueil comme à l'éducation nationale**.

C'est dans ce cadre nouveau que sont créées **les « unités d'enseignement »** (décret n° 1752 du 30 décembre 2005). Leur mission première est la mise en œuvre de « *tout dispositif d'enseignement concourant à la réalisation du projet personnalisé de scolarisation, au service du parcours de formation de l'élève* »<sup>16</sup>.

Si la mission et le cadre général (principe de conventionnement) des « unités d'enseignement » résultent des textes de 2005 et, singulièrement, du décret du 30 décembre, ce n'est qu'en 2009, que seront précisées les modalités de création et de fonctionnement des « unités d'enseignement » à travers un décret et un arrêté<sup>17</sup>. On peut dégager sept points clefs qui caractérisent le changement apporté par les « unités d'enseignement » :

- **un projet pédagogique dont le seul objectif est la réalisation des projets personnalisés de scolarisation** : l'unité d'enseignement n'est pas une école, mais plutôt un dispositif souple qui doit répondre à la diversité des besoins, des acquis, des parcours et des contraintes générées par les troubles. Elle doit à la fois mettre en place et accompagner des scolarités, accomplies pour tout ou partie, en école, collège ou lycée, assumer à plein temps la formation de certains élèves dont l'état de santé ne permet pas encore un accueil en milieu ordinaire, faire entrer dans les apprentissages des enfants porteurs de troubles sévères et surtout s'adapter à l'évolution de chaque situation. Le projet pédagogique est le document fédérateur qui va permettre à l'équipe enseignante l'organisation optimale pour assumer cette diversité des besoins. Il est, d'une certaine

---

*351-12 du code de l'éducation et par l'arrêté du 17 août 2006 relatif aux enseignants référents et à leurs secteurs d'intervention, quels que soient le lieu et le mode de scolarisation de ces élèves ».*

<sup>13</sup> Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 – article 1<sup>er</sup>.

<sup>14</sup> Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 – article 1<sup>er</sup>.

<sup>15</sup> Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 – article 1<sup>er</sup>.

<sup>16</sup> Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 – article 15.

<sup>17</sup> Décret n°2009-378 et arrêté du 2 avril 2009.

manière, la résultante de l'ensemble des « PPS » des élèves accueillis dans l'établissement. « *Il est élaboré à partir des besoins des élèves dans le domaine scolaire, définis sur la base de leurs projets personnalisés de scolarisation* »<sup>18</sup> ;

- **une référence constante à l'école ordinaire** : l'enfant ou l'adolescent accueilli en établissement médico-social ou de santé doit bénéficier d'un enseignement construit en « *en référence aux programmes scolaires en vigueur, et en complément de l'enseignement reçu au sein des établissements scolaires* »<sup>19</sup>. L'unité d'enseignement est conçue pour faciliter, adapter et accompagner son parcours dans le système commun. Son rôle n'est pas d'installer un enseignement spécial, mais bien d'aider chacun à progresser dans l'école de tous ;
- **un principe général de « coopération »** : l'action de l'unité d'enseignement ne peut être isolée ; elle concerne des jeunes qui ont besoin, à la fois, d'un accompagnement thérapeutique, social et éducatif à l'intérieur d'une structure spécifique et d'une formation adaptée à leur situation et à leur projet. Il est évident que les réponses à ces besoins doivent être concertées et coordonnées, et cela à deux niveaux : d'une part, à l'intérieur de l'établissement sanitaire ou médico-social (ESMS), d'autre part, avec l'établissement scolaire de référence ou avec celui dans lequel l'élève poursuit effectivement tout ou partie de sa formation.

À l'intérieur de l'ESMS, **l'unité d'enseignement est partie intégrante de la structure** et son projet pédagogique « *constitue un volet du projet de l'établissement ou service médico-social, ou du pôle de l'établissement de santé* »<sup>20</sup>. De la même manière, la mise en œuvre du « PPS » de chaque élève est un volet de son **plan individualisé d'accompagnement (PIA)**<sup>21</sup> élaboré par l'établissement (ESMS) pour répondre, de manière cohérente, à l'ensemble de ses besoins<sup>22</sup>. Les enseignants qui travaillent dans l'unité d'enseignement ne peuvent donc concevoir leur action quotidienne qu'en liaison étroite avec les autres personnels qui « *contribuent étroitement à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation* »<sup>23</sup>.

Avec l'établissement de référence et/ou de scolarisation effective, **le lien entre l'équipe des professeurs de l'école, du collège ou du lycée concernés et celle de l'unité d'enseignement (et de l'ensemble des autres professionnels)** est tout aussi important. Il est formalisé à travers une convention de coopération « *qui précise les modalités pratiques des interventions des professionnels et les moyens disponibles mis en œuvre par l'établissement ou le service au sein de l'école ou de l'établissement d'enseignement pour réaliser les actions prévues dans le projet personnalisé de scolarisation de l'élève (...)* »<sup>24</sup>.

- **la nécessité d'une convention constitutive** : si tous les enfants ou adolescents accueillis dans un établissement sanitaire ou médico-social doivent bénéficier d'une formation scolaire (et d'un PPS), celle-ci ne suppose pas nécessairement la mise en place d'une

---

<sup>18</sup> Arrêté du 2 avril 2009 – article 2.

<sup>19</sup> Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 – article 1<sup>er</sup>.

<sup>20</sup> Arrêté du 2 avril 2009 – article 2.

<sup>21</sup> ou, dans les ITEP, *plan personnalisé d'accompagnement (PPA)*.

<sup>22</sup> Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 – article 1<sup>er</sup> : « *La mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation prévu à l'article L. 112-2 du code de l'éducation constitue l'un des volets du projet individualisé d'accompagnement.* »

<sup>23</sup> Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 – article 1<sup>er</sup>.

<sup>24</sup> Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 – article 1<sup>er</sup>.

unité d'enseignement. Le décret de 2005 précise qu'une unité d'enseignement « **peut être créée** » pour des jeunes « *qui ne peuvent effectuer leur scolarité à temps plein dans une école ou un établissement scolaire* »<sup>25</sup>. La création d'une unité d'enseignement résulte d'un accord conventionnel entre l'éducation nationale (ou autre service public compétent) et l'établissement (ESMS) qui constatent conjointement la nécessité de celle-ci pour réaliser les projets personnels de scolarisation des élèves accueillis et décident de collaborer à cette fin ;

- **ue équipe d'enseignants composée en fonction du projet pédagogique et des besoins des élèves** : quantitativement, les moyens sont définis sous la forme d'une dotation globale horaire, ce qui permet une souplesse d'utilisation. Les personnels peuvent être issus **du premier ou du second degré**. L'arrêté de 2009 rompt avec la tradition d'une implantation systématique de postes primaires constituant une « école spécialisée » quels que soient l'âge et les besoins réels des élèves. De même, la responsabilité de l'unité d'enseignement peut s'étendre aussi à la formation initiale professionnelle, ce qui peut tout à fait justifier la présence de PLP (professeurs de lycée professionnel)<sup>26</sup>. Quelle que soit leur origine, les professeurs qui sont affectés aux unités d'enseignement doivent néanmoins être titulaires d'une spécialisation<sup>27</sup> ;
- **une implantation qui n'est pas obligatoirement au sein de l'ESMS** : la première possibilité évoquée à l'article 10 du décret de 2009 est son positionnement à l'intérieur d'un établissement scolaire :  
« *L'unité d'enseignement est organisée selon les modalités suivantes :*  
**1° soit dans les locaux d'un établissement scolaire ;**  
**2° soit dans les locaux d'un établissement ou d'un service médico-social ;**  
**3° soit dans les locaux des deux établissements ou services ».**
- **une évaluation régulière** : les conventions constitutives doivent être révisées tous les trois ans (deux ans pour la première révision). L'arrêté de 2009 prévoit, au même rythme, une évaluation de l'unité d'enseignement. Il s'agit de « *mesurer l'effectivité des dispositions prévues par la convention et en particulier le stade de réalisation des objectifs de son projet pédagogique* ». Cette évaluation, accomplie par les corps d'inspections de l'éducation nationale, doit déboucher sur un rapport assorti de préconisations.

### 1.3. L'aboutissement d'une histoire

La volonté « d'éduquer » et de « scolariser » tous les élèves en situation de handicap, quels que soient la nature et la gravité du trouble qui génère celui-ci n'est, évidemment, pas nouvelle en France. Les unités d'enseignement ne constituent qu'une étape dans une longue histoire. Dans le

---

<sup>25</sup> Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 – article 14.

<sup>26</sup> Par exemple, à l'article 2 du décret du décret du 2 avril 2009, il est précisé que les unités d'enseignement ont, entre autres, la mission de dispenser « *un enseignement professionnel intégrant l'initiation et la première formation professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels.* »

<sup>27</sup> « Les enseignants exerçant dans le cadre des unités d'enseignement sont détenteurs du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, pour l'enseignement adapté et la scolarisation des élèves handicapés (CAPA-SH) ou du certificat complémentaire pour les aides spécialisées, pour l'enseignement adapté et la scolarisation des élèves handicapés (2CA-SH). » - Arrêté du 2 avril 2009.



cadre de ce rapport, il n'est pas possible de retracer celle-ci. On ne présentera ici qu'un schéma destiné seulement à mettre en évidence les changements apportés par les textes issus de la loi de 2005.

Jusqu'au 19<sup>e</sup> siècle, les personnes les plus démunies, les « infirmes », les aveugles, les « sourds-muets », étaient pris en charge par des institutions « charitables », très diverses, majoritairement religieuses, ou restaient dans les familles. La volonté d'apporter une éducation, dans un cadre public, aux enfants porteurs de troubles graves<sup>28</sup> s'inscrit sans doute dans le prolongement des lois fondatrices de l'école publique. Il s'agissait d'apporter à tous, sans exception **une instruction primaire obligatoire**.

La création des classes et écoles de perfectionnement, en 1909, doit être resituée dans ce cadre. Souvent citée comme l'origine de l'enseignement « spécial » ou « spécialisé », la loi du 15 avril 1909, établit un certain nombre de principes qui, jusqu'au début des années 2000 (et encore aujourd'hui), traversent les modalités de scolarisation des élèves handicapés en France<sup>29</sup> :

- le regroupement dans **des classes spécifiques** (« créées pour les enfants arriérés des deux sexes (...) de six à treize ans ») ;
- le positionnement de ces classes dans **le champ de l'enseignement primaire** (« annexées aux écoles élémentaires publiques »)<sup>30</sup> ;
- la création **d'écoles spéciales** (dites « autonomes ») pour les élèves « qui, vers treize ans, seront reconnus incapables d'apprendre une profession au-dehors »<sup>31</sup>, écoles « **mises au nombre des établissements d'enseignement primaire publics** » ;
- la mise en place dans ces écoles d'un « **enseignement professionnel** », en plus de la poursuite de « l'instruction primaire » ;
- la nomination, dans ces classes et écoles, d'instituteurs et d'institutrices titulaires « du **diplôme spécial** créé pour l'enseignement des arriérés »<sup>32</sup> ;
- l'admission des élèves par **une commission spécifique** « composée de l'inspection primaire, d'un directeur ou maître d'une école de perfectionnement et d'un médecin »<sup>33</sup>.

Jusqu'à la guerre de 39-45, l'éducation spéciale ne se développera que progressivement<sup>34</sup> à travers des initiatives diverses. On voit apparaître les écoles de plein-air pour les enfants malades (en particulier tuberculeux), mais surtout les premières mobilisations associatives (pupilles de l'école publique : 1915 ; Association des paralysés de France : 1933 ; etc.).

---

<sup>28</sup> La notion de handicap (ou de trouble) n'est évidemment pas présente dans les textes du 19<sup>e</sup> ou du début du 20<sup>e</sup> siècle. On trouve une constellation de situations sous des termes très variés : infirmes, arriérés, etc. Le point commun de ces situations n'est pas encore perçu, si ce n'est dans une approche sociale : le besoin caritatif, puis le besoin d'assistance.

<sup>29</sup> Par delà les classes de perfectionnement qui ont persisté pendant presque un siècle, on peut considérer que les SEGPA, les EREA (ex-écoles nationales de perfectionnement), mais aussi les IMP ou les IMPro, sont restés ancrés dans ce cadre fondateur.

<sup>30</sup> Article 1 de la loi du 15 avril 1909.

<sup>31</sup> Article 2 de la loi du 15 avril 1909.

<sup>32</sup> Article 7 de la loi du 15 avril 1909.

<sup>33</sup> Article 11 de la loi du 15 avril 1909.

<sup>34</sup> Les classes de perfectionnement seront, au départ, peu nombreuses ; leur multiplication est surtout constatée à partir de 1945.

C'est surtout à partir de 1945 que va se développer très rapidement un enseignement (ou une éducation) destiné à « *l'enfance inadaptée* » à la fois à l'intérieur du système public<sup>35</sup> et à l'extérieur, pour les plus handicapés, sous l'effet conjoint d'une multiplication des initiatives associatives et du financement par l'assurance maladie. **Les « établissements spécialisés »**, tels qu'on peut les connaître aujourd'hui, sont nés dans ce contexte, formalisés par le décret de 1946<sup>36</sup> et surtout par celui du 9 mars 1956<sup>37</sup> dont les annexes établissent une typologie des établissements sanitaires ou médico-sociaux et surtout les conditions auxquelles doit répondre chacun pour bénéficier d'une autorisation. L'annexe XXIV, souvent citée, constitue un véritable cahier des charges des IMP, IMPro et instituts de rééducation (devenus instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), en 2005) qui malgré la révision du texte initial<sup>38</sup>, a figé une organisation que l'on retrouve encore aujourd'hui. Ainsi, la présence d'enseignants et d'éducateurs, dans sa définition de 1956, induit un modèle dont on perçoit encore la prégnance dans les établissements visités.

**La loi n° 75-534 du 30 juin 1975** est la première à évoquer la notion même de handicap à instituer **un droit de la personne handicapée** et à poser **l'objectif de l'intégration** de celle-ci dans la société et dans la vie ordinaire. Il s'agit d'assurer « *chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie* » (article 1<sup>er</sup>).

Ainsi, sur le plan éducatif, elle conforte **le droit à la formation** et ouvre **la voie de l'intégration scolaire**.

*« Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation scolaire. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit à défaut une éducation spéciale déterminée en fonction des besoins de chacun d'eux (...) »*  
(article 4).

La loi de 75 ne remet pas en cause fondamentalement l'enseignement spécial, auquel l'élève a le droit d'accéder<sup>39</sup>. La mise en œuvre du principe d'intégration ne sera pas immédiate. À l'exception des deux circulaires incitatives de 1982 et 1983<sup>40</sup>, il faudra attendre la fin des années 80 et la dynamique de la loi d'orientation de 1989 plaçant l'élève au centre du système éducatif pour que soient créés, avec la mise en place des SESSAD<sup>41</sup> qui constitue alors une innovation majeure, puis des CLIS (classes d'intégration scolaire)<sup>42</sup>, les instruments d'une politique d'intégration.

---

<sup>35</sup> Par exemple, le décret n° 54-45 du 4 janvier 1954 crée les écoles nationales de perfectionnement (futurs EREA) conçues comme des établissements primaires accueillant des « élèves qui ne peuvent fréquenter utilement les classes normales d'enseignement général ou professionnel ». On retrouve le modèle, presque transposé, des écoles autonomes de perfectionnement de 1909.

<sup>36</sup> Décret n° 46-1834 du 20 août 1946 *fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux*.

<sup>37</sup> Décret n° 56-284 du 9 mars 1956.

<sup>38</sup> Le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 lui a substitué une nouvelle formulation intégrant les dispositions de la loi de 1975. Il faut remarquer que les normes d'encadrement n'ont pas été modifiées.

<sup>39</sup> On relève seulement un nouveau cadrage des établissements sociaux et médico-sociaux par une loi également datée du 30 juin 1975, la loi n° 75-535 poursuivie par la refonte de l'annexe 24 en 1989.

<sup>40</sup> Circulaires n° 82-048 du 29 janvier 1982 et 83-082 du 29 janvier 1983.

<sup>41</sup> Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

<sup>42</sup> Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 2011.

La loi de 2005 et les textes qui en procèdent sont **les premiers qui rompent avec la tradition française de « l'éducation spéciale »**<sup>43</sup>. L'article 21 de la loi du 11 février supprime l'expression même « *établissement d'éducation spéciale* » dans certains passages du code de l'action sociale et des familles. L'unité d'enseignement n'est pas le lieu d'un enseignement différent et extérieur au système éducatif de droit commun, mais plutôt un moyen de relier l'élève, physiquement éloigné de l'école, à celle-ci. La question n'est plus de décider entre l'enseignement spécialisé et l'enseignement ordinaire mais plutôt de construire un itinéraire scolaire, référé à l'école commune tout en étant personnalisé, conciliant la spécificité de la situation de handicap, les contraintes d'un accompagnement parfois lourd et les besoins de formation de l'enfant ou de l'adolescent.

## 2. Qui sont les jeunes accueillis dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ?

### 2.1. Une population hétérogène et difficile à cerner

La population qui fait l'objet de ce rapport forme **un ensemble composite** en raison de la diversité des structures d'accueil et d'accompagnement et des besoins auxquels elles répondent. La différence la plus évidente est celle qui sépare **le secteur hospitalier et le secteur médico-social. Ils constituent en effet deux mondes distincts**, par le statut des établissements, la position de leurs « usagers », les modalités d'entrée/sortie, le fonctionnement, l'articulation avec le « scolaire », etc. De plus, chacun d'eux regroupe une grande variété d'établissements ou de services. Par exemple, les IME, les ITEP ou les instituts d'éducation motrice accueillent des enfants et des adolescents dont les situations et les besoins sont de natures très différentes, en particulier du point de vue de l'école.

Du fait de cette diversité des contextes, qui sera évoquée plus précisément dans les troisième et quatrième parties de ce chapitre, il est difficile de recueillir des données « globales » sur la population concernée. Ainsi, la mission n'a pas pu disposer d'un indicateur annuel fiable permettant de dénombrer avec précision l'effectif accueilli dans l'ensemble des établissements médico-sociaux et de santé, scolarisé ou non.

Néanmoins, deux types d'informations ont pu être recueillis : d'une part, des données, publiées régulièrement par l'éducation nationale<sup>44</sup> sur les jeunes bénéficiant d'une scolarisation, quelle qu'elle soit ; d'autre part, l'exploitation des enquêtes réalisées par la DREES<sup>45</sup> et en particulier l'enquête très complète conduite en 2010 auprès des établissements médico-sociaux. C'est à partir de ces deux sources qu'ont pu être établies les observations quantitatives contenues dans ce rapport.

Si on limite cette estimation à ceux qui sont scolarisés, on recense, en 2013-2014, **79 217 enfants et adolescents** identifiés à la fois comme accueillis dans un établissement médico-social ou sanitaire et

---

<sup>43</sup> Il y a là une rupture forte avec la loi de 1975.

<sup>44</sup> La DEEP (direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) publie, chaque année, dans *Repères et références statistiques* (RERS), un état précis de la scolarisation des élèves en situation de handicap. Pour ce qui concerne ceux qui sont accueillis en établissement médico-social ou de santé, elle fonde leur recensement sur l'enquête 32 adressée à toutes les structures concernées. Par ailleurs, les enquêtes 3 et 12 (regroupées) permettent de recenser les élèves handicapés scolarisés dans les écoles et établissements scolaires ; elles ne recourent que très partiellement la question des unités d'enseignement.

<sup>45</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – ministère des affaires sociales et de la santé.

comme « élèves » : 71 286 dans le médico-social et 7 931 dans le sanitaire<sup>46</sup>. A ces élèves, on peut au moins ajouter **les 10 729 jeunes handicapés de 3 à 16 ans considérés comme « non scolarisés »** et recensés dans le cadre de la même enquête<sup>47</sup>. Il faut préciser que les établissements qui accueillent la population la plus handicapée sont destinataires de cette enquête, mais n’y répondent que très partiellement<sup>48</sup>. Par ailleurs, ne sont pas comptabilisés dans cette estimation la masse des plus de 16 ans définitivement éloignés du système éducatif.

Si on prend en compte les données rassemblées par la DREES en 2010<sup>49</sup>, pour le seul secteur médico-social, **on recensait 106 210 enfants, adolescents ou jeunes adultes**<sup>50</sup>, alors que, pour la même année et le même public, l’éducation nationale ne comptabilisait que **70 920 élèves**<sup>51</sup>. De manière très grossière, en ajoutant le secteur hospitalier, on peut sans doute considérer que la population totale des structures spécialisées (hors services) regroupe **environ 120 000 jeunes dont un tiers hors du système scolaire**<sup>52</sup>. Il faut rapprocher cette estimation des 201 388 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire la même année (239 160 en 2013-2014).

## 2.2. Que sait-on de ces jeunes ?

Si leurs situations sont très diverses, quelques grands traits se dégagent néanmoins.

- Près de trois sur quatre sont porteurs de troubles des fonctions cognitives ou de troubles psychiques<sup>53</sup>.

À partir des données recueillies à la rentrée 2013, pour la population scolarisée dans les unités d’enseignement de l’ensemble des établissements, on peut dégager une approche de la répartition des élèves en fonction du type de trouble dont ils sont porteurs<sup>54</sup>.

---

<sup>46</sup> RERS 2014 (*Repères et références statistiques*).

<sup>47</sup> Enquête 32 déjà citée.

<sup>48</sup> D’après les informations recueillies auprès de la DEPP.

<sup>49</sup> Enquête DREES, ES 2010, déjà citée. Document de travail, série statistique, n° 177 – mars 2013.

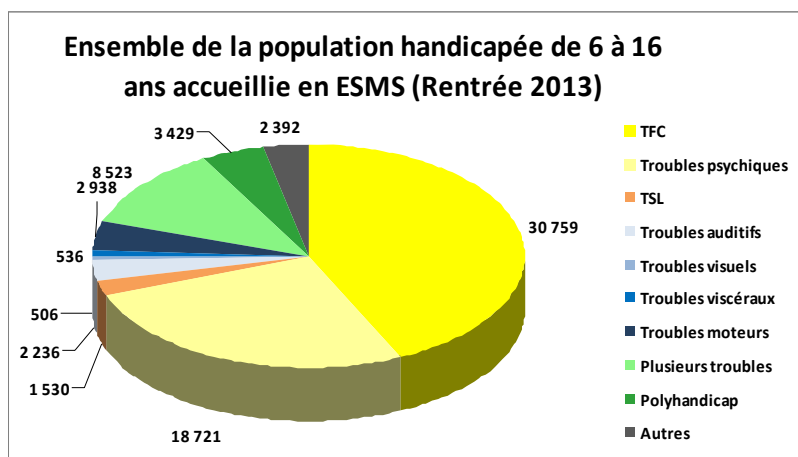
<sup>50</sup> En écartant les « jardins d’enfants », les établissements d’accueil temporaire et, bien sûr, l’ensemble des « services » (SESSAD, CMPP, etc.).

<sup>51</sup> Quelle que soit la forme de scolarisation, y compris sous la responsabilité d’enseignants n’appartenant pas à l’éducation nationale.

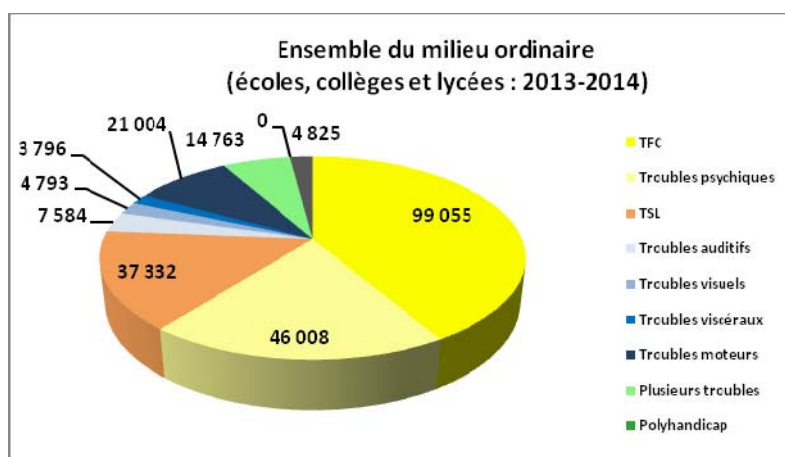
<sup>52</sup> Pour toutes les raisons évoquées, il faut être très prudent dans cette approche. Sont par exemple compris dans ce recensement des jeunes bénéficiant de l’amendement Creton (et donc de plus de 20 ans) ou, à l’inverse de très jeunes enfants lourdement handicapés.

<sup>53</sup> En fait, beaucoup plus si on ajoute ceux qui sont porteurs d’autres troubles associés à des troubles psychiques ou cognitifs...

<sup>54</sup> Sont pris en compte ici tous les jeunes de 6 à 16 ans, recensés dans l’enquête 32, qu’ils soient scolarisés **ou non**, à l’exception des séjours. D’une manière générale, les données présentées dans ce diagramme et les suivants reposent sur RERS 2014 ou l’exploitation directe d’une extraction de l’enquête 32 qui est à l’origine de la publication.



Elle n'est pas très différente de ce que l'on relève dans le milieu ordinaire (CLIS, ULIS et classes banales des écoles, collèges et lycées), à l'exception des jeunes porteurs de troubles spécifiques du langage (presque exclusivement recensés en établissements de droit commun) et, à l'inverse, du « poly-handicap », catégorie utilisée seulement dans le milieu spécialisé regroupant des jeunes très lourdement handicapés (et les moins scolarisés...).



On peut aussi remarquer que les élèves porteurs de troubles psychiques ou des fonctions cognitives sont **très majoritairement scolarisés en milieu ordinaire** : par exemple, pour les fonctions cognitives : **99 055 contre 36 585**<sup>55</sup>.

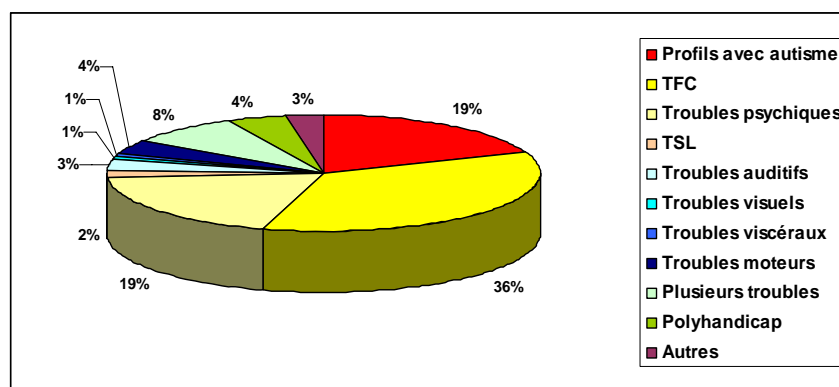
- Un sur cinq présente un profil « avec autisme »<sup>56</sup>

L'enquête 32 permet de recueillir cette information. Dans les réponses des établissements, les profils autistiques se répartissent entre les troubles psychiques, les troubles des fonctions cognitives et la catégorie « plusieurs troubles associés ». Le diagramme ci-dessous les situe par rapport aux élèves dits « sans troubles autistiques » répartis dans l'ensemble des autres catégories.<sup>57</sup>

<sup>55</sup> Ensemble de la population scolarisée, de 3 à 20 ans. RERS 2014.

<sup>56</sup> Autisme ou trouble envahissant du développement.

<sup>57</sup> Enquête 32-2013.



Il faut remarquer qu'ils sont plus nombreux parmi les jeunes non scolarisés et que leur présence dans les établissements est souvent évoquée comme une évolution récente. En effet, l'autisme longtemps délaissé bénéficie, depuis une dizaine d'années, d'une plus grande attention. Dans le champ médicalisé, l'autisme reconnu comme un handicap en 1996<sup>58</sup> et ses déclinaisons, qui quelquefois se superposent, troubles envahissants du développement, troubles de spectre autistique, ou syndrome d'Asperger, bénéficient de la mobilisation des familles au sein d'un secteur associatif très actif.

Selon le *Collectif Autisme*<sup>59</sup>, il y aurait 8 000 naissances d'enfants porteurs d'autismes chaque année en France. Les responsables du collectif estiment entre 80 000 et 90 000 enfants en âge d'être scolarisés en 2011<sup>60</sup> pour une scolarisation effective de 11 500 enfants en 2010<sup>61</sup>, tous modes de scolarisation confondus. Cette situation a été soulignée plusieurs fois par le Conseil de l'Europe et récemment en février 2014<sup>62</sup>.

La volonté de créer, cette année, dans le cadre du troisième « plan autisme », **des unités d'enseignement dédiées à ces enfants dès l'école maternelle** est de nature à amorcer une meilleure identification de leurs besoins et à asseoir des parcours scolaires bien adaptés à leur spécificité.

**L'absence de référence aux profils autistiques**, jusqu'à aujourd'hui, dans les données publiées par le ministère de l'éducation nationale ou encore dans un dispositif d'évaluation tel que GEVA-Sco constitue une source de confusions et ne favorise pas une gestion efficace du parcours scolaire de ces enfants et adolescents. En effet, les difficultés d'acquisition de connaissance pour un enfant présentant un handicap moteur, un déficit intellectuel et une forme d'autisme, ne répondent pas aux mêmes besoins et aux mêmes contraintes ni ne font appel aux mêmes outils.<sup>63</sup>

<sup>58</sup> Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme.

<sup>59</sup> Collectif de 200 associations dont *Autisme France*, *Fédération Sésame Autisme*, *Autisme sans Frontières*, *Pro Aid Autisme*, *Agir et Vivre l'Autisme* regroupant 80% du secteur associatif sur ce domaine et présidé par Florent Chapel.

<sup>60</sup> Journée Mondiale de l'Autisme 2011, campagne en faveur de la scolarisation des enfants autistes, collectif Autisme, 2 avril 2011.

<sup>61</sup> *Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé* (OPEPS), réponse du secrétariat d'Etat en charge de la famille et de la solidarité à la question écrite n°80296, août 2010.

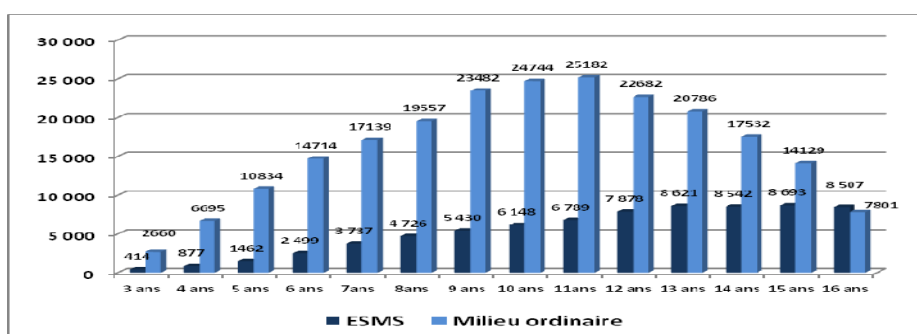
<sup>62</sup> Comité des ministres du 5 février 2014.

<sup>63</sup> Référence à une mission IGAS sur l'analyse d'un conflit en établissement médico-social et dans un CHS sur la prise en charge de l'autisme (F.Chieze, N.Destais, février 2012).

Préconisation : prendre en compte les profils autistiques dans les données utilisées et publiées par l'éducation nationale. Il s'agit à la fois de mieux identifier les besoins spécifiques de ces élèves, d'en tirer les conséquences pour l'organisation des scolarités et d'évaluer les progrès de leur scolarisation.

- Le public accueilli en établissement médico-social ou sanitaire est plus âgé que l'ensemble des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire.

Si on examine la distribution des élèves handicapés en fonction de leur âge, on constate que ceux qui sont accueillis dans les structures spécialisées sont entrés progressivement, jusqu'à 15/16 ans. À partir de 16 ans, ils sont plus nombreux que ceux qui sont en formation en milieu ordinaire<sup>64</sup>.



- Deux jeunes sur trois accueillis dans ces établissements sont des garçons.

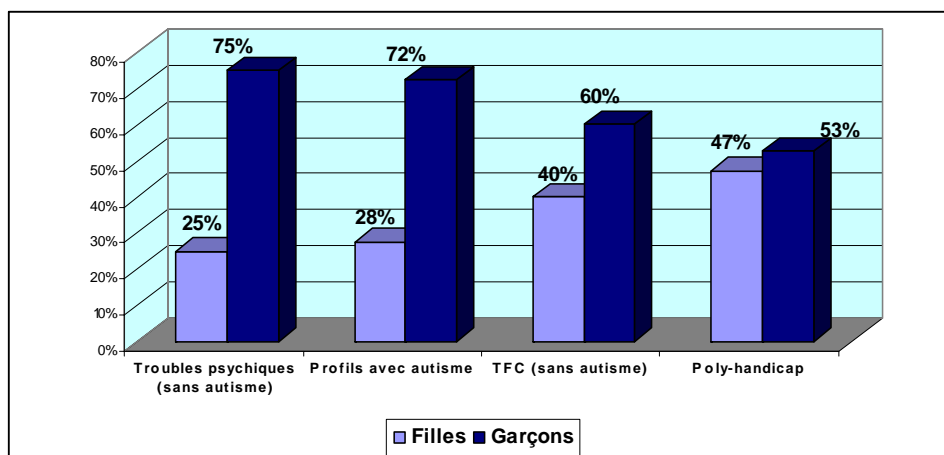
Ce taux est particulièrement fort dans les ITEP avec seulement 13,4 % de filles alors que, dans les IME, cette proportion est de 36,7 %<sup>65</sup>. La même observation peut être faite pour le milieu ordinaire : les jeunes filles n'y représentent que 31,4 % des élèves considérés comme en situation de handicap<sup>66</sup>.

Cette répartition varie en fonction du type de handicap. La proportion de garçons est particulièrement élevée parmi les porteurs de troubles psychiques, mais aussi parmi les jeunes autistes, alors que le poly-handicap est à peu près réparti autour de 50 %. Le tableau ci-dessous a été réalisé sur un échantillon de 9 000 jeunes issu de l'enquête 32 (2013).

<sup>64</sup> Données issues de l'enquête 32 et de RERS 2014. Elles seront reprises et complétées *infra* lorsque seront évoqués les parcours des élèves.

<sup>65</sup> Enquête DREES ES 2010.

<sup>66</sup> RERS 2014.



**La surreprésentation des garçons dans les ITEP (87 %),** qui va au delà du taux constaté parmi les jeunes porteurs de troubles psychiques (75 %), peut soulever des interrogations et justifierait une étude spécifique, sans doute assise sur un travail universitaire. Quels sont les facteurs qui conduisent les CDAPH à cette surreprésentation dans leur décision ? Est-ce une moindre tolérance de l'école au comportement des garçons porteurs de troubles psychiques dans des classes difficiles ? Est-ce un effet de structure (établissements que l'on considère « réservés aux garçons ») ? On peut aussi se demander si les jeunes filles qui sont affectées de troubles psychiques justifiant un accompagnement lourd trouvent des lieux correspondant à leurs besoins...

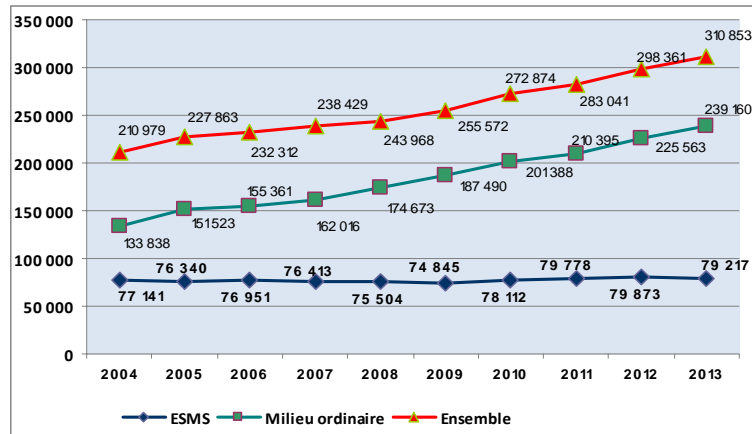
Préconisation : solliciter la DREES pour engager une étude sur la surreprésentation masculine dans les ITEP, sur les facteurs qui permettent de l'expliquer et sur ses conséquences, à la fois, pour la vie des communautés de garçons que forment ces instituts et pour la situation des jeunes filles, qu'elles soient accueillies dans les ITEP ou exclues de cette orientation.

- L'effectif des ESMS est relativement stable.

La volonté affichée d'inclusion et l'application de la loi du 11 février 2005 n'ont pas eu comme effet de réduire significativement l'accueil en structure spécialisée. Les enquêtes de la DREES réalisées en 2006 et 2010 ne montrent pas de baisse sensible de la population accueillie en structure médico-sociale (106 914 places en 2010 dans les établissements contre 106 642 en 2006). Ce fait est confirmé par l'observation des effectifs scolarisés dans ces structures.



## Évolutions comparées des effectifs scolarisés en ESMS et dans les établissements ordinaires<sup>67</sup>



On ne peut que constater une progression rapide du nombre d'élèves considérés comme handicapés en milieu ordinaire alors que les établissements médico-sociaux restent remplis (et avec des listes d'attentes) ou que les effectifs scolarisés dans le sanitaire ont augmenté de 30 % entre 2006 et 2013 (de 6097 à 7931 élèves)<sup>68</sup>. Ce fait, longuement évoqué dans un rapport précédent<sup>69</sup>, soulève de nombreuses questions. Provisoirement, et en l'absence de données fiables sur les jeunes non scolarisés, on peut voir là la conjonction d'au moins deux facteurs :

- la modification de la définition du handicap introduite par la loi de 2005 et les droits qui en résultent ont eu pour conséquence **la prise en compte de situations qui, jusqu'ici, n'entraient pas dans ce champ** (parmi les porteurs de troubles spécifiques des apprentissages ou de troubles psychiques, mais pas seulement) : on recense 100 000 élèves handicapés de plus en 10 ans. Il est évident qu'il ne s'agit pas de 100 000 jeunes qui ne bénéficiaient, jusque là, d'aucune forme de scolarisation. Il s'agit plutôt d'élèves qui, pour une part, ne faisaient l'objet d'aucune mesure au titre du handicap, voire n'étaient pas identifiés comme tels. Une grande part de l'augmentation du nombre d'élèves handicapés ne concerne donc pas la population traditionnellement accueillie en établissement médico-social ou de santé ;
- néanmoins, l'effort inclusif a eu pour effet de maintenir en milieu ordinaire des profils d'élèves qui, antérieurement, auraient été orientés plus tôt vers une institution spécialisée. On observe ainsi des entrées plus tardives et, d'une manière générale, l'âge plus élevé de la population accueillie dans ces établissements. Ce fait est particulièrement sensible dans les IME comme dans les ITEP<sup>70</sup>.

Cette tendance est également très sensible lorsqu'on examine les effectifs scolarisés référés à l'ensemble de la population par âge<sup>71</sup>.

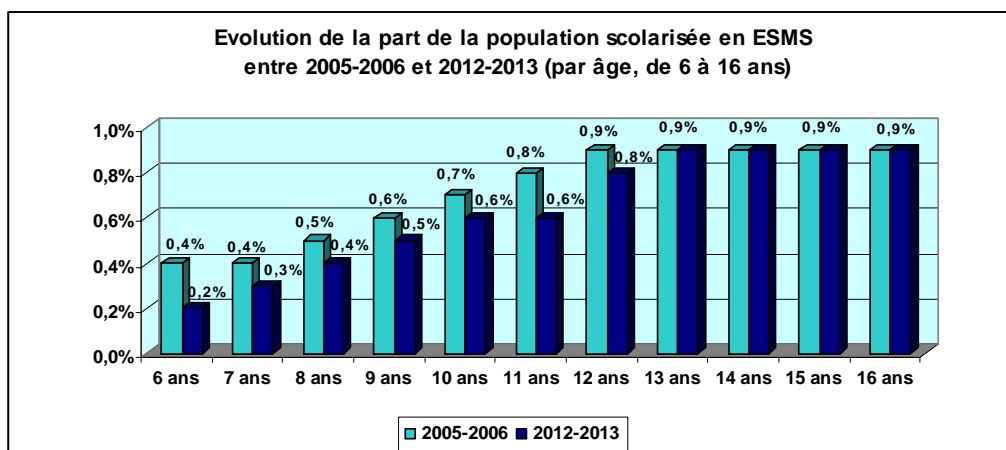
<sup>67</sup> Données recueillies par la DEPP (RERS 2014).

<sup>68</sup> RERS 2014.

<sup>69</sup> *La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale* (IGEN/IGAENR 2012), déjà cité.

<sup>70</sup> Enquête DREES ES 2010. Les données manquent pour ce qui concerne les jeunes « hospitalisés ».

<sup>71</sup> Cet histogramme ne porte que sur la part scolarisée du public des établissements médico-sociaux ou de santé. Il a été élaboré à partir des données fournies par la DEPP (RERS 2007 et 2014).



Cependant, et les visites le confirment, **les places libérées par ces entrées plus tardives ont été utilisées pour accueillir d'autres élèves**, voire, le plus souvent, pour maintenir plus longtemps des jeunes handicapés sans solution immédiate d'insertion, en particulier à cause du manque de place en ESAT et autres structures pour adultes. On entre plus tard dans ces établissements, mais on en sort également plus tard<sup>72</sup>.

### 2.3. Le médico-social : plus de 100 000 enfants et adolescents accueillis dans 2 100 établissements

Le secteur médico-social a la responsabilité de **neuf jeunes handicapés sur dix parmi ceux qui sont accueillis dans des établissements du fait de leur handicap**. Par delà leur diversité, déjà soulignée, ils partagent des traits communs liés à leur histoire, à leurs missions et à leurs principes de fonctionnement. En particulier, ils restent caractérisés par l'originalité de la collaboration qui réunit, autour des associations toujours centres de gravité, collectivités territoriales et administrations de l'État dans une action concertée au bénéfice des enfants et des adolescents handicapés. Il faut rappeler ici qu'ils ne sont ni des établissements scolaires (certains ne disposent même pas d'unité d'enseignement) ni des établissements hospitaliers (le séjour ne résulte pas d'une décision médicale, même si les besoins thérapeutiques sont pris en compte). Quels que soient leur statut (public ou, majoritairement, privé), leur taille et le profil défini par leur agrément, ils ont en commun au moins trois spécificités qui les distinguent nettement des établissements sanitaires et qui déterminent fortement le trajet de vie des jeunes qui y sont accueillis :

- **la prise en compte globale de la personne** à travers un projet d'accompagnement (PPA ou PIA) pluridisciplinaire dans lequel le scolaire et le thérapeutique ne sont que des éléments parmi d'autres ;
- **la durée de cet accompagnement** : le temps de séjour est un temps long ; il occupe une grande part du quotidien, et cela cinq jours par semaine et pendant des années (le temps moyen de séjour est de six ans dans les IME<sup>73</sup>, par exemple) ; l'accueil « temporaire » n'est qu'une modalité transitoire, très minoritaire ;

<sup>72</sup> Ces remarques concernent essentiellement le champ médico-social. Faute d'information précise et actualisée, il est difficile de les étendre au secteur sanitaire. On peut seulement observer l'augmentation continue du public scolarisé en milieu hospitalier.

<sup>73</sup> Enquête DREES ES 2010 : durée moyenne de séjour des sortants d'IME de 5,9 années.

- **le processus d'orientation**<sup>74</sup> qui, là encore, est totalement différent de celui l'orientation scolaire ou de celui de la décision d'hospitalisation et qui s'inscrit, lui-même, dans une temporalité longue (de l'évaluation jusqu'à l'admission définitive).

Ces trois spécificités induisent une relation très particulière entre le jeune, sa famille et l'établissement, relation qui, dans la majorité des cas observés, se substitue à la relation à « l'école » ou la fait passer au second plan. Tout se passe comme si on assistait à une forme de transfert de la responsabilité éducative à l'équipe des professionnels de l'établissement.

Du fait de leur mission d'accompagnement global de la personne, ces établissements constituent **des communautés de vie complexes** mobilisant des moyens matériels et humains. Faut-il rappeler que, pour accueillir 100 000 enfants et adolescents, ce sont 100 000 adultes<sup>75</sup> qui sont employés dans ces structures (correspondant à 78 280 ETP) ?

Si ces structures ont été traversées par un certain nombre d'évolutions, ne serait-ce que du fait de l'impact direct ou indirect sur leur fonctionnement des réformes des années 2000 affectant le médico-social, le droit des personnes handicapées ou l'organisation du sanitaire<sup>76</sup>, les inspections générales observent que leurs missions, les principes de leur organisation, la composition de leur personnel ou leur fonctionnement quotidien n'ont pas été fondamentalement transformés **au cours des dernières décennies**. Comme on l'a vu, leur effectif lui-même est resté stable.

Pourtant, les équipes rencontrées, les directeurs, les associations expriment une adhésion forte aux principes inclusifs portés par la loi de 2005, mais les évolutions amorcées sont lentes. **Les modes d'accueil évoluent progressivement** : l'internat est en recul alors que l'accueil de jour et/ou séquentiel augmente. Ainsi, dans les IME, 67 % des places installées sont dédiées à l'accueil de jour et 31 % à l'accueil en hébergement. Dans les ITEP, l'évolution est la même : l'hébergement diminue (55 % en 2010 contre 61 % en 2006) au profit des places en accueil de jour (35 % en 2006, 41 % en 2010). De même, **le développement des SESSAD**<sup>77</sup> s'est poursuivi : 10 000 places supplémentaires entre 2006 et 2010 (soit +30 % d'augmentation). Même si ces créations ne résultent pas arithmétiquement de la transformation de places implantées en établissement, elles favorisent le maintien en milieu ordinaire d'élèves qui, sans cet accompagnement, pourraient faire l'objet d'une orientation dans une structure spécialisée.

### 2.3.1. Des situations différentes

Si l'appellation « établissement médico-social » regroupe plusieurs catégories d'établissements distinctes, l'effectif concerné varie considérablement de l'une à l'autre. Les IME, à eux-seuls, rassemblent les deux tiers de la population accueillie alors que les établissements pour polyhandicapés ne représentent que 5 % de l'effectif<sup>78</sup>.

---

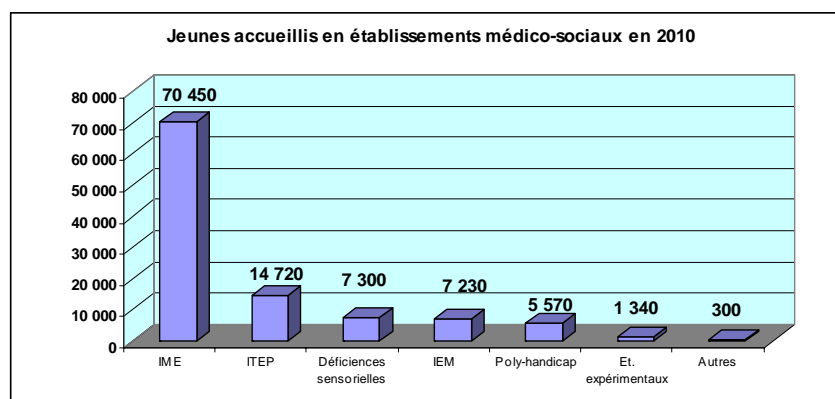
<sup>74</sup> Cette dimension est développée en 2.3.2.

<sup>75</sup> Plus précisément, 100 430 personnels en 2010 (DREES ES 2010).

<sup>76</sup> Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, loi n° 2005-102 du 11 février 2005, loi 2009-879 du 21 juillet 2009...

<sup>77</sup> Services d'éducation spéciale et de soins à domicile. DREES ES 2010.

<sup>78</sup> DREES ES 2010.



Le poids statistique des IME et, parmi eux, de ceux qui accueillent des jeunes dits porteurs de « retard mental moyen ou léger » conduit trop souvent (au moins du point de vue de l'institution scolaire) à ignorer la spécificité de certains établissements et des besoins réels de leur public. Il est important de souligner **la nécessité d'aborder singulièrement les particularités et les besoins notamment « scolaires » de chaque public.**

- **Les instituts médico-éducatifs (IME) : une profonde mutation nécessaire**

La capacité installée des 1 211 instituts médico-éducatifs (IME) était, fin 2010, de 69 592 places. Ces établissements accompagnent des enfants et des adolescents présentant un déficit intellectuel. Ils prennent également en charge des enfants et des adolescents dont la déficience intellectuelle est associée à d'autres troubles. Ces établissements, déclinés en instituts médico-pédagogiques pour les 3-14 ans et en instituts médico-professionnels pour les 14-20 ans, **ont sensiblement évolué au début des années 90** : le décret du 27 octobre 1989 oriente alors les prises en charge vers « l'intégration dans les différents domaines de la vie » et insiste sur la place des familles dans l'élaboration et le suivi du projet individuel de l'enfant. À deux reprises, en 2002 et 2005, le législateur a confirmé le rapport nouveau que la société civile développe avec la question difficile du handicap qui n'est plus appréhendé comme un état définitif, statique, de la personne mais comme un élément parmi d'autres de sa situation. Le droit commun devient la règle et l'accueil en institution, l'exception. Du moins en théorie.

En effet, dans de nombreux IME dont plusieurs visités par la mission, la réalité est plus complexe. Bon nombre d'enfants pris en charge souffrent de troubles dont la nature et le degré révèlent une palette de pathologies et de déficiences en décalage avec l'agrément délivré à l'établissement. Ainsi, 15 % des enfants accueillis en IME ne suivent aucune scolarisation, soit 6 600 enfants de 6 à 16 ans<sup>79</sup>. Un tiers d'entre eux souffrent de retard mental profond et, pour 12 %, de poly-handicaps. C'est dans ce groupe que l'on trouve en plus grand nombre les enfants, qui, au-delà de leur vingtième anniversaire, seront maintenus dans l'établissement au titre de l'amendement Creton. Dans tous les IME visités par la mission, **la part des jeunes relevant de cet amendement est en forte augmentation.**

Plus largement, la mission a constaté que **les IME évoluent dans un nouveau contexte**, lequel semble d'ailleurs encore en mouvement. À leur création, dans le milieu des années 60, les IME sont apparus comme étant une réponse à de trop nombreuses situations d'abandon ou de psychiatrisation d'enfants souffrant « seulement » de déficience intellectuelle. Plus tard, dans les

<sup>79</sup> DREES ES 2010.

années 80, ils priorisaient une prise en charge globale. Aujourd’hui, ces établissements se trouvent au croisement d’autres formes d’accompagnement du handicap et sont confrontés à **une modification sensible du profil des enfants accueillis** dans l’institution<sup>80</sup>. On observe désormais que les admissions glissent vers des troubles psychiatriques lourds et/ou du comportement. Cette modification des publics pris en charge invite bien sûr à un questionnement institutionnel, inégalement engagé selon les structures.

- **Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) : l’évolution vers un fonctionnement en dispositif pour rompre avec la logique « à la place »**

381 ITEP présentaient, fin 2010, une capacité installée de 14 984 places. Ils accueillent des enfants et des adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l’expression, notamment l’intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l’accès aux apprentissages. Ces jeunes se trouvent de ce fait, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant. La différence entre le public des IME et celui des ITEP est à cet égard particulièrement significative :

DÉFICIENCE PRINCIPALE <sup>81</sup>	IME	ITEP
<b>Déficiences intellectuelles</b>	<b>75,0 %</b>	<b>4,0 %</b>
Retard mental profond et sévère	10,6 %	0,1 %
Retard mental moyen	32,2 %	0,6 %
Retard mental léger	32,2 %	3,2 %
Autres déficiences de l’intelligence	0,1 %	0,1 %
<b>Troubles du psychisme</b>	<b>18,9 %</b>	<b>93,7 %</b>
Déficiences intermittentes, "critiques", de la conscience	0,8 %	1,0 %
<b>Troubles des conduites et du comportement non inclus dans une pathologie du psychisme</b>	3,2 %	<b>59,3 %</b>
Troubles psychiatriques graves	10,3 %	20,4 %
Autres troubles du psychisme	4,6 %	13,1 %
<b>Troubles de la parole et du langage</b>	<b>1,1 %</b>	<b>1,3 %</b>
<b>Déficiences auditives</b>	<b>0,1 %</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Déficiences visuelles</b>	<b>0,1 %</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Déficiences motrices</b>	<b>0,4 %</b>	<b>0,0 %</b>
<b>Pluri-handicap</b>	<b>1,5 %</b>	<b>0,0 %</b>

On relèvera que, dans les ITEP, six jeunes sur dix sont porteurs de troubles des conduites et du comportement considérés comme « **non inclus dans une pathologie du psychisme** » (contre 3,2 % en IME) et que seuls 4 % sont considérés comme ayant une déficience intellectuelle (75 % en IME)<sup>82</sup>.

<sup>80</sup> *Lien social*, n°914 du 29 janvier 2009.

<sup>81</sup> Données issues de l’enquête DREES ES 2010.

<sup>82</sup> Il faut rappeler qu’il s’agit de la déficience considérée comme « principale ».

On voit bien que pour l'activité scolaire, les besoins, les attitudes, les potentialités d'apprentissage, les obstacles à surmonter sont de nature totalement différente.

Dans bon nombre d'ITEP, les adolescents se trouvent au carrefour de problématiques qui relèvent bien évidemment du handicap mais aussi de **la protection de l'enfance, administrative ou judiciaire, et de la psychiatrie.**

**La question de la violence**, par exemple, reste très prégnante dans de nombreux établissements. Pour contenir cette violence quotidienne, souvent tournée en actes et en mots vers les professionnels, ceux-ci inventent des ajustements dans les attitudes et des nouvelles pratiques qui permettent de s'adapter aux problématiques de jeunes très réactifs au cadre et aux limites posés par les adultes. Ces adaptations les amènent désormais, de plus en plus souvent, à concevoir des établissements à effectifs réduits (moins de 20 adolescents) en créant, en retour, des places en SESSAD. Après quelques mois, le constat est toujours le même : un apaisement global des jeunes dû à la baisse des interactions entre eux : « moins ils sont nombreux, moins les souffrances s'ajoutent et les moments d'apaisement sont plus importants »<sup>83</sup>.

Depuis l'année 2011, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), avec plusieurs agences régionales de santé, se préoccupe de la prise en charge de profils complexes souvent accueillis en ITEP « de transition » ou dans des dispositifs expérimentaux. Cette réflexion initiale s'est rapidement élargie en 2012 et a conduit la CNSA, en partenariat avec l'*Association des ITEP et de leurs réseaux* (AIRE) qui fédère plus de la moitié des ITEP, à déployer **une expérimentation dans six régions**, portant sur l'étude des facteurs organisationnels facilitant ou freinant un fonctionnement en dispositif des ITEP.

Plus précisément, la CNSA et AIRE proposent d'observer finement, jusqu'en 2015, **dans quelles conditions les ITEP pourraient se transformer progressivement en dispositifs souples** susceptibles de s'adapter aux besoins de chaque jeune avec une visée inclusive. L'ambition est de rompre avec la logique d'orientation « à la place » et avec le modèle de l'internat qui prédominait à la création des anciens instituts de rééducation. Il s'agit de tendre vers l'offre d'une diversité d'interventions, modulables *intra-* et *extra-muros*, et de faciliter le passage de l'une à l'autre en fonction de l'évolution des besoins du jeune. Cela implique de concevoir l'offre d'accompagnement au niveau d'un territoire et de modifier la procédure même d'orientation. La conclusion de ces travaux est attendue courant 2015.

Cette expérimentation et l'évolution qu'elle prépare doivent être soutenues et rigoureusement suivies. **La particularité de la population accueillie en ITEP appelle une réponse spécifique** qui doit s'écarter résolument du modèle de l'établissement médico-social. On rappellera que le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, anticipant la loi du 11 février, prenait en compte cette spécificité, et cela avec une visée déjà inclusive.

Préconisation : faire en sorte que l'expérimentation conduite dans les ITEP fasse l'objet d'un suivi attentif et d'une évaluation rigoureuse et largement partagée. Impliquer l'éducation nationale dans cette démarche qui engage fortement les unités d'enseignement et peut nourrir la réflexion sur la réponse apportée à d'autres situations de handicap.

---

<sup>83</sup> Steven Beurel, directeur de l'ITEP et SESSAD l'Eveil dans *Lien social*, n° 1137 du 10 juillet 2014 « Violences en ITEP, la créativité des professionnels ».

- **Les autres établissements : des réponses à des situations particulières**

Il n'est pas possible de rendre compte de la diversité de ces structures, il convient toutefois de pointer quelques traits caractéristiques<sup>84</sup>.

**Les 134 instituts d'éducation motrice (IEM)** offraient, en 2010, une capacité de 7 505 places installées (en augmentation par rapport à 2006). Ils prennent en charge des enfants ou des adolescents déficients moteurs ou moteurs-cérébraux. Beaucoup sont porteurs de handicaps très lourds et ils forment un public très hétérogène du point de vue scolaire. Si certains sont présentés comme « difficilement scolarisables » (plus de 20 % ne bénéficient d'aucune formation), d'autres, au vu des groupes observés, pourraient (donc devraient) bénéficier de temps de formation en milieu ordinaire avec un accompagnement adapté. La durée des séjours (un peu plus de six ans) ou l'âge moyen (13 ans et demi) apparaissent comparables à ceux des IME.

**120 établissements sont spécialisés dans l'accueil des déficients sensoriels** (auditifs, visuels et « sourds-aveugles »). Leur répartition sur le territoire est inégale (7 régions, par exemple, ne disposent pas d'établissement pour la déficience visuelle). Leur capacité totale était de 7 786 places installées 2010. Ils sont parmi les rares structures en perte sensible d'effectif (seulement 7 300 jeunes accueillis en 2010). La quasi-totalité comporte un dispositif scolaire, mais souvent non rattaché à l'éducation nationale.

**Les 96 structures orientées vers le poly-handicap** offrent 5 637 places avec une augmentation sensible des effectifs de 2006 à 2010. Elles regroupent des jeunes en situation de handicap très sévère. Ceux-ci y sont accueillis pendant des durées très longues : en moyenne, près de neuf ans. Enfin, le taux de scolarisation y est très faible (13 %).

**58 établissements, considérés comme expérimentaux**, forment une catégorie particulière. Ils regroupent des dispositifs différents dont certains fonctionnent comme des services avec des prestations sur « le lieu de vie » (25 % du public accompagné). Beaucoup sont orientés vers l'autisme (un tiers des jeunes concernés). S'ils n'offrent au total que 1 555 places, ils sont en augmentation rapide depuis 2006. Ils partagent une volonté d'innovation et le souci d'utiliser les marges d'initiatives qu'autorise ce statut, en partie, dérogoire.

- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)**

Les élèves accompagnés par les SESSAD n'entrent pas directement dans le cadre de ce rapport, puisque, pour 96 % d'entre eux, ils sont scolarisés en milieu ordinaire. La référence à des unités d'enseignement « en SESSAD » apparaît impropre au vu des exemples rencontrés par la mission<sup>85</sup>. Toutefois, ils jouent un rôle croissant dans le paysage médico-social puisque en dix ans la part des enfants et adolescents suivis par un SESSAD **est passée de 17 % à 24 %**<sup>86</sup> parmi ceux qui bénéficient d'une prise en charge médico-sociale. Avec des équipes pluridisciplinaires, ils accompagnent les

---

<sup>84</sup> Les données quantifiées proviennent de la DREES (ES 2010).

<sup>85</sup> Il y a là un point à clarifier, y compris dans les textes officiels. Si certains SESSAD bénéficient de l'appui d'un enseignant, celui-ci n'a en général pas la « responsabilité » des élèves, auprès desquels il intervient pendant des temps brefs, et de la mise en œuvre de leurs PPS. Cette responsabilité appartient à leur établissement scolaire. On ne pourrait parler d'unité d'enseignement que pour des SESSAD qui conduiraient des scolarisations à domicile auprès d'élèves durablement éloignés de l'école.

<sup>86</sup> Enquête DREES année 2006.

jeunes handicapés dans leurs activités éducatives ou de rééducation, suivis médicaux et psychologiques, visites à domicile, observations et bilans. Ils interviennent également au niveau institutionnel pour assurer **l'adéquation des prises en charge par le service avec le projet de vie global de l'élève et notamment son projet personnalisé de scolarisation**. Les 1 451 SESSAD disposaient, fin 2010, d'une capacité installée de 43 550 places.

Les SESSAD, depuis les années 1990, offrent **une alternative à l'accueil en établissement**. Toute évolution des structures ne peut passer que par leur extension. Celle-ci répond à la recommandation du Conseil de l'Europe relative à la désinstitutionnalisation et la vie au sein de la collectivité des enfants handicapés qui préconise le développement de réseaux de service de proximité<sup>87</sup>.

Ils ont diversifié leur offre d'accueil, notamment en direction d'enfants souffrant de troubles psychiques et d'enfants autistes ou présentant des troubles envahissants du développement.

Le plan pluriannuel de création de places le plus récent (2008-2012) a encore mis l'accent sur les SESSAD en prévoyant la transformation de places d'IME en leur faveur, poussant ainsi encore plus la dynamique inclusive du processus d'intégration scolaire en milieu ordinaire<sup>88</sup>.

### **2.3.2. La décision d'orientation : la maison départementale des personnes handicapées, un acteur majeur**

La décision d'orientation vers le milieu médico-social a des conséquences importantes pour la vie du jeune et de la famille concernés et pas seulement pour le parcours scolaire qu'il est susceptible d'interrompre (cf. *infra*).

La loi du 11 février 2005 a profondément modifié le processus de décision en en confiant la réalisation à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il appartient en effet à celle-ci de rassembler les informations nécessaires permettant d'évaluer la situation de la personne handicapée, de proposer un plan cohérent afin de répondre aux besoins de celle-ci et de lui permettre de réaliser son « projet de vie », puis de soumettre ce « plan de compensation » à la CDAPH, seule instance décisionnaire.

Dans le cas des enfants et adolescents susceptibles d'être orientés vers un établissement médico-social, le rôle de la MDPH est donc

- de regrouper tous les éléments médicaux, sociaux, psychologiques, familiaux et, bien sûr, scolaires, permettant d'évaluer la situation du jeune concerné ;
- d'étudier tous les scénarios possibles susceptibles de répondre aux besoins et aux aspirations du jeune et de sa famille, en privilégiant autant que possible le maintien en milieu ordinaire ;
- le cas échéant, de préparer, en relation avec les parents, une « orientation » vers un établissement médico-social ;
- d'accompagner cette proposition de mesures complémentaires et, en particulier, **d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ;**

---

<sup>87</sup> Comité des ministres du Conseil de l'Europe, recommandation du 3 février 2010.

<sup>88</sup> DREES, études et résultats n° 832, février 2013, page 4.



- de soumettre l'ensemble de ces propositions à **la décision de la CDAPH**.

La préparation des décisions incombe à « l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation » (EPE).

Le rôle de cette équipe, prévue par la loi du 11 février<sup>89</sup>, est évidemment déterminant. Les membres de l'EPE sont nommés par le directeur de la MDPH qui désigne parmi ses personnels un coordonnateur (médecin, personnel administratif, enseignant mis à disposition).

**Il n'existe pas de formation type de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation** (ou des équipes). Chaque MDPH décide de la composition de cette instance, souvent en rapport avec l'ampleur du flux annuel de situations qu'elle doit traiter. D'une manière générale, on peut trouver quatre composantes : un médecin, un enseignant, un psychologue scolaire et un assistant de service social. Mais cette composition varie sensiblement d'un département à l'autre ; elle est parfois fluctuante (en fonction du type de décision envisagée, de la gravité du handicap, etc.). Parfois, manque telle ou telle composante ; parfois, l'éducation nationale est totalement absente ; parfois, elle est systématiquement représentée en particulier si les enseignants référents sont toujours associés... Dans une MDPH visitée, un enseignant référent « spécialisé ESMS » participe à chaque équipe pluridisciplinaire susceptible de prononcer des orientations en établissement médico-social.

Dans plusieurs gros départements urbains, les MDPH organisent leur EPE avec des antennes déconcentrées. L'une d'elle, par exemple, met en place une EPE à trois niveaux. Le premier, le plus courant, est celui d'une formation à...une seule personne : le médecin qui examine environ un tiers des nouvelles situations. Le second, une formation à trois membres (médecin, enseignant, assistant de service social) examine les situations un peu plus complexes, pour lesquelles le croisement d'avis pluridisciplinaires apporte plus de sûreté dans la proposition de décision qui sera faite à la CDAPH. Enfin, une formation plénière reçoit systématiquement les familles et examine les situations compliquées, pour lesquelles il importe d'associer le plus grand nombre de professionnels.

Préconisation : rendre obligatoire la présence de l'enseignant référent dans l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation lorsqu'elle doit examiner la situation d'un jeune susceptible d'être orienté en établissement médico-social.
--

En un premier temps, ce sont **des agents instructeurs** (souvent également en charge de l'accueil des familles) qui numérisent les dossiers déposés par les familles des enfants, les vérifient au regard de la demande formulée et programment l'examen des dossiers par l'équipe pluridisciplinaire dont le travail est en général planifié pour toute l'année scolaire. L'enregistrement des dossiers se fait, dans la plupart des MDPH, en continu, avec un volume plus important d'avril à juin.

Il faut souligner ici le rôle important joué par « **l'enseignant référent** » dans cette phase préalable. Il est souvent cité par les parents rencontrés comme leur premier interlocuteur dans la démarche initiale vers la MDPH (si l'enfant a été scolarisé). Il l'accompagne dans cette démarche complexe et contribue efficacement au regroupement des principaux éléments constituant le dossier, en particulier auprès de l'école. Parfois, les assistants de service social tiennent ce rôle, surtout si l'enfant n'est pas (ou n'est plus) scolarisé.

---

<sup>89</sup> Article 64 (codifié à l'article 146-9 du code de l'action sociale et des familles) de la loi du 11 février 2005 plusieurs fois citée. Son rôle dans la préparation des PPS est précisé à l'article 19 du même texte.

La phase décisive est évidemment la réunion de l'équipe pluridisciplinaire qui, sur la base des informations recueillies, va permettre de croiser les regards des professionnels pour élaborer la proposition de décision. Si les fonctionnements diffèrent d'une MDPH à l'autre, il y a généralement au moins trois temps dans l'examen du dossier : une présentation par le coordonnateur (ou autre personnel chargé de cette tâche), l'expression du point de vue du représentant de chaque composante (médicale, sociale, psychologique et scolaire)<sup>90</sup> et un échange qui aboutira à la conclusion portée sur une fiche de synthèse par le coordonnateur.

Au vu des documents et des témoignages recueillis, **la proposition faite à la CDAPH est celle d'une décision d'orientation rarement accompagnée de préconisation sur la scolarité.** Si les informations transmises par les enseignants sont prises en compte dans la discussion préalable, et cela d'autant plus si des professionnels de l'éducation nationale sont présents dans l'EPE, la conclusion elle-même n'est pas assortie d'exigences quant aux modalités de formation du jeune concerné. Dans quelques rares cas, a été évoquée une phrase ajoutée à la décision. Aucun établissement visité n'a mentionné un projet personnalisé de scolarisation reçu préalablement à l'admission (au mieux, la communication du bilan GEVA-Sco). Chaque fois qu'un interlocuteur a signalé la présence d'un PPS, il s'agissait d'un document élaboré *a posteriori*, en général par les enseignants. Des questions aussi fondamentales que celle de poursuivre, ou non, un parcours déjà engagé, de scolariser ou de ne pas scolariser, de viser ou de ne pas viser une inclusion, de préparer une formation professionnelle ou de limiter l'ambition en deçà, ne sont qu'exceptionnellement posées en amont de l'accueil dans un environnement médicosocial. Si ce fait peut être compris pour des enfants lourdement handicapés et jamais scolarisés, il est moins justifiable pour tous ceux, la majorité, qui ont fréquenté l'école, et souvent à temps plein et pendant des années. Comme les inspections générales l'ont déjà souligné, à plusieurs reprises, sur ce point la loi n'est pas appliquée<sup>91</sup>. Or, faute de PPS, c'est la mission même des unités d'enseignement qui s'en trouve compromise.

**Il faut sans doute prendre acte de l'impossibilité pour les MDPH et leurs équipes pluridisciplinaires d'élaborer un projet détaillé** précisant domaine par domaine les objectifs d'apprentissage. En revanche, il leur appartient d'assumer leur responsabilité sur les exigences à poser au moment où est prise la décision, lourde de conséquences, de confier à une institution l'accompagnement d'un jeune dans la réalisation de son projet de vie. Sans doute peut-on attendre, pour le moins, une indication précise sur le minimum de formation à assurer, sur les ambitions que l'on peut se donner et sur les moyens à engager pour leur réalisation. Comme la mission, les sénatrices Campion et Debré regrettent que de nombreuses MDPH se contentent de simples notifications administratives des décisions d'orientation à défaut de PPS rédigés<sup>92</sup>. La Cour des comptes fait le même constat : les MDPH dont elle a observé le fonctionnement ne rédigent que rarement les PPS. La haute juridiction s'étonne par ailleurs qu'aucune disposition réglementaire ne vienne préciser le contenu du PPS.<sup>93</sup>

Le Conseil d'analyse stratégique, appelé à un émettre un avis sur la scolarisation des enfants handicapés dans les pays européens, a considéré que la rédaction du PPS pourrait être confiée à

---

<sup>90</sup> En général, chacun a en main l'avis de son collègue.

<sup>91</sup> Rapport IGEN/IGAENR 2012, cité *supra*.

<sup>92</sup> Rapport d'information de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2205-102 du 11 février 2005 présenté par mesdames Debré et Campion, 4 juillet 2012, page 25.

<sup>93</sup> L'éducation nationale face à la scolarisation des élèves handicapés, Cour des comptes, février 2012, page 54.

l'établissement de l'élève, la MDPH devenant compétente pour examiner les recours des parents en cas de désaccord.<sup>94</sup>

La mission considère qu'il y a là une question essentielle qui devra être traitée dès que possible.

Préconisation : s'assurer, pour chaque proposition d'orientation, que la procédure garantisse la transmission à la CDAPH d'un projet de scolarisation comportant, pour le moins, une indication claire, précise et motivée quant aux modalités de scolarisation.

**C'est donc sur la proposition d'orientation, formulée par l'équipe pluridisciplinaire, que la CDAPH se prononce.**

Si, là encore, les modalités sont diverses<sup>95</sup>, la commission se contente généralement de valider le projet de décision qui lui est présenté si celui-ci recueille l'accord des parents. Il faut rappeler que la plupart des CDAPH, même lorsqu'elles s'organisent en plusieurs formations dont une commission « enfants », ont à prendre des centaines de décisions à chaque séance ; dans la réalité, qu'elles procèdent par examen d'un listing écrit ou projeté, anonyme ou nominatif, ou bien par présentation sélective d'une partie des cas, ces instances ne débattent réellement que sur les situations litigieuses ou complexes et/ou pour lesquelles les familles ont souhaité être entendues. La taille du département est néanmoins un facteur déterminant et quelques CDAPH peuvent se permettre d'examiner toutes les décisions d'orientation, alors que d'autres n'évoquent que les recours.

**La mise en œuvre de la décision est souvent présentée comme une étape difficile pour la famille.**

La plupart des CDAPH ne prononcent pas de proposition d'affectation sur un établissement précis mais se contentent d'orienter sur une catégorie d'établissements ou de services. Sur ce point également les pratiques divergent d'une CDAPH à l'autre.

Dans certains départements, les familles reçoivent une notification d'orientation sans proposition d'établissement, avec, au plus, une liste des structures dont l'agrément correspond au profil attendu. Dans d'autres, cette liste est restreinte à deux ou trois établissements. Parfois un établissement précis, considéré comme optimal, est désigné ou conseillé.

En général, il appartient aux parents de s'adresser eux-mêmes aux établissements jusqu'à ce qu'une place leur soit attribuée. Pour certains, c'est « un véritable parcours du combattant » dans lequel ils peuvent ne pas être accompagnés par qui que ce soit. En un premier temps, l'enfant est inscrit sur une liste d'attente. Dans la plupart des cas observés, la décision finale appartient à l'établissement qui peut donner priorité à une « urgence », voire refuser un jeune dont le profil paraît incompatible avec leur public ou leur fonctionnement<sup>96</sup>.

Certains établissements exigent même une demande écrite motivée de la part de la famille. « *On ne peut pas prendre tout le monde* », dit un directeur d'établissement : la demande dépassant largement l'offre, l'établissement a, en tout cas, toujours le choix. Par exemple, dans un des ITEP

---

<sup>94</sup> *La situation des enfants en situation de handicap dans les pays européens, quelles voies de réforme pour la France*, conseil d'analyse stratégique, n°314, janvier 2013, page 9.

<sup>95</sup> Trois des corédacteurs de ce rapport ont eu l'occasion d'observer déjà cette diversité à travers les enquêtes conduites en 2012 et 2013 (rapports déjà cités).

<sup>96</sup> Voir chapitre 3.2.2. du rapport de D. PIVETEAU « *Zéro sans solution* ».

visités, le dossier d'orientation est d'abord examiné et il peut être repoussé « *s'il ne correspond pas au projet de l'établissement* », puis une « période d'essai » est engagée. Sur 146 demandes arrivées en 2013, seules 27 ont abouti. Les motifs sont divers : pas de place, fille (alors que l'ITEP accueille essentiellement des garçons), limite d'âge, manque d'information, désistement de la famille, avis défavorable du psychiatre ....

Dans quelques départements une procédure plus centralisée et plus directive s'est mise en place avec, par exemple, une « commission d'harmonisation », certes non prévue par les textes normatifs, qui présente l'avantage d'installer une gestion commune des listes attendues et d'affecter effectivement les enfants et adolescents en fonction des places qui se libèrent, évitant aux familles d'errer d'un établissement à l'autre. Cette commission facilite aussi l'échange d'informations sur certains jeunes (admissions en cours d'année, déménagements, refus d'orientation par certaines familles).

L'insuffisance des capacités d'accueil et la durée de l'attente des familles ont souvent été soulignées par les interlocuteurs de la mission. Ces délais ont des conséquences évidentes sur la scolarisation : certains jeunes restent dans la famille sans aucune forme de prise en charge, d'autres sont scolarisés, par défaut, à plein temps en milieu ordinaire (situation fréquemment évoquée). S'ajoutent à ces derniers, les élèves pour lesquels l'orientation n'a pas été prononcée en anticipant le manque de place : ainsi, tel ou tel jeune est maintenu en CLIS parce qu'on sait que, de toute façon, il restera sur liste d'attente si on l'oriente vers un IME.

Dans un département visité par la mission, la CDAPH envisage de consigner sur un fichier les orientations « théoriques » non réalisables par défaut de capacité. Cette démarche vise à mesurer les écarts entre l'équipement souhaitable et l'équipement existant et à susciter une prise de conscience des décideurs (en particulier des ARS).

Préconisation : confier à la MDPH un dispositif de gestion coordonnée et concertée des listes d'attentes ; accompagner les familles dans cette phase difficile de recherche et d'attente.
---

## **2.4. Le sanitaire**

Le recensement du nombre d'enfants hospitalisés bénéficiant dans ce cadre d'une scolarisation se heurte naturellement à la durée de passage de ces jeunes en milieu hospitalier, hospitalisation de jour sur le long cours ou hospitalisation complète. Cette population est incontestablement la plus difficile à cerner.

L'ensemble des données recueillies apparaît très fragile. Elles ne reposent que sur le déclaratif. Les réponses apparaissent hétérogènes tant sur la scolarisation, que sur le dénombrement même de la population (voire sur la limite entre patient « handicapé » et « non handicapé »).

La profusion d'enquêtes adressées aux établissements de santé par les multiples agences qui interviennent dans leur champ, voire en interne, ou à l'occasion d'inspections, ne peuvent pas favoriser un tel recensement. On peut craindre que les établissements de santé et le ministère de l'éducation nationale ne se renvoient la charge de recueillir un déclaratif considéré comme non prioritaire, ou que les institutions dont ce serait la mission, comme la DREES, ne s'engagent pas dans

un décompte qu'elles ne pourraient valider. Ces remarques sont d'ailleurs confirmées par Paul Champsaur, président de l'Autorité de la statistique publique<sup>97</sup>.

L'analyse de ce volet de la scolarisation est difficile du fait de la pluralité du public auquel on se réfère. Il peut s'agir de jeunes présentant une maladie chronique invalidante ou souffrant des suites d'un accident grave qui pour autant ne relèveront pas obligatoirement d'un handicap durable, au même titre que de jeunes présentant une ou plusieurs déficiences pouvant générer un handicap tout au long de la vie.

Il faut souligner que l'entrée de l'éducation nationale au sein de l'hôpital et, a fortiori, le passage de conventions entre celle-ci et un établissement hospitalier ne vont pas de soi et concernent des situations diverses.

À côté de quelques grosses structures hospitalières, « hôpitaux pour enfants » ou pôles « enfants » d'hôpitaux spécialisés, qui peuvent concentrer des équipes de plus de dix enseignants (sur Paris, près de 80 enseignants exercent leurs fonctions dans des établissements sanitaires), il s'agit souvent d'enseignants isolés, majoritairement dans des services pédopsychiatriques.

Les exemples de scolarisation en relation avec le sanitaire sur lesquels on peut éventuellement porter une analyse sont souvent liés à des enjeux expérimentaux ou à des structures novatrices qui ne relèvent pas stricto-sensu du champ du handicap, ou seulement à la marge. C'est le cas des maisons des adolescents (MDA) qui regroupent une centaine de structures, initialement orientées sur les troubles du comportement, mais qui peuvent accueillir des jeunes en situation de handicap selon les sites.

Ceci ajoute à la difficulté d'un décompte cohérent, au même titre que la notion « d'école à l'hôpital » qui traduit la mise à disposition du temps d'enseignants, dans un service ou pour l'ensemble de l'hôpital, qui vont accompagner des jeunes hospitalisés pour tout type de morbidité, dont des situations de handicap, sur une période de temps très variable.

Dans la très grande majorité des cas, leur mission d'enseignement consiste à maintenir un lien avec l'établissement scolaire d'origine par l'aide à la réalisation de travaux scolaires épisodiques inclus dans le temps de l'hospitalisation, dans l'optique de ne pas aggraver un décrochage qu'il serait très difficile à rattraper.

Enfin, il convient de prendre en compte les « maisons d'enfants à caractère sanitaire » (30 en 2009)<sup>98</sup>, établissements de soins de suite et de réadaptation, qui, pour beaucoup, sont issus des anciens aériums, préventoriums, sanatoriums, etc. Situées en zone de montagne pour la plupart (Hautes-Alpes, Pyrénées-Orientales, Vosges,...), elles accueillent des jeunes de 3 à 17 ans porteurs de pathologies diverses (épilepsie, diabète, anorexie..). Là encore, se mêlent des situations de handicap (allant jusqu'au poly-handicap) et des situations non reconnues comme telles, pour des séjours de durée variable sur le temps scolaire avec une obligation d'assurer la continuité de la formation depuis l'arrêté du 23 juillet 1965.

---

<sup>97</sup> Paul Champsaur, ancien directeur général de l'INSEE, Président de l'ASP, intervention en date du 6 octobre 2014, table ronde sur *les chiffres du débat économique*, Dourdan, journées IGAS.

<sup>98</sup> Une information relativement précise est fournie par Cécile JOST dans un mémoire soutenu en 2009 à l'école des Hautes Etudes en Santé publique : *Le difficile positionnement des Maisons d'enfants à caractère sanitaire dans la filière de prise en charge des enfants et adolescents : l'exemple des Hautes-Alpes*.

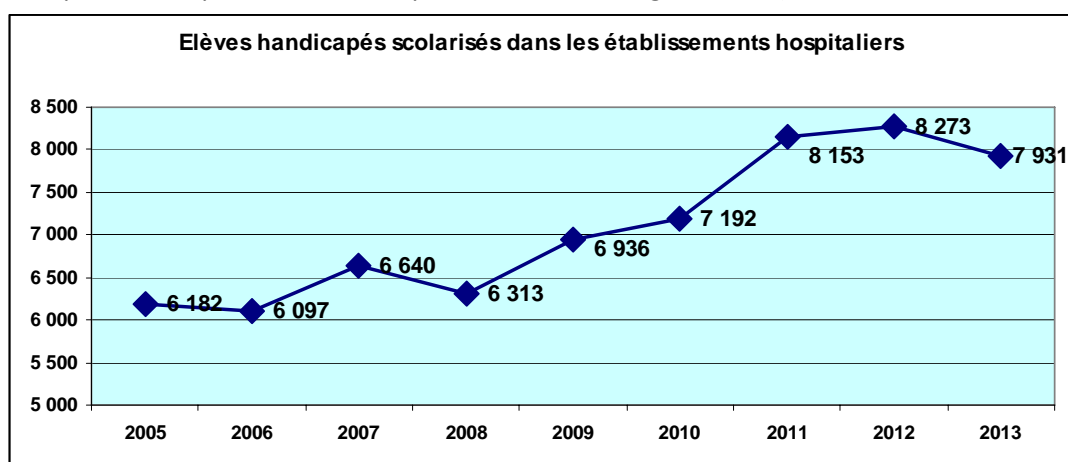
L'ensemble de cette population ne partage qu'une seule caractéristique : **le besoin de soins dont résulte une situation de rupture scolaire**, plus ou moins longue. Ces enfants et adolescents sont accueillis par décision médicale et non par une décision de la MDPH assortie obligatoirement d'un PPS.

Préconisation : procéder à une enquête séparée de l'enquête 32 pour les établissements de santé. Intégrer le recensement des jeunes handicapés qui y sont pris en charge, dans le cadre plus large d'une enquête visant à suivre et à piloter le service d'enseignement auprès des enfants et adolescents hospitalisés.

Préconisation : engager, en sollicitant la DEPP, en relation avec la DREES, une étude spécifique sur la scolarisation des enfants hospitalisés dépassant la distinction « handicapé » / « non handicapé ».

Pour déterminer qui sont ces élèves, la seule source suivie est, comme on l'a vu, le recueil et la publication annuelle des données issues de l'enquête 32<sup>99</sup>. Elle permet de suivre la progression des effectifs scolarisés en milieu hospitalier au fil des années comme le montre le graphique ci-dessous. Ceux-ci sont en augmentation si on les relève sur une longue période (4 900 en 1990 / 7 931 en 2013). Cette tendance, bien qu'irrégulière est confirmée depuis 2006 (+ 29 %).

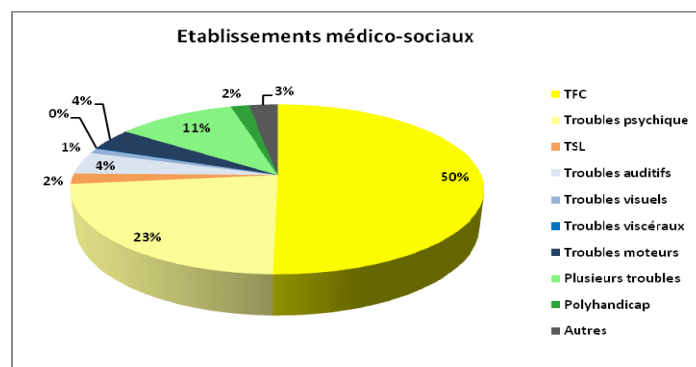
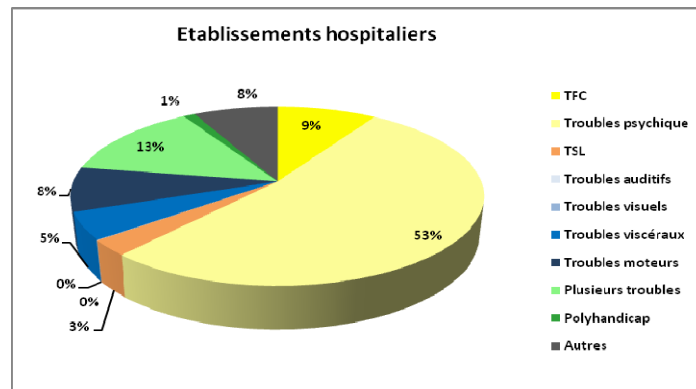
Seuls sont pris en compte les élèves hospitalisés sur une longue durée (au moins une année scolaire).



Par ailleurs, la mission a pu relever une différence majeure entre le profil des élèves accueillis dans les établissements médico-sociaux et celui du public scolarisé en **milieu hospitalier où les troubles psychiques sont majoritaires**<sup>100</sup>.

<sup>99</sup> Publication partielle dans RERS déjà cité.

<sup>100</sup> RERS 2014 / enquête 32.



Cette prépondérance des troubles psychiques reflète, avant tout, l’implantation d’une part importante des emplois d’enseignants dans des services de pédopsychiatrie pour intervenir auprès d’élèves suivis en hospitalisation de jour sur une longue durée.

Les informations recueillies n’ont que rarement fait l’objet d’une exploitation plus détaillée. Seule, une note d’information de la DEPP, déjà ancienne (2003)<sup>101</sup>, apportait quelques précisions en indiquant que sept élèves sur dix avaient été scolarisés antérieurement à leur hospitalisation, ou encore que, pour les deux tiers, il s’agissait de garçons. Enfin, le nombre total d’élèves handicapés scolarisés dans des établissements hospitaliers, toutes pathologies confondues et en prenant en compte les courts et moyens séjours, s’élevait alors à 13 000.

### 3. Les unités d’enseignement : quelle réalité en 2014 ?

La création des « unités d’enseignement » résulte de la volonté d’adapter les modalités de scolarisation aux besoins et au projet de chaque enfant ou adolescent accueilli dans un établissement sanitaire ou médico-social. Elle implique une évolution profonde du dispositif existant sur lequel ces unités s’appuient et dont les moyens humains ont été préservés à cette fin.

#### 3.1. Un modèle sous-jacent très majoritaire

Les unités d’enseignement, par delà la diversité de leurs contextes, présentent quatre caractéristiques confirmées dans la quasi-totalité des sites visités : **des locaux « scolaires »** identifiés

<sup>101</sup> Note d’information DEPP 03.11 de 2003.

comme des classes, une petite équipe d'enseignants « spécialisés » du premier degré, une **coordination pédagogique** exercée par l'un des maîtres ou par un directeur et un « emploi du temps » hebdomadaire fondé sur **une répartition des élèves en très petits groupes** bénéficiant au total d'une durée d'enseignement plus ou moins réduite. Ces quatre traits, que l'on peut observer, quel que soit le type d'établissement, perpétuent une organisation qui, dans presque tous les cas, était largement antérieure à 2005<sup>102</sup>. Une telle organisation, tournée vers l'intérieur de l'établissement, ne correspond pas aux ambitions assignées aux unités d'enseignement de pouvoir se projeter vers l'extérieur de l'ESMS afin de construire et déployer les parcours des jeunes.

### 3.1.1. Une présence de locaux « scolaires » identifiés comme tels

L'unité d'enseignement s'inscrit le plus souvent de façon matérielle, sous forme de locaux à usage scolaire implantés au sein de l'établissement spécialisé.

La taille et l'organisation de **cet espace dédié, souvent appelé « école »**, varient considérablement d'un établissement à l'autre, en fonction du nombre d'enseignants, de la configuration des locaux et du budget disponible. Parfois, il s'agit d'une ou deux salles meublées de manière sommaire avec un équipement pédagogique relativement pauvre ; majoritairement, les enseignants bénéficient d'un bâtiment séparé (voire d'un groupe de pavillons) avec quelques équipements supplémentaires (salle des maîtres, atelier...) ; dans quelques grosses structures, ce lieu scolaire peut comprendre tout ce que l'on rencontre dans les écoles les plus modernes : classe attribuée à chaque enseignant, salle d'informatique, salle polyvalente, cour de récréation, plateau sportif, salle de peinture ou de modelage, etc.

Toutefois, une autre organisation a pu être relevée (en particulier dans plusieurs ITEP)<sup>103</sup> ; elle repose sur la priorité accordée à « l'unité de vie ». Dans tel établissement, sont ainsi regroupés par bâtiment une salle de vie où les élèves sont accueillis le matin, où ils déjeunent et où ils peuvent se détendre, une salle de classe et un ou deux ateliers pris en charge par les éducateurs coresponsables du groupe. Par delà ce second modèle où l'unité d'enseignement s'efface par rapport à l'unité de vie, le couplage d'une salle de classe et d'un atelier confié à un éducateur est très fréquent, y compris dans les unités « externalisées ». Il a souvent pour principe la répartition du « groupe-classe » en deux sous-groupes, pris en charge, l'un par l'éducateur, l'autre par l'enseignant, avec pour effet direct, une réduction du temps effectif de l'activité scolaire.

D'une manière générale, on retrouve dans les salles de classe, **la configuration de la « classe primaire » traditionnelle** organisée pour y conduire un enseignement collectif : pupitres (en rangs, en paquets ou en « U »), tableau, affichages didactiques, règles de vie, bureau du maître... S'ajoutent, de manière plus variable, un espace d'accueil, une (ou des) tables pour des travaux en petits groupes, des mobiliers pour stocker le matériel ou ranger les travaux des élèves des enfants entre deux séances, parfois un coin-bibliothèque ou un ordinateur. La référence aux codes scolaires du premier degré est constante.

---

<sup>102</sup> Dans chaque établissement visité, la mission a recueilli des informations sur l'histoire de l'institution et de son « service d'enseignement ».

<sup>103</sup> Dans certains ITEP, il s'agit d'un choix récent, délibéré, pour promouvoir un accueil et un emploi du temps conçu en équipe pluri-professionnelle reposant sur le binôme « enseignant-éducateur ».



Préconisation : différencier d'avantage l'agencement des classes en fonction de l'âge des élèves. Concevoir des espaces adaptés aux adolescents et aux jeunes adultes.

### 3.1.2. Une équipe de professeurs des écoles

La deuxième caractéristique de la scolarité organisée dans les établissements médico-sociaux ou sanitaires est d'être, par tradition, conduite par des enseignants spécialisés du premier degré.

Même lorsqu'il s'agit de publics adolescents, voire de jeunes adultes, les postes sont généralement tenus par des professeurs des écoles. 97 % des emplois publics installés par l'éducation nationale dans les établissements médico-sociaux et de santé sont pris sur la dotation du premier degré<sup>104</sup>. Il faut voir là le poids de l'histoire : l'enseignement spécialisé français a été pendant presque un siècle confié exclusivement aux instituteurs et ce n'est qu'en 2004 que les professeurs du second degré ont pu accéder à une formation spécialisée. À travers ce fait, a persisté longtemps l'idée que le devoir de l'État était d'apporter à tous une instruction « primaire » avec, en arrière plan l'idée que les jeunes porteurs d'un handicap ne pouvaient accéder à l'enseignement secondaire.

De fait l'enseignement observé dans les unités d'enseignement visitées est référé au premier degré et pas seulement, comme on l'a vu, à travers l'agencement matériel des locaux. Les contenus et les activités sont clairement situés dans le champ du premier degré. De même, les séances de classe présentées à la mission, dans leur presque totalité, portaient sur les apprentissages fondamentaux du « parler, lire, écrire, compter ». Certes, il faut prendre en compte que beaucoup, parmi les élèves concernés sont d'âge primaire, que la plupart sont porteurs d'une déficience intellectuelle et que presque tous ont accumulé un retard scolaire qui justifie pleinement ce combat pour l'acquisition des compétences de base de la formation. En revanche, cette exclusivité de l'enseignement primaire présente deux inconvénients majeurs :

- elle ne permet pas de répondre à **la situation scolaire de jeunes de 13, 14, 15 ans et au delà, ayant des possibilités d'apprentissage correspondant à leur âge**. C'est le cas dans les ITEP et, plus largement pour une part significative des élèves porteurs de troubles psychiques ou de troubles physiques. On accueille des collégiens et des lycéens ; l'enseignement ne peut être organisé sur le seul modèle primaire. Ce raisonnement peut être étendu à une part du public des IME pour lesquels une ouverture à d'autres champs de connaissance et d'expérience est indispensable pour les préparer à leur vie d'adultes... ;
- le second inconvénient est l'absence de l'éducation nationale dans **la formation professionnelle de ces jeunes**. La mission ne peut que constater que cette dimension pourtant au cœur des projets des établissements n'est pas prise en compte dans la composition des équipes enseignantes. Les compétences de professeurs de lycée professionnel (PLP) seraient pourtant tout à fait à leur place dans la plupart des établissements visités, tant pour l'organisation de l'enseignement, pour le lien avec les LP et les CFA, que pour faciliter la validation des acquis<sup>105</sup>. Dans le seul cas où la présence de PLP a été relevée (quatre postes dans le même IME), l'ensemble des acteurs s'accorde

---

<sup>104</sup> Ce point est développé au chapitre 5.

<sup>105</sup> À l'occasion d'une visite, un inspecteur général relève « *Les six enseignants sont issus du premier degré. Le recours à un PLP ne leur semble pas nécessaire. A leurs yeux, c'est l'affaire des éducateurs techniques. Néanmoins, ces derniers doivent recourir à un partenariat avec un EREA ou un LP pour les validations de compétences* ».

pour reconnaître le bénéfice pour la formation des jeunes concernés. Une réflexion pourrait être conduite à ce sujet.

En revanche, il faut se garder d'une approche trop réductrice. La présence des professeurs des écoles est non seulement justifiée par l'âge ou les difficultés exceptionnelles des élèves, mais elle a aussi l'avantage de permettre **la prise en charge d'un groupe par un maître polyvalent** capable d'appréhender globalement la situation de chacun et de constituer un point de référence stable pour celui-ci. Le besoin est peut être davantage de développer une équipe pluridisciplinaire intégrant les compétences de professeurs du second degré et surtout d'adapter cette composition au type d'établissement et à l'âge des jeunes concernés.

Préconisation : dans les équipes comportant plusieurs enseignants pour l'accueil d'adolescents, implanter des emplois du second degré : PLP, professeurs des lycées et collèges titulaires du 2CASH.
--

### 3.1.3. Une coordination

L'arrêté de création des unités d'enseignement désigne comme « **coordonnateur pédagogique de l'unité d'enseignement** », l'ancien « responsable du secteur d'enseignement » de 1978.

Concernant les missions, cet arrêté précise que le coordonnateur organise le service hebdomadaire des enseignants de l'unité d'enseignement, puis qu'il supervise, s'il y a lieu, l'organisation des groupes d'élèves, ensuite, qu'il coordonne les interventions des enseignants pour soutenir la scolarisation des élèves, au sein même de l'établissement ou du service médico-social ou sanitaire, ou dans leur établissement scolaire, en lien avec les responsables de ces établissements, ou au domicile des élèves, enfin, qu'il travaille en relation avec les enseignants référents des élèves de l'unité d'enseignement, en vue de favoriser au mieux le déroulement de leur parcours de formation.

La nomination du coordonnateur pédagogique est proposée par le directeur de l'établissement à l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale qui peut alors désigner un enseignant exerçant dans l'unité d'enseignement et possédant l'un des titres requis. Certains départements ont privilégié la désignation du directeur administratif comme coordonnateur pédagogique de l'unité d'enseignement – ce qui reste possible dès lors que le directeur dispose des diplômes professionnels nécessaires –, mais dans la plupart des cas cependant, le choix du coordonnateur apparaît assez informel<sup>106</sup> et suit en général les règles traditionnelles (qualification et ancienneté dans le poste). Il s'agit d'un *primus inter pares* qui dispose d'une influence limitée envers ses collègues, tandis que le directeur, responsable du fonctionnement de tout l'établissement, joue le rôle essentiel.

Les conditions d'exercice de sa mission n'ont pas été précisées par les textes de 2009. En particulier, les modalités de son éventuelle « décharge » d'enseignement ne sont pas fixées. Les usages observés sont très variables, non seulement en fonction de la taille des unités, mais aussi des responsabilités confiées par l'établissement et des pratiques adoptées dans le département. Les conséquences de

---

<sup>106</sup> La mission a relevé à l'occasion de la visite d'un IME : « Le plus ancien est considéré comme le coordonnateur ».

l'évolution des textes sur les décharges de service<sup>107</sup> n'ont pas été appliquées partout de la même manière.

Dans le fonctionnement de l'établissement, ces changements n'ont pas apporté de modification notable, le scolaire restant un service inclus dans une organisation complexe qui se doit de composer en particulier avec l'éducatif et le thérapeutique ; la direction d'établissement est ici déterminante, tant dans le discours général tenu sur la question scolaire que sur les priorités organisationnelles données à l'unité d'enseignement.

Préconisations : clarifier, à travers une circulaire, le rôle, les responsabilités et le mode d'indemnisation ou de décharge des coordonnateurs. Dans les unités d'enseignement de taille importante, prévoir des modalités spécifiques de désignation du coordonnateur et, dans tous les cas, une formation pour ceux qui accèdent à cette fonction. Intégrer dans leurs missions la nécessité de susciter la confrontation des pratiques professionnelles à l'intérieur de l'équipe pédagogique et avec d'autres unités d'enseignement.

#### 3.1.4. Un fonctionnement par petits groupes

Malgré un taux d'encadrement théorique bien supérieur à celui des CLIS<sup>108</sup>, la mission a pu constater, presque partout, la très petite taille des groupes observés : **les groupes de plus de cinq élèves présents sont rarissimes**<sup>109</sup> ; très fréquemment ils ne réunissent que deux ou trois élèves, voire un seul. Ces groupes très restreints se trouvent parfois encadrés par un enseignant et un éducateur, notamment dans des cas de classe externalisée.

**Ce mode de fonctionnement induit un temps de scolarisation très limité.** La plupart des unités d'enseignement fonctionnent à partir d'un emploi du temps des enseignants de 24 ou 23 heures malgré quelques exceptions<sup>110</sup> et elles ont adopté un fonctionnement très fractionné, de petits groupes se succédant selon des plages horaires assez limitées, parfois réduites à trente minutes<sup>111</sup>, avec pour chaque élève quelques séances seulement, voire une seule, par semaine. La tendance consiste à **privilegier les groupes à faible effectif scolarisés pendant une faible durée hebdomadaire** et les relevés effectués témoignent presque partout de temps de scolarisation bien inférieurs à un mi-temps<sup>112</sup>.

De plus, une proportion significative d'enfants inscrits dans les groupes ne sont pas présents lors des visites durant les temps de scolarité initialement prévus : ces absences s'expliquent par des prises en

---

<sup>107</sup> Auparavant les décharges étaient en général calculées en fonction du texte qui définissait celles des « écoles spécialisées » comportant au moins trois classes spécialisées (demi-décharge à trois classes, complète à cinq classes).

<sup>108</sup> Chiffres de 2013-2014 : 80 526 élèves scolarisés en ESMS selon l'enquête 32 (sans accueil court) et 4 721 emplois (hors services), soit 17,05 élèves par poste d'enseignant. Voir *infra*.

<sup>109</sup> Deux observations font état de groupes de plus de cinq élèves présents.

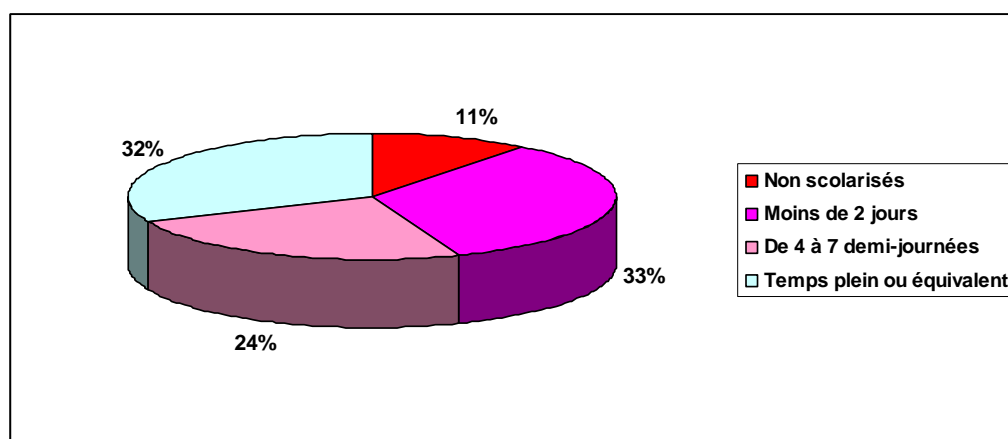
<sup>110</sup> Par exemple, un emploi du temps relevé ne comporte que 15 heures d'enseignement.

<sup>111</sup> Une situation parmi d'autres : « La mission a assisté, dans une salle très distincte des autres locaux et bien investie, à deux séquences de classe de 30 minutes chacune, la première avec deux enfants âgés d'une dizaine d'années, la seconde avec un unique garçonnet de 8 ans. Les trois élèves présentent une déficience moyenne ».

<sup>112</sup> Dans un établissement : « Aucun élève ne bénéficie de plus de 15 heures de classe réelle, ce qui rend extrêmement difficile tout projet de retour dans la voie ordinaire. Certains n'ont que deux heures de classe. » Dans un autre établissement : « Les petits sont scolarisés d'une à six heures par semaine (en « groupes » d'un ou deux). Les grands (de 12 à 20 ans), d'une demi-heure à une dizaine d'heures. La taille des groupes est très variable (jusqu'à sept). » Ou bien, ailleurs : « Aucun temps supérieur à dix heures ; la moitié des élèves (23) ont un temps inférieur à cinq heures ».

charge thérapeutiques, dans plusieurs cas par le choix laissé aux enfants de rejoindre un groupe éducatif ou de venir en classe. Du fait de ces pratiques, le temps scolaire dispensé à chaque élève est loin d'atteindre le temps initialement prévu. Les observations de la mission font également état d'emplois du temps comprenant une part significative d'activités éducatives comptabilisée comme temps scolaire. Ceci conduit à s'interroger sur ce qui est effectivement considéré comme scolarité dans les établissements médico-sociaux ou sanitaires.

Les résultats de l'enquête 32 décrivent pourtant des pratiques où la scolarisation à temps complet concernerait 32 % des jeunes accueillis tandis que 24 % de ceux-ci bénéficieraient de quatre à sept demi-journées de classe, soit au total 56 % (63 % des élèves) suivant un enseignement de douze heures par semaine ou plus<sup>113</sup>.



**En dehors de certains ITEP visités, les relevés effectués par la mission sont toujours bien en-deçà de ces chiffres, y compris pour les plus jeunes.** Malgré les précisions apportées par le protocole d'enquête<sup>114</sup>, il est probable que certaines mentions sont très diversement interprétées<sup>115</sup>. Un décompte par heure de scolarité effective semble réalisable, l'enquête comportant une ligne par cas de figure dans chaque établissement, tandis que la définition d'une période d'observation précise permettrait sans doute d'obtenir une image plus fidèle de la réalité de la scolarisation.

Au total, le temps hebdomadaire d'enseignement dispensé aux élèves se trouve très réduit, et lorsque la scolarité se limite à une brève séance hebdomadaire, **les acquis essentiels ne peuvent se réaliser**, faute de temps pour rechercher les stratégies adaptées et surmonter les difficultés que rencontre tout élève, faute d'entraînement possible, faute de mémorisation suffisante. Comme l'indique une enseignante, dans un établissement où le temps effectif maximum est de six heures et demie pour certains enfants, « **une séance de 45 minutes par enfant et par demi-journée permettrait d'obtenir des résultats significatifs** ». La faible durée de scolarisation hebdomadaire qui découle de ce type d'organisation conduit à s'interroger sur la possibilité effective de conduire les élèves à suffisamment maîtriser les apprentissages fondamentaux pour qu'ils parviennent à une meilleure autonomie et, à terme pour certains, à espérer obtenir une qualification.

<sup>113</sup> Taux obtenu à partir de la base 2013 de l'enquête 32.

<sup>114</sup> « Un élève qui bénéficierait de six heures de scolarisation hebdomadaire (3 heures x 2 jours ou 1 heure x 6 jours) sera considéré comme effectuant deux demi-journées » (Instructions pour l'enquête 32, 2013-2014).

<sup>115</sup> « Un temps complet = 8 demi-journées, une demi-journée équivaut à, **plus ou moins**, trois heures de scolarisation » (Instructions pour l'enquête 32, 2013-2014).

Le handicap des enfants est souvent mis en avant par les enseignants – qui occupent une place essentielle dans les décisions d’organisation de l’unité d’enseignement<sup>116</sup> – pour justifier des pratiques de scolarisation très ponctuelles. Cependant, certains établissements accueillant des enfants avec des handicaps lourds pratiquent une scolarisation quotidienne pour au moins un temps passé en classe avec les camarades, pour s’imprégner de quelques apprentissages de base, quel que soit le handicap de chacun : on est ici convaincu que les apprentissages dans le cadre scolaire peuvent être conduits par tous et de façon quotidienne à condition que le cadre pédagogique soit suffisamment aménagé.

Un temps de scolarisation quotidien en groupe, pour une durée suffisante permettrait de limiter les écarts entre les compétences scolaires effectives des enfants au regard de leur classe d’âge, facilitant grandement leur inclusion en milieu ordinaire. **Une scolarité quotidienne effective apparaît partout possible et souhaitable** ; cela demande naturellement de revoir les modes d’organisation de la scolarité dans la plupart des unités d’enseignement ainsi que d’aménager certaines pratiques pédagogiques.

Pour justifier ce choix de fonctionnement par tout petit groupe, est souvent avancé l’argument du niveau d’individualisation qu’il permet.

Les activités sont parfois présentées sous forme de jeu et les observations montrent souvent un réel engagement des enseignants dans l’échange avec chaque élève pour, au bout du compte, obtenir quelques mots et des avancées modestes dans les apprentissages, par exemple dans cette situation : « l’enseignante se place en face et tout près [de ces trois élèves]. Il s’agit de reconstituer une histoire qui leur a été lue et que l’on reprend étape par étape (chaque élève devait raconter un chapitre). Aucun ne produit de phrase complète : ils répondent par des mots aux questions. L’enseignante les incite, les sollicite et leur arrache presque mot à mot des éléments de phrase qu’elle prend par écrit devant eux et qu’elle leur relit...<sup>117</sup> ». La sollicitation est très soutenue, sans doute tout aussi épuisante pour les élèves que pour l’enseignante, l’intensité de la séance constituant une exigence forte pour des enfants handicapés de façon générale peu scolarisés. Cette situation se trouve rarement dans l’enseignement ordinaire où les élèves disposent de temps de respiration plus importants du fait de l’organisation en classe entière. Par ailleurs, les petits progrès réalisés par chacun pour se repérer dans une histoire écrite (identification du/des personnages, des éléments essentiels d’un récit simple, procédure de recherche dans le livre ou le texte, utilisation d’indices pour un déchiffrement, mémorisation d’informations liées à ce texte précis et des procédures pour comprendre une histoire ou un texte simples) auront bien du mal à se fixer sans plusieurs reprises quotidiennes. Une telle organisation des enseignements réduit la dynamique des apprentissages et contribue à creuser les écarts par rapport à l’enseignement des niveaux scolaires de référence.

Les observations conduites montrent par ailleurs que les aménagements pour adapter le travail au niveau de chaque élève ne sont pas fréquemment réalisés malgré des effectifs très réduits. Les séances sont souvent préparées pour le groupe, avec des exercices identiques, calibrés pour tous puissent les effectuer : faute de différenciation suffisante, les élèves les plus à l’aise sont alors insuffisamment nourris. Dans d’autres situations où l’enseignant s’appuyait sur un programme très individualisé, les objectifs poursuivis ont été considérés comme trop modestes par rapport aux

---

<sup>116</sup> Un inspecteur relève à l’occasion d’une visite : « *Le choix fait de faibles groupes ayant de très faibles horaires est justifié par les enseignants qui considèrent que c’est le maximum possible pour des élèves ayant ces caractéristiques. Ce point mériterait discussion.* »

<sup>117</sup> Observation recueillie dans un IME visité.

potentialités des élèves. **Ces trop faibles ambitions ou stimulations s'ajoutent à un faible temps de scolarité et éloignent les possibilités d'inclusion en cursus ordinaire ou d'accès à une qualification.**

Une deuxième conséquence de ce mode d'organisation et de réduction du temps scolaire est la concentration de l'enseignement sur la lecture ; l'écriture est présente aussi dans certaines classes – le plus souvent pour compléter des exercices – ainsi que les mathématiques, principalement pour la numération et les techniques opératoires ; la lecture continue ou l'étude de la langue, la géométrie ou les problèmes en mathématiques sont très peu abordés, tandis que le reste, qu'il s'agisse de la découverte du monde ou des sciences, de l'histoire et géographie, de l'éducation physique et sportive, de l'acquisition de l'autonomie, des apprentissages sociaux, de la participation à des projets ou, pour les plus avancés, de la formation professionnelle, est en général délégué aux éducateurs. La pédagogie de projet (à laquelle adhèrent les enseignants rencontrés) n'est que rarement possible dans des temps aussi éclatés.

L'usage du mot « classe » perd son sens usuel pour désigner dans certains établissements l'ensemble des groupes dont un enseignant est responsable, ces groupes n'étant jamais simultanément présents dans la salle<sup>118</sup>. Le terme désigne alors la salle où les groupes se succèdent, ou bien l'ensemble des élèves qu'un enseignant est amené à rencontrer au cours de la semaine, ou encore ce que l'on appellerait dans le second degré le service de l'enseignant. Malgré ses locaux spécifiques, **l'unité d'enseignement ne joue pas le rôle de classe permanente ou de point de repère central pour la constitution du parcours de l'élève**, comme cela existe en CLIS ou dans certaines ULIS, avec une vie de groupe, des latitudes organisationnelles pour faire varier les modalités pédagogiques et offrir des possibilités de différenciation, du temps pour acquérir des méthodes, pour conduire des projets et donner tout leur sens aux apprentissages, fournir des occasions pour reprendre les notions dans des situations plus diversifiées, avec différents supports, et pour mémoriser les connaissances en cours d'acquisition. Les lieux apparaissent ainsi peu investis, quelques tables seulement se trouvant dégagées pour « faire classe », les murs étant parés d'affichages didactiques plutôt symboliques ou ornementaux, les travaux écrits individuels des élèves en dehors de fiches à compléter étant rares et peu mis en valeur.

Les relations apparaissent parfois assez étroites avec les ateliers du secteur préprofessionnel tandis que des projets sont annuellement organisés dans le cadre des groupes éducatifs. Il y a là une démarche positive concernant la relation entre les savoirs et l'expérience mais elle demanderait un travail formel approfondi, une réflexion pédagogique et une référence aux programmes, et du temps pour conduire progressivement à des acquis.

### **3.1.5. Des nuances en fonction du type d'établissement**

Ce modèle ne varie que peu en fonction du type d'établissement ou du profil des élèves. Pour les établissements accueillant des enfants ou adolescents en situation **de handicap sensori-moteur**, les pratiques scolaires sont bien plus proches du cursus ordinaire, l'objectif lorsqu'il n'y a que peu de troubles associés étant de parvenir aux diplômes et qualifications avec des aménagements d'épreuves. Des effets de filières de formation existent à l'échelle nationale.

---

<sup>118</sup> Par exemple dans un IME : « L'enseignante a la responsabilité de 16 élèves, mais, en fait, les a répartis en quatre groupes et chacun a d'une à douze heures de classe ».

**Les visites en IEM** ont montré que, quelle que soit l'ampleur du handicap, le scolaire pouvait représenter une dimension très structurante dans les prises en charge, marquant l'affirmation d'une éducativité, d'une capacité à apprendre malgré d'évidentes difficultés physiques. La participation à la classe, quelles que soient les compétences manifestées (y compris sur le plan phonatoire), avec l'appui des outils nécessaires, organisée régulièrement malgré l'importance des soins à donner, permet une régularité du temps scolaire.

**Les ITEP** qui accueillent les publics caractéristiques de ces établissements fonctionnent dans l'ensemble sur ce modèle avec deux variantes importantes. Tout d'abord, les durées d'enseignement hebdomadaire sont en général plus élevées, que l'on se fie à l'enquête déjà évoquée<sup>119</sup> ou aux constats réalisés par la mission<sup>120</sup> même si les 24 heures hebdomadaires sont rarement atteintes. Chaque élève dispose le plus souvent du potentiel pour s'inscrire dans des apprentissages scolaires en milieu ordinaire, mais le trouble lui-même comme le passif souvent accumulé avec l'école demandent des aménagements pédagogiques (temps de respiration, déplacements en classe). Par ailleurs, des options pédagogiques fortement tournées vers le projet et l'éducatif sont mises en œuvre dans certains établissements où des groupes de vie intégrant un espace de scolarisation ont été aménagés et sont fréquentés de façon suffisamment soutenue, au moins un mi-temps ; cette pédagogie active part des situations observées pour donner sens aux apprentissages, l'enjeu consistant alors à structurer des savoirs complémentaires, cohérents et stables, dont les élèves soient conscients pour pouvoir les utiliser en toute situation.

**Les IME** accueillent des publics très diversifiés où les écarts scolaires sont très contrastés. Certains enfants peuvent être assimilés, par leur langage, leur attitude face à l'école ou leurs potentialités, à des élèves qui fréquentent habituellement les CLIS ; ils peuvent au contraire disposer de peu de langage et d'acquis très faibles – la notion d'écrit, celle de syllabe ou de phonème comme la reconnaissance des couleurs par exemple n'étant pas encore très sûre – alors qu'ils sont devenus adolescents. Ces décalages parfois considérables entre l'âge et le niveau scolaire rendent délicates les inclusions et invitent sans doute les équipes à privilégier une réponse très individualisée, mais bien trop espacée pour espérer atteindre l'un des domaines fondamentaux, particulièrement présent dans les unités d'enseignement, la lecture. Dans les classes observées, les élèves s'intéressent manifestement aux activités scolaires, y trouvent du plaisir et, même pour des résultats modestes, il importe d'offrir une scolarité suffisante à chacun.

Ces observations sont en partie valables pour **les établissements hospitaliers** visités. Les temps de scolarisation « internes » y apparaissent particulièrement courts avec des effectifs très réduits. En revanche, beaucoup d'élèves bénéficient d'une scolarité externe, partagée ou non. D'une manière générale, la population accueillie est beaucoup plus fluide, ce qui implique pour l'équipe une organisation plus souple avec, en particulier, la nécessité de s'adapter aux contraintes du thérapeutique, toujours prioritaires. Il s'agit souvent de petites équipes, parfois d'enseignants isolés. Dans la plupart des cas, les espaces réservés à l'usage scolaire sont plus limités et moins « visibles » que dans le médico-social. L'école est ici moins « installée ».

---

<sup>119</sup> Près de la moitié des enfants et adolescents avec des troubles psychiques (47 %) est scolarisée à temps complet au lieu de 28 % avec troubles intellectuels et cognitifs. (Selon l'étude préparatoire faite pour le rapport de 2012. Il faudrait actualiser les données malgré les réserves faites sur l'enquête 32).

<sup>120</sup> Dans un ITEP visité : « On n'atteint pas 24 heures : aucun des élèves de la classe ne bénéficie de plus de 21h30 de classe : l'un d'eux n'est scolarisé que 13 heures, quatre autres 15 heures ou 15h30... ».

D'une manière générale, les adaptations scolaires effectuées dans le cadre des unités d'enseignement promeuvent un vis-vis pédagogique très individualisé qui entraîne des réductions souvent fortes du temps d'enseignement et rend assez difficile l'acquisition des compétences fondamentales.

### 3.2. Quel changement ?

Le décret et l'arrêté de 2009 invite à une réorganisation de l'ensemble du dispositif scolaire destiné aux jeunes accompagnés par les établissements médico-sociaux et sanitaires. Cette réorganisation devait conduire à la signature de nouvelles conventions cadres (projet pédagogique de l'unité d'enseignement, caractéristiques de la population, organisation de l'unité d'enseignement,...) et surtout favoriser le passage d'une logique de scolarisation interne en petits groupes à une logique de parcours personnalisé privilégiant chaque fois que possible une démarche inclusive.

#### 3.2.1. Des conventions constitutives centrées sur les moyens

Cette démarche a conduit à organiser des échanges entre les parties prenantes au niveau départemental et régional (préfectures puis ARS, directions académiques, associations gestionnaires), mais les évolutions observées par la mission ou ressenties par les intéressés apparaissent en somme très modestes et **ne provoquent pas de remise en cause du dispositif scolaire existant**.

**Le processus de signature des conventions a été souvent laborieux** : élaboration de modèles locaux, définition de procédures, identification des signataires (préfet puis ARS, par établissement ou par association), navettes pour renseigner les documents-types... Tout n'est pas encore signé actuellement, certains départements en étant encore très loin, cinq ans après la publication de l'arrêté. Les derniers obstacles ne sont pas d'ordre pédagogique, par exemple en relation avec une éventuelle externalisation du dispositif ou avec l'appui à l'inclusion en milieu ordinaire, mais ils portent plutôt sur certains engagements financiers (paiement d'heures de sujétions spéciales, notamment).

Les conventions recueillies, conformément aux textes, identifient les écoles et établissements scolaires avec lesquels des relations de coopération sont fixées, certaines définissant précisément les réunions à tenir (participants, fréquence, fonction).

Soulignons que ces conventions sont le plus souvent assorties d'avenants annuels concernant les moyens dévolus par l'éducation nationale et par les associations, ce qui permet de conserver des possibilités d'adaptation au contexte et tenir compte des contraintes de chaque préparation de rentrée. Par ailleurs, les moyens de l'éducation nationale sont parfois fixés en emplois et non en heures hebdomadaires, comme les textes le prévoient.

Notons que les décisions principales en matière scolaire ne passent pas par ce type de convention<sup>121</sup> : qu'il s'agisse d'attribution d'emplois ou de nomination des personnels, les décisions de l'éducation nationale reposent sur des actes administratifs pris à la suite de consultations partenariales très larges, au niveau académique et départemental.

---

<sup>121</sup> C'est également le cas pour le fonctionnement des établissements médico-sociaux : définition du prix de journée, CPOM...).



Par ailleurs, le nombre d'emplois a pu évoluer pour les directions administratives ou pour les décharges données aux coordonnateurs par rapport aux anciens responsables pédagogiques, mais les dotations horaires d'enseignement directement destinées aux élèves n'ont que rarement été modifiées par l'effet des accords conventionnels<sup>122</sup>.

La création du rôle de coordonnateur, qui est proposé par le directeur de l'établissement, n'a pas fait évoluer la place du scolaire dans les établissements. Les fonctionnements antérieurs ont été repris, qu'il s'agisse de la scolarisation interne ou des classes externalisées existantes : certaines conventions comportent ainsi des documents d'orientation anciens et imparfaitement actualisés.

Si des intentions de création de classes externalisées sont évoquées au cours des entretiens, à une exception près, les exemples observés résultent de démarches nettement antérieures à 2009. Lors de leur création, ces démarches ont en général fait l'objet d'une convention locale entre l'association gestionnaire ou l'établissement médico-social et la commune concernée dans le cas d'une école, ou bien le collège en cas d'utilisation de ses locaux.

Les conventions constitutives des unités d'enseignement ont sans doute permis des réactualisations utiles, **mais n'ont pas constitué un outil d'amélioration concernant l'organisation pédagogique des établissements**, la durée de scolarité des élèves, ou le développement d'un enseignement à l'extérieur de l'établissement, que ce soit en classe externalisée ou en classe ordinaire. Aucun projet d'externalisation complet d'une unité d'enseignement n'a été relevé, à l'exception sans doute de la situation spécifique des ITEP des Bouches-du-Rhône<sup>123</sup>. Aucune de ces conventions ne procédait d'une réflexion partagée entre les acteurs sur la conception de parcours des élèves ; cette dimension du conventionnement portée par les nouveaux textes réglementaires semble avoir échappé à l'ensemble des parties prenantes.

### 3.2.2. Des projets formalisés pour définir le fonctionnement scolaire

La conception de l'organisation scolaire et les options pédagogiques sont mises en œuvre à travers la définition de projets à différents niveaux. Cette démarche doit permettre de prendre en compte les ressources locales, la particularité des publics accueillis et le contexte de scolarisation tout en se référant à un même cadre législatif et réglementaire.

Il s'agit tout d'abord **des projets des établissements et services** réalisés dans le cadre de la loi médico-sociale de 2002. Ceux qui ont été recueillis accordent une place variable au secteur scolaire devenu unité d'enseignement, mais le plus souvent se limitent à quelques pages permettant de préciser le rôle de l'enseignement par type de public, avec parfois la définition de grands objectifs pour la scolarité, l'organisation de l'unité d'enseignement (enseignants, classes, groupes d'élèves, éventuellement modules de formation) et ses relations aux autres composantes de l'établissement.

Selon l'arrêté, **le projet pédagogique de l'unité d'enseignement** « décrit les objectifs, outils, démarches et supports pédagogiques adaptés permettant à chaque élève de réaliser, en référence aux programmes scolaires en vigueur, en complément ou en préparation de l'enseignement reçu au sein des établissements scolaires, les objectifs d'apprentissage fixés dans son projet personnalisé de scolarisation à la suite des évaluations conduites notamment en situation scolaire » : l'organisation et

---

<sup>122</sup> Voir *infra* (chapitre 5).

<sup>123</sup> Pour ce département, un projet d'IME « en milieu ordinaire » a également été évoqué par les interlocuteurs rencontrés.

les ressources prévues doivent ainsi permettre à chaque élève de poursuivre les objectifs d'apprentissage formulés dans des projets personnalisés de scolarisation définis par la MDPH. **Le projet pédagogique est alors le point central pour concevoir une dynamique permettant de gérer des parcours individuels.**

Les projets recueillis frappent par leur diversité, allant de la déclaration d'intention de trois ou quatre pages sans référence particulière aux programmes d'enseignement, jusqu'à des documents de plus de 80 pages comportant des éléments de méthodologie pour une élaboration cohérente des projets aux différents niveaux, incluant les grands points d'organisation, donnant un exemple de projet de classe, d'activités pédagogiques types s'y référant, des modèles de règlements de classe et de contrats individuels, comportant aussi une liste de compétences ou de « pré-requis » pour les élèves, des fiches de postes pour les enseignants. Les références aux programmes et aux paliers du socle commun – qui permettent d'apprécier des progrès individuels et des dimensions qui importent pour que la scolarité en inclusion ne soit pas seulement une expérience sociale –, à des outils d'évaluation nationaux et à une certification pour les publics concernés, ainsi que des modalités régulières de communication des acquis scolaires aux familles paraissent des éléments nécessaires à intégrer aux projets des unités d'enseignement.

La dimension pédagogique est clairement affirmée dans l'ensemble des projets, mais de nombreux éléments relèvent du fonctionnement de la classe sans définir de méthode ou des dispositions adaptées permettant de construire un projet individuel en référence aux programmes scolaires. **Partir, chaque année, des projets individuels** permettrait sans doute de mieux utiliser les ressources, d'organiser les classes et les groupes (nombre, durée hebdomadaire et organisation pédagogique qui en découle), de prévoir le parcours de chacun au cours de l'année et de construire un projet pédagogique synthétique et opérationnel.

Tous ces projets cherchent à prévoir un fonctionnement, mais ils pourraient aussi constituer des outils de mise en œuvre d'une scolarité effective et du droit commun, pour tous les enfants et adolescents des établissements. Le cadre scolaire permet en effet d'organiser des apprentissages pour tous – les programmes d'enseignement de référence pouvant aussi être ceux de l'école maternelle avec des connaissances et compétences fondamentales permettant d'aborder ensuite des acquisitions plus systématique – et ceux qui ne peuvent être scolarisés deviennent très rares dès lors que l'établissement est organisé en ce sens, que l'enseignement est adapté et que les ambitions pédagogiques définies sont appropriées.

Pour mieux cerner ce qui peut être apporté à chaque enfant en termes de scolarisation, plusieurs aménagements portant notamment sur les différents projets pourraient être proposés.

Préconisations :

- Indiquer un temps de scolarisation minimal dans les projets personnalisés de scolarisation.
- Construire le projet pédagogique de l'unité d'enseignement à partir de la liste de tous les enfants de l'établissement et de l'analyse de leurs compétences en relation avec leur PPS.
- Prévoir, dans les conventions constitutives des unités d'enseignement, un temps minimum hebdomadaire de scolarité pour tout enfant ou adolescent d'un établissement.
- Inclure des indicateurs de fonctionnement de l'unité d'enseignement dans les conventions et dans le suivi de leur mise en œuvre par les IEN-ASH, avec notamment la durée de scolarité hebdomadaire moyenne par élève et par tranche d'âge.

- Organiser les services des enseignants référents pour qu'ils puissent assurer un suivi effectif des PPS des enfants et adolescents des établissements médico-sociaux.
- Effectuer un point annuel sur les quotités de scolarisation de chaque enfant dans les établissements avec l'inspecteur ASH.

### 3.2.3. Des projets pédagogiques individuels peu encadrés

L'établissement est responsable du projet personnalisé d'accompagnement (PPA) dans ses composantes thérapeutique, éducative, pédagogique et sociale. La partie pour l'enseignement continue d'être identifiée comme projet pédagogique individuel (PPI) dans les établissements alors que les textes sur les unités d'enseignement mentionnent seulement le PPS. Au-delà des questions de dénomination, ces pratiques marquent **le peu d'usage qui est fait des PPS dans des établissements qui continuent de fonctionner comme antérieurement**. Ceci est dû sans doute, du côté des établissements, à l'importance du travail entre les différentes composantes de l'établissement, marqué par le PPA et par le rôle des réunions de synthèse dans les décisions. Par ailleurs, l'absence ou le peu de précision des PPS<sup>124</sup> transmis par les MDPH et le suivi encore rare des enfants et jeunes des établissements médico-sociaux ou de santé par les enseignants référents jouent certainement un rôle. Soulignons que, dans certains établissements visités, **la tenue d'équipes de suivi de la scolarisation avec l'enseignant référent est considérée comme un progrès important** et un levier pour élaborer des projets d'inclusion.

Dans les faits, l'élaboration de ce qui, en définitive, va se substituer techniquement au PPS – quelle qu'en soit l'appellation – repose sur les pratiques des enseignants de l'établissement éventuellement appuyées par des échanges en équipe de synthèse.

**Le projet pédagogique individuel est, en général, défini après un temps d'observation des attitudes et d'évaluation des acquis scolaires**, chaque enseignant construisant les projets des élèves de son groupe. Si les documents sont conçus et renseignés très différemment selon les établissements et surtout selon chaque enseignant, ils tendent habituellement à mettre en valeur des points d'appui pour construire des stratégies pédagogiques, pour définir des objectifs à partir des programmes d'enseignement et des compétences.

Parfois, les informations du bilan GEVASCO qui a pu être effectué avant l'orientation constitue la première référence, mais des outils très diversifiés sont en réalité utilisés dans les établissements. Il s'agit d'abord de ressources élaborées dans différentes académies, souvent glanées sur internet, ou bien de grilles d'analyse des compétences attendues par niveau d'enseignement, qui peuvent être constituées localement par des responsables institutionnels<sup>125</sup>, et référées aux compétences du socle ainsi qu'aux contenus d'enseignement des programmes. Des enseignants emploient aussi de façon complémentaire des outils dévolus à l'analyse de la difficulté scolaire – comme le « *Profil 125* »<sup>126</sup> – qui permettent une approche plus globale et facilitent la définition des stratégies et des projets individuels ; ils cherchent aussi parfois à mieux observer et apprécier les comportements et attitudes<sup>127</sup>. Dans un certain nombre de classes, les enseignants déterminent aussi une progression

---

<sup>124</sup> Voir chapitres 2, 4 et 6.

<sup>125</sup> Cf. Seine-Maritime, par la MDPH en lien avec l'inspection académique.

<sup>126</sup> Cet outil est publié aux éditions Érès (2009), en complément de l'ouvrage *Écouter l'enfant, aider l'élève : les outils de la réussite*, dir. Jean-Jacques Guillarmé, Érès, 2007. [Cinq compétences (scolaires, cognitives, relationnelles, implication familiale, compétences sociales) sont déclinées chacune en cinq critères comportant cinq degrés].

<sup>127</sup> Dans un IME de l'académie de Lille, un outil « d'évaluation du savoir-être » a ainsi été élaboré.

pédagogique annuelle individuelle à partir des grilles de référence pour l'évaluation du socle commun. Qu'il s'agisse d'évaluations ou de progressions pédagogiques, elles portent sur ce qui est localement considéré comme relevant de l'unité d'enseignement et sont en général limitées aux seuls apprentissages fondamentaux.

Ces projets individuels sont très souvent présentés sous forme de grille avec de simples cases à cocher. L'intégration d'observations précises aux documents d'évaluation permettrait également des analyses concernant les compétences et les attitudes tout en fournissant des éléments plus qualitatifs pour restituer une image d'ensemble de l'élève.

De tels documents constituent naturellement la base d'une évaluation qui peut être justifiée, analysée clairement auprès de chaque élève, et qui permet également d'informer régulièrement les familles quant aux progrès accomplis, tenant alors lieu de livret scolaire. Lorsque ces évaluations sont complètes et clairement référées aux programmes, elles représentent également un excellent outil de dialogue avec d'autres enseignants, qu'il s'agisse de changements de fin d'année ou bien, le cas échéant, d'intégration à une classe externalisée, d'inclusion partielle dans une classe ordinaire.

Pour bien prendre en compte les modalités d'individualisation dans l'organisation pédagogique, il apparaît par ailleurs utile, d'une part de partir des compétences et besoins individuels pour concevoir, par étapes, le projet pédagogique de l'unité d'enseignement et les projets de classe, d'autre part de procéder à leur révision annuelle.

### **3.3. Une faible diversification des modalités de scolarisation**

**La scolarisation interne constitue la modalité de scolarisation première** et concerne une très forte majorité des jeunes des établissements médico-sociaux (ce qui est moins vrai pour le secteur sanitaire).

Certains établissements ont cependant mis en place **des classes externalisées** et/ou peuvent organiser des parcours de scolarisation en alternance. Ces deux modalités, qui prennent des formes diverses, en fonction du contexte et des options des établissements, offrent une gradation dans les formules de scolarisation qui tendent vers plus d'inclusion. L'établissement d'accueil met alors en œuvre une coopération avec les écoles et établissements scolaires dans les conditions notamment prévues dans les conventions constitutives des unités d'enseignement.

#### **3.3.1. La classe externalisée, un premier pas vers l'inclusion**

L'externalisation d'une classe consiste à déplacer un groupe d'élèves de l'établissement médico-social ou sanitaire et l'un des enseignants dans une salle de classe située dans une école primaire ou un établissement du second degré. Cette organisation s'est mise en place au cours des années 90 ; quelques autres projets ont été réalisés peu après la loi médico-sociale de 2002. Il s'agit d'une modalité de scolarité de l'unité d'enseignement qui complète la scolarisation interne<sup>128</sup>.

**Elle n'est pas présente partout, loin de là.** Dans certains établissements visités, la scolarité interne clairement séparée du milieu ordinaire est considérée comme une évidence par beaucoup de

---

<sup>128</sup> Cf. enquête 32 : « *Le jeune accueilli peut être scolarisé au sein de l'unité d'enseignement de l'établissement, que celle-ci soit externalisée ou non, et/ou, simultanément dans une autre structure (classe, milieu ordinaire, CLIS,...).* »

professionnels, y compris certains enseignants qui considèrent que le devenir de ces enfants est déjà tracé (ils resteront en milieu spécialisé, « *coupés du monde normal* ») ou que cette forme de scolarité pourrait provoquer « *de l'insécurité, voire même une certaine violence* », chez les enfants présentant une déficience sévère.

**La comptabilisation exacte du nombre de classes externalisées est difficile**<sup>129</sup> dans la mesure où elles reposent sur des organisations internes pour les enseignants et les élèves et que les conventions locales passées entre les associations et les mairies ou établissements du second degré ne sont pas systématiquement recensées. Rares sont les établissements qui ont externalisé plus d'une classe ; il s'agit souvent d'ITEP qui ont cherché à favoriser ce type de scolarité. L'enquête DREES de 2010 confirme la très faible part des élèves scolarisés dans une unité d'enseignement « externalisée » : 3,0 % des jeunes accueillis en IME et 3,6 % pour les ITEP<sup>130</sup>.

En général, ces classes fonctionnent avec **un enseignant et un éducateur** présent durant les temps de classe et tous les moments de vie scolaire de l'école, notamment pendant les récréations. Souvent, elles disposent de deux salles pour permettre la prise en charge d'une partie des élèves par l'éducateur.

Cette forme de scolarité est dédiée à des enfants plus à même de « tenir » le rythme de l'école, à ceux qui sont aussi souvent les plus avancés dans les apprentissages, et s'adresse, de fait, à ceux qui sont les moins en difficulté.

**Les avantages de cette modalité sont symboliques et techniques.** Le maintien ou, mieux, le retour vers le milieu ordinaire sont valorisés par les enfants comme par leurs familles. Techniquement, les enseignants disent d'abord tous les bénéfices qu'en tirent les élèves sur le plan social, notamment dans les écoles où ils suivent le rythme des autres classes, fréquentent les mêmes lieux (bien que les enfants soient le plus souvent regroupés durant les récréations et, lorsqu'ils sont organisés, durant les repas), et peuvent assez souvent participer à des projets communs avec d'autres classes. Il peut s'agir d'événements particuliers (sorties au théâtre, au cinéma, à la bibliothèque, rencontre sportive, fête de fin d'année), de contributions à une production commune (journal scolaire), parfois de s'inscrire dans des décroissements en éducation physique et sportive. Dans certains cas, en s'appuyant sur une parfaite intégration de l'enseignant à la vie de l'école (concertations, prise en charge d'élèves des classes ordinaires, projets communs), plusieurs élèves bénéficient d'une inclusion partielle dans des classes ordinaires.

**Des obstacles de fonctionnement existent cependant**, les uns relevant de l'organisation locale, les autres de dispositions plus générales. Dans certains cas, les heures de fonctionnement de la classe externalisée peuvent ne pas correspondre à ceux de l'école, notamment avec la mise en place de la nouvelle organisation du temps scolaire le mercredi matin, l'établissement ayant alors à revoir l'organisation des différentes prises en charge.

Par ailleurs, malgré le développement des budgets globaux liés aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, le fonctionnement de la classe à des rythmes différents selon les élèves reste rare du fait des frais de transport que cela peut induire. La participation au déjeuner peut également poser

---

<sup>129</sup> Malgré le recensement de ces classes dans plusieurs enquêtes (DREES ou DGESCO). Par exemple, les emplois implantés dans les classes externalisées figurent dans le tableau de répartition des emplois affectés dans les ESMS.

<sup>130</sup> Enquête DREES ES2010.

des problèmes liés à la capacité d'accueil des installations de l'école, à un besoin d'accompagnement renforcé, notamment en cas de handicap moteur, ou encore au paiement de la restauration.

**Des obstacles de type administratif** se rencontrent aussi parce que dans les cas observés les enfants des classes externalisées ne sont ni inscrits ni comptabilisés dans les effectifs de l'école ou de l'établissement du second degré. Dans le premier degré, selon les communes, ces élèves peuvent être entièrement pris en compte (ou non) pour l'ensemble des prestations y compris la participation au périscolaire. En collège, où les classes externalisées sont plus rares, les ESMS sont de simples locataires de salles situées souvent un peu à l'écart et les élèves ne sont pas inscrits sur les listes de l'établissement secondaire. Outre un obstacle de communication, avec une vigilance à avoir en termes sécurité dans le cadre des PPMS par exemple, cette situation rend difficile l'intégration à la vie du collège ; les activités communes avec des enseignants du collège ou avec des élèves des autres classes se construisent à partir de rencontres très individuelles, avec parfois l'appui de l'équipe de direction. Cette situation ancienne n'a pas évolué malgré les textes issus de la loi de 2005 qui mentionnent une telle possibilité<sup>131</sup> : la réalisation des inscriptions par les maires pour le premier degré, la complexité de gestion qui peut en découler pour le second degré ainsi que la prise en compte éventuelle des effets en termes de moyens ont pu faire renoncer à inscrire ce point dans le modèle de convention constitutive des unités d'enseignement. Les solutions ne peuvent cependant relever uniquement de conventions locales et l'inscription des élèves des classes externalisées dans les écoles et établissements devra être incitée.

Préconisation : favoriser, chaque fois que cela est possible, l'installation de l'UE, hors les murs de l'ESMS, partiellement ou en totalité, comme le prévoit l'article 10 du décret de 2009. Procéder systématiquement à l'inscription des élèves des classes externalisées dans l'école ou l'établissement d'accueil.

Concernant le temps de scolarité, la classe externalisée offre en général un temps partiel proche du mi-temps, quelquefois un temps complet. **Il s'agit d'un accroissement significatif par rapport à la durée de la scolarité interne** ; ceci représente une progression pour les élèves, les établissements graduant le passage de l'un à l'autre<sup>132</sup>, et surtout s'approche d'un rythme scolaire qui permet plus facilement des inclusions tout en renforçant les possibilités d'apprentissage.

**Les effectifs observés dans les classes externalisées (cinq, six élèves) sont à peine plus importants qu'en scolarité interne**, alors qu'un éducateur est en général présent. En termes pédagogiques, des outils similaires à ceux des classes internes sont en général utilisés<sup>133</sup> ; les pratiques de différenciation peuvent être plus approfondies – comme dans cette classe où trois types d'activités sur la même notion ont été proposés –, mais l'ennui peut aussi facilement gagner lorsque les préparations sont rapides et l'engagement dans le dialogue pédagogique limité. Par ailleurs, si la tendance majoritaire

---

<sup>131</sup> Code de l'éducation, article D.351-4 : « Sa scolarité peut alors s'effectuer, soit dans l'unité d'enseignement, (...) soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans l'une des écoles ou l'un des établissements scolaires avec lesquels l'établissement d'accueil met en œuvre une coopération dans les conditions prévues par la convention mentionnée à l'article D. 351-18 du présent code. **Dans ce dernier cas, l'élève peut être inscrit dans cette école ou cet établissement scolaire** ».

<sup>132</sup> Par exemple, dans cet IME, en classe interne les temps de scolarisation vont de 4 à 15 heures alors qu'ils sont de 16 à 24 heures pour les classes externalisées. Dans un ITEP, les élèves en classe interne ont de 3 heures à 7 heures 50 tandis qu'ils suivent un enseignement de 8 à 25 heures en classe externalisée (ou inclus ailleurs).

<sup>133</sup> Par exemple dans un IME visité, un « projet de la classe externalisée » très sérieux a été rédigé par son enseignant. Les objectifs sont précis. Une grille d'évaluation a été réalisée. Chaque élève fait l'objet d'un projet individualisé et un livret de compétences qui se réfère à la maternelle a été mis en place.

est le modèle scolaire (une leçon suivie d'exercices, en général écrits), la durée passée dans la classe avec un groupe relativement stable permet un accès à des activités variées demandant une part d'autonomie dès lors que les matériels à disposition sont adaptés et que l'enseignant organise sa classe en ce sens.

Au-delà de quelques tensions ponctuelles que les enfants peuvent éprouver lorsqu'ils reviennent en semaine dans leur établissement, se pose surtout la question de la fin de leur participation à ces classes externalisées. Lorsqu'ils parviennent à l'âge d'accéder au collège en particulier, la continuité de cette forme de scolarité est très rarement assurée tandis qu'elle est inexistante en lycée professionnel. Aux différents paliers, si des orientations vers des ULIS ou SEGPA avec l'appui d'un SESSAD apparaissent possibles pour certains, les modalités de scolarité sont remises en question et nombre d'enfants des classes externalisées reviennent à une scolarité interne à l'établissement. **Une durée suffisante de scolarisation, des pratiques d'inclusion partielle ou de scolarité partagée, un PPS adapté et suffisamment ambitieux peuvent être des leviers pour poursuivre la scolarité la plus inclusive.**

### 3.3.2. Une proportion très limitée de scolarités partagées

La scolarité partagée consiste à effectuer un temps de scolarité dans l'unité d'enseignement et une autre dans une autre structure, qu'il s'agisse d'une classe ordinaire ou d'une classe ou dispositif spécialisé (CLIS, ULIS, SEGPA...).

L'enquête 32 indique que ces scolarités partagées sont assez peu répandues puisqu'elles représentent 10,2 % des jeunes des établissements médico-sociaux ou sanitaires scolarisés<sup>134</sup>.

Les scolarités "partagées" <sup>135</sup>			
<b>- avec des écoles, collèges ou lycées :</b>		<b>8418</b>	<b>élèves</b>
	Maternelle	1435	élèves
	Élémentaire	2527	élèves
	CLIS	1465	élèves
	Collège / lycée	1260	élèves
	SEGPA	852	élèves
	ULIS	879	élèves
<b>- avec d'autres structures de formation :</b>		<b>444</b>	<b>élèves</b>
	Agriculture	41	élèves
	CFA	152	élèves
	Post-bac	5	élèves
	Autres formations pro	246	élèves

Le tableau ci-dessus montre qu'elles se concentrent sur le premier degré. Les formations secondaires représentent néanmoins plus du tiers de l'effectif en scolarité partagée. Enfin, on remarquera que

<sup>134</sup> Enquête 32 - 2013. Ce taux varie selon les sources pour la même année, puisque la DEPP retient un effectif plus faible dans RERS 2014 correspondant à 9,50 % des élèves scolarisés.

<sup>135</sup> Tableau réalisé à partir d'un traitement des données issues de la base de l'enquête 32 en écartant les courts et moyens séjours.

plus de la moitié des jeunes concernés sont accueillis dans des dispositifs de droit commun « non spécialisés ».

La durée hebdomadaire totale de classe est bien supérieure à celle qui est observée en cas de scolarisation exclusivement interne, puisque le temps moyen est alors de 2,30 demi-journées par semaine dans l'établissement d'accueil auxquelles s'ajoutent 4,36 demi-journées à l'externe, soit un temps de scolarisation déclaré qui s'élève en moyenne à 6,66 demi-journées soit 83 % d'un temps plein du premier degré<sup>136</sup>.

Les variations peuvent être importantes, mais en moyenne selon le type de handicap, elles dépassent toujours le mi-temps (4,56 demi-journées, soit 57 % du temps scolaire pour le poly-handicap), pour atteindre pratiquement le temps plein (7,93 demi-journées soit 99 % pour le handicap auditif).

Peu nombreux sont ceux qui fréquentent majoritairement le milieu ordinaire. Par exemple, parmi les 1 260 qui sont partiellement scolarisés dans un collège, 572 y passent moins d'un mi-temps et 131 n'y sont présents que pendant une demi-journée.

L'enquête DREES ES 2010, plusieurs fois citée, relevait toutefois **une différence sensible entre les IME et les ITEP**, même si la majorité des jeunes est, dans les deux types d'établissement, scolarisée dans les unités d'enseignement.

Lieu de scolarisation	IME	ITEP
Non scolarisé	20,2	2,6
Scolarisation dans l'unité d'enseignement	70,5	63,5
Unité d'enseignement externalisée	3	3,7
Classe ordinaire à temps partiel	1,5	7,6
Classe ordinaire à temps complet	0,3	10,3
CLIS	1	1
ULIS	1,3	1
SEGPA	0,6	6,1
Autre type de scolarisation	1,5	3,2

Quelques établissements, notamment des ITEP, ont presque généralisé cette pratique, les élèves étant alors inscrits dans leur école ou établissement de référence, d'autres ont développé une politique volontariste à ce sujet pour que le plus grand nombre puisse être scolarisé en externe.

La mise en œuvre, très individualisée, s'effectue dans de nombreuses classes et suppose une organisation précise, négociée et relativement coûteuse, concernant notamment le transport. Dans certains départements, le conseil général assume une partie des coûts supplémentaires de déplacement.

<sup>136</sup> Taux établi à partir d'une exploitation de la base de l'enquête 32 de 2013-2014.



**Cette modalité présente de meilleures conditions d'inclusion que la classe externalisée** et prépare mieux les élèves à accéder à une scolarisation à temps plein. Elle est décidée dans le cadre d'équipes de suivi de la scolarisation (si celle-ci est en place) et, dans quelques départements, demande une notification par la CDAPH.

### **3.3.3. De rares formules s'appuyant sur un SESSAD**

Parmi les configurations rencontrées, certains établissements ont organisé le suivi et les soins sous forme de service, la scolarité s'effectuant dans une CLIS. L'intégration du médico-social et du scolaire est alors très forte, qu'il s'agisse de la présence d'un enseignant spécialisé, d'un AVS et de l'équipe pédagogique de l'école, d'un accompagnement avec les professionnels du service, de la tenue de plusieurs équipes de suivi de la scolarité par an.

Pour une prise en charge précoce d'enfants ayant des déficiences intellectuelles avec ou sans troubles associés, certains organismes ont choisi de se développer seulement sous forme de SESSAD, sans établissement médico-social associé, la scolarisation s'effectuant à temps complet ou partiel dans l'école de l'élève. L'équipe pluridisciplinaire comprend une majorité de professionnels de la santé.

Dans certains cas, les établissements comportent aussi un SESSAD pour le même type et degré de déficience, notamment pour des troubles du comportement. Il peut s'agir de deux dispositifs totalement disjoints, les modalités de fonctionnement et les périmètres effectifs de recrutement ne permettant pas de passage de l'un à l'autre. Ailleurs, une observation par le SESSAD, pendant plusieurs semaines, permet de proposer un projet aux parents sur l'un des trois dispositifs proposés par l'établissement, la très grande majorité des jeunes restant en SESSAD. Certaines MDPH souhaitent établir des notifications pour faciliter le passage entre établissement et SESSAD ; ceci ne peut représenter une aide que dans la mesure où les pratiques d'inclusion dans des réseaux de coopération sont déjà suffisamment développées.

**L'expérimentation conduite dans les ITEP** repose sur la souplesse du passage d'un mode d'accompagnement à l'autre.

Soulignons enfin que, dans certains départements, un emploi d'enseignant a été attribué aux SESSAD afin qu'ils puissent aider à la conception des programmes personnalisés de scolarisation et qu'ils interviennent en appui dans les classes ordinaires ou spécialisées.

### **3.3.4. Des circuits de décision quant aux modalités de scolarisation**

Dès l'admission, faute de PPS préalable, les choix concernant les modalités de scolarisation s'effectuent selon des procédures internes aux établissements d'accueil. En général, ce ne sont pas des équipes de suivi de la scolarité coordonnées par l'enseignant référent qui proposent, mais **l'équipe des professionnels de l'établissement réunie pour des synthèses sur le projet personnalisé d'accompagnement**. Sous la responsabilité du directeur de l'établissement, l'ensemble des professionnels propose ou valide les propositions de scolarisation. Les enseignants interrogés ont à chaque fois souligné, d'une part le fait qu'il s'agissait « d'une décision collective », d'autre part que ces décisions « ne reposaient pas seulement sur des critères scolaires ».

Dans ses visites et observations, la mission s'est fréquemment interrogée sur des élèves scolarisés durant trop peu de temps ou qui auraient pu suivre une classe externalisée, être inclus dans des CLIS, en ULIS ou en SEGPA, ou en milieu ordinaire, à temps partiel voire à temps complet. Un regard extérieur sur cette question de scolarisation, avec l'appui du référent, un dialogue annuel avec l'inspecteur ASH sur les durées et modalités de scolarité, une recherche systématique d'écoles et d'établissements pour des inclusions, avec l'aide de l'inspecteur de circonscription, l'instauration de temps de formation communs entre enseignants des unités d'enseignement et des écoles de proximité pourraient par exemple contribuer à donner plus d'ambition aux pratiques d'inclusion venant des établissements sanitaires et médico-sociaux.

### **3.4. L'unité d'enseignement en milieu sanitaire, une réponse à un autre besoin ?**

Dans les établissements à caractère sanitaire, **le projet de l'équipe enseignante ne peut résulter des « PPS » des élèves accueillis** puisque celle-ci est confrontée à un public composite regroupant des élèves « malades » ou accidentés non considérés comme handicapés, de jeunes porteurs de pathologies susceptibles de générer une situation de handicap, mais pas encore pris en compte par la MDPH et une minorité<sup>137</sup> effectivement suivie par celle-ci. L'objectif premier d'une unité d'enseignement en milieu hospitalier ou en maison d'enfant à caractère sanitaire est de répondre à la situation d'éloignement en préservant le lien avec l'école et/ou en préparant le retour (et pour certains l'entrée) dans le milieu ordinaire, que la situation soit ou ne soit pas considérée comme liée à un handicap.

Cela induit **des différences majeures** dans le fonctionnement de ces unités par rapport au médico-social : le lieu scolaire est moins installé ; souvent on va de service en service, avec des espaces peu investis par la fonction pédagogique. Le public peut varier en fonction d'entrées / sorties qui ne correspondent pas aux repères de l'année scolaire, qui dépendent du soin, de la maladie elle-même et de son évolution,... Les besoins scolaires sont beaucoup plus hétérogènes. Plusieurs enseignants rencontrés ont des services partagés sur des missions parfois très différentes. Telle équipe visitée est considérée comme un CMPP et répond, de manière très souple, à des situations de troubles autistiques sévères jusqu'à la problématique d'adolescents décrocheurs. Presque tous les maîtres rencontrés ont un rôle fort de liaison avec les écoles ou les établissements secondaires. Pour certains, c'est l'essentiel de leur service.

De même, on relève que ce ne sont pas (ou qu'exceptionnellement) les enseignants qui répartissent les élèves et décident des groupes et classes ; ils vont là où sont les élèves et ils doivent construire leur emploi du temps en fonction des réalités du soin et des options de l'équipe soignante. La mission a rencontré des chefs de service désireux de faire de l'école un lieu central de telle ou telle unité de soin, alors que dans d'autres services l'école reste en périphérie de l'activité.

Parmi les exemples de forte coopération entre un service hospitalier et l'éducation nationale, on peut citer celui-ci :

---

<sup>137</sup> Dans les sites visités, la majorité des « patients » suivis par le service concerné ne faisait pas l'objet d'une décision de la MDPH... Au vu des situations recensées par ailleurs et des témoignages recueillis, seuls les enseignants positionnés sur certaines unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge de lourdes pathologies (grands accidentés, maladies évolutives,...), peuvent avoir la responsabilité d'un ensemble d'élèves exclusivement composé de jeunes suivi par la CDAPH.

Cette unité « psychopédagogique » regroupe, autour d'un pédopsychiatre et de son équipe médicale, six à sept enseignants spécialisés dont un directeur pédagogique, un cadre de santé, des psychologues, une assistante sociale, une orthophoniste, deux psychomotriciennes, une art-thérapeute.

Les enfants et jeunes concernés viennent consulter initialement à la demande d'un médecin, des parents ou par l'école. La MDPH n'intervient pas dans ce cheminement. Une première consultation va permettre d'émettre une ou plusieurs hypothèses de diagnostic en fonction du parcours scolaire de l'enfant, de sa situation sociale environnementale, d'éventuels signes cliniques, et d'une rapide analyse de ses fonctions psychomotrices et capacités cognitives. Dans un second temps un bilan d'évaluation, plus complet sera réalisé pour définir une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

**Le temps de classe hebdomadaire varie d'une demi-journée à quatre demi-journées, le reste du temps l'enfant réintégrant son école ordinaire.**

La pédagogie est adaptée et centrée sur le développement des capacités cognitives, de raisonnement, de stratégies d'apprentissage, ainsi qu'autour des facteurs motivationnels tels que l'estime de soi ou la comparaison sociale. S'y ajoutent des prises en charges orthophoniques, psychothérapeutiques, psychomotrices et des approches éducatives spécifiques pour les enfants avec des troubles envahissants du développement.

**Les liens avec les écoles sont réguliers et formalisés.** Une fois par semaine les enseignants viennent rencontrer les équipes éducatives et un « projet individualisé de scolarisation adaptée » est rédigé par l'ensemble des intervenants de l'hôpital de jour, les enseignants, la famille, le médecin scolaire.... Le directeur pédagogique de l'unité psychopédagogique assure le lien en continu entre le service et les écoles.

**75 à 80 enfants sont à ce jour accueillis dans l'unité d'enseignement et six enseignants prennent en charge en moyenne un groupe de quatre enfants dont la situation a trait à l'autisme, aux dysharmonies cognitives ou au décrochage scolaire, voire des « perturbateurs » lourds.** En revanche, les enfants présentant des troubles du comportement grave très agressifs ne sont pas intégrés à l'unité d'enseignement. Ceux qui présentent des déficits cognitifs homogènes sont orientés après le bilan sur des CLIS ou des ULIS.

Néanmoins, il est très difficile de dégager un « modèle » commun :

- il faut d'abord souligner que beaucoup de structures de soin n'ont pas d'unité d'enseignement : par exemple, dans 12 départements, aucun professeur du premier ou du second degré n'exerce ses fonctions dans des établissements sanitaires. Certains services ou maisons d'enfants travaillent directement avec les établissements scolaires ; dans d'autres cas, le besoin scolaire n'est pas pris en compte (où l'est par une initiative parentale ou associative...);
- dans les gros pôles pédiatriques (en région parisienne ou dans les plus grands hôpitaux de province), on peut avoir une équipe assez nombreuse qui se répartit les services et les publics, éventuellement avec intervention de professeur du second degré ;
- parfois un enseignant unique se déplace dans tout un hôpital ;
- dans les services pédopsychiatriques, on rencontre en général, une petite équipe<sup>138</sup> répartie sur des missions différentes et souvent sur des lieux distincts, y compris des classes « externalisées » dans certaines structures visitées.

<sup>138</sup> En dehors de quelques établissements comme celui cité *supra*.

Il est donc très difficile de porter une appréciation globale sur les unités d'enseignement en établissement sanitaire. Les réponses apportées à la situation scolaire des enfants accueillis dans ces établissements sont la conséquence d'initiatives diverses, souvent individuelles qui, contrairement au médico-social, n'ont jamais fait l'objet d'une mise en cohérence : depuis la demande de tel ou tel praticien hospitalier qui a sollicité un poste auprès de l'inspecteur d'académie pour ouvrir une classe « expérimentale » jusqu'au cas extrême (il ne s'agit plus d'une unité d'enseignement au sens des textes de 2009) d'un établissement public tel que l'EREA Jacques Brel de Garches implanté dans un hôpital<sup>139</sup>, on voit bien que c'est l'histoire qui a déterminé les modalités de la scolarisation mise en place.

Il faut ajouter que les textes de 2009 n'ont pas suscité l'indispensable actualisation de ces dispositifs. Peu de conventions ont été revues. Les dotations n'ont bougé qu'au coup par coup. A l'inverse, et même si des exemples de non-scolarisation ont été relevés, le principe d'inclusion et de retour vers la voie ordinaire semble aller de soi pour la plupart des équipes rencontrées, même si les scolarisations partagées peuvent être difficiles pendant le temps d'hospitalisation. On travaille en référence au milieu ordinaire.

Ce qui manque, c'est, territoire par territoire, une mise à plat du dispositif de scolarisation en milieu hospitalier sur la base d'une seule question : quel service mettre en place pour que les jeunes hospitalisés sur une longue durée poursuivent leur parcours antérieur de formation quel qu'il soit et préparent leur retour dans « leur » école, collège ou lycée sur la base d'un projet personnalisé (PPS ou non) construit pendant la période d'hospitalisation ?

Préconisation : donner à l'unité d'enseignement en milieu sanitaire une assise réglementaire différente de celle des unités en établissement médico-social ; élaborer une définition spécifique aux établissements sanitaire, fondée sur la nécessité de répondre à la rupture provoquée par la maladie et par la situation d'hospitalisation ou de soins à domicile qui en résulte.

La notion d'unité d'enseignement aura sans doute permis une meilleure identification des composantes de l'action scolaire dans les établissements spécialisés et de santé, mais les fonctionnements n'ont que peu évolué et, au-delà d'une nouvelle appellation, la loi de 2005 ne semble pas avoir eu d'effet particulier dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment en termes d'inclusion. Malgré la présence de quelques pratiques remarquables, de façon très majoritaire ces établissements continuent de pratiquer **une scolarité très typée, à temps trop partiel, sollicitant en général trop peu pour les élèves dans leurs possibilités d'apprentissage et d'inclusion** dans les écoles et établissements scolaires. Les évolutions provoquées par la loi de 2005 dans les écoles et établissements du second degré en termes d'acceptation du handicap et d'adaptation des pratiques pédagogiques ne semblent pas avoir eu leur équivalent dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

---

<sup>139</sup> L'EREA Jacques Brel, visité par un membre de la mission, fournit un exemple intéressant d'établissement scolarisant des élèves lourdement handicapés dans une perspective d'inclusion progressive en milieu ordinaire à partir d'une structure hospitalière.

## 4. Les élèves : quels parcours de formation ?

S'il est possible de dégager un parcours-type largement majoritaire, les visites accomplies et les informations recueillies ont mis en évidence des différences profondes liées, bien sûr, à la nature et à la gravité du trouble générateur du handicap, mais aussi au type d'établissement. De manière schématique, on peut repérer cinq groupes d'itinéraires à l'intérieur desquels se distribuent les parcours singuliers de chaque jeune :

- **les parcours des enfants et adolescents admis en IME, porteurs de déficiences intellectuelles** légères ou moyennes, parcours dont le poids statistique, plusieurs fois relevé, masque parfois les particularités des autres situations ;
- **les parcours des élèves accompagnés par les ITEP**, qui, malgré des écarts sensibles, composent une population spécifique, avec une relation à l'école et des besoins de formation caractéristiques ;
- **les parcours des jeunes les plus lourdement handicapés**, quelle que soit la structure qui les accueille (IME, IEM, etc.), dont le devenir ne peut être pensé et préparé que dans un environnement très protégé et médicalisé ;
- **les parcours des élèves hospitalisés** sur des durées plus ou moins longues, mais dont la scolarité se construit généralement dans un établissement ordinaire ou en référence à celui-ci ;
- **les parcours des jeunes, accompagnés par des établissements spécialisés pour répondre aux handicaps sensoriels**, parcours très différenciés et accomplis dans un environnement spécifique, peu comparables aux autres.

Chaque groupe justifierait une approche spécifique. Dans le cadre de ce rapport, il n'est pas concevable de rendre compte de chacun. Par ailleurs, la mission n'a pu accéder à aucune donnée sur le cheminement des élèves handicapés passés par une structure hospitalière.

### 4.1. En majorité, les jeunes accueillis ont été scolarisés avant leur entrée

Les visites réalisées dans les établissements ont permis de constater que **la plupart des entrants se trouvaient antérieurement dans une école ou un collège**. Beaucoup (sauf handicaps d'une extrême gravité) étaient passés par la maternelle et, généralement, ont continué plusieurs années après. L'enquête DREES ES 2010, plusieurs fois citée, confirme cette observation : plus de 50 % des entrants dans un IME (79 % des néo-entrants) et 67 % des entrants en ITEP (92 % des néo-entrants) fréquentaient un établissement de droit commun avant leur admission. De même, plus d'un jeune sur deux accueillis en ITEP, quatre sur dix en établissement pour déficients sensoriels et un sur quatre dans les IEM y étaient scolarisés dans une classe ordinaire d'une classe banale. Seuls, les jeunes affectés par un poly-handicap étaient massivement « non scolarisés » avant leur admission dans un établissement spécifique (89 %).

Le tableau ci-dessous<sup>140</sup> met en évidence, à la fois, cette réalité des scolarités antérieures et la variété des parcours en fonction du trouble et de la catégorie d'établissement. Il faut souligner la plus

---

<sup>140</sup> Réalisé, là encore, à partir de l'enquête DREES 2010.

grande hétérogénéité du public des établissements orientés vers les déficiences sensoriels et des instituts d'éducation motrice.

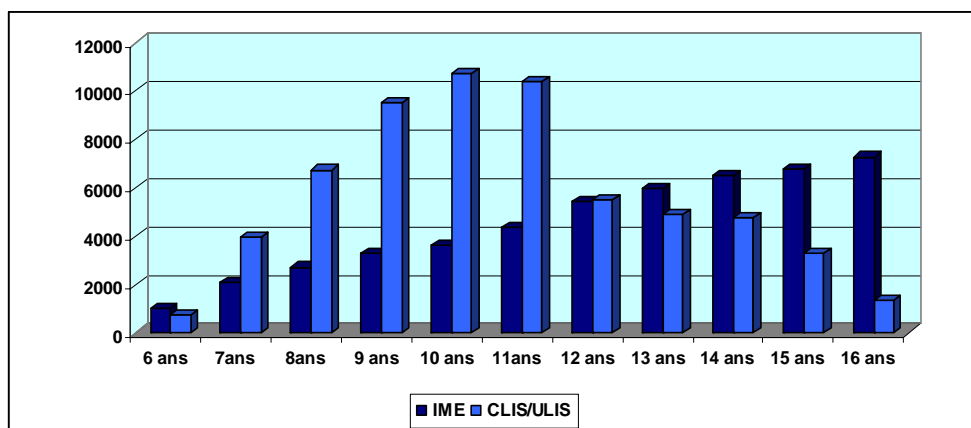
Situation avant l'admission (2010)				
	IME	ITEP	IEM	T. Sensoriels
Non scolarisés	11,6 %	5,9 %	24,8 %	16,0 %
Scolarisés dans un autre ESMS	33,6 %	25,9 %	27,5 %	22,0 %
Classe ordinaire:				
- <i>temps partiel</i>	8,9 %	9,0 %	9,9 %	4,3 %
- <i>temps complet</i>	8,6 %	47,4 %	18,0 %	39,7 %
CLIS	20,7 %	4,4 %	8,2 %	9,1 %
ULIS	9,5 %	0,9 %	4,9 %	3,1 %
SEGPA/EREA	4,5 %	5,3 %	3,5 %	3,2 %
<i>Effectif total (admis en 2010)</i>	11 450	4 250	1180	1070

Les élèves admis en IME, de loin les plus nombreux, sont fréquemment passés<sup>141</sup> par des dispositifs adaptés (CLIS, ULIS et/ou SEGPA). Ainsi, chaque année, ce flux représente un peu plus de 3 500 élèves. Le parcours le plus commun, souvent relevé au cours des visites, est constitué de trois ou quatre années en maternelle, un début de scolarité élémentaire puis la CLIS, avant l'entrée en IME. Toutefois, il faut rappeler que le développement rapide des ULIS au cours des dernières années a conduit à établir progressivement une continuité, en particulier pour les troubles des fonctions cognitives (CLIS 1→ULIS TFC). On peut donc supposer que, pour beaucoup d'élèves, l'entrée en IME va progressivement s'installer au terme d'un parcours en ULIS.

Enfin, on peut remarquer qu'une proportion importante (la majorité ?) des jeunes considérés comme porteurs de troubles des fonctions cognitives ne poursuit sa scolarité ni en ULIS ni en IME. Beaucoup sont admis en SEGPA et, souvent, ne sont plus pris en compte au titre du handicap. D'autres quittent le système éducatif, en particulier autour de 15 ans. Le graphique ci-dessous met en évidence ce différentiel. Si on confronte la distribution par âge des élèves d'IME et de CLIS/ULIS, on voit bien que le passage des dispositifs d'inclusion vers l'IME est loin d'être systématique<sup>142</sup>.

<sup>141</sup> Les sortants de CLIS, ULIS et SEGPA représentent à peu près 35 % des élèves admis dans un IME, chaque année. Mais si l'on écarte les jeunes qui changent de structure (par exemple pour rejoindre un IMPro), soit le tiers des entrées, ce taux dépasse les 50 % comme le confirment les exemples recueillis dans les établissements visités.

<sup>142</sup> Les informations fines sur les IME reposent essentiellement sur l'enquête DREES ES 2010. Les effectifs des CLIS et ULIS sont issus de RERS 2011 pour assurer la comparabilité (effectifs 2010).



**Les équipes des IME interrogées par la mission observent une arrivée plus tardive des enfants,** souvent dans le pôle « ados ». Ces équipes évoquent un double effet : « l'effet ULIS » qui maintient plus d'élèves, plus longtemps en milieu ordinaire, et l'effet « liste d'attente ». La mission a constaté en effet que l'âge moyen des enfants, à l'admission, augmente sensiblement : dans tel IME, par exemple, il est passé de 6 ans 10 mois en 2011 à 11 ans et 9 mois en 2013. Dans un autre IME, la direction observe deux « grandes entrées » : d'une part, des enfants jeunes qui ont connu au mieux la maternelle (avec maintien éventuel) et qui entrent à 5, 6 ou 7 ans ; d'autre part des jeunes ayant connu la CLIS, voire l'ULIS en collège et arrivés à 12/13 ans.

#### 4.2. Une rupture

L'arrivée d'un élève dans un établissement médico-social (ou sanitaire) constitue donc, dans la plupart des cas, une interruption du parcours de scolarisation engagé, quel qu'il soit. Si cette interruption est parfois présentée, par les professionnels rencontrés, comme bénéfique et comme un moyen de sortir d'une expérience douloureuse de l'école, elle est aussi, dans les faits, un arrêt parfois durable des processus d'apprentissages conduits pendant des années et souvent jusqu'au collège. Quatre facteurs, déjà évoqués, contribuent à cette cassure du fil de la scolarité :

- **Une moindre scolarisation**

Il faut rappeler ici que seuls 32 % des jeunes accueillis sont déclarés comme bénéficiant d'une scolarité « à temps complet »<sup>143</sup> et que, dans les situations observées, les temps de formation effectivement mis en œuvre n'atteignent que rarement 24 heures ou seulement en intégrant diverses activités éducatives. Or, nombreux sont ceux qui antérieurement fréquentaient une CLIS, une classe élémentaire ou de collège pendant toute la durée hebdomadaire des enseignements, donc 24, 26 ou 27 heures... Dans presque tous, les cas, l'admission en IME, ITEP, IEM ou structure hospitalière s'accompagne d'une réduction, parfois importante du temps réservé aux apprentissages. Pour certains, ont été évoquées des interruptions totales de la formation et, parfois, durables.

**Cette réduction presque systématique de la scolarisation ne peut pas être sans effet sur le maintien des acquis des élèves** qui peuvent être parvenus après trois ans en CLIS à un certain niveau de lecture, à des connaissances sur le monde, à des habitudes de travail. Quand on passe de 24 à une

<sup>143</sup> Enquête 32 (rentrée 2013). Voir *supra*.

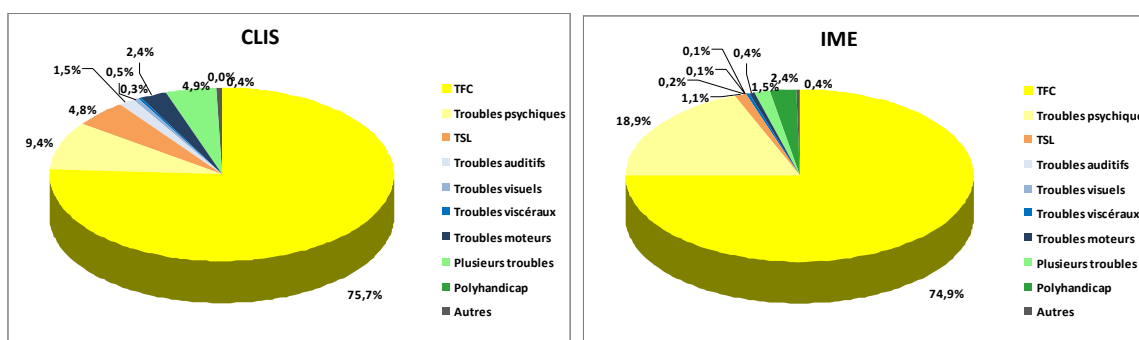
dizaine d'heures en classe, souvent après une pause liée à une transition difficile, la perte de certains savoirs ou savoir-faire paraît inévitable.

▪ **Une orientation qui ne prend pas suffisamment en compte la continuité du projet de formation**

Un précédent rapport des inspections générales<sup>144</sup> avait mis en lumière le caractère souvent insuffisant des éléments scolaires fournis à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation des MDPH, de même que la grande variabilité des organisations et des fonctionnements de ces équipes. Ces observations, toujours d'actualité, ont conduit la mission à s'inquiéter des critères d'évaluation qui président à l'orientation dans tel ou tel type d'établissement ou au maintien en milieu ordinaire. En effet, la décision qui va conduire à faire bénéficier un enfant d'un accompagnement pluridisciplinaire à l'intérieur d'une structure spécialisée est aussi une décision d'ordre « scolaire » qui, en l'état des pratiques observées, implique toujours une modification profonde de l'environnement, du contenu, des ambitions et des modalités de la formation de cet enfant. On peut se demander si cette dimension de l'orientation, avec toutes ses conséquences pour l'avenir de l'élève, est pleinement prise en compte.

Par exemple, la répartition<sup>145</sup> des enfants accueillis dans les instituts médico-éducatifs selon les catégories détaillées de déficience principale (situation au 31 décembre 2010) montre que 10,6 % seulement des enfants accueillis sont considérés comme ayant un *retard mental profond et sévère* alors que 32,2 % seraient porteurs d'un *retard mental léger*. Cette dernière catégorie n'est sans doute pas éloignée de la population majoritaire des CLIS 1 et des ULIS-TFC. Au vu des groupes observés, sur le plan strictement scolaire, les écarts apparaissent infimes, à âge équivalent, entre ces deux populations<sup>146</sup>.

Si les deux diagrammes ci-dessous ne prennent pas en compte les degrés de gravité des handicaps, ils soulignent que les deux structures accueillent, dans les mêmes proportions, des publics porteurs de déficiences cognitives<sup>147</sup>.



<sup>144</sup> IGAS, IGEN, IGAENR, N° 2012-162 L'accompagnement des élèves en situation de handicap. Les prescriptions : état des lieux – propositions. Décembre 2012.

<sup>145</sup> Sources : Enquêtes DREES, ES 2010. A noter que la catégorie déficiences intellectuelle représente 75% des enfants accueillis dans les IME selon les grandes catégories de déficience principale.

<sup>146</sup> Certains membres de la mission ont visité de nombreuses CLIS ou ULIS à l'occasion de missions antérieures. Par exemple le rapport sur « *Les classes pour l'inclusion scolaire en 2010* » (IGEN 2011) met en évidence que la déficience intellectuelle légère est le trouble majoritaire en CLIS dans une population, par ailleurs hétérogène, comportant aussi des cas beaucoup plus lourds.

<sup>147</sup> Données issues de RERS 2014.



Les réponses aux questionnaires DREES sur les capacités indiquent – toujours en 2010 et en IME – que 17 % des enfants présents lisent *sans difficulté*, 31,5 % lisent *avec difficulté*, et 49,9 % ne savent pas lire sans *aide humaine*. En tout état de cause, sur le plan scolaire, on peut s’interroger sur les critères qui amènent, notamment dans l’utilisation de GEVASCO, à proposer une orientation vers l’IME plutôt que vers l’ULIS pour un jeune adolescent avec une déficience intellectuelle légère, lisant *sans ou avec difficulté*.

Par ailleurs, à plusieurs reprises, des cadres de l’éducation nationale (IEN-ASH, DASEN) ont fait état de nombreuses orientations (ou de maintiens) en CLIS et en ULIS qui seraient prononcées par défaut en raison du déficit de places dans les établissements et services médico-sociaux. Cette affirmation révèle un écart entre le regard de l’éducation nationale et les décisions prises par les CDAPH. Il y a là une question essentielle : pour des situations analogues, du point de vue scolaire, quels sont les éléments qui vont conduire une CDAPH à choisir la voie de l’inclusion jusqu’au lycée professionnel ou celle de l’établissement « spécialisé » avec la réduction du volume de formation qu’elle implique présentement dans presque tous les cas ? Comment est établie la distinction entre l’élève maintenu en CLIS ou en ULIS porteur d’une déficience intellectuelle légère et celui qui, porteur de la même déficience, est orienté vers l’IME alors qu’il « lit sans difficulté » ? En l’état, la mission n’a pas recueilli de réponse satisfaisante à cette question, si ce n’est la prise en compte des places disponibles dans l’une ou l’autre structure.

Des interrogations analogues peuvent être soulevées pour les ITEP. La décision de « retrait » d’élèves qui, pour plus de la moitié, fréquentaient des classes ordinaires et qui pour 59 % d’entre eux sont porteurs de « *troubles des conduites et du comportement non inclus dans une pathologie du psychisme* »<sup>148</sup> est un choix lourd de conséquences : il doit être associé à un projet de formation exigeant, visant la continuité de l’ensemble des apprentissages qui, certes dans un contexte difficile, ont été conduits depuis la maternelle jusqu’au CM1 ou au CM2. Si le besoin d’accompagnement et d’aménagement de la scolarité est incontestable, est-on toujours certain qu’il impose une sortie du milieu ordinaire avec, par exemple, un séjour de plusieurs années en internat très éloigné de la base de vie du jeune ? La mission constate que de nombreuses initiatives comme l’expérimentation, évoquée à plusieurs reprises dans ce rapport, prennent en compte cette interrogation portée par beaucoup d’acteurs.

Le fait que l’orientation ne soit pas accompagnée d’un véritable projet personnalisé de scolarisation<sup>149</sup> contribue évidemment à faire de ces décisions des ruptures de parcours. S’il n’est pas discutable que des jeunes soient éloignés de l’école pour des raisons médicales ou parce que leur manque d’autonomie requiert un encadrement très spécifique, en revanche **il n’est pas normal que cette démarche ne comporte pas une prescription sur les modalités de poursuite de la formation engagée**. Par exemple, dans le cas très fréquent de l’orientation en IME d’un élève de CLIS, on pourrait attendre une prescription de poursuite, ne serait-ce qu’à temps partagé, de la scolarisation dans une CLIS ou une ULIS. De même si la rupture apparaît nécessaire, il appartient à la CDAPH de préconiser et de justifier cette mesure. Le rôle de l’unité d’enseignement est de gérer ces exigences et de construire le parcours de formation qui en résulte. Les visites accomplies au cours de la mission n’ont pas permis de constater la présence de telles prescriptions concernant les poursuites de scolarité en amont de l’admission<sup>150</sup>.

---

<sup>148</sup> Enquête DREES ES 2010.

<sup>149</sup> Voir *supra*.

<sup>150</sup> En dehors de quelques cas évoqués oralement par deux directeurs.

- **Une « affectation » hors du droit commun**

Même si elle peut, à titre exceptionnel, désigner un établissement ou service<sup>151</sup>, comme on l'a vu<sup>152</sup>, **la CDAPH oriente mais elle n'affecte pas dans les établissements médico-sociaux en ESMS** selon une procédure comparable à celle dont bénéficie tout élève en école, collège ou lycée<sup>153</sup>. **C'est la famille qui doit accomplir une démarche d'admission sans garantie de réussite**, tout au moins dans un temps court.

Ce processus a au moins deux effets sur la scolarité : d'une part, il impose un délai qui peut conduire, en fonction des listes d'attente, à des déscolarisations durables d'enfants qui « restent à la maison » en attendant ou à l'adoption de solutions « par défaut ». D'autre part, il conduit à une admission dans **une structure parfois très éloignée de l'aire de vie du jeune** et donc de son école ou collège d'origine. Si, dans quelques départements, une sectorisation géographique de certains établissements est élaborée en liaison avec les associations gestionnaires, la réalité des places vacantes et du processus d'admission est déterminante.

- **Une rupture du lien avec l'école d'origine**

S'il est assez fréquent pour les élèves hospitalisés de faire du maintien du lien avec les établissements d'origine un véritable objectif, il n'en va pas de même pour le médico-social. La mission a constaté que très rares étaient les familles qui maintenaient l'inscription dans l'école jusque là fréquentée par leur enfant.

D'une manière générale, **elles n'utilisent pas la possibilité qui leur est laissée d'inscrire leur enfant dans une école de référence** à travers une « inscription inactive ». Elles n'y voient pas d'intérêt particulier, même symbolique. Certaines ignorent ce droit qui est le leur depuis la loi du 11 février 2005. Pour la plupart, l'école de leur enfant, c'est l'établissement médico-social.

De même, il est exceptionnel que l'équipe de l'unité d'enseignement établisse une relation avec celle qui avait en charge l'élève avant son admission. Dans leur ensemble, les enseignants savent peu de chose du passé de leurs élèves, voire considèrent qu'il n'est pas prioritaire de recueillir ce type d'information.

Dans presque tous les cas, il y a donc une rupture avec le parcours scolaire passé (en dehors des établissements de soin ou de l'accompagnement des SESSAD qui vise, à l'inverse, à une continuité). Parfois cette cassure est souhaitée par les professionnels et même les parents avec l'idée que l'entrée dans l'établissement est un nouveau départ et qu'il est important de dépasser, voire d'oublier une expérience dans l'école présentée comme douloureuse.

---

<sup>151</sup> Article L241-6 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>152</sup> Voir *supra* (chapitre 2).

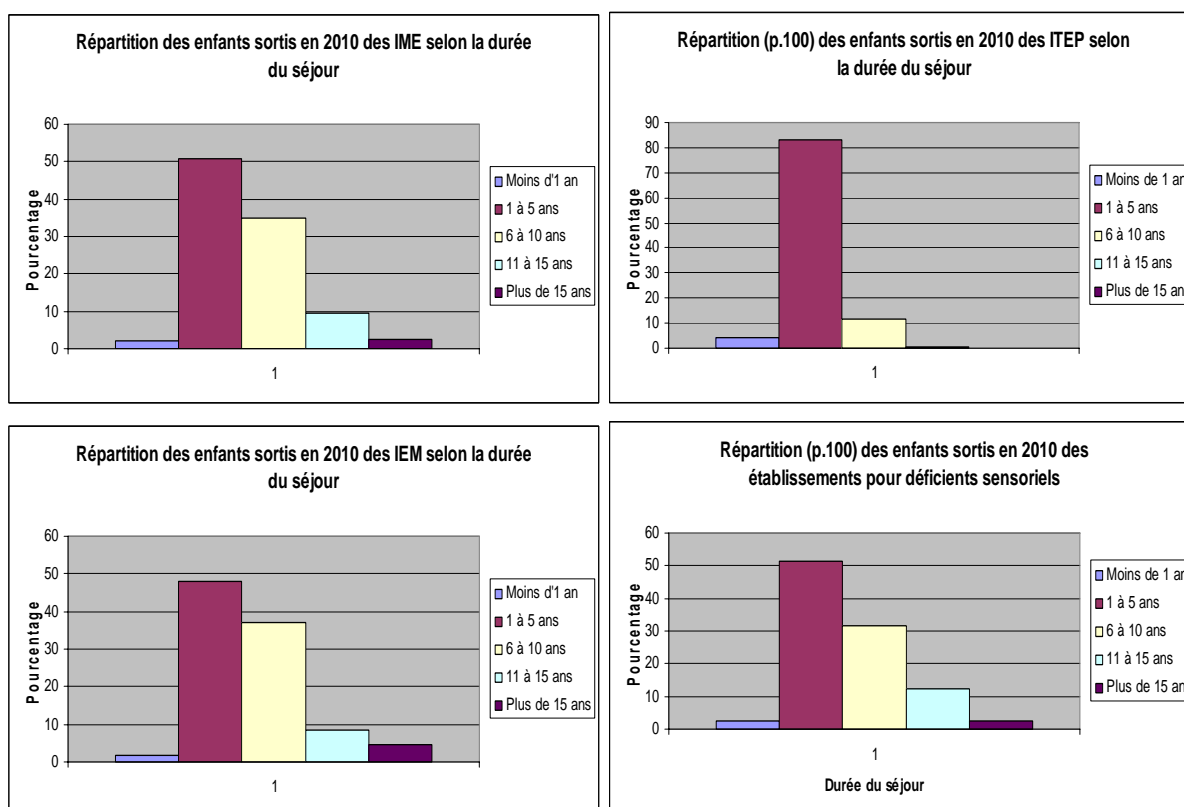
<sup>153</sup> Pour rappel : pour les élèves en milieu ordinaire (collège et lycée), l'affectation est prononcée par l'inspecteur d'académie- DASEN et s'effectue via une application informatique (AFFELNET). Des notifications d'affectations sont adressées aux familles. L'affectation d'un élève dans une école maternelle ou élémentaire relevant de l'enseignement public obéit à la sectorisation scolaire : les élèves sont scolarisés dans l'établissement correspondant à leur lieu de résidence.

Préconisation : favoriser systématiquement la continuité des parcours à travers la transmission d'informations par l'école d'origine (en particulier s'il s'agit de plusieurs années de scolarisation). Maintenir, après une période d'accueil, un volume horaire de scolarisation comparable. Dans les MDPH, en faire un élément central des PPS.

### 4.3. Le parcours de formation du jeune pendant son séjour dans l'établissement

Un jeune admis dans un IME y passe en moyenne six ans de son enfance et/ou de son adolescence et un sur dix y reste plus de 10 ans. Dans les établissements pour poly-handicapés, la durée de séjour est de près de 9 ans. Le quart des usagers des instituts d'éducation motrice sort à plus de 20 ans. Seuls, les ITEP font l'objet de séjours plus courts : 83 % de séjours d'un à cinq ans avec un âge moyen de sortie de 14 ans et demi.

Les diagrammes ci-dessous décrivent la répartition des jeunes accueillis dans quatre types d'établissements (IME, ITEP, IEM, établissements pour déficients sensoriels) selon leur temps de séjour à leur sortie en 2010.



Source : DREES, Enquête ES 2010

Ce long temps de séjour couvre une très grande partie (parfois la totalité) de ce que l'on peut considérer comme la période de formation initiale de ces jeunes garçons et jeunes filles qui souvent ne quitteront l'institution qu'à plus de 20 ans. Il appartient à l'unité d'enseignement de construire et de mettre en œuvre leur parcours en les préparant progressivement à leur inclusion dans le monde adulte.

L'observation des parcours effectivement mis en œuvre conduit à trois observations :

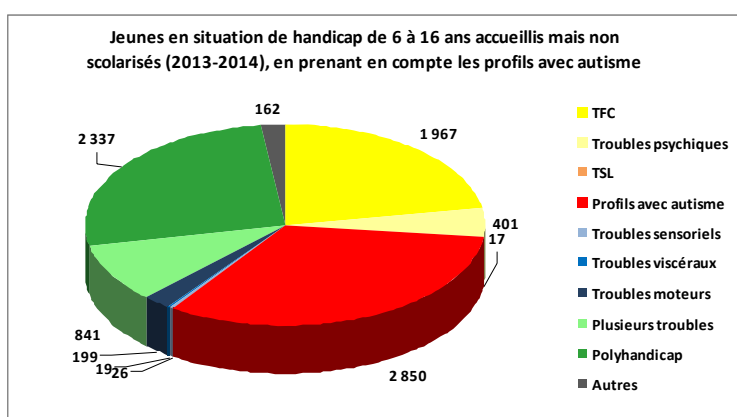
- une part importante de ces jeunes ne bénéficie d'aucune scolarisation ;
- la formation n'est pas conçue comme une « progression » ;
- la sortie de l'établissement est préparée, mais l'unité d'enseignement n'est pas au cœur de cette préparation.

#### ▪ **Des jeunes non scolarisés**

L'enquête réalisée par la DREES en 2010 met en évidence que 20 % des jeunes accueillis en IME ne bénéficient d'aucune forme de scolarisation. Ce taux atteint 24,8 % dans les instituts d'éducation motrice et 86,8 % dans les établissements pour polyhandicapés. Au total, sur la base de cette enquête, ce sont, à peu près, 16 000 enfants et adolescents qui resteraient ainsi non scolarisés pour le seul champ du médico-social. L'hypothèse de 20 000 jeunes hors formation en incluant le sanitaire apparaît plausible. Parmi eux, il y a bien sûr des situations de handicaps très lourds (poly-handicaps, déficiences profondes...), mais pas seulement, et aussi des âges limites : enfants très jeunes ou, à l'inverse, de jeunes adultes.

Les données de l'enquête 32 de la DEPP permettent de recenser, en 2013-2014, **8 839 jeunes de 6 à 16 ans « non scolarisés »**<sup>154</sup>.

Qui sont-ils ? La répartition en fonction du type de trouble, et en prenant en compte l'autisme, apparaît nettement différente de l'ensemble de la population accueillie dans les ESMS. Si un jeune sur quatre est porteur d'un trouble cognitif (on peut supposer qu'il s'agit de déficiences profondes), un sur trois présente un profil autistique et le quart est concerné par le poly-handicap. Les troubles psychiques (sans autisme ou TED) et les troubles physiques ou sensoriels non associés à un autre trouble occupent une place très faible.

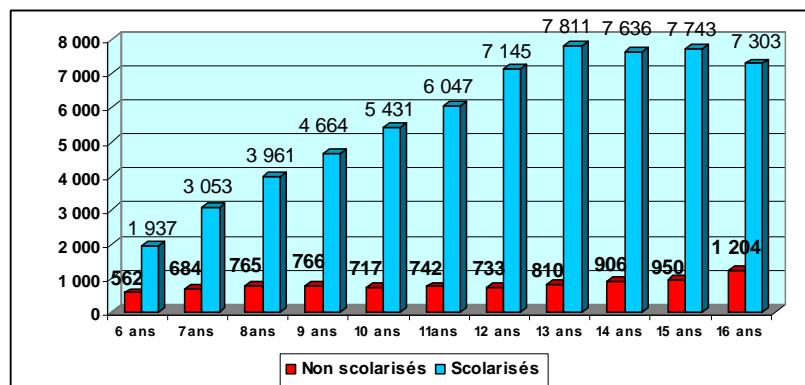


On peut reprendre ici l'analyse publiée par la DREES dans le document déjà cité *L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010* : « Quinze pour cent des enfants accueillis en IME ne suivent aucune scolarisation, soit 6 600 enfants de 6 à 16 ans. Ils souffrent, pour 34 % d'entre eux, de retard mental profond et, pour 12 %, de poly-handicap. Ces

<sup>154</sup> Tri réalisé en écartant les courts séjours. Il faut rappeler que pour ces publics en très grande difficulté, les remontées sont très incomplètes. À partir de la même source, on constate qu'ils sont plus de 10 000 en intégrant les enfants de 3 à 5 ans (voir *supra*, chapitre 2).

proportions sont significativement plus élevées que parmi les enfants du même âge scolarisés en IME, respectivement 6 % et 1 %. Pourtant, tous les enfants non scolarisés ne souffrent pas de déficiences graves puisque 27 % d'entre eux ont un retard mental moyen et 5 % un retard léger (ces proportions sont respectivement de 33 % et de 35 % parmi les scolarisés en IME). »

Leur répartition en fonction de l'âge est assez équilibrée. Un noyau de 600 à 800 élèves se retrouve dans toutes les cohortes. Si leur nombre augmente légèrement au fil de la scolarité, il s'agit d'une progression sans commune mesure avec celle de la population considérée comme « scolarisée ». **Il faut noter une rupture à 16 ans** : à leur effectif s'ajoutent ceux qui quittent tout dispositif de formation à cet âge-là<sup>155</sup>.



Les raisons invoquées pour expliquer cette déscolarisation (la mission a observé jusqu'à 30 % d'enfants non scolarisés dans certains IME) sont de trois ordres :

- les pathologies sévères seraient des plus en plus nombreuses dans ce type d'établissement et ces enfants ne pourraient donc pas « entrer dans les apprentissages » ;
- certains adolescents auraient atteint leurs limites et l'école n'aurait plus d'utilité pour eux ;
- les enfants arriveraient « démotivés » et peu désireux de retourner en classe. Les équipes font état de « parcours scolaire douloureux », de « souffrance ». Une pause (déscolarisation) peut être nécessaire.

Il est vrai que le niveau scolaire des enfants et adolescents en IME peut être très faible, certains d'entre eux ne dépassent pas le niveau du cycle 1. Le décalage entre l'âge et le niveau scolaire est parfois considérable (par exemple un jeune de 17 ans a un niveau scolaire considéré par les enseignants comme celui d'une toute petite section, soit 2 ans). Dans les établissements d'accueil pour enfants et adolescents polyhandicapés, les cas sont très lourds et la grande majorité des enfants accueillis ne sont pas scolarisés (85 %). Seuls 12 % suivent une scolarisation spécialisée au sein de l'établissement médico-social.

Mais le profil scolaire de la majorité des enfants d'IME, nous l'avons évoqué à propos de l'orientation, est souvent assez proche de celui des élèves de CLIS ou d'ULIS. C'est de manière

<sup>155</sup> Le graphique ci-dessous résulte d'un tri des données de l'enquête 32. Il porte sur l'ensemble de la population des établissements médico-sociaux et sanitaires.

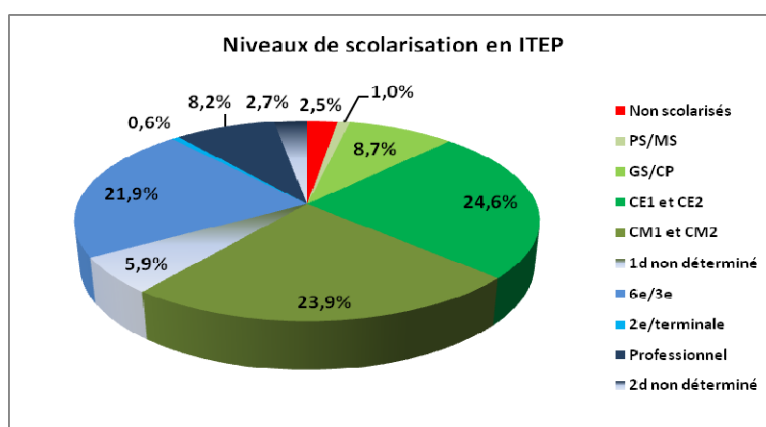
récurrente, que la mission a observé des élèves qui ne sont pas très différents par leur langage, leur attitude face à l'école et même leurs potentialités des élèves scolarisés dans une CLIS ordinaire. Et pour faire écho à l'analyse de la DREES, c'est aussi de manière récurrente qu'elle a constaté que tous les enfants non scolarisés ne souffrent pas de déficiences graves. Cette situation amène à s'interroger tant au regard de l'obligation éducative, des droits de l'enfant, que de l'information des familles. De plus, et en l'absence de PPS, on ne peut que douter de son fondement pédagogique.

▪ **Une absence de progressivité**

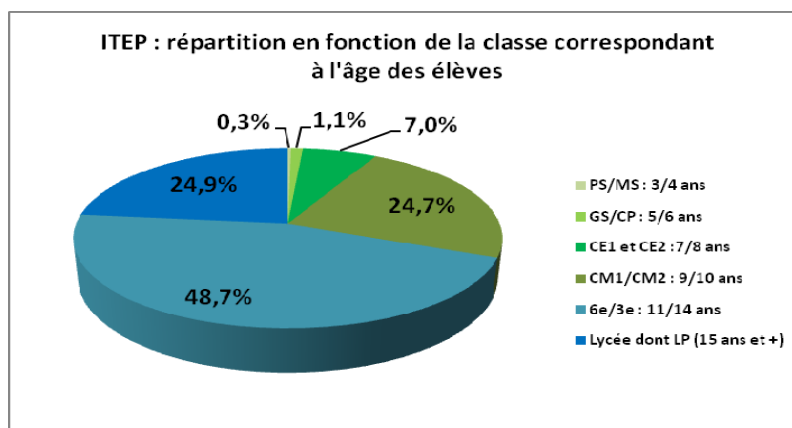
Une première remarque s'impose : **le volume de formation dont bénéficient les élèves diminue au fil de la scolarité** pour parfois aboutir à une déscolarisation au delà de 16 ans. Les directeurs d'établissements affirment souvent avoir pour objectif « *la scolarisation des petits* » auxquels ils accordent le maximum d'heures d'enseignement (qui ne dépasse pas souvent une douzaine d'heures, comme on l'a vu). Certaines équipes considèrent qu'au-delà d'un certain âge les apprentissages sont impossibles ou que leur mission s'arrête.

La référence au socle commun et au livret de compétences est fréquente dans le propos des enseignants. En revanche, l'enseignement n'est par référé à des paliers que l'on franchirait progressivement. On ne passe pas de classe en classe avec la conscience d'avancer dans une scolarité scandée par des étapes proportionnées aux objectifs fixés, quels qu'ils soient. Les références à la progressivité des programmes sont peu nombreuses. Les changements perceptibles ne sont pas liés au scolaire, mais à l'organisation d'ensemble de l'établissement : groupes de vie, passage IMP→IMPro, etc. La réduction progressive du temps scolaire à partir de 15 ans, évoquée ci-dessus, renforce le sentiment que l'on ne progresse pas et que la place de l'école s'estompe. Les séances de classe observées sont un peu les mêmes quel que soit l'âge et la référence au primaire est constante. Seule, l'accès à l'éducation technique constitue une étape visible dans le parcours et elle est présentée et vécue comme telle.

Si dans les ITEP, la situation est différente et si l'intervention des enseignants a clairement pour but de réconcilier les enfants et adolescents accueillis avec l'école et de les faire progresser dans leur comportement d'élèves en vue d'un retour dans la voie ordinaire, la référence aux paliers et aux horaires des programmes et aux « classes » correspondant à l'âge des élèves n'est que rarement établie. On ne peut néanmoins que s'étonner de constater que ces élèves (qui majoritairement ne sont pas porteurs de troubles cognitifs) bénéficient d'un enseignement très en deçà de celui de leur classe d'âge.



Comme le montre le diagramme ci-dessous, du fait de leur âge, trois sur quatre devraient être scolarisés dans un niveau secondaire alors que c'est seulement le cas d'un sur trois<sup>156</sup>.



Le maintien d'un cadre correspondant à l'école primaire restreint, de fait, les ambitions posées pour des élèves de 13, 14 ou 15 ans qui étaient auparavant scolarisés dans le secondaire et qui devront y retourner. L'objectif de « rescolarisation », trop souvent limité à une ULIS ou une SEGPA pourrait sans doute gagner en ambition s'il s'appuyait sur une équipe plus « secondarisée ».

Seuls, les parcours des jeunes déficients sensoriels, beaucoup plus différenciés et appuyés sur les programmes, apparaissent construits selon une autre logique et témoignent de véritables progressions tout au long du parcours mis en place. De même les externalisations y sont nettement plus fréquentes.

#### ▪ **Quelle préparation de la « sortie » ?**

Il faut rappeler<sup>157</sup> qu'à l'exception des établissements pour déficients sensoriels et, de manière plus variable, des ITEP, les parcours appuyés sur des établissements ordinaires ne concernent qu'une faible minorité d'élèves : moins de 5 % des élèves d'IME rejoignent un établissement ordinaire pour un temps partiel, si faible soit-il. De même, les expériences d'externalisation des classes sont timides et n'impliquent que moins de 4 % des élèves, à l'exception, là encore, des établissements pour déficients sensoriels.

Pour l'immense majorité des jeunes accueillis, **la coupure avec le système scolaire est donc durable**, voire définitive. Les sorties anticipées par une inclusion progressive ne concernent que des cas exceptionnels, en dehors des ITEP où elles restent encore minoritaires. Enfin, on remarquera que seuls 1 260 élèves, tous types d'établissements confondus, bénéficient d'une scolarisation partielle dans un collège ou en lycée et que, parmi eux, 572 y passent moins d'un mi-temps et 131 n'y sont présents que pendant une demi-journée.

D'une manière générale, **l'unité d'enseignement est peu présente dans la préparation de la sortie** et, singulièrement, dans la formation professionnelle. Contrairement aux SEGPA, aux EREA et aux lycées, ce champ, n'est pas ici placé sous la responsabilité de l'unité d'enseignement (et, à travers elle de l'éducation nationale) : au mieux, tel enseignant suit quelques jeunes scolarisés

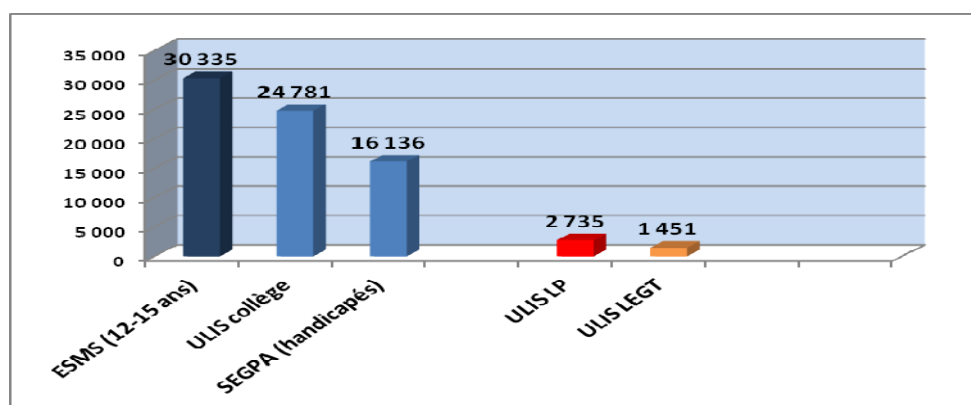
<sup>156</sup> Ensemble des données issues de l'enquête DREES ES 2010.

<sup>157</sup> Chapitre 3.

individuellement en LP ou participe à un atelier professionnalisant. En effet, les modes d'organisation de la formation professionnelle observés sont généralement pensés dans le cadre éducatif et non pas scolaire et ces formations sont plutôt « tournées » vers l'intégration sociale et professionnelle dans le secteur « adapté ». Ainsi, bien que les ESAT soient saturés, les tentatives d'insertion dans le milieu ordinaire semblent exceptionnelles. De la même manière, **les coopérations « IMPro/LP » sont rares**, compte tenu sans doute de cette représentation très sociale et éducative de la formation préprofessionnelle.

Il faut néanmoins souligner que le nombre réduit d'ULIS en LP constitue un obstacle majeur aux coopérations entre les établissements médico-sociaux ou sanitaires et les lycées professionnels. Lorsqu'on rapproche l'effectif actuel des ULIS-LP (2 735 élèves à la rentrée 2013) de leur vivier potentiel, c'est à dire des 30 335 jeunes d'âge collégiens scolarisés dans les ESMS auxquels s'ajoutent les 24 781 élèves des ULIS collèges, voire une partie des jeunes handicapés accueillis dans les SEGPA, on voit bien que ces dispositifs ne peuvent jouer pleinement leur rôle de levier inclusif dans la préparation de l'insertion professionnelle.

**Comparaison de la population collégienne, en situation de handicap, scolarisée dans des dispositifs adaptés, et l'effectif accueilli dans les ULIS en LP ou lycée général et technologique (2013-2014)<sup>158</sup>**



On rappellera pourtant que les ULIS en lycée professionnel observées par les inspections générales dans le cadre du rapport réalisé en 2012<sup>159</sup> présentent des réussites indiscutables en amenant des jeunes porteurs de troubles des fonctions cognitives à l'acquisition d'une autonomie sociale et de compétences professionnelles validées qui augmentent considérablement leurs chances de s'insérer dans le monde du travail, sur un poste adapté ou non, Il est regrettable que, faute de capacité, elles n'accueillent qu'une très faible partie du public susceptible d'en bénéficier et que le flux d'orientation majoritaire soit plus de l'ULIS collègue vers l'IME que de l'IMPro vers le LP.

Préconisation : augmenter, de manière significative le nombre des ULIS en lycée professionnel, en favorisant une coopération avec les établissements médico-sociaux et/ou les SESSAD et en diversifiant les projets et les modalités d'inclusion.

Lorsque des membres de la mission ont pu observer – dans plusieurs cas – un atelier « codirigé » par un éducateur technique et un enseignant (professeur des écoles), le rôle de ce dernier était soit d'utiliser les situations « pratiques » pour asseoir des activités de mathématiques ou de français

<sup>158</sup> Source : RERS 2014 et enquête 32-2013 déjà cités.

<sup>159</sup> Rapport IGEN/IGAENR déjà cité : *La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale* (2012).



contextualisées, soit d'aider l'éducateur en levant les obstacles liés à la compréhension ou aux outils de mesure et de calcul utilisés. Si ces heureuses initiatives doivent être encouragées, elles soulignent une fois de plus que le rôle du « professeur » est strictement limité aux apprentissages fondamentaux. **Il n'est jamais posé comme le pilote du projet de formation et de préparation de l'inclusion future.**

Par ailleurs, quels que soient l'engagement et la compétence des éducateurs techniques, la visite des établissements a permis de constater que les locaux, les équipements, les volumes, les contenus et les modalités de formation étaient souvent éloignés de ce que les élèves pourraient trouver dans un lycée professionnel ou même une SEGPA.

Dans un seul cas, la mission a pu observer une organisation de la formation dans laquelle étaient impliqués des professeurs de lycée professionnel. Il s'agit d'une structure de taille importante dans laquelle l'éducation nationale est fortement présente.

Un institut médico-éducatif a mis en œuvre un travail de préparation de la sortie et de l'insertion particulièrement abouti, fondé sur une réelle diversification des projets individuels.

Le parcours de formation professionnelle est conçu en trois phases :

- découverte et sensibilisation professionnelle (14-15/16 ans) ;
- préprofessionnalisation (15/16-17 ans) ;
- professionnalisation / préparation à l'insertion (17/18-20 ans).

Il est construit à partir de la découverte progressive de quatre champs professionnels : « espace rural – agencement – environnement » ; habitat » ; hygiène – alimentation – service » ; « initiation technique et dynamisation professionnelle ». Chacun est pris en charge par une équipe dans laquelle est présent un PLP qui joue un rôle essentiel dans la mise en cohérence avec l'enseignement dispensé dans les établissements ordinaires et la validation des acquis.

Des ateliers plus spécifiques sont proposés (horticulture, « cuisine et repassage »,...) à ceux qui n'ont pas les acquis pour entrer dans une formation préprofessionnelle. Les jeunes adolescents les plus handicapés ont ainsi accès à une activité aménagée en fonction de leur situation.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour préparer la sortie et chacun est confié à un responsable :

- un dispositif d'accompagnement vers l'apprentissage : la personne qui coordonne ce suivi est en relation avec les CFA : on relève 66 % de réussite chez ceux qui s'engagent dans cette voie ; la mise en place préalable de « bancs d'essai » est présentée comme déterminante ;
- un dispositif d'appui à l'insertion en milieu ordinaire (une dizaine de contrats signés chaque année) ;
- un dispositif d'accompagnement vers des emplois protégés.

Dans les ITEP, où la perspective de la sortie devrait être d'abord le retour au système de formation ordinaire qu'ont longuement fréquenté la plupart des « élèves », la préparation de celle-ci apparaît très différente de ce que l'on peut voir dans les IME :

- en premier lieu, le « retour », lorsqu'il est effectif, se situe généralement à l'âge collégien (autour de 14 ans et demi)<sup>160</sup>. De ce fait, la place des activités « préprofessionnelles » n'est pas du tout la même que dans les autres établissements. Parfois, elles sont absentes, souvent, elles se réduisent à des activités pratiques (travail manuel, jardinage, élevage d'animaux...) dont la finalité est plus éducative que réellement préparatoire à un choix d'orientation ; dans quelques rares cas néanmoins (agrément pour un public plus âgé, par exemple, 12-20 ans), est mise en place la découverte de champs professionnels ;
- la préparation, pour la dimension scolaire, passe d'abord par la relation avec un collègue et se confond en partie avec la mise en place d'une inclusion progressive en SEGPA, en ULIS ou en UPI. Ainsi, avant leur « sortie », près du tiers des jeunes accueillis en ITEP (31,6 %) étaient scolarisés à temps partiel ou complet en milieu ordinaire. Là encore, les visites révèlent que cette moyenne masque des pratiques presque opposées : certains instituts ont maintenu le principe d'une scolarisation interne jusqu'au terme de la scolarité alors que d'autres, en particulier dans les établissements expérimentaux, mettent systématiquement en place une inclusion individuelle ou collective conduisant, chaque fois que possible à un temps plein à l'intérieur du collège (plus rarement de l'école) ;
- dans cette perspective, l'implication de l'unité d'enseignement dans le projet de sortie est souvent beaucoup plus forte que dans les IME. Lorsque l'objectif est de réintégrer le collège, la médiation est souvent réalisée par le coordonnateur de l'UE ou par tel ou tel enseignant. **Par exemple, dans un ITEP visité, un enseignant mobile intervient dans plusieurs collèges pour accompagner ces retours dans la voie ordinaire** et entretient une relation étroite avec les équipes pédagogiques concernées. Ce fonctionnement est apparu à la mission comme un modèle à étendre à l'ensemble des ITEP, et sans doute au delà vers les IME accueillant des jeunes porteurs de déficiences légères.

D'une manière générale, les équipes des unités d'enseignement sont reconnues comme des acteurs prépondérants dans la préparation de la sortie quand il s'agit d'**un retour dans la voie ordinaire au cours de la scolarité obligatoire**, donc avant 16 ans. Pour cet objectif, ils peuvent être source d'initiative. Au delà, en revanche, ils semblent s'effacer ou, pour le moins, rester en arrière plan, comme si la responsabilité de l'école sur le parcours du jeune en situation de handicap s'arrêtait au moment où se prépare son projet d'insertion dans le monde adulte et ce d'autant plus vite que le retour vers le système éducatif de droit commun paraît exclu. Il y a là un malentendu qu'il faudra un jour dissiper.

#### 4.4. Et après...

Le devenir des jeunes après leur sortie des établissements médico-sociaux et sanitaires **dépend d'abord de l'âge** qu'ils atteignent au moment où ils quittent celui-ci. Celui-ci varie considérablement

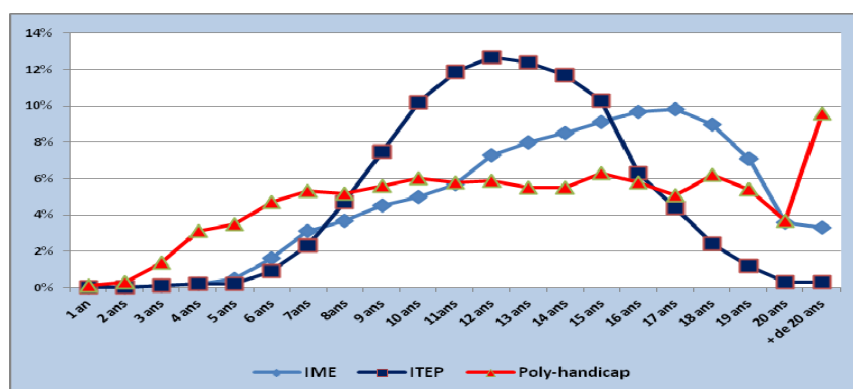
---

<sup>160</sup> L'âge moyen de sortie était de 14 ans et demi en 2010 (enquête DREES ES 2010).

en fonction du type d'établissement et, bien sûr, de la nature et du degré du handicap. Par exemple, on peut distinguer trois situations caractéristiques :

- dans les établissements pour **poly-handicapés**, les jeunes entrent tôt, restent longtemps, et majoritairement sans scolarisation et sortent très tard, **souvent au-delà de 20 ans (37,2 % d'entre eux)** ;
- à l'inverse, **dans les ITEP**, après un temps de fréquentation du milieu ordinaire, les « élèves » arrivent autour de 9/10 ans et le séjour couvre, en général la période collégienne, avec des sorties massives **autour de 15 ans** ;
- **le public des IME** (avec des variations en fonction du degré de déficience) partage avec celui de l'ITEP un premier temps de maintien en milieu ordinaire (parcours maternelle-CP-CLIS-ULIS) avec des entrées de plus en plus tardives et des sorties également tardives (nombreuses entre 18 et 20 ans).

La distribution par âge de ces trois populations est sur ce point très significative<sup>161</sup>.



Le nombre des sorties tardives a augmenté sensiblement à la fin des années 2000. En particulier le nombre de bénéficiaires de l'amendement Creton a connu une croissance importante<sup>162</sup> dans presque tous les types d'établissements<sup>163</sup>. Par exemple, parmi les enfants sortis d'un IME, la part de ceux qui en bénéficiaient avant leur sortie est passée de 20,7 % en 2006 à 27,5 % en 2010.

Ces sorties tardives révèlent **des situations de jeunes adultes pour lesquels les solutions de continuité sont insuffisantes**. Beaucoup de personnes rencontrées évoquent le manque de places en ESAT la sélection qui en résulte pour les personnes candidates.

**Les établissements visités n'ont que rarement connaissance des parcours au delà de l'année de sortie** et ne recherchent pas systématiquement un retour d'information sur ce que deviennent les jeunes qu'ils ont accompagnés, parfois pendant des années. Aucune équipe n'établit un bilan de son action sur cette base. Ce que savent les enseignants du devenir de leurs élèves résulte, ils l'ont recueilli au hasard de contacts maintenus avec certaines familles ou auprès de collègues exerçant

<sup>161</sup> DREES ES 2010 : répartition du public accueilli dans les diverses structures.

<sup>162</sup> L'amendement Creton (article L.242-4 du code de l'action sociale et des familles) permet le maintien de jeunes adultes handicapés dans une structure médico-sociale pour enfants et adolescents au-delà de l'âge de 20 ans (ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge) dans l'attente d'une solution institutionnelle dans les structures pour adultes, ou d'une autre solution adaptée.

<sup>163</sup> Enquête DREES ES 2010.

leurs fonctions dans des établissements gérés par la même association. Ce défaut d'information révèle aussi l'absence de suivi de la formation au delà de la sortie. L'accompagnement cesse quand l'élève change de situation, quelle qu'elle soit.

Préconisation : mettre en place un suivi à plus long terme des élèves sortis de l'institution. Le porter à la connaissance de la MDPH. Analyser en équipe les parcours qu'il met en évidence. En faire un élément d'évaluation de des actions conduites en particulier pour ce qui concerne la formation. Partager avec les familles l'intérêt, pour leurs enfants, de tels suivis.

Au niveau national, l'unique source de données est, une fois de plus, l'enquête réalisée par la DREES en 2010 ; elle repose sur les déclarations des directeurs et n'offre qu'une image de la situation « à la sortie ». Elle fait apparaître **des différences profondes entre les types d'établissements**.

#### Situation à la sortie des jeunes accueillis en établissements médico-sociaux<sup>164</sup>

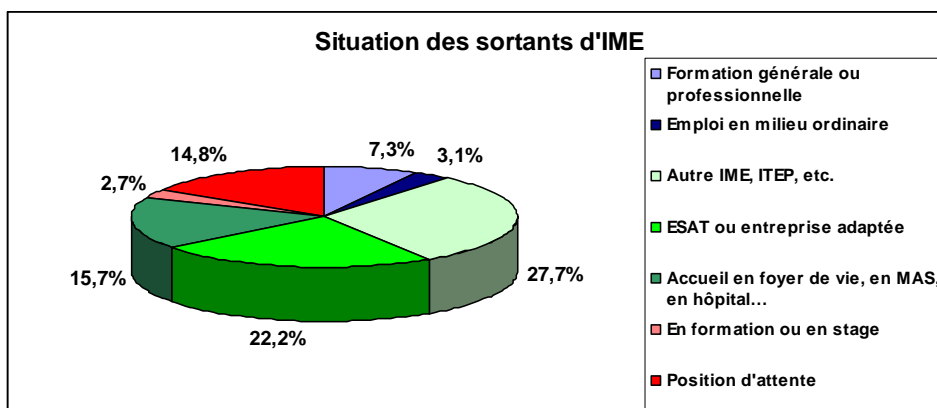
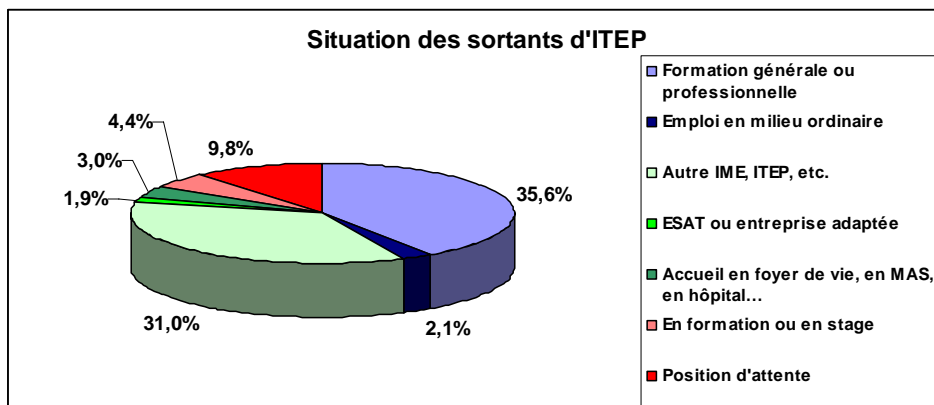
2010	IME	ITEP	Poly-handicap	IEM	Et. Sensoriels
Formation générale ou professionnelle	7,3%	35,6%	0,8%	17,2%	30,4%
Emploi en milieu ordinaire	3,1%	2,1%	0,0%	1,4%	6,0%
Autre IME, ITEP, etc.	27,7%	31,0%	22,4%	25,6%	20,3%
ESAT ou entreprise adaptée	22,2%	1,9%	0,3%	8,3%	5,0%
En formation ou en stage	2,7%	4,4%	0,2%	2,3%	4,0%
Attente d'emploi ou de place en ESAT	5,1%	3,0%	0,0%	4,0%	10,4%
Accueil en foyer de vie, en MAS, en hôpital...	15,7%	3,0%	49,1%	22,9%	5,5%
En attente de placement en foyer, etc.	0,9%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%
À domicile	8,8%	6,7%	6,4%	7,4%	5,6%
Activité inconnue ou autre situation	6,3%	12,1%	20,7%	11,5%	12,4%

Une remarque générale d'abord : **un quart des sorties sont orientées vers un changement d'établissement**. On passe d'un IME à un autre, d'un ITEP à un IME, etc. Nombreux sont donc les jeunes qui cumulent plusieurs séjours dans ces établissements.

De même les sorties du médico-social, « adulte » ou « enfant », vers le milieu ordinaire (emploi ou poursuite de formation) sont très minoritaires. Elles ne concernent qu'un tiers des sortants des ITEP ou des établissements pour jeunes déficients sensoriels (soit à peu près la moitié si on écarte les changements d'établissements) et 17 % des sortants des IEM.

La différence est très marquée sur ce point entre les ITEP et les IME.

<sup>164</sup> Enquête DREES ES 2010.



Si le devenir des jeunes d'ITEP est majoritairement (parmi les sortants effectifs) de revenir en formation en collège, SEGPA ou lycée professionnel, les jeunes accueillis demeurent dans le milieu protégé, soit en ESAT qui constitue la voie majoritaire, soit dans des foyers et autres structures du même type. Les sorties hors de la « filière du médico-social » sont peu nombreuses. Des différences importantes apparaissent toutefois d'un établissement à l'autre. Certains IME, comme celui qui a été présenté plus haut, par leur volontarisme dans l'effort de formation et d'inclusion, parviennent à accompagner davantage de jeunes vers le milieu ordinaire. D'autres, au contraire, considèrent que la priorité de la préparation de la sortie est de trouver la bonne solution pour que la personne puisse vivre dans un cadre bien adapté à ses besoins.

La DREES dans l'exploitation de l'enquête de 2010, met en relation le mode de scolarisation juste avant la sortie des jeunes accueillis en IME et l'accès à une activité professionnelle (en ESAT, en entreprise adaptée ou en milieu ordinaire) après leur départ. Il apparaît que 77 % de ceux qui ont bénéficié d'une scolarisation en classe externalisée, en ULIS ou en SEGPA ont accédé à une activité professionnelle alors que ce taux n'est que de 38,9 % pour ceux qui étaient scolarisés au sein de l'unité d'enseignement, à l'intérieur de l'établissement<sup>165</sup>. Si ces données doivent être considérées avec la plus extrême prudence<sup>166</sup>, elles soulignent l'enjeu d'une inclusion scolaire en milieu ordinaire dans la préparation du jeune handicapé à l'accès à une situation de travail.

<sup>165</sup> Source exploitation de l'enquête DREES ES 2010.

<sup>166</sup> Il faut en effet être prudent car cet écart reflète aussi, en partie, une différence de degré de handicap.

#### 4.5. La validation des acquis : des réponses locales

Parmi les élèves accueillis dans les ESMS, notamment dans les IME, la plupart sont en grande difficulté par rapport aux apprentissages scolaires. On observe qu'un nombre non négligeable d'entre eux ne dépasse pas le niveau du cycle 1 et que beaucoup atteignent à peine le niveau du CP ou du CE1. L'accès aux diplômes reste donc très faible. Néanmoins **la validation des acquis, si fragiles soient-ils, est une nécessité**, et cela pour trois raisons :

- il s'agit d'abord de **valoriser les efforts et les réussites des élèves** : une certification, même minimale, un livret sur lequel sont inscrites les acquisitions successives sont, pour chacun, un encouragement et un moyen de leur rendre visible **le sens de l'activité scolaire** ;
- pour les équipes enseignantes, installer un dispositif partagé de validation, c'est **établir une progressivité des apprentissages qui trop souvent fait défaut**. Pour éviter les recommencements et la répétition des mêmes situations, des repères communs référés à des compétences sont indispensables ainsi qu'un support permettant de capitaliser ce que savent et savent faire les élèves. Par delà, c'est entrer dans une logique d'évaluation des enseignements eux-mêmes qui est rarement perceptible : si un enfant n'apprend pas, ce n'est pas obligatoirement parce qu'il ne peut pas apprendre ;
- enfin, attester des compétences validées, c'est permettre au jeune adulte handicapé de présenter à des formateurs, à des institutions, à des employeurs éventuels un certificat susceptible de lui ouvrir l'accès à un stage, à une formation professionnelle ou à un poste de travail durable. Pour celui qui n'accèdera pas à un CAP complet, l'enjeu d'**un document reconnu et rigoureusement établi**, mettant en évidence les acquis et la capacité du jeune à progresser et à s'adapter à une situation professionnelle est considérable.

Pour ce qui est des enseignements généraux, la plupart des enseignants ont mis en place un « livret », souvent comparable à ce que l'on peut trouver dans les écoles primaires. En revanche, la référence aux paliers du socle commun, leur certification à travers un document valorisant l'étape franchie ou encore la permanence du livret tout au long du parcours de l'élève sont beaucoup moins établies. Beaucoup d'équipes sont néanmoins conscientes de cette nécessité : par exemple, dans certains établissements visités, les enseignants ont mis en place une utilisation commune des épreuves de l'évaluation nationale CE1<sup>167</sup> comme un outil de référence pour le palier 1 ; d'autres, s'efforcent de présenter le plus grand nombre possible de jeunes au certificat de formation générale (CFG)<sup>168</sup>. Cette démarche présente **le double intérêt de positionner clairement des adolescents ou des jeunes adultes par rapport à une référence nationale et de leur délivrer officiellement un diplôme**. Il représente aussi le premier pas vers le CAP. La remise de ce certificat au jeune au cours d'une petite cérémonie devant ses parents est une démarche qu'il faudrait développer.

---

<sup>167</sup> Cette évaluation était générale et obligatoire, dans le premier degré, jusqu'à 2012, et beaucoup d'enseignants ont conservé les cahiers de passation qui constituent un des rares outils nationaux pour positionner les élèves au palier 1 du socle.

<sup>168</sup> Cet examen, rénové en 2010, est réservé à des publics en difficulté (EGPA, jeunes détenus, etc.), dont ceux qui sont en situation de handicap. Il permet de certifier, à la fin de la scolarité obligatoire, des compétences correspondant au palier 2 du socle commun (CM2), mais à travers des modalités adaptées à des adolescents ou à de jeunes adultes. Il constitue aussi un élément de référence pour engager la préparation d'un CAP.

Préconisation : favoriser dans toutes les académies le passage du CFG dans les établissements médico-sociaux par une démarche incitative. Valoriser l'obtention de ce diplôme.

Si le CFG peut jouer un rôle important dans la certification, il semble nécessaire, compte tenu de la faiblesse des performances scolaires évoquée précédemment, de **concevoir une certification pour les plus faibles niveaux**. Une attestation, définie nationalement et référée au niveau 1 du socle (pour des jeunes qui accèdent péniblement à la lecture et à des calculs simples), serait de nature à répondre à cette attente.

Préconisation : mettre en place une attestation (définie nationalement) validant des acquis correspondant au premier palier du socle commun.

**L'évaluation et la validation des acquis professionnels**, soulève des problèmes particuliers puisque les éducateurs techniques ne sont pas habilités à cette validation, en particulier pour des élèves susceptibles d'accéder au CAP.

Certaines académies se sont mobilisées pour apporter une réponse à cette difficulté qui impose **un partenariat avec des lycées professionnels**. Dans tel département visité, ont été expérimentées plusieurs modalités de coopération : une inscription inactive des jeunes d'ESMS en lycée professionnel de proximité, une formation continue des responsables d'ateliers techniques (stage CAFOC) pour des références pédagogiques communes (référentiel d'activités professionnelles, socle commun), ainsi qu'un suivi régulier sur deux ans par un professeur de lycée professionnel « correspondant » de l'EMS, rémunéré en heures supplémentaires.

De même, dans une académie, une équipe d'inspecteurs a construit des outils d'évaluation des résultats des élèves mesurant les progrès et les avancées dans le cursus. Des attestations de compétences professionnelles vont être ainsi délivrées, dans le cadre d'un diplôme académique, **aux élèves n'ayant pas accès au CAP**.

L'attestation de compétences professionnelle ou la constitution d'un « **portefeuille de réussites** » (initiative portée par une académie) constituent des pistes intéressantes : un tel portefeuille peut intégrer les procédures de validation des compétences du socle commun et des compétences professionnelles, voire impliquer les entreprises, et plus largement, le monde professionnel, dans sa conception comme dans son utilisation... Il permettrait d'assurer les liaisons entre les différents acteurs tout au long du cursus du jeune et d'une certaine manière à anticiper la VAE. Il s'agit de se doter d'un outil unique d'attestation des connaissances et des compétences acquises en regard du socle commun et des référentiels de CAP.

Préconisation : exploiter et diffuser les initiatives prises dans plusieurs académies pour constituer un outil commun de validation et d'attestation des compétences générales et professionnelles des jeunes accueillis en ESMS, en particulier la constitution d'un « portefeuille de compétences ».

**La constitution d'un réseau académique**, autour des établissements médico-sociaux, est la condition première du développement de ces démarches et, à travers elles, de l'inclusion des jeunes concernés dans le dispositif de formation professionnelle.

Des liens sont également à installer **avec les entreprises**. Ainsi, une académie envisage de mettre en place des formations de tuteurs en entreprise par des financements OPCA<sup>169</sup> et d'articuler le référentiel des compétences du CAP avec les référentiels métiers.

## 5. Quels moyens humains au service de la mise en place des unités d'enseignement ?

### 5.1. Un coût modéré et stable, mais avec quelle efficience ?

À la rentrée 2013, l'éducation nationale affectait **5 136 emplois (ETP) d'enseignants publics** à la formation des jeunes accompagnés par les établissements et services médico-sociaux ou sanitaires)<sup>170</sup>. En écartant les services médico-sociaux, la dotation globale affectée à la scolarisation dans les établissements s'élève à **4 573,5 ETP**. Parmi eux, **le sanitaire représente 780 emplois**. Si on rapporte ces moyens humains à l'ensemble des élèves scolarisés (79 217), cet apport est de l'ordre d'un enseignant public<sup>171</sup> pour 17 élèves (17,3).

**L'engagement financier de l'éducation nationale peut apparaître faible**, et d'autant plus si on prend en compte la masse des jeunes accueillis et non scolarisés, dont les plus de 16 ans.

Toutefois, les enseignants titulaires du premier ou du second degré public ne sont pas les seuls à prendre en charge la formation de ces enfants et de ces adolescents lourdement handicapés. **D'autres personnels, rémunérés directement ou indirectement sur des fonds publics, prennent en charge des temps d'enseignement général ou professionnel**. Avant tout, un certain nombre d'enseignants sont recrutés au titre de l'enseignement privé<sup>172</sup>, en général sur la base de contrats simples<sup>173</sup> : au 1<sup>er</sup> septembre 2014, la direction des affaires financières de l'éducation nationale dénombre **1 818 personnels contractuels** rémunérés sur le programme 139 :

<b>Personnels contractuels rémunérés sur le programme 139<sup>174</sup></b>	
<b>Personnels du premier degré</b>	1724
Établissements sanitaires	17
IME	1182
ITEP	525
<b>Personnels du second degré</b>	94
<b>Total en établissement</b>	<b>1818</b>
Services	34

<sup>169</sup> OPCA : organisme paritaire collecteur agréé.

<sup>170</sup> L'ensemble des données citées dans ce paragraphe sont issues des tableaux produits par la DGESCO pour suivre la répartition des emplois. Certaines précisions ont été fournies par la direction générale en réponse aux questions des membres de la mission.

<sup>171</sup> C'est-à-dire rémunéré sur les programmes (LOLF) 140 (enseignement primaire et 141 (enseignement secondaire).

<sup>172</sup> Programme 139.

<sup>173</sup> La mission a toutefois visité un établissement (ITEP) sous contrat d'association.

<sup>174</sup> Données communiquées par la direction des affaires financières : il faut préciser que ces chiffres portent sur des contrats, donc sur des personnels enseignants ; le nombre d'heures accomplies par chacun peut varier et il est difficile de rapprocher ces données du décompte des emplois publics.



**22 700 élèves seraient scolarisés dans les établissements concernés<sup>175</sup>, soit plus du quart de l'effectif total scolarisé. En rapprochant ces données du recensement des emplois publics affectés aux établissements sanitaires ou médico-sociaux, le taux d'encadrement serait approximativement<sup>176</sup> d'un enseignant pour 11 jeunes scolarisés.**

D'une manière générale, il est très difficile d'identifier les moyens réservés aux unités d'enseignement sur les documents budgétaires des programmes 139, 140 et 141 : ils sont globalisés avec d'autres dispositifs dans les actions orientés vers la prise en compte des besoins éducatifs particuliers<sup>177</sup>. D'autre part, dans le cas des établissements orientés vers les déficiences sensorielles, sont implantés des emplois spécifiques hors dotation de l'éducation nationale, par exemple sur le programme 157 (« handicap et dépendance ») ou sur les budgets des établissements. **La mission n'a pas pu obtenir des informations complètes et homogènes prenant en compte l'ensemble des moyens d'enseignement<sup>178</sup>.**

L'enquête de la DREES fournit, mais pour l'année 2010, une autre approche de la réalité de l'encadrement pédagogique : elle dénombre **5 325,60 ETP d'« enseignants »** (hors « éducateurs » et « moniteurs ») pour l'ensemble des établissements médico-sociaux, donc hors sanitaire. La même année, pour l'éducation nationale, étaient implantés dans le même champ<sup>179</sup> : **3 853 ETP d'enseignants publics** (programmes 140 et 141). **Ce sont donc près de 1 500 emplois** qui sont pris en charge sur d'autres dotations<sup>180</sup>.

Enfin, et pour les mêmes jeunes, contribuent directement à **l'activité pédagogique**, c'est-à-dire à la prise en charge de temps de formation :

- des éducateurs scolaires (396,3 ETP) ;
- des éducateurs techniques (3148,9 ETP) ;
- des moniteurs d'ateliers (629,1 ETP) ;
- des moniteurs d'EPS (1000,6 ETP).

On peut donc considérer que les moyens humains engagés pour la formation des jeunes accompagnés dans le champ médico-social s'élèvent à plus de 10 500 ETP<sup>181</sup>. En prenant en compte

---

<sup>175</sup> Budget 2014 : projet annuel de performance (PAP) de la mission « enseignement scolaire », page 138, action 7 du programme 139.

<sup>176</sup> En effet, il ne peut être estimé qu'à partir du rapprochement d'emplois (programmes 140 et 141) et de contrats (programme 139).

<sup>177</sup> Action 7 du programme 139 ; action 3 du programme 140 ; action 6 du programme 141. On ne trouve une précision du nombre d'emplois réservés à ce public que pour la part prévue dans le programme 140, mais sans développement particulier. Aucun indicateur de performance n'est prévu pour ces élèves.

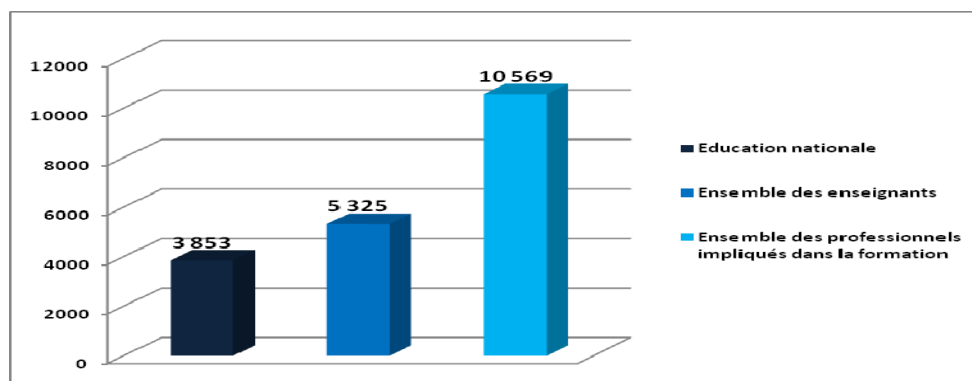
<sup>178</sup> Par exemple, la DGESCO n'est pas en mesure d'intégrer à ses indicateurs les emplois financés sur le programme 139 géré par la direction des affaires financières.

<sup>179</sup> Données DGESCO.

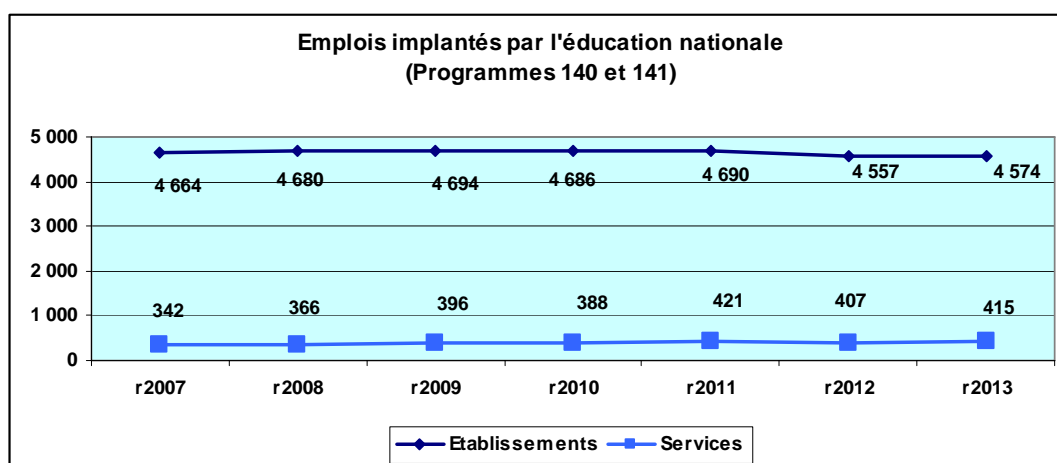
<sup>180</sup> En se référant aux données transmises par la DAF et citées supra, on voit bien qu'il s'agit essentiellement de contrats privés pris en charge sur le programme 139 de l'éducation nationale.

<sup>181</sup> Ces observations reposent sur l'enquête DREES ES 2010. Cependant la stabilité constatée des effectifs et de l'encadrement (voir *infra*) laisse penser qu'elles restent actuelles.

l'ensemble de ces emplois rapportés à la totalité de l'effectif accueilli en 2010<sup>182</sup> (106 910), le taux d'encadrement est de l'ordre d'un intervenant pour dix jeunes (10,12).



**L'évolution des moyens de l'éducation nationale implantés dans le secteur médico-social n'est pas significative.** Globalement cette dotation reste stable. Si l'on observe une légère progression des postes d'enseignants dans les SESSAD et un léger fléchissement de ceux qui sont placés dans les UE, cette variation ne porte que sur quelques dizaines d'emplois et ne manifeste pas une volonté politique de transformation des emplois.

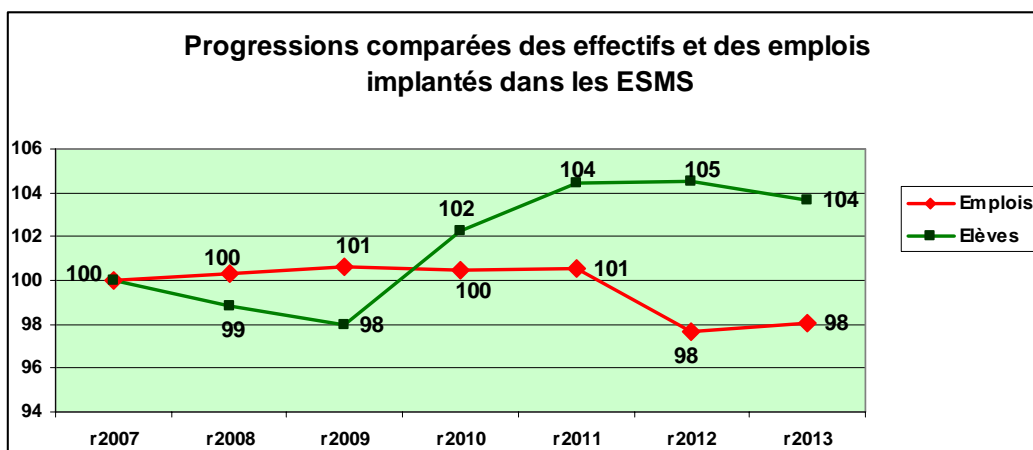


On peut faire la même observation pour les postes utilisés dans les unités d'enseignement pour les classes externalisées. La progression n'est que de 16 ETP : passage de 182,25 à 198,25 ETP.

Il faut souligner que cette stabilité des moyens accordés par l'éducation nationale correspond à une relative stabilité des effectifs. Toutefois, la légère progression du nombre d'élèves scolarisés dans les établissements médico-sociaux et sanitaires n'a pas été accompagnée par un ajustement des emplois d'enseignants titulaires<sup>183</sup>.

<sup>182</sup> Ne sont pas pris en compte les éducateurs autres que « scolaires » ou « techniques ». Pour les jeunes concernés, le taux inclut la population considérée comme « non scolarisée » celle-ci est en effet susceptible de bénéficier de l'intervention de certains professionnels évoqués ci-dessus.

<sup>183</sup> Comparaison de l'évolution des effectifs et des emplois d'enseignants titulaires (programmes 140 et 141) à partir de 2007 (base 100 pour les deux indicateurs).



L'implantation des emplois varie considérablement en fonction du type d'établissement et du public accueilli. Par exemple, le nombre d'enseignants accordés aux ITEP est, en proportion, très largement supérieur aux dotations des IME. De leur côté, ces derniers font appel à un plus grand nombre de personnels non enseignants (éducateurs scolaires ou techniques, etc.).

Emplois 2010 (ETP) <sup>184</sup>	IME	ITEP
Enseignants (EN et hors EN)	2 693	1 051
Effectif pour un emploi	26,2	14,0
<u>Effectif scolarisé pour un emploi</u>	<u>21,1</u>	<u>13,6</u>
Autres personnels contribuant à la formation	3 847	799
Ensemble des emplois engagés	6 540	1 850
<u>Effectif pour un emploi (tous statuts)</u>	<u>10,8</u>	<u>8,0</u>

La situation du sanitaire est encore différente, mais les éléments de comparaison manquent. Au vu des seuls emplois de l'éducation nationale, l'écart est très significatif : les taux d'encadrement des jeunes effectivement scolarisés sont beaucoup plus favorables que dans le médico-social et très proches de ceux d'une CLIS ou d'une ULIS.

2013-2014	Élèves	Emplois (EN)	Élèves/emploi
Établissements sanitaires	7 931	780,0	10,2
Établissements médico-sociaux	71 286	3 793,5	18,8

En dehors des emplois affectés aux unités d'enseignement, l'éducation nationale, **de manière très variable d'un département à l'autre**, rémunère **des heures supplémentaires** d'une part pour compenser certaines « sujétions spéciales » (travail pendant les vacances, participations à diverses

<sup>184</sup> Enquête DREES ES 2010 plusieurs fois citée.

concertations...)<sup>185</sup>, d'autre part, et surtout, pour appliquer aux professeurs des écoles enseignant à des élèves de plus de 12 ans des conditions de rémunérations plus proches de celles de leurs collègues employés dans le second degré. Parfois, ce sont trois heures qui sont versées aux enseignants concernés, parfois deux, parfois une pour ceux qui encadrent les élèves de plus de 12 ans et deux pour ceux qui ont en charge les plus de 14 ans. Certains établissements complètent ce que donnent les services de l'éducation nationale au nom des « sujétions spéciales ». D'autres n'accordent aucune rémunération supplémentaire. Les ARS prennent parfois position pour refuser la prise en charge par les établissements médico-sociaux de dépenses liées à l'enseignement.

**Il y a là un point de débat et de tension, vif dans certains établissements visités.** Au niveau départemental, les directeurs des services de l'éducation nationale font part de leurs difficultés face à cette absence de règle nationale et disent attendre une circulaire pour clarifier la définition du service des enseignants dans les établissements médico-sociaux et de santé.

Peut-on parler de l'efficacité de l'enseignement dispensé dans les établissements médico-sociaux ou sanitaire ? La réponse à cette question ne peut qu'être négative et cela pour au moins trois raisons majeures :

- en premier lieu, il s'agit du seul secteur (ou de l'un des très rares secteurs) de la formation initiale pour lequel n'est posé, et ne peut être posé dans l'immédiat, **aucun indicateur national de résultat**. Ne sont évalués ni les acquis des élèves au terme de leur formation, ni leur devenir au-delà de la sortie<sup>186</sup> ;
- la seconde résulte de la multiplicité des intervenants : **il est impossible d'isoler l'action spécifique de l'éducation nationale**, ni même celle des professionnels dits « enseignants ». La notion même de « scolarisation » apparaît très incertaine et variable d'un interlocuteur à l'autre. Une foule d'interrogations demeurent : qu'appelle-t-on « temps plein » ? Doit-on exclure la formation apportée par les éducateurs techniques ? Quelle est l'étendue exacte du champ placé sous la responsabilité de l'éducation nationale ? Quelle vision a-t-on nationalement de l'enseignement dispensé aux 22 700 élèves accueillis dans des établissements liés à l'État sous le régime du contrat simple ou du contrat d'association ?
- enfin, **l'hétérogénéité extrême des situations et des publics**, plusieurs fois évoquée, interdit certainement de porter une appréciation globale et fondée sur des critères communs de l'action pédagogique conduite dans ces établissements.

Une dernière question demeure : l'évolution engagée avec la mise en place des unités d'enseignement entraîne-t-elle des coûts supplémentaires pour l'éducation nationale et pour les autres acteurs ? Ce qui revient sans doute à se demander quel est le coût de l'inclusion et de la personnalisation... Il faut certainement distinguer deux conséquences :

- **l'augmentation des scolarisations « partagées »** entre l'établissement et le milieu ordinaire, c'est à dire les inclusions individuelles en fonction du projet personnalisé de l'élève. Les surcoûts sont, au vu des visites réalisées, relativement faibles. Ils sont de deux ordres : d'abord, **les déplacements** (à la charge de l'établissement ou du

---

<sup>185</sup> Mais ce sont majoritairement les établissements qui prennent en charge ces « sujétions spéciales ».

<sup>186</sup> Voir *supra*.

département en fonction des situations), mais cela dépend du choix de la classe ordinaire (coût faible ou nul si elle se situe à proximité du domicile ou de l'établissement) et surtout du principe d'organisation (un seul lieu d'accueil par jour ou des va-et-vient entre deux établissements) ; ensuite la prise en compte dans les effectifs de deux institutions : là encore, c'est une question de choix, si on comptabilise à la fois l'élève dans un groupe de l'IME ou de l'ITEP et dans l'effectif de la classe « d'inclusion », le coût peut doubler pour l'éducation nationale et plus largement pour les budgets publics ; en revanche, la définition de règles claires, traduites par des conventions, peut éviter de tels « doubles coûts » : par exemple, détermination du moment où l'élève inclus est pris en compte dans les effectifs de l'école ou de l'EPL d'accueil (trois quarts de temps ou temps plein), organisation des groupes internes de l'unité d'enseignement à partir des élèves susceptibles d'être présents et non d'un effectif théorique, etc. D'une manière générale, l'inclusion individuelle doit pouvoir être conduite sans surcoût.

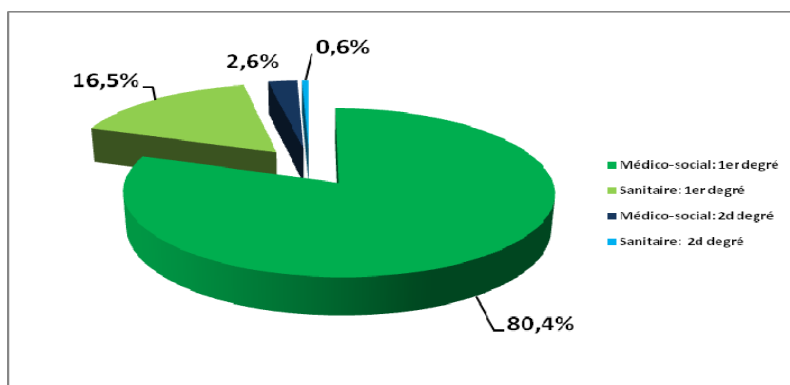
- **l'externalisation des « unités d'enseignement »**, c'est à dire leur implantation physique dans un établissement « ordinaire » (en général, cette externalisation ne porte que sur une ou deux classes) : pour l'éducation nationale, il n'y a pas *a priori* de surcoût. Ce n'est qu'un changement de lieu. Les éventuels surcoûts sont ailleurs : là encore, le déplacement si l'implantation est éloignée et les va-et-vient nombreux entre les deux sites ; ils impliquent dans ce cas à la fois les élèves, les enseignants et les autres personnels qui sont présents dans l'unité d'enseignement pour accompagner la démarche inclusive. Enfin, il y a un transfert de charges entre l'établissement médico-social ou de santé et la collectivité responsable de l'établissement d'accueil (mise à disposition de locaux, entretien et fluides, restauration, matériel, fournitures, périscolaire...). Ce n'est pas une dépense supplémentaire, mais une répartition des responsabilités et des charges à établir par convention.

D'une manière générale, **les obstacles à l'application des textes de 2009 ne sont pas d'ordre financier**. Bien réglées par des conventions de coopération dans le cadre d'une organisation réfléchie, les inclusions individuelles ou collectives ne sauraient constituer une charge pour tel ou tel acteur, et en particulier pour l'éducation nationale.

Une réserve toutefois : si la dynamique inclusive se développait au delà des démarches relativement timides que l'on observe aujourd'hui et si, par exemple, on engageait un rapprochement systématique des IMPro et des lycées professionnels, ou des ITEP et des collèges, les coûts seraient tout autres. Aujourd'hui, l'éducation nationale n'assume pas la formation professionnelle dans les ESMS (comme elle n'y assume pas l'éducation physique et sportive). De même, les volumes d'enseignement dispensés aux adolescents par des professeurs titulaires sont très inférieurs au minimum dû à la population de cet âge. Ce n'est pas la coopération entre les deux ordres d'enseignement qui induirait une charge supplémentaire, mais plutôt l'interrogation qu'elle pourrait susciter sur la responsabilité réelle de l'éducation nationale sur la formation des jeunes handicapés. Tant qu'il est admis que l'éducation nationale a pour rôle principal, dans les ESMS, de dispenser un enseignement primaire autour du « lire, écrire, compter », le rapprochement avec l'école de droit commun ne pose que des problèmes d'organisation ou de relation. Il n'en irait pas de même si l'on tentait de restituer à ce ministère sa pleine responsabilité sur la formation initiale secondaire et, en particulier professionnelle, de tous les jeunes adolescents accueillis en milieu spécialisé.

## 5.2. Les ressources humaines : des professeurs des écoles inégalement formés

La quasi-totalité (97 %) des emplois implantés dans les établissements médico-sociaux ou de santé<sup>187</sup> par l'éducation nationale sont prélevés sur la dotation de l'enseignement primaire (programme 140) et sont occupés par des professeurs des écoles. Seuls, **133,5 emplois** sont positionnés dans le second degré (programme 141).



S'il faut voir ici la conséquence de l'histoire de l'enseignement « spécial »<sup>188</sup>, pris en charge depuis l'origine par l'école primaire et les « instituteurs », on peut s'étonner de constater que l'éducation nationale n'a jamais considéré qu'il pouvait être de sa mission d'offrir à tout ou partie des 80 000 élèves concernés un enseignement « secondaire » (en particulier dans les ITEP, mais aussi dans des situations de handicaps physiques lourds) et surtout un enseignement « professionnel ». Dans les rares cas où les inspections générales ont rencontré dans leurs visites des professeurs du second degré (en général des PLP), ils ont relevé que cette ressource permettait de développer des parcours plus ambitieux, d'élargir le champ des enseignements, de faciliter les relations avec les partenaires extérieurs et de valider plus facilement des compétences professionnelles.

Si l'on prend en compte l'ensemble de la ressource enseignante des établissements médico-sociaux<sup>189</sup>, en incluant les professeurs rémunérés au titre de l'enseignement privé contractuel (programme 139) ou titulaires d'un corps extérieur à l'éducation nationale ou encore recruté par l'établissement sur son budget, la situation est sensiblement différente, même si les enseignants du second degré restent très minoritaires. D'après les informations recueillies en 2010, la part des professeurs considérés comme relevant du secondaire serait d'environ 20 % (19 % en ETP et 21 % des personnels en poste). Il convient toutefois d'être prudent sur l'interprétation de ces données puisque la plupart des professeurs concernés, en dehors d'un peu plus d'une centaine de fonctionnaires de l'éducation nationale, ne sont pas détenteurs d'un titre spécifique d'enseignant du second degré (agrégation, CAPES, CAPLP...).

Si les enseignants affectés par l'éducation nationale sont presque tous des professeurs titulaires, **un sur quatre ne possède pas la qualification requise** pour enseigner dans un établissement médico-social ou de santé<sup>190</sup> : le **CAPASH**<sup>191</sup> pour les professeurs des écoles ou le **2CASH**<sup>192</sup> pour les

<sup>187</sup> Année scolaire 2013-2014 : d'après les données fournies par la DGESCO.

<sup>188</sup> Voir *supra*.

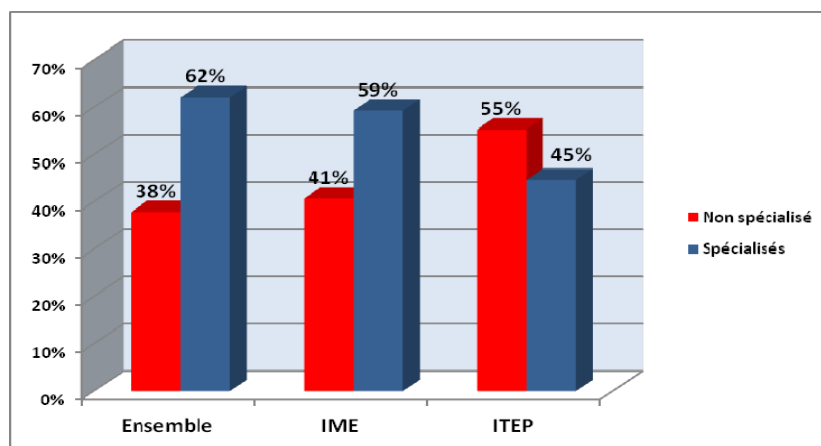
<sup>189</sup> Enquête DREES ES 2010.

<sup>190</sup> 25,44 % en 2010 (Donnée DGESCO). Toutefois ce taux était alors plus élevé dans les CLIS : 29,82 %.

<sup>191</sup> *Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap.*

rare enseignants du second degré. En 2010, l'enquête de la DREES plusieurs fois citée ne recensait que 90 titulaires du 2CASH dans le secteur médico-social<sup>193</sup>.

Au vu des établissements visités, la proportion de personnels non spécialisés semble particulièrement forte dans les ITEP, voire majoritaire dans certaines équipes. Cette observation va dans le sens de l'enquête de 2010. Parmi les personnels enseignants du secteur médico-social (tous statuts), seuls six sur dix étaient détenteurs d'une spécialisation : CAPASH, 2CASH ou toute autre qualification acceptée dans le champ médico-social (CAPEJS, CAEGADV, CAFPETADV,...)<sup>194</sup>. L'histogramme ci-dessous met en évidence la situation singulière des ITEP<sup>195</sup>.



D'une manière générale, **le niveau de formation des enseignants est apparu très inégal**. Beaucoup sont arrivés sur ces emplois en début de carrière, sans y être préparés (néo-titulaires pour les personnels de l'éducation nationale ou contractuels pour les autres). Nombreux sont ceux qui disent s'être formés sur le tas et n'avoir passé une certification qu'en un second temps. En majorité, ils n'ont pas enseigné en milieu ordinaire (ou seulement à leurs débuts). Cette situation peut interroger au regard de l'ambition de conserver au profit des enfants des liens dynamiques avec l'école de droit commun.

De même, le volume de formation continue dont ils sont susceptibles de bénéficier apparaît très faible. Rares sont les stages qui leur sont spécifiquement destinés (public souvent non identifié dans les plans académiques ou départementaux de formation, ne serait-ce qu'en raison de son effectif réduit). Plusieurs professeurs des écoles rencontrés disent ne pas avoir accès aux stages destinés aux autres personnels de leur établissement. Le seul recours est, pour beaucoup, l'IEN-ASH et son équipe, mais celui-ci n'a qu'exceptionnellement le temps et les moyens logistiques de répondre aux besoins des personnels très divers dont il a la responsabilité. Généralement une action est mise en place pour les nouveaux-arrivants non spécialisés sur les postes « ASH ». Souvent une aide leur est apportée pour engager la préparation du CAPASH.

<sup>192</sup> Certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap.

<sup>193</sup> Ce nombre porte sur l'ensemble des personnels enseignant (y compris des professeurs du privé qui peuvent accéder à cette qualification).

<sup>194</sup> Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds (CAPEJS) ; Certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et déficients visuels (CAEGADV) ; Certificat d'aptitude aux fonctions de professeur d'enseignement technique aux aveugles et déficients visuels (CAFPEADV).

<sup>195</sup> Exploitation des données fournies par l'enquête DREES ES 2010.

Par delà ce constat répété et confirmé par les visites de classes, il faut s'interroger sur le contenu même du CAPASH et de l'option « D » (« *enseignement et aide pédagogique aux élèves présentant des troubles importants des fonctions cognitives* ») nécessaire pour intervenir dans la plupart des établissements médico-sociaux et de santé<sup>196</sup>. Cette certification et surtout la formation qui la prépare sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins d'une population très gravement handicapée et très diverse, pour définir, organiser, préparer et mettre en œuvre des parcours personnalisés partagés avec le milieu ordinaire, pour coopérer efficacement avec d'autres professionnels à l'intérieur d'une équipe pluridisciplinaire, pour évaluer, les acquis et besoin de chaque élève, comprendre les obstacles, adapter les cheminements et faire progresser l'élève tel qu'il est... ? Est-elle pertinente pour travailler avec des adolescents en ITEP ou avec des jeunes suivis en hôpital de jour ? L'option « D » est commune avec les enseignants d'ULIS ou de CLIS. Elle est évidemment la plus polyvalente. Mais beaucoup de situations rencontrées dans les ESMS demanderaient des apports supplémentaires, par exemple dans le cadre d'une organisation modulaire.

Les enseignants rencontrés au cours de la mission sont apparus relativement stables. Certains travaillent dans l'établissement depuis dix ou quinze ans. Une large majorité exprime son souhait de rester dans une équipe où ils se sentent bien, même parmi les nouveaux arrivés et les non spécialistes. Peu évoquent une « sortie de l'ASH ». On arrive jeune, souvent par hasard, et on fait carrière dans « l'enseignement spécialisé ».

Cette remarque est moins vérifiée dans les ITEP. Certains d'entre eux connaissent des crises, des tensions qui conduisent beaucoup d'enseignants à partir et, parfois, tous, la même année. D'une manière générale, l'enseignement en ITEP est ressenti comme un autre métier, plus éprouvant, qui nécessite un accompagnement de la personne. Certains se sentent profondément remis en cause et « ne tiennent pas ».

Reste la question de la « direction ». Les textes de 2009 sont clairs : **il n'y a pas de directeur de l'unité d'enseignement, mais seulement une coordination et un coordonnateur**, qui est parfois l'unique enseignant). Cette fonction n'est pas totalement installée puisqu'il ne s'agit pas d'un vrai chef de service. La « reconnaissance » des tâches supplémentaires qu'elle engendre est très variable : décharges de service partielles, voire totales dans quelques cas, ou heures supplémentaires... ou rien. Tout cela dépend de la dimension de l'équipe enseignante, de ce qui est demandé par l'association et de la politique suivie pour indemniser les « sujétions spéciales ». Là encore, une clarification serait nécessaire.

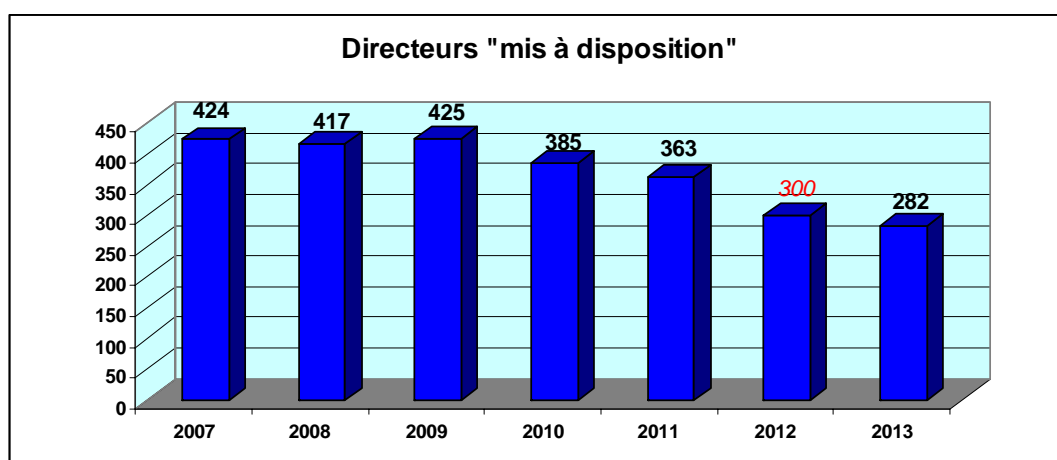
Un second aspect est souvent évoqué par les DASEN ou les présidents d'associations : **le devenir des directeurs d'établissement** (directeurs « généraux », pas seulement « pédagogiques ») issus de l'éducation nationale et souvent « mis à disposition » par celle-ci. On recense aujourd'hui (2013-2014) 282,25 équivalents temps plein qui correspondraient à cette situation. Ces postes sont issus de l'engagement ancien de l'éducation nationale et des enseignants eux-mêmes dans le réseau associatif engagé auprès des jeunes handicapés. L'évolution progressive du médico-social et les réformes issues de la loi de 2005 remettent en cause cette utilisation des compétences et des moyens de l'éducation nationale en dehors de du champ de ses missions. De fait, on observe une

---

<sup>196</sup> Les options « A » (troubles auditifs), « B » (troubles visuels) et « C » (handicap moteur ou trouble de la santé) ne concernent qu'une petite minorité d'établissements, en particulier pour les déficiences sensorielles pour lesquelles l'enseignement est majoritairement pris en charge hors éducation nationale.



réduction progressive du nombre des directeurs « éducation nationale ». Dans de nombreux départements, ces situations ont disparu. Le graphique ci-dessous permet de constater que la baisse a été sensible à partir de 2009<sup>197</sup>.



Certains présidents d'association regrettent ce qu'ils appellent « le désengagement de l'éducation nationale ». D'autres font le choix de recruter et de rémunérer ces personnels sur leur budget.

Enfin, il faut rappeler que les « directeurs généraux » issus de l'éducation nationale ont été recrutés sur la base d'une certification interne à l'éducation nationale : **ils sont titulaires du diplôme de directeur d'établissement d'éducation adaptée et spécialisée (DDEEAS)**. Ce diplôme, créé en 1988<sup>198</sup> est exigé pour la direction d'un EREA, d'une SEGPA et, jusqu'à ces dernières années, d'un service ou d'un établissement médico-social. Une formation d'un an est organisée à Suresnes par l'INSHEA<sup>199</sup> pour préparer les candidats désignés par les autorités académiques.

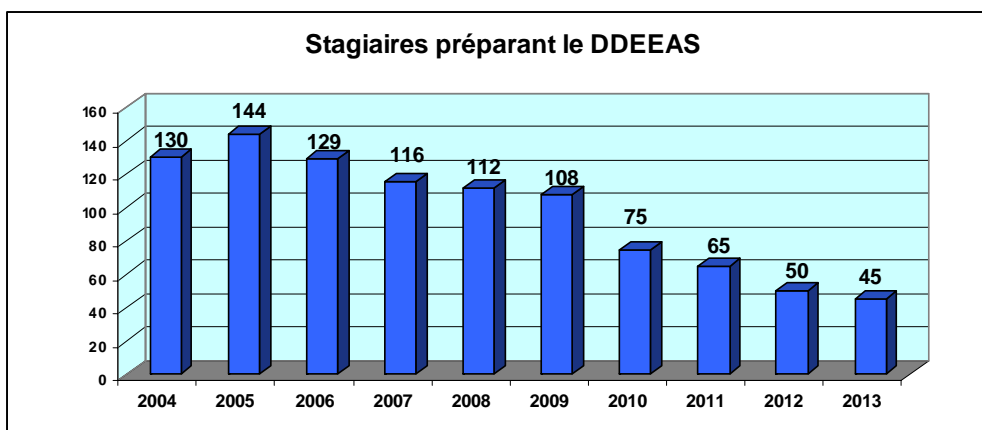
Toutefois, dans le prolongement de la loi de 2002, des exigences nouvelles ont été définies en 2007<sup>200</sup> pour la direction des établissements et groupements d'établissements médico-sociaux. Si, à titre transitoire, le DDEEAS fait encore partie des diplômes autorisés pour l'exercice de cette fonction, **il est évident que son contenu et son principe même devront être reconsidérés dans les prochaines années**. Aujourd'hui, le flux des personnels admis à la préparation de ce diplôme a nettement diminué et ceux-ci envisagent essentiellement la direction de SEGPA ou d'EREA. La réduction des emplois mis à disposition des associations et les réticences des responsables académiques à placer des enseignants en stage pendant un an (le coût est d'un emploi pris sur la dotation du premier degré) contribuent à ce recul.

<sup>197</sup> Il faut sans doute voir là l'effet conjoint des textes sur les unités d'enseignement et de la mise en œuvre du « schéma d'emploi » visant à une gestion plus rationnelle des emplois publics. Les données utilisées (fournies par la DGESCO) sont à considérer avec prudence pour l'année 2012 (reconstituée en raison d'une incohérence perceptible avec 2011 et 2013).

<sup>198</sup> Arrêté du 19 février 1988. Le DDEEAS se substituait alors au *diplôme de directeur d'établissement spécialisé*.

<sup>199</sup> Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés.

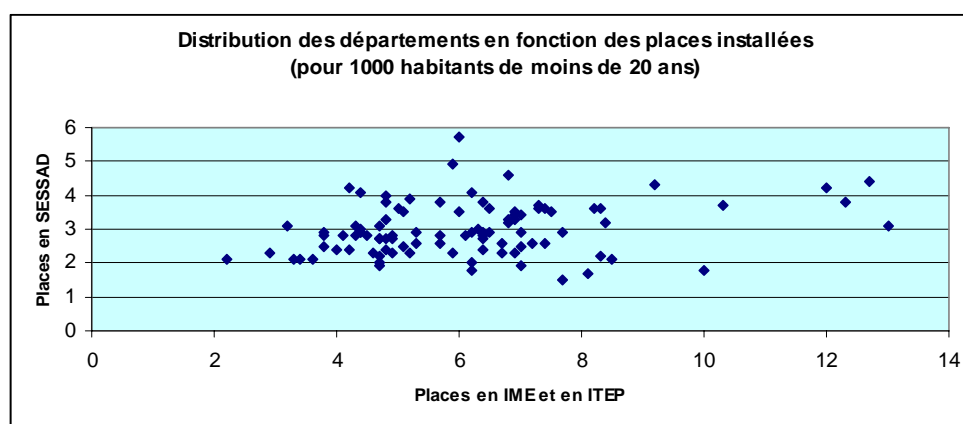
<sup>200</sup> Décret n° 2007-221 du 19 février 2007.



### 5.3. Une hétérogénéité territoriale peu lisible

Les visites accomplies dans neuf départements ont conduit à constater des différences profondes tant dans la configuration du réseau des établissements que des moyens d'enseignement qui y sont implantés ou des décisions prises par les CDAPH. Ces écarts sont beaucoup plus marqués que pour ce qui concerne les structures de formation en milieu ordinaire.

Ces différences tiennent d'abord à **l'offre d'accueil dans le médico-social**. Des départements voisins, en fonction de leur histoire et de l'engagement associatif local, peuvent se trouver dans des situations opposées. Le graphique ci-dessous met en évidence cette diversité à l'échelle nationale.



Le nombre de place de places en IME ou en ITEP varie de 2 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans à plus de 12<sup>201</sup>. Les mieux pourvus sont plutôt des petits ruraux et les moins équipés des territoires très denses, en particulier de la première couronne parisienne. On peut aussi voir qu'il n'y a aucune relation significative<sup>202</sup> entre le nombre de places en SESSAD (plus homogène) et l'offre en établissement. Rien ne laisse percevoir, bien au contraire l'effet d'une transformation des places des établissements en place de SESSAD. Il faut aussi souligner que les disparités peuvent se retrouver à l'intérieur d'une même région, mais aussi entre les régions (par exemple entre l'Île de France et la Basse-Normandie). Pour ce qui est des départements visités, le tableau ci-dessous met en évidence des écarts tout aussi sensibles.

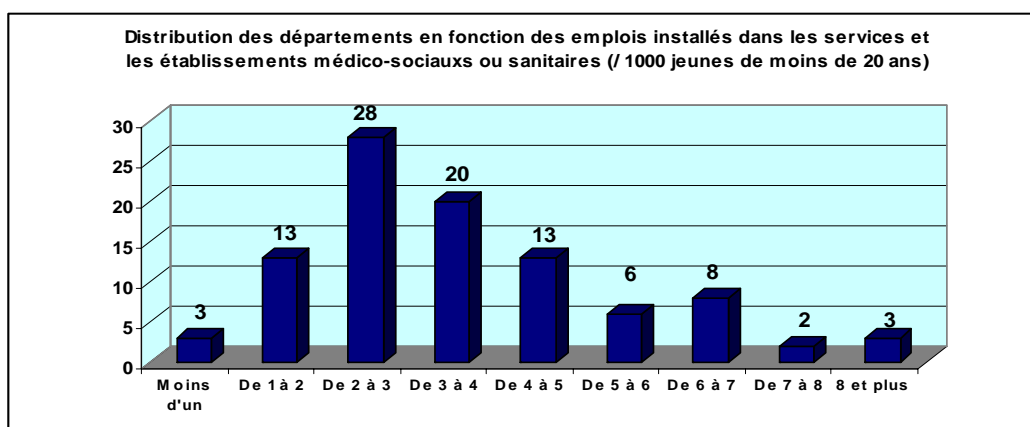
<sup>201</sup> Les données sur l'offre du médico-social proviennent exclusivement de l'enquête DREES ES 2010.

<sup>202</sup> Le taux de corrélation est de 0,26.

2010 DEP	Population < à 20 ans	Places pour 1000 jeunes		
		IME	ITEP	SESSAD
A	237 842	3,5	0,6	2,8
B	477 375	3,4	0,6	2,4
C	123 726	4,4	0,6	3,6
D	341 551	3,8	3,2	1,9
E	693 939	4,8	0,5	2,6
F	390 270	8,0	0,1	1,7
G	314 273	5,7	1,0	2,6
H	135 192	3,3	0,5	2,8
I	336 266	2,5	0,9	2,1
Moyenne nationale		4,4	1,0	2,7

Seuls trois départements ont, sur ce point, des profils relativement proches. À l'inverse, le profil « D » est suréquipé en ITEP (trois fois la moyenne nationale) alors que sa capacité en places de SESSAD est sans doute insuffisante. À l'inverse, le profil « F », dispose de près de deux fois plus de place d'IME que tous les autres et se trouve très démunie en capacité d'ITEP et en SESSAD. Le profil « I » est en sous-capacité pour presque tous les types d'accompagnement.

L'implication de l'éducation nationale dans les unités d'enseignement reflète en partie cette hétérogénéité des structures. Toutefois, on peut s'étonner de **l'ampleur des disparités interdépartementales**<sup>203</sup>.



Le nombre de postes globalement engagés dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires varie, rapporté à la population de moins de 20 ans de chaque département, de **0,4 emplois publics pour 10 000 jeunes de moins de 20 ans à 13,6**. Sans doute faut-il tenir compte du recours,

<sup>203</sup> Calculé à partir du recensement des emplois transmis par la DGESCO pour 2013 : programmes 140 et 141. Les départements d'outre-mer n'ont pas pu être pris en compte.

dans beaucoup d'établissements, à des emplois rémunérés au titre du privé contractuel<sup>204</sup>. Mais cela ne peut justifier que la dotation d'emplois du premier degré soit sollicitée dans des proportions variant de un à trois pour des gros départements de même taille. Si on ne prend en compte que les postes installés dans les établissements médico-sociaux et si on les rapproche des places ouvertes dans ces structures, les écarts restent très importants : de 0,3 emplois pour cent places installées à 9,6.

De même, d'autres écarts apparaissent lorsque on analyse dans le détail la répartition de ces de ces emplois<sup>205</sup> :

- **seuls 19 départements utilisent des moyens du second degré.** Tous les autres affectent exclusivement des emplois de professeurs des écoles quel que soit le public scolarisé ;
- **60 départements affectent des postes d'enseignant dans les services** tels que les SESSAD, 42 ne le font pas... ;
- **12 départements n'en placent aucun dans le secteur sanitaire** (alors que 15 en placent plus de 20) ;
- **41 départements engagent leur dotation pour ouvrir des classes externalisées,** et dans 5 cas financent ainsi plus de 10 classes ;
- enfin des personnels de l'éducation nationale exercent encore des **directions d'établissements ou de services dans 59 départements.**

La réalité des unités d'enseignement est donc d'une hétérogénéité quantitative mais aussi qualitative extrême (par la nature des postes engagés) d'un département à l'autre. À cet égard, la diversité des départements est représentative.

	Établissements médico-sociaux			Ensemble (sanitaire et médico-social)			Part de la population scolaire en ESMS
	Places (/1000)	Postes EN (/1000) (/100 places)		Postes EN (/1000)			
				dans les services	second degré		
A	5,3	0,18	3,31	0,19	3	3	0,52%
B	5,6	0,15	2,65	0,22	34	0	0,40%
C	6,3	0,32	5,01	0,50	22	4	0,50%
D	9,6	0,22	2,32	0,22	0	1	0,68%
E	7,5	0,28	3,66	0,37	63	0	0,52%
F	10,4	0,39	3,70	0,50	44	0	1,05%
G	8,8	0,37	4,16	0,37	0	4	0,78%
H	4,2	0,08	1,93	0,08	0	0	0,32%
I	4,5	0,29	6,51	0,32	10	0	0,45%

<sup>204</sup> Il est regrettable que la mission n'ait pas pu accéder à la répartition nationale de ces emplois.

<sup>205</sup> D'après les données DGESCO, y compris outre-mer.

Le nombre de postes publics de l'éducation implantés dans l'ensemble du secteur médico-social et sanitaire de deux départements (C et F) est six fois supérieur à la part de dotation investie par un autre (H). Dans un département de taille importante, plus d'un pour cent de l'ensemble des élèves est scolarisé dans un établissement médico-social ou sanitaire alors que cette part n'est que de 0,32 % dans un autre. Dans trois départements, aucun emploi d'enseignant public n'est affecté aux services (SESSAD ou autres) alors que dans trois autres, plusieurs dizaines de postes sont implantées. Seuls quatre départements utilisent des postes de professeur du second degré (dont un exemple cité plus haut).

Les facteurs qui permettent d'expliquer cette diversité sont multiples : attentes des associations gestionnaires, poids de certaines d'entre elles, choix stratégique de tel ou tel décideur à un moment de l'histoire du département, contraintes plus ou moins fortes liées à la gestion des emplois, présence d'une importante structure médico-sociale ou sanitaire à recrutement national, etc. Dans les départements visités, les accords et décisions dont procèdent les répartitions actuelles sont anciens (voire remontent à plusieurs décennies) et les acteurs sont peu enclins à remettre en cause les équilibres qui en résultent, y compris lorsqu'est abordée la délicate question des directeurs issus de l'éducation nationale. La stabilité des effectifs et des dotations observée au niveau nationale est le reflet de ces réalités départementales. Il est évident que la création des MDPH, en « départementalisant » les décisions d'orientation, ont encore amplifié le poids de ce niveau territorial.

L'effort de régulation régionale engagé par les ARS et souhaité par les recteurs rencontrés apparaît indispensable ne serait-ce que pour réduire les iniquités dans l'accès à la formation.

## **6. Quel pilotage?**

Les observations réalisées par les inspections générales les amènent à constater que le changement voulu par le législateur et porté par les textes réglementaires de décembre 2005 et avril 2009 n'a pas été mis en œuvre, ou ne l'a été que tardivement et « formellement » sans véritable prise de conscience des enjeux et des opportunités qui s'y attachaient. La plupart des démarches et expériences « intégratives » ou des dispositifs de scolarisation installés sont antérieurs à 2005 et résultent, en majorité d'initiatives prises dans le prolongement des textes des années 90.

Un tel constat conduit à une interrogation de fond sur le pilotage, à la fois, du changement attendu à travers la création des « unités d'enseignement » et, au delà, de la scolarisation des élèves accueillis dans les institutions spécialisées.

### **6.1. Une impulsion faible et tardive**

Un premier fait s'impose : au niveau national, les administrations concernées n'ont pas été mobilisées pour mettre en œuvre les unités d'enseignement. Cet objectif n'a pas été placé parmi les priorités assignées dans le cadre des politiques du handicap. De plus, les conséquences sur les évolutions de l'offre médico-sociale n'en ont pas été tirées.

La publication des textes réglementaires de 2009, quatre ans après la promulgation de la loi du 11 février, n'a pas été suivie d'une circulaire interministérielle véritablement incitative. De même les responsables des services déconcentrés compétents n'ont pas été rassemblés autour de ce thème

avec des exigences de réalisation rapide et concertée visant à favoriser l'inclusion scolaire. Il faut prendre en compte le fait qu'au cours de la dernière décennie les institutions publiques ont été mobilisées sur des réformes structurelles lourdes qui les ont conduites à hiérarchiser les urgences : mise en place progressive du fonctionnement des MDPH, réforme des services de l'État, création des agences régionales de santé<sup>206</sup>, plusieurs réformes dans le champ de l'éducation...

Pour ce qui le concerne, le ministère en charge de l'éducation nationale, donc de la scolarisation de tous les enfants et du contrôle de celle-ci, n'a pas fixé aux recteurs un objectif clair et daté d'application des textes de 2009. Les « unités d'enseignement » n'ont fait l'objet ni d'une réunion nationale des responsables académiques (recteurs et ou DASEN) ni d'une circulaire interne à ce ministère (pourtant attendue pour lever certains obstacles statutaires)<sup>207</sup>. Seuls les IEN-ASH ont bénéficié d'informations techniques au cours de leurs regroupements à l'échelle nationale. D'une manière générale, les aspects formels liés au conventionnement ont pris le pas sur le sens même de la réforme souhaitée, sans doute insuffisamment expliquée. À l'intérieur de la politique du handicap portée par la DGESCO et par la gouvernance académique, les unités d'enseignement n'ont pas été comprises comme un levier de l'inclusion au même titre que les CLIS, les ULIS et les AVS dont le développement a accaparé l'attention à tous les niveaux et qui ont constitué, dans le cadre du dialogue de gestion annuel entre les recteurs et l'administration centrale, un thème prioritaire associé à des objectifs quantifiés. Ce n'est que tout récemment, dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP), qu'une démarche plus volontariste a été engagée, démarche dont la présente mission est l'une des conséquences. Enfin, on rappellera que l'évolution du mode de scolarisation des jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires est absente des documents de communication du ministère comme elle l'est des programmes annuels de performance présentés dans le cadre du budget de la mission « enseignement scolaire ».

## 6.2. L'insuffisance des données disponibles

Tout au long du présent rapport a été soulignée l'absence d'informations quantitatives exhaustives et fiables. La mission n'a pu disposer de données précises autorisant une réponse satisfaisante à quatre questions essentielles :

- quel est **l'effectif concerné** par la mise en place des unités d'enseignements ? Parmi de nombreux facteurs, l'indétermination (du point de vue « scolaire ») de la population accueillie en milieu hospitalier et l'absence de recensement précis des jeunes non scolarisés font obstacle à toute prétention statistique. De plus, les limites mêmes du public à prendre en compte ne sont pas nettement dessinées : considère-t-on que le champ d'observation ne porte que sur la scolarité obligatoire (6-16 ans) ? Doit-il s'étendre à l'âge maternel et, au delà de 16 ans, à tous les jeunes accueillis dans les ESMS et sans emploi, y compris les plus de 20 ans (amendement Creton) ? Les jeunes qui ne bénéficient que de l'intervention d'éducateurs techniques ou qui sont placés dans divers dispositifs de formation professionnelle, hors éducation nationale, sont-ils recensés comme scolarisés ou « non scolarisés » ? Derrière ces questions, on perçoit bien la

---

<sup>206</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

<sup>207</sup> La question des horaires statutaires des enseignants et du décompte des heures supplémentaires qui en découle a été citée par les DASEN comme le premier motif de retard dans l'élaboration des conventions.

difficulté à délimiter la population non scolarisée et, par delà, à définir le champ de responsabilité des unités d'enseignement<sup>208</sup> ;

- quelle **scolarité** leur est offerte ? L'absence de classes de référence, la liberté laissée aux enseignants de regrouper les élèves comme ils le souhaitent (par âge, par niveaux, par « groupes de vie », etc.), selon des modalités (scolarité interne, externalisée, inclusive) et à des rythmes qu'ils déterminent ou le manque de repères normés sur les acquis des élèves interdisent toute appréciation objective des itinéraires de formation offerts et accomplis. La limite même entre le primaire et le secondaire n'est pas clairement établie ;
- quels sont **les personnels considérés comme « enseignants »** ? Combien sont-ils et quel est le volume des activités identifiées comme « scolaires » ? L'éducation nationale n'a qu'une vision partielle de l'effectif des équipes pédagogiques et n'est pas en mesure d'intégrer dans un tableau complet et détaillé tous les professeurs qu'elle rémunère au titre du public **et du privé**. D'autre part, lui échappe l'action des personnels placés hors de son champ de responsabilité mais contribuant à la formation ;
- quels sont **les effets des dispositifs** mis en place ? Du fait de l'absence de repère et de niveau de référence, aucune approche rationnelle de la progression du public scolarisé n'est possible, au delà d'une appréciation à court terme, souvent imprécise, de l'évolution individuelle de chaque élève. Les notions de « cursus », de « passage » d'une classe à l'autre ou simplement de parcours de formation n'ont que peu de sens dans ce contexte. On n'est pas en mesure de confronter une évaluation finale (à la sortie) à une évaluation initiale (à l'entrée) et de la rapporter au projet de l'unité d'enseignement, aux stratégies choisies, aux méthodes mises en œuvre et ne serait-ce qu'aux temps de scolarisation réellement offerts aux élèves. De même, les informations manquent sur le devenir de ces élèves, au delà de la sortie, alors que l'enjeu de l'action scolaire est bien là. Nul n'est capable de dire quel est l'impact des unités d'enseignement sur l'insertion sociale et professionnelle des jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires.

Sans doute est-il fréquent que les inspections générales soulignent l'absence ou la faiblesse des indicateurs posés pour orienter ou suivre les politiques publiques. Mais, dans le cas des jeunes accueillis dans le médico-social ou le sanitaire, cette insuffisance porte sur l'objet même de l'action publique et se situe donc en amont de la position de tout indicateur.

Chaque acteur s'efforce de cerner la population et les organisations qui entrent dans son champ de compétence, mais il manque un point de vue commun permettant de **rapprocher les données recueillies, par exemple à travers un système d'information partagé**.

- À travers **l'enquête 32**, plusieurs fois citée, **l'éducation nationale** rassemble chaque année des données relativement détaillées et d'un intérêt évident, en interrogeant

---

<sup>208</sup> La définition apportée dans la notice de l'enquête 32 constitue une initiative louable, mais s'avère peu satisfaisante pour des jeunes de plus de quatorze ans, par exemple déjà lecteurs ou confrontés à des apprentissages préprofessionnels relativement complexes. Par ailleurs, elle véhicule à nouveau une conception de l'activité scolaire réduite au seul *lire – écrire – compter*. « Ne sont pas considérés comme scolarisés les élèves qui reçoivent un apprentissage à des gestes simples, à des notions simples de communication, d'habitudes d'hygiène et de sécurité et ne bénéficient par ailleurs d'aucun enseignement en lecture, écriture et calcul. » (Enquête 32 : instruction aux établissements – page 4).

toutes les institutions qu'elle identifie comme pouvant accueillir en séjours des jeunes handicapés ou malades. Mais, au vu des documents remis à la mission<sup>209</sup>, cette enquête repose sur les « déclarations » d'établissements qui ne sont pas placés sous l'autorité de l'éducation, voire, pour une part, n'ont pas de liens conventionnels avec elle. De ce fait, elle est loin d'être exhaustive<sup>210</sup> et surtout sa validation apparaît très délicate. Enfin, certaines distinctions ne sont pas établies : type d'établissement, statut de l'UE et de ses personnels (éducation nationale, privé sous contrat ou non, autre ministère...), etc.

- La DREES produit une enquête très complète et finement exploitée<sup>211</sup>, mais celle-ci ne porte que sur le champ médico-social. Elle repose également sur le déclaratif et n'est réalisée que tous les quatre ans, ce qui ne permet pas d'asseoir un pilotage continu et réactif du dispositif de formation. Par ailleurs des discordances apparaissent entre les données produites et celles de l'éducation nationale.
- La CNSA ne semble pas avoir de visibilité sur les modalités de scolarisation des élèves accueillis en établissement, sans doute parce que les MDPH concentrent leur attention sur les « orientations » vers les ESMS ou l'accompagnement des scolarités en milieu ordinaire... D'une certaine manière, l'acteur qui a le pouvoir de décision sur le parcours de scolarisation des élèves handicapés semble n'a aucune connaissance de la réalité même de ces parcours.

En dehors du fait que chaque acteur n'a qu'une vision partielle de la population concernée, de ses besoins de formation et des réponses qui leur sont apportées, au moins deux autres facteurs d'incertitude contribuent à expliquer la fragilité et l'insuffisance des données accessibles :

- **l'amalgame de situations différentes** : il semble, par exemple, très artificiel de faire la somme d'une population hospitalisée et du public « orienté » vers une institution médico-éducative<sup>212</sup>. Les visites réalisées démontrent que tout oppose les deux environnements : le statut et la vocation des établissements, l'objet et la durée des séjours, la nature et la forme de la décision précédant l'admission dans la structure, la place du scolaire et sa relation au thérapeutique, la composition de la population accueillie... De plus, dans le champ du sanitaire, la limite entre la situation de handicap et celle de maladie non reconnue (ou pas encore reconnue) comme source de handicap n'est sans doute pas toujours établie<sup>213</sup>. Le rôle même de l'unité d'enseignement apparaît très différent dans ces deux contextes et justifierait des approches distinctes.
- de même, à l'intérieur de ces deux catégories, comme cela a été rappelé à plusieurs reprises, on observe une très grande diversité quant à la nature et à la gravité des troubles à l'origine des handicaps, quant au type de structure, quant à la présence ou à l'absence d'une unité d'enseignement, quant au lien à l'éducation nationale... Il est difficile, par exemple, d'associer dans une même enquête un ITEP fortement

---

<sup>209</sup> Notice présentant l'enquête aux établissements, résultats publiés, extraction du fichier intégral 2013-2014.

<sup>210</sup> En particulier pour les jeunes non scolarisés.

<sup>211</sup> Enquête DREES ES 2010.

<sup>212</sup> Il faut souligner que les enquêtes de la DREES n'associent pas les deux publics. Seule, l'éducation nationale rapproche le sanitaire et le médico-social, ce qui génère quelques imprécisions, voire des confusions.

<sup>213</sup> De plus le critère « présence d'un PPS », comme on l'a vu, n'est guère pertinent, puisque, trop souvent, ce document n'existe pas.



« externalisé », un établissement pour polyhandicapés sans unité d'enseignement ou une structure pour déficients sensoriels hors champ de l'éducation nationale ;

- **l'absence de procédure d'inscription et de base de gestion des élèves** : contrairement aux autres, les élèves accueillis dans les établissements médico-sociaux ou sanitaires ne font pas l'objet d'une inscription obligatoire et, sauf scolarisation en milieu ordinaire, ne sont pas pris en compte dans les bases de gestion de l'éducation nationale (telles que « Base élève » pour le premier degré). L'inscription dans l'école de référence est facultative et considérée comme « inactive ». Le recensement des jeunes effectivement scolarisés ne repose donc pas sur un acte administratif qui confère le statut d'élève et en valide le dénombrement.

Par delà l'acte formel et la dimension statistique, c'est le fondement des décisions qui est en jeu : la décision de scolariser ou de ne pas scolariser ou celle de réduire le temps d'enseignement ou de limiter les contenus d'apprentissage sont prises localement, sans assise juridique. L'absence de PPS et de cadre conventionnel actualisé contribue, bien évidemment, à cette indétermination du public scolaire. En forçant le trait, on peut dire que l'éducation nationale n'a pas aujourd'hui une connaissance précise des élèves qui lui sont confiés, ni du temps où s'exerce sa responsabilité sur chacun d'eux.

Il faut enfin rappeler que la difficulté à obtenir des informations fiables sur les jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux et sanitaires s'inscrit dans le contexte beaucoup plus large de l'insuffisance des données disponibles sur la population handicapée et, singulièrement, sur la part de cette population d'âge scolaire. La première interrogation porte sur **le recensement même de la population à considérer**. Le Défenseur des Droits adressait à la ministre des affaires sociales et de la santé un courrier en 2013 l'alertant des graves conséquences de l'absence de données consolidées sur le nombre de jeunes en situation de handicap. Cette inquiétude est partagée par la présidente du CNCPPH. Lorsque l'on examine les chiffres cités dans diverses publications, on relève des écarts considérables, par exemple selon le point de vue adopté (pourcentage de personnes concernées par une déficience<sup>214</sup>, personnes faisant l'objet d'une mesure au titre du handicap au sens de la loi de 2005,...). Du point de vue « scolaire », ces écarts et le doute qu'ils génèrent conduisent légitimement à se demander, d'une part, combien de jeunes de 6 à 16 ans<sup>215</sup>, en situation de handicap, échappent à toute forme de scolarisation ou de prise en charge par une institution sanitaire ou médico-sociale, d'autre part, parmi les jeunes scolarisés, combien ne bénéficient pas des aides, des accompagnements ou des soins, que justifierait leur situation de handicap ?

### **6.3. Au niveau local, une constellation d'acteurs**

La fragilité des données disponibles met d'abord en évidence la difficulté des administrations centrales à faire « remonter » une information dont la source résulte de décideurs locaux multiples et dont la majeure partie n'est pas placée sous leur autorité directe. La scolarisation des jeunes handicapés accueillis dans les ESMS met en effet en jeu la responsabilité d'une constellation d'acteurs : les MDPH, les agences régionales de santé, les établissements eux-mêmes, les organismes publics et surtout privés qui les gèrent, les collectivités territoriales, les directions académiques ou

---

<sup>214</sup> On peut se reporter par exemple à l'étude coordonnée par le CTNERHI en février 2004 : *Le handicap en chiffres*.

<sup>215</sup> Ce sont les limites de l'obligation scolaire, mais on peut étendre le questionnement en deçà et au delà, par exemple de 3 à 18 ans.

encore les services déconcentrés de divers ministères (dans le champ de la cohésion sociale, de l'emploi, de la justice...) et, bien sûr, les parents ou le jeune lui-même. Ainsi, les choix les plus fondamentaux (scolariser, ou non, un enfant, installer, ou non, un dispositif d'enseignement, coopérer, ou non, avec un établissement de droit commun) résultent de la décision d'au moins six acteurs :

- **la MDPH**, à travers la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui assume, depuis 2005, la responsabilité la plus déterminante. Il lui appartient en effet de décider à la fois :
  - de l'orientation vers l'établissement médico-social, avec pour conséquence l'interruption (ou la nécessaire adaptation) des modalités de scolarisation antérieures ;
  - du projet de formation du jeune accueilli dans une structure spécialisée (y compris hospitalière), projet traduit par un PPS qui s'impose à tous les autres acteurs ;
- **l'établissement**, premier opérateur des décisions qui, avec en arrière plan **l'organisme gestionnaire** (public ou associatif), a la responsabilité de la mise en œuvre de l'orientation et du projet global du jeune qui lui est confié (PPA ou PIA), projet intégrant le PPS. Il lui appartient de passer les conventions nécessaires pour réaliser le projet de formation : convention cadre avec l'éducation nationale et l'ARS afin d'installer une unité d'enseignement, avec des établissements de droit commun, avec les collectivités locales pour les modalités particulières liées à tel ou tel projet) ;
- **l'agence régionale de santé** qui doit prévoir les capacités d'accueil et les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des orientations en intégrant les contraintes liés aux projets de formation des jeunes (par exemple pour les équipements) ; aucune unité d'enseignement ne peut être installée sans son accord formalisé par sa signature des conventions constitutives ;
- **les parents, et le jeune lui même**, qui ont acquis le droit de formuler un « projet de vie », d'approuver ou de désapprouver les propositions de décision de la CDAPH, de choisir un établissement correspondant à l'orientation décidée, d'inscrire ou de ne pas inscrire l'élève dans un établissement scolaire de référence ;
- **les communes, départements et régions**, sans lesquels aucun projet inclusif ne peut être conduit dans leurs champs de compétence et qui ont toute latitude pour aller de l'avant et prendre l'initiative, par exemple, de l'accueil d'une unité d'enseignement, voire d'un établissement médico-social, à l'intérieur d'une école, d'un collège ou d'un lycée ; d'une certaine manière, il ne peut y avoir d'inclusion sans leur implication ;
- **les services déconcentrés de l'éducation nationale**, qui ont pour mission de mettre en œuvre les PPS et d'implanter, à cette fin, les moyens humains nécessaires, d'abord dans les écoles et établissements ordinaires, mais aussi par convention dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, pour constituer des unités d'enseignement (**en fonction des PPS**).

Ce partage des responsabilités a au moins deux conséquences qui constituent des obstacles majeurs à une application fluide des textes : la première résulte de **la complexité même de la chaîne décisionnaire**. Par exemple, l'installation d'une classe externalisée dans un collège suppose, au

moins, deux conventions, deux passages en conseil d'administration et des actes impliquant au total six ou sept signatures (conseil général, ARS, DASEN ou recteur, principal de collège, directeur de l'établissement médico-social, responsable de l'organisme gestionnaire, etc.), sans parler de l'accord des parents, de la conformité avec les PPS, ... Une « inclusion individuelle » dans une école nécessitera presque autant d'avis et de signatures (CDAPH, parents, directeur d'école, directeur de l'ESMS, maire de la commune...) et la convergence de multiples professionnels depuis l'équipe d'évaluation de la MDPH jusqu'au conseil des maîtres de l'école en passant par l'ensemble des personnels concernés de l'ESMS ou l'enseignant-référent du secteur, et même l'IEN-ASH si une régulation s'avère nécessaire.

La seconde conséquence est **la position singulière de l'éducation nationale dans le secteur médico-social ou sanitaire**, par rapport à sa responsabilité générale sur l'enseignement (et sur son contrôle) :

- les établissements médico-sociaux ou, bien sûr, hospitaliers, **ne sont pas des établissements « scolaires »**. L'unité d'enseignement est une unité ou un service parmi les autres, et parfois périphérique, par rapport à des structures dont la raison d'être est souvent le soin. La présence même de cette unité est facultative et résulte d'un accord conventionnel. Le nombre d'enseignants, leur statut, le volume même de l'activité ou le lieu de son implantation sont soumis à cet accord cosigné ;
- de plus, mais comme à l'égard de tous les élèves bénéficiaires de PPS, **elle n'a pas la main sur les décisions** qui vont infléchir le devenir de l'élève : retirer un élève du milieu ordinaire, le scolariser ou non, limiter son temps de scolarisation, proposer une orientation vers la voie professionnelle, construire un parcours de formation partagé entre un enseignement interne et une classe de droit commun, etc. On peut considérer que, depuis la loi du 11 février 2005, l'éducation nationale a perdu vis-à-vis des élèves handicapés la « maîtrise d'ouvrage » et se trouve dans une situation où, par exemple, elle ne peut imposer la scolarisation d'un élève ou son inclusion dans une école ordinaire<sup>216</sup> ;
- **la mise en œuvre du PPS**, elle-même, **ne peut être que partagée**, puisqu'elle doit s'insérer dans un projet plus large d'accompagnement de la personne (PPA ou PIA) et/ou se soumettre aux contraintes du thérapeutique. De même, une part importante du champ de responsabilité ordinaire d'une école, d'un lycée ou d'un collège lui échappe : la vie scolaire, les temps périphériques, la discipline, la communication interne et externe et, souvent, l'éducation physique et sportive, les activités d'expression ou encore l'enseignement professionnel. Dans un collège ou un lycée, la responsabilité « éducative » de l'établissement peut s'exercer au delà d'une trentaine d'heures hebdomadaires et se prolonger à travers des temps d'étude, d'accompagnement éducatif, d'ateliers ou de pratiques associatives alors que celle de l'unité d'enseignement en ESMS peut se réduire à quelques heures réparties sur une ou deux journées. Le rôle des enseignants référents dans le suivi du PPS devenu PPA ou PIA reste, dans la réalité, marginal, les ESMS les invitant (au mieux) à participer à leurs synthèses ;

---

<sup>216</sup> L'esprit de la loi était, bien sûr, de favoriser l'inclusion en milieu ordinaire en transférant aux CDAPH le pouvoir construire les parcours de scolarisation en école, collège ou lycée ; en revanche, dans le cas des orientations en ESMS, on voit bien que ce transfert de compétence peut aller dans le sens contraire et conduire à limiter les initiatives inclusives ou simplement l'exigence de scolarisation.

- enfin, la mission de contrôle et d'évaluation de l'éducation nationale ne porte que sur le service des personnels de ce ministère (ou rémunérés par celui-ci sur contrat simple ou d'association) et sur la mise en œuvre du projet de l'unité d'enseignement.

#### 6.4. Un obstacle majeur : l'absence de projet personnalisé de scolarisation

S'il est incontestable que la multiplicité des acteurs et la dispersion des responsabilités au niveau local pèse lourdement sur la cohérence du dispositif scolaire et sur son évolution dans les établissements médico-sociaux et sanitaires, l'absence de projet personnalisé de scolarisation constatée tout au long des visites réalisées est sans doute le premier obstacle au changement voulu par le législateur et traduit par les textes réglementaires de 2009. Il faut sans doute entendre qu'au cours de la dernière décennie les MDPH ont été mobilisées par les urgences, par les tâches d'organisation et par la masse des décisions qui leur incombent. Elles ne disposent, encore aujourd'hui, ni des délais ni des ressources humaines nécessaires à la formulation d'un véritable projet d'apprentissage, détaillé et fondé sur une approche pédagogique des besoins de chaque enfant ou adolescent concerné. En revanche, on pourrait attendre, pour le moins, la production d'un « cahier des charges » imposant quelques exigences de base en fonction d'objectifs posés à moyen terme pour construire le parcours de formation du jeune concerné : scolariser ou non, à temps complet ou non, en milieu ordinaire ou à temps partagé, avec un accompagnement spécifique ou sans accompagnement... Or, dans la quasi-totalité des cas, cette prescription fondamentale manque<sup>217</sup>. La CDAPH oriente vers des établissements médico-sociaux mais n'ajoute pas d'exigences sur les modalités de scolarisation à installer, pas même sur une poursuite de la scolarité engagée.

Ce manque a deux conséquences : d'abord, on laisse à l'établissement et, le cas échéant, à l'unité d'enseignement le soin de décider du parcours de formation du jeune concerné ; ce qui veut dire que le jeune ne sera pas scolarisé en fonction d'un projet décidé en instance externe, mais en fonction des moyens et des contraintes de l'établissement, de ses valeurs, de ses « a priori » (par exemple, de sa position par rapport au principe d'inclusion), de son projet préexistant, etc.

La seconde conséquence est structurelle : l'existence d'une unité d'enseignement, le contenu de la convention qui la constitue et qui à travers une annexe annuelle en définit les moyens ou encore le projet de cette unité devraient dépendre directement des PPS des élèves accueillis : ainsi, si les PPS prescrivent massivement des scolarisations en milieu ordinaire et à plein temps, l'implantation, les moyens et le fonctionnement de l'unité d'enseignement devraient être totalement différents d'une situation où les PPS imposent un nombre d'heures plus réduit, mais majoritairement internes... **S'il n'y a pas de PPS, donc d'exigence externe, on en reste à une négociation bilatérale**, essentiellement sur les emplois d'enseignant, entre une association gestionnaire (ou autre institution) et les services départementaux de l'éducation nationale sans incitation à construire des parcours pour les jeunes. Le *statu quo* relevé à la fois dans les indicateurs nationaux et dans les départements visités est la résultante d'un accord implicite entre des organismes gestionnaires qui sont attentifs à, au moins, conserver les postes d'enseignants dont ils disposent et la nécessité pour l'administration académique de gérer rigoureusement ses dotations.

Dans ce contexte, le développement de démarches inclusives individuelles ou collectives dépend plus de l'initiative de tel ou tel partenaire que des parcours construits par les équipes pluridisciplinaires des MDPH et de la volonté des instances décisionnaires de préparer l'inclusion des jeunes dans le

---

<sup>217</sup> Elle n'a été évoquée qu'au cours d'une seule visite.

monde adulte. La mission a rencontré des associations ou des services hospitaliers qui souhaitent une évolution profonde des fonctionnements, des académies ou des départements dans lesquels l'ARS, l'éducation nationale et certaines collectivités se rapprochent pour engager des projets communs, tels que l'inclusion physique d'un IME dans un collège ou une école ; mais ces démarches restent isolées et ne sont pas assises sur le fonctionnement ordinaire d'une orientation fondée sur les besoins des élèves.

Enfin, l'absence de PPS, donc de référence à un cahier des charges initial, rend vaine toute tentative d'évaluation. Si la vocation d'une unité d'enseignement est de mettre en œuvre tout dispositif d'enseignement nécessaire à la réalisation du PPS de chaque élève, comment vérifier la conformité à un projet qui n'existe pas et l'atteinte d'objectifs non définis ?

Il apparaît enfin à la mission qu'en faisant reposer sur un outil unique le projet personnalisé de scolarisation, l'organisation de la scolarité des élèves en situation de handicap sans prévoir le contrôle de la mise en place effective de cet outil, le législateur s'est privé des moyens réels de leur garantir un parcours conforme à leurs besoins et privilégiant, autant que possible, la scolarisation en milieu ordinaire. Au niveau national, la mission n'a pu que constater que la CNSA n'était pas en mesure de jouer son rôle de régulateur sur ce point, dans un champ où elle ne semble disposer ni de l'information ni du pouvoir nécessaire pour infléchir le pilotage de l'activité des MDPH.

**La publication du décret du 11 décembre 2014<sup>218</sup>**, en imposant une formalisation du PPS et la justification des dispenses d'enseignement, peut fournir l'occasion d'une réelle impulsion pour faire évoluer cette situation, s'il est accompagné de circulaires très incitatives pour en assurer la mise en œuvre par les administrations concernées.

## **6.5. Quelle volonté de changement ?**

La faible implication des institutions publiques, à tous les niveaux (ministères concernés, agences régionales de santé, maison départementales des personnes handicapées, caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie ou encore collectivités locales), traduit, de manière évidente, le morcellement de la responsabilité et l'absence de véritable chef de file dans la construction du dispositif scolaire attaché aux établissements médico-sociaux ou sanitaires. Cependant, elle reflète aussi la faible attente de l'ensemble des acteurs. Si, parmi les interlocuteurs rencontrés, tous affirment leur attachement à la loi du 11 février 2005 et aux principes inclusifs qui la fondent, peu nombreux sont ceux qui considèrent qu'elle impose une évolution radicale des modalités de scolarisation dans les établissements médico-sociaux ou sanitaires. Les inspections générales n'ont pas perçu de propos revendicatifs sur ce point, à l'exception sans doute du champ de l'autisme où doit être prise en compte une demande spécifique de développement de la scolarisation. Hors de cette exception, la mise en place des unités d'enseignement n'est pas ressentie ni comprise comme le vecteur d'une transformation majeure.

---

<sup>218</sup> Décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014 publié au journal officiel n° O287 du 12 décembre 2014, page 20810. Ce texte, publié alors que le présent rapport était achevé, fournit un cadre dans lequel peut s'inscrire l'ensemble des préconisations formulées au terme de ce travail.

Les parents rencontrés<sup>219</sup>, tout en étant conscients de l'enjeu de la formation mise en place pour leurs enfants, n'apparaissent pas désireux d'un changement volontariste de l'existant. Comme cela a été relevé *supra*, beaucoup ont connu une relation difficile, voire douloureuse, avec l'école ordinaire. La scolarisation à l'intérieur de l'établissement est souvent vécue comme un mieux être dans un milieu protecteur où l'enfant est considéré et valorisé. Rares sont les familles qui n'y voient qu'une « relégation ». Si certaines souhaitent plus de temps de classe et un enseignement plus ambitieux<sup>220</sup>, majoritairement, elles ne sollicitent pas une plus grande inclusion scolaire. Elles redoutent le retour au milieu ordinaire même si, a posteriori et une fois rassurées, elles adhèrent aux expériences engagées et reconnaissent le bénéfice d'une externalisation accompagnée.

Le sentiment le plus largement partagé par les familles est l'appréhension, sinon l'angoisse, éprouvée lorsque l'échéance de la « sortie » approche. Si certains ne souhaitent pas en parler et préfèrent évoquer leur satisfaction présente et leur confiance dans l'établissement, d'autres expriment leur désarroi face à un avenir incertain. La plupart espèrent qu'une autre institution, un autre ESMS prendra le relais. Ils savent que les places sont limitées et que l'accès à l'ESAT ou à une entreprise adaptée ne va pas de soi. Tous redoutent un retour brutal au milieu ordinaire sans assistance.

Si des différences importantes, là encore, ont pu être observées en fonction du type d'établissement, de la gravité du handicap ou de l'âge de l'enfant<sup>221</sup>, dans tous les cas, l'attente d'une continuité de l'accompagnement l'emporte sur toute autre demande. Les notions de parcours, de projet personnalisé et même d'inclusion ne sont que rarement présentes dans des témoignages individuels relatant les obstacles rencontrés dans des trajets de vie, souvent, difficiles. La complexité du système et des orientations ne permet pas toujours aux parents de prendre conscience de leurs droits et de ceux de leurs enfants tels que voulus par le législateur, ni de mesurer toutes les conséquences des décisions prises sans que leur faculté de choix ait pu s'exercer avec toute l'information nécessaire.

Les inspecteurs ont relevé un écart sensible avec le propos des parents rencontrés au cours d'enquêtes antérieures<sup>222</sup>, parents d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire : s'ils exprimaient également le besoin d'un accompagnement et leur crainte de l'avenir, leur première exigence, fortement affirmée, était celle d'une scolarisation en milieu ordinaire poursuivie le plus longtemps possible.

Les associations qui ont pu être entendues, tant au niveau local qu'à celui des fédérations nationales, se rejoignent autour des valeurs fondamentales et des grands principes portés par la loi de 2005, qu'il s'agisse des droits de la personne handicapée, de la finalité inclusive de l'éducation, de la personnalisation des parcours ou encore de la nécessaire diversification des solutions apportées, des services et des lieux de vie. Par delà cette relative communauté de pensée et de référence, la mission

---

<sup>219</sup> Les inspecteurs généraux ont souhaité rencontrer systématiquement des parents au cours de leurs déplacements. En général, ce sont des représentants au conseil de la vie sociale qui ont accepté de se libérer pour apporter leur témoignage.

<sup>220</sup> Seuls, quelques parents se sont exprimés en ce sens. En majorité, ils ont plutôt souhaité témoigner de leur satisfaction et de leur adhésion aux choix de l'établissement.

<sup>221</sup> Il est évident que la famille d'un enfant de cinq ou six ans soigné en service hospitalier n'a pas la même vision de l'avenir que les parents d'un jeune homme ou d'une jeune fille accueillis dans un IMPro après quatre ou cinq ans passés dans des structures spécialisées. De même, là encore, la situation des ITEP est sensiblement différente... Toutefois, dans presque tous les cas, l'inquiétude face à « l'après » et l'attente d'une aide et d'un accompagnement l'emporte sur la demande d'inclusion...

<sup>222</sup> Rapports déjà cités sur la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale (2012) ou sur les CLIS (2010/2011).

a perçu des différences sensibles qui ne tiennent pas qu'à la typologie des établissements ou des situations de handicap et qui reflètent aussi la diversité des origines, des histoires, des statuts, voire des présupposés théoriques ou sociopolitiques. Par exemple, entre des associations d'initiative parentale, des fédérations laïques proches de l'éducation nationale, des institutions d'origine caritative ou à vocation sociale, ou encore portées ou soutenues par des collectivités, l'approche du « scolaire » et les relations avec les établissements ordinaires peuvent varier considérablement. Toutes ont engagé une réflexion sur les conséquences de la loi de 2005 et sur leur évolution dans ce contexte, mais des divergences apparaissent autour de deux axes : le premier c'est la place du service scolaire à l'intérieur de l'établissement et du temps scolaire dans l'emploi du temps du jeune. Certaines associations considèrent que la vie de « l'élève » doit s'organiser autour d'une semaine de classe et que l'enseignement passe avant les contraintes des autres services. Elles attendent de l'éducation nationale plus de moyens et souhaitent même parfois le maintien de directeurs issus de ce ministère. D'autres, à l'inverse, admettent de longues suspensions de toute forme de scolarité ou sa réduction à un nombre infime d'heures effectives et posent, de manière plus ou moins explicite, la priorité du thérapeutique et de l'éducatif sur l'enseignement. La plupart se distribuent, bien sûr, entre ces deux extrêmes, voire sont traversées par un débat interne polarisé autour des deux points de vue.

Le second axe est celui du degré d'inclusion souhaité. Certains responsables associatifs (minoritaires, parmi les interlocuteurs rencontrés) expriment leur volonté de transformer les structures en SESSAD ou de tendre vers des solutions souples dans le sens de l'expérimentation conduite dans certains ITEP ; d'autres, mais, là encore, en petit nombre, affichent leur intérêt pour des projets de classes externalisées (beaucoup plus rarement pour une externalisation de l'ensemble de l'unité d'enseignement) ; la majorité, sans être totalement fermée à cette perspective, considère l'externalisation collective ou même l'inclusion individuelle comme difficile et peu adaptée à la situation et aux besoins du public qu'ils accueillent. La position la plus répandue est sans doute la double conviction de la nécessité de poursuivre l'objectif d'inclusion tout en préservant la possibilité d'un accueil en structure médico-sociale et la possibilité d'une scolarisation interne pour une grande partie des jeunes accueillies.

L'ensemble des entretiens conduits par la mission laisse penser que les partenaires associatifs, pour la plupart, n'ont pas perçu, à travers les textes de 2009, la nécessité d'un changement profond des modalités de scolarisation des jeunes qu'ils accompagnent. S'il faut entendre certaines réticences, il est probable que l'insuffisance de la communication ou l'absence de réflexion collective et de mobilisation sur certains points clefs (l'importance du PPS, la souplesse des parcours, la formation professionnelle, le contenu des coopérations...) n'ont pas favorisé leur engagement dans cette réforme.

## **7. Vers des conclusions...**

À travers la création des unités d'enseignement était attendu un changement profond des dispositifs « scolaires » préexistants : il ne s'agit plus, ou plus seulement, de « scolariser » les jeunes accueillis dans une école interne pour les faire bénéficier d'un enseignement élémentaire, mais bien de concevoir et de réaliser pour chacun un projet de formation dont la finalité est la plus grande autonomie possible dans sa vie d'adulte et sa participation à la société.

Ce changement attendu a-t-il été accompli ? À ce stade, la réponse ne peut qu'être négative.

Formellement d'abord, la signature des conventions constitutives a beaucoup tardé et est loin d'être achevée. Elle n'a modifié ni le volume des moyens attribués ni même leur répartition, si ce n'est à travers la suppression de quelques postes, en particulier de direction.

Le fondement même des unités d'enseignement n'est pas en place : les jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux et de santé arrivent sans « projet personnalisé de scolarisation » et, dans la grande majorité des cas, sans même une prescription faisant état de leurs besoins de formation, ne serait-ce que pour leur assurer la continuité du parcours engagé. Il est donc illusoire d'attendre que le projet de l'unité d'enseignement soit « élaboré à partir des besoins des élèves dans le domaine scolaire, définis sur la base de leurs projets personnalisés de scolarisation »<sup>223</sup>.

Il est difficile de dire que la formation mise en place répond aux besoins de l'élève, alors qu'on relève qu'un nombre important de jeunes (10 000 ? 20 000 ? 30 000 ?) ne bénéficient d'aucune forme de scolarisation et que le volume d'enseignement dispensé aux autres est souvent très faible. Peut-on parler de parcours de formation quand l'entrée dans l'établissement spécialisé s'accompagne, dans la majorité des cas observés, d'une réduction sensible du temps « de classe » ? Si on peut comprendre que les contraintes thérapeutiques ou la gravité du handicap limitent les possibilités de scolarisation, il est plus difficile d'admettre que la décision de scolariser ou de ne pas scolariser, de réduire le temps de formation ou d'assurer un temps complet ne résulte pas d'une décision de la CDAPH fondée sur une évaluation par une équipe pluridisciplinaire, comme la loi le prévoit.

L'activité scolaire elle-même reste conçue, quel que soit le type d'établissement, sur le modèle antérieur d'un enseignement primaire fondé sur une répartition hebdomadaire stable offrant à de petits groupes d'élèves (d'un à six) des temps de classe variant d'une ou deux heures à une vingtaine d'heures avec des contenus centrés sur le français et le « calcul ». L'implication des professeurs n'est pas en cause. L'attention portée à chaque élève est réelle et la volonté d'intégrer l'enseignement dans un travail d'équipe, ouvert aux autres professionnels, a été constatée dans la plupart des sites visités. En revanche, les jeunes concernés, à l'exception de ceux qui sont porteurs de troubles « physiques » et d'une partie du public des ITEP, ne sont pas engagés dans un parcours de formation poursuivi jusqu'à la sortie et mis en œuvre par l'unité d'enseignement. Les temps de scolarisation se réduisent progressivement à partir de 12 ou 14 ans et la responsabilité de l'équipe pédagogique, limitée aux apprentissages fondamentaux, ne s'étend qu'exceptionnellement à la formation professionnelle.

Si l'encadrement des établissements et les équipes enseignantes affichent une volonté inclusive, le nombre des scolarités partagées n'a que faiblement augmenté. De même, les implantations d'unités d'enseignement ou, pour le moins, de classes dans des établissements ordinaires restent très minoritaires et, pour la plupart, résultent de démarches antérieures à 2009 et même à 2005.

Le dispositif d'enseignement n'a que peu évolué au cours des dernières décennies. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat : la multiplicité des acteurs concernés et l'éparpillement des responsabilités au niveau local, l'absence de données fiables et actualisées, y compris sur l'effectif à prendre en compte, le défaut de pilotage qui en résulte, l'insuffisance de l'impulsion nationale et de la communication autour du changement attendu.

---

<sup>223</sup> Arrêté du 2 avril 2009 – article 2.



Si, cinq ans après leur publication, les textes de 2009 ne sont pas appliqués, ou ne le sont qu'en partie, ce n'est pas seulement du fait d'obstacles techniques, liés, par exemple, à la définition de l'horaire des enseignants ou à la coordination des unités d'enseignement. Les difficultés formelles, évoquées par la plupart des acteurs, ont trop souvent pris le pas sur le sens et l'enjeu d'une réforme qui nécessitait mobilisation, concertation et coopération.

## Préconisations

Les constats réalisés au cours de la mission ont mis en évidence, d'une part, le faible impact des textes de 2005 et de 2009 sur l'évolution des dispositifs d'enseignement existants dans les structures sanitaires et médico-sociales, d'autre part, l'insuffisance de la scolarisation des jeunes qui y sont accueillis. Cette situation appelle **une mobilisation forte de l'ensemble des acteurs** et, en particulier, de l'éducation nationale dont la responsabilité sur la formation de tous les enfants et adolescents, à l'intérieur d'une école inclusive, a été affirmée par la loi du 8 juillet 2013. Cependant, la mise en place effective d'unités d'enseignement, répondant aux besoins de chacun, avec l'ambition de le conduire au plus haut niveau d'inclusion possible, suppose aussi que les MDPH assument pleinement la mission que leur a confiée le législateur, en formulant, pour chaque jeune handicapé orienté vers le médico-social ou accueilli dans un établissement sanitaire, **un véritable projet de scolarisation**.

Si une impulsion forte de l'institution et la réalisation de PPS, qui aujourd'hui font encore défaut, apparaissent comme les premières conditions du changement attendu, celui-ci impose aussi d'agir dans trois directions :

- ajuster **les ressources humaines** aux besoins de formation des élèves accueillis ;
- faire des **conventions constitutives** des unités d'enseignements des leviers pour en transformer le fonctionnement ;
- favoriser **un pilotage efficace** par l'installation d'indicateurs pertinents et une évaluation effective des unités d'enseignement.

Enfin, il convient de prendre en compte la très grande diversité des situations des jeunes concernés et des établissements qui les accueillent. En particulier, **le statut même des établissements hospitaliers** ou **la spécificité du public accueilli dans les ITEP** requièrent des approches différentes.

### ▪ ***Axe 1. Mobiliser l'ensemble des acteurs pour rendre effective la mise en place des unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et sanitaires.***

1a. Appuyer cette mobilisation sur **une circulaire interministérielle forte**, rappelant le changement attendu à travers les textes de 2005 et 2009, précisant le rôle de chaque acteur et fixant des échéances strictes pour l'achèvement de cette démarche.

1b. Réaffirmer **la responsabilité de l'éducation nationale** sur la formation de tous les élèves en situation de handicap et sur leur inclusion dans le système éducatif. Confier aux recteurs le pilotage de la transformation attendue de l'actuel dispositif de scolarisation.

1c. Construire, dans chaque académie, en lien étroit avec les ARS et en concertation avec l'ensemble des acteurs impliqués, **un schéma académique de formation des jeunes accueillis en milieu médico-social ou hospitalier** autour de trois orientations :

- **assurer la scolarisation de tous** en prenant en compte la diversité des situations et des degrés de handicap ;
- transférer progressivement **les unités d'enseignement à l'intérieur d'écoles ou d'établissements ordinaires pour développer, de manière plus volontariste les classes externalisées ;**
- organiser les unités d'enseignement de manière à ce qu'elles puissent **accompagner les jeunes, dans leur projet de formation**, jusqu'à leur entrée dans le monde adulte.

1d. **Mobiliser l'ensemble des acteurs** à travers des réunions académiques et/ou départementales.

- **Axe 2. Faire en sorte que chaque jeune handicapé accueilli dans une structure médico-sociale ou hospitalière bénéficie d'un véritable projet personnalisé de scolarisation.**

2a. S'assurer **que toute décision d'orientation vers le médico-social soit assortie d'un PPS**, et, pour le moins d'une indication claire quant aux exigences de scolarisation. Le cas échéant, expliciter ce qui rend impossible le maintien de la scolarisation en milieu ordinaire.

2b. Afin de faciliter la mise en œuvre de cette obligation et en application du décret du 11 décembre 2014, **repenser la forme et le contenu du « projet personnalisé de scolarisation »** en recentrant celui-ci sur sa fonction de cahier des charges exprimant les exigences formulées les CDAPH pour la scolarisation de chaque jeune concerné (volume de formation, appui sur le milieu ordinaire, contraintes à prendre en compte, perspectives à moyen terme...) en donnant aux unités d'enseignement la tâche d'élaborer les projets individuels mettant en œuvre ces exigences.

2c. Rendre obligatoire **la présence d'un enseignant référent** dans l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation lorsqu'elle doit examiner la situation d'un jeune susceptible d'être orienté en établissement médico-social.

2d. **Indiquer un temps de scolarité minimum dans tous les PPS.** Pour les enfants (notamment polyhandicapés), en situation de handicap très lourd, « co-construire » (éducateurs et enseignants) un projet spécifique autour de quelques apprentissages premiers. Dans le cadre du décret du 11 décembre 2014, n'accepter de dispense de scolarisation que si elle est explicitement prévue et motivée dans la décision de la CDAPH et prévoir les conditions de sa révision périodique.

2e. **Assurer un bilan effectif des projets personnalisés de scolarisation** de tous les jeunes accueillis dans les ESMS. Pour cela, exiger la réunion, au moins une fois par an, **des équipes de suivi de la scolarisation** sous la responsabilité des **enseignants référents**.

- **Axe 3. Ajuster les ressources humaines mises à la disposition des unités d'enseignement aux besoins des élèves.**

3a. **Fixer aux académies des objectifs de réorganisation de l'affectation des emplois d'enseignants** en ESMS, pour les transformer en grande majorité :

- - en **classes externalisées ;**
- - en **CLIS** ou en **ULIS** dédiées aux enfants des établissements concernés ;

- en emplois de **SESSAD**.

3b. Sur la base de ces objectifs et du schéma académique (1c), après une large concertation avec les organismes gestionnaires, **mettre à plat et réviser la carte des emplois d'enseignants en ESMS**. Se doter d'indicateurs de référence pour asseoir cette répartition sur des repères incontestables, qui font aujourd'hui défaut.

3c. Organiser chaque année **une concertation entre les autorités académiques et l'ARS** afin de prévoir les évolutions des structures et des financements à engager. Anticiper les évolutions nécessaires de l'offre médico-sociale et sanitaire.

3d. Implanter dans les équipes intervenant auprès d'adolescents ou de jeunes adultes des emplois (ou des heures de service) **d'enseignants du second degré** (PLP, professeur de lycée ou de collège), entre autres, pour les formations à caractère professionnel.

3e. Poursuivre le retrait progressif des personnels de l'éducation recrutés sur des **emplois de direction d'établissement médico-social**.

3f. **Clarifier la situation réglementaire et les conditions de rétribution des professeurs** exerçant leurs fonctions dans les unités d'enseignement :

- en précisant les tâches comprises dans le cadre du service statutaire ;
- en définissant celles qui peuvent donner lieu à une rétribution supplémentaire, de la part de l'éducation nationale ou de la part des organismes gestionnaires dans le cadre des conventions ;
- en clarifiant les responsabilités, le rôle et, le cas échéant, les modalités d'une rétribution ou d'une décharge spécifique.

3g. Développer la formation des personnels exerçant leurs fonctions dans les unités d'enseignement : mettre en place **un stage de prise de fonction** pour tous les enseignants nommés pour la première fois en ESMS, proposer des stages d'équipe pour susciter une réflexion étayée sur le fonctionnement de l'unité d'enseignement, envisager une **formation spécifique des coordonnateurs**, favoriser la participation des enseignants à **des formations communes avec les autres professionnels** de l'établissement. Constituer des réseaux académiques d'établissement permettant les échanges de bonnes pratiques inclusives.

3h. **Préparer les enseignants des classes ordinaires** à scolariser des élèves accueillis dans les ESMS en renforçant leur formation initiale dans le champ du handicap. Mettre en place des stages d'école ou d'établissement pour les équipes enseignantes des sites où sont implantées des unités d'enseignement ou des classes externalisées. Prévoir des modules de formation sur des situations spécifiques telles que celles des jeunes autistes.

▪ **Axe 4. Faire des conventions constitutives des unités d'enseignement des leviers pour en transformer le fonctionnement.**

4a. Préciser sur les conventions les évolutions à engager pour **prioriser la scolarisation en milieu ordinaire** en redéployant les emplois affectés par l'éducation nationale pour externaliser des classes et, chaque fois que possible, créer des CLIS ou des ULIS.

4b. Définir effectivement autour de chaque établissement **un réseau d'établissements de coopération** en relation avec les IEN du premier degré et les chefs d'établissement de proximité.

4c. **Poser la scolarité comme obligatoire** dans le texte même des conventions en inscrivant un temps minimum et une durée moyenne de scolarisation hebdomadaire pour l'ensemble des élèves de l'unité d'enseignement.

4d. Ajouter dans la convention **des indicateurs de fonctionnement** (durée effective de scolarisation, temps d'inclusion dans les écoles et établissements) afin d'installer des repères destinés à faciliter l'évaluation du projet et la révision de la convention.

4e. Préciser clairement, dans la convention, d'une part, **les tâches des personnels enseignants** donnant lieu à rétribution par l'éducation nationale, d'autre part, les services effectifs pouvant justifier d'indemnités de sujétions spéciales financées sur le budget de l'établissement.

4f. **Associer l'ARS** aux visites d'évaluation de la mise en œuvre des conventions.

4g. **Réactualiser les données par un avenant annuel** et veiller à la révision effective de la convention sur la base de l'évaluation du projet de l'unité d'enseignement, tous les trois ans.

▪ ***Axe 5. Asseoir un pilotage efficace sur l'installation d'indicateurs pertinents et l'évaluation effective des unités d'enseignement***

5a. **Définir au niveau national un tableau de bord des unités d'enseignement** en croisant des données produites par les administrations concernées (DGESCO, DEPP, DREES, CNSA) sur les jeunes accueillis, leurs modalités de formation, les emplois engagés, quelle qu'en soit l'origine, les personnels et les parcours. Étudier la possibilité d'une enquête annuelle unique.

5b. À partir du tableau de bord national, **installer des indicateurs de fonctionnement** suivis annuellement et déclinables à chaque niveau (établissement, département, région/académie). Parmi ceux-ci poser des indicateurs de résultats permettant de rendre compte de l'efficacité et de l'efficience du dispositif.

5c. Utiliser ces indicateurs **pour le suivi des conventions** et parmi les éléments susceptibles d'asseoir l'évaluation des unités d'enseignement.

5d. Procéder effectivement, tous les trois ans, **à l'évaluation des unités d'enseignement**, sous la responsabilité de l'IEN-ASH.

5e. **Prendre en compte les profils autistiques dans les données utilisées et publiées** par l'éducation nationale. Il s'agit à la fois de mieux identifier les besoins spécifiques de ces élèves, d'en tirer les conséquences pour l'organisation des scolarités et d'évaluer les progrès de leur scolarisation.

5f. Inscrire la conception d'un tableau de bord national dans la perspective d'une réflexion plus large visant à **assurer la production de données fiables sur la population d'âge scolaire en situation de handicap**. Soutenir, à tous les niveaux, la démarche entreprise par la DEPP pour installer le suivi d'un panel d'élèves handicapés.

▪ **Axe 6. Favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents, continus et inclusifs, poursuivis jusqu'à la sortie des établissements**

6a. **Clarifier les critères d'orientation** et rendre systématiques des décisions précisément motivées vers les établissements médico-sociaux, pour des élèves engagés dans des scolarités en milieu ordinaire et susceptibles de poursuivre celles-ci en CLIS ou en ULIS. Exiger la présence effective, dans les équipes pluridisciplinaires d'évaluation d'un enseignant référent et d'un médecin spécialiste de la pathologie concernée.

6b. Installer dans chaque département **une commission d'affectation dans les ESMS chargée de gérer les listes d'attente**, en concertation avec les établissements ; accompagner les familles dans cette phase difficile de recherche et d'attente.

6c. Favoriser systématiquement la continuité des parcours à travers **la transmission d'informations par l'école d'origine** (en particulier s'il s'agit de plusieurs années de scolarisation). Maintenir, après une période d'accueil, un volume horaire comparable. Dans les MDPH, en faire un élément central des PPS.

6d. S'appuyer sur une coopération étroite avec un réseau d'établissement pour mettre en place systématiquement **des scolarités partagées avec le milieu ordinaire**.

6e. **Porter une attention particulière aux parcours des jeunes autistes** en développant l'implantation, engagée cette année, d'unités d'enseignement en maternelle et en prolongeant cette démarche en élémentaire et en collège.

6f. **Augmenter, de manière significative le nombre des ULIS en lycée professionnel**, en favorisant une coopération avec les établissements médico-sociaux et/ou les SESSAD et en diversifiant les projets et les modalités d'inclusion.

6g. Offrir, autant que possible et même à temps partiel, **une formation professionnelle appuyée sur les LP** (avec ou sans ULIS) avec les éducateurs techniques comme soutien.

6h. Favoriser dans toutes les académies **le passage du certificat de formation générale (CFG)** dans les établissements médico-sociaux par une démarche incitative. Valoriser l'obtention de ce diplôme.

6i. Mettre en place **une attestation (définie nationalement) validant des acquis correspondant au premier palier du socle commun**.

6j. Exploiter et diffuser les initiatives prises dans plusieurs académies pour constituer un outil commun de validation et d'attestation des compétences générales et professionnelles des jeunes accueillis en ESMS, en particulier **la constitution d'un « portefeuille de compétences »**.

6k. Installer **un suivi à plus long terme des élèves sortis de l'institution en valorisant son utilité auprès des familles**. Analyser en équipe les parcours. En faire un élément d'évaluation de des actions conduites en particulier pour ce qui concerne la formation.

▪ **Axe 7. Poursuivre résolument l'évolution des ITEP vers des dispositifs souples et inclusifs**

7a. Suivre, évaluer et exploiter **l'expérimentation conduite dans les ITEP**. Impliquer l'éducation nationale dans cette démarche qui engage fortement les unités des unités d'enseignement et peut nourrir la réflexion sur la réponse apportée à d'autres situations de handicap.

7b. Développer **les coopérations entre les ITEP et les collègues**. Favoriser des échanges de services en construisant des « accords éducatifs » visant à anticiper les exclusions.

7c. Engager une étude sur la surreprésentation masculine dans les ITEP, sur les facteurs qui permettent de l'expliquer et sur ses conséquences, à la fois, pour la vie des communautés de garçons que forment ces instituts et pour la situation des jeunes filles qu'elles soient accueillies dans les ITEP ou exclues de cette orientation.

▪ **Axe 8. Préciser le statut et le rôle des unités d'enseignement en milieu hospitalier**

8a. Engager **une étude spécifique sur la scolarisation des enfants hospitalisés** dépassant la distinction « handicapé » / « non handicapé ». Prendre en compte dans cette approche, la situation d'EREA intégrés dans des ensembles hospitaliers.

8b. **Donner à l'unité d'enseignement en milieu sanitaire une assise réglementaire** différente de celle des unités en établissement médico-social ; élaborer **une définition spécifique** aux établissements sanitaire, fondée sur la nécessité de répondre à la rupture provoquée par la maladie et par la situation d'hospitalisation ou de soins à domicile qui en résulte. Compléter cet arrêté ou ce décret par une circulaire précisant les missions et les principes de fonctionnement de ces unités (vers un texte unique et complet sur la scolarisation des jeunes éloignés de l'école en raison d'une maladie de longue durée).

8c. Procéder à **une enquête séparée de l'enquête 32 pour les établissements de santé**. Intégrer le recensement des jeunes handicapés qui y sont pris en charge, dans le cadre plus large d'une enquête visant à suivre et à piloter le service d'enseignement auprès des enfants et adolescents hospitalisés.

8d. **Assurer la continuité de l'enseignement** en établissant un emploi du temps fixe, préservé dans le cadre de l'organisation des soins.

## Mise en œuvre des préconisations

	Préconisations	Responsabilités
<b>AXE 1 : Mobiliser l'ensemble des acteurs</b>		
	<b>1a</b> Elaborer une circulaire interministérielle incitative	Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme
	<b>1b</b> Confier le pilotage aux recteurs	<u>MENESR / DGESCO</u>
	<b>1c</b> Construire un schéma académique de la formation des jeunes accueillis en ESMS	<u>Recteurs</u> en relation avec les ARS
	<b>1d</b> Mobiliser les acteurs dans chaque académie	<u>Recteurs</u> , DASEN
<b>AXE 2 : Faire en sorte que chaque jeune accueilli en ESMS bénéficie d'un PPS</b>		
	<b>2a</b> Accompagner toute décision d'orientation d'un PPS	<u>MDPH</u>
	<b>2b</b> Reconsidérer la forme et le contenu des PPS	<u>MENESR et MASSDF</u> en relation avec la CNSA
	<b>2c</b> Rendre obligatoire la présence d'un enseignant référent dans les EPE	MENESR et MASSDF <u>MDPH</u> en relation avec les <u>DASEN</u>
	<b>2d</b> Indiquer un temps minimum de scolarisation dans les PPS	<u>MDPH</u>
	<b>2e</b> Assurer un bilan effectif des PPS	<u>MDPH</u> en relation avec les <u>DASEN</u>
<b>AXE 3 : Ajuster les ressources humaines aux besoins des élèves</b>		
	<b>3a</b> Fixer aux académies des objectifs de réaffectation des emplois en ESMS	<u>DGESCO</u>
	<b>3b</b> Réviser la carte des emplois affectés en ESMS dans chaque académie	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>3c</b> Anticiper les évolutions de structures	<u>Recteurs et ARS</u>
	<b>3d</b> Affecter des enseignants issus du second degré dans les ESMS	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>3e</b> Poursuivre le retrait des directeurs issus de l'éducation nationale	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>3f</b> Clarifier la situation indemnitaire et réglementaire des professeurs	<u>DGESCO, DGRH</u>
	<b>3g</b> Développer la formation des enseignants concernés	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>3h</b> Préparer les enseignants des classes ordinaires à accueillir les élèves des ESMS	<u>Recteurs, DASEN</u>

<b>AXE 4 : Faire des conventions constitutives des unités d'enseignement des leviers pour en transformer le fonctionnement</b>		
	<b>4a</b> Préciser sur les conventions les évolutions à engager dans l'utilisation des emplois vers les établissements ordinaires	<u>Recteurs, DASEN et ARS</u> Etablissements et organismes gestionnaires
	<b>4b</b> Définir un réseau d'établissements de coopération autour de chaque ESMS	<u>Recteurs, DASEN</u> Etablissements et organismes gestionnaires
	<b>4c</b> Fixer un temps minimum de scolarisation	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>4d</b> Porter des indicateurs de fonctionnement dans les conventions	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>4e</b> Préciser les tâches des enseignants justifiant une rétribution supplémentaire	<u>Recteurs, DASEN</u> Etablissements et organismes gestionnaires
	<b>4f</b> Associer l'ARS à l'évaluation de la mise en œuvre des conventions	<u>Recteurs et ARS</u>
	<b>4g</b> Réactualiser régulièrement les conventions	<u>Recteurs, DASEN et ARS</u> Etablissements et organismes gestionnaires
<b>AXE 5 : Asseoir un pilotage efficace</b>		
	<b>5a</b> Constituer au niveau national un tableau de bord des unités d'enseignement	<u>DGESCO, DEPP, DREES, CNSA</u>
	<b>5b</b> Installer des indicateurs de fonctionnement à chaque niveau	<u>DGESCO, recteurs, DASEN, ARS, MDPH</u> Etablissements
	<b>5c</b> Utiliser ces indicateurs pour le suivi des conventions	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>5d</b> Procéder à l'évaluation effective des unités d'enseignements	<u>DASEN, IEN-ASH</u>
	<b>5e</b> Prendre en compte les profils autistiques dans les données publiées par l'éducation nationale	<u>DGESCO, DEPP</u>
	<b>5f</b> Assurer la production de données fiables sur la population d'âge scolaire	<u>MENESR et MASSDF</u>



**AXE 6 : Favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents, continus et inclusifs**

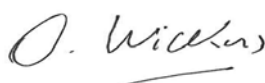
	<b>6a</b> Clarifier les critères d'orientation	<u>CNSA, MDPH</u>
	<b>6b</b> Installer une commission d'affectation dans les ESMS	<u>CNSA, MDPH</u>
	<b>6c</b> Assurer la continuité avec l'école d'origine	<u>DASEN</u>
	<b>6d</b> Mettre en place des scolarités partagées	<u>DASEN</u> Etablissements
	<b>6e</b> Porter une attention particulière aux parcours des jeunes autistes	<u>Recteurs, DASEN, ARS, MDPH</u>
	<b>6f</b> Développer les ULIS en LP	<u>Recteurs</u>
	<b>6g</b> S'appuyer sur les LP pour assurer la formation professionnelle	<u>Recteurs, DASEN</u> Etablissements
	<b>6h</b> Favoriser le passage du CFG	<u>Recteurs, DASEN</u>
	<b>6i</b> Créer une attestation de validation du 1 <sup>er</sup> palier du socle commun	<u>DGESCO</u>
	<b>6j</b> Mettre en place un portefeuille de compétences	DGESCO, recteurs
	<b>6k</b> Installer un suivi après la sortie des ESMS	CNSA, établissements, MDPH

**AXE 7 : Poursuivre l'évolution des ITEP vers des dispositifs souples et inclusifs**

	<b>7a</b> Evaluer l'expérimentation conduite dans les ITEP	<u>MASSDF, CNSA</u> en relation avec le MENESR (DGESCO)
	<b>7b</b> Développer les coopérations entre les ITEP et les collègues	<u>Recteurs, DASEN</u> Etablissements
	<b>7c</b> Etudier la surreprésentation masculine dans les ITEP	<u>DREES, université</u>

**AXE 8 : Préciser le statut et le rôle des unités d'enseignement en milieu hospitalier**

	<b>8a</b> Engager une réflexion sur la scolarisation des enfants hospitalisés	<u>DGESCO</u> , en liaison avec la DEPP, la DGS, les ARS et la DREES
	<b>8b</b> Donner à l'enseignement en milieu sanitaire une assise réglementaire	<u>MENESR et MASSDF</u>
	<b>8c</b> Procéder à une enquête distincte pour les élèves hospitalisés	<u>DEPP</u>
	<b>8d</b> Assurer la continuité de l'enseignement en milieu hospitalier	<u>Recteurs, DASEN, ARS</u>



Olivier WICKERS



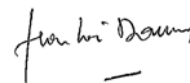
Jean-Pierre DELAUBIER



François CHIEZE



Gilles PÉTREULT



Jean-Louis DAUMAS



Martine CARAGLIO



## Annexes

Annexe 1 :	Lettres de saisine et de désignation .....	107
Annexe 2 :	Visites réalisées.....	111
Annexe 3 :	Entretiens.....	114
Annexe 4 :	Liste des sigles utilisés .....	116





*Le Directeur de cabinet du  
Ministre de l'éducation nationale*

*Le Directeur de cabinet du  
Ministre de l'économie et des  
finances*

*Le Directeur de cabinet de la  
Ministre des affaires sociales et  
de la santé*

*Le Directeur de cabinet de la  
Ministre déléguée à la réussite éducative*

*Le Directeur de cabinet de la  
Ministre déléguée aux personnes  
handicapées et à la lutte contre l'exclusion*

## IGAENR

Date d'arrivée 28 FEV. 2014

Visa du Chef du service

Paris, le 21 FEV. 2014

Numéro 324

Note à l'attention de

**Monsieur Charles COPPOLANI,**

*Chef du service du Contrôle général économique et financier*

**Monsieur Jean-Yves DANIEL,**

*Doyen de l'Inspection générale de l'éducation nationale*

**Monsieur Pierre BOISSIER,**

*Chef de l'Inspection générale des affaires sociales*

**Monsieur Jean-Richard CYTERMANN,**

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

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a favorisé un développement rapide de la scolarisation des élèves en situation de handicap. L'effort consenti pour accompagner cette évolution a été conséquent et a nécessité la mobilisation de moyens importants ainsi que l'évolution des pratiques au sein des écoles, des établissements scolaires et des structures spécialisées chargées de l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

La mise en mouvement de l'ensemble des services de l'Etat au service de l'inclusion des personnes en situation de handicap a amené un rapprochement d'un certain nombre d'institutions. C'est ainsi que le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, complété d'un arrêté du 2 avril 2009 relatif aux unités d'enseignement, a prévu que des conventions puissent organiser la scolarité des enfants accompagnés par des établissements et services médico-sociaux ou des établissements de santé au sein d'unités d'enseignement dont les moyens humains sont le plus souvent abondés par l'éducation nationale.

Dans le cadre de la démarche de modernisation de l'action publique lancée au plan interministériel, le chantier de la scolarisation des élèves en situation de handicap a été identifié comme prioritaire.

Afin d'affiner les analyses déjà conduites à l'occasion de l'évaluation interministérielle de la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap, il paraît nécessaire d'analyser les atouts et les faiblesses du dispositif existant ainsi que ses possibilités d'évolution alors que la scolarisation des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire se développe régulièrement.

A cette fin, vous voudrez bien organiser une mission d'inspection générale conjointe dont la tâche sera d'analyser le fonctionnement des unités d'enseignement quel que soit leur lieu d'implantation, dans une démarche systémique prenant en compte les interventions de l'ensemble des professionnels auprès des élèves, et sans limiter votre mission au temps d'apprentissage scolaire. Cette mission devra formuler des propositions sur les moyens de faciliter la signature des conventions prévues à l'article D. 351-18 du code de l'éducation, de permettre une meilleure collaboration entre les différents professionnels et de fournir aux élèves scolarisés en unité d'enseignement un service scolaire de meilleure qualité, notamment pour ce qui concerne les temps de scolarisation, en s'appuyant en particulier sur les bonnes pratiques constatées.

La mission concernera l'ensemble des élèves scolarisés en unité des établissements ou des services médico-sociaux, y compris ceux scolarisés à temps partiel voire à temps complet dans les locaux des écoles ordinaires. L'ensemble des thématiques suivantes devra notamment être examiné et faire l'objet de recommandations :

#### 1. L'orientation et l'accueil des jeunes

Le processus d'orientation du jeune, depuis la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), dont il convient de cerner les critères, jusqu'à son accueil effectif et à sa prise en charge au sein de l'établissement ou du service, doit faire l'objet d'une attention particulière. L'article D. 351-18 du code de l'éducation permet qu'une unité d'enseignement puisse être implantée indifféremment dans les locaux d'un établissement scolaire ou d'un établissement ou d'un service médico-social. La mission devra évaluer les critères d'orientation vers ces différents dispositifs en fonction des besoins des élèves, en mettant en évidence les aspects les plus profitables aux élèves. A cet égard, toutes les possibilités devront être envisagées : la scolarisation en milieu ordinaire, individuelle ou collective, avec accompagnement SESSAD et la scolarisation en UE au sein d'un ESMS ou en UE au sein d'un établissement scolaire.

#### 2. Le projet du jeune

Pour chaque enfant ou adolescent accueilli par un établissement ou un service médico-social, un projet individualisé d'accompagnement (PIA) est élaboré dans les conditions prévues par l'article D312-19 du CASF. Il paraît souhaitable que les processus d'élaboration de ce PIA et du projet personnalisé de scolarisation (PPS), rédigé par l'équipe pluridisciplinaire de la CDAPH, soient analysés ainsi que leurs contenus respectifs et leur coordination. Dans cette perspective, une observation des rôles joués par la famille, d'une part, et l'enseignant référent, d'autre part, mérite d'être conduite.

#### 3. Le dispositif de scolarisation

Les pratiques en matière de fonctionnement des groupes d'élèves au sein des unités d'enseignement sont particulièrement diversifiées (effectifs, temps de scolarisation, présence ou non des éducateurs ou de tiers, référentiels de formation, méthodes, outils...). La pertinence de chacune des organisations constatées devra être évaluée au regard des apprentissages des élèves, afin de promouvoir les pratiques les plus efficaces. Il sera notamment examiné l'organisation des unités d'enseignement des ESMS qui, accompagnant des enfants aux besoins diversifiés, ont répondu tant aux besoins des élèves tirant le meilleur bénéfice d'une scolarisation en UE dans un établissement scolaire qu'à ceux tirant plus grand profit d'une UE dans les murs de l'ESMS. Au-delà du fonctionnement de l'unité, devront être examinées les conséquences administratives pour les élèves du déroulement de leur scolarité dans une unité d'enseignement et notamment les modalités d'inscription administrative qui auront été choisies selon les sites.

#### 4. Les conséquences du choix de lieu d'implantation de l'unité d'enseignement

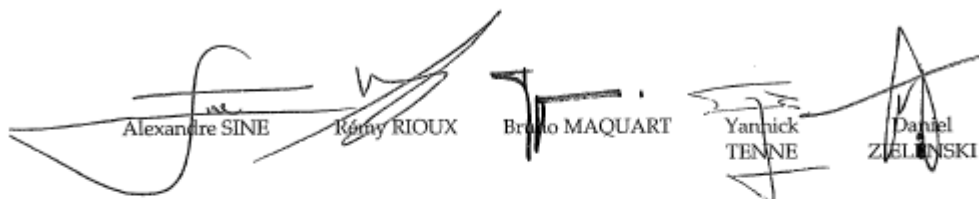
Le choix du lieu d'implantation de l'unité d'enseignement entraîne différentes conséquences sur le fonctionnement de la structure médico-sociale notamment en termes de gestion des ressources humaines, de charges supplémentaires portées au budget de l'établissement ou service, d'organisation de l'accompagnement et de la scolarisation des enfants suivis par l'établissement ou service mais non accueillis dans l'unité. Ces conséquences devront être analysées à la fois pour identifier les freins et leviers à l'implantation des UE en milieu scolaire ordinaire mais également pour recenser les organisations les plus pertinentes expérimentées par les partenaires et tenant compte du contexte budgétaire contraint.

En outre l'implantation d'une unité d'enseignement dans une école nécessite un accord sur les conditions de mise à disposition des locaux entre la collectivité territoriale compétente et la structure médico-sociale. Par conséquent, la mission examinera les modalités de ces mises à disposition et les engagements de chaque partie quant au partage des charges.

Enfin, lorsque l'unité d'enseignement est installée dans les locaux scolaires, la mission observera les choix effectués localement en termes d'organisation et de financement des transports et de la restauration des élèves et leurs conséquences pour la collectivité d'accueil de l'UE, la structure médico-sociale qui la porte, les familles et le cas échéant pour les collectivités dont sont originaires les enfants par le biais des reversements entre communes prévus à l'article L.212-8 du code de l'éducation.

Le dispositif de scolarisation et les conséquences décrites ci-dessus pourront également être étudiés pour les unités d'enseignement portées par des établissements de santé.

Nous souhaitons que le rapport issu de cette mission soit remis en juin 2014.



Alexandre SINE      Rémy RIOUX      Bruno MAQUART      Yannick TENNE      Daniel ZELINSKI



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

Le chef du service

n° 14 - 68

Inspection générale  
de l'éducation  
nationale

Le doyen

n° 14 - 278

Affaire suivie par  
Manuèle Richard

Téléphone  
01 55 55 12 49

Fax  
01 55 55 06 86

Mél.  
manuele.richard  
@education.gouv.fr

110 rue de Grenelle  
75357 Paris SP 07

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

Paris le 12 MARS 2014

Note à l'attention de

Monsieur le directeur du cabinet  
du ministre de l'éducation nationale

Monsieur le directeur du cabinet  
de la ministre déléguée à la réussite  
éducative

**Objet :** Mission conjointe sur la scolarisation des élèves en situation de handicap.

**Références :** Note en date du 21 février 2014.

Par lettre citée en référence, vous avez souhaité conjointement avec les directeurs de cabinet du ministre de l'économie et des finances, de la ministre des affaires sociales et de la santé et de la ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion, que l'inspection générale de l'éducation nationale, l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, le contrôle général économique et financier et l'inspection générale des affaires sociales conduisent une mission portant sur le fonctionnement des unités d'enseignement accueillant des élèves en situation de handicap.

Nous avons l'honneur de vous faire connaître que nous avons désigné MM. Jean-Pierre Delaubier et Gilles Pétreault, inspecteurs généraux de l'éducation nationale, ainsi que Mme Martine Caraglio, inspectrice générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, pour participer à cette mission.

Jean-Yves DANIEL

Jean-Richard CYTERMANN

CPI : M. le chef du CGEFI  
M. le chef de l'IGAS  
M. Claus, doyen du groupe Enseignement primaire  
M. Delaubier, groupe Enseignement primaire  
M. Pétreault, groupe Enseignement primaire  
M. Cuisinier, chef du groupe Sud-est  
Mme Caraglio, groupe Sud-est



## **Visites réalisées**

- **Académie d'Aix-Marseille**

### **BOUCHES-DU-RHONE**

- Département psychopédagogique Château-Guis, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille
- ITEP Les Bastides, Marseille
- ITEP Séréna, Marseille
- Collège Château Forbin, Marseille
- Collège Sylvain Menu, Marseille
- ITEP Les Cadeneaux, Les Pennes-Mirabeau

### **VAUCLUSE**

- IME L'Alizarine, Avignon
- IME Alain Pujol, Le Thor
- ITEP Les Joncquiers, L'Isle-sur-Orgue

- **Académie de Bordeaux**

### **GIRONDE**

- ITEP Saint-Denis, Ambarès
- IME Pierre Delmas, Mérignac
- IMP Jean Le Tanneur, Carignan

- **Académie de Dijon**

### **COTE D'OR**

- ITEP d'Aisy-sous-Thil
- IME du square de Cluny, Beaune
- IME PEP 21, Dijon
- SESSAD Aurore, Dijon

- **Académie de Lille**

**NORD**

- ITEP d'Armentières
- ITEP Fernand Deligny, Lambersart
- IME La Roseraie, Lille
- IMPRO Le Roitelet, Tourcoing
- Établissement public de santé mentale (EPSM) d'Armentières

**PAS-DE-CALAIS**

- Service de pédopsychiatrie « Lebovici » - Centre Hospitalier, Lens

- **Académie de Nice**

**ALPES MARITIMES**

- IEN ASH et ERH en ESMS
- MDPH : directrice ; médecin coordonnateur adjoint à la directrice ; médecin référent pôle enfant ; correspondant sectorisation

- **Académie de Rouen**

**SEINE-MARITIME**

- ITEP L'Eclaircie, Barentin
- IEM Colette Yver, Rouen
- IME Max Brière, Saint-Pierre-Lès-Elbeuf

- **Académie de Versailles**

**VAL D'OISE**

- IEM Madeleine Fockenberghé, Gonesse
- IME La Ravinière, Osny
- IME Henri Wallon, Sarcelles
- IME La Clé pour l'Autisme, Vauréal
- ITEP Le Clos Levallois, Vauréal

- **Dans les établissements**, ont été rencontrés, chaque fois que possible le président de l'association gestionnaire ou son représentant, le directeur et ses collaborateurs, l'équipe enseignante, d'autres professionnels et des parents ; une séance de classe a été observée au cours de chaque visite. Lorsqu'une classe « externalisée » était en place, des entretiens ont été prévus, avec l'enseignant de cette classe, avec le directeur d'école ou le principal de collège et parfois avec l'IEN de la circonscription concernée et l'enseignant référent. Dans les services hospitaliers, ont été rencontrés le directeur de l'hôpital ou son représentant, le médecin chef de service et ses collaborateurs, les enseignants, d'autres professionnels et des parents.
- **Au niveau académique et départemental** ont été rencontrés, chaque fois que possible, le recteur et son conseiller technique « ASH », le directeur départemental des services académiques de l'éducation nationale, les IEN-ASH, le directeur de l'ARS ou son représentant, le directeur de la MDPH.

## **Entretiens**

**DGESCO** : Mme Florence ROBINE, directrice générale, M. Xavier TURION, Mme Sandrine LAIR

**Médiateur de l'éducation nationale** : Mme Monique SASSIER

**Délégué au handicap au ministère de l'éducation nationale** : M. Philippe VAN DEN HERREWEGHE

**DGCS** Mme Katia Julienne, cheffe de service, Mme Cécile Guyader, sous-directrice financement

**DREES** M. Franck Von Lennep, Directeur

**Défenseur des droits** : Mme Marie DERAÏN, défenseur des enfants, adjointe au Défenseur des droits

**Déléguée interministérielle au handicap** : Mme Agnès MARIE-EGYPTIENNE

M. Guillaume BLANCO, secrétaire général du comité interministériel du handicap

**Collège des directeurs généraux d'agence régionale de santé** : Mme Marie-Sophie DESAULLE, présidente

**CNSA** : M. Luc ALLAIRE, directeur général, Mme Bernadette MOREAU,

**CNCPH** : Mme Martine CARILLON-COUVREUR, députée de la Nièvre, présidente

**APAJH** : Jean-Louis GARCIA, président, Jean-Claude ROUANET, vice-président, Jean-Louis LEDUC, directeur général adjoint

**APF** : Mme Michèle KAIL

Collectif « *Autisme* » : M. Florent CHAPEL, président

**Fédération française des DYS** : Mme Diane CABOUAT

**PEP** : Jean-Pierre VILLAIN, président, Martine SALOME, vice-présidente, Jean-Paul COMTE, secrétaire général, Marie-Christine PHILBERT, secrétaire générale adjointe, Carole DALLOZ, chargée de mission

**UNAPEI** : Mme Elisabeth DUSSOL, administratrice déléguée, Mme LENZELLE, chargée du secteur enfance

**Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE)** : Gilles GONNARD, président et les membres du bureau

**GEPSO** : Mme Aline PETITPAS, secrétaire générale

**Hôpital Raymond Poincaré (92-Garches)** : Pr. Loïc JOSSEREAND, M. Lies TAZDAÏT, directeur de l'ÉREA  
J. Brel

**Hôpital Sainte-Marguerite (13-Marseille)** : Pr. François POINSO, pédopsychiatre, Dr. Xavier SALLE-  
COLLEMICHE

**Hôpital Necker (75-Paris)** : Pr. Bernard GOLSE, pédopsychiatre

Pr. Marcel RUFO, pédopsychiatre

## Sigles utilisés

---

**ARS** : agence régionale de santé

**CAPASH** : certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

**2CASH** : certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

**CDAPH** : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

**CFG** : certificat de formation générale

**CLIS** : classe pour l'inclusion scolaire

**CNSA** : caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie

**EMS** : établissement médico-social

**EPE** : équipe pluridisciplinaire d'évaluation

**ETP** : équivalent temps plein

**EREA** : établissement régional d'enseignement adapté

**ESMS** : ce sigle ne recouvre pas toujours les mêmes termes ; il sera donc évité, à l'exception de quelques schémas dans lesquels il désignera les établissements sanitaires ou médico-sociaux

**ESS** : équipe de suivi de la scolarisation

**IEM** : institut d'éducation motrice

**IEN-ASH** : inspecteur de l'éducation nationale chargé des enseignements adaptés et de la scolarisation des élèves en situation de handicap

**IME** : institut médico-éducatif

**IMPro** : institut médico-professionnel

**INSHEA** : institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés

**ITEP** : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

**MDPH** : maison départementale des personnes handicapées

**PIA** : projet individualisé d'accompagnement

**PPA** : projet personnalisé d'accompagnement

**PPS** : projet personnalisé de scolarisation

**SEGPA** : section d'enseignement général et professionnel adapté [*les EGPA, enseignements généraux et professionnels adaptés, regroupent les SEGPA et les EREA*]

**SESSAD** : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

**TED** : troubles envahissants du développement

**TFC** : troubles des fonctions cognitives

**ULIS** : unité localisée pour l'inclusion scolaire

---