

Rapport d'évaluation de la thématique du
PRS de Bourgogne

Scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés



MAPA lancé par l'ARS de Bourgogne
Janvier 2016



SOMMAIRE

5 Introduction

6 Présentation de l'étude

6 La scolarisation des enfants en situation de handicap : un enjeu au coeur d'une politique concertée

6 Les objectifs du PRS et le schéma régional d'organisation médico-sociale

6 Le champ de l'évaluation

7 Les parties prenantes

7 La méthodologie proposée

8 Les questions évaluatives

8 Les principales phases de l'évaluation

10 Propos introductifs sur les coopérations entre l'Education nationale et le médico-social

12 Diversifier les modalités de scolarisation

14 L'évolution des modalités de scolarisation et des dispositifs confirment un mouvement inclusif général qui nécessite d'être accompagné

14 Cette inclusion n'est cependant pas acquise et varie selon le niveau d'enseignement

15 La scolarisation en milieu ordinaire varie également selon le type de troubles de l'élève

17 Certains enfants scolarisés en milieu ordinaire ne le sont que partiellement

17 Les constats d'une évolution vers la diversification

17 Les unités localisées pour l'inclusion scolaire

19 Les unités d'enseignement externes

24 L'accompagnement du mouvement inclusif est nuancé

24 Des moyens davantage mobilisés par l'Education nationale

26 L'accompagnement sanitaire et médico-social

27 Des enseignants référents de plus en plus sollicités

27 La formation des enseignants

29 L'évolution de la structuration de l'offre est à envisager selon une approche complexe et systémique

29 L'évolution de l'offre tend, d'une manière générale, vers une « désinstitutionalisation »

30 Le taux de désinstitutionalisation et le taux d'équipement nécessitent d'être nuancés par plusieurs éléments

33 Une approche plus qualitative souligne les avantages fondamentaux de cette diversification ainsi que certaines limites de nature essentiellement culturelle et matérielle

36 Des transformations de fond observées

40 Une plus grande souplesse à rechercher dans les fonctionnements et outils existants

46 Renforcer la préparation avant la 1ère scolarisation (et au-delà) pour éviter les points de rupture et réussir la scolarisation

- 46 L'importance de la scolarisation en maternelle se traduit quantitativement et qualitativement
 - 46 Le mouvement inclusif général est confirmé mais nuancé en maternelle
 - 47 Nombre d'enfants handicapés scolarisés en maternelle en Bourgogne
 - 48 Les intérêts d'une scolarisation dès la maternelle sont multiples
 - 49 La notion de 1ère scolarisation est envisagée de manière extensive
- 51 Les actions mises en place pour préparer la 1ère scolarisation sont souvent bénéfiques, même si on ne peut évaluer les « ruptures » et « réussites »
 - 51 Certains facteurs et pratiques sont susceptibles de faciliter la préparation
 - 54 On peut cependant difficilement évaluer les situations de rupture et de réussite
 - 55 Une anticipation s'impose au-delà même de la 1ère scolarisation
- 56 La réussite de la 1ère scolarisation se heurte en pratique à plusieurs difficultés ou limites
 - 56 Les élèves handicapés sont plus âgés que leurs pairs
 - 57 Certains manques sont notés en terme d'accès au diagnostic
 - 57 L'anticipation et la préparation de la scolarisation peuvent s'avérer concrètement difficiles
 - 57 Certaines pratiques ont tendance à être automatisées de manière abusive
 - 59 Les enseignants « ordinaires » se retrouvent généralement démunis face à l'apparition de difficultés
 - 59 La relation et la communication avec les parents sont généralement complexes
 - 60 La scolarisation des enfants handicapés est complexifiée par la discontinuité entre projet de scolarisation et accueil péri et extrascolaire
 - 61 La continuité et la « réussite » portent essentiellement sur les familles
 - 62 La continuité du parcours est compromise par un manque de solutions après la maternelle
 - 63 Des manques importants sont notés de la part des différents acteurs en termes d'identification des ressources à solliciter et de disponibilité de ces ressources
- 69 La question de la mobilisation des dispositifs et des ressources interpelle sur la proximité entre grande difficulté scolaire et situation de handicap

70 Assurer une cohérence entre le PIA ou PPA et le PPS par l'organisation d'une réflexion régionale

- 70 Quelques rappels concernant les notions
 - 70 Définition du PPS et multiplicité des acteurs
 - 72 Le cycle de construction du PPS
 - 73 L'articulation des projets

- 74 Les éléments recueillis en Bourgogne confirment - le flou apparent sur la notion de PPS - ainsi que les manques en termes d'articulation entre PPS et PIA - et de communication entre les acteurs
- 74 Les enfants non scolarisés en milieu ordinaire ne disposent pas de PPS
- 76 D'une manière générale, la notion de PPS reste floue, et le contenu du PPS n'est pas conforme aux dispositions de la loi
- 79 La définition et la mise en oeuvre du PPS pose la délicate question du temps de scolarisation
- 79 L'évaluation des situations et des besoins est encore insuffisamment partagée
- 81 Le niveau d'articulation entre projet personnalisé de scolarisation et projet personnalisé d'accompagnement apparaît insuffisant voire inexistant
- 83 Le nouveau logiciel PPS national peut conduire à améliorer l'articulation mais son utilisation pose question
- 84 La communication des différents documents nécessite d'être améliorée
- 85 L'amélioration des échanges entre les acteurs est à poursuivre

87 Annexes

- 87 Bibliographie indicative
- 89 Glossaire
- 90 Chiffres-clés sur la scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap en Bourgogne
- 91 Schéma modes de scolarisation
- 92 Schéma projets Education nationale
- 93 Contexte démographique et socio-économique de la Bourgogne
- 96 Eléments de diagnostic
 - 96 Les besoins
 - 98 L'offre et le recours à l'offre
- 100 Outils méthodologiques

Introduction

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap. Elle affirme le droit à la scolarisation en milieu ordinaire au plus près du domicile, ainsi qu'à un parcours scolaire continu et adapté.

L'agence régionale de santé (ARS) et le Rectorat de Bourgogne se sont saisis de cette importante évolution législative et réglementaire, notamment en inscrivant dans le projet régional de santé (PRS) 2011-2016, plus précisément dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) plusieurs objectifs concernant la scolarisation des élèves en situation de handicap.

La volonté de l'ARS de s'attacher à cet objectif dans l'évaluation de la mise en œuvre du PRS sur le volet de la scolarisation s'inscrit donc dans une véritable démarche stratégique et politique partagée étroitement avec l'Education nationale.

Ce rapport d'évaluation revient dans un premier temps sur le contexte et les enjeux identifiés autour de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap pour détailler par la suite la méthodologie proposée et les résultats obtenus à l'issue de la phase d'enquête.

Les résultats présentés dans ce rapport s'articulent autour des trois questions évaluatives posées par le Comité de Pilotage :

- Quelle diversification des modalités de scolarisation dans chaque département ?
Quels avantages et inconvénients ? Quelles difficultés rencontrées ?
- Quelles sont les actions mises en place pour préparer la première scolarisation ?
Les actions mises en place pour préparer la première scolarisation permettent-elles d'éviter les points de rupture et de réussir la scolarisation ?
- Le PIA/PPA porté par l'ESMS et le PPS porté par l'équipe de suivi de scolarisation et l'enseignant référent sont-ils complémentaires ? Assurent-ils la cohérence du parcours scolaire des enfants ?

L'étude a été réalisée par l'équipe de l'Observatoire du CRDI :

Claire PUTOUD, responsable de l'Observatoire,
Elodie BENIFEI, chargée d'études statistiques,
et
Clarisse BATENT, assistante,
Benjamin FRIESS, graphiste.

En association avec Camille GILIBERT, consultante.

En étroite collaboration avec le Comité de Pilotage, Marie-Thérèse BONOTTE et Anne-Laure MOSER de l'Agence Régionale de Santé et ses délégations territoriales, les quatre MDPH et Marie-Geneviève THEVENIN, IEN-ASH Conseillère du Recteur ainsi que les quatre directions des services départementaux de l'Education nationale de Bourgogne.

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont donné de leur temps pour participer à la réalisation de cette étude lors des séances de travail du comité de pilotage mais également au cours des nombreux entretiens, questionnaires et groupes ressources régional et départementaux réalisés auprès de nombreux professionnels ou de familles.

Nous remercions particulièrement Messieurs Bernard GOSSOT, Serge LEFEBVRE et Charles GARDOU qui nous ont consacré de précieux temps d'échange, ainsi que Michel PETIT et Jean-François GONTARD pour leur disponibilité.

Présentation de l'étude

La scolarisation des enfants en situation de handicap : un enjeu au cœur d'une politique concertée

En lien avec la mise en œuvre de la loi précitée de 2005 relative au handicap, trois principaux éléments peuvent être soulignés :

1. la loi et ses décrets d'application définissent et organisent les modalités de **coopération entre les professionnels de l'Education nationale et du médico-social**,
2. les parents et l'élève lui-même sont de plus en plus étroitement associés à la décision d'orientation et à la définition du **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**,
3. pour les jeunes en situation de handicap, la mise en œuvre de cette loi, ainsi que de ses décrets d'application, entraînent une multiplication et une **diversification des modes de scolarisation** possibles.

La coopération entre le milieu « ordinaire » et le milieu « spécialisé » est, en particulier dans le champ de la scolarisation, un axe fort de la loi du 11 février 2005. Un texte d'application (le décret du 2 avril 2009) est d'ailleurs spécifiquement dédié à la coopération entre les établissements scolaires et médico-sociaux. Cet élément central de la loi (un enjeu fort de la « participation et la citoyenneté des personnes handicapées ») doit amener les différents acteurs à des changements profonds, à une évolution accélérée des pratiques, des méthodes voire des mentalités. À ce titre le décret du 2 avril 2009 procède à un réel renversement de logique : ce sont les besoins de l'enfant (tels que décrits dans le PPS) qui conduisent à définir le projet pédagogique de l'unité d'enseignement.

Les objectifs du PRS et le schéma régional d'organisation médico-sociale

Les objectifs et actions du schéma régional d'organisation médico-sociale se référant à la scolarisation apparaissent dans la 1^{ère} partie du SROMS « Promouvoir le dépistage précoce du handicap et accompagner la scolarisation des enfants et des adolescents en situation de handicap ».

Les objectifs généraux sont au nombre de trois, ils s'attachent ainsi à trois niveaux d'intervention :

- une évolution de l'offre médico-sociale soutenant l'inclusion scolaire (objectif général n°4)
- un développement des coopérations entre l'Education nationale et le médico-social (objectif n°5)
- une approche par public, s'attachant à développer des réponses spécifiques à certains types de handicap (objectif n°6).

C'est l'objectif n°5, au cœur de la thématique, que l'ARS a souhaité voir évaluer dans le cadre de ce marché.

Le champ de l'évaluation

« Le PRS étant constitué d'objectifs, d'actions et d'acteurs variés, son évaluation ne peut être exhaustive et des choix méthodologiques doivent être opérés. »

La scolarisation en milieu ordinaire

Nous avons fait le choix méthodologique de centrer l'évaluation sur la question de la scolarisation mise en œuvre totalement ou partiellement au sein du milieu ordinaire. Aussi, nous n'avons pas étudié précisément les autres modes de scolarisation des élèves en situation de handicap, c'est à dire au sein des établissements médico-sociaux et hospitaliers (cf. Annexe Schéma modes de scolarisation)

Nous avons retenus les différents modes de scolarisation au sein des établissements scolaires :

- **scolarisation individuelle**, en classe « ordinaire », ou adaptée, avec ou sans accompagnement par une aide humaine, individualisée ou mutualisée (AESH) ou par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD),
- scolarisation dans le cadre d'un **dispositif collectif pour l'inclusion** (ULIS école, collège ou lycée),
- scolarisation dans le cadre d'une **unité d'enseignement délocalisée (ou externalisée)**.

Ces modes de scolarisation pouvant être envisagés à temps partiel et/ou selon différentes modalités partagées (ULIS et classe ordinaire, unité d'enseignement externalisée en alternance avec une scolarisation « interne » à un établissement médico-social, etc. ...).

Les enfants en situation de handicap de la région Bourgogne

Par extension, nous retiendrons le public des enfants et adolescents, ou, plus largement, celui des « élèves » des 1^{ers} et 2nd degrés. Le SROMS utilise d'ailleurs la terminologie « enfants et adolescents ».

Notre périmètre d'étude s'étend aux quatre départements bourguignons (correspondant aux 4 territoires de santé : Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne). S'agissant des éventuels « flux interrégionaux » (concernant les enfants domiciliés dans d'autres départements et accueillis par les établissements bourguignons, ou encore ceux domiciliés dans la région mais accueillis dans des établissements d'autres départements), ils ne feront pas l'objet d'une attention particulière. Nous présumons en effet que ces flux ne sont pas significatifs pour ce qui est de la scolarisation en milieu ordinaire (l'inscription dans l'établissement scolaire de référence telle que prévue par la loi de 2005 répondant en effet à un principe de proximité).

Les parties prenantes

Ainsi que le souligne le PSRS, la mise en œuvre du SROMS et la réalisation de ses objectifs nécessitent une « coordination, une coopération et une complémentarité » entre les différents acteurs, au-delà de l'ARS, œuvrant dans le secteur médico-social. La coordination des politiques publiques est en effet un enjeu majeur de la déclinaison territoriale de la politique de santé. La scolarisation des jeunes en situation de handicap est à ce titre exemplaire.

Au niveau institutionnel, l'ARS et le Rectorat sont en charge de la politique régionale en faveur de la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Les Directions des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN), avec les principaux acteurs concernés de la scolarisation des élèves handicapés (IEN ASH, conseillers pédagogiques ASH et enseignants référents pour la scolarisation des élèves handicapés) ont été bien entendu parties prenantes dans cette démarche d'évaluation.

Autres institutions incontournables s'agissant de la scolarisation des enfants en situation de handicap, les Conseils départementaux et les maisons départementales des personnes handicapées, ainsi que les municipalités (s'agissant en particulier de la scolarisation dans le 1^{er} degré).

D'autres acteurs concernés ont été associés à cette démarche d'évaluation : les associations (gestionnaires ou non) du secteur médico-social, les établissements et services médico-sociaux, les établissements scolaires, ainsi que les parents (ou leurs représentants).

La conférence régionale solidarité et autonomie (CRSA), mise en place par la loi de juillet 2009 « hôpital, patients, santé, territoire » est l'instance représentative et de démocratie participative qui illustre cette multiplicité d'acteurs et leur nécessaire concertation dans la définition et la mise en œuvre de la politique territoriale de santé.

La méthodologie proposée

Comme le rappelle l'ARS, l'évaluation vise à apprécier les écarts par rapport à des objectifs au regard de critères définis préalablement et recentrer les actions si nécessaire dans une démarche de réajustement.

Les questions évaluatives

Le cahier des charges, proposé par le Comité de pilotage d'évaluation du PRS, a mis en avant trois questions évaluatives issues du SROMS permettant d'aborder la question de la scolarisation des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire d'une part suivant une approche macro, en s'intéressant à la diversification des modalités de scolarisation (Q. n°3). D'autre part et de manière plus précise, ce seront les questions de la première scolarisation (Q. n°1) et de l'articulation entre le projet personnalisé de scolarisation et le projet Individualisé (ou personnalisé) d'accompagnement (Q. n°2) qui seront à l'étude dans ce travail d'évaluation.

Question
évaluative
n°3

SROMS 5.1

Quelle diversification des modalités de scolarisation dans chaque département ?
Quels avantages et inconvénients ? Quelles difficultés rencontrées ?

Question
évaluative
n°2

SROMS 5.2

Le PIA/PPA porté par l'ESMS et le PPS porté par l'équipe de suivi de scolarisation et l'enseignant référent sont-ils complémentaires ?
Assurent-ils la cohérence du parcours scolaire des enfants ?

Question
évaluative
n°1

SROMS 5.3

Quelles sont les actions mises en place pour préparer la première scolarisation ?
Les actions mises en place pour préparer la première scolarisation permettent-elles d'éviter les points de rupture et de réussir la scolarisation ?

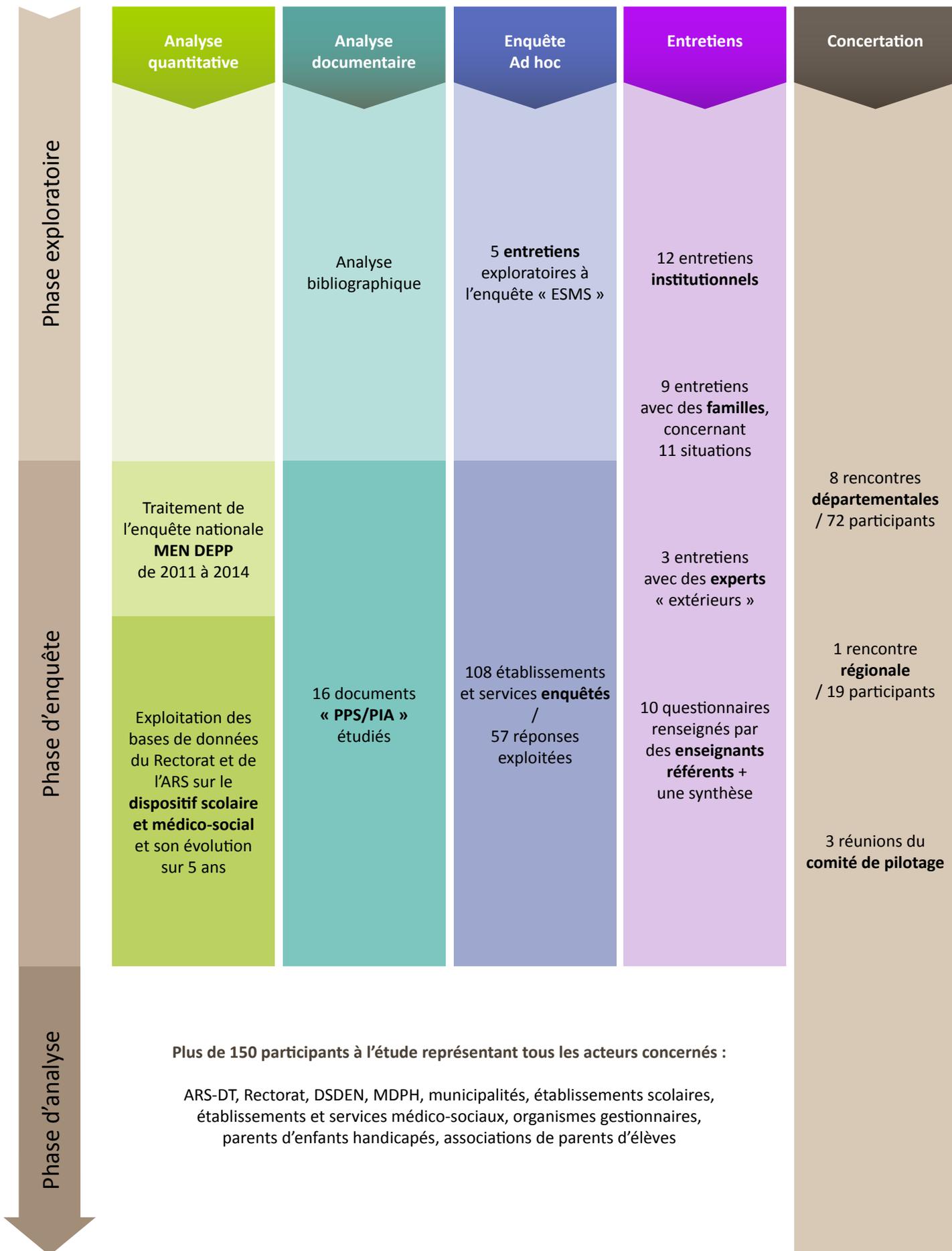
Les principales phases de l'évaluation

Afin de répondre aux trois questions évaluatives précitées, nous avons proposé de développer une méthodologie alliant des outils de recueil à la fois quantitatifs et qualitatifs. L'ARS et l'Education nationale ont ainsi pu mettre à notre disposition des bases de données étayées nous permettant d'affiner un diagnostic suivant l'angle d'approche voulu mais également d'analyser dans le temps de grandes tendances. Il s'agissait également de recueillir le point de vue de l'ensemble des parties prenantes impliquées afin de dresser un tableau croisé des enjeux, difficultés et avantages liés à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés en milieu ordinaire.

Cette vision pluraliste et participative du travail évaluatif implique également de devoir faire des choix méthodologiques. Nous attirons ainsi l'attention des lecteurs de ce rapport sur les biais que peuvent représenter, pour l'analyse, des effectifs parfois non représentatifs de l'ensemble de la population de référence de Bourgogne. Il s'agit bien de lire les éléments qualitatifs de ce rapport comme des éclairages concrets qui ne peuvent en aucun cas être généralisés à toutes les situations.

L'ensemble des outils méthodologiques est détaillé en annexe de ce rapport.

Un nombre important d'acteurs ont ainsi pu être interrogés par le biais de modes de recueil adaptés (entretien, questionnaires...) ; ces informations sont précisées dans le schéma suivant.



Propos introductifs sur les coopérations entre l'Education nationale et le médico-social

La scolarisation des élèves handicapés ne peut être envisagée sans une coopération effective à tous les niveaux, ainsi que le rappelait le sénateur Paul Blanc en 2011¹.

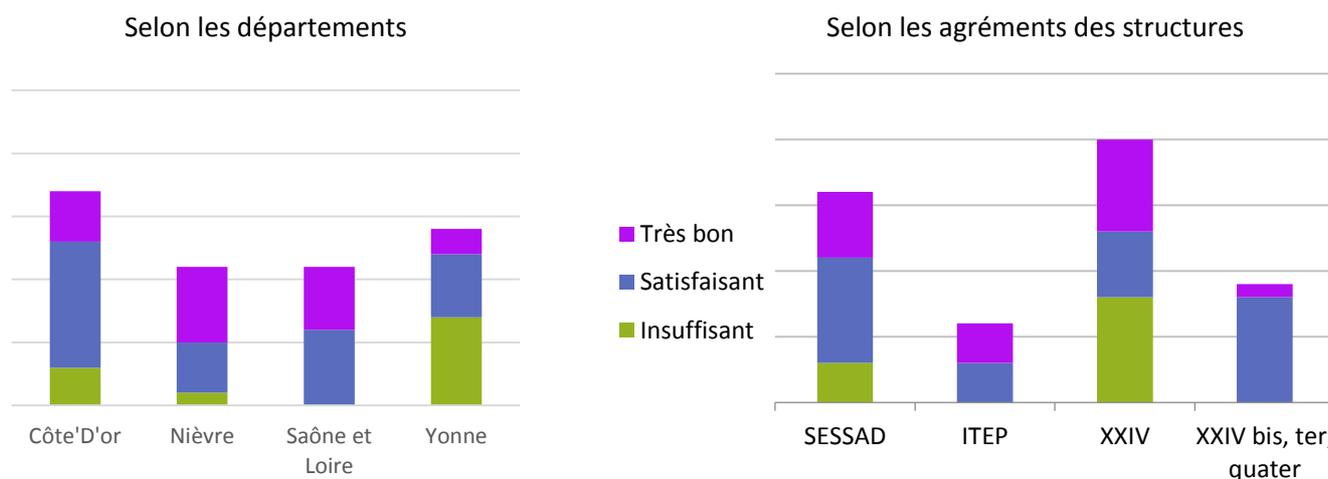
« IL EST DESORMAIS URGENT DE METTRE EN ŒUVRE EFFECTIVEMENT LE DECRET SUR LA COOPERATION ENTRE EDUCATION NATIONALE ET SECTEUR MEDICO-SOCIAL. CETTE COOPERATION DOIT ETRE RENFORCEE À TOUS LES NIVEAUX : AU NIVEAU NATIONAL ENTRE DIFFERENTS MINISTERES ; AU NIVEAU REGIONAL ENTRE ARS ET RECTORATS ; AU NIVEAU LOCAL ENTRE LES INSPECTIONS ACADEMIQUES, LES MDPH ET LE MILIEU SPECIALISÉ. »

Sans revenir sur les causes historiques et culturelles de la séparation du secteur scolaire et médico-social, il s'agit de rappeler que la loi de 2005 et ses décrets d'application ont réaffirmé la nécessité de mettre fin à cette frontière et que les moyens alloués en parallèle ne sont pas forcément à la hauteur de cet objectif.

Sur le terrain des différences importantes selon les territoires sont constatées dans les liens développés entre les structures des deux secteurs. Sans prétendre à une exhaustivité et à titre d'illustration, on peut citer ici les réponses des établissements et services médico-sociaux à l'enquête réalisée dans le cadre de cette évaluation.

Nous avons distingué les réponses par département d'une part, selon le type d'agrément d'autre part.

Point de vue des établissements et services médico-sociaux concernant le niveau de dialogue et de coordination avec l'Education nationale *



Annexe XXIV² : instituts médico-éducatifs destinés aux enfants et jeunes ayant une déficience intellectuelle.

Annexes XXIV bis, ter et quater¹ : respectivement destinés aux déficiences motrices, polyhandicaps et déficiences auditives et du langage

Source : enquête ESMS CRDI

* Question : « Quel est votre avis concernant le niveau de dialogue et de coordination avec l'Education nationale ? Très bon, satisfaisant, insuffisant, très mauvais ». Taux de réponse à cette question : 95% soit 54 établissements et services

Ces différences d'appréciation selon les départements ont pu être confirmées par les échanges lors des entretiens et des groupes ressources ; elles peuvent être corrélées avec le « taux d'inclusion » des enfants handicapés en milieu ordinaire observé dans les départements bourguignons : en Saône-et-Loire et dans la Nièvre, le milieu scolaire ordinaire semble accueillir plus d'enfants handicapés que dans l'Yonne (et dans une moindre mesure la Côte-d'Or).

¹ « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République par le sénateur Paul Blanc, mai 2011

² Annexes au décret du 9 mars 1956 modifiée par le décret du 27 octobre 1989

Sur ce point, des éléments plus détaillés sont apportés dans la partie du rapport relative à la diversification des modalités de scolarisation.

Les agréments des établissements peuvent renseigner sur les différences selon le public accueilli : on observe ainsi que les instituts médico-éducatifs destinés aux enfants et jeunes ayant une déficience intellectuelle, ont un avis plus négatif que les autres à propos du niveau de dialogue et de coordination avec l'Education nationale.

En revanche nous n'avons pas pu faire cette distinction pour les services d'éducation et de soins à domicile, car une bonne part (1/3) de ceux ayant répondu à l'enquête ont un agrément multiple.

On peut déduire de ces écarts d'appréciation que les manques en termes d'articulation ne relèvent pas seulement d'une insuffisance des moyens attribués et des orientations définies au plan national. Ces différences sont sans doute liées à plusieurs facteurs, relevant de différents niveaux et dimensions :

- Les liens développés le sont souvent à propos de situations individuelles d'élèves accueillis conjointement dans deux structures. Un des facteurs relèvera donc de **l'impulsion donnée par la MDPH** dans la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire (en ce sens le graphique précédent ainsi que les éléments développés dans la partie suivante sur la diversification semblent assez éclairants sur les différences entre départements). Sur ce point on voit bien le rôle du projet personnalisé de scolarisation (qui fait l'objet d'une partie du rapport), et son importance y compris pour les enfants accueillis dans un établissement médico-social. C'est aussi bien évidemment de la structuration de l'offre que dépend le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire.
- **La volonté et l'implication des professionnels « de terrain »** est souvent concrètement décisive dans la qualité des échanges et des liens nécessaires au bon déroulement de la scolarisation. Cette volonté ne peut qu'être renforcée par une connaissance réciproque. Force est de constater qu'en terme de culture professionnelle et de formation (notamment initiale), socle d'une identité d'intérêts et de point de vue, les progrès semblent encore insuffisants et à poursuivre.
- **La capacité d'ouverture des établissements**, scolaires et médico-sociaux, est principalement en jeu. Bien que « souvent liée à la mobilisation des personnes », cette ouverture peut être inscrite – ancrée – dans un projet d'établissement et, s'agissant d'une structure médico-sociale, portée par une volonté associative.
- **L'impulsion donnée par les autorités politiques** (ARS et ses délégations, Rectorat, Directions des services départementaux de l'Education nationale) est également un facteur déterminant, à la fois en termes de planification des réponses aux besoins, de contrôle des établissements, et d'animation territoriale.
- La continuité du parcours de scolarisation des enfants handicapés suppose également **la mobilisation des collectivités locales, en particulier les municipalités**, en charge du fonctionnement des établissements scolaires du premier degré et de l'organisation des temps périscolaires. Les Conseils départementaux, compétents en termes de transports mais surtout pilotes des MDPH et « chefs de file » en matière d'action sociale et d'autonomie des personnes³, sont aussi des acteurs essentiels de cette politique.

Cela souligne une difficulté de taille en matière de scolarisation des enfants handicapés, liée à la complexité du système et la multiplicité des acteurs, des compétences et des responsabilités.

En Bourgogne, cette coopération « en progrès » nécessite encore d'être développée et systématisée à tous les échelons.

³ Loi du 27 janvier 2014 pour la modernisation de l'action publique territoriale et l'affirmation des métropoles « MAPTAM »

Diversifier les modalités de scolarisation

S
Y
N
T
H
È
S
E

Sous-objectifs du SROMS et modalités de mise en oeuvre

Diversifier les modalités de scolarisation en concertation étroite avec l'Éducation nationale
Inscrire cette diversification dans les CPOM et les projets d'établissement

Questions évaluatives

Quelle diversification des modalités de scolarisation dans chaque département ?
Quels avantages et inconvénients ? Quelles difficultés rencontrées ?

Éléments d'évaluation

- la diversification des modalités de scolarisation constatée en Bourgogne confirme le mouvement inclusif général
- le mouvement n'est pas le même dans les 4 départements
- l'accompagnement de la scolarisation en milieu ordinaire est encore insuffisant
- les leviers de la diversification sont observés à différents niveaux
- des freins et limites persistent, notamment pour certains enfants
- la continuité des parcours se heurte encore souvent à la rigidité du cadre
- l'évolution du secteur médico-social vers une mission de ressource est encore timide et insuffisamment soutenue

La diversification des modalités de scolarisation constitue un indicateur important de la politique en faveur de la scolarisation des enfants handicapés. L'objectif étant que chaque enfant puisse bénéficier d'une scolarisation adaptée à ses besoins. Les textes législatifs et réglementaires induisent un changement de paradigme : il s'agit d'une part de « sortir » d'une vision figée et stigmatisante du handicap, et de la seule alternative entre milieu ordinaire et milieu spécialisé. D'autre part, l'enjeu « sociétal » est de concevoir pour chaque enfant un projet de formation ayant pour finalité la plus grande autonomie possible, visant sa participation sociale et citoyenne.

« SANS NIER, DE FAÇON CHIMÉRIQUE, LA RÉALITÉ DES DÉFICIENCES, LE HANDICAP EST À CONCEVOIR AU REGARD D'UN CONTEXTE QUI N'EST PAS « UN DONNÉ », MAIS UN « CONSTRUIT ». NOUS POUVONS DONC « TRAVAILLER » CET ENVIRONNEMENT, SUPPRIMER DES OBSTACLES ET INVENTER DES FACILITATEURS. » *Charles Gardou (préface du rapport de JF Chossy⁴)*

En France, la scolarisation des enfants handicapés relève conjointement, ou parallèlement, ou alternativement, de l'Éducation nationale et du secteur médico-social.



Le rapport (IGEN, IGAENR) de 2012 relatif à la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Éducation nationale revisite l'approche française par rapport aux autres pays européens.

« La définition, pour les élèves dits « handicapés », de procédures et de dispositifs spécifiques, différents de ceux qui s'appliquent aux autres publics rencontrant des difficultés particulières, constitue une approche très éloignée de celle des pays qui ont adopté une conception plus large et plus ouverte des besoins éducatifs particuliers (Espagne, Angleterre, Écosse, Norvège, Finlande, etc.), voire affichent le refus de toute catégorisation (Suède). Beaucoup partent de l'idée que l'enfant qui entre dans l'école ne doit pas porter une « étiquette » ; il est simplement un élève qui doit être accueilli dans sa singularité et bénéficier d'une éducation ajustée à ses besoins, que ceux-ci soient liés à sa situation sanitaire, affective, sociale ou linguistique, à des difficultés spécifiques d'ordre psychique ou physique, ou à toute autre particularité. La loi de 2005 s'inscrit pleinement dans une logique de personnalisation et de réponse à des besoins identifiés, mais en définit les moyens et procédures pour une catégorie distincte de l'élève de droit commun.

Pour ce qui est des modalités de scolarisation, la loi de 2005, en privilégiant la scolarité en milieu ordinaire, tout en préservant la possibilité du recours à un établissement sanitaire ou médico-social, si cela est nécessaire, maintient le système éducatif français parmi ceux qui s'écartent à la fois de la position des pays les plus « intégratifs » (Italie, Espagne, Portugal...) et de celles des États qui confient encore une part importante du public scolaire à un enseignement « spécial ». »

⁴ « Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge ... à la prise en compte », Rapport au 1^{er} ministre (JF Chossy), novembre 2011

La diversification des modalités de scolarisation recouvre aujourd'hui :

La scolarisation en milieu scolaire ordinaire

La scolarisation en milieu ordinaire, au sein de l'établissement scolaire de référence, est posée comme principe depuis la loi du 11 février 2005.

- **la scolarisation individuelle**
 - en classe ordinaire
 - en classe adaptée (dont SEGPA)
- **la scolarisation avec l'aide d'un dispositif collectif pour l'inclusion – ULIS⁵**

a) La scolarisation dans le cadre des établissements médico-sociaux au sein des unités d'enseignement

« Les unités d'enseignement (UE) mettent en œuvre tout dispositif d'enseignement visant à la réalisation des projets personnalisés de scolarisation (PPS) des élèves handicapés dans le cadre des établissements et services médico-sociaux ».

Le décret du 2 avril 2009 décrit l'organisation de l'unité d'enseignement selon les modalités suivantes :

- soit dans les locaux d'un établissement scolaire
- soit dans les locaux d'un établissement ou d'un service médico-social (unité d'enseignement délocalisée en milieu ordinaire)
- soit dans les locaux des deux établissements ou services

b) La scolarisation en milieu hospitalier

À partir des trois principaux modes de scolarisation, des « passerelles » et combinaisons peuvent être proposées et définies dans le projet personnalisé de scolarisation, en fonction des besoins de l'élève et des collaborations développées entre établissements.

En outre, un accompagnement qui peut être éducatif, rééducatif, pédagogique et/ ou thérapeutique peut appuyer l'un ou l'autre de ces modes de scolarisation (ou d'une combinaison de plusieurs modes).

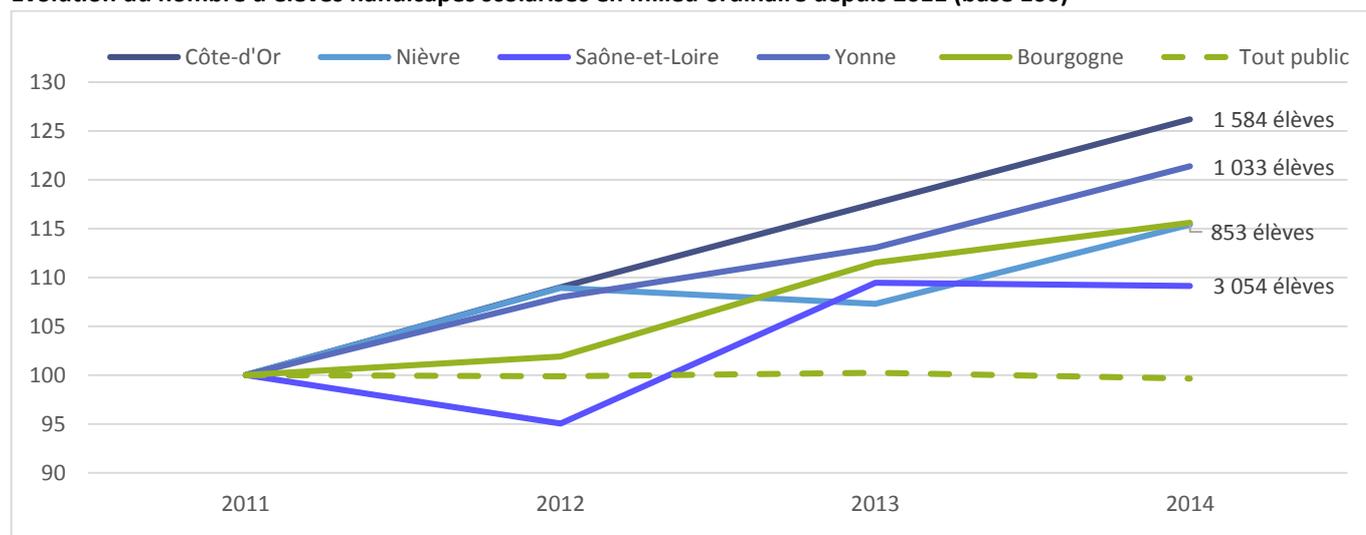
⁵ la circulaire du 21 août 2015 prévoit qu'à compter du 1^{er} septembre 2015 l'appellation « classe pour l'inclusion scolaire » (CLIS) est remplacée par « unité localisée pour l'inclusion scolaire - école » (ULIS école)

L'évolution des modalités de scolarisation et des dispositifs confirment un mouvement inclusif général qui nécessite d'être accompagné

Le nombre et la part des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire est en hausse grâce à une diversification des modalités de scolarisation

La mise en place de la loi du 11 février 2005 a permis le développement de l'inclusion des enfants en situation de handicap au sein de l'enseignement ordinaire. Ainsi le nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire a augmenté de 16% en Bourgogne depuis 2011 passant de 5 600 élèves à plus de 6 500 élèves en 2014.

Evolution du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire depuis 2011 (base 100)



Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2011 à 2014

La Saône-et-Loire recense près de la moitié des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire de la région. Cette prédominance s'est dessinée entre 2012 et 2013, période durant laquelle le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire a augmenté de 15% contre seulement 9% pour l'ensemble de la région.

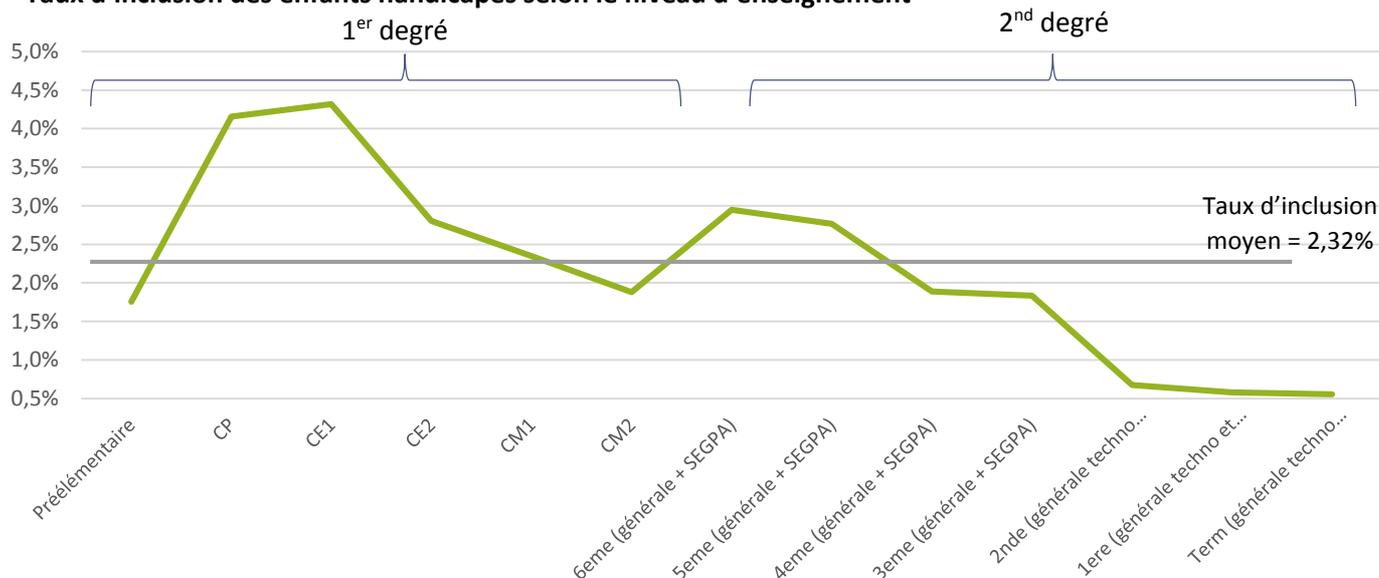
Cette tendance semble s'atténuer depuis les dernières années car le département connaît une évolution plus faible que les autres départements bourguignons. Ainsi le département de Côte d'Or présente une augmentation de la scolarisation des élèves handicapés de 26% depuis 2011, soit dix points de plus que l'ensemble de la région.

Cette évolution se traduit également au travers du « taux d'inclusion » des élèves en situation de handicap (ce taux rapporte la présence d'élèves handicapés parmi l'ensemble des élèves scolarisés en milieu ordinaire). Il était de 1,87 élève handicapés pour 100 élèves en 2009 et atteint 2,32% en 2014. Ce taux régional est supérieur au taux d'inclusion national qui s'élève à 2,03%. Le département de Saône-et-Loire se démarque une nouvelle fois avec le taux d'inclusion le plus élevé (3,24%), quand celui de la Côte-d'Or est de 1,69%.

Cette inclusion n'est cependant pas acquise et varie selon le niveau d'enseignement

La scolarisation en milieu ordinaire des élèves handicapés est plus importante dans le premier degré que dans le second (2,56% contre 2,03% de la population scolaire). Le taux d'inclusion des élèves handicapés atteint son niveau le plus important (4,32%) en CE1, correspondant à la fin du cycle 2. A l'issue de ce niveau, il chute à 2,8% marquant une réelle rupture. Au-delà, ce taux remonte en classe de 6^{ème} puis baisse de manière progressive pour atteindre 1,59%. Une seconde rupture se dessine à l'issue du collège avec un taux d'inclusion de 1% au lycée.

Taux d'inclusion des enfants handicapés selon le niveau d'enseignement

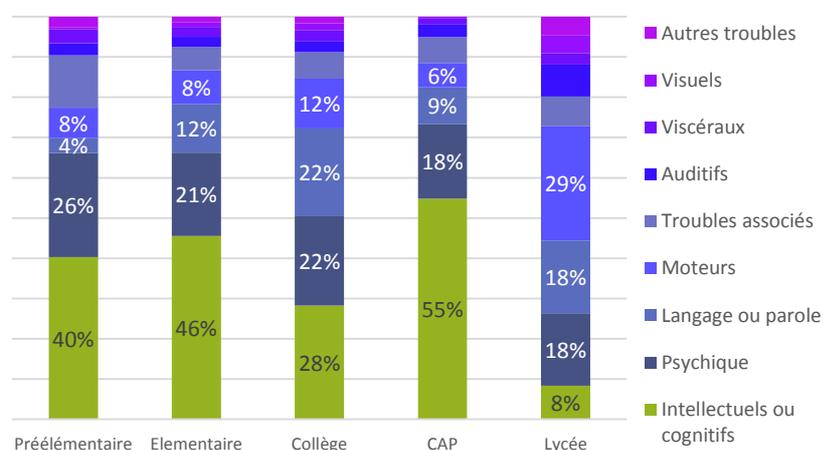


Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014/2015

Concernant l'enseignement du second degré, le taux d'inclusion des enfants handicapés est plus important au sein des enseignements professionnels. Ainsi 1,5% des élèves suivant un CAP sont en situation de handicap contre moins de 1% au sein des enseignements généraux ou technologiques.

La scolarisation en milieu ordinaire varie également selon le type de troubles de l'élève

Répartition des enfants en situation de handicap par type de handicap au cours de la scolarité



Dans le cadre de l'enquête nationale sur la scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire, les élèves sont répertoriés par grands types de troubles (voir encadré ci-dessous). Les troubles les plus présents sont les troubles intellectuels et cognitifs (41%). Ils concernent 40% des élèves scolarisés à un niveau préélémentaire, mais plus que 8% des élèves handicapés au lycée.

Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014/2015

Le taux d'inclusion des enfants présentant des troubles intellectuels et cognitifs est ainsi très impacté par l'élévation du niveau d'enseignement. Ces élèves sont néanmoins très présents dans les classes de niveau CAP (55%).

La présence des enfants présentant des troubles psychiques est également, mais dans une moindre mesure, impactée par l'élévation du niveau d'enseignement. En classe préélémentaire, ils représentent plus d'un enfant handicapé sur quatre scolarisés en milieu ordinaire. Leur présence diminue au fur et à mesure de l'augmentation du niveau d'enseignement pour atteindre 18% des enfants handicapés scolarisés au lycée.



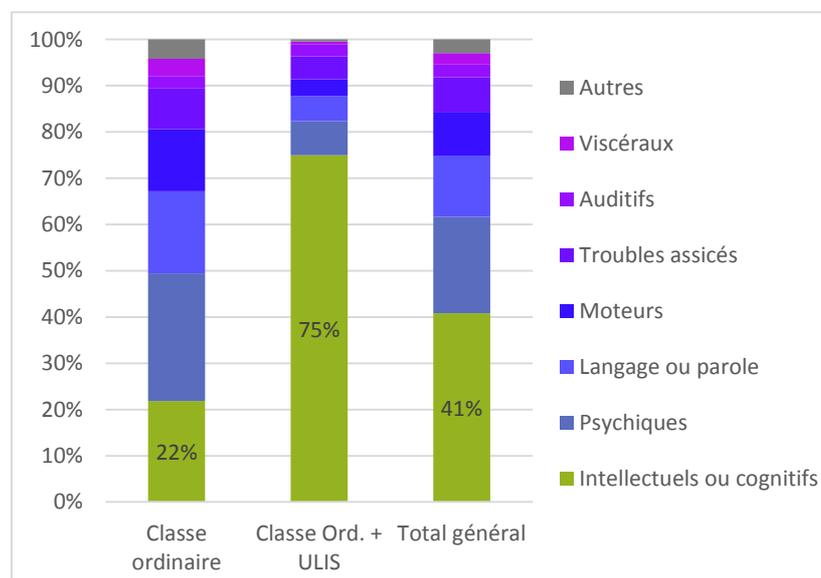
L'enquête nationale sur la scolarisation des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire est renseignée chaque année par les enseignants référents. La catégorisation par type de troubles suppose que soit posé et connu un diagnostic précis ce qui n'est pas toujours le cas (en particulier dans les premiers temps suivant l'apparition des troubles). Les catégories de types de troubles ne correspondent pas aux classifications « habituelles » du handicap. Elles peuvent conduire à regrouper des situations assez diverses et ne pas permettre d'en identifier certaines, le principal exemple étant celui des troubles envahissants du développement qui n'apparaissent pas en tant que tels.

Quelques précisions sur ces catégories :

- La notion de « **troubles intellectuels** et cognitifs » a une valeur descriptive, mais elle peut recouvrir des diagnostics très différents. Les troubles envahissants du développement (TED), dont l'autisme, sont répertoriés dans cette catégorie.
- La catégorie des « **troubles psychiques** » recouvre les troubles de la personnalité, les troubles du comportement.
- L'appellation « **troubles du langage et de la parole** » est utilisée uniquement lorsque l'élève manifeste un trouble du langage oral, ou du langage écrit non imputable à une autre cause avérée : dyslexie, dysphasie ...
- Les « **troubles moteurs** » intègrent notamment les dyspraxies.
- Les « **troubles sensoriels** » concernent les troubles auditifs ou visuels.
- La catégorie « **troubles associés** » n'est utilisée que pour les enfants dont les différents troubles semblent de même importance, sinon, c'est la déficience principale qui est codée.

La scolarisation des élèves en situation de handicap se fait de manière privilégiée au sein d'une classe ordinaire (57%). Certains départements favorisent davantage ce mode de scolarisation. Ainsi les deux tiers des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire en Saône-et-Loire le sont dans une classe ordinaire. Cette particularité départementale peut s'expliquer par un taux d'équipement en établissements médico-sociaux plus faible qu'ailleurs : il est en effet de 5,9 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 6,85‰ en Bourgogne.

Répartition des troubles accueillis selon le mode de scolarisation



La diversification des modes de scolarisation permet de répondre à une diversité de troubles. Les dispositifs ULIS accompagnent ainsi davantage des élèves présentant des troubles intellectuels ou cognitifs (3/4) quand ils ne sont que 22% dans les classes ordinaires. Ces dernières accueillent une diversité de troubles beaucoup plus importante. Les élèves présentant des troubles moteurs sont davantage (80% d'entre eux) scolarisés au sein d'une classe ordinaire.

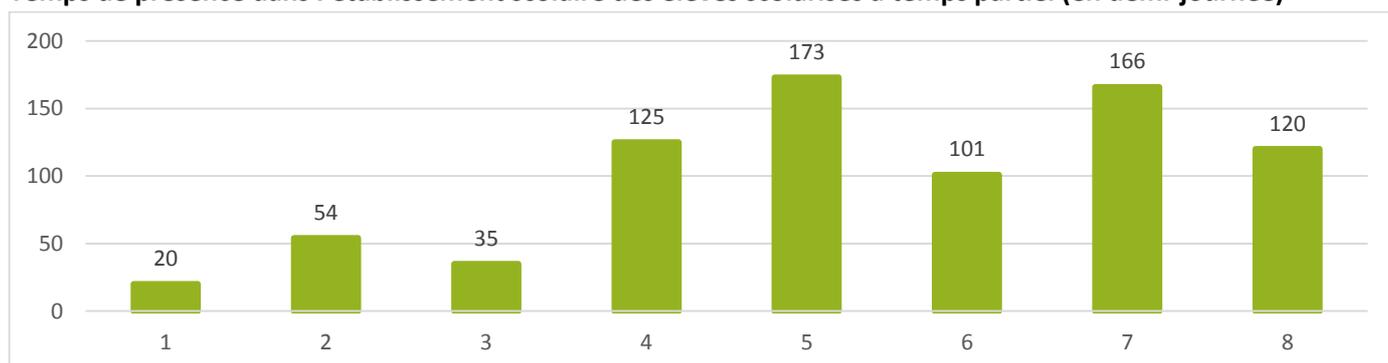
Source : Ministère de l'Éducation nationale, DEPP - année 2014/2015

Certains enfants scolarisés en milieu ordinaire ne le sont que partiellement

Les élèves handicapés peuvent être scolarisés à temps complet ou à temps partiel dans l'établissement scolaire. La scolarisation à temps complet (neuf demi-journées par semaine) reste privilégiée en Bourgogne, et concerne ainsi près de 90% des élèves handicapés lors de la rentrée 2014. Cette scolarisation est davantage pratiquée dans le département de l'Yonne qui compte 95% des élèves scolarisés à temps complet contre 77% en Côte d'Or. Lors de la rentrée 2011 la scolarisation à temps complet ne concernait que 86% des élèves handicapés.

En 2014-2015, près de 800 élèves handicapés sont scolarisés à temps partiel dans un établissement scolaire en Bourgogne. Ils y sont présents en moyenne 5,5 demi-journées par semaine. La récente loi sur les rythmes scolaires rend difficile l'observation de l'évolution de ces données dans le temps.

Temps de présence dans l'établissement scolaire des élèves scolarisés à temps partiel (en demi-journée)



Source : Ministère de l'Éducation nationale, DEPP - année 2014

Lecture : 173 élèves en situation de handicap sont scolarisés 5 demi-journées par semaine dans l'établissement scolaire.

30% de ces élèves scolarisés à temps partiel dans l'établissement scolaire bénéficient d'un autre lieu de scolarisation. Celui-ci est, pour la grande majorité d'entre eux, une unité d'enseignement d'un établissement hospitalier ou d'un établissement médico-social.

Ainsi 550 élèves, scolarisés à temps partiel en milieu ordinaire, ne disposent d'aucun autre mode de scolarisation afin de compléter leur temps de scolarisation.

Les constats d'une évolution vers la diversification

Les unités localisées pour l'inclusion scolaire

Depuis le 1^{er} septembre 2015, les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) regroupent l'ensemble des dispositifs pour l'inclusion des élèves en situation de handicap dans les premier et second degrés.

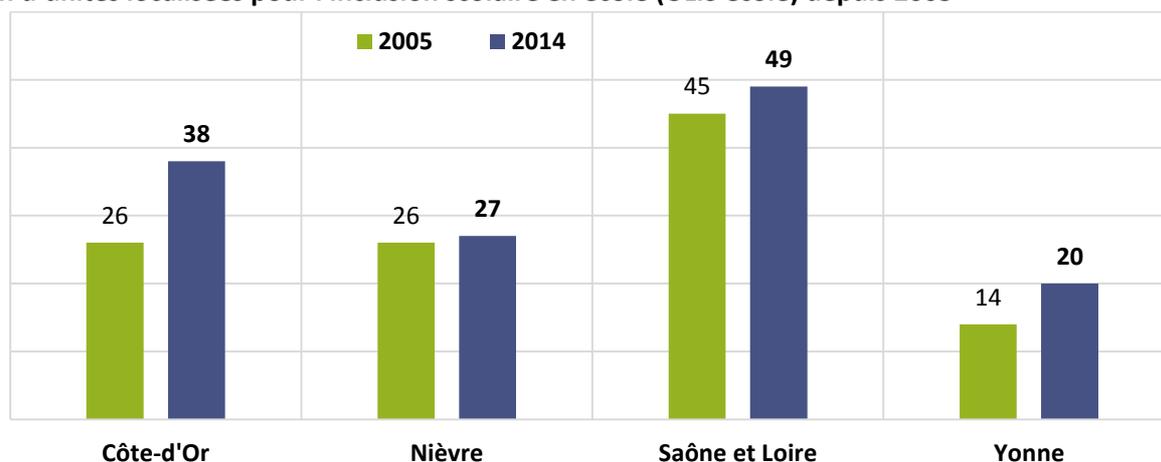
« A compter du 1^{er} septembre 2015, qu'ils soient situés dans une école, un collège ou un lycée, tous les dispositifs de scolarisation des établissements scolaires destinés aux élèves en situation de handicap sont dénommés unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : ULIS-école, ULIS-collège et ULIS-lycée. » (Circulaire du 21 août 2015)

Avant cette date, deux types de dispositif pour l'inclusion se distinguaient : les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) dans le 1^{er} degré et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) dans le 2nd degré.

Ces dispositifs ont connu en Bourgogne un fort développement au cours des dernières années, en particulier depuis la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Dans le 1^{er} degré

Création d'unités localisées pour l'inclusion scolaire en école (ULIS école) depuis 2005



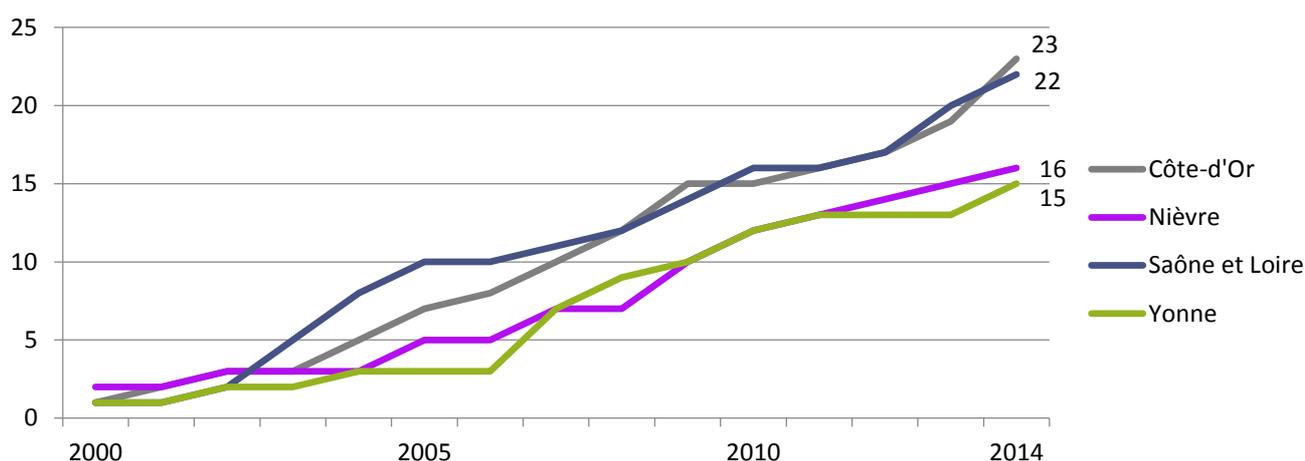
Source : Ministère de l'Éducation nationale

Au cours des dix dernières années la Bourgogne s'est dotée de 23 ULIS école (ex CLIS) supplémentaires passant ainsi de 1 pour 19 à 1 pour 14 écoles. Ainsi en 2014, la région compte 134 ULIS école réparties sur l'ensemble des départements. Le taux d'équipement en ULIS école diffère néanmoins selon les territoires : le département de la Nièvre bénéficie du taux le plus élevé avec un dispositif pour 8 écoles quand le département de l'Yonne n'en compte qu'un pour 21 écoles.

Dans le 2nd degré

Cette augmentation concerne également les unités localisées pour l'inclusion scolaire dans le 2nd degré.

Création d'unités localisées pour l'inclusion scolaire au collège et au lycée depuis 2000



Source : Rectorat

Si l'on observe le dispositif depuis sa création (circulaires de 1995 et 2001 relatives aux UPI), on peut noter une augmentation constante en Bourgogne, et plus précocement en Saône-et-Loire.

Pour les autres départements, une augmentation massive est notée à partir de 2005, en particulier dans l'Yonne qui ne comptait que trois ULIS en 2005 et a multiplié par quatre ces dispositifs. L'équipement régional a triplé depuis 2005, le nombre d'ULIS passant de 25 à 75 ULIS en 2014.

Le département présentant le taux d'équipement en ULIS le plus important est là encore la Nièvre avec une ULIS collège ou lycée pour trois établissements. En 2014, la Bourgogne compte en moyenne une ULIS pour quatre établissements du second degré.

L'implantation des unités localisées pour l'inclusion dans le 2nd degré

	Collège	Lycée	Lycée professionnel	Nombre total d'ULIS 2 nd degré	Effectifs rentrée 2014
Côte-d'Or	19	3	1	23	192
Nièvre	14	2	0	16	146
Saône-et-Loire	16	0	6	22	242
Yonne	12	0	3	15	169
Académie	61	5	10	76	749

Source : Rectorat – année scolaire 2014-2015

Au regard du lieu d'implantation, on observe que la région ne compte encore que peu d'ULIS en lycée d'enseignement général (aucune en Saône-et-Loire ni dans l'Yonne).

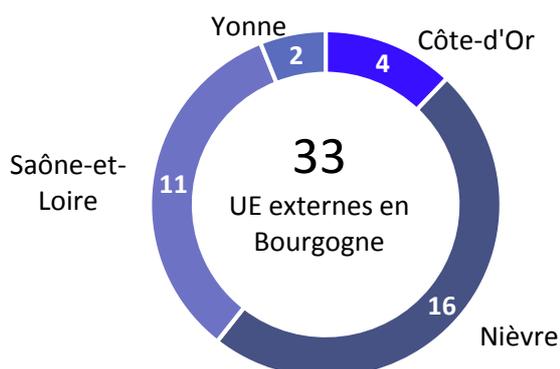
Les unités d'enseignement externes

Faisant suite à la loi du 11 février 2005, le décret du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements de l'Education et les établissements et services médico-sociaux, précise « les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement ».

Ce dispositif permet d'assurer la scolarisation de l'élève en situation de handicap nécessitant un accompagnement par un établissement médico-social. Une unité d'enseignement peut ainsi être mise en place au sein même de l'établissement médico-social, les unités d'enseignement internes, ou ouvertes au sein d'une école ou d'un établissement scolaire (unités d'enseignement externes).

L'externalisation d'unités d'enseignement, dont le développement est une priorité partagée de l'agence régionale de santé et de l'Education nationale, permet un réel décloisonnement des deux « secteurs », par un développement des ressources spécialisées au sein du milieu scolaire ordinaire. Pour l'élève, il assure une scolarisation plus adaptée en même temps qu'un accueil de droit commun.

Les unités d'enseignement (UE) externes en Bourgogne en 2014



La région compte en 2014 une trentaine d'unités d'enseignement dont la moitié se situe dans la Nièvre.

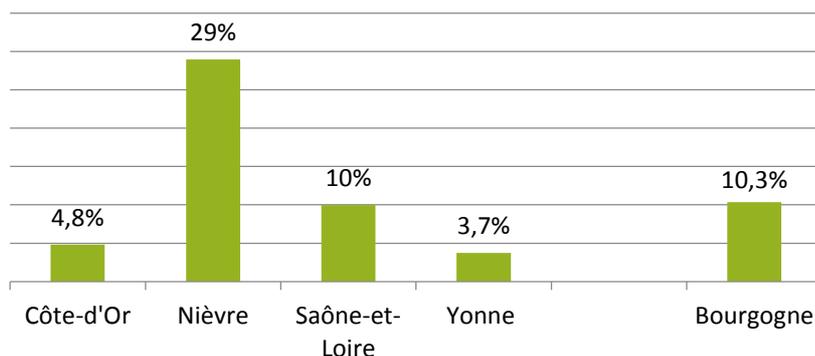
Pour l'année scolaire 2014-2015, ces 33 UE externes scolarisent 270 élèves.

Source : Ministère de l'Education nationale - année 2014

Ces données nécessitent d'être utilisées avec prudence : les différentes unités d'enseignement externalisées recensées en Bourgogne ne recouvrent pas les mêmes réalités. C'est d'ailleurs ce qu'indiquait récemment un rapport conjoint de la direction générale de l'enseignement scolaire, de la direction générale de la cohésion sociale et de la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie.⁶

Depuis août 2015, un cahier des charges national vise à harmoniser le fonctionnement des UE externes.

La part des enfants scolarisés dans le cadre des unités d'enseignement externes parmi les enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux



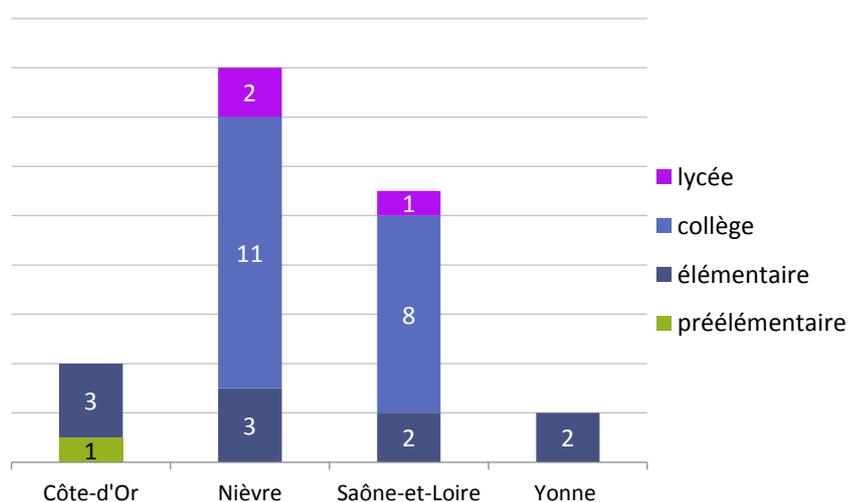
Source : Rectorat – année scolaire 2014-2015

Les 270 élèves scolarisés dans le cadre des UE externes pour l'année 2014-2015 représentent près de 10% des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux de Bourgogne. Les écarts sont très importants puisqu'une UE externe accueille entre 3 et 20 élèves.

On observe de fortes disparités entre départements, cette part variant de 3,7% (pour l'Yonne) à près de 30% (dans la Nièvre).

Lieux d'implantation des unités d'enseignement externes

Les unités d'enseignement externes peuvent se situer dans tous les établissements du 1^{er} et du 2nd degré (de manière plus spécifique dans les écoles préélémentaires pour les troubles envahissants du développement).



Source : Rectorat – année scolaire 2014-2015

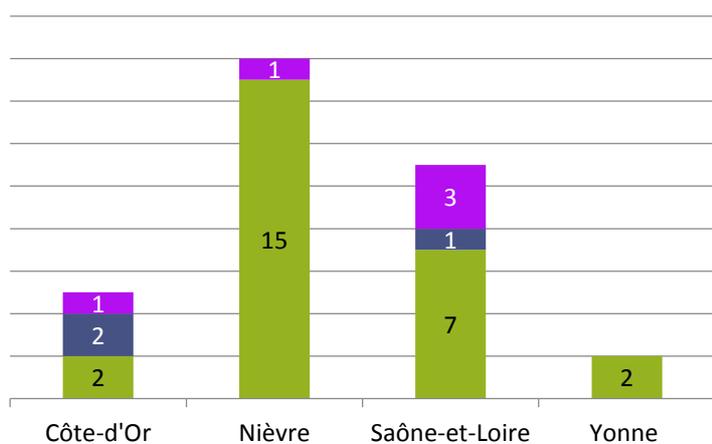
19 UE externes sont implantées dans les collèges de la Nièvre et de Saône-et-Loire.

En revanche la Côte d'Or et l'Yonne ne comptent avant la rentrée scolaire 2015 encore aucune unité d'enseignement implantée dans le 2nd degré du milieu ordinaire.

L'UE préélémentaire a été créée dans le cadre du 3^e plan autisme (voir infra dans la partie « 1^{ère} scolarisation »)

⁶ CNSA, DGESCO, DGCS : « Les unités d'enseignement externalisées des établissements et services médico-sociaux », mars 2015

Les troubles accueillis par les unités d'enseignement externes



■ TCC
■ TED
■ TFC

La majorité des unités d'enseignement de la région accueille des élèves présentant des troubles des fonctions cognitives.

Source : Rectorat – année scolaire 2014-2015

TCC : Troubles du comportement et de la conduite

TED : Troubles Envahissants du développement

TFC : Troubles des fonctions cognitives



Saône-et-Loire : Collège Jean Moulin à Montceau-les-Mines : Classe tremplin

Présentation

Ce dispositif n'est pas spécifique aux élèves handicapés, mais son fonctionnement traduit un principe d'adaptation qui peut être très bénéfique pour ce public.

La classe tremplin est un dispositif qui permet à des jeunes en difficultés entrant au collège de bénéficier de plus de temps et de pratiques pédagogiques innovantes pour réussir l'intégration en classe de 4^{ème}. Il existe trois classes tremplins (1, 2 et 3) de 16 élèves qui correspondent au niveau scolaire 6^{ème} et 5^{ème}. Le projet propose donc de répartir les compétences à acquérir en 6^{ème} et 5^{ème} sur 10 trimestres. L'évaluation s'effectue par compétence et sans note (comme cela est le cas depuis 5 ans dans toutes les classes de 6^{ème} du collège). Un projet culturel important s'articule avec le programme grâce à la participation d'associations et de structures culturelles (conteuse).

Les élèves concernés par la classe tremplin sont des élèves de 6^{ème}, ne relevant pas de SEGPA, en difficulté et ayant validé peu de compétences du palier 2. C'est au cours de la classe de CM2 que les professeurs des écoles ont le devoir de repérer les jeunes susceptibles d'intégrer le programme. Les enseignants du 1^{er} degré ainsi que les services médico-sociaux sont sollicités pour le recrutement d'élèves correspondant aux objectifs du programme.

Résultats

Ce dispositif permet de redonner confiance aux élèves qui entrent au collège avec des bases fragiles en les consolidant dans le temps plutôt que d'opter pour le redoublement d'une classe qui est souvent accompagné d'un sentiment d'échec pour l'élève. Il permet également de lutter contre le décrochage scolaire en traitant les difficultés dès l'entrée au collège.

Tous les élèves ont validé et consolidé les compétences du palier 2 et ont donc abordé le palier 3 avec plus de confiance et de réussite. Les progrès concernant la lecture et l'écriture sont les plus remarquables.

Ce dispositif, nécessitant un travail d'équipe chez les enseignants, leur permet de plus travailler ensemble et par conséquent d'harmoniser leurs pratiques dans la gestion des difficultés des élèves. Ces enseignants élargissent également ces nouvelles pratiques aux autres classes dont elles ont la charge.

De manière générale, ce dispositif permet d'introduire la question de la personnalisation des parcours des élèves selon leurs difficultés et donne une meilleure image de l'établissement. Cela a pour conséquences une plus grande confiance de la part des parents et une diminution du phénomène d'évitement des difficultés.

Source : Expérithèque, Bibliothèque des expérimentations pédagogiques. Ministère de l'éducation nationale.

Projet de l'inspection académique de l'Yonne : Favoriser la scolarisation en milieu ordinaire

Ce programme permet d'utiliser un dispositif de capture numérique instantané sans fil et léger, permettant de rendre accessible en temps réel aux élèves déficients visuels l'ensemble des contenus écrits par les enseignants sur les tableaux ordinaires (blancs ou à craies). Ce dispositif plus performant vise à remplacer les systèmes actuels présentant des contraintes (manutention délicate et permanente, encombrement, cout). Chacune des traces écrites peut être annotée et conservée sur l'ordinateur portable de l'élève pour être retravaillée à l'issue des cours. Pour le moment, entre 3 et 10 élèves sont concernés.

Source : Expérithèque, Bibliothèque des expérimentations pédagogiques. Ministère de l'éducation nationale.

Saône-et-Loire - Collège Victor Hugo à Lugny : Dispositif d'aide aux troubles d'apprentissage en Collège (DATAC)

Le dispositif DATAC a pour objectif de donner à des élèves présentant certaines pathologies rendant leurs apprentissages difficiles (dyslexie, dyspraxie...) le plus de moyens possibles pour suivre leur scolarité. Ces aménagements permettent notamment, de maintenir une attention suffisante pendant les cours, de sortir de cours avec une trace écrite fidèle, de développer une image positive de soi, de bénéficier de temps supplémentaire pour travailler la mémorisation et de développer autant que possible des stratégies de compensation. Les élèves « dys » de deux classes de 6^{ème} et deux classes de 5^{ème} sont concernés par ce dispositif.

Source : Expérithèque, Bibliothèque des expérimentations pédagogiques. Ministère de l'éducation nationale.

Ces dispositifs ont été évoqués lors des échanges des groupes ressource départementaux sur le thème de la diversification des modalités de scolarisation. Il s'agit d'expériences recensées par la bibliothèque des expérimentations pédagogiques « Expérithèque » de l'Education nationale.

Il existe d'autres dispositifs originaux développés par le secteur médico-social, qui n'ont pas fait l'objet d'un recensement dans le cadre de cette évaluation. On peut mentionner par exemple :

- le DAS en Saône-et-Loire : Dispositif d'accompagnement spécifique expérimental rattaché à l'ITEP de Buxy)
- le SAIP en Côte-d'Or : dispositif expérimental créé en 2010, qui propose à tout élève handicapé une démarche d'apprentissage en alternance alliant stages et formation, à la fois dans des dispositifs de droit commun et en ESAT,
- le pôle d'insertion et service d'appui aux CFA géré par les PEP 21.

L'accompagnement du mouvement inclusif est nuancé

Des moyens davantage mobilisés par l'Education nationale

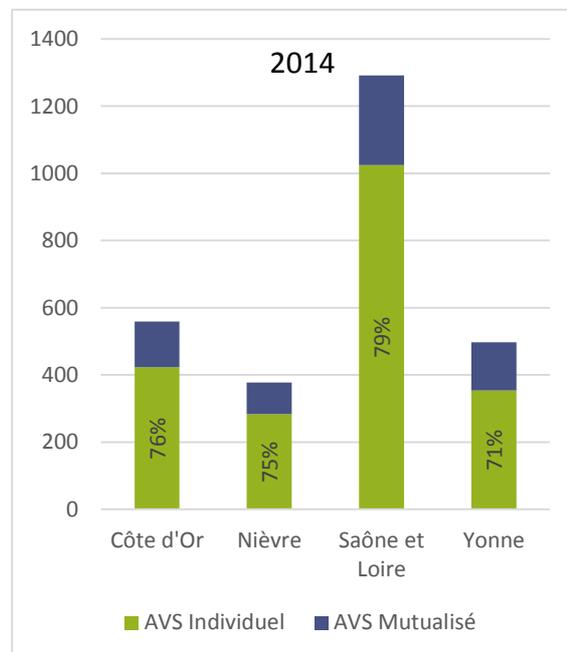
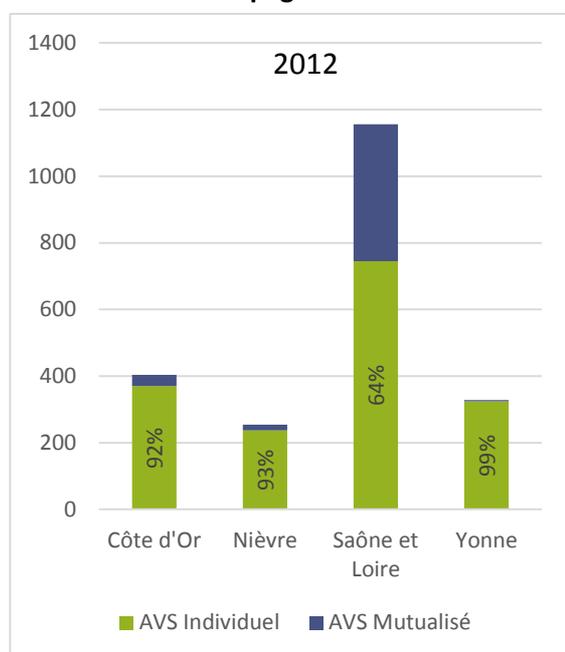
Afin d'accompagner l'inclusion des élèves handicapés dans le milieu ordinaire différents moyens sont mobilisés par l'Education nationale. Ces moyens peuvent être matérialisés sous différentes formes :

1. présence d'un accompagnant d'élèves en situation de handicap (AESH)⁷,
2. aménagement matériel spécifique dans l'école ou l'établissement scolaire,
3. recours à un matériel pédagogique adapté pour l'élève,
4. recours à un mode de transport spécifique.

1- Les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH)

Afin de faciliter la scolarisation des enfants et adolescents présentant un handicap ou un trouble, la présence de personnels remplissant les fonctions d'AESH peut être préconisée par la CDAPH. Il existe ainsi deux types d'aide humaine en fonction des besoins de l'élève : l'aide individuelle et l'aide mutualisée.

Evolution de l'accompagnement AVS entre 2012 et 2014



Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014

Lecture : En 2012, 1156 élèves en Saône-et-Loire sont accompagnés par un AESH. 64% des accompagnements se fait par un AESH individuel.

L'évolution du nombre d'élèves en situation de handicap a entraîné une augmentation des accompagnements. En 2012, 37% des élèves handicapés bénéficiaient d'un accompagnement contre 42% en 2014. Cet accompagnement se fait de manière privilégiée par un AESH individuel (pour 3/4 des élèves). Ces dernières années l'accompagnement par un accompagnant mutualisé s'est développé dans les départements de Côte-d'Or, de la Nièvre et de l'Yonne. Le département de la Saône-et-Loire mobilisant de manière très marquée cet accompagnement en 2012 a, dans un courant inverse, développé davantage l'accompagnement individuel.

⁷ Depuis 2014 l'appellation « AESH » recouvre tous les auxiliaires de vie scolaire (AVS), assistants d'éducation ou contrats aidés. Décret du 27 juin 2014 et circulaire du 8 juillet 2014 relative aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap

Le nombre important d'AESH en Saône-et-Loire est lié à celui des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire. Quoiqu'il en soit le taux d'enfants accompagnés par un AVS dans le département est conforme au taux régional (42%).

L'Yonne mobilise davantage cette ressource avec près de la moitié des enfants handicapés accompagnés. C'est également le département, avec la Nièvre, qui présente la plus forte augmentation de la mobilisation des AESH au cours des trois dernières années (+12 points).

En 2014, 72% des élèves accompagnés par un AESH le sont à temps partiel (l'accompagnement effectif ne porte que sur une partie du temps scolaire). Le temps d'accompagnement est spécifié par la CDAPH.

L'accompagnement des élèves handicapés pose diverses questions, qui seront évoquées dans les parties suivantes. La principale difficulté (qui consiste en un paradoxe) réside dans le fait que le statut et la formation de ces accompagnants, bien qu'ayant fait l'objet d'améliorations sensibles en 2014, ne semblent pas à la hauteur de l'importance – quantitative et qualitative – de leur présence auprès des élèves. Le rôle de l'AESH relève à la fois de l'accessibilité du milieu ordinaire et de la compensation des conséquences du handicap.

2- Les aménagements spécifiques

L'établissement ou la classe accueillant un élève handicapé peut se doter de matériel spécifique pour assurer la scolarité de l'enfant. Cet aménagement n'est que peu utilisé en Bourgogne car moins de 5% des élèves bénéficient d'un tel aménagement. L'aménagement du lieu de scolarisation concerne principalement les troubles moteurs. Ainsi près de la moitié des élèves bénéficiant de cet aménagement présentent un trouble moteur.

Au-delà de ces aménagements, il convient d'évoquer ici la question de l'accessibilité des établissements scolaires qui n'est pas encore généralisée. Le rapport du défenseur des droits de 2014 sur les « temps de vie scolaire et périscolaire des enfants en situations de handicap » indique que si l'accessibilité des établissements recevant du public est une obligation légale, près d'un quart des parents interrogés (23%) considèrent que « celle-ci doit être améliorée pour les structures scolaires et périscolaires accueillant des élèves handicapés ou à mobilité réduite ». Dans le même sens, selon le rapport annuel de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement⁸, un quart des écoles primaires construites depuis 2008⁹ ne serait pas accessible selon les règles en vigueur pour l'accueil des élèves handicapés. Ces éléments ne sont pas disponibles pour la Bourgogne.

Pour autant des efforts significatifs sont observés, et un parent interrogé souligne l'implication de la commune.



*Avant sa 1ère rentrée en maternelle, la commune a construit une rampe d'accès sans qu'on ait à le demander.
Puis avant son arrivée en CP, ils ont équipé l'école d'un ascenseur.*

⁸ Enquête réalisée à partir d'un questionnaire succinct adressé par mail aux directeurs et directrices des écoles publiques et privées (53 800 envois)

⁹ Le choix de 2008 permet d'observer les effets de la loi de 2005, puisqu'il tient compte du délai d'instructions des demandes de permis de construire, celles-ci devant depuis le 1^{er} juillet 2007 respecter les règles d'accessibilité.

3- Le matériel pédagogique adapté

Certains élèves en situation de handicap ont besoin de recourir à un matériel pédagogique spécifique afin de suivre une scolarisation en milieu ordinaire : ordinateur, plage en braille, périphérique adapté, loupe...

En Bourgogne 10% des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire bénéficient d'un matériel pédagogique adapté. Les troubles nécessitant cet aménagement sont majoritairement les troubles sensoriels. Ainsi 60% des élèves présentant des troubles de la vision bénéficient de matériels pédagogiques spécifiques. Les élèves présentant des troubles moteurs recourent aussi pour beaucoup (40%) à un matériel adapté.

D'un point de vue qualitatif, plusieurs parents interrogés dans le cadre de cette mission ont formulé certaines critiques ou insuffisances en la matière.



On peut cependant mentionner une volonté de modernisation du gouvernement sur ce point. Depuis mars 2014, l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'éducation nationale est d'ailleurs modifiée pour se doter d'une Direction du numérique pour l'éducation.

4- Le transport adapté

20% des élèves handicapés de Bourgogne nécessitent un mode de transport spécifique afin de rejoindre leur lieu de scolarisation. Ce type d'accompagnement bénéficie à tout élève sans distinction selon le trouble.

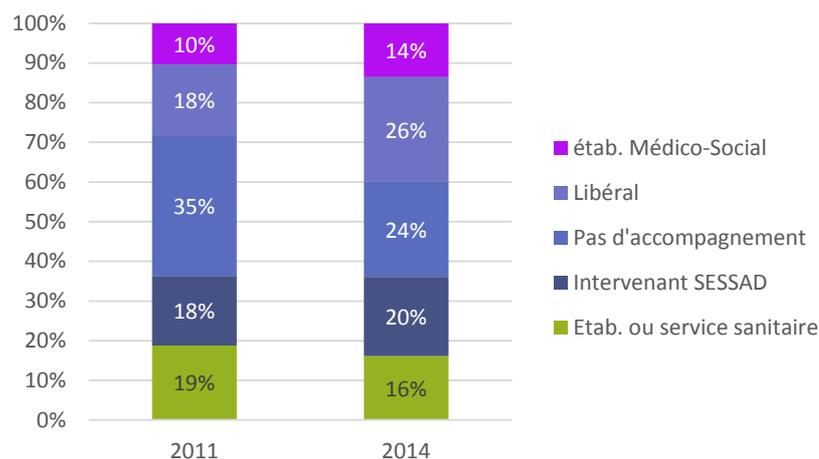
L'accompagnement sanitaire et médico-social

L'élève peut également bénéficier d'un accompagnement dispensé par des professionnels rattachés à un établissement ou service hospitalier ou médico-social, ou par des intervenants externes, au sein ou non de l'établissement scolaire :

- intervenants d'un établissement ou service sanitaire (service hospitalier, hôpital de jour, CMP...),
- intervenants d'un établissement médico-social (IME, ITEP, IMPRO, CAMSP, CMPP...),
- intervenants rattachés à un service d'accompagnement médico-social (SESSAD, SSAD, SAAAIS, SSEFIS),
- intervenants libéraux.

En 2014, les trois quarts des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire en Bourgogne bénéficient d'un accompagnement spécifique.

Accompagnement des élèves en situation de handicap



Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2011 et 2014

Cet accompagnement se fait de manière privilégiée par un intervenant libéral (35%) ou par un SESSAD (26%).

Les élèves de la Côte-d'Or sont davantage accompagnés par des intervenants externes (90%). Cet accompagnement se fait principalement par un SESSAD (42%). Cette particularité départementale s'explique par un taux départemental d'équipement en SESSAD largement supérieur à la moyenne régionale : 5,3 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, pour un taux régional de 3,7‰.

De manière générale, l'accompagnement des élèves handicapés a progressé ces dernières années passant de 65% élèves accompagnés par un intervenant extérieur en 2011 à 76% en 2014. L'accompagnement qui a le plus progressé concerne les intervenants libéraux, représentant 28% des accompagnements en 2011 et 35% en 2014.

Des enseignants référents de plus en plus sollicités

« La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirme le droit à la scolarisation de tous les élèves handicapés et introduit la notion de parcours de formation. Ce parcours de formation exige un suivi permanent et une analyse constante des conditions de son déroulement. Tant dans l'élaboration et l'actualisation des projets personnalisés de scolarisation (PPS) que dans leur mise en œuvre et leur suivi, l'action éducative est conçue pour s'ajuster au plus près des besoins de chaque élève handicapé. Pour ce faire, dans un secteur déterminé, un enseignant veille aux conditions dans lesquelles se réalise la scolarisation de chaque élève handicapé pour lequel il est désigné comme enseignant référent. » (Cirulaire N°2006-126 du 17 août 2006)

L'augmentation du nombre d'élèves scolarisés en milieu ordinaire a une répercussion sur les enseignants référents de la région. Le nombre d'élèves suivis par chaque enseignant référent est, en moyenne, de 155 en Bourgogne. Ce nombre a augmenté de 10% depuis deux ans. Les enseignants de la Nièvre subissent la hausse la plus importante (+18% depuis 2012), quand le nombre d'élèves suivi en Saône et Loire reste stable. Néanmoins ce département présente le nombre de suivi le plus important avec près de 200 élèves suivis par enseignant.

La formation des enseignants

On peut regretter que la formation des enseignants « ordinaires » n'ait que peu accompagné le développement de la scolarisation des enfants handicapés en classe ordinaire. D'un point de vue qualitatif, cette question est évoquée dans la partie suivante.

La formation initiale des enseignants relève aujourd'hui de l'école supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE). Ce point n'a pas été approfondi dans cette évaluation, mais le Rectorat indique être en lien avec l'ESPE au travers du formateur ASH, ces liens restant à renforcer.

S'agissant de la formation continue, seuls les professionnels de l'adaptation et de la scolarisation des élèves handicapés (ASH) bénéficient systématiquement de formations sur les thèmes relevant du handicap et de

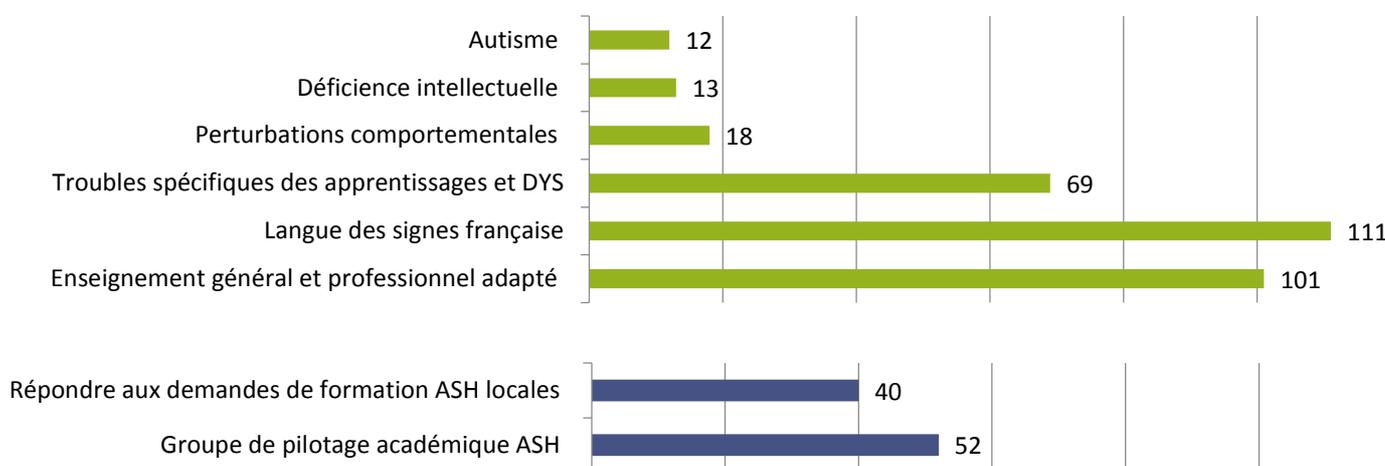
l'adaptation. Il s'agit des inspecteurs de l'Education nationale et des conseillers pédagogiques « ASH », des enseignants spécialisés et des enseignants « faisant fonction » d'enseignant spécialisé, c'est-à-dire intervenant au sein des sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), ou des dispositifs collectifs pour l'inclusion (ULIS), des unités d'enseignement des établissements médico-sociaux ou encore des SESSAD.

Des données quantitatives ont été transmises par le Rectorat, elles concernent les formations continues à destination de ces professionnels dans le 2nd degré.

Pour l'année scolaire 2014-2015 :

- Les sessions ont concerné 214 professionnels, qui ont bénéficié de près de 400 jours de formation.
- Un peu moins de ¾ des convocations (309/423) ont été honorées.
- Les formations ont majoritairement porté sur l'enseignement général et professionnel adapté ainsi que sur la langue des signes française.

Nombre d'inscrits selon les thèmes de formation



Source : Rectorat – année scolaire 2014-2015

Pour tous les enseignants, spécialisés ou non, des formations continues « optionnelles » sont proposées par l'institut d'enseignement supérieur et de recherche sur les handicaps et les besoins éducatifs particuliers (INSHEA), cependant elles ne sont dans les faits pas choisies prioritairement par les enseignants.

L'évolution de la structuration de l'offre est à envisager selon une approche complexe et systémique

L'évolution de l'offre tend, d'une manière générale, vers une « désinstitutionnalisation ».

Le développement actuel majeur de services d'accompagnement de proximité, tels les SESSAD, illustre une évolution de l'offre d'accompagnement vers plus de proximité, plus de mobilité, et une individualisation des réponses. Il répond au mouvement d'inclusion sociale des personnes handicapées, l'approche systémique et environnementale retenue par la loi de 2005, l'introduction des notions de projet de vie, le recentrage du dispositif autour de la personne en situation de handicap.

Ce phénomène, qualifié parfois de désinstitutionnalisation, est impulsé par le niveau national mais surtout européen. Ainsi, le Comité des Ministres de l'Union européenne recommande¹⁰ que « la construction de nouveaux établissements [soit] découragée ; l'action, la planification stratégique et la coordination des pouvoirs publics dans le cadre du processus de désinstitutionnalisation devraient être menées en fonction des axes suivants :

- la prévention du placement en institution et de la prolongation d'un séjour en institution initialement prévu pour durer peu de temps ;
- la désinstitutionnalisation de tous ceux qui se trouvent en institution ;
- la création de services de proximité. »

Depuis 1989¹¹, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont à la croisée de nombreuses tensions, en particulier celles liées à la séparation institutionnelle et culturelle entre le secteur ordinaire et « spécialisé », situant les SESSAD comme « préposés à faire du lien ».

L'agence régionale de santé de Bourgogne a inscrit dans le schéma régional l'objectif du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) concernant un taux cible de désinstitutionnalisation. Ce taux, défini par la part des services dans l'offre globale médico-sociale dans le champ de l'enfance handicapée, est fixé à 28,3% par département¹². Il était globalement atteint en 2011, sauf pour l'Yonne (15%) et dans une moindre mesure la Nièvre (28,2%).

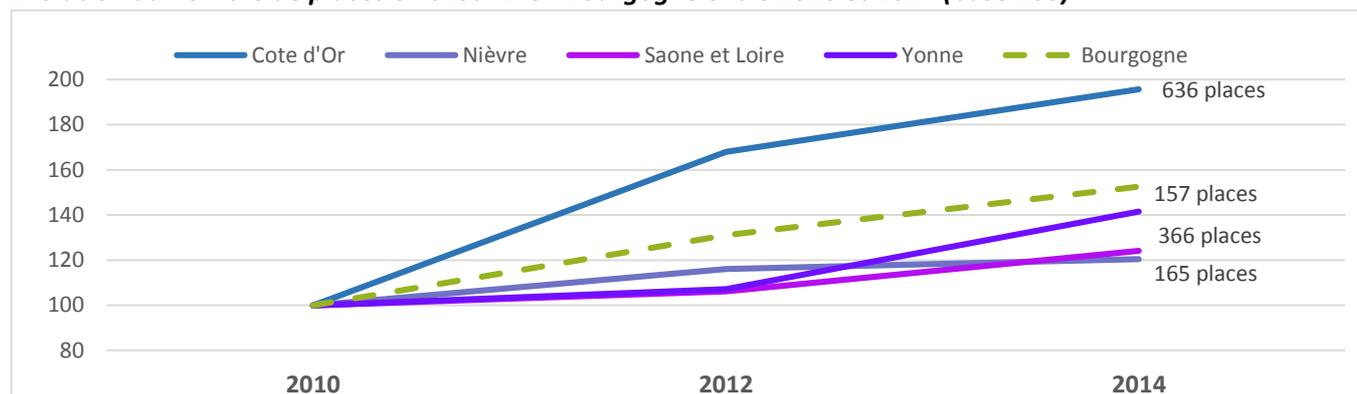
Avec 1 371 places en SESSAD, la Bourgogne a atteint et dépassé ce taux.

¹⁰ Recommandation CM/Rec(2010)2 du Comité des Ministres aux États membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité, adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010

¹¹ décret du 27 octobre 1989 modifiant les annexes XXIV du décret de mars 1956

¹² $P = \text{nombre de SESSAD} / \text{nombre d'IME} + \text{ITEP} + \text{CME} + \text{IEM} + \text{SESSAD} + \text{établissements expérimentaux}$ (chiffres des places financées au 31/12/2011)

Evolution du nombre de places en SESSAD en Bourgogne entre 2010 et 2014 (base 100)



Sources : Statiss 2010, 2012, 2014, DREES

Depuis 2010, le nombre de SESSAD n'a augmenté que légèrement : deux services ont été créés. En revanche, le nombre de places a augmenté de plus de 50%. Cette augmentation concerne l'ensemble des départements de façon plus ou moins importante. Ainsi, le département de la Côte d'Or a vu ses places en SESSAD doubler (le plus souvent par redéploiement de places d'établissements).

Avec 658 places, le département de Côte-d'Or bénéficie du taux d'équipement en SESSAD le plus important (5,34%). Si le taux d'équipement de l'Yonne reste le plus faible de la région (1,96‰) avec seulement 157 places, il se rapproche, grâce à l'ouverture de près de 46 places depuis 2010, du « taux cible » fixé par l'ARS, sans pour autant l'atteindre (225 places).

Le taux de désinstitutionnalisation et le taux d'équipement nécessitent d'être nuancés par plusieurs éléments

Malgré une augmentation des places en SESSAD importante depuis ces dernières années, certains départements connaissent des « tensions » ne permettant pas l'accompagnement de tous les élèves le nécessitant.

Or ces tensions sont difficilement mesurables, compte tenu des difficultés liées à l'observation des besoins, que rappelle le SROMS : cette observation « DEMEURE LACUNAIRE, DU FAIT DE LA COMPLEXITE DE LA NOTION DE HANDICAP ET DES DONNEES TRES PARCELLAIRES, LIEES NOTAMMENT AUX MANQUES EN TERMES DE SYSTEME D'INFORMATION DES MDPH. »

Pour améliorer l'observation des besoins, l'Agence régionale de santé conduit une réflexion partagée avec les maisons départementales des personnes handicapées et l'Education nationale, sur le suivi de la mise en œuvre des décisions d'orientation des Commissions pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), et plus particulièrement des notifications d'orientation vers des établissements et services médico-sociaux. Ce suivi suppose en effet une implication des différents acteurs concernés : institutions (MDPH, ARS, Education nationale) pour l'animation du suivi départemental et la régulation nécessaire, établissements et services médico-sociaux dont on attend une transparence dans la remontée des données (admission, attente) et les critères d'admission.

La Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) travaille d'ailleurs actuellement à un projet de système d'information sur le suivi des décisions d'orientation vers les structures et la gestion des listes d'attente.

Une nécessaire approche transversale

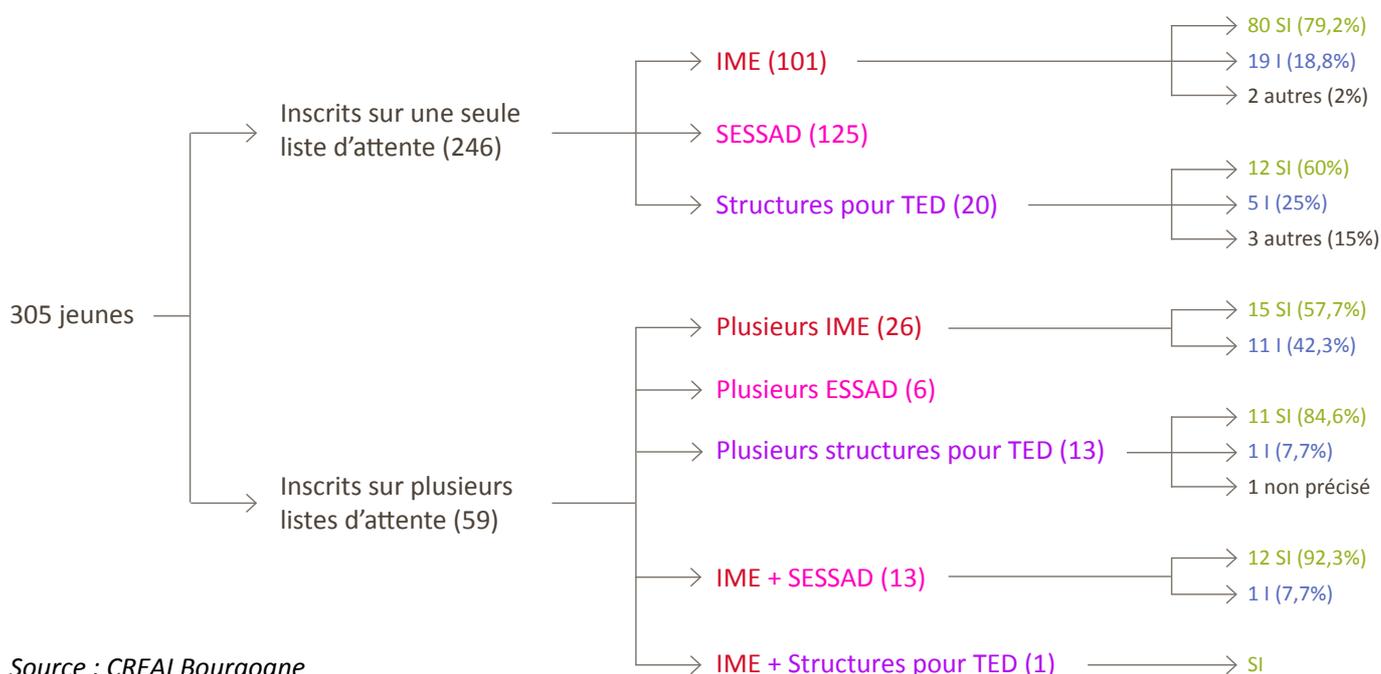
Les acteurs réunis dans les groupes ressources ont souligné certains besoins d'accueil en établissement (en particulier en Saône-et-Loire). Ces besoins (non détaillés ici) semblent traduire le fait que l'objectif inclusif n'est à ce jour pas suffisamment accompagné – quantitativement et qualitativement – par les moyens, l'évolution culturelle et la maturité nécessaires à ce changement profond.

D'autres éléments – non connus à ce jour – pourraient illustrer la tension entre l'offre et les besoins :

- *Les listes d'attente établissements et services médico-sociaux :*

En Côte d'Or, une étude spécifique a été conduite en 2012 par le CREAI de Bourgogne¹³. Les données recueillies auprès de la MDPH indiquent que sur 305 jeunes :

- 140 (soit 45,9 %) étaient en attente d'une place en IME
- 131 (soit 43 %) étaient en attente d'une place en SESSAD
- 34 (soit 11,1 %) étaient en attente d'une place en structure pour TED.



Source : CREAI Bourgogne

- *Les orientations vers les dispositifs collectifs pour l'inclusion (ULIS – ex. CLIS) « par défaut » de places en établissements et services médico-sociaux :*

Le manque apparent de places en établissements et services a également des répercussions sur les dispositifs de l'Education Nationale puisque certains jeunes qui auraient besoin d'une scolarisation en unité d'enseignement ne peuvent y accéder faute de place en IME, et à défaut sont orientés ou maintenus dans des CLIS ou ULIS, voire dans des SEGPA lorsque ces dernières sont elles-mêmes débordées.

- *Les tensions sur le secteur médico-social adulte :*

Celles-ci n'ont pas été analysées ici, mais la pression de la demande sur le dispositif d'accueil et d'accompagnement des personnes adultes handicapées a également des conséquences sur l'observation des besoins dans le secteur de l'enfance, et peut induire des parcours inadaptés pour les jeunes handicapés.

- *Les dispositifs « connexes » (aide sociale à l'enfance, PMI, pédopsychiatrie), pourraient également être pris en compte dans une approche plus globale de l'équipement.*

¹³ Etude de la liste d'attente de la MDPH 21 pour l'ARS Bourgogne – CREAI Bourgogne (février 2013)

Une nécessaire approche infra-départementale

La présente évaluation du projet régional de santé ne prévoyait pas une approche infra-départementale. A titre indicatif, on ne peut citer que quelques éléments issus des analyses documentaires ou encore des échanges lors des entretiens ou des groupes ressources :

- en Côte-d'Or : l'indicateur de pression observé par le CREAMI dans l'étude sur la liste d'attente de la MDPH met en avant l'existence d'une pression particulièrement forte sur les secteurs de Dijon et Beaune.
- Dans la Nièvre, l'est-nord du département (Morvan) ne bénéficie pas d'équipement médico-social
- Dans l'Yonne sont notés des écarts importants entre Nord et Sud du département : le nord d'Auxerre s'apparente à une « 3^{ème} ceinture parisienne » du fait d'une pression parisienne tendant à « repousser les difficultés ». Sur cette zone les besoins sont croissants d'une population en augmentation régulière et paupérisée. Les partenaires ont également indiqué des zones déficitaires (l'Avallonnais et le Senonais) ou en difficulté (le Tonnerrois).

Une approche plus qualitative souligne les avantages fondamentaux de cette diversification ainsi que certaines limites de nature essentiellement culturelle et matérielle

D'une manière générale, ce mouvement inclusif, plus ou moins accompagné, a généré un rapprochement quotidien des pratiques, des cultures du secteur de l'Education nationale et du milieu spécialisé. Des phénomènes de transférabilité et de soutien ont ainsi pu être observés et, si des situations complexes restent aujourd'hui repérées, la plus-value de cette mixité paraît établie pour les différentes parties prenantes.

Néanmoins, si aujourd'hui la « palette des possibles » en termes de scolarisation pour les enfants en situation de handicap semble offrir une large modulation devant permettre une optimisation des parcours scolaires, la souplesse et l'articulation entre ces deux univers restent insuffisamment développées avec pour conséquences principales des scolarisations (au sens large modes, temps, espaces ...) inadaptées et des parcours soutenus/compensés par des professionnels et, aussi et surtout, des familles surinvestis.

Au-delà de ces aspects généraux, il semble important de pouvoir s'approcher plus en détail des effets positifs et négatifs induits par ce mouvement inclusif et soulever les écarts et les manques observés entre la réalité de terrain et le sens de la loi dite Handicap de 2005.

Le tableau suivant présente de manière didactique les avantages et inconvénients de chaque mode de scolarisation soulevés par les différents moyens d'enquête qui ont été mis en œuvre lors de ce travail d'évaluation. Chaque constat fait l'objet d'un développement plus étayé au sein de cette partie tant sur les transformations de fond que l'évolution des pratiques mise en avant par les partenaires et les familles interrogés.

	Forces à exploiter	Faiblesses à améliorer	Points de vigilance
Scolarisation individuelle	<p>Transfert d'outils et de méthodes entre le milieu spécialisé et l'Education nationale</p> <p>Bienveillance des enseignants et des élèves</p> <p>Souplesse du cadre (rythme, durée, fréquence...)</p> <p>Accès au statut d'élève</p> <p>Enfant "tiré vers le haut" dans ses comportements et ses apprentissages</p> <p>Partir des possibilités de chaque enfant et non de ses limitations</p>	<p>Insuffisante mobilisation des acteurs en amont de la rentrée scolaire</p> <p>Favoriser les diversification, la cohérence et l'individualisation des parcours</p> <p>Formalisation insuffisante de l'articulation PPS/PIA (absence de convention)</p> <p>Maintenir l'utilisation de supports pédagogiques et d'évaluation du milieu ordinaire</p> <p>Nécessite une très bonne articulation entre le médico-social et le milieu ordinaire (temps de coordination dédiés)</p> <p>Une bonne connaissance du handicap et de ses conséquences</p> <p>Présence d'un AESH</p> <p>Mise en place de périodes d'essai, de scolarisations progressives</p> <p>Mise en place d'une observation en continue, notamment pour les troubles fluctuants</p> <p>Echanges entre professionnels à tous les niveaux (opérationnels et hiérarchiques) afin de cibler besoins/compétences/motivation de l'élève</p> <p>Prise en compte du point de vue des familles et du jeune</p>	<p>Craintes et représentations des directeurs d'établissement scolaires et médico-sociaux</p> <p>Des classes avec un effectif trop important</p> <p>Des scolarisations conditionnées à l'attribution d'AESH</p> <p>Absence d'AVS sur les temps périscolaires</p> <p>Enseignant parfois insuffisamment préparé, voir nommé par défaut</p> <p>Nécessité de sensibiliser les autres élèves</p> <p>L'établissement scolaire ou l'enseignant peut se sentir en insécurité (besoin d'identifier des ressources)</p> <p>Glissement des compétences du spécialisé vers l'Education nationale</p> <p>Pertes des repères du milieu spécialisé entraînant la perte des bénéficiaires installés</p> <p>Scolarisation a minima avec des temps d'inclusion peu significatif</p> <p>Effet stigmatisant et de concurrence entre le milieu ordinaire et spécialisé</p> <p>Soutenir la socialisation (récréation, cantine, projets ponctuels partagés ...) afin d'éviter les situations de "violence"</p>
SEGPA	<p>Un moyen adapté pour travailler l'inclusion</p> <p>Lieu de transition vers la scolarisation individuelle, notamment pour les jeunes issus d'ITEP</p> <p>Souplesse du cadre (rythme, durée, fréquence...)</p> <p>Une souplesse dans les programmes pédagogiques</p> <p>Des enseignants spécialisés issus du 1^{er} degré</p> <p>Effectifs plus adaptés à une individualisation des projets</p>	<p>Formalisation insuffisante de l'articulation PPS/PIA (absence de convention)</p> <p>Mise en place de périodes d'essai, de scolarisations progressives</p> <p>Mise en place d'une observation en continu, notamment pour les troubles fluctuants</p> <p>Maintenir l'utilisation de supports pédagogiques et d'évaluation du milieu ordinaire.</p> <p>Echanges entre professionnels à tous les niveaux (opérationnels et hiérarchiques) afin de cibler besoins/compétences/motivation de l'élève</p> <p>Prise en compte du point de vue des familles et du jeune</p>	<p>Nécessité de prévoir des temps d'inclusion a minima collectifs (cantine, sorties, sport, projets communs ...) pour éviter la stigmatisation au sein d'une entité à part pour des jeunes dont la principale difficulté réside dans la confiance en eux</p> <p>Importance de sensibiliser / mobiliser les autres élèves et enseignants de l'établissement</p> <p>Effet stigmatisant et de concurrence entre le milieu ordinaire et spécialisé</p> <p>Possibilité réduite de pouvoir bénéficier de temps d'AVS ou de de temps de SESSAD</p> <p>Un mode de scolarisation insuffisamment utilisé pour les élèves handicapés</p>
ULIS¹⁴	<p>Une forte collaboration entre les intervenants</p> <p>Un moyen adapté pour travailler l'inclusion</p> <p>Des effectifs réduits plus adaptés à une individualisation des projets</p>	<p>Echanges entre professionnels à tous les niveaux (opérationnels et hiérarchiques) afin de cibler besoins/compétences/motivation de l'élève</p> <p>Prise en compte du handicap de l'adolescent et en tenir compte dans l'inclusion.</p> <p>Les inclusions doivent être proposées après concertation entre l'ESMS et l'établissement scolaire.</p> <p>Garantir le rôle de chacun, la place du jeune et de sa famille</p> <p>Garantir la confidentialité, le respect de la sphère privée et médicale</p>	<p>Un nombre d'Ulis insuffisant au regard du nombre de Clis</p> <p>Veiller à ce que les projets d'inclusion évoluent et soient significatifs et formalisés</p> <p>Des possibles effets de filière observés</p> <p>Soutenir la socialisation (récréation, cantine, projets ponctuels partagés) afin d'éviter les situations de "violence"</p> <p>Possibilité réduite de pouvoir bénéficier de temps d'AVS ou de de temps de SESSAD</p>

¹⁴ Depuis la circulaire du 21 août 2015, l'appellation « ULIS école » remplace celle de CLIS

	Forces à exploiter	Faiblesses à améliorer	Points de vigilance
UE externalisée	<p>Favorise les échanges entre les professionnels et la famille</p> <p>Enfant "tiré vers le haut" dans ses comportements et ses apprentissages</p> <p>Effectifs plus adaptés à une individualisation des projets</p>	<p>Nécessite une autonomie sociale suffisante</p> <p>Garantir un cadre suffisamment sécurisant</p> <p>Mise en place de périodes d'essai, de scolarisations progressives</p> <p>Faire confiance au projet défini</p> <p>Echanges entre professionnels à tous les niveaux (opérationnels et hiérarchiques) afin de cibler besoins/compétences/motivation de l'élève</p> <p>Favoriser les allers retours entre l'école et l'établissement</p> <p>Insuffisante mobilisation des acteurs en amont de la rentrée scolaire</p> <p>Nécessite une très bonne articulation entre le médico-social et le milieu ordinaire (temps de coordination dédiés)</p>	<p>"Inclusion à tout prix" : maintien des familles dans l'illusion d'une scolarisation ordinaire, parfois au dépend de l'enfant (souffrance, insécurité, sentiment d'échec, non-sens...)</p> <p>Veiller à ce que les projets d'inclusion évoluent et soient significatifs et formalisés</p> <p>Soutenir la socialisation (récréation, cantine, projets ponctuels partagés ...) afin d'éviter les situations de "violence"</p> <p>Des possibles effets de filière observés</p>
UE interne	<p>Souplesse du cadre (rythme, durée, fréquence...)</p> <p>Garder un lien avec l'établissement</p> <p>Espace plus sécurisant permettant d'amener l'enfant à un degré de scolarité et de maintien de leur comportement satisfaisant pouvant permettre à terme de faire évaluer le projet</p> <p>Effectifs plus adaptés à une individualisation des projets</p> <p>L'enseignant dispose de marges de manœuvre pour adapter sa pédagogie</p>	<p>Evaluation pertinente de la part relevant de l'éducatif et du pédagogique au sein du projet</p> <p>Maintenir l'utilisation de supports pédagogiques et d'évaluation du milieu ordinaire.</p> <p>Privilégier le lien entre l'enseignement général et préprofessionnel</p> <p>Participation de l'enseignant à tous les moments institutionnels de l'établissement (réunion de synthèse, réunion de fonctionnement)</p> <p>Nécessite une très bonne articulation entre le médico-social et le milieu ordinaire (temps de coordination dédiés)</p> <p>Développer les temps d'inclusion en concertation</p>	<p>Enseignant parfois insuffisamment préparé, voir nommé par défaut.</p> <p>Enseignants isolés face à des situations difficiles à gérer</p> <p>Pouvoir maintenir un nombre d'heures d'enseignements suffisant afin de garantir l'équité et un travail dans la durée</p> <p>Effet stigmatisant et de concurrence entre le milieu ordinaire et spécialisé</p> <p>Maintenir un cadre classe et être en capacité de rendre compte d'une évaluation scolaire</p> <p>Manque de visibilité sur l'effectivité de la scolarisation pour tous (durée, objectifs)</p> <p>Absence de suivi par un enseignant référent</p> <p>Eloignement de la réalité pour ne pas être confronté à la "norme"</p> <p>Maintenir un cadre classe</p>
Scolarisation intermédiaire/ partagée	<p>Complémentarité entre les modes de scolarisation permettant d'éviter le "tout médico-social" ou le "tout milieu ordinaire"</p> <p>Permet des parcours progressifs et évolutifs autour du projet du jeune</p>	<p>Nécessite une très bonne articulation entre le médico-social et le milieu ordinaire</p> <p>Favoriser les allers retours entre l'école et l'établissement</p> <p>Permettre des inclusions progressives</p> <p>Favoriser la diversification, la cohérence et l'individualisation des parcours</p>	<p>Effet stigmatisant et de concurrence entre le milieu ordinaire et spécialisé</p> <p>Ecart entre l'individualisation des parcours en ESMS et le cadre du milieu ordinaire qui ne dispose pas des mêmes moyens.</p> <p>Maintien des familles dans l'illusion d'une scolarisation ordinaire, parfois au dépend de l'enfant</p> <p>Des projets parfois lourds à porter pour les enfants (emploi du temps, manque de coordination, déchargement sur les familles...)</p> <p>Veiller à ce que les projets d'inclusion évoluent et soient significatifs et formalisés</p> <p>Effet stigmatisant et de concurrence entre le milieu ordinaire et spécialisé</p> <p>Maintien des familles dans l'illusion d'une scolarisation ordinaire, parfois au dépend de l'enfant (souffrance, insécurité, sentiment d'échec, non-sens...)</p>

Des transformations de fond observées

Les effets positifs de la diversification des modes de scolarisation s'observent à des niveaux plus ou moins directs tant pour l'élève lui-même et sa famille, que pour les professionnels impliqués et les autres élèves de l'environnement scolaire.

Il ne s'agit pas dans cette partie de faire état des progrès permis par la loi de 2005, qui ne concernent pas toutes les situations et restent à nuancer, mais de souligner les impacts concrets remontés des différents professionnels et parents rencontrés lors de cette évaluation. En effet, l'exemplarité de certaines situations et collaborations vient renforcer et redonner du sens à cette dynamique inclusive qui, adaptée et bien accompagnée, peut organiser dans l'intérêt de l'enfant un parcours de scolarisation cohérent.

L'enfant challengé au contact du milieu ordinaire

Globalement et si certaines situations de « violence » restent à déplorer, le premier constat partagé par les professionnels et les parents est celui d'une évolution positive du comportement de l'enfant en situation de handicap au contact du milieu ordinaire. Il a en effet été soulevé la disparition ou la diminution de certaines attitudes négatives voire infantiles chez l'élève dès lors qu'il se trouvait au sein d'un établissement scolaire. Principe de l'éducation, vrai chez tous les enfants, ce phénomène d'apprentissage par les pairs ou effet « pygmalion » donne l'opportunité aux enfants en situation de handicap d'accéder à un degré de maturité et de bien-être supérieur nécessaire à la mise en place des dispositions d'apprentissage.

En sus des progrès liés au comportement, il semblerait qu'une scolarisation en milieu ordinaire (à temps plein ou partagé) puisse inciter l'enfant également à atteindre un niveau scolaire supérieur. S'il serait nécessaire de pouvoir approfondir cette hypothèse par un travail d'enquête ad hoc, elle semble cohérente avec les différents retours des professionnels dans la mesure où il reste établi qu'un environnement stimulant et favorisant le bien-être de l'enfant ne peut que favoriser ses apprentissages.

L'ensemble des professionnels ayant suivi des parcours inclusifs d'enfants en situation de handicap s'accorde par ailleurs pour dire qu'il est primordial d'aborder la question des apprentissages à partir des potentialités de l'enfant, de ce qu'il sait déjà faire pour l'emmener vers ce qu'il est en capacité de faire et non de ses limitations.

« L'ENTREE A L'ECOLE EST ATTENDUE DE MANIERE TRES POSITIVE ET PEUT LES [LES ENFANTS] MOTIVER POUR AMELIORER LEURS APPRENTISSAGES OU LEUR COMPORTEMENT »

Extrait enquête ESMS

La scolarisation : au-delà d'un retour à la norme, un moyen de participer à la vie sociale

Plus qu'un retour à la norme « coûte que coûte », objectif souvent facilement attribué aux parents, la scolarisation en milieu ordinaire doit poursuivre en premier lieu l'intérêt de l'enfant et notamment les fins recherchées dans cette scolarisation en particulier. Il s'agit d'aller plus loin que de permettre l'accès au milieu scolaire ordinaire et de défendre et donner les moyens à ces enfants d'accéder globalement à leur vie sociale, par l'acquisition de son statut social d'élève à part entière.

Cela passe notamment par la possibilité donnée à l'enfant d'être scolarisé dans l'école de son quartier ou arrondissement de manière durable afin de lui donner les moyens de bâtir des relations sociales et amicales de proximité.

Pour être atteint, cet objectif, qui va de soi pour n'importe quel enfant, doit être partagé de manière forte par l'ensemble des parties prenantes à la scolarisation et le point de vue de la famille et de l'enfant doit être entendu et pris en compte car c'est un facteur clé de réussite du parcours scolaire. En effet, il s'agit dès la première équipe de suivi de la scolarisation que les professionnels réalisent un diagnostic partagé de la situation actuelle de l'enfant

et de ses objectifs. Si le cadre scolaire n'est pas suffisamment sécurisant, si l'autonomie sociale de l'enfant est encore fragile ou si les conditions de mise en œuvre du projet représentent une charge trop lourde pour l'enfant, il reste primordial que les professionnels accompagnent et proposent aux familles et à l'enfant des solutions argumentées et adaptées. Il ne s'agit en effet pas de mettre en place une "inclusion à tout prix" pour maintenir des familles dans l'illusion d'une scolarisation ordinaire, qui parfois s'organise aux dépens de l'enfant (souffrance, insécurité, sentiment d'échec, non-sens...). Au contraire, le maintien durable en structures spécialisées, si des temps d'inclusion ne sont pas régulièrement envisagés et mis en œuvre, conduit à creuser les écarts à la norme de l'enfant rendant encore plus difficile la confrontation avec la réalité.

« LA DIVERSIFICATION DES MODES DE SCOLARISATION EST UN TREMPLIN VERS LE MILIEU ORDINAIRE ET PERMET AUX JEUNES DE SE REAPPROPRIER LEUR STATUT D'ÉLÈVE CE QUI PERMET DE TRAVAILLER SUR LE PLAN SOCIAL SA RELATION AUX AUTRES. »

Extrait enquête ESMS

Il s'agit également pour l'environnement scolaire de prendre en compte ces éléments particuliers dans l'évaluation de l'enfant. Des règles claires et partagées d'évaluation permettront ainsi à l'enseignant d'éviter les deux biais, malheureusement trop souvent constatés, une bienveillance exagérée ou au contraire des exigences démesurées au regard des compétences de l'élève. Il s'agit pour cela de réfuter de prime abord l'hypothèse selon laquelle les enfants en situation de handicap ne seraient pas évaluables. De manière plus large, cette question aborde la problématique de l'accessibilité de l'enseignement et de ses outils officiels (programme, socle commun, livret de compétences...) pour des enfants handicapés. Or l'effectivité de la scolarisation pour des enfants en situation de handicap dépend de la capacité des professionnels accompagnant l'enfant dans sa scolarisation à le relier à ces outils de références.

Aujourd'hui, que ce soit dans la formation initiale ou dans les outils mis à disposition des enseignants, il n'y a pas ou peu de ressources disponibles pour accompagner les enseignants dans cette démarche d'évaluation. De fait, l'évaluation des enfants en situation de handicap reposerait alors soit sur une appréciation relative au socle commun, avec les biais soulignés plus haut, soit au cas par cas d'une vision partagée entre professionnels du spécialisé et du milieu ordinaire.

Les représentations liées au handicap : entre réticence et entraide

En parallèle, au regard des échanges observés lors des groupes ressources, si l'accueil d'un enfant handicapé au sein d'un établissement scolaire s'organise, il semble important de souligner que, tant pour les professionnels de l'Education nationale que pour les autres élèves et parents, ce rapprochement peut venir adoucir certaines représentations préexistantes : le milieu ordinaire peut être accueillant et les enfants en situation de handicap peuvent s'intégrer et apporter au collectif.

L'accueil d'un enfant à besoins éducatifs particuliers peut développer une attention qui n'est pas portée uniquement par l'enseignant ou l'accompagnant mais peut être partagée par les autres élèves. Ainsi, les professionnels interrogés évoquent, notamment dans les petites classes, une sensibilité naturelle qui se développe au contact d'un enfant « différent ». Si la richesse que représente la diversité au sein d'une classe, reflet de celle de notre société, n'est plus à démontrer, il semble que les bénéfices, en termes de responsabilisation notamment, de cette diversité pour les enfants dits « normaux » ne soient pas suffisamment mis en avant.

« EN PREVENANT TRES TOT UN ENFANT PAR SON INTELLIGENCE ET PAR L'EXPERIENCE DU COTOIEMENT DE CEUX QU'IL JUGE DE PRIME ABORD ETRANGES, ON PREVIENT LES DEREGLEMENTS DE SES REPRESENTATIONS, DE SES COMPORTEMENTS, ET, PLUS TARD, DE SES PRATIQUES. [...] SANS CET ETAYAGE, L'ENFANT RISQUE DE DEMEURER DANS UNE ACCEPTATION PASSIVE DE LA MISE A L'ECART DES « NON CONFORMES A LA NORME ». *Charles GARDOU, Handicap une encyclopédie des savoirs.*

Malgré les réflexes positifs observés au sein de l'environnement scolaire, des crispations se cristallisent parfois autour de situations complexes, parfois envahissantes du point de vue des professionnels de l'Education nationale ou des parents d'élèves. A ce titre, reviennent de manière récurrente les difficultés d'inclusion d'enfants porteurs de troubles du comportement. Ce phénomène est largement dû aux représentations globales liées au handicap. Au-delà de la crainte que peut générer la maladie ou le handicap, les répercussions fonctionnelles et sociales facilement observables par le reste de la classe peuvent générer des incompréhensions voir même de l'impatience. De même, les aménagements pédagogiques, matériels ou organisationnels ne sont pas systématiquement bien accueillis par le collectif ; dans certaines situations de réelles réticences ont même été évoquées.

Ainsi, les principaux freins à la diversification des modes de scolarisation et, plus généralement, au mouvement inclusif relèvent « classiquement » de représentations liées au handicap.



Le rapport de JF Chossy publié près de 7 ans après la loi du 11 février 2005 mentionne un sondage d'opinion réalisé par la HALDE en novembre 2008 qui « faisait le constat des difficultés dans la mise en œuvre de l'obligation de scolariser des élèves handicapés dans les établissements scolaires du premier degré. Le sondage ciblait les directeurs d'école dont les préjugés sont particulièrement persistants puisque 45% d'entre eux doutent que les enfants handicapés soient capables d'acquérir les fondements du socle commun de connaissance, comme les autres élèves, et 58% des directeurs n'accueillent pas d'élèves handicapés en ayant le sentiment qu'il leur serait difficile de les accueillir. Près d'un tiers a exprimé des réserves quant à l'attitude des parents d'enfants valides par rapport à l'accueil d'enfants handicapés. »

Si ce sondage a déjà quelques années, on constate que les représentations mettent du temps à évoluer, et que le meilleur moyen de cette évolution reste la connaissance et la « confrontation » effective à la diversité. Les professionnels réunis dans un groupe ressource départemental ont d'ailleurs noté que l'implantation dans un établissement scolaire d'un dispositif destiné à accueillir des élèves handicapés (CLIS / ULIS, UE externe) semble plus aisée, « naturelle », dans un quartier connaissant la diversité sociale et culturelle.

Une méconnaissance ou un manque de sensibilisation des professionnels, mais également des autres élèves et parents peut conduire à des appréhensions et des réticences préjudiciables à la qualité de l'accueil de l'élève ou d'un nouveau dispositif au sein d'un établissement scolaire. L'inclusion par les dispositifs collectifs ne peut se mettre en place que si les autres enseignants « jouent le jeu » et accueillent le handicap. Si les temps d'inclusion semblent plus effectifs dans les ULIS du 2nd degré, une évolution est à rechercher pour les ULIS « école » (ex CLIS) au regard des temps d'inclusion mineurs voire inexistant dans certaines situations. C'est d'ailleurs la préoccupation principale de cette circulaire du 21 août 2015 sur les unités localisées pour l'inclusion scolaire dans les 1^{er} et 2nd degrés.

Il semble ainsi indispensable que la création d'une ULIS, ou encore l'accueil dans un établissement scolaire d'une unité d'enseignement d'un établissement médico-social, soit pensée, anticipée et accompagnée ; qu'elle prenne appui sur des logiques territoriales ou sur des liens entre structures, et qu'elle associe le plus en amont possible les différents professionnels des établissements.

En parallèle, les ressources disponibles sur les territoires doivent être identifiées par les enseignants du milieu ordinaire afin d'éviter un certain isolement face à des situations se révélant complexes, notamment pour des enfants pour lesquels aucun accompagnement spécialisé n'est prévu.

Une plus grande souplesse à rechercher dans les fonctionnements et outils existants

Des outils adaptés aux parcours progressifs mais insuffisamment optimisés

De manière générale lors des échanges des groupes ressources, toutes les parties prenantes s'accordaient à dire que la palette des modes de scolarisation est suffisamment étayée avec cependant d'importants freins sur la continuité des parcours. Il a ainsi été mis en avant, à condition d'une souplesse et d'un niveau de dialogue élevé, que les outils existants peuvent permettre de véritables parcours inclusifs et progressifs.

PARMI LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX AYANT REPONDU A L'ENQUETE 4 ETABLISSEMENTS SUR 10 ONT INSCRIT LA DIVERSIFICATION DES MODALITES DE SCOLARISATION AU SEIN DE LEUR PROJET D'ETABLISSEMENT.

Extrait enquête ESMS

Objectif du SROSMS : inscrire la diversification au sein des CPOM et des projets d'établissements semble ainsi partiellement atteint.

Tout d'abord il a été souligné à plusieurs reprises que le milieu ordinaire et spécialisé ne doivent pas entrer en concurrence, au regard des familles, des enfants ou des professionnels, mais bien être présentés, de manière claire, comme des modalités complémentaires. L'attrait que peut représenter le milieu ordinaire pour les enfants et les familles ne doit pas conduire à un rejet du spécifique. Malgré les écarts évidents entre d'une part l'individualisation des parcours permis dans le cadre du médico-social et d'autre part le cadre plus contraint du milieu ordinaire, chaque secteur doit garder, en effet, un rôle bien déterminé. Cela implique notamment une articulation fine du projet de l'enfant entre ses différents temps de prise en charge et une identification précise de la part relevant de l'éducatif et du pédagogique au sein du projet. Les acteurs stratégiques et opérationnels doivent porter un message clair et harmonisé en direction du public sur les différents modes de scolarisation possibles.

« LE TEMPS N'EST PAS EXTENSIBLE ET L'IMPORTANCE ACCORDEE A L'INDIVIDUALISATION DES PARCOURS EN ESMS VIENT SE HEURTER AUX OBLIGATIONS ET AU CADRE DU MILIEU ORDINAIRE QUI NE DISPOSE PAS DES MEMES MOYENS. » *Extrait enquête ESMS*

Dans un deuxième temps l'exigence de souplesse tant au niveau de la pédagogie, des effectifs et du rythme des temps de scolarisation est apparue de manière systématique pour tous les professionnels et pour tous les modes de scolarisation comme un préalable à des parcours inclusifs. La réévaluation, par l'observation, des projets d'inclusion est également revenue comme un réflexe important des professionnels. Cette souplesse doit cependant être organisée, outillée et formalisée au sein du PPS afin d'offrir aux enfants, aux parents et aux structures un environnement stable de travail.



La logique « dispositif », sous-tendue par la loi de 2005, est retenue par l'inspection générale des affaires sociales, dans le sens des préconisations de l'AIRe15. L'IGAS recommande ainsi de « privilégier une orientation générale vers un dispositif ITEP plutôt qu'une orientation ciblée sur un mode unique d'accompagnement, en adaptant si besoin les conditions tarifaires »16. Dans le même sens et plus récemment, le rapport « Piveteau »17 suggère de généraliser au-delà des ITEP ce principe, selon lequel « le plan d'accompagnement global pourrait fixer des orientations, non pas vers des structures, mais vers des dispositifs ». Ces derniers sont « des regroupements d'établissements et de services entre lesquels, en fonction des besoins de la personne, l'intensité d'intervention des différentes structures peut être modulée sans avoir à modifier la décision d'orientation prise par la CDAPH. »

¹⁵ Le « dispositif ITEP : Pour un parcours de soins et d'accompagnement personnalisé. AIRe, UNIOPSS, 2011

¹⁶ « La prise en charge du handicap psychique » rapport de l'IGAS (août 2011)

¹⁷ « Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport du Conseiller d'Etat D. Piveteau (juin 2014)

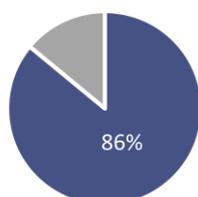
Une telle orientation suppose un dialogue à plusieurs niveaux :

- d'une part que les modalités de cet accompagnement soient définies par le jeune et ses parents avec l'établissement concerné dès l'admission dans le cadre du projet personnalisé, pouvant être ajustées selon l'évolution de la situation et les besoins.
- D'autre part que cette orientation soit sécurisée par une régulation importante, et un lien étroit avec la MDPH pour l'évaluation partagée des besoins et l'ajustement des modalités d'accompagnement.

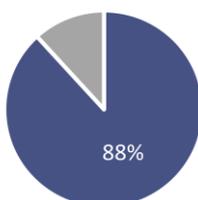
« LA DIVERSITE DES MODES DE SCOLARISATION PERMET DE REpondre AU MIEUX AUX BESOINS DES JEUNES. ELLE PERMET A CERTAINS JEUNES DE RETROUVER LE CHEMIN DE L'ECOLE ET D'ACCEDER A UNE FORMATION DIPLOMANTE. ELLE TROUVE SES LIMITES DANS LE MANQUE DE PLACES DISPONIBLES POUR CES JEUNES, LE MANQUE DE PERSONNEL POUR LES ACCOMPAGNER, LES MOYENS MATERIELS (TRANSPORTS...) » *Extrait enquête ESMS*



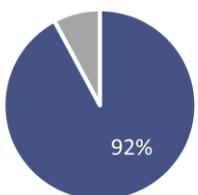
Enquête auprès des ESMS :



86% considèrent que la diversification des modes de scolarisation permet **d'accompagner un plus grand nombre** d'enfants vers le milieu ordinaire



88% considèrent que la diversification des modes de scolarisation permet **d'éviter les ruptures et situations de déscolarisation**.



92% considèrent que la diversification des modes de scolarisation permet **une plus grande souplesse dans le parcours scolaire**

En parallèle, et de manière centrale également, le manque de soutien à la scolarisation au sens large (récréation, cantine, projets ponctuels partagés...) est apparu souvent comme un frein important à la scolarisation des enfants en situation de handicap. L'absence d'AVS sur les temps périscolaires oblige ainsi les familles ou les établissements médico-sociaux à prendre en charge les enfants alors même que le projet scolaire de tout enfant ne se cantonne pas qu'aux temps de classe. Il s'agit là d'envisager la scolarisation, telle que définie dans la loi de 2005, dans toutes ses dimensions et de poursuivre l'accompagnement des enfants handicapés sur les temps périscolaires. La scolarisation en tant que telle est parfois conditionnée à la présence d'une AVS et des familles se voient refuser l'accès à l'école.

Les effets de filières observés à l'issue des possibilités offertes par un dispositif CLIS (ULIS école) du fait de l'absence d'ULIS (collège) ou de parcours d'inclusion restent fréquemment observés et le manque de passerelles avec le milieu préprofessionnel reste déploré.

Les établissements médico-sociaux et scolaires ont mis en place des moyens d'accompagner les parcours vers l'inclusion. De manière assez générale, des temps d'essai et de rencontre sont organisés en amont de la rentrée scolaire. Il a été également soulevé la pertinence d'une scolarisation intermédiaire et partagée entre le milieu spécifique et ordinaire. La possibilité offerte par les différents modes de scolarisation de pouvoir définir de manière progressive et en concertation la scolarisation de l'enfant reste un gage d'efficacité dans les parcours.

Pour l'accompagnement de l'élève du milieu spécialisé vers le milieu protégé, l'unité d'enseignement externe s'est révélée être, dans certaines situations, un véritable « marchepied » vers le milieu ordinaire. Ce mode de scolarisation offre l'avantage d'accompagner l'enfant de manière « sécurisée » en lui permettant de tirer les bénéfices du contact avec le milieu ordinaire, mentionnés plus haut, tout en conservant un espace dédié pour accéder aux apprentissages et à une évaluation spécialisée. Les temps d'inclusion au sein de l'établissement scolaire deviennent alors pour l'enfant et les professionnels des occasions de tester progressivement les capacités de l'enfant à intégrer partiellement voir totalement un dispositif collectif d'inclusion ou une classe ordinaire.

Les acteurs réunis dans le cadre des groupes ressources départementaux ont confirmé une « sous-utilisation » de la SEGPA pour les enfants en situations de handicap. Il s'avère pourtant qu'elle pourrait se révéler être un moyen d'inclusion efficace.



On peut citer sur le point le rapport de l'IGEN sur la grande difficulté scolaire¹⁸, qui vient préciser l'intérêt de la SEGPA pour l'ensemble des élèves :

« À l'intérieur du collège, la SEGPA constitue une filière à part, dérogatoire et peu inclusive dans son principe comme dans son fonctionnement. Si cette structure d'exception doit évoluer, il semble inenvisageable d'accueillir aujourd'hui dans les classes ordinaires du collège les 3 % d'élèves, tous en grande difficulté, qui bénéficient de cet « enseignement adapté ». La SEGPA apporte à ces élèves deux éléments essentiels : d'une part, elle les remobilise en restaurant leur confiance en eux-mêmes et la conviction qu'ils peuvent progresser ; d'autre part, elle les accompagne dans la préparation de leur orientation vers la voie professionnelle.

En revanche, elle doit s'ouvrir davantage et proposer des parcours plus diversifiés, et parfois plus ambitieux, comportant des temps d'apprentissage partagés avec les autres collégiens. De même, la préparation du projet d'orientation gagnerait à s'enrichir d'une expérience plus large, fondée sur l'exploration effective des champs professionnels présentes et permettant de véritables choix. Enfin la mise en réseau des SEGPA doit être relancée pour favoriser cette démarche. »

Pour les parcours les plus éloignés du milieu ordinaire (en particulier en UE interne), il paraît très difficile d'avoir une visibilité sur la mise en œuvre effective de la scolarisation de chaque enfant. En effet, les enfants bourguignons scolarisés dans le milieu spécialisé ne sont pas suivis par un enseignant référent (*voir sur ce point la partie du rapport sur l'articulation entre projet personnalisé de scolarisation et projet individualisé d'accompagnement*). Outre la connaissance du temps d'enseignement dédié, l'organisation de la scolarisation reste difficile à appréhender et semble être transférée en quasi-totalité à l'établissement médico-social. Il a été également précisé l'importance de conserver des cadres « classes » au sein des établissements avec des outils se rapprochant autant que faire se peut de ceux de l'Éducation nationale permettant de rendre compte de la scolarité des enfants et de son évaluation.

En parallèle des modes de scolarisation, les partenaires ont soulevé des freins administratifs. Ainsi, les enfants scolarisés en UE externes ne sont pas comptabilisés dans les effectifs de l'établissement scolaire et ne sont donc pas inscrits à l'école.

De même, comme le précise la circulaire du 21 août 2015, les élèves d'ULIS ne sont pas comptabilisés dans la carte scolaire ce qui peut faire obstacle à l'effectivité de la scolarisation en milieu ordinaire.

« L'ULIS EST PRISE EN COMPTE AU MEME TITRE QU'UNE CLASSE DE L'ÉCOLE DANS LA DÉFINITION DE LA QUOTITÉ DE DÉCHARGE D'ENSEIGNEMENT DU DIRECTEUR. L'EFFECTIF DES ULIS ÉCOLE, COMPTABILISÉ SÉPARÉMENT DES AUTRES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE POUR LES OPÉRATIONS DE LA CARTE SCOLAIRE, EST LIMITÉ À 12 ÉLÈVES. »

CIRCULAIRE N° 2015-129 DU 21-8-2015

¹⁸ IGEN, IGAENR : « Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire » (JP Delaubier, G. Saurat) 2013

De l'expertise au transfert méthodologique : la collaboration entre le milieu spécialisé et ordinaire

« SI PLUSIEURS MODALITES DE SCOLARISATION CO-EXISTENT, LES LIMITES PARAISSENT ETRE LA DEMULTIPLICATION DES INTERVENANTS AUPRES DE L'ENFANT. COMMENT PEUT-IL TOUS LES INVESTIR ? COMMENT CONSTRUIRE DES REPERES FIABLES ? »

Extrait enquête ESMS

Au-delà des représentations, ce sont les pratiques et les méthodes qui, impulsées par la présence d'un enfant à besoins particuliers, peuvent être améliorées voir modifiées. La compensation du handicap peut en effet n'être qu'une question de bon sens et de compréhension, avec un impact modéré sur l'organisation, ou encore relever d'une véritable adaptation, nécessitant un échange soutenu entre le scolaire et le spécialisé. Ces deux univers poursuivant tous deux un objectif d'éducation n'ont pourtant que peu d'espace d'échange formalisé. Autour d'une situation, les méthodes s'expliquent et vont même jusqu'à se transférer à l'ensemble du collectif.

"IL N'Y AURA QUE DES AVANTAGES A ASSOCIER A CES ACTIONS DE FORMATION (DES COORDONNATEURS D'ULIS) DES PERSONNELS ASSURANT L'ACCOMPAGNEMENT EDUCATIF, REEDUCATIF OU THERAPEUTIQUE DES ELEVES.

DE MEME, LES ENSEIGNANTS SPECIALISES PEUVENT PARTICIPER AUX ACTIONS DE FORMATION A DESTINATION DES PERSONNELS DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL.

DES ACTIONS RASSEMBLANT LES EQUIPES DES ETABLISSEMENTS OU SONT IMPLANTEES DES ULIS PEUVENT EGALEMENT ETRE MISES EN CEUVRE POUR FACILITER L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE CES ULIS."

CIRCULAIRE DU 21 AOUT 2015 SUR LES ULIS

La véritable expertise que représente un enseignant spécialisé au sein du milieu ordinaire ou encore les établissements et médico-sociaux accompagnant les enfants vers des projets d'inclusion ne semble pas encore avoir trouvé sa juste place au sein de l'ensemble de l'aménagement et de la compensation du handicap pour la scolarisation.

Au même titre que l'exigence de souplesse dans les outils, l'importance des échanges entre professionnels est revenue à tous les niveaux de la scolarisation des enfants en situation de handicap. Cela passe notamment par une observation et une évaluation continue et croisée des besoins et des évolutions de l'élève.

Concernant les enseignants du milieu spécialisé, la plus-value de leur intégration au sein des temps de concertation de l'institution (réunion de synthèse, réunion de fonctionnement...) est apparue à plusieurs reprises comme un réel facteur de progrès. De la même manière, il semble que la place et le rôle de chaque intervenant autour du projet scolaire de l'enfant ne soient pas suffisamment établis. Ainsi, le rôle de l'accompagnant de l'élève en situation de handicap (AVS), de l'enseignant du milieu ordinaire et les moyens qui leurs sont attribués (temps, formation, sensibilisation...) semblent clairement insuffisants et hétérogènes d'un territoire à l'autre voire d'un établissement à l'autre. Leur rôle doit être interrogé au regard notamment des attentes des professionnels du milieu spécialisé mais également des familles et de l'enfant. La distance professionnelle reste une posture qui n'exclut pas automatiquement la proximité de l'AVS ou de l'enseignant avec la famille ; elle peut au contraire, si elle est maîtrisée, favoriser un climat de confiance et de compréhension mutuelle. Sur ce sujet précis, les cadres manquent et les pratiques, de fait, reflètent des situations atypiques voir incohérentes. Ce constat d'absence de limites professionnelles est également observé au sein du secteur médico-social. Des professionnels en appui d'une situation concrète accompagnent ainsi des enseignants jusqu'à trouver une solution alors même qu'aucun cadre ne le prévoit.

Cette fonction de ressource et la formalisation des temps dédiés à la concertation doivent être reconsidérées au sein des pratiques professionnelles de chaque secteur.



Au regard de la circulaire sur les obligations de service des enseignants, il est mentionné sans précisions de répartition que 108h annuelles de service sont consacrées à :

1. Soixante heures consacrées :

- à des activités pédagogiques complémentaires organisées dans le cadre du projet d'école, par groupes restreints d'élèves, pour l'aide aux élèves rencontrant des difficultés dans leurs apprentissages, pour une aide au travail personnel ou pour une activité prévue par le projet d'école, le cas échéant en lien avec le projet éducatif territorial. Le temps consacré aux activités complémentaires est de 36 heures ;

- et à un temps de travail consacré à l'identification des besoins des élèves, à l'organisation des activités pédagogiques complémentaires et à leur articulation avec les autres moyens mis en œuvre dans le cadre du projet d'école pour aider les élèves, notamment au titre de la scolarisation des enfants de moins de trois ans, de la mise en place du dispositif « plus de maîtres que de classes » et de l'amélioration de la fluidité des parcours entre les cycles.

Le temps consacré à ce travail est fixé forfaitairement à 24 heures.

2. Vingt-quatre heures forfaitaires consacrées :

- à des travaux en équipes pédagogiques (activités au sein des conseils des maîtres de l'école et des conseils des maîtres de cycle) ;

- à l'élaboration d'actions visant à améliorer la continuité pédagogique entre les cycles et la liaison entre l'école et le collège ;

- aux relations avec les parents ;

- à l'élaboration et au suivi des projets personnalisés de scolarisation des élèves handicapés.

3. Dix-huit heures consacrées à l'animation pédagogique et à des actions de formation continue. Les actions de formation continue doivent représenter au moins la moitié des dix-huit heures et être, pour tout ou partie, consacrées à des sessions de formation à distance, sur des supports numériques.

4. Six heures consacrées à la participation aux conseils d'école obligatoires.



La coopération locale : une condition sine qua none à la diversification

Si l'impulsion politique de l'inclusion doit être portée clairement par les acteurs stratégiques, notamment les IEN-ASH et l'ARS, la mise en œuvre opérationnelle se joue essentiellement à un niveau local.

Ainsi, les partenaires ont pu soulever le rôle moteur des collectivités territoriales mais également des enseignants et parents dans la mise en place d'une unité d'enseignement ou d'un dispositif spécifique.

Par ailleurs, l'éloignement peut rendre difficile l'établissement de liens entre des structures ou encore l'organisation concrète de la scolarisation d'un enfant accueilli dans une structure médico-sociale et scolarisé pour tout ou partie dans un établissement scolaire. Pas facile d'opter pour l'internat.

Le biais évident de cette approche est le risque pour certains établissements médico-sociaux de resserrer la zone de recrutement afin de limiter les coûts liés aux transports. De manière générale, le constat doit être fait des inégalités territoriales en matière de diversification et d'inclusion existantes entre les zones urbaines et rurales.



Des situations « frontières » encore difficilement prises en compte par l'Education nationale

« IL SERAIT IMPORTANT DE POUVOIR DEVELOPPER DES RENCONTRES AVEC LES JEUNES POUR LES AIDER DAVANTAGE DANS LEURS ORIENTATIONS. METTRE EN PLACE UN RELAI POUR AIDER LES FAMILLES QUI SONT SOUVENT DEMUNIES FACE AUX ORIENTATIONS DE LEURS ENFANTS » *Extrait enquête ESMS*

Enfants en situation de handicap et malades : l'école à l'hôpital (SAPAD)

Tout élève dont la scolarité est interrompue momentanément, ou perturbée pour raison médicale (maladie somatique ou accident) est susceptible d'être aidé. Le dispositif ne peut se mettre en place que si l'absence de l'élève excède, de façon prévisible, deux ou trois semaines. Aux affections somatiques, dont la liste est donnée à titre indicatif dans la circulaire, s'ajoutent désormais, dans le cadre de projets spécifiques, certaines autres affections : psychiatriques, troubles du comportement alimentaire, phobies scolaires par exemple.

Enfants accueillis uniquement dans le cadre des établissements médico-sociaux

NB : le cahier des charges et la méthodologie ne prévoyaient pas d'analyser ces situations, que l'on peut malgré tout évoquer ici en soulignant des manques en termes de :

- Connaissance des situations
- Prise en compte de la spécificité des besoins
- Effectivité de la scolarisation et évolutivité du parcours

Renforcer la préparation avant la 1^{ère} scolarisation (et au-delà) pour éviter les points de rupture et réussir la scolarisation

S
Y
N
T
H
È
S
E

Sous-objectifs du SROMS et modalités de mise en oeuvre

Renforcer la préparation en amont de la 1^{ère} scolarisation pour éviter les points de rupture et de réussir la 1^{ère} scolarisation

- Organiser une réflexion avec le Rectorat, les IA et l'ARS pour élaborer des préconisations
- Charger le groupe technique prévu par le décret d'avril 2009 du suivi de la mise en oeuvre de cet objectif dans chaque département

Questions évaluatives

Quelles sont les actions mises en place pour préparer la première scolarisation ?
Ces actions permettent-elles d'éviter les points de rupture et de réussir la scolarisation ?

Éléments d'évaluation

- Le mouvement « inclusif » général est confirmé en maternelle
- Des facilitateurs et de bonnes pratiques sont repérés en termes de préparation
- La préparation de la 1^{ère} scolarisation est souvent décisive, mais non suffisante, et n'exclut pas des risques de rupture en aval
- Les principales difficultés pour les enseignants concernent les nombreuses situations dans lesquelles l'école est le révélateur du handicap
- La communication avec les familles semble insuffisante, et particulièrement délicate dans les situations de « déni »
- Les acteurs de terrain pointent un manque de ressources
- Les manques se situent aussi en termes d'identification et de mobilisation de ces ressources
- Les institutions pilotes ne se sont pas saisies de cette question de la 1^{ère} scolarisation

L'importance de la scolarisation en maternelle se traduit quantitativement et qualitativement

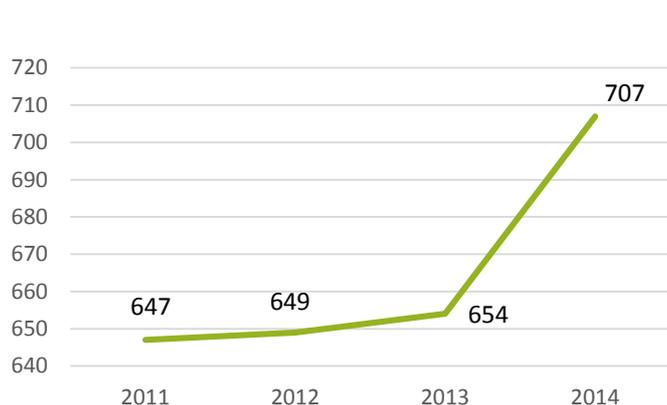
Le mouvement inclusif général est confirmé mais nuancé en maternelle

De manière « historique » (depuis les premières circulaires sur l'« intégration » en 1982), le 1^{er} degré de l'Education nationale assure l'accueil de tous les enfants quelle que soit leur situation.

Malgré cette « tradition de l'inclusion » en primaire, on observe depuis 2005 une poursuite de l'accroissement du nombre d'enfants en situation de handicap.

Cette tendance se vérifie d'une manière générale en Bourgogne pour les enfants scolarisés en école préélémentaire, avec certaines nuances selon les départements et les années.

Nombre d'enfants handicapés scolarisés en maternelle en Bourgogne



	2011	2012	2013	2014
Côte d'or	147	159	140	193
Nièvre	87	94	75	85
Saône-et-L.	307	294	349	318
Yonne	106	102	90	111
Bourgogne	647	649	654	707

Les données en bleu traduisent une évolution positive par rapport à l'année précédente, en orange une diminution

Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014/2015

Différents rapports sur la scolarisation des enfants handicapés¹⁹ et/ou sur la mise en œuvre de la loi de 2005²⁰ analysent que cette « augmentation du nombre d'élèves considérés comme handicapés est, en partie, la conséquence d'une extension du concept de handicap à des élèves qui, jusque-là, restaient hors de son champ. »

La scolarisation des élèves handicapés en maternelle se fait de manière individuelle, à l'exception d'une quinzaine d'enfants pour l'année 2014-2015 scolarisés dans deux dispositifs spécifiques implantés en Côte d'Or :

- Une unité d'enseignement externalisée pour les troubles envahissants du développement (située à Quétigny, dans l'agglomération de Dijon), adossée à un SESSAD et d'une capacité de 7 élèves âgés de 3 à 6 ans. Celle-ci s'inscrit dans le cadre du troisième plan autisme (2013-2017). Le postulat de ce type de dispositif est qu'une intervention massive et précoce de professionnels (enseignant et personnel médico-social) sur une unité de lieu devrait conduire à limiter les conséquences des troubles repérés et diagnostiqués, et permettre à ces élèves de commencer un parcours scolaire dans des conditions adaptées. L'objectif du dispositif est l'intégration progressive au milieu scolaire ordinaire. Les temps scolaires sont donc modulés entre des moments individuels et collectifs, au sein de l'unité ou avec le reste des classes ordinaires. Dans chaque académie le développement de ces UE externes « dédiées » est organisé conjointement par l'Agence régionale de santé et l'Education nationale : un 2^{ème} dispositif a ouvert en Saône-et-Loire en septembre 2015 (école maternelle de Bioux), deux autres verront le jour dans la Nièvre et dans l'Yonne à la rentrée prochaine (septembre 2016).
- Une CLIS 4 en maternelle implantée à Dijon, destinée à scolariser 8 élèves. Ce dispositif n'a été qu'évoqué, on ne peut donc pas apporter d'élément d'analyse dans le cadre de cette évaluation. Pour autant l'existence d'un dispositif spécifique en école préélémentaire, alors qu'à ce niveau tous les enfants devraient pouvoir être accueillis avec les autres, doit appeler toute la prudence nécessaire à son fonctionnement compte tenu du risque d'« exclusion de l'intérieur ». Au regard de ce risque et du manque de rattachement aux classes ordinaires souvent observé pour les élèves de CLIS, la circulaire du 21 août 2015 prévoit d'ailleurs, à compter du 1^{er} septembre 2015, de remplacer l'appellation « classe pour l'inclusion scolaire » (CLIS) par « unité localisée pour l'inclusion scolaire - école » (ULIS école). Au delà de l'intitulé, l'enjeu est de rendre effectif le lien entre les élèves relevant de l'ULIS et les classes ordinaires.

¹⁹ « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République (P. Blanc), mai 2011

²⁰ IGEN, IGAENR : La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale (M. Caraglio, JP Delaubier), juillet 2012

Les intérêts d'une scolarisation dès la maternelle sont multiples

Ces intérêts se situent pour l'enfant handicapé et pour les autres (élèves, parents, enseignant). Ils sont à la fois d'ordre symbolique, social, développemental.

L'école constitue un des principaux lieux de socialisation, le premier pour beaucoup d'enfants. Une maman interrogée dans le cadre de cette évaluation souligne de manière très forte ce rôle essentiel de l'école.



En rentrant à l'école, nous avons eu l'impression que notre enfant avait peut-être sa place dans la société

Les acteurs rencontrés dans le cadre des groupes ressource ou des entretiens ont rappelé les intérêts de cet accueil, à la fois pour l'enfant et sa famille, l'enseignant et les autres élèves. Selon une approche développementale, on ne peut que noter qu'au regard de l'évolutivité et de la plasticité du fonctionnement des enfants de moins de 6 ans, la diversité fait partie intégrante de l'accueil en maternelle, où les enfants sont à des « stades » de développement souvent différents et surtout selon des évolutions non linéaires. La loi du 8 juillet 2013²¹ rappelle d'ailleurs le rôle essentiel de l'école maternelle qui « doit conforter et stimuler le développement affectif, social, sensoriel, moteur et cognitif des enfants et les initier aux différents moyens d'expression ». Elle précise que « la formation dispensée dans les classes enfantines et les écoles maternelles favorise l'éveil de la personnalité des enfants, stimule leur développement sensoriel, moteur, cognitif et social, développe l'estime de soi et des autres et concourt à leur épanouissement affectif. Cette formation s'attache à développer chez chaque enfant l'envie et le plaisir d'apprendre afin de lui permettre progressivement de devenir élève. Elle est adaptée aux besoins des élèves en situation de handicap pour permettre leur scolarisation. » Un directeur d'école, présent dans un groupe ressource sur la préparation de la 1^{ère} scolarisation, ajoute que l'accueil des enfants handicapés, avec tous les outils mis en place par la loi de 2005, constitue une réelle richesse et bénéficie à tous.

On peut également citer le témoignage de parents dont le jeune enfant polyhandicapé a été scolarisé de la petite à la grande section, de manière très préparée, concertée, adaptée à ses besoins particuliers. Cette scolarisation a été très bénéfique pour l'enfant ainsi que pour ses camarades.

²¹ Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

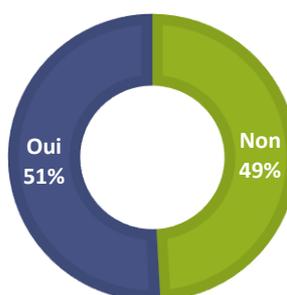
La notion de 1^{ère} scolarisation est envisagée de manière extensive

L'Agence régionale de santé dans son cahier des charges retient parmi les trois questions évaluatives celle de la préparation de la première scolarisation. Elle se réfère au sous-objectif du schéma régional d'organisation médico-sociale « renforcer la préparation en amont de la 1^{ère} scolarisation », celle-ci y étant entendue comme « la première scolarisation à l'école maternelle dès l'âge de trois ans, qui constitue une étape déterminante dans le parcours de l'enfant handicapé ».

Or même si une approche quantitative est souvent difficile, on peut rappeler que plus de la moitié des situations de handicap sont révélées après 6 ans.²²

Dans le même sens, l'enquête annuelle de l'Education nationale sur la scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire indique que près de la moitié des élèves scolarisés en maternelle en Bourgogne n'avait pas de projet personnalisé de scolarisation l'année précédente.

Part des élèves de maternelle scolarisés en milieu ordinaire ayant un PPS au cours de l'année n-1



Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014/2015

Au regard de la grande diversité des situations de handicap, on peut distinguer trois « catégories » selon l'« histoire scolaire », ainsi que le propose le rapport sur la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Education nationale²³ :

- Celle des enfants dont les troubles sont déjà repérés et connus en amont de l'entrée à l'école,
- Les situations des élèves dont le handicap est décelé à l'école maternelle,
- Le cas des élèves qui ne font l'objet d'une reconnaissance de handicap que plus tard dans le cheminement scolaire.

Les échanges avec les acteurs dans le cadre des groupes ressource sur la « 1^{ère} scolarisation » ont conduit à aborder, au-delà de la 1^{ère} scolarisation des enfants dont le handicap est déjà connu, la question de l'apparition ou de la révélation des troubles ou du handicap à l'école maternelle, qui recouvre des situations importantes en nombre et en difficultés.

Nous ne pouvons bien évidemment pas explorer ce sujet de manière approfondie, puisqu'il pourrait faire l'objet d'une recherche à part entière, et qu'il n'était pas envisagé dans la méthodologie qui interrogeait conformément au cahier des charges de l'ARS la « préparation en amont de la 1^{ère} scolarisation ».

Si certains points d'attentions sont spécifiques aux situations de handicap connues avant et après l'entrée à l'école, la plupart des enjeux relevés dans le cadre de cette évaluation semblent valables pour l'ensemble des situations.

²² Cette données est issue du rapport IGEN, IGAENR : Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire (JP Delaubier, G. Saurat) 2013, mais sans que soit précisée de source

²³ IGEN, IGAENR : La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale (M. Caraglio, JP Delaubier), juillet 2012

La 1ère catégorie des enfants dont le handicap est connu avant l'entrée à l'école, recouvre apparemment des situations « plus lourdes », plus « visibles ».

Notons qu'on peut encore aujourd'hui observer qu'une part, réduite mais difficile à évaluer, de ces tout jeunes enfants échappe d'emblée à l'école.

En dehors de cette « exception » théorique, on peut considérer que la première scolarisation, lorsque le handicap est connu, peut-être anticipée et préparée si nécessaire. Le plus souvent, l'enfant dont le handicap est connu dès la naissance ou dans les premières années de vie bénéficie déjà au moment de l'entrée à l'école d'un suivi ou d'un accompagnement. Cette observation ne constitue évidemment pas une vérité absolue, et supposera notamment pour être vérifiée :

- d'une part que les parents souhaitent et permettent cette anticipation, en signalant à l'école la situation de leur enfant en amont de la rentrée scolaire,
- d'autre part que les différents acteurs, en premier lieu l'enseignant et le directeur d'école, jouent leur rôle en créant les conditions d'accueil de l'enfant.

Pour cette « catégorie », l'enjeu principal pourra se situer en terme de coordination des ressources, afin que les différents acteurs puissent œuvrer, chacun dans ses compétences, dans le même sens pour assurer la réussite de cette première scolarisation.

Notons toutefois que même lorsqu'une « anticipation » est possible, la maternelle reste un lieu de confrontation du handicap au milieu ordinaire. Cette étape de la première scolarisation peut alors constituer, plus que pour toute famille « ordinaire », une phase très sensible, voire difficile pour une famille vivant le handicap.

S'agissant des situations dans lesquelles l'école maternelle est le révélateur du handicap, c'est en pratique les cas pouvant s'avérer les plus problématiques du point de vue des enseignants, qui disent se retrouver souvent seuls face à ces difficultés, et pour lesquels il apparaît délicat de les aborder avec les parents.

Autour de ces situations où les troubles sont repérés, plus ou moins rapidement, à l'occasion de la scolarisation, apparaissent des enjeux importants liés à l'annonce ou la révélation du handicap, qui ne revient bien évidemment pas à l'enseignant, mais dont celui-ci se trouve souvent en situation de déclencheur. Le terme de révélation peut être utilisé lorsqu'il sous-entend que des difficultés sont perçues et que les parents savent, sentent ou sont pris d'un doute sur le fait qu'« il y a quelque chose ». L'« annonce » consiste alors à « lever le voile » sur ce quelque chose (révéler).

Rappelons que l'« annonce » est à envisager comme un processus, qui ne se limite pas au seul moment de la formulation du diagnostic, mais a son origine plus ou moins ancienne au moment du doute des parents. Quant à la « fin » de ce processus d'annonce, elle n'est jamais figée. Elle ne peut en tout cas se situer au moment d'une quelconque « acceptation » (fantasme de certains professionnels ?) d'un handicap ou d'une situation d'ailleurs bien souvent inacceptable. En outre, la complexité et les fréquentes difficultés liées à la procédure de « reconnaissance » du handicap peuvent allonger ce processus d'annonce, qui se trouve souvent ravivé à chaque nouvelle « étape » du parcours de l'enfant handicapé. C'est ce qui peut conduire certains parents à faire preuve de « déni », du point de vue de professionnels, lorsqu'ils ne sont pas suffisamment armés de confiance et de connaissance de leurs droits pour appeler l'enseignant référent ou solliciter le directeur d'école afin de réunir une équipe éducative en amont de la scolarisation.

Pour ces deux « catégories », le moment de la scolarisation en maternelle peut donc être tout aussi décisif et riche d'enjeux au regard de l'« annonce ». Il l'est aussi au regard du développement de l'enfant dans sa globalité, son rapport aux autres et sa confiance en lui qui ne peuvent qu'être entravés lorsqu'il est en marge de l'école. Il l'est enfin au regard de la préparation du parcours de scolarisation, de la coopération et de la confiance qu'il suppose.

Les actions mises en place pour préparer la 1^{ère} scolarisation sont souvent bénéfiques, même si on ne peut évaluer les « ruptures » et « réussites »

Une préparation est en effet favorable à une réussite de la 1^{ère} scolarisation. Cette préparation permet une meilleure prise en compte dès la rentrée scolaire des besoins particuliers de l'enfant. Elle peut également favoriser une information de l'équipe éducative, voire des autres élèves et de leurs parents, susceptibles d'améliorer l'accueil de l'élève handicapé dans la classe.

Certains facteurs et pratiques sont susceptibles de faciliter la préparation

Les professionnels entendus dans le cadre des réunions et des entretiens ont souligné différents éléments pouvant faciliter la 1^{ère} scolarisation ou sa préparation.

Le fait que l'enfant soit déjà, avant sa 1^{ère} scolarisation, au contact de professionnels (du handicap et/ou de la petite enfance) peut permettre d'assurer une « préparation » et un relai d'information de ces professionnels vers l'école.

Ainsi l'accueil en crèche ou garderie, ou même les activités collectives dans le cadre des relais assistantes maternelles « RAM » lorsque l'enfant est accueilli par un professionnel, constituent une bonne préparation et peuvent éventuellement alerter mais aussi et surtout réduire les difficultés futures de la scolarisation.

 *Un rapport d'étude sur l'accès aux structures d'accueil collectif²⁴ rappelle en ce sens que « la capacité de scolarisation d'un enfant handicapé dépend, plus que pour tout autre encore, de son potentiel de socialisation et de relations aux autres enfants. De ce fait, il est certain qu'une immersion, dès tout petit, au sein d'établissements d'accueil de la petite enfance, si c'est un souhait des parents, va jouer un rôle déterminant pour la suite de son orientation. Préparer la séparation parents-enfants, habituer l'enfant à s'adapter à d'autres environnements, à la vie collective, sont des atouts essentiels pour son entrée dans le monde scolaire. »*

Il s'agit également d'assurer les liens entre les crèches ou garderies et les écoles maternelles, ce qui semble de plus en plus observé et apprécié des professionnels.

Sous l'impulsion du rapport précité et d'un plan national de la CAF, les structures d'accueil de la petite enfance sont de plus en plus sensibilisées et formées à la prise en compte de la différence, et acquièrent pour certaines un « label » d'accueil du handicap. Cette évolution est permise plus localement par l'implication des CAF et PMI, et la participation des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) pour accompagner les structures de droit commun.

Le suivi de l'enfant par un CAMSP ou un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), ou encore tout professionnel de soin, peut assurer à l'enseignant une « ressource » pour comprendre les spécificités éventuelles du fonctionnement de l'enfant, et aider à la mise en place d'adaptations au sein de la classe. L'intervention des professionnels (psychomotricien par exemple) à l'école, éventuellement dans la classe, semble bénéfique pour chacun. Un représentant d'établissement interrogé dans le cadre de l'enquête précise qu'« il est important que l'équipe pédagogique sache qu'elle peut s'appuyer sur la structure médico-sociale pour leur venir en aide si besoin. »

Si la plupart des parents et des professionnels ont noté l'intérêt de ces liens pour préparer et réussir la scolarisation, quelques nuances ont été apportées par des parents à l'occasion des entretiens :

- Pour un enfant, une enseignante n'a pas accepté l'intervention de la psychomotricienne du CAMSP proposée par les parents (alors que la scolarisation se passait mal).
- Dans une autre situation, le CMP qui suivait l'enfant n'a jamais voulu transmettre la moindre information aux parents ni à l'école sur ce qui était proposé ou sur les pistes de travail à privilégier.
- Un papa regrette l'absence d'échange entre le soin et l'école, indiquant que « ce sont deux mondes à part ».

²⁴ Plate-forme nationale grandir ensemble : « Développer l'accès des enfants handicapés aux structures d'accueil collectif de la petite enfance, de loisirs ou de vacances, dès le plus jeune âge ! » (2008)

Le SROMS notait que pour amorcer cette 1^{ère} scolarisation « dans les meilleures conditions possibles, **une prise de contact de l'enfant avec l'école** dès le dernier trimestre de l'année scolaire précédant la première rentrée, permet à l'ensemble des acteurs concernés une préparation en amont, facteur de réussite. » Comme l'ARS, on ne peut qu'encourager cette pratique, lorsqu'elle est possible.

Ajoutons que cette prise de contact n'est possible que lorsqu'elle est souhaitée par la famille. Les enseignants reconnaissent qu'il est plus simple d'établir ce contact lorsque l'enfant a été accueilli dans une structure collective (crèche, halte-garderie) ou par une structure spécialisée (CAMSP, PMI, CMPP, SESSAD ...), ou lorsque les parents sont déjà « connus » de l'école du fait de la scolarisation d'un ou plusieurs autres frère(s) ou sœur(s).

Ainsi, les parents d'un jeune enfant polyhandicapé ont-ils été contactés par la directrice de l'école où était scolarisé leur fils aîné, celle-ci leur proposant de préparer l'accueil de leur second enfant en maternelle. Les parents n'avaient pas pensé à cette possibilité mais ont saisi cette proposition grâce à laquelle la scolarisation a pu être anticipée, préparée et réussie.

Dans les autres cas (pas d'accompagnement extérieur ou antérieur, pas de connaissance de l'école), il est souvent plus difficile de « capter » les parents, qui souvent se retrouvent démunis et sans ressource identifiée. Or leur rôle est essentiel pour initier cette rencontre, contacter l'école et inviter éventuellement des professionnels aux équipes éducatives et de suivi de la scolarisation.

Les professionnels observent que les parents peuvent avoir tendance à « occulter », voire « nier » les difficultés de leur enfant, et ne pas souhaiter se manifester avant la rentrée.

Un directeur d'école maternelle présent dans le groupe ressource de Côte-d'Or propose un temps d'accueil collectif le samedi précédant la rentrée scolaire, ce qui représente pour tous les parents, les élèves et l'équipe éducative, l'occasion de se rencontrer. Cela peut être ainsi l'occasion de « repérer » des situations particulières et d'entrer en contact (bien que tardivement) lorsque les parents n'en ont pas pris l'initiative.

Lorsqu'elle est possible, **une prise de contact avant la rentrée peut prendre différentes formes**, plus ou moins avancées, pour permettre une transmission d'informations sur les capacités et les besoins de l'enfant.

- Une rencontre peut être organisée entre l'élève et ses parents et les professionnels de l'école : le directeur d'école, l'enseignant, le médecin, ou autre (psychologue scolaire).
- Si nécessaire, cet échange entre la famille, l'école et le médecin peut donner lieu à la rédaction d'un projet d'accueil individualisé (PAI) pour l'enfant. D'autres projets spécifiques peuvent d'ailleurs permettre de répondre aux besoins éducatifs particuliers de l'élève sans passer par un PPS. *Voir en ce sens le schéma synthétique proposé par le Ministère de l'Éducation nationale en annexe.*
- L'enfant peut bénéficier d'un temps d'accueil dans l'école, ou participer à un ou plusieurs ateliers à la fin de l'année précédant sa 1^{ère} scolarisation. On parle parfois de « périodes d'essai » qui peuvent permettre une évaluation (en tout cas une observation) des aptitudes et compétences de l'enfant.
- L'organisation d'une réunion de l'équipe éducative peut être prévue avant la rentrée (*voir les précisions ci-dessous*). Dans la perspective d'une saisine de la MDPH, l'équipe s'appuie alors sur le document « GEVA-Sco 1^{ère} demande »²⁵ pour recenser les éléments relatifs à la situation de l'enfant (« éléments précurseurs ») et les transmettre à la MDPH. Les enseignants référents nous indiquent que cette équipe éducative peut « muer » en équipe de suivi de la scolarisation (ESS).

²⁵ « Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation », le GEVA-Sco est un outil national de recueil de données permettant de faire partager à tous les partenaires les éléments d'observation de l'élève en situation scolaire, tant du point de vue de ses activités d'apprentissage, de sa mobilité, de sa sécurité, des actes essentiels de la vie quotidienne, ou encore de ses activités relationnelles et de sa vie sociale.

On distingue le GEVA-Sco « réexamen » du GEVA-Sco « 1^{ère} demande », renseigné par les équipes éducatives pour les élèves n'ayant pas encore de PPS.

Une ESS peut être programmée en juin pour préparer la rentrée de septembre à la demande de la famille ou de l'école. Une préparation du projet personnalisé de scolarisation en amont peut être un levier pour la réussite de la 1^{ère} scolarisation.

La mobilisation de l'enseignant référent est possible en amont de la 1^{ère} scolarisation, et en amont d'une saisine de la MDPH. C'est ce que rappelle la circulaire du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé de scolarisation. « L'enseignant référent peut être amené à intervenir avant décision de la CDAPH notamment dans le cas d'une 1^{ère} scolarisation intervenant avant toute évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. » En pratique, les enseignants référents interrogés nous indiquent être sollicités lorsque les situations semblent complexes, et/ou que la première scolarisation paraît difficile sans accompagnement. Cela est confirmé par les établissements et services médico-sociaux interrogés dans le cadre de l'enquête qui indique que l'enseignant référent est le plus souvent mobilisé en amont de la rentrée.

L'enseignant référent constitue alors un facilitateur, il « a dans ce cas un rôle essentiel d'information, de conseil et d'aide, tant auprès des équipes enseignantes que des parents. Il doit contribuer, aux côtés des responsables d'établissements scolaires, à l'accueil et à l'information des familles et les aider, si nécessaire, à saisir la MDPH dans les meilleurs délais. En cas de divergences d'appréciation entre une équipe enseignante et une famille sur la nécessité d'une telle saisine, il aide à la recherche de la solution la plus appropriée à la situation de l'élève avec l'appui de l'IEN de circonscription. »

Un des inspecteurs de l'Education nationale interrogés, qui note que l'accueil est généralement « bon » dans les écoles maternelles et élémentaires, ajoute que le fait que les enseignants référents connaissent bien les écoles leur permet de « ne pas frapper à n'importe quelle porte » !

Les structures interrogées dans le cadre de l'enquête ont résumé, au-delà des réunions préparatoires d'équipe éducative ou de suivi de la scolarisation, diverses actions et facteurs tendant à anticiper cette première scolarisation. Les voici par degré d'importance.

- Temps de rencontre, de concertation
- Sensibilisation des personnels au sein de l'établissement scolaire
- Identification de personnes ressources au sein de l'établissement scolaire
- Scolarisation progressive (à temps partiel puis à temps complet)
- Temps d'essai
- Scolarisation partagée entre l'établissement médico-social et l'école
- Notification d'une AVS avant la rentrée et présence effective dès le début de l'année
- Existence d'un protocole en cas d'absence de l'AVS
- Maintien en structure petite enfance parallèlement à l'accueil en maternelle
- Fiche/document sur les besoins spécifiques de l'enfant
- Sollicitation de la structure d'accueil petite enfance

Interrogés sur la mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH en amont de la 1^{ère} scolarisation, les établissements et services médico-sociaux semblent assez nuancés ; l'EPE serait plutôt mobilisée en Côte-d'Or et dans la Nièvre, que dans l'Yonne mais surtout en Saône-et-Loire (ce constat étant à confirmer).

On peut cependant difficilement évaluer les situations de rupture et de réussite

Les échanges dans le cadre des entretiens et des groupes ressource départementaux ont souligné avant tout l'ambivalence des notions d'échec et de réussite, selon le point de vue duquel on se place et selon les références pouvant y être attachées :

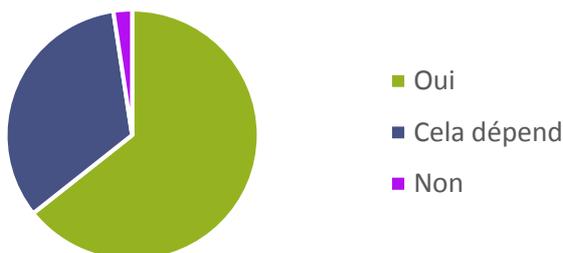
- une référence à la norme privilégiant le milieu ordinaire, où les attentes des parents et le vécu des professionnels peuvent être en contradiction ;
- la recherche d'une solution adaptée à la situation de l'enfant se heurtant souvent à un manque de moyens et de réponses adaptées ;
- la perspective d'un parcours continu et cohérent avec un manque de visibilité et de possibilité d'anticipation.

Au-delà des aspects sémantiques, la difficulté objective à évaluer les situations de rupture est liée aux manques en matière d'observation (évoqués dans les parties introductives), en particulier l'observation des parcours. Il ne nous a par exemple pas été possible de connaître les redoublements des enfants handicapés en grande section de maternelle, et notamment les redoublements pas défaut de place.

On peut malgré tout citer les réponses des établissements et services médico-sociaux interrogés dans le cadre de l'enquête, qui n'ont dénombré que peu d' « échecs » à la suite d'une première scolarisation (moins de 5%).

Nous avons également posé la question évaluative du SROMS aux structures qui ont majoritairement répondu par l'affirmative.

Les actions mises en place pour préparer la 1^{ère} scolarisation permettent-elles de réussir cette première scolarisation ?



Source : Enquête ESMS – CRDI – Nombre de répondant à la question = 42 établissements

Notons que près de la moitié ne répond pas, ou indique que « cela dépend ». Cette nuance est confirmée par les entretiens avec les familles dont certaines ont pu exprimer un avis mitigé voire négatif à propos de la 1^{ère} scolarisation de leur enfant, alors que celle-ci avait été anticipée.

Il faut semble-t-il entendre là qu'une préparation ne suffit pas, et que bien d'autres facteurs sont en jeux, qui sont rappelés tout au long de ce rapport et dont on peut citer certains : une mobilisation constante et une volonté de chacun, une communication (un dialogue) tout au long de l'année, la permanence et la qualité de l'accompagnement, la recherche d'une adaptation des réponses (cadre, rythme, objectifs ...), une formation des professionnels, une collaboration entre les différents intervenants, un transfert de savoir et de savoir-faire, un respect mutuel, une ambition pour l'élève.

Une anticipation s'impose au-delà même de la 1^{ère} scolarisation

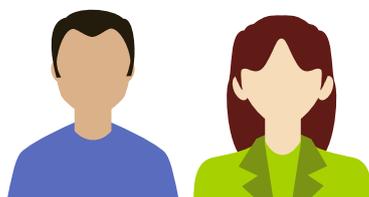
Ajoutons en effet que cette anticipation est souhaitable, au-delà de la 1^{ère} scolarisation, pour chaque rentrée scolaire, et en particulier lorsqu'il y a changement de cycle, de degré d'enseignement ou de mode de scolarisation. Le décret du 11 décembre 2014 rappelle d'ailleurs que « le projet personnalisé de scolarisation est révisé au moins à chaque changement de cycle ou d'orientation scolaire ».



On peut citer en ce sens le rapport « Piveteau »²⁶ : « C'est tout au long du déroulement de la vie, et très particulièrement à certains moments charnières de la sortie de la petite enfance, de la prime adolescence, du passage à l'âge adulte ou de l'avancée vers le grand âge, que ces défauts d'anticipation se font sentir. C'est particulièrement le cas, évidemment, des ruptures de continuité qui apparaissent lors des changements d'établissement ou de service, faute de bonne gestion du départ et surtout de préparation suffisante de la solution suivante.

Les récits des parents interrogés soulignent eux aussi les difficultés liées aux moments clefs du changement de cycle :

Il a fallu se battre notamment pour passer d'un cycle à autre : maternelle à primaire, primaire au collège.



L. a maintenant 11 ans, elle est maintenue en CLIS 4. Nous avons un an pour trouver une solution de scolarisation. C'est un couperet.

Pour assurer au mieux cette anticipation, chacun des acteurs a un rôle à jouer à son niveau.

Le **rôle de l'enseignant référent** est crucial, puisque c'est lui, en lien avec les parents, qui assure en pratique le pilotage de l'équipe de suivi de la scolarisation et son organisation en amont de la rentrée pour préparer au mieux celle-ci. Avec une dizaine d'années de recul d'expérience, cette fonction de « référent », de « facilitateur », de « charnière » s'avère très précieuse dans la continuité du parcours. C'est ce que soulignent de manière générale les professionnels et les parents. Un seul témoignage illustre *a contrario* l'importance de ce rôle : des parents d'un enfant malade et handicapé ont eu à faire, pendant la scolarité préélémentaire qui s'est « très mal passée », à un enseignant référent qui selon eux « prenait systématiquement le parti de l'enseignant », et « décidait lui-même où devait aller » leur enfant. A la suite d'un changement, les parents observent une nette amélioration de posture avec le nouvel enseignant référent qui « est là pour les enfants, pas pour l'école ».

En termes d'anticipation, les professionnels nous précisent que dans le second degré, il est souvent préférable d'attendre fin août ou début septembre pour organiser une réunion, puisque l'équipe enseignante n'est généralement pas connue avant.

L'anticipation est souvent recherchée au niveau de la notification (par la **MDPH**) et de l'affectation (par l'**Education nationale**) de l'accompagnant de l'élève (« AVS »). Dès lors que celles-ci sont possibles, la participation de l'accompagnant à une réunion de l'équipe éducative ou de l'équipe de suivi de la scolarisation peut être envisagée avant la rentrée, ce qui est rare en pratique, mais facilite largement la préparation de la rentrée et l'organisation de la scolarisation.

La mise en place d'un poste de « **coordonnateur AESH** » dans chaque département concourt à cette amélioration de l'anticipation dans l'affectation des accompagnants et la gestion des remplacements si nécessaire.

Une attention particulière est souvent portée par la MDPH dans cette anticipation. On peut noter l'organisation proposée par la MDPH de la Nièvre qui distingue les « AVS d'été et d'hiver » : afin d'éviter que toutes les demandes n'arrivent au même moment (mai – juin), les accompagnants collectifs ou transitoires sont notifiées pour un an et demi, alors que dans les situations les plus « lourdes » l'AESH est notifié pour deux ans afin de rechercher une continuité dans l'accompagnement.

²⁶ « Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport du Conseiller d'Etat D. Piveteau (juin 2014)

La réussite de la 1^{ère} scolarisation se heurte en pratique à plusieurs difficultés ou limites

Une maman interrogée décrit de manière très concrète différentes difficultés rencontrées au cours du parcours scolaire d'un enfant handicapé :



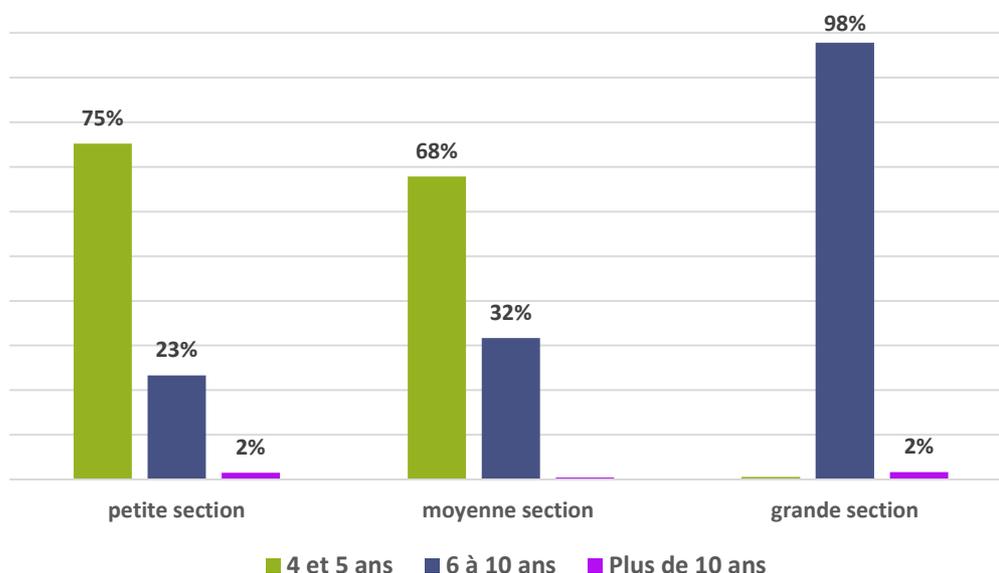
Les parents ont toujours l'impression d'avoir un combat à mener pour scolariser leur enfant en situation de handicap.

Parce que le handicap constitue une gêne pour les autres élèves (cela demande du temps un élève handicapé), parce que l'enseignant ne sait pas faire (on ne peut pas être spécialiste de tous les handicaps), parce que l'enseignant n'a pas de relai, de réseau spécialisé, parce qu'on ne va jamais voir dans les écoles ce qu'il se passe, parce que personne ne se déplace plus. Les parents perçoivent bien l'engagement des institutrices et la solitude dans laquelle ils sont.

Les élèves handicapés sont plus âgés que leurs pairs

L'observation du profil des enfants handicapés scolarisés en maternelle, indique que ces élèves sont souvent très au-delà de l'âge attendu en école préélémentaire.

Répartition des élèves handicapés scolarisés en maternelle selon leur âge et leur niveau



Source : Ministère de l'Éducation nationale, DEPP - année 2014/2015

Or en termes de socialisation, de confiance et d'estime de soi, de communauté d'intérêts et d'appétence, il est largement préférable que l'enfant soit réuni avec ceux de sa classe d'âge, bien qu'il puisse avoir des compétences et des besoins différents.

Ce constat est aussi à relier à celui du fréquent maintien des élèves handicapés en grande section de maternelle par défaut de solution adaptée (voir ci-dessous).

Certains manques sont notés en terme d'accès au diagnostic

Au-delà du repérage et du dépistage des difficultés, la définition de réponses adaptées suppose généralement que soit établi un diagnostic stabilisé. Or sur ce point certains manques ont été pointés, notamment dans la Nièvre où font défaut des ressources psychiatriques en particulier pour le diagnostic des troubles autistiques.

Les acteurs ont souligné les conséquences potentiellement lourdes d'un défaut de diagnostic précoce, lorsque des projets sont définis sans être adaptés aux besoins, ou lorsque le handicap est pris en compte beaucoup trop tardivement, ce qui entraîne une aggravation des troubles.



« Reviennent très souvent, dans les situations sans solution ou les parcours marqués de ruptures, des défauts de précocité dans les diagnostics et dans la mise en place d'un accompagnement, même minimal. Ces retards ou ces erreurs initiales se paient souvent très cher. »²⁷

L'anticipation et la préparation de la scolarisation peuvent s'avérer concrètement difficiles

Dans la pratique, même lorsqu'elle est recherchée, cette anticipation est bien souvent rendue difficile par l'incertitude quant à l'effectivité des décisions de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) :

- Même si les MDPH s'efforcent d'anticiper les notifications d'attribution d'aide humaine, la présence effective de l'accompagnant de l'élève en situation de handicap (AVS) n'est souvent connue que très tardivement, parfois la veille ou le jour de la rentrée.

Dès lors, l'absence d'AESH (ou AVS), qui peut aboutir à une déscolarisation de l'enfant*, est parfois constatée au dernier moment pour les parents qui se retrouvent sans solution pour leur enfant. C'est le cas de parents rencontrés dans le cadre d'un entretien, qui ont dû « repartir » avec leur enfant le jour de la rentrée. Ils ont vécu cette situation insupportable, qui a duré plusieurs mois, 2 années scolaires consécutives.

* Rappelons que c'est le PPS qui indique si la présence de l'AESH est indispensable à la scolarisation de l'enfant – pour raison de sécurité uniquement.

- Au-delà de la question de la capacité d'accueil des établissements médico-sociaux, les critères et délais d'admission sont souvent très opaques.

Il s'agit d'un point évoqué au détour d'entretiens avec des parents. Ceux-ci peuvent être confrontés à un manque de place en établissement médico-social (IME, EEAP, ITEP), où leur enfant se retrouve en liste d'attente sans savoir combien de temps durera cette attente ni quels sont les critères d'admission et de priorité. Une telle opacité rend impossible toute anticipation.

Certaines pratiques ont tendance à être automatisées de manière abusive

Quelques « réflexes » fréquents sont observés – et confirmés par les acteurs – lorsque des difficultés sont repérées à l'occasion de la scolarisation, et que ces difficultés peuvent laisser présumer la reconnaissance d'un handicap. Dans ce cas les équipes éducatives ont tendance à recourir, de manière souvent systématique, à :

- La formulation d'une demande d'aide humaine (AESH)
- La réduction du temps de scolarisation.

Sur le premier point, le représentant de la MDPH de la Nièvre précise que l'attribution d'un accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH, plus connu sous le terme d'AVS) constitue souvent une « porte d'entrée », une solution pour « décrisper » les liens entre enseignant et parents lorsque c'est nécessaire. Il peut s'agir d'une « 1^{ère} étape pour accepter la situation ». Si cette procédure est en pratique compréhensible, elle traduit une certaine détresse de l'enseignant, et l'insuffisance de réponses adaptées. Elle peut aussi constituer un piège puisqu'elle présuppose le besoin d'AVS pour l'élève, là où il n'a pas forcément été objectivement évalué.

²⁷ Rapport D. Piveteau précité



En ce sens, un rapport conjoint IGAG, IGEN, IGAENR sur l'accompagnement des élèves en situation de handicap notait en 2012 que la démarche d'attribution d'aide humaine était encore « fondée sur l'expression et le traitement d'une demande » plutôt que sur une « évaluation des besoins de la personne et de réponse adaptée à ces besoins. » Il rappelait que ce fonctionnement était probablement lié au système défini par des textes antérieurs à la loi de 2005 : la loi du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation, et la circulaire interministérielle du 11 juin 2003 qui « installe le rôle de l'auxiliaire de vie scolaire dans un mode de fonctionnement qui n'est pas très éloigné de ce qui est observé aujourd'hui. Cette circulaire induit notamment un principe de « demande » dont l'école est à l'origine qui reste présent dans l'esprit des acteurs locaux. »

S'agissant de la réduction du temps de scolarisation, elle semble constituer une réponse trop systématique, souvent incomprise par les parents et parfois non prévue par le projet personnalisé de scolarisation (voir la partie suivante sur le PPS). En outre, si elle peut être parfois justifiée par la fatigabilité de l'enfant, ou par les interventions de rééducation, elle n'a pas toujours de sens au regard du projet ou des besoins de l'élève.



*De nombreux textes officiels émettent d'ailleurs des réserves vis-à-vis de la scolarisation à temps partiel : circulaire de novembre 1991 sur les CLIS, celle d'avril 2002 sur les dispositifs de l'AS, de mars 2005 relative à la prise en charge des personnes autistes, et plus récemment la circulaire d'août 2006 relative au projet personnalisé de scolarisation. Enfin, la commission nationale consultative des droits de l'homme dénonce l'abus des temps partiels dans la scolarisation des enfants handicapés (avis du 6 novembre 2008).
« La CNCDH demande qu'une obligation d'accueil en maternelle soit travaillée de façon conjointe entre les collectivités territoriales et l'Education nationale. Elle demande en outre que cet accueil se traduise, dans la mesure du possible, par un nombre d'heures de scolarisation significatif et, en tout état de cause, que des statistiques sur les temps de scolarisation soient disponibles par académie pour l'ensemble des niveaux d'enseignement scolaire. »*

Les enseignants « ordinaires » se retrouvent généralement démunis face à l'apparition de difficultés

Comme cela a été évoqué dans les propos introductifs, nous nous situons au-delà de la 1^{ère} scolarisation au sens strict d'un enfant dont le handicap est connu, mais plutôt dans la perspective d'une révélation du handicap à l'école, qui est difficilement vécue par les enseignants rencontrés. Bien que le diagnostic et l'« annonce » en tant que telle n'appartiennent pas aux enseignants, ce sont eux qui peuvent être à l'origine du « processus » d'annonce par le repérage des difficultés qui pourront s'avérer liées à un handicap. Ce sont eux qui aborderont ces difficultés avec les parents en suggérant éventuellement l'avis ou l'intervention d'un tiers (psychologue, enseignant spécialisé, médecin ...).

Plusieurs manques ont pu être décrits, dans la partie précédente du rapport, à propos de l'accompagnement et du soutien des enseignants. Ces manques semblent plus aigus lors de la « 1^{ère} scolarisation » des enfants handicapés au sens large retenu ici de scolarisation révélatrice du handicap.

Les manques évoqués plus tôt que nous rappelons ici sont constatés :

- en termes de sensibilisation mais surtout de formation des enseignants de classe ordinaire,
- en termes de temps de concertation,
- de temps disponible pour participer aux réunions de synthèse des établissements médico-sociaux.

Les difficultés rencontrées sont également liées au cadre et à la « forme » de l'école : effectifs, espaces, méthodes, temps, qui peinent à être assouplis en classe ordinaire.

La relation et la communication avec les parents sont généralement complexes

Il s'agit d'un constat encore fréquent, corroboré par les données recueillies dans la démarche d'évaluation. Plusieurs éléments contribuent à expliquer cette complexité des rapports.

En premier lieu les enjeux très forts, évoqués plus tôt, du côté de l'annonce et de la révélation. Celle-ci représente souvent une période de « sidération », traumatisante pour les familles, et peut être ravivée ou aggravée (selon qu'elle a eu lieu avant ou après), lorsque des difficultés sont rencontrées pendant la scolarisation.

Deux impressions peuvent apparaître de part et d'autre : du côté de l'enseignant, l'impression que les parents expriment un rejet vis-à-vis de l'école qu'ils sont dans le déni des difficultés ou du handicap de leur enfant. Les parents quant à eux expriment parfois le sentiment d'une communication lacunaire, ainsi qu'une insuffisante prise en compte de leur avis et des besoins de l'enfant.

Un enseignant référent interrogé résume cela par une double difficulté (que l'on peut assimiler à un « double lien » selon une approche systémique) :

- « Difficulté de la famille à confier son enfant à une personne dont elle pense qu'elle ne maîtrise pas la particularité,
- Difficulté de l'école à accueillir un enfant dont elle pense qu'elle ne maîtrise pas la particularité. »

A celles-ci s'ajoute « l'ignorance des possibilités de gestion de la situation de part et d'autre. » Dans ce contexte, le rôle d'un tiers (tel que le directeur, l'enseignant référent, le RASED, le CAMSP ...) apparaît bien souvent indispensable.

Plus généralement, on peut encore observer certaines résistances ou ambivalences des professionnels à considérer les familles comme de véritables partenaires, alors que leur rôle est central dans la scolarisation de leur enfant et dans la mobilisation des ressources, soit qu'ils sont à l'initiative d'une demande d'aide (CAMSP, MDPH notamment), soit nécessairement d'accord pour recourir à une aide sollicitée par l'enseignant (RASED).

Dans le secteur médico-social, les annexes XXIV modifiées par le décret de 1989²⁸ ont créé pour les établissements et services médicosociaux trois obligations à l'égard des parents, que sont l'information, l'association aux projets

²⁸ Annexe XXIV au décret du 9 mars 1956 modifiée par le décret du 27 octobre 1989

et le soutien. Or Elisabeth Zucman²⁹ note que les points de vue des parents et professionnels apparaissent parfois divergents s'agissant de ces trois éléments : « les familles attendent beaucoup des deux premières (information et association aux projets), alors qu'elles redoutent souvent le risque de psychiatrisation du soutien. A contrario, les professionnels sont tout prêts à développer leurs actions de soutien, mais demeurent réticents devant la nécessité du partage d'information (les parents peuvent-ils comprendre, et supporter ?) ; ils sont réticents aussi à les associer au projet éducatif, au nom du respect dû au territoire propre de l'enfant », voire aussi aux difficultés pouvant découler de la prise en compte des demandes des familles. Ces observations sont heureusement de moins en moins valables aujourd'hui, mais peuvent permettre de comprendre la complexité des liens à la famille.

Un autre élément semble illustrer cette ambivalence dans le rapport aux parents, celui du lien avec l'accompagnant (AESH, plus particulièrement l'AVS).

En Bourgogne, nous avons pu observer à l'occasion des divers échanges que les accompagnants ont pour instruction de ne pas avoir de lien direct avec les parents. Il est tout à fait compréhensible – et important – de veiller d'une part à ce que l'enseignant reste le premier interlocuteur des parents s'agissant de la scolarisation de leur enfant, d'autre part à ce que l'AVS ne risque pas d'être dépassé par une relation parfois complexe avec les parents qui l'emmènerait au-delà de son cadre d'intervention. Il est ainsi nécessaire que ce cadre soit clairement posé, si possible dans le PPS, mais aussi explicité à l'occasion de contacts réguliers (notamment de l'équipe éducative).

Cependant il ne paraît pas tenable de défendre le principe d'une absence d'échanges entre les parents et l'accompagnant, celui-ci intervenant parfois à temps plein auprès de l'enfant et nécessitant une connaissance fine de sa situation. Les parents entendus dans le cadre des entretiens ont d'ailleurs tous contesté cette position, et parfois trouvé des moyens de « contourner » cette règle peu compréhensible.

La scolarisation des enfants handicapés est complexifiée par la discontinuité entre projet de scolarisation et accueil péri et extrascolaire

Si ce point n'a pas fait l'objet d'investigations dans le cadre de cette évaluation, il est ressorti des échanges lors des groupes ressource et des entretiens.

L'organisation du temps péri et extrascolaire tient en effet une place est très importante dans la continuité du parcours de scolarisation de l'enfant.



Dans un rapport de 2014 sur les « temps de vie scolaire et périscolaire des enfants en situations de handicap » (dont les résultats sont antérieurs à la mise en œuvre de la réforme sur les rythmes scolaires), le Défenseur des droits soulignait en particulier que :

- plus de la moitié des élèves handicapés ne peuvent accéder aux activités périscolaires alors que leurs parents le souhaiteraient,
- le 1^{er} motif de non accès à ces activités est l'absence d'accompagnement.

Il est à la fois question de la pause méridienne (cantine), et des activités périscolaires et de loisirs. L'un des facteurs de difficulté est la diversité des compétences (municipalité pour les temps périscolaires, Conseil départemental pour les transports).

La continuité de l'accompagnement par l'AESH est basée sur la disponibilité et le volontariat de celui-ci. Elle est en pratique contrainte par la durée contractuelle de son travail (souvent limitée à 20,5h – correspondant au contrat aidé – alors que le temps de scolarisation est de 24h par semaine) et par la possibilité d'un relai au-delà de cette durée. Une difficulté est par exemple liée au fait qu'une pause méridienne de 45 minutes minimum doit être assurée pour les AESH accompagnant un élève sur le temps de restauration scolaire, soit en amont, soit en aval, du temps de restauration (mais comprise entre 11h et 14h).

²⁹ Zucman, E. (1993). *La mise en œuvre des nouvelles annexes XXIV et les CREAI*. Édition CREAI Rhône-Alpes

Les parents entendus dans le cadre des entretiens ont souligné les diverses difficultés rencontrées et les aménagements « bricolés » en termes de continuité d'accueil sur les temps périscolaires :

- les parents d'un élève de classe ordinaire ont dû conclure avec l'AESH un contrat en direct pour l'accompagnement pendant le temps de cantine ;
- ces mêmes parents ont dû acheter un fauteuil manuel à leur fils car le bus qui emmenait les enfants à la cantine du collège n'était pas adapté ;
- d'autres indiquent que leur enfant ne peut pas bénéficier des projets municipaux de regroupement scolaire qui n'ont pas intégré l'enfant en situation de handicap ;
- d'autres enfin ont renoncé à inscrire leur enfant (qui n'est scolarisé qu'à mi-temps à défaut d'AESH disponible à temps plein) en centre de loisirs ; cela est « trop compliqué », « la direction freine », il faut multiplier les conditions et les réunions à tel point que les parents en ont « marre de se battre ».



Dans la préface du rapport précité sur l'accès des enfants handicapés aux structures d'accueil collectif de la petite enfance, de loisirs ou de vacances, Charles Gardou résume de manière forte le vécu douloureux de nombreux parents d'enfants handicapés : ces parents, « confrontés aux exigences de chaque jour, à l'incertitude du lendemain et jamais pleinement libérés de leur tourment, désirent bénéficier, eux aussi, des mêmes droits fondamentaux et des mêmes services que les autres. Sans culpabilité. Sans avoir à expliquer, à se justifier, à convaincre. Sans ressentir la pénible impression d'être jugé, d'importuner. De supplier. De mendier. Or, ils ont souvent le sentiment d'être invités, par messages plus ou moins directement délivrés, à « aller se faire voir ailleurs », alors qu'il n'existe pas d'ailleurs. »

La continuité et la « réussite » portent essentiellement sur les familles

Ce constat est valable bien au-delà des situations de « première scolarisation », il est bien souvent vérifié tout au long du parcours de l'enfant. Comme pour tout parent d'élève leur rôle reste central et indispensable, sauf que plus que tout autre le parcours de leur enfant handicapé leur demande une disponibilité sans équivalent.

Ce constat est vérifié auprès des parents bourguignons interrogés dans le cadre de la présente évaluation. Dans plusieurs situations, la disponibilité des parents a permis d'assurer la continuité de la scolarisation et d'éviter des ruptures dans le parcours :

- Pendant un trimestre un enfant scolarisé en 6^{ème} n'a plus pu suivre tous les cours à la suite d'une demande d'un professeur, ses parents ont dû aménager leur temps pour aller le chercher avant la fin de journée ;
- Pour un enfant scolarisé en maternelle la maman a « compensé » plusieurs absences de l'AVS en assurant elle-même la présence en classe auprès de son enfant ;
- Un papa a cessé de travailler pour suivre la scolarisation en milieu ordinaire de son fils autiste ;
- Un autre a pris une retraite anticipée pour s'occuper de son fils de 6 ans, scolarisé en classe ordinaire, mais régulièrement hospitalisé. Pendant une période de 6 semaines de rééducation, les parents avaient assuré la scolarisation sur leurs congés (leur mutuelle n'ayant pris en charge que 3 jours d'absence au travail).



L'enquête réalisée par le défenseur des droits s'est intéressée aux conséquences pour les familles de l'organisation des temps scolaires et périscolaires. Les réponses indiquent que près de 70% des parents ont dû renoncer à tout ou partie de leur activité professionnelle en raison d'une rupture dans la prise en charge de leur enfant entre le temps scolaires et périscolaires.

Quel que soit le ressenti global concernant la scolarisation de leur enfant, l'avis des parents est systématiquement mitigé : lorsque cette scolarisation est « réussie », les parents saluent généralement l'implication de certains acteurs (enseignant, directeur, municipalité ...). Mais cette réussite n'est possible qu'au prix d'une immense énergie et de certains sacrifices de la part des parents (les sacrifices ne sont d'ailleurs jamais évoqués en tant que tels dans les entretiens). Dans des cas plus douloureux, certains parents ont le sentiment de n'être non seulement pas aidés, mais pas écoutés ni respectés.

Illustration de ce sentiment partagé, le vocabulaire utilisé : le terme « battre » (« se battre », « parcours du combattant »), a ainsi été employé à plusieurs reprises au cours de nombreux entretiens (5 entretiens sur 9), y

compris par des parents ayant une vision globalement positive du parcours de scolarisation de leur enfant.

Mais les parents ne sont pas les principaux acteurs de ce parcours, dont le premier rôle appartient évidemment à l'élève. Plusieurs parents interrogés soulignent d'ailleurs le courage et la capacité d'adaptation de l'enfant nécessaires dans le parcours de scolarisation.



La continuité du parcours est compromise par un manque de solutions après la maternelle

La « barrière du CP » a été évoquée à plusieurs reprises dans le cadre des réunions des groupes ressource comme une limite importante à la scolarisation en milieu ordinaire. Cette barrière serait liée à trois principaux éléments :

- une scolarisation en milieu ordinaire plus complexe en primaire qu'en maternelle, du fait notamment objectifs différents, plus exigeants en termes de réussite et d'évaluation,
- la période de fin de l'accompagnement par le CAMSP (voir ci-dessous), qui ont un agrément jusqu'à 6 ans, et se traduisent par une souplesse d'accueil et un libre accès,
- le défaut de solutions d'accompagnement « spécialisé » : manque de place en SESSAD et manque de places en établissements pour les situations les plus complexes – ce constat étant plus marqué dans certains territoires et pour certains types de troubles.

Cette barrière conduirait selon les professionnels à de nombreux maintiens en grande section « par défaut ». Cependant cette donnée n'a pu être illustrée par des chiffres tels que la comparaison entre le taux de redoublement en grande section pour les élèves handicapés et celui des élèves « ordinaires ». En effet les services interrogés au niveau académique ne disposent pas de ces éléments.

Des manques importants sont notés de la part des différents acteurs en termes d'identification des ressources à solliciter et de disponibilité de ces ressources

Au cours des échanges dans le cadre des groupes ressource départementaux sur la 1^{ère} scolarisation, ont été rappelés les différents acteurs pouvant être mobilisés à un moment ou à un autre dans le processus de révélation et de reconnaissance du handicap ou d'accompagnement de l'élève handicapé. Il s'avère que ces ressources ne sont pas toujours identifiées par les parents, et que certaines d'entre elles sont insuffisamment disponibles pour les parents et l'enseignant.

Le tableau ci-dessous tente de présenter les différentes ressources qui concourent à la 1^{ère} scolarisation (au sens retenu ici) des enfants handicapés et celles qui sont « mobilisables » dans le processus d'annonce et d'accompagnement.

Compte tenu de la diversité des situations, il est en pratique impossible de décrire un cheminement type dans ce processus. Les acteurs ci-dessous peuvent être amenés à intervenir à un moment ou un autre.

- | | |
|---|---|
| 1. Directeur d'école | 8. Associations de parents |
| 2. Médecin de PMI (ou médecin scolaire à partir de la grande section) | 9. IEN ASH |
| 3. Psychologue scolaire | 10. Assistant de service social |
| 4. Enseignant spécialisé (RASED, enseignant référent) | 11. Centre ressource, centre de référence (pour une maladie ou un handicap) |
| 5. Inspecteur de circonscription | 12. Autre établissement ou service médico-social |
| 6. CAMSP | 13. Autres professionnels du soin |
| 7. MDPH | |

La plupart de ces ressources font partie de l'« **équipe éducative** », à propos de laquelle le décret du 6 septembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires rappelle qu'elle « est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Elle comprend le directeur d'école, le ou les maîtres et les parents concernés, le psychologue scolaire et les enseignants spécialisés intervenant dans l'école, éventuellement le médecin de l'éducation nationale, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale et les personnels contribuant à la scolarisation des élèves handicapés. Le directeur d'école peut recueillir l'avis des agents spécialisés des écoles maternelles. »

Cette équipe éducative est donc à géométrie variable, elle s'inscrit à la fois dans et hors les murs de la classe et n'est pas composée que de personnels de l'Education nationale.

On peut d'ailleurs regretter que les acteurs de terrain ne se soient pas toujours suffisamment saisis de cette notion d'équipe éducative, à propos des élèves handicapés, pour tisser des liens étroits et souples entre les professionnels de l'école et les intervenants du soin, en dehors des réunions formelles de l'équipe de suivi de la scolarisation. La notion d'équipe éducative semble encore souvent entendue comme « interne » à l'Education nationale, alors que son intitulé même suppose son ouverture. Il n'est pas évident que les professionnels de l'école (enseignant, AESH, ATSEM) et ceux du « soin » (éducateur, orthophoniste, psychologue, psychomotricien, etc.) aient le sentiment d'appartenir à une même équipe.

Le décret précité crée une autre instance, le **conseil des maîtres**, réuni chaque trimestre, dans le cadre duquel peuvent être abordées certaines difficultés rencontrées à propos d'un élève. « Le directeur, l'ensemble des maîtres affectés à l'école et les maîtres remplaçants ainsi que les membres du réseau d'aides spécialisées intervenant dans l'école constituent l'équipe pédagogique de l'école. Ils se réunissent en conseil des maîtres. »

Le directeur d'école	<p>Il est en pratique bien souvent le premier interlocuteur de l'enseignant se retrouvant face à une difficulté, ou pour les parents lorsque le contact avec l'enseignant ne suffit pas. Il préside le conseil des maîtres, et réunit l'équipe éducative « chaque fois que l'examen de la situation d'un élève l'exige. » Si l'équipe éducative « souhaite qu'un projet personnalisé de scolarisation soit élaboré pour un élève, le directeur de l'école ou le chef d'établissement en informe les parents (...) pour qu'ils en fassent la demande. »</p>
Le médecin scolaire <i>décret du 27/11/1991 et circ. du 12/01/2001</i>	<ul style="list-style-type: none"> - « <u>réalise le bilan de santé obligatoire</u> lors de l'entrée à l'école élémentaire (...) (A l'école préélémentaire, ce bilan est réalisé par le médecin de PMI) - identifie les besoins de santé spécifiques de leur secteur - contribue à la formation initiale et continue des personnels (...) ainsi qu'aux actions d'éducation en matière de santé auprès des élèves et des parents. - <u>assure les tâches médico-psycho-pédagogiques concourant à l'adaptation et à l'orientation des élèves</u> notamment par leur <u>participation aux diverses commissions de l'éducation spécialisée.</u> »
La PMI	<p>Les services de protection maternelle et infantile comportent des médecins et des infirmières de puériculture (ainsi que des sages-femmes, non concernées directement ici)</p> <p>Ses missions comprennent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles,</u> - <u>des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière,</u> - l'agrément, le suivi et la formation des assistantes maternelles, - le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance. <p><u>Un bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans doit être réalisé afin de diagnostiquer des troubles du développement psychomoteur chez l'enfant.</u></p> <p>La PMI a un positionnement particulier, à l'intérieur et à l'extérieur de l'école, qui en fait une ressource précieuse. De par la diversité de ses missions, la PMI assure une liaison avec différents acteurs, de droit commun et spécialisés, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les parents - les crèches et nourrices - les écoles - les CAMSP. <p>S'agissant d'une compétence des Conseils généraux, l'organisation de la PMI et les moyens qui lui sont dédiés diffèrent selon les départements.</p>
Le psychologue scolaire <i>Cir. du 18/08/2014</i>	<p>Les psychologues scolaires interviennent dans le cadre des réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficultés (RASED, voir ci-dessous). « Ils apportent leur expertise au sein de l'équipe enseignante de l'école. Ils contribuent à l'observation des élèves identifiés par l'enseignant de la classe, à l'analyse de leurs compétences et des difficultés qu'ils rencontrent et à la définition des aides nécessaires. <u>Ils aident au repérage des élèves en situation de handicap et à la réalisation des projets personnalisés de scolarisation.</u> »</p>

Il exerce ses missions auprès d'élèves présentant des besoins éducatifs particuliers liés à une situation de handicap, une maladie ou des difficultés scolaires graves.

Son intervention peut s'inscrire dans plusieurs cadres :

- aide spécialisée aux élèves en difficulté scolaire (RASED),
- enseignements adaptés (SEGPA, EREA),
- scolarisation des élèves en situation de handicap (ULIS, unités d'enseignement des établissements médico-sociaux),
- en tant qu'enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés.

Le certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA-SH) comporte plusieurs options, selon le type de public auprès duquel l'enseignant pourra être amené à exercer. On distingue ainsi :

Les enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique :

- aux élèves sourds et malentendants (option A)
- aux élèves aveugles ou malvoyants (option B)
- aux élèves présentant une déficience motrice grave ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période et/ou invalidant (option C)
- aux élèves présentant des troubles importants des fonctions cognitives (D)
- auprès des élèves des établissements et sections d'enseignement général et professionnel adapté (F)

Des enseignants spécialisés chargés des aides spécialisées :

- à dominante pédagogique (option E)
- à dominante rééducative (option G)

ces derniers intervenant dans le cadre des RASED.

Le rapport de l'IGEN sur la grande difficulté scolaire³⁰ souligne qu'« il y a sans doute une mutualisation d'expertise à réaliser entre le maître spécialisé et le maître de la classe ordinaire (sans pour cela transformer tous les maîtres en maîtres spécialisés). Si la classe ordinaire doit assumer à plein temps sa mission auprès des élèves qui ont les besoins les plus spécifiques et affirmer son principe inclusif, elle doit s'emparer des savoir-faire (et des savoirs) des maîtres spécialisés. »

Dans le même sens, la récente circulaire sur les ULIS attribue un nouveau rôle au coordonnateur l'ULIS, celui de « conseil à la communauté éducative en qualité de personne ressource »³¹.

³⁰ IGEN, IGAENR : « Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire » (JP Delaubier, G. Saurat) 2013

³¹ Circulaire du 21/08/2015 sur les unités localisées pour l'inclusion scolaire, dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degré

Le RASED

Cir. du 18/08/2014

Les réseaux d'aide aux élèves en difficulté sont apparus en 1990, ils relèvent aujourd'hui de la circulaire du 18 août 2014. Ils ont pour mission de fournir des aides spécialisées à des élèves en difficulté dans les classes ordinaires des écoles primaires, à la demande des enseignants de ces classes, dans ces classes ou hors de ces classes. Ils comprennent des enseignants spécialisés chargés des aides à dominante pédagogique, les "maîtres E" (difficultés d'apprentissage), des enseignants spécialisés chargés des aides à dominante rééducative, les "maîtres G", et des psychologues scolaires.

Ils sont en pratique un interlocuteur privilégié des enseignants confrontés à des difficultés.

Depuis 2008 l'existence de ces structures était remise en cause, avec une diminution progressive de leurs effectifs. Au niveau national, on a observé une suppression de 50% des postes de maître G, 38% des postes de maître E, ainsi qu'une très légère augmentation (1%) des postes de psychologues. Le gouvernement actuel indique vouloir conforter les missions des RASED, et appliquer le principe « plus de maîtres que de classes »³².

Peu de rapports se sont penchés sur ces réseaux. On peut citer les deux plus importants de l'inspection générale de l'Education nationale^{1 et 33}. Il y est notamment souligné que « l'intervention des membres des RASED constitue une ressource importante. Mais, dans sa forme actuelle, elle reste encore trop coupée de ce qui se noue et se dénoue dans la classe. »

Les acteurs réunis dans les groupes ressources dans les différents départements bourguignons ont unanimement souligné la perte induite par les suppressions de postes et le manque de disponibilité des RASED – plusieurs écoles n'y ayant pas du tout accès.

Même s'il est souvent rappelé que les RASED ne sont pas destinés au public des élèves handicapés (ces derniers bénéficiant d'autres dispositifs « spécifiques »), ils ne sont pourtant pas éloignés du handicap !

- en intervenant auprès de jeunes en difficulté, ils peuvent prévenir l'aggravation de certains troubles et l'apparition du handicap
- l'évaluation conduite par les RASED peut donner lieu à une préconisation d'orientation vers la MDPH lorsque les difficultés relèvent du handicap.
- Et l'on peut rappeler le rôle des IEN ASH³⁴ (IEN AIS à l'époque) dans la définition des secteurs et modalités d'intervention des RASED.

Le rapport sur la grande difficulté scolaire a d'ailleurs pointé la proximité entre cette dernière et le handicap.

L'enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés

*Décret 30/12/2005
Circulaire du 17 août 2006*

L'enseignant référent tend notamment « à assurer la meilleure mise en œuvre possible du projet personnalisé de scolarisation. » « Il favorise l'articulation entre les actions conduites par les équipes pédagogiques des établissements scolaires, des services ou établissements de santé et médico-sociaux, et les autres professionnels intervenant auprès de l'élève, quelle que soit la structure dont ils dépendent. » Interlocuteur principal de toutes les parties prenantes du PPS, « il favorise les échanges d'informations entre ces partenaires ».

Son rôle essentiel a été souligné et salué dans plusieurs parties de ce rapport

³² Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République

³³ IGEN : « Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté – examen de quelques situations départementales » (B. Gossot) 1996-1997

³⁴ Inspecteur de l'Education nationale en charge de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés

L'assistant de service social

Décret du 22 octobre 1959

Dans le cadre de la polyvalence de secteur, les parents peuvent disposer de l'aide d'assistantes sociales « capables d'avoir une vue d'ensemble de leurs problèmes sanitaires, sociaux, économiques, psychologiques et de les aider à mettre en œuvre les moyens d'y porter remède avec le concours éventuel des services spécialisés »

CAMSP

Les CAMSP ont pour vocation essentielle la prise en charge précoce des jeunes enfants risquant de développer une situation de handicap. Ils se distinguent d'autres structures médico-sociales (notamment les SESSAD) par leur accès direct, c'est-à-dire sans procédure de demande d'accès aux droits spécifiques auprès de la CDAPH). En cela cette formule souple est un atout pour les parents qui vivent de façon bien souvent douloureuse le processus de révélation du handicap de leur enfant et qui recherchent information, conseils, soutien (actions nommées « guidance » dans le texte de référence) et interventions précoces auprès de leur enfant dès qu'ils en expriment la demande.

Leurs missions sont multiples et complémentaires pour assurer l'accueil et l'accompagnement global des jeunes enfants de moins de 6 ans atteints ou présentant un risque de développer un handicap et pour offrir soutien et conseils à leurs familles.

Ces missions relèvent :

- Du dépistage et du diagnostic précoce des déficits ou troubles,
- De la prévention ou réduction des conséquences invalidantes de ces déficits,
- Du soin : cure ambulatoire et rééducation précoce,
- De l'accompagnement et le soutien des familles lors du processus de révélation du handicap et dans la mise en œuvre des soins et des actions éducatives requis par l'état de l'enfant,
- Du soutien à l'accès aux lieux de la petite enfance et à la scolarité.

Plusieurs acteurs, parents et professionnels, ont souligné à l'occasion des groupes de travail ou des entretiens, l'intérêt de l'action des CAMSP auprès des familles, des structures d'accueil de la petite enfance et des écoles, plus particulièrement leur intervention dans les équipes de suivi de la scolarisation, mais aussi dans la classe pour aider à la compréhension des difficultés et des besoins de l'enfant, aider et conseiller les enseignants ou accompagnants.

Le SROMS de Bourgogne souligne les lacunes du dispositif en termes de précocité d'accueil et de délai de prise en charge par les CAMSP, qui sont le plus souvent surchargés et en difficulté pour exercer l'ensemble de leurs missions et répondre aux demandes. Peu d'éléments sont disponibles sur ce point, en dehors de ceux issus du traitement de l'enquête ES 2010³⁵. Celui-ci indique par exemple :

- un délai d'attente moyen avant un 1^{re} rendez-vous d'environ 1 mois ½ (cette donnée n'est pas disponibles pour la Nièvre)
- des écarts entre départements quant aux nombre d'enfants en attente : de 7 en Côte-d'Or à 110 en Saône-et-Loire
- une moyenne régionale de 23,5 enfants reçus pour 1000 enfants de 0-6 ans, variant de 20,1‰ (en S&L) à 28,7‰ (en Côte-d'Or).

Le SROMS préconise d'ailleurs une étude spécifique sur les CAMSP.

³⁵Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en Bourgogne en 2010, ARS de Bourgogne (février 2013)

<p>Les autres structures médico-sociales</p>	<p>Il peut s'agir de services (SESSAD), de CMPP, ou encore des établissements. Selon les départements et les territoires, les liens créés entre ces structures et les écoles sont plus ou moins étroits et souples. Certains sont identifiés par les enseignants comme une réelle ressource pour eux, parfois au-delà même de suivi individuel et de leur file active. On peut évoquer certaines actions, telles que des groupes de parole proposés aux enseignants par un CAMSP (en Côte-d'Or) ou un IME (dans la Nièvre).</p> <p>Cette fonction « ressource » des établissements et services médico-sociaux, qui a été plus largement décrite dans la partie précédente sur la diversification, s'avère particulièrement utile dans ces situations de repérage de difficultés ou de révélation du handicap à l'école. S'il ne s'agit pas pour les structures médico-sociales de se substituer à d'autres ressources manquantes (comme les RASED par exemple), force est de constater que leur rôle et leur évolution se situeront par rapport aux autres acteurs, et dépendront des ressources locales et de la configuration du territoire sur lequel elles interviennent.</p> <p>S'agissant plus particulièrement des « troubles du comportement » tant redoutés par les enseignants, il convient de souligner le rôle que peuvent jouer les ITEP (et SESSAD) en matière de prévention et d'orientation : l'article 1^{er} du décret relatif aux ITEP précise que ceux-ci « peuvent participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées. »</p>
<p>Les associations de parents</p>	<p>Il s'agit d'une part des associations représentatives des parents d'élèves, qui prennent en compte la parole des parents d'élèves handicapés et peuvent leur apporter une aide notamment dans la relation avec l'école. Invitées aux réunions des groupes ressource organisés dans le cadre de la présente mission d'évaluation, les associations (FCPE, PEEP) ont été particulièrement mobilisées sur les différentes thématiques et dans les différents départements.</p> <p>D'autre part, les associations représentant les parents d'enfants handicapés jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des familles au long de leur parcours et dans l'identification des ressources à mobiliser. En Bourgogne, leur nombre important, variable selon les départements, peut d'ailleurs constituer une difficulté dans leur identification et leur lisibilité. Il semble que ce rôle de ressource pourrait être renforcé et valorisé.</p>
<p>Les maisons départementales des personnes handicapées</p>	<p>Rappelons que ce dispositif a été créé par la loi de 2005 dans un souci de simplification des parcours et d'amélioration de l'accès aux droits des personnes handicapées. « La MDPH assure une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ». Elle assure à celles-ci « l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. »</p> <p>Cette mission, pour laquelle les MDPH peuvent s'appuyer sur des organismes avec lesquels elles passent convention, est diversement exercée selon les départements. Dans la Nièvre, la MDPH accueille chaque année environ 400 familles.</p>

La question de la mobilisation des dispositifs et des ressources interpelle sur la proximité entre grande difficulté scolaire et situation de handicap

Une part importante des élèves présentés comme en grande difficulté est par ailleurs reconnue comme « en situation de handicap » comme l'indique un rapport de l'IGEN et de l'IGAENR.³⁶



Parmi les élèves sur lesquels des informations ont été rassemblées, 1 sur 4 est, ou a été à un moment de son parcours, considéré comme « handicapé ». 37

Certains n'ont fait l'objet que tardivement d'une saisine de la MDPH, par exemple vers l'âge de neuf ou dix ans ; d'autres, y compris parmi d'anciens élèves de CLIS, sont sortis de ce statut d'élève handicapé au cours de leur scolarité en collège (fréquemment en SEGPA).

Ce taux important de situations de handicap parmi les élèves en grande difficulté n'est évidemment pas une anomalie. Si certains jeunes déficients sensoriels ou porteurs de troubles physiques peuvent surmonter les conséquences de leur handicap et parvenir à une belle réussite scolaire et universitaire, la majorité des situations de handicap est, par elle-même, génératrice de difficultés scolaires « profondes et durables ». Il n'y a sans doute pas de présupposition réciproque entre les deux situations, néanmoins il faut prendre acte du fait qu'une partie de la population scolaire est à la fois dans le champ du handicap et dans celui de la grande difficulté.

L'écart entre l'élève « en grande difficulté » reconnu handicapé et celui qui ne l'est pas est parfois très faible. L'observation de certaines classes de SEGPA a souvent conduit à constater que les élèves qui peinent le plus dans les apprentissages ne sont pas toujours ceux qui ont fait l'objet, à un moment ou à un autre, d'une mesure de la CDAPH. De très nombreux élèves ont des profils qui les situent autour de la limite du handicap (dans la zone « d'indécision »). Cela est vrai pour les élèves porteurs de troubles légers des fonctions cognitives, mais aussi pour tous ceux qui sont affectés de troubles des apprentissages. Il faut rappeler le constat dressé par les inspections générales dans de récents rapports qui mettaient en évidence l'hétérogénéité des décisions d'une CDAPH à l'autre. Selon le département, la part des élèves reconnus handicapés (premier et second degré) varie de 1,11 % à 3,01 %. Les enquêtes réalisées confirment que pour une très grande partie, cette différence porte sur une population d'élèves rencontrant des difficultés scolaires plus ou moins lourdes. D'une manière générale, les déficiences physiques et sensorielles, les troubles sévères des fonctions cognitives, les polyhandicaps ou les troubles envahissants du développement sont, très tôt, pris en compte et suscitent des mesures appropriées sur l'ensemble du territoire. En revanche, ce qui est plus variable, c'est la prise en compte au titre du handicap de difficultés révélées plus tardivement à l'école et, souvent, par l'école. Faut-il rappeler que près de la moitié des situations de handicap sont identifiées chez des élèves de plus de six ans ? Pour beaucoup, c'est la difficulté scolaire qui est le point de départ de la démarche de signalement. D'une certaine façon, la reconnaissance du handicap et, de manière évidente, les aides et accompagnements qui lui sont associés, font partie des réponses à la grande difficulté.

Bien au-delà de la question de la 1^{ère} scolarisation, ces éléments doivent nous interpeller sur la nécessaire « perméabilité » des ressources à mobiliser, et sur l'intérêt d'une entrée selon les « besoins éducatifs particuliers » des élèves. En effet le cheminement vers la reconnaissance d'une situation de handicap peut être long, pour diverses raisons, et il convient d'aborder au plus tôt les difficultés pour tenter d'en prévenir les effets.

³⁶ « Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire » (novembre 2013)

³⁷ Ont été pris en compte les élèves ayant fait l'objet d'une décision de la CDAPH à un moment de leur scolarité et ceux pour lesquels une démarche auprès de la MDPH est en cours (24 situations sur 100 cas exploités). Cette estimation constitue un minimum puisque manquent des beaucoup d'informations (en particulier sur des refus d'orientation, ou des « sorties du handicap »).

Assurer une cohérence entre le PIA ou PPA et le PPS par l'organisation d'une réflexion régionale

Sous-objectifs du SROMS et modalités de mise en oeuvre

Assurer une cohérence entre le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) ou Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) et le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) par l'organisation d'une réflexion régionale

- ▶ Organiser un groupe de travail avec des responsables d'ESMS, de MDPH et des enseignants référents

Questions évaluatives

Le PPA/PIA porté par l'ESMS et le PPS porté par l'équipe de suivi de la scolarisation et l'enseignant référent sont-ils complémentaires ?

Assurent-ils la cohérence du parcours scolaire des enfants ?

Éléments d'évaluation

- La réalité des pratiques dans les départements traduit un flou général sur la notion de PPS
- Les élèves accueillis « uniquement » dans les établissements médico-sociaux ne disposent pas de PPS
- Les acteurs ressentent une amélioration globale des échanges entre l'Éducation nationale et le médico-social
- Des lacunes persistent en termes d'articulation et de communication
- La cohérence du parcours ne semble pas s'appuyer sur la complémentarité entre PPS et PIA
- Une réflexion partagée sur les modalités d'articulation et aux rôles respectifs paraît nécessaire

Quelques rappels concernant les notions

Définition du PPS et multiplicité des acteurs

« En fonction des résultats de l'évaluation [par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH], il est proposé à chaque enfant [...] handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet **d'un projet personnalisé de scolarisation** assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu ordinaire. Le PPS constitue un élément du plan de compensation*. **Il propose les modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation.** » (Art. L. 112-2 du Code de l'Éducation)

Le PPS « définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. »

(Décret du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap / Article D351-5 du Code de l'Éducation)

* Le plan personnalisé de compensation (PPC) est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature,

notamment concernant des droits ou prestations, destinées à apporter à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.

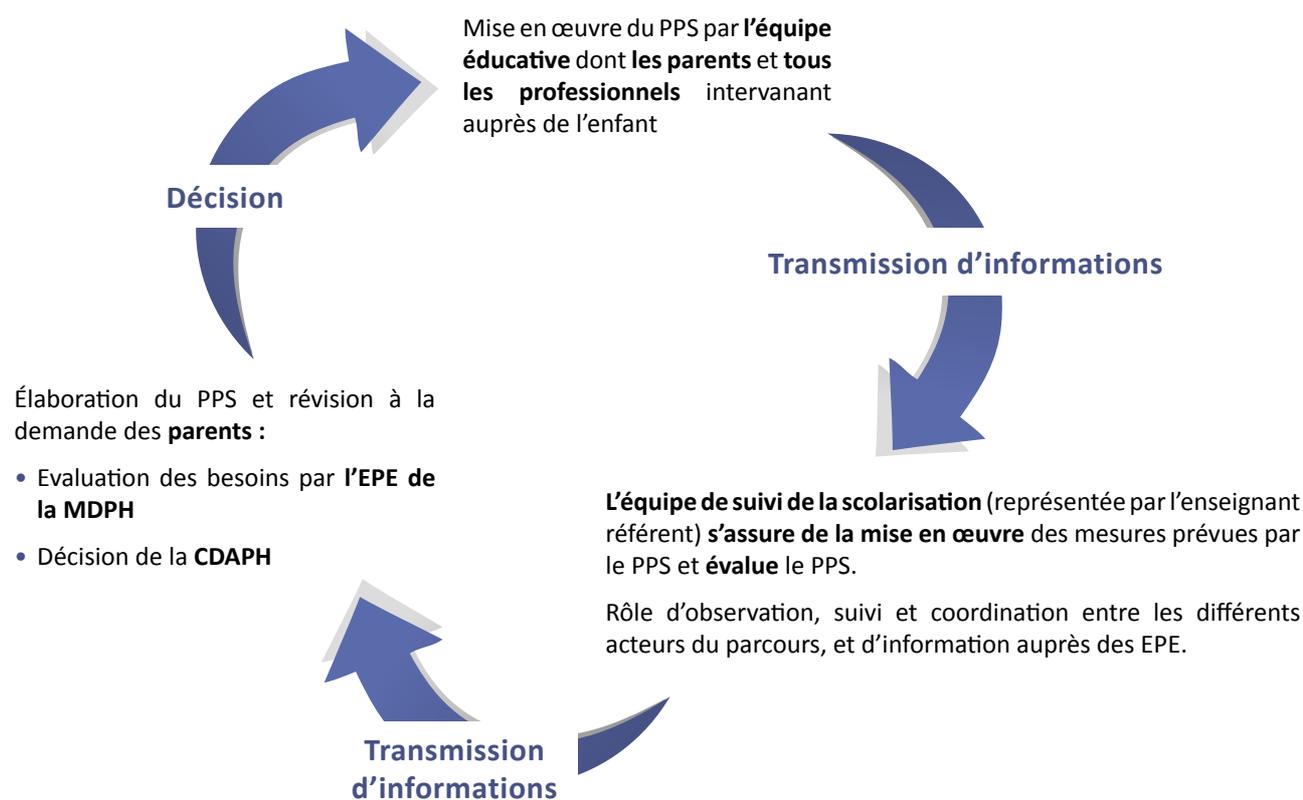
Le plan personnalisé de compensation du handicap que la CDAPH notifie à la personne handicapée ou à sa famille peut donc comprendre deux séries de mesures, correspondant :

- d'une part à l'attribution des prestations auxquelles l'enfant handicapé peut avoir droit : PCH (prestation de compensation du handicap), AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), carte d'invalidité, etc.
- et d'autre part au projet personnalisé de scolarisation : notification d'orientation, attribution d'aide humaine, attribution de matériel adapté.

La construction et la mise en œuvre du PPS représentent un enjeu très fort de la coopération entre les différents acteurs, parents, Education nationale et médico-social :

- **les parents**, au cœur du processus, initient le PPS par la formulation d'une demande, et sont membres de l'équipe éducative et de suivi de la scolarisation,
- l'équipe éducative, en amont de l'élaboration du PPS, peut identifier l'opportunité d'élaborer un PPS, ce dont elle informe les parents pour qu'ils en fassent la demande ; par la suite, c'est elle qui conduit le PPS et peut en demander l'évaluation de la mise en œuvre,
- l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH évalue les compétences et besoins, et élabore le PPS,
- la commission départementale pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) « décide »,
- l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS) facilite la mise en œuvre du PPS, assure le suivi du PPS, évalue le PPS et sa mise en œuvre et propose les aménagements nécessaires,
- **l'enseignant référent**, tout au long du processus de construction, de mise en œuvre et d'évaluation du PPS, veille à la continuité et la cohérence de celui-ci, favorise l'articulation et les échanges entre les partenaires, anime les équipes de suivi de la scolarisation et assure un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Le cycle de construction du PPS



Dès lors qu'un enfant est accueilli par un établissement spécialisé (IME, IEM, ITEP ...) ou un service d'accompagnement (SESSAD, SEFISS, SAAAIS ...), la mise en œuvre de son projet personnalisé de scolarisation peut apparaître plus complexe du fait de sa nécessaire articulation avec le projet individualisé³⁸ (ou personnalisé³⁹) d'accompagnement.

Le projet individualisé, ou personnalisé, d'accompagnement « s'avère être l'instrument privilégié d'une réponse adaptée à l'originalité de chaque situation », « l'outil d'une nécessaire recentration sur l'usager et le garant de l'amélioration des interactions entre l'individu et ses milieux, institutionnels ou naturels, de vie. »⁴⁰ Précédée de phases de recueil des demandes et attentes de la personne, puis d'observation et d'évaluation des besoins et compétences par l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement ou du service, la définition du projet personnalisé repose sur la négociation entre l'usager, son représentant légal le cas échéant et les équipes dans un consensus dynamique.

La mise en œuvre du PPS constitue le volet pédagogique du projet individualisé (ou personnalisé) d'accompagnement. Le décret du 2 avril 2009 précise ainsi que ce dernier comprend « l'enseignement et le soutien permettant à chaque enfant de réaliser, dans le cadre du PPS, les apprentissages nécessaires. »

La mise en œuvre du PPS d'enfants orientés vers un établissement ou service médico-social et scolarisés en établissement scolaire donne lieu à une convention précisant les modalités pratiques des interventions des professionnels et les moyens mis en œuvre par l'un ou l'autre établissement ou service pour réaliser les actions prévues par le PPS.

³⁸ *Projet individualisé d'accompagnement, conçu et mis en œuvre dans les établissements et services médico-sociaux (Décret du 2 avril 2009)*

³⁹ *Projet personnalisé d'accompagnement, conçu et mis en œuvre dans les ITEP (Circ. du 14 mai 2007)*

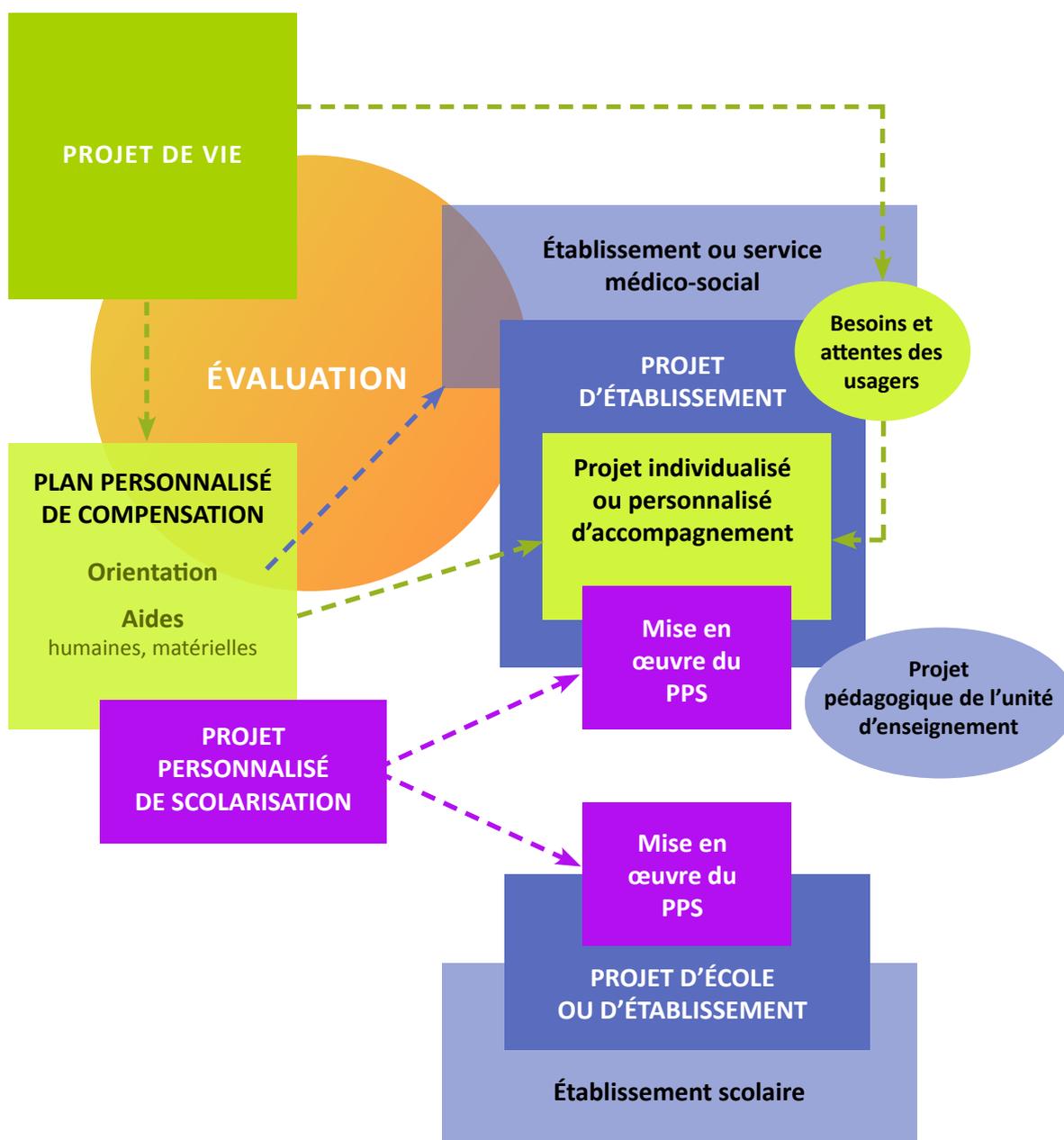
⁴⁰ Zucman, E. (1993). *La mise en œuvre des nouvelles annexes XXIV et les CREAI*. Édition CREAI Rhône-Alpes

L'articulation des projets

Comment envisager l'articulation et l'interaction entre les différents plans et projets de l'enfant / élève ? Projet de vie, plan personnalisé de compensation, projet personnalisé de scolarisation, projet individualisé (ou personnalisé) d'accompagnement ...

Quelle peut être leur articulation avec les autres projets – ceux des structures ? Projet de l'école, projet de l'établissement ou du service médico-social, projet pédagogique de l'unité d'enseignement ...

Le schéma ci-dessous illustre bien la complexité (voire la complication !) de ces notions, et laisse deviner le décalage que l'on pourra constater entre le prescrit et le réel ...



Les éléments recueillis en Bourgogne confirment

- le flou apparent sur la notion de PPS
- ainsi que les manques en termes d'articulation entre PPS et PIA
- et de communication entre les acteurs

Une difficulté rencontrée dans le cadre de cette mission concerne certaines incohérences apparentes entre les différentes données issues des modes de recueil (entretiens, enquête nationale, enquête ad hoc, réunions, analyse documentaire). Ces incohérences peuvent traduire d'une part un flou sur les notions, les documents, leur forme, leur contenu ainsi que les compétences respectives. Ce flou, cette hétérogénéité sont peu surprenants s'agissant d'un processus complexe, mobilisant de nombreux acteurs et s'étendant à une grande diversité de situations et de modalités de scolarisation.

Les enfants non scolarisés en milieu ordinaire ne disposent pas de PPS

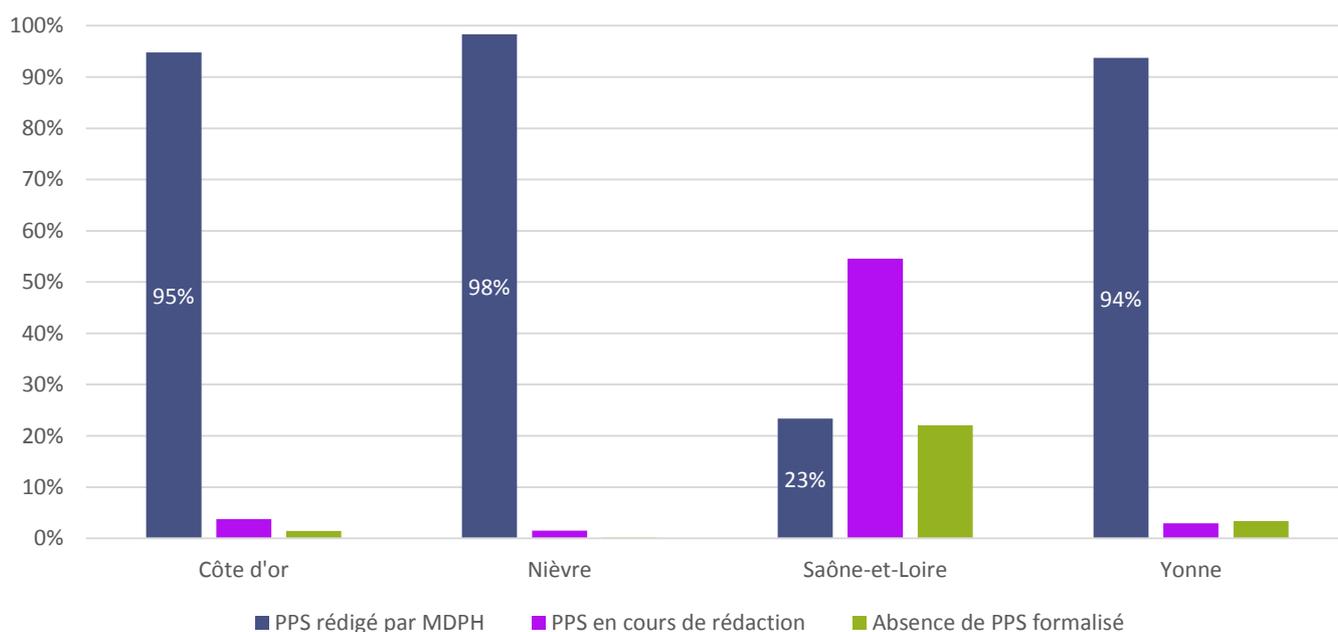
Au-delà de certaines spécificités et diversités de pratiques pouvant être notées d'un département à l'autre, on constate surtout des différences selon la situation au regard de la scolarisation.

On observe ainsi deux grandes tendances selon le *mode de scolarisation* :

- **Les enfants scolarisés au sein du milieu scolaire ordinaire** (y compris dans le cadre d'un dispositif collectif pour l'inclusion ou d'une unité d'enseignement) **disposent le plus souvent d'un projet personnalisé de scolarisation**, quels qu'en soient le contenu ou la forme.

Ce constat n'est pas valable en Saône-et-Loire où une partie seulement des élèves (environ ¼) bénéficient d'un document. Il s'agit d'après la MDPH des enfants orientés vers un dispositif collectif pour l'inclusion, des 1^{ères} demandes d'AVS, ainsi que des situations de désaccord ou de tension.

Répartition des élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire selon l'état d'avancement de leur projet personnalisé de scolarisation



Source : Ministère de l'Éducation nationale, DEPP

Pour les enfants et adolescents accueillis uniquement au sein d'un établissement médico-social, il n'y a pas ou peu de PPS en tant que tel : le projet personnalisé (ou individualisé) d'accompagnement se substitue alors au PPS.

Plusieurs éléments d'explication ont pu ressortir des échanges au cours de cette mission. On peut d'une part évoquer la situation de l'Yonne, où l'absence de PPS s'expliquerait par un désaccord entre MDPH et établissements médico-sociaux, ces derniers ayant reproché à la MDPH d'être trop directive et trop précise dans le contenu du PPS.

Cela souligne la nécessité d'un échange de fond entre les différents partenaires et d'un consensus sur les rôles respectifs, le contenu attendu du PPS et ses modalités de mise en œuvre.

D'autre part et d'une manière commune aux 4 départements bourguignons, le « facteur temps » est invoqué par les MDPH pour exprimer leurs difficultés à rédiger un PPS pour chaque enfant (indépendamment du mode de scolarisation). A ce facteur s'ajoute, pour les enfants n'étant pas scolarisés en milieu ordinaire, le manque d'éléments transmis par les équipes de suivi de la scolarisation.

En effet au-delà du constat d'un défaut de PPS, il apparaît que ces enfants (qui ne sont pas toujours des élèves) ne bénéficient pas d'un suivi par un enseignant référent.

Une nuance est apportée (dans la Nièvre ou dans l'Yonne notamment), s'agissant des élèves pour lesquels une scolarisation en milieu ordinaire est envisagée à la rentrée prochaine, qui font l'objet d'une équipe de suivi de la scolarisation.

Le fait que les enseignants référents ne suivent pas systématiquement les enfants non scolarisés en milieu ordinaire relève d'un choix de l'Education nationale, au niveau des quatre départements. Les directions des services départementaux expliquent cette position par un manque de disponibilité des enseignants référents qui n'auraient pas les moyens de se rendre dans tous les établissements médico-sociaux. On ne peut en effet que constater la charge des enseignants référents, qui assurent parfois le suivi de plus de 200 élèves (en Saône-et-Loire). Cette moyenne indiquée par les directions des services départementaux est cependant très variable, puisqu'elle est divisée par presque deux pour les enseignants référents de l'Yonne. Elle est en effet en rapport direct avec la part des enfants scolarisés en milieu ordinaire, puisque les autres ne sont qu'exceptionnellement suivis par les enseignants référents.

Il apparaît aussi que ces derniers peuvent avoir du mal à se positionner comme « pilotes » d'une équipe de suivi de la scolarisation lorsque cette scolarisation ne relève « que » de l'établissement médico-social, où leur accueil n'est pas toujours des plus évidents. Une dimension culturelle est encore parfois très importante, pouvant faire obstacle à l'ouverture des établissements vers le « monde scolaire ».

Pour les enfants et adolescents non scolarisés en milieu ordinaire, ces deux constats cumulés – absence de PPS et absence de suivi par un enseignant référent – posent une question de fond : pour ces situations le projet de scolarisation, dans son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation, est à la seule charge des établissements médico-sociaux, ce qui perd de vue les objectifs de la loi.

D'une manière générale, la notion de PPS reste floue, et le contenu du PPS n'est pas conforme aux dispositions de la loi

Ces éléments issus des entretiens et des réunions ont pu être confirmés par une analyse documentaire.



La méthodologie proposée prévoyait en effet l'étude d'un panel de documents (concernant 8 situations) visant à observer le niveau d'articulation entre les différents niveaux de projets : projet personnalisé de scolarisation et projet personnalisé (ou individualisé) d'accompagnement.

Nous avons formulé l'hypothèse d'une grande diversité des documents concernés, entre les différents départements d'une part, selon les situations au regard de la scolarisation d'autre part.

D'un point de vue méthodologique, les difficultés rencontrées dans le recueil même des documents ont été éclairantes. Pour tenir compte des règles de confidentialité des données, le comité de pilotage de l'évaluation du PRS avait retenu le principe d'une sollicitation des quatre délégations territoriales (DT) de l'ARS pour recueillir les documents. La plupart des DT ont signalé des difficultés dans ce recueil, parfois en raison du refus de certains établissements médico-sociaux de transmettre aux DT des documents non anonymes, mais surtout en raison de l'absence de PPS correspondant au PIA dans de nombreuses situations. En l'occurrence, un seul PPS a été transmis.

Retours

Plus de 30 projets individualisés ou personnalisés d'accompagnement ont été transmis seuls (sans PPS correspondant) :

9 pour la Côte-d'Or (adressés par 5 structures)

4 pour la Nièvre (adressés par 2 structures)

6 pour la Saône-et-Loire (adressés par 4 structures)

15 pour l'Yonne (adressés par 8 structures)

Les structures ont adressé une dizaine de « couples » de documents, associant un PIA (ou PPA) et un document « dit PPS ».

Sur ces 10 « couples » un seul PPS a été transmis ; les 9 autres documents envoyés au titre du PPS n'en sont pas. Ils sont de trois sortes :

- compte-rendu d'équipe de suivi de la scolarisation (4/10)
- GEVA-Sco (3/10)*
- PPI : Projet pédagogique individualisé émanant de l'ASH

(Ainsi qu'un PPI : projet pédagogique individuel interne à un établissement médico-social non pris en compte dans l'analyse).

Rappel : le GEVA-Sco :

« Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation », le GEVA-Sco est un outil national de recueil de données permettant de faire partager à tous les partenaires les éléments d'observation de l'élève en situation scolaire, tant du point de vue de ses activités d'apprentissage, de sa mobilité, de sa sécurité, des actes essentiels de la vie quotidienne, ou encore de ses activités relationnelles et de sa vie sociale.

Cet outil est conçu à partir du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation) utilisé par les MDPH, auquel il fait écho, lui-même créé en référence à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Il s'appuie sur une conception environnementale et situationnelle du handicap et sur une approche globale et pluridimensionnelle de l'évaluation, visant à croiser les différents regards pour améliorer la connaissance de la situation.

Très synthétique, le GEVA-Sco est utilisé de la maternelle au lycée et pour toutes les situations de handicap. On distingue deux outils (voir l'arrêté du 6 février 2015) :

- le GEVA-Sco « première demande », qui concerne les élèves qui n'ont pas encore de PPS, est renseigné par les équipes éducatives
- le GEVA-Sco « réexamen », qui concerne les élèves ayant déjà un PPS, est renseigné lors des équipes de suivi de la scolarisation réunies par l'enseignant référent.

En Bourgogne le GEVA-Sco est effectivement utilisé dans tous les départements, selon une consigne académique.

Les observations précédentes ont pu être corroborées par les autres éléments recueillis dans le cadre des entretiens et de l'enquête auprès des établissements et services médico-sociaux.

Ces derniers ont d'ailleurs apporté quelques précisions en ce sens dans des messages accompagnant les envois aux DT :



Un directeur de CAMSP (71) a indiqué ne jamais disposer du PPS pour les enfants qu'il accompagne. Le CAMSP participe à certaines équipes de suivi de scolarisation, où il fait part du projet individualisé mis en œuvre. En revanche il n'est pas destinataire du PPS et en ignore le contenu. Le directeur ajoute que le projet d'accompagnement en CAMSP est un projet de soins uniquement et qu'il ne présente aucune prescription dans le champ pédagogique ou éducatif.

Une directrice de pôle enfance (89) incluant IME, ITEP et SESSAD précise que la grande majorité des enfants accueillis n'ont pas de PPS. Les structures médico-sociales concernées ne disposent que d'une notification d'orientation vers un établissement et aucune indication en termes de scolarisation. « Par conséquent, le PPS est la partie pédagogique du PPA. »

Un responsable d'IME (89) précise que tous les jeunes accueillis ont un PPA mais que « peu ont un PPS ».

Un autre responsable de service enfance (SESSAD, IME) (89) va dans le même sens : « pour les jeunes de l'IME, nous faisons une ESS lors de la sortie de l'unité. La MDPH de la Nièvre et de l'Yonne n'éditent pas actuellement de PPS à la suite de l'ESS. Dans certains cas atypiques les PPS sont transmis avec la notification du jeune à son arrivée. »

Une chef de service (58) indique que « le projet personnalisé correspond aux prestations proposées par le service et le compte-rendu d'équipe de suivi de la scolarisation constitue le PPS c'est-à-dire le projet de l'Education Nationale via l'enseignant référent, le tout formant le PIA. »

Outre une confirmation de l'absence de PPS pour les enfants ne relevant pas du milieu ordinaire, ces éléments semblent souligner un glissement selon lequel le PPS est assimilé au compte-rendu de l'ESS. Ce dernier ne relève de fait non plus de la compétence de la MDPH comme le prévoit la loi, mais de l'Education nationale.

Dans le même sens, le schéma départemental de l'Yonne 2012-2017 constatait une « confusion entre le PPS et le compte-rendu des réunions de l'ESS ».



Nous rappellerons ici les observations du rapport « Delaubier »⁴¹ en 2012 sur ce point, qui concluait que « le PPS ne joue pas encore le rôle attendu par la loi ».

Le rapport constatait que « dans un certain nombre de départements, il n'y a pas de PPS (de document identifié comme tel), dans d'autres existent des formulaires variés, parfois produits par l'inspection d'académie elle-même, appelés « projets personnalisés de scolarisation » ou « actualisation du PPS » mais ne correspondant pas à l'outil prévu par la loi. Certains acteurs interrogés dans les écoles et les établissements secondaires ignorent même l'existence et la fonction de ce dispositif. Des élèves considérés comme handicapés sont scolarisés sans aucun document connu de l'enseignant, voire de la famille. Sont parfois considérés comme PPS des notifications de décision de la MDPH, des comptes rendus des équipes de suivi de la scolarisation (ESS) ou encore des « projets individualisés » réalisés par l'équipe enseignante. »

« Si certaines MDPH ont élaboré un document complet et répondant aux attentes de l'institution, il faut reconnaître qu'à cette date le projet personnalisé de scolarisation n'est pas en place sur l'ensemble du territoire national et que, dans beaucoup de cas, son élaboration est déléguée à l'Education nationale. »

Pour illustrer ces observations le rapport fait référence à une enquête réalisée par l'inspection générale de septembre 2011 à janvier 2012. « Elle visait à recueillir, dans le plus grand nombre de départements possible, des exemples de PPS ou de documents considérés comme tels. Sur 61 départements, seuls 26 (41%) ont transmis un document portant le titre de « projet personnalisé de scolarisation » et il s'agit essentiellement de formulaires administratifs relativement brefs et secs. À l'inverse, les comptes rendus d'équipes de suivi de la scolarisation qui les accompagnent ou en tiennent lieu, fournissent souvent une information plus détaillée permettant d'asseoir des propositions pour réajuster l'action conduite auprès de l'élève. Il convient aussi de souligner la très grande diversité des documents remis. »

Le rapport souligne que « la difficulté, rencontrée par les MDPH, à élaborer des PPS conformes aux ambitions de la loi de 2005 constitue un point de fragilité de l'application de celle-ci. Cette difficulté est sans doute à l'origine de la place prise par le référent et par l'équipe de suivi de la scolarisation dans la construction du parcours scolaire de l'élève reconnu « handicapé ». C'est un peu comme si les MDPH avaient délégué, de fait, cette tâche à ces instances. Dans de nombreux cas, l'équipe de suivi et de scolarisation conduit, à elle seule, la totalité du processus : évaluation, recommandations, élaboration du plan. Le processus d'élaboration des PPS est ainsi quelque peu « dévoyé ». »

⁴¹ « La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'Education nationale », Note n° 2012-100 de l'Inspection générale de l'Education nationale et l'Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche, juillet 2012.

Dans les départements bourguignons comme dans beaucoup d'autres, les PPS lorsqu'ils existent semblent la plupart du temps assez « simples » et sommaires en termes de contenu.

Le principal facteur invoqué pour expliquer la difficulté à donner au PPS un contenu conséquent, au-delà d'une simple notification d'orientation, est le manque de temps lié au nombre important de dossiers instruits par les MDPH.

L'une d'entre elles estime d'ailleurs que le PPS n'est pas un élément incontournable, qu'il semble important surtout pour les parents. Or plusieurs des parents rencontrés nous indiquent ne pas disposer d'autre document de la part de la MDPH que des éléments administratifs, ou les décisions de la CDAPH d'ouverture de droits ou notification d'orientation.

La plupart des MDPH rencontrées considère que les documents transmis par les partenaires pour l'évaluation semblent plus importants que le PPS en lui-même. Il s'agit de GEVA-sco, compte-rendu d'équipes de suivi de la scolarisation, divers bilans médicaux et paramédicaux, synthèses des établissements et services médico-sociaux, qui « permettent de voir vivre l'enfant ». Un représentant de la MDPH de la Nièvre indique d'ailleurs que le PPS est en fait composé de ces différents documents, plus précisément de « l'ensemble des décisions impactant la dimension pédagogique et la personne scolaire de l'enfant ». Ainsi « le contenu prime sur le contenant ».

Or ces retours proches des constats du rapport « Delaubier » posent une question de fond sur la nature du PPS et sur ce que les uns et les autres y voient ou en attendent.

Ils interrogent également :

- **la valeur juridique de ces différents documents assimilés au PPS,**
- **leur cohérence entre eux,**
- **l'expertise, le rôle et l'extériorité de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (dont l'enjeu est d'ailleurs cette cohérence et cette complémentarité des regards),**
- **mais aussi la place des parents.**

A titre d'exemple, le projet individualisé – ou personnalisé – d'accompagnement mis en œuvre dans les établissements médico-sociaux se substitue au PPS, « mis en sommeil » pour les enfants qui ne sont pas scolarisés en milieu ordinaire. Or en pratique, ce document n'est pas toujours élaboré selon les mêmes modalités, qui relèvent de l'organisation de chaque structure. En outre, les réunions de synthèse dans ces établissements remplacent d'une certaine manière les équipes de suivi de scolarisation (n'existant pas pour ces mêmes enfants). Or dans la plupart des établissements les synthèses ne laissent pas encore une place à part entière aux parents ou aux élèves. En effet, même si ces derniers sont le plus souvent rencontrés en amont et/ou en aval de ces réunions, ils n'y participent pas dans la grande majorité (la totalité ?) des structures.

Autre exemple évoqué par les parents d'un enfant scolarisé en CLIS (ULIS école depuis le 1^{er} septembre) : à défaut de précision dans le PPS concernant le temps de scolarisation, celui-ci est en pratique réduit par l'équipe éducative à un mi-temps, en raison d'un manque d'aide humaine – le PPS ayant précisé que celle-ci était attribuée pour toute la durée de la scolarisation. Or les parents souhaitent pour leur enfant un temps plein de scolarisation, en tout cas supérieur à celui dont bénéficie leur enfant. Ils décrivent leur sentiment que leurs demandes et point de vue ne sont pas ou insuffisamment pris en compte dans le cadre de l'équipe de suivi de la scolarisation.

Plusieurs témoignages de parents, au moins 7 situations sur 11 ayant fait l'objet d'un entretien, ont fait état d'un désaccord – à un moment ou un autre – avec l'équipe éducative ou l'équipe de suivi de la scolarisation quant au temps ou aux modalités de scolarisation de leur enfant.

On conçoit en effet que le projet personnalisé se situe à la croisée de tensions entre, d'une part, attentes, demandes, besoins, et leurs conceptions parfois différentes par les acteurs (parents, enfant, professionnels, partenaires) ; possibilités et réponses d'autre part. En introduisant l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, le législateur a notamment souhaité « extérioriser » la décision. Or si la MDPH ne peut jouer son rôle, et que les tensions ou les désaccords de fond ne font pas l'objet d'une évaluation et d'un règlement extérieur, quelle est la garantie du respect des droits ?

La définition et la mise en œuvre du PPS pose la délicate question du temps de scolarisation

Au cours des échanges lors des réunions mais surtout dans le cadre des entretiens, la question du temps de scolarisation des enfants handicapés (qu'ils le soient en milieu ordinaire ou spécialisé) est apparue comme un sujet sensible. En effet au-delà de son intérêt éventuel – et bien que celui-ci fasse l'objet de nombreuses réserves – on peut interroger sa légitimité et la validité d'une réduction du temps de scolarisation pour un élève handicapé.

Ainsi que le rappelle la circulaire du 17 juillet 2009, une scolarisation à temps partiel, comme tout aménagement de programmes ou de cursus, « ne peut être envisagé que lorsque le PPS de l'élève le prévoit. »

Or comme nous l'avons évoqué, l'absence de disposition sur ce point dans le PPS peut conduire à ce que l'équipe éducative (voire l'équipe de suivi de la scolarisation) fasse le choix d'un temps partiel alors que les parents souhaitent un temps de scolarisation supérieur.

C'est le cas pour au moins 3 des familles rencontrées dans le cadre des entretiens, où la décision d'une scolarisation à temps partiel (scolarisation à mi-temps en l'absence d'AVS pour un élève d'ULIS nécessitant un accompagnement pour tout son temps de scolarisation, réduction de plusieurs heures en cours d'année pour un jeune scolarisé en 6^{ème}), a été vécue par les parents comme un fait imposé unilatéralement par l'équipe éducative ou l'équipe de suivi de la scolarisation.



On peut également mentionner le récent rapport du défenseur des droits (2014), issu de l'exploitation de plus de mille questionnaires renseignés par des parents d'élèves du 1er degré scolarisés en milieu ordinaire ou dans le cadre d'établissements médico-sociaux.

S'agissant des temps de scolarisation, le rapport indique que pour la moitié seulement des élèves qui ne sont pas scolarisés à temps plein, le temps partiel est « choisi » par les parents. On peut d'ailleurs relativiser cette notion de choix, qui est le plus souvent fait en raison d'une fatigabilité de l'enfant et de son besoin de repos, ou encore des contraintes liées à l'organisation des soins (séances de rééducation, hôpital de jour ...).

La question des situations de « déscolarisation partielle » a été abordée avec les MDPH, qui doivent en principe être sollicitées en amont puisque la décision relève de la commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

En Bourgogne, plusieurs d'entre elles ont confirmé que la loi n'est pas toujours respectée sur ce point ; parfois une décision d'un médecin scolaire de réduire le temps de scolarisation d'un élève handicapé (voire de le déscolariser temporairement) peut intervenir sans que la MDPH ne soit informée ...

Le représentant de la MDPH de la Nièvre témoigne à cet égard d'une volonté de faire évoluer les choses, par la poursuite d'un travail de sensibilisation auprès de l'Education nationale (en particulier pour le 2nd degré).

Ce sujet relève plus largement de l'effectivité de la mise en œuvre des décisions des CDAPH (que l'on peut également interroger du côté du secteur médico-social) évoquée dans la 1^{ère} partie du rapport.

L'évaluation des situations et des besoins est encore insuffisamment partagée

La loi du 11 février 2005 (Art. 146-8 CASF) dispose qu'« afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en œuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH. »

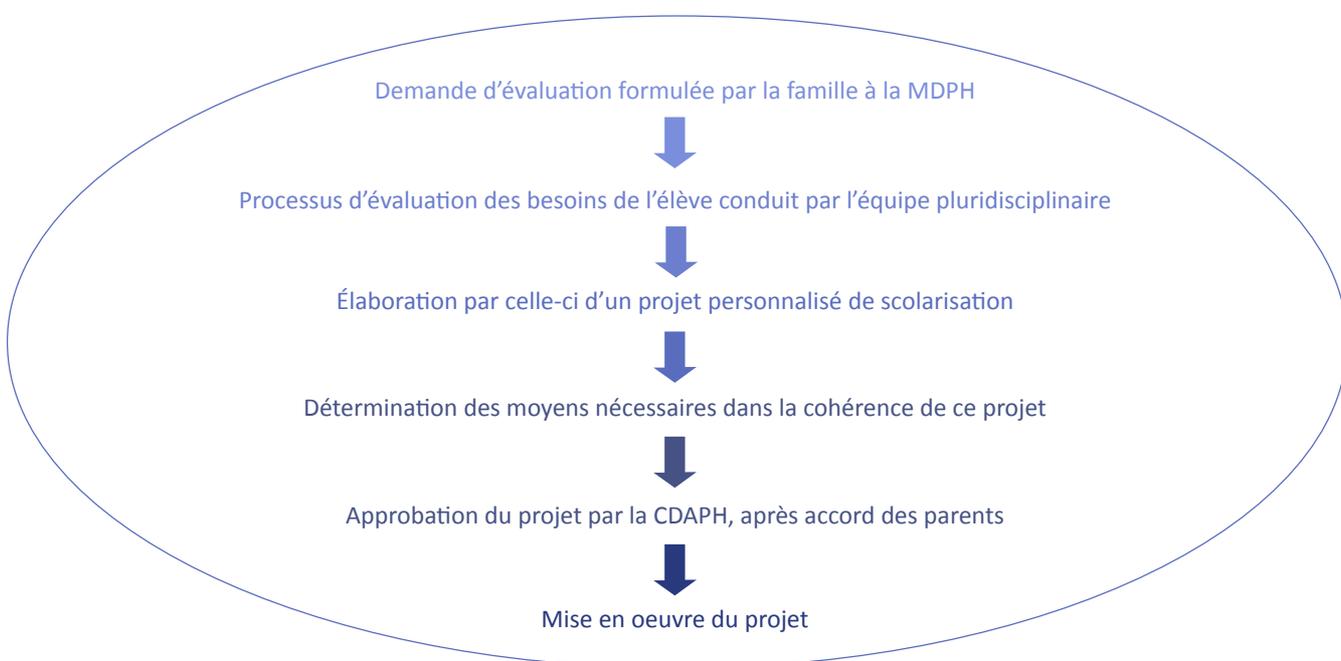
« La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente. L'équipe pluridisciplinaire sollicite, en tant que de besoin et lorsque les personnes concernées en font la demande, le concours d'établissements ou services [sociaux médico-sociaux] ou des centres désignés en qualité de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares. »

En pratique l'Education nationale est très majoritaire dans la composition des équipes pluridisciplinaires, auxquelles participent différents professionnels « scolaires » (médecins, psychologues...) mis à disposition des MDPH par convention. Ce constat est plus marqué dans l'Yonne, et accentué par le fait que les établissements et services médico-sociaux n'y participent pas. Une composition réellement « pluridisciplinaire », mais aussi « pluriculturelle » permet d'assurer une prise en compte de la globalité de la situation et des besoins de l'enfant, au-delà de l'élève.



Un rapport conjoint IGAG, IGEN, IGAENR sur l'accompagnement des élèves en situation de handicap constate, à propos du processus d'attribution d'AVS, que la démarche d'évaluation des besoins de la personne et de réponse adaptée à ces besoins, prévue dans la loi de 2005, n'est pas encore effective ; la démarche observée dans la plupart des départements est encore aujourd'hui fondée sur l'expression et le traitement d'une demande par l'équipe éducative.

« Il est apparu à la mission que la cause principale de l'hétérogénéité (entre les départements) des décisions et des difficultés recensées est, d'une part, l'expression d'une demande croissante d'accompagnement, d'autre part, un fonctionnement qui s'est construit autour de cette demande et qui conduit à limiter l'évaluation et la décision à une réponse binaire à la demande de prestation : « accord » ou « refus ». La mission est d'avis de mettre un terme à ce type de fonctionnement, dont il faut rappeler qu'il est antérieur à la loi de 2005, et d'installer une démarche conforme à l'esprit comme à la lettre de cette dernière et respectueuse du droit de chaque enfant à une évaluation globale de ses besoins :



La mission propose d'agir conjointement sur trois facteurs :

- *Les outils : avec la mise en place des références communes.*
- *Le rôle des acteurs : en les impliquant dans la démarche évaluative.*
- *Le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires des MDPH :*
- *passant du traitement de la demande de prestation à la formulation d'un projet de scolarisation prenant en compte la globalité des besoins de l'enfant. »*

En conclusion de ces observations concernant le flou sur les notions et sur les rôles respectifs, et l'absence de PPS conforme aux attentes de la loi, on peut rappeler que le SROMS prévoyait l'organisation d'une réflexion régionale sur ce sujet, par un groupe de travail réunissant des responsables d'établissements et services médico-sociaux, de MDPH et des enseignants référents.

Cette réflexion n'a pas encore été organisée à ce jour, cependant les bases ont pu en être posées à l'occasion du groupe ressource régional réuni dans le cadre de la mission d'évaluation. De même que les autres éléments

recueillis pendant cette évaluation, les échanges de ce groupe ont pu confirmer la nécessité de poursuivre cette réflexion. Ajoutons que celle-ci, définie au niveau régional, pourrait être déclinée dans chaque département.

Le niveau d'articulation entre projet personnalisé de scolarisation et projet personnalisé d'accompagnement apparaît insuffisant voire inexistant

Les acteurs réunis lors de la rencontre sur ce thème de l'articulation ont pu en souligner les enjeux :

- Plus de cohérence entre les différentes interventions (pédagogiques, éducatives et thérapeutiques),
- Une manière de sortir des représentations inhérentes aux différences de culture et de formation,
- Une approche plus globale et prospective de la situation de l'élève,
- Une approche plus concrète, assurée notamment par l'intervention sur le lieu scolaire.

Mais les échanges ont confirmé le faible niveau d'articulation repéré à l'appui des enquêtes et analyse documentaire. Le schéma départemental de l'Yonne 2012-2017 préconisait d'ailleurs de « *renforcer le rôle et la place du PPS dans le médico-social* », et plus particulièrement de « *renforcer l'articulation du PPS avec le projet individuel d'accompagnement* ». Ce constat est assez logiquement lié à ceux, précédemment évoqués, d'une absence de PPS pour les enfants scolarisés dans le cadre médico-social et d'une insuffisante connaissance du PPS lorsqu'il existe. Sur les quinze documents observés dans l'analyse documentaire (projets individualisés ou personnalisés d'accompagnement, compte-rendu d'équipe de suivi de la scolarisation, GEVA-Sco), un seul fait allusion au PPS.

Ce manque apparent d'articulation peut s'expliquer aussi par le contenu du PPS, plutôt laconique et peu précis quant aux objectifs pédagogiques mais surtout quant aux modalités de conjugaison des interventions des différents champs.

Au-delà du PPS en tant que tel, nous avons tenté d'observer le niveau d'articulation entre le projet individualisé ou personnalisé d'accompagnement, proposé par les établissements et services médico-sociaux, et le ou les documents assimilés au PPS (tels que compte-rendu de l'équipe de suivi de la scolarisation ou le GEVA-sco). Rappelons que cette articulation ne concerne en pratique que les élèves scolarisés pour tout ou partie en milieu ordinaire (les autres ne bénéficiant pas en Bourgogne de suivi par un enseignant référent).



En ce qui concerne la périodicité des documents, on ne peut pas tirer d'enseignement significatif, mais 3 principales observations se dégagent

Les dates des documents observés ne semblent pas liées au calendrier scolaire

S'agissant des documents produits dans le cadre des équipes de suivi de la scolarisation (synthèse ou GEVA-sco), il est ressorti des échanges avec les parents et les professionnels que l'organisation de celles-ci est plus pertinente au cours du 3^{ème} trimestre (en fin d'année scolaire) et/ou au 1^{er} trimestre (début d'année), dans l'un ou l'autre cas en vue de préparer l'année scolaire.

Or cela ne se vérifie pas dans les documents observés : un seul sur 7 est daté du mois de juin, un du mois d'octobre, quatre autres datant de mars, décembre ou janvier, le dernier n'étant pas daté.

Quant aux projets issus des établissements et services médico-sociaux, eux non plus ne sont pas rédigés en début ou en fin d'année (sauf un en septembre), mais tout au long de l'année (janvier, mars, avril, novembre, décembre).

Les documents transmis confirment qu'il n'y a pas de règle en matière d'antériorité d'un document par rapport à l'autre

Quatre PPS ou assimilés sont antérieurs au projet d'accompagnement, deux ont été rédigés après, l'un est daté du même jour. A l'image du paradoxe de la poule et de l'œuf, cela traduit le caractère cyclique du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du PPS (*voir le schéma ci-dessus sur le cycle de construction du PPS*).

Le PPS apparaît non comme un document figé, mais comme un processus qui accompagne le parcours de formation de l'élève handicapé. Il n'est jamais achevé, son élaboration se poursuit dans les allers et retours entre l'équipe pluridisciplinaire et l'équipe de suivi de la scolarisation associant l'équipe pédagogique et/ou celle de l'établissement ou du service médico-social.

La synchronisation entre les couples de documents est généralement vérifiée

D'une manière générale, les documents sont assez proches les uns des autres dans le temps (de 0 à 3 mois d'écart, dans ce dernier cas les deux documents sont espacés par les congés scolaires d'été).

On peut cependant noter 2 « anomalies » sur les 8 couples de documents :

- un compte-rendu d'équipe de suivi de la scolarisation et un projet personnalisé d'accompagnement sont espacés de 15 mois,
- un « projet pédagogique individualisé », émanant de l'ASH, n'est pas daté, et n'indique qu'une période de validité (en l'occurrence 2014-2015, ce qui ne permet pas de savoir s'il s'agit d'une année scolaire ou de deux années civiles).

S'agissant du contenu des documents, plusieurs observations traduisent une insuffisante articulation

- La moitié des 8 projets individualisés ou personnalisés d'accompagnement ne prennent pas en compte, dans leur structuration, la dimension scolaire ;
- 2 sur 8 n'apportent aucune précision sur la scolarisation ;
- 4 ne prennent pas en compte le temps scolaire ;
- quant aux PPS ou « assimilés », 3 sur 8 n'apportent pas de précision sur le soutien médico-social à la scolarisation.

Notons que le GEVA-Sco, dans sa conception, peut être facilitateur de cette articulation indispensable entre l'Education nationale et le médico-social :

- Le document contient un emploi du temps, où doivent apparaître les différentes interventions scolaires et médico-sociales. Cet élément est d'autant plus important que les élèves handicapés ont souvent des plannings chargés alors qu'ils sont généralement plus fatigables que la moyenne ; il s'agira donc de rechercher la plus grande cohérence possible entre de multiples interventions.
- Le GEVA-Sco suppose, pour être renseigné le plus valablement possible, que chaque acteur soit sollicité en vue d'une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire.

L'enseignant référent, qui « favorise les échanges d'informations entre les partenaires », joue un rôle central dans l'utilisation de cet outil.

Concrètement, les modalités peuvent différer (d'un département à l'autre, voire d'une circonscription à l'autre, ou peut-être même selon les acteurs). D'après les échanges du groupe régional, deux principales modalités sont citées : Le GEVA-Sco est soit construit en présence des parents lors de l'équipe de suivi, soit a posteriori de cette instance à l'appui de son compte rendu. En pratique et le plus souvent, l'enseignant référent, en amont de l'équipe de suivi, envoie le document à l'école pour que les enseignants puissent le remplir, puis le transmet à l'établissement et la famille.

Le nouveau logiciel PPS national peut conduire à améliorer l'articulation mais son utilisation pose question

A partir de la rentrée scolaire 2015-2016, un formulaire PPS national standardisé devra être utilisé dans toutes les MDPH (bulletin officiel n° 8 du 19 février 2015).

La principale critique faite à ce document est son arrivée tardive (10 ans après la loi), alors que les MDPH se sont organisées et ont, pour certaines, développé leurs propres outils. On peut toutefois remarquer qu'après avoir laissé aux départements une certaine liberté dans la mise en œuvre de la loi, c'est bien le constat, dans une majorité de départements, d'une absence de PPS – ou de son contenu non conforme aux dispositions de la loi – qui a conduit la CNSA à proposer un outil national dans le souci d'une équité territoriale.

En amont de son appropriation par les MDPH, certaines questions concrètes se posent pour les acteurs : cet outil pourra-t-il être intégré aux différents logiciels utilisés par les MDPH⁴² ? Alors qu'à ce jour elles ne rédigent pas de PPS en tant que tel pour chaque enfant, Les MDPH sauront-elles dégager les moyens nécessaires (en temps) à son utilisation ?

On peut par ailleurs souligner différents intérêts de ce nouvel outil : son architecture est calquée sur celle du GEVA-Sco, donc du GEVA, ce qui peut faciliter son appropriation par les MDPH (qui utilisent en principe le GEVA depuis 2008), et le lien avec l'Education nationale dès lors que le GEVA-Sco est utilisé.

Son utilisation peut permettre d'assurer l'effectivité des enjeux du PPS :

- Préciser les compétences respectives des acteurs
- Sécuriser les décisions
- Outiller les acteurs
- Viser l'équité territoriale
- Favoriser la fluidité des parcours des élèves.

Enfin, en termes d'articulation, le « nouveau PPS » inclut, parmi ses priorités et objectifs, « l'articulation entre les temps d'enseignement, les temps périscolaires et les interventions psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales », ce qui conduira sans doute à améliorer la coordination des différents acteurs.

⁴² IODAS en Côte-d'Or et dans la Nièvre comme dans une grande majorité des départements français, ou Perceval en Saône-et-Loire et Solis dans l'Yonne

La communication des différents documents nécessite d'être améliorée

Tous les échanges et éléments recueillis dans le cadre de cette évaluation ont confirmé cette nécessité. Les multiples acteurs à leurs différents niveaux ne semblent pas avoir une vue d'ensemble du PPS, non seulement en tant que document mais en tant de processus et que « contenant » avec les divers documents qui l'alimentent.

Rappelons le décret du 11 décembre 2014⁴³ définit la liste des personnes qui doivent être destinataires du PPS :

- L'élève ou sa famille,
- L'enseignant référent,
- Le directeur d'école ou le chef d'établissement,
- Le cas échéant, le directeur de l'établissement ou du service médico-social,
- Les membres de l'équipe éducative chargés de le mettre en œuvre, dont l'AVS.

Les partenaires notent qu'en pratique le niveau de communication peut évoluer, en particulier pour les AVS, selon le degré d'enseignement. Dans le premier degré, le directeur de l'école est le premier vecteur d'information, alors que dans le secondaire, la communication se complique au regard de la taille et du fonctionnement des établissements.

Au-delà du PPS au sens strict, la communication semble manquer au niveau des autres documents qui alimentent et font vivre le PPS.

Ainsi par exemple, le **GEVA-Sco** est considéré comme un document de travail et à ce titre n'est pas (toujours ?) diffusé. Lors de la réunion régionale les acteurs ont apporté sur ce point une distinction entre le GEVA-Sco « première demande », utile à la construction du dossier et donc peu diffusé, et le GEVA-Sco « réexamen » qui serait davantage communiqué.

Le décret précité de décembre 2014 précise l'équipe de suivi de la scolarisation procède au moins une fois par an à l'évaluation du PPS. **Cette évaluation prend la forme d'un document** « adressé par l'enseignant référent :

- à la maison départementale des personnes handicapées,
- à l'élève majeur ou, s'il est mineur, à ses parents ou son responsable légal,
- au directeur d'école, au chef d'établissement ou au directeur de l'établissement ou du service médico-social chargés de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation. »

Autre outil de l'Education nationale, le **livret personnel de compétences**, qui pourrait faire l'objet d'une transmission, ne semble pas passer la porte de l'établissement médico-social, alors qu'il a pour objet de suivre la progression des apprentissages de l'élève tout au long de sa scolarité. La création d'un livret scolaire unique a été récemment annoncée par la ministre de l'Education nationale, afin d'homogénéiser et simplifier la présentation du document, tout en facilitant sa diffusion (accessible en ligne).

En ce qui concerne le **projet individualisé ou personnalisé d'accompagnement** relevant des établissements et services médico-sociaux, il n'est visiblement pas transmis systématiquement à l'enseignant référent et l'ESS, ni à la MDPH.

Du point de vue des parents, a pu être notée une certaine confusion – très compréhensible – entre les multiples documents, sans forcément de cohérence entre eux. Un des parents rencontrés dans le cadre des entretiens regrette de ne pas disposer d'un « dossier unique » récapitulant tous les éléments relatifs à l'enfant. Selon lui il est en effet très pesant de devoir reprendre systématiquement toute « l'histoire » à chaque nouvel interlocuteur. En l'occurrence le papa avait rencontré plusieurs établissements en vue de l'admission de son enfant polyhandicapé, et devait chaque fois répéter l'ensemble du parcours de son enfant, la « précieuse » anamnèse, parfois même à deux professionnels différents pour un même établissement et alors que l'admission n'était pas certaine. Ce sentiment de répétition peut se traduire par un « effet patinage » susceptible d'entraver la fonction performative des parents.

⁴³ Décret du 11 décembre 2014 portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap



Sur ce point, le rapport « Piveteau » préconise la mise en place d'un « dossier d'orientation permanent, dont la constitution doit respecter trois principes :

- L'information nécessaire à son orientation est la stricte propriété de la personne (ou de ses représentants légaux). C'est à elle de consentir au versement des différents éléments (certificats, bilans, réalisations et projets éducatifs ou professionnels) qui s'y trouveront. C'est à elle de déterminer les droits d'accès, c'est-à-dire les personnes habilitées à utiliser cette information dans le cadre du suivi de l'orientation.
- La contribution au « dossier d'orientation permanent » est un devoir pour tous les professionnels ou institutions qui interviennent dans l'accompagnement. Quel que soit leur rôle (mais de manière évidemment proportionnée à la part qu'ils prennent), ils sont tenus – avec chaque fois l'information préalable de la personne pour recueillir son accord – de mettre en partage l'information pertinente dont ils disposent.
- Enfin, ces contributions doivent rassembler toute l'information utile, mais seulement l'information utile : un « dossier d'orientation permanent » n'est pas un déversoir automatique de comptes rendus d'examen ou de dossiers scolaires : ceux qui y contribuent doivent y verser, sous une forme utile à tous, l'information qui permet d'anticiper et de prendre les bonnes décisions. »

L'amélioration des échanges entre les acteurs est à poursuivre

Au-delà des documents, l'articulation entre les différentes interventions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques, en référence au PPS ou à ce qu'il devrait être, trouve sa source dans des temps d'échange entre les acteurs.

Les professionnels notent, depuis plusieurs années, une amélioration globale et sensible de ces échanges. Cependant celle-ci ne semble pas équivalente sur le territoire régional, et l'on peut observer que certains établissements scolaires et médico-sociaux seraient plus habituellement et facilement en lien (ces liens n'ont cependant pas fait l'objet d'une observation précise dans la présente évaluation). Comme cela a pu être rappelé dans la partie introductive, le tissage de ces liens s'inscrit dans le temps et sa qualité se jouera à différents niveaux : à l'échelle des professionnels intervenant auprès de l'élève, des directions d'établissements, des associations gestionnaires, des MDPH et des autorités politiques.

L'enquête conduite auprès des établissements et services médico-sociaux indique que la notion d'« échange » apparaît en premier lieu des éléments pouvant contribuer à une meilleure articulation entre l'Éducation nationale et le médico-social.

Il apparaît dans un sens que ces temps d'échanges sont indispensables, alors que les outils et documents ne sont pas suffisants. Toutefois les écrits permettent de tracer et de formaliser les choses pour plus de cohérence sur la durée du parcours.

Ces temps peuvent être informels ou formalisés, notamment dans le cadre des réunions de l'équipe de suivi de la scolarisation, qui reste aujourd'hui le lieu d'articulation privilégié pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire (rappelons cependant qu'elle devrait concerner chaque élève quel que soit son mode de scolarisation).

Une grande majorité (plus de 80%) des établissements et services médico-sociaux ayant répondu à l'enquête indiquent participer systématiquement aux équipes de suivi de scolarisation des enfants qui en font l'objet.

Les différents avis des parents et des professionnels soulignent l'intérêt de la souplesse de cette instance en terme de périodicité, puisque son nombre varie selon les besoins de chacun, mais aussi la qualité des échanges et le climat instauré.

Au moins deux témoignages de parents ont cependant été plus nuancés quant à son efficacité : l'un indique que selon lui les équipes de suivi de scolarisation « ne font pas bien avancer les choses », un couple de parents fait part de son « impression que les réunions étaient déjà faites avant, que c'était déjà tout prêt ».

Comme évoqué dans la partie précédente sur la 1^{ère} scolarisation, les échanges peuvent se traduire, au-delà des équipes de suivi, par les interventions – généralement très appréciées – des professionnels éducatifs et thérapeutiques au sein de la classe. Ces interventions peuvent permettre de sensibiliser, d'expliquer, d'observer, d'aider les uns et les autres (élève, enseignant, AVS ...).

En guise de conclusion, on peut citer les principales améliorations en termes d'articulation proposées par les établissements et services médico-sociaux ayant répondu à l'enquête :

- Davantage de formalisation des échanges, rencontres entre les professionnels, afin de redéfinir les missions de chacun
- Une mise à disposition plus importante d'enseignants dans les structures
- Une meilleure connaissance et prise en compte du handicap et des conséquences
- Une communication du PPS aux établissements
- L'accueil des professionnels du médico-social sur le lieu de l'école.

Annexes

Bibliographie indicative

Textes législatifs et réglementaires

- **Loi du 8 juillet 2013** d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République
- **Loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
et ses textes d'application
- **Décret du 19 décembre 2005** relatif à la maison départementale des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles
- **Décret du 30 décembre 2005** relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap
- **Circulaire du 17 août 2006** relative à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé de scolarisation
- **Arrêté du 17 août 2006** relatif aux enseignants référents et à leur secteur d'intervention
- **Décret du 2 avril 2009** relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements et services médico-sociaux
- **Arrêté du 2 avril 2009** précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé
- **Circulaire du 18 juin 2010** relative au dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré (ULIS)
- **Décret du 27 juin 2014** et **circulaire du 8 juillet 2014** relatifs aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap
- **Décret du 11 décembre 2014** portant diverses dispositions relatives à la scolarisation des élèves en situation de handicap
- **Circulaire du 18 août 2014** sur le fonctionnement des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) et les missions des personnels qui y exercent
- **Circulaire du 21 août 2015** sur les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), dispositifs pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degré

Rapports sur la scolarisation

- CESE : « Une école de la réussite pour tous », mai 2015
- CNSA, DGESCO, DGCS : « Les unités d'enseignement externalisées des établissements et services médico-sociaux », mars 2015
- IGAS, IGEN, IGAENR, Contrôle général économique et financier : « Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé », décembre 2014
- Défenseur des droits : « Temps de vie scolaire et périscolaire des enfants en situations de handicap », Février 2014
- CIMAP : Rapport d'évaluation sur la scolarisation des élèves en situation de handicap, Juillet 2013
- IGEN, IGAENR : Le traitement de la grande difficulté au cours de la scolarité obligatoire (JP Delaubier, G. Saurat) 2013
- IGAS, IGEN, IGAENR : « L'accompagnement des élèves en situation de handicap. Les prescriptions : état des lieux – propositions », décembre 2012
- « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République par le sénateur Paul Blanc, mai 2011
- Commission nationale consultative des droits de l'homme : Avis sur la scolarisation des enfants handicapés, novembre 2008
- IGEN : Les élèves en difficulté à l'entrée au collège – Rapport de la commission « élèves en difficulté » (B. Gossot, P. Dubreuil) 2003
- IGEN : « Les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté – examen de quelques situations départementales » (B. Gossot) 1996-1997

Rapports sur la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005

- Rapport d'information du Sénat sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (CL. Campion, I. Debré), juillet 2012
- IGEN, IGAENR : La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale (M. Caraglio, JP Delaubier), juillet 2012
- « Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge ... à la prise en compte », Rapport au 1^{er} ministre (JF Chossy), novembre 2011
- « Du rêve à la réalité », rapport établi à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat (M. Nüss), juin 2007

Autres rapports et documents

- Rapport alternatif 2015 de l'UNICEF France « Chaque enfant compte. Partout, tout le temps »
- « Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport du Conseiller d'Etat D. Piveteau (juin 2014)
- Rapport annuel 2014 de l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement
- Etude de la liste d'attente de la MDPH 21 réalisée par le CREAI de Bourgogne à la demande de l'ARS de Bourgogne (février 2013)
- Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en Bourgogne en 2010, ARS de Bourgogne (février 2013)
- La prise en charge du handicap psychique, Rapport n° RM2011-133P – tome 1 (août 2011)
- Le « dispositif ITEP » : pour un parcours de soins et d'accompagnement personnalisé. AIRE, UNIOPSS (2011)
- « Le projet personnalisé de scolarisation », document de synthèse réalisé par la commission « Handicap et scolarité » du CREAI Rhône-Alpes (décembre 2010)
- Plate-forme nationale grandir ensemble : « Développer l'accès des enfants handicapés aux structures d'accueil collectif de la petite enfance, de loisirs ou de vacances, dès le plus jeune âge ! » (2008)

Glossaire

Les institutions

- ARS : Agence régionale de santé
- CCPP : commission de coordination des politiques publiques
- CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- DSDEN : Direction des services départementaux de l'Education nationale
- MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

Les documents stratégiques

- PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- PRS : projet régional de santé
- SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

Les instances

- CDAPH : Commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées
- EPE : Equipe pluridisciplinaire d'évaluation de la maison départementale des personnes handicapées
- ESS : Equipe de suivi de la scolarisation

Les structures et dispositifs

- ESMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
- IME : institut médico-éducatif
- IEM : institut d'éducation motrice
- EEAP : Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
- ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
- SAAIS : Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
- CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
- CMP : Centre médico-psychologique
- CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
- UE : Unités d'enseignement des établissements médico-sociaux
- ASH : Adaptation et scolarisation des élèves en situation de handicap
- CFA : centre de formation d'apprentis
- MFR : Maison familiale et rurale
- SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté
- RASED : réseaux d'aide aux élèves en difficulté
- ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Les acteurs

- AESH : accompagnant d'élève en situation de handicap
- AVS : auxiliaire de vie scolaire
- IEN : Inspecteur de l'éducation nationale
 - ASH : pour l'adaptation et la scolarisation des élèves handicapés
 - de circonscription

Les projets

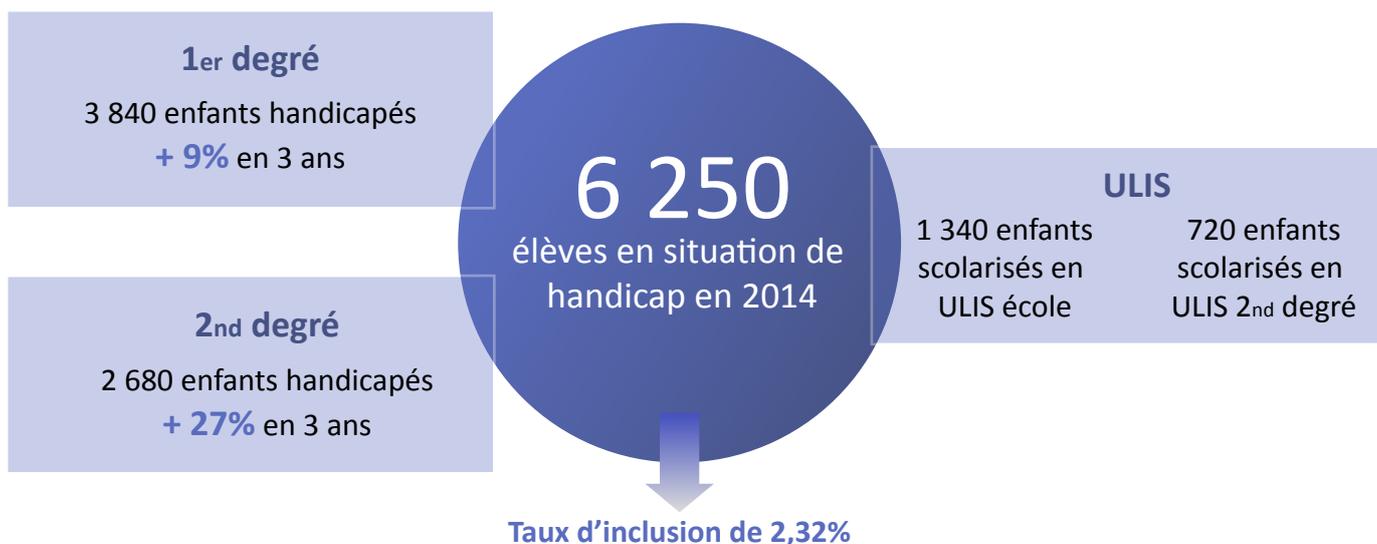
- PPC : Plan personnalisé de compensation
 - PPS : Projet personnalisé de scolarisation
 - PIA : Projet individualisé d'accompagnement
 - PPA : Projet personnalisé d'accompagnement
- } dans le cadre des établissements et services médico-sociaux

Les outils

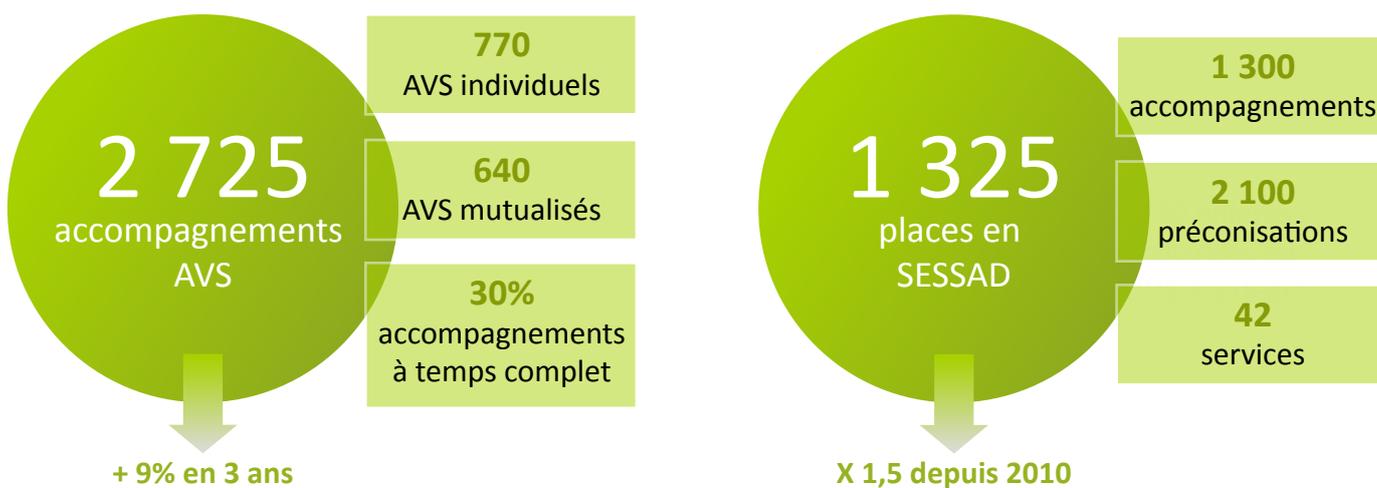
- GEVA-Sco : Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation
- LPC : Livret personnel de compétences

Chiffres-clés sur la scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap en Bourgogne

Les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire



L'accompagnement



Les équipements

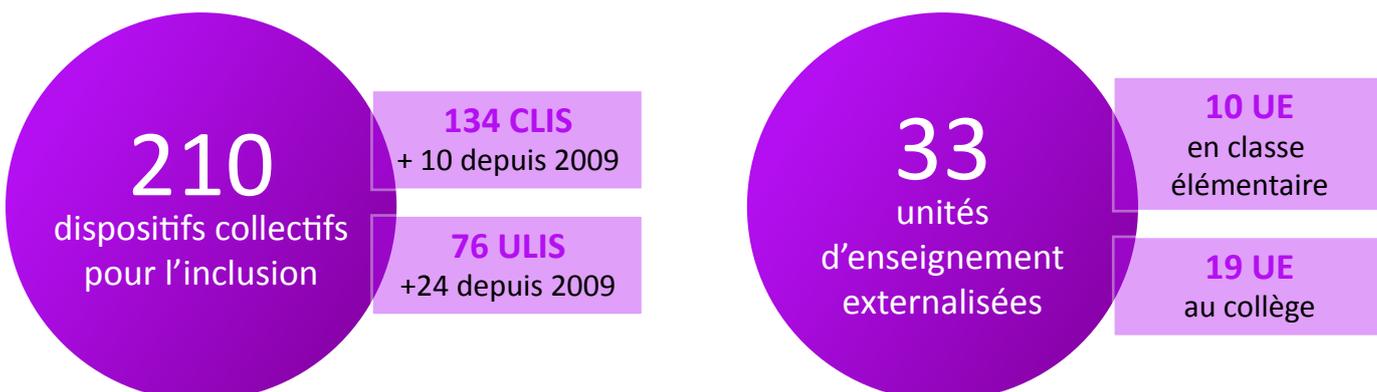
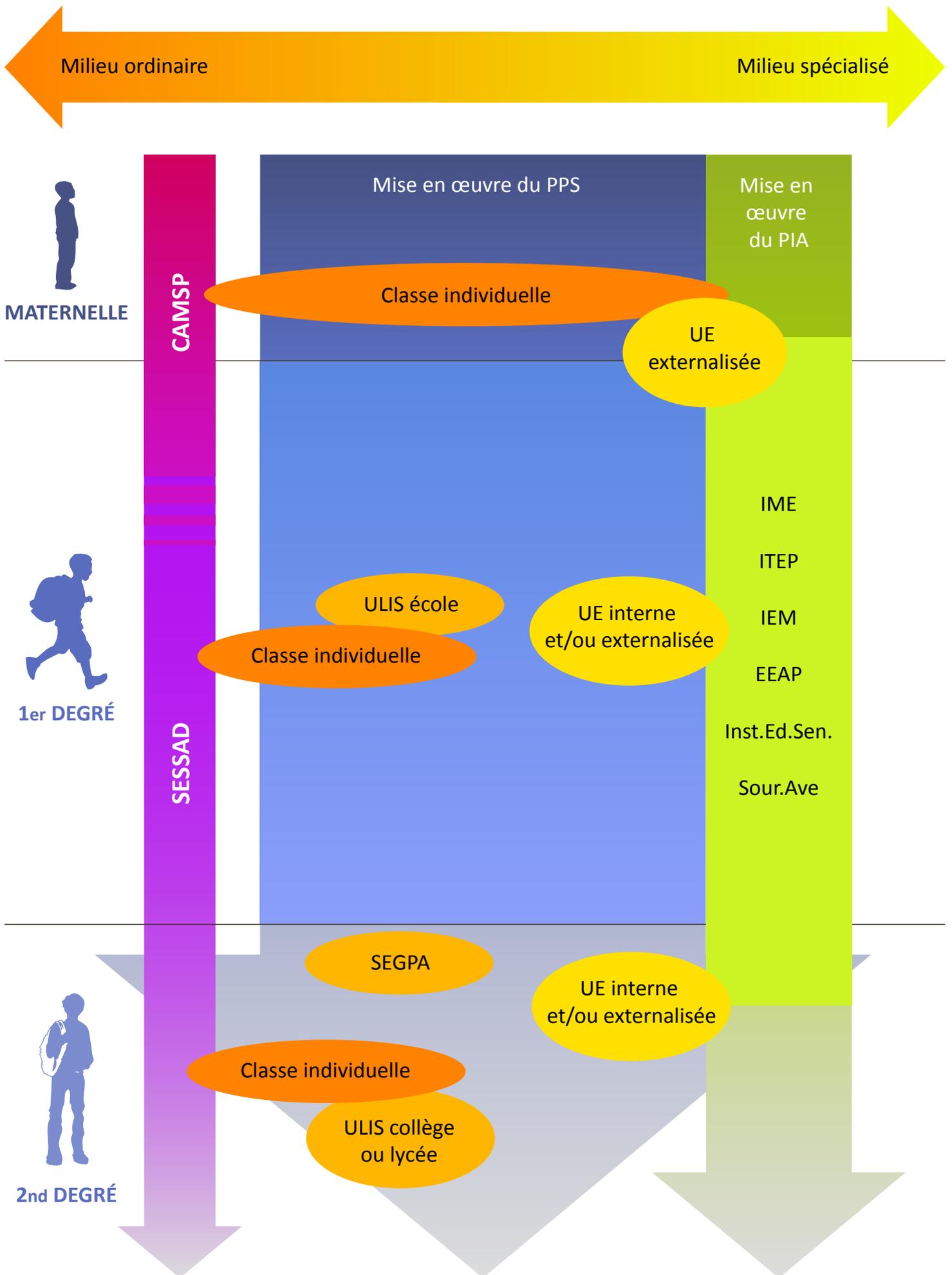
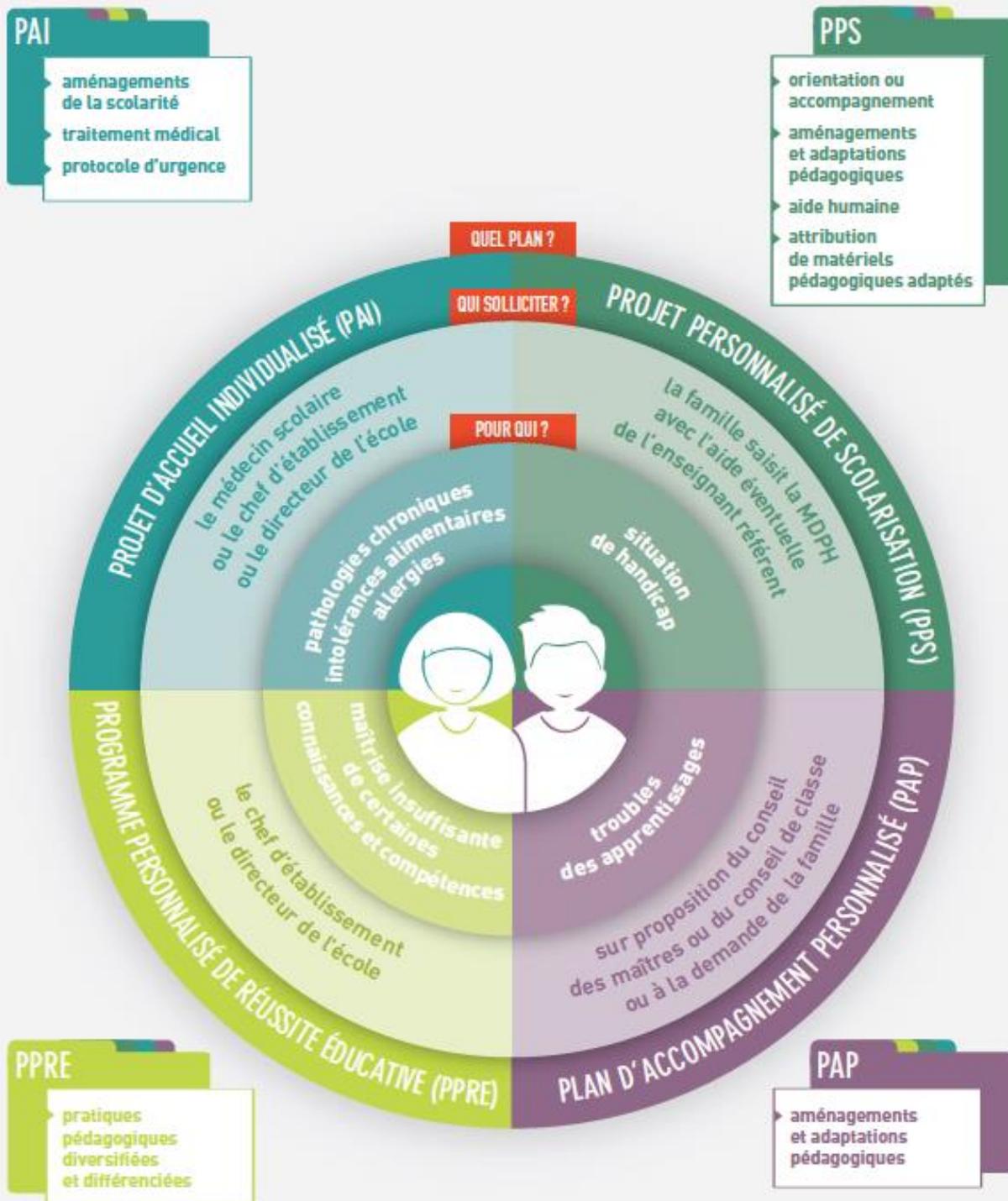


Schéma modes de scolarisation



Quel plan pour qui ?



Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche / décembre 2014

Contexte démographique et socio-économique de la Bourgogne

La Bourgogne

Territoire et population

Implantée sur un vaste territoire (31 600 km²), la Bourgogne représente 6% du territoire français. Elle est composée de quatre départements : la Côte-d'Or, la Nièvre, la Saône-et-Loire et l'Yonne. Sa population s'élève à plus de 1,6 million d'habitants au 1^{er} janvier 2013, ce qui représente 2,5% de la population française. Cette région a donc une densité de population faible : 52 habitants par km², soit deux fois moins que la moyenne nationale.

La Bourgogne se caractérise par une forte ruralité avec seulement 56% de sa population vivant dans les villes et leur zone d'influence (moyenne en France : 77%). Dijon est la seule ville de plus de 100 000 habitants dans la région et son aire urbaine rassemble ainsi près d'un quart de la population régionale.

Conséquence du vieillissement de la population sur son territoire, 1 habitant sur 4 est retraité contre environ 1 sur 5 en moyenne en France.

Entre 2006 et 2011, près de 14 000 nouveaux habitants sont arrivés dans la région, ce qui représente une croissance démographique régionale de 0,1% de moyenne chaque année (moyenne France : 0,5%). Le solde migratoire est le principal moteur de la croissance régionale puisque le solde naturel est quasiment nul. Malgré une faible croissance démographique de façon générale, certains territoires comme l'axe Dijon – Mâcon bénéficient d'une démographie plus soutenue.

Economie et emploi

Au carrefour de grands axes de communication autoroutiers et ferroviaires, la Bourgogne occupe une situation privilégiée au niveau économique. Les liaisons Nord-Sud bénéficient d'une bonne desserte, ce qui est moins évident pour les communications Est-Ouest qui sont plus difficiles.

Le paysage économique de Bourgogne est principalement composé de petites et moyennes entreprises puisque 93% des établissements bourguignons comptent moins de 10 salariés. Bien que transformés par les évolutions économiques et le développement du secteur tertiaire, les secteurs de l'industrie et de l'agriculture restent deux pôles d'activité importants en Bourgogne comparativement à la moyenne française.

En effet, pour l'année 2011, l'agriculture représente 5% des emplois (contre 3% en moyenne en France) et également 5% de la valeur ajoutée régionale, ce qui place la région au deuxième rang français derrière la Champagne-Ardenne. La surface agricole utilisée dans la région est plus grande que la moyenne et représente 59% de la superficie régionale.

Quant à l'industrie, encore très présente en Bourgogne, ce secteur représente aujourd'hui 17% des emplois au niveau régional (contre 15% de moyenne en France). Le tissu industriel est composé d'entreprises de taille intermédiaire dans des domaines assez diversifiés bien que trois domaines regroupent près de la moitié des effectifs : la métallurgie et fabrication de produits métalliques, les denrées alimentaires et enfin les produits en caoutchouc et en matières plastiques.

L'attractivité de régions voisines comme le Rhône-Alpes ou l'Île de France, draine une partie de l'activité économique, notamment dans les activités tertiaires les plus qualifiées et rend ainsi le secteur du tertiaire marchand moins dynamique en Bourgogne.

En 2012, la Bourgogne compte environ 650 000 emplois. Le taux de chômage au dernier trimestre 2014 s'élève à 9,2%, un taux inférieur à la moyenne française (10,1%).

La Côte-d'Or

Juste après la Saône-et-Loire, la Côte-d'Or est le deuxième département le plus peuplé de Bourgogne avec 528 400 habitants au 1^{er} janvier 2013. Avec une superficie de près de 8 800 km², la densité de population en Côte-

d'Or s'élève à 60 habitants par km². Sa population évolue à raison de 0,3% de moyenne par an, principalement en raison du solde naturel. Trois quarts de la population de Côte-d'Or réside dans l'espace à dominante urbaine, c'est-à-dire dans les agglomérations et leur aire d'influence.

Contrairement à la tendance régionale où la population âgée de plus de 65 ans est plus importante que dans le reste de la France, la Côte-d'Or attire de nombreux jeunes en particulier grâce à ses structures universitaires.

Abritant la ville de Dijon, capitale régionale, la Côte-d'Or bénéficie d'un secteur tertiaire plus développé que les autres départements bourguignons. Ce secteur représente ainsi 75,5% de l'emploi total du département. De plus, 60% des entreprises font affiliées au secteur du commerce, des transports et des services (contre 55% au niveau régional) et 13% font partie des administrations publiques, de l'enseignement ou de l'action sociale (contre 12,6% au niveau régional).

L'emploi public est donc également plus développé en Côte-d'Or en raison de la présence de la capitale régionale qui accueille donc un grand nombre d'administrations publiques.

A la fin de l'année 2012, on peut compter en Côte-d'Or 234 700 emplois, soit 36% de l'emploi régional. Le taux de chômage s'élève à 8,6% au dernier trimestre 2014, ce qui est le taux de plus bas de la région.

Source : INSEE et CCI Côte-d'Or

La Nièvre :

Le département de la Nièvre compte 216 600 habitants au 1^{er} janvier 2013 pour un territoire d'une superficie de 6 800 km² (soit une densité de 32 habitants par km²). Sa population évolue en moyenne de 0,4% par an en raison du solde naturel.

A forte dominance rurale, c'est le département le moins peuplé de Bourgogne. Près de la moitié des habitants de la Nièvre habitent dans l'espace hors d'influence des villes (contre un tiers dans la région). Nevers est la principale agglomération avec 62 000 habitants.

Ce département est composé d'une part importante de personnes âgées de plus de 65 ans (24% contre 17% au niveau national). Les retraités composent 35% de la population nivernaise.

L'agriculture est une part essentielle de l'économie dans la Nièvre avec 24% des entreprises dans ce secteur et près de 6% des emplois du département (contre 3% au niveau national). L'industrie totalise 14% des emplois salariés. Les activités de commerce, de transports et de services sont moins développées que dans le reste de la région (50,6% des établissements contre 55% au niveau régional). La Nièvre bénéficie également d'un afflux touristique grâce à la présence du parc du Morvan.

L'économie nivernaise est plutôt tournée vers ses habitants. Ainsi, 55% des établissements ont une vocation économique plus résidentielle qu'exportatrice. Les entreprises sont plutôt de petite taille : 93% ont moins de 10 salariés et seulement 1% emploie plus de 50 salariés.

A la fin de l'année 2012, on peut compter près de 80 000 emplois dans la Nièvre, soit 12% de l'emploi régional. Le taux de chômage s'élève à 9,4% au dernier trimestre 2014.

Source : INSEE et Conseil départemental 58

La Saône-et-Loire :

La Saône-et-Loire est le département le plus peuplé de Bourgogne : 556 900 habitants au 1^{er} janvier 2013 qui se répartissent sur un territoire de plus de 8 500 km², soit une densité de population de 64 habitants par km². Plus d'un tiers des Bourguignons résident en Saône-et-Loire. La population de Saône-et-Loire augmente d'environ 0,2% par an grâce à un nombre d'entrées sur le territoire supérieur aux sorties.

Environ deux tiers des habitants résident dans un espace sous influence des villes du département, qui sont de taille modeste : Chalon-sur-Saône, Mâcon, Montceau-les-Mines et Le Creusot.

L'agriculture joue un rôle majeur : près de 24% des établissements du département font partie de ce secteur d'activité, avec plus de 5% de l'emploi total (contre 3% au niveau national). La moitié de la production régionale est faite à travers l'élevage bovin de Saône-et-Loire. La production viticole bénéficie également d'une renommée importante et représente 45% de la production régionale.

La Saône-et-Loire a également le profil le plus industriel de la région. En effet, 22% des emplois salariés proviennent de l'industrie. Ce département concentre l'essentiel des grands établissements industriels de plus de 1 000 salariés.

Bien que représentant la majorité de l'emploi total, le secteur tertiaire est sensiblement moins important en Saône-et-Loire par rapport au reste de la Bourgogne (68% des emplois contre 71%).

Le taux de chômage à la fin de l'année 2014 s'élève à 9,3%, ce qui est représentatif du taux de chômage régional. La Saône-et-Loire comptabilise plus de 215 000 emplois en 2012, soit 33% de l'emploi régional, plaçant ainsi ce département au deuxième rang derrière la Côte-d'Or.

Source : INSEE

L'Yonne :

Au 1^{er} janvier 2013, l'Yonne compte près de 342 000 habitants. Sa population évolue peu, à raison de 0,1% par an dû aux entrées sur le territoire plus nombreuses que les sorties. La densité de population du département s'élève à 46 habitants par km² sur un territoire d'environ 7 400 km². L'Yonne se positionne ainsi en troisième position régionale, que ce soit en termes de superficie ou de population.

Plus de deux tiers des habitants résident dans l'espace sous influence des villes. Cette proportion place l'Yonne dans une position intermédiaire entre la Côte-d'Or, plus urbaine, et la Nièvre, plus rurale. Auxerre et Sens sont les deux agglomérations les plus peuplées du département.

Les établissements industriels occupent une place importante dans l'économie de l'Yonne. Ils représentent 6,2% des établissements contre 5,7% au niveau régional. Ce secteur représente près de 20% de l'emploi, ce qui est un peu supérieur à la moyenne régionale (17%). L'agriculture est également présente avec 5% de l'emploi total, ce qui correspond à la moyenne régionale.

Le tertiaire regroupe la majorité des emplois (56% des emplois salariés dans les services et 15% dans le commerce). La santé humaine et l'action sociale représentent la part la plus importante des emplois dans le secteur des services (28%), suivi de l'administration publique et de l'enseignement.

Au dernier trimestre 2014, le taux de chômage est de 10%, supérieur à celui de la région mais proche du taux de chômage au niveau national. En 2012, l'Yonne emploie au total 124 000 personnes, soit 19% de l'emploi régional.

Source : INSEE

Éléments de diagnostic

La partie diagnostique ci-dessous s'appuie sur la trame de celle du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), afin de faciliter la comparaison des indicateurs. Des éléments complémentaires à ce diagnostic pourront être apportés de manière plus détaillée dans la suite du document, en particulier sur la diversification des modalités de scolarisation.

Les besoins

Comme le reconnaît la CNSA, « l'estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, la connaissance de leurs caractéristiques, de leur situation et de leurs difficultés est un préalable essentiel pour la définition des politiques publiques visant à répondre au mieux à leurs besoins. Pourtant la connaissance des personnes en situation de handicap ou de dépendance demeure lacunaire tant la notion est complexe et les données nombreuses mais parcellaires »⁴⁴

Les données épidémiologiques disponibles ne permettent pas de connaître les caractéristiques de la « population handicapée ». Celle-ci renvoie à la définition du handicap retenue par la loi de 2005 correspondant à une approche plutôt situationnelle du handicap, donc évolutive et potentiellement floue. Les modalités d'évaluation des situations de handicap sont définies au niveau national (GEVA, critères d'éligibilité à la PCH ...), mais leur mise en œuvre relève du niveau départemental et peut traduire des disparités territoriales. C'est ce que constatent différents rapports relatifs à la mise en œuvre de la loi de 2005.

Les besoins sont ainsi très difficilement évaluables. Depuis 2005 les MDPH sont les instances clefs pour connaître les besoins de la population handicapée, cependant cette connaissance rencontre une limite principale liée au fait que les personnes concernées formulent une demande. Les éléments de connaissance disponibles relèveront plutôt des demandes étudiées par les MDPH, ainsi que des recours aux prestations et recours à l'offre.

Une augmentation des prestations liées au handicap

Le nombre d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) a augmenté de plus de 2 000 bénéficiaires au cours des sept dernières années. Ainsi le taux de bénéficiaires au regard de la population de référence a augmenté de près de six points atteignant 15,9‰. Cette forte augmentation situe le taux de bénéficiaires bourguignon au-dessus du taux national.

Le département de la Nièvre présente la plus forte augmentation passant d'un taux de 7,2‰ jeunes de moins de 20 ans en 2007 à plus de 18‰ en 2014. En revanche les bénéficiaires de l'AEEH de Côte-d'Or n'évoluent que faiblement. Ainsi le département présente le taux de bénéficiaires de l'AEEH le plus faible de la région.

Nombre de bénéficiaires des allocations de compensation du handicap

	AEEH 2007 ⁽¹⁾		AEEH 2014 ⁽²⁾⁽³⁾	
	Nbr de personnes	Taux pour 1 000 jeunes*	Nbr de personnes	Taux pour 1 000 jeunes*
Côte-d'Or	885	7,08	1 314	10,67
Nièvre	331	7,24	790	18,39
Saône et Loire	1 690	13,63	2 541	20,73
Yonne	819	10,13	1 211	15,11
Bourgogne	3 725	9,92	5 856	15,88
France entière	-	11,1	225 999	13,98

*Moins de 20 ans

(1) Source : SROMS Bourgogne

(2) Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM - Année 2014

(3) Source : Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2014).

⁴⁴ Extrait du guide CNSA pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, édition 2009

Le nombre d'élèves en situation de handicap en milieu ordinaire est de plus en plus important en Bourgogne. Ainsi à la rentrée 2014, plus de 6 500 enfants en situation de handicap sont scolarisés dans les établissements scolaires de la région.

Scolarisation des enfants handicapés

	2009 ⁽¹⁾		2014 ⁽²⁾⁽³⁾	
	Enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire	% Population scolaire	Enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire	% Population scolaire
Côte-d'Or	1 342	1,43%	1 584	1,69%
Nièvre	765	2,18%	853	2,56%
Saône et Loire	2 159	2,28%	3 054	3,24%
Yonne	1 025	1,71%	1 033	1,71%
Bourgogne	5 291	1,87%	6 524	2,32%
France entière	201 388	1,70%	259 941	2,03%

(1) Source : SROMS Bourgogne

(2) Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014/2015

(3) Source : Académie de Dijon - Chiffres clés 2014/2015.

En cinq ans, la présence d'élèves handicapés parmi l'ensemble des élèves scolarisés en Bourgogne est passée de 1,87% en 2009 à 2,32% à la rentrée 2014. Cette augmentation régionale est similaire à celle constatée sur l'ensemble du territoire national. Le taux d'inclusion des enfants en situation de handicap en Bourgogne reste ainsi supérieur à la moyenne nationale (+0,29 point).



Différents rapports sur la scolarisation des enfants handicapés⁴⁵ et/ou sur la mise en œuvre de la loi de 2005⁴⁶ analysent que « l'augmentation du nombre d'élèves considérés comme « handicapés » est, en partie, la conséquence d'une extension du concept de handicap à des élèves qui, jusque-là, restaient hors de son champ. » Ils constatent parallèlement que cette « augmentation du nombre des élèves considérés comme handicapés en milieu ordinaire n'a pas été accompagnée d'une réduction de l'effectif pris en charge dans les établissements médico-sociaux ou de santé. »

On peut ajouter que ces données traduisent une augmentation quantitative, largement nuancée par les éléments qualitatifs relevés dans la présente évaluation.

⁴⁵ « La scolarisation des enfants handicapés », rapport au Président de la République (P. Blanc), mai 2011

⁴⁶ IGEN, IGAENR : La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale (M. Caraglio, JP Delaubier), juillet 2012

L'offre et le recours à l'offre

Mode de scolarisation des enfants handicapés

	2009 ⁽¹⁾			2014 ⁽²⁾		
	Enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire	dont scolarisés en classe ordinaire	dont scolarisés en ULIS	Enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire	dont scolarisés en classe ordinaire	dont scolarisés en ULIS
Côte-d'Or	1 342	68%	32%	1 584	45%	55%
Nièvre	765	53%	47%	853	49%	51%
Saône et Loire	2 159	75%	25%	3 054	66%	34%
Yonne	1 025	71%	29%	1 033	56%	44%
Bourgogne	5 291	69%	31%	6 524	57%	43%
France entière	201 388	-	-	259 941	69%	31%

(1) Source : SROMS Bourgogne

(2) Source : Ministère de l'Education nationale, DEPP - année 2014/2015

La scolarisation en milieu ordinaire présente différentes modalités afin de répondre au mieux à la diversité des situations :

- la scolarisation individuelle,
 - o en classe ordinaire,
 - o en classe adaptée (dont SEGPA),
- la scolarisation avec l'aide d'un dispositif collectif pour l'inclusion – ULIS⁴⁷,

Les dispositifs collectifs pour l'inclusion

La scolarisation en milieu ordinaire se fait encore majoritairement de manière individuelle. Cependant, la part des élèves bourguignons scolarisés dans le cadre d'un dispositif collectif pour l'inclusion est passée de 31% à 43% entre 2009 et 2014. Cette proportion est supérieure de plus de dix points à celle observée au niveau national.

Sur ce point des disparités départementales subsistent. Le département de la Nièvre mobilise davantage les dispositifs collectifs pour l'inclusion car près de la moitié des élèves handicapés scolarisés dans le département bénéficie de ce mode de scolarisation. En revanche, les deux tiers des élèves scolarisés dans le département de la Saône et Loire sont scolarisés en classe ordinaire

Evolution du nombre d'ULIS en Bourgogne

	2009 ⁽¹⁾		2014 ⁽²⁾	
	Nombre d'ULIS école	Nombre d'ULIS 2 nd degré	Nombre d'ULIS école	Nombre d'ULIS 2 nd degré
Côte-d'Or	30	18	38	23
Nièvre	27	10	27	16
Saône et Loire	48	14	49	22
Yonne	19	10	20	15
Bourgogne	124	52	134	76

(1) Source : SROMS Bourgogne

(2) Source : Rectorat de Dijon, année 2014

⁴⁷ la circulaire du 21 août 2015 prévoit, à compter du 1^{er} septembre 2015, que l'appellation « classe pour l'inclusion scolaire » (CLIS) est remplacée par « unité localisée pour l'inclusion scolaire - école » (ULIS école)

Au cours des cinq dernières années la Bourgogne s'est dotée d'une dizaine de CLIS (aujourd'hui ULIS école) supplémentaires. Ainsi en 2014, la région compte 134 ULIS école réparties sur les 4 départements. Cette augmentation concerne également les unités localisées pour l'inclusion scolaire en collège et au lycée (ULIS collège et lycée). Ainsi la région a vu ce dispositif augmenter de près de 50% au cours des cinq dernières années.

Les établissements médico-sociaux

Le développement des dispositifs d'inclusion et l'augmentation des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire s'accompagne d'une baisse du taux d'équipement en établissements médico-sociaux dans certains départements.

Equipement en offre médico-sociale sur le secteur de l'enfance handicapée

	2011 ⁽¹⁾			2014 ⁽²⁾		
	Population de 0-19 ans	Etablissements	Taux d'équipement établissement	Population de 0-19 ans	Etablissements	Taux d'équipement établissement
Côte d'Or	124 168	731	5,89‰	123 146	749	6,08‰
Nièvre	43 572	414	9,50‰	42 966	405	9,43‰
Saône et Loire	121 578	699	5,75‰	122 594	725	5,91‰
Yonne	79 713	675	8,47‰	80 159	646	8,06‰
Bourgogne	369 031	2 519	6,83‰	368 865	2 525	6,85‰
France entière	15 315 215	103 989	6,79‰	16 171 587	101 797	6,29‰

(1) Source : SROMS Bourgogne

(2) Source : DREES - ARS – FINESS - Places installées par catégorie d'établissement et de service au 01.01.2014

La population de moins de 20 ans dans l'Yonne est stable depuis les trois dernières années. Dans le même temps, le nombre de places en établissements médico-sociaux a baissé de plus de 4% passant ainsi d'un taux d'équipement de 8,47 pour 1 000 jeunes à 8,06‰. Ce phénomène est également constaté dans le département de la Nièvre qui voit le nombre de places baisser de plus de 2%. Cette évolution traduisant une volonté d'équilibrage entre les départements de la part de l'agence régionale de santé. Outre ces territoires, et contrairement au niveau national, l'offre médico-sociale reste stable en Bourgogne depuis 2011.

Les services d'éducation et de soins à domicile

Les SESSAD constituent des structures pivots de la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire.

L'équipement en SESSAD

	2011 ⁽¹⁾			2014 ⁽²⁾		
	Nombre de places SESSAD	Taux d'équipement	Part des SESSAD dans l'équipement	Nombre de places SESSAD	Taux d'équipement	Part des SESSAD dans l'équipement
Côte d'Or	502	4,04‰	40,71%	658	5,34‰	46,77%
Nièvre	142	3,26‰	25,54%	177	4,12‰	30,41%
Saône et Loire	313	2,57‰	30,93%	379	3,09‰	34,33%
Yonne	119	1,49‰	14,99%	157	1,96‰	19,55%
Bourgogne	1 076	2,92‰	29,93%	1 371	3,72‰	35,19%

(1) Source : SROMS Bourgogne

(2) Source : DREES - ARS – FINESS - Places installées par catégorie d'établissement et de service au 01.01.2014

En 2014, la Bourgogne recense 1 371 places en SESSAD grâce à une augmentation de 300 places au cours des trois dernières années. Cette augmentation permet à la région d'atteindre un taux d'équipement de 3,7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Avec 658 places le département de Côte-d'Or bénéficie du taux d'équipement le plus important (5,34‰). En revanche, le département de l'Yonne présente le taux d'équipement le plus faible (1,96‰) avec seulement 157 places. Grâce à l'ouverture de près de 40 places depuis 2011, le département se rapproche du « taux cible » fixé par le CPOM sans pour autant l'atteindre (225 places).

Outils méthodologiques

La grille d'évaluation s'appuie sur le recueil et l'analyse de données de nature très diverses, qualitatives et quantitatives. S'agissant de l'origine des données, nous proposons de recenser et d'utiliser d'une part les données existantes qui nous seront mises à disposition par les partenaires (directement ou à reconstituer), d'autre part de produire des données spécifiques pour la présente évaluation.

Les données existantes

Enquêtes MEN /DEPP

La direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du Ministère de l'Education nationale conduit annuellement des enquêtes sur la scolarisation des enfants handicapés au sein des établissements scolaires (enquêtes n° 3 et 12) et médico-sociaux (enquête n° 32). Elles renseignent notamment sur le nombre d'enfants scolarisés, par type de handicap et par niveau d'enseignement :

- le mode de scolarisation (au regard des modalités décrites ci-dessus : scolarisation en classe ordinaire, en classe adaptée, au sein d'un dispositif collectif, dans le cadre d'une unité d'enseignement ...)
- le type de scolarisation (temps plein / partiel)
- l'accompagnement le cas échéant par un auxiliaire de vie scolaire ou emploi de vie scolaire (collectif ou individuel, temps plein ou partiel ...)
- l'attribution de matériel pédagogique adapté
- l'attribution de transport adapté.

Données sur l'offre et l'équipement

Celles-ci seront recherchées auprès des services de l'ARS et de l'éducation nationale, afin d'avoir une visibilité de l'évolution de l'offre dédiée à la scolarisation en milieu ordinaire des élèves handicapés (SESSAD, CLIS, ULIS, unités d'enseignement délocalisées ...)

Données sur les PPS et les PIA (ou PPA)

Nous proposons une analyse documentaire spécifique en étudiant un panel de documents : PPS, PIA (ou PPA) et conventions de mise en œuvre du PPS en établissement (telles que prévues par le décret d'avril 2009).

Nous formulons en effet l'hypothèse d'une grande diversité des documents concernés, entre les différents départements d'une part (s'agissant des PPS), entre les établissements et services d'autre part (en ce qui concerne les PIA et PPA).

Il ne s'agit pas ici d'une analyse de contenu, ni d'évaluer la qualité des différents documents, ou de formuler des préconisations sur leur forme, mais bien de s'attacher à la question évaluative en jeu, celle d'une articulation entre les différents niveaux de projets au service de la continuité du parcours.

Cette question supposera une analyse documentaire par observation fine des documents en jeu, avec le choix d'un panel eu égard à la diversité des données (forme, nature, contenu).

Ces documents seront à rechercher auprès des MDPH, des services de l'Education nationale, et auprès d'établissements médico-sociaux.

Autres données documentaires existantes

Celles-ci ne sont pas encore précisément connues, mais il s'agira de rechercher les éventuelles productions des groupes dédiés à la scolarisation des enfants handicapés (dans la mesure où ces groupes sont effectivement mis en place) :

- le groupe de travail interinstitutionnel régional tel que prévu dans les orientations du SROMS,
- les groupes départementaux de suivi de la scolarisation des élèves handicapés.

Le décret du 2 avril 2009 prévoit par exemple que le groupe départemental produise un état des moyens consacrés par les ministères ainsi qu'une prévision de l'évolution de la population concernée. Le rapport annuel du groupe étant présenté au CDCPH.

Les autres données « ad hoc »

Au vu des questions évaluatives et des attentes de l'ARS, des enquêtes complémentaires seront nécessaires dans le cadre de cette mission d'évaluation. Nous proposons ainsi de produire plusieurs types de données.

Enquête par questionnaire

Enquête auprès d'établissements médicosociaux. Cette enquête sera précédée d'entretiens exploratoires auprès de directeurs d'établissement (5 établissements répartis sur les différents départements de la région), afin d'identifier les informations dont ils disposent et construire ainsi un questionnaire pertinent.

Enquête auprès des familles par entretiens semi-directifs

Afin de recueillir la vision des usagers des différents dispositifs, nous proposons de conduire des entretiens semi-directifs auprès de familles. Ces derniers permettront d'aborder les différentes questions évaluatives et ainsi connaître le ressenti et les attentes des familles, leur vécu et leurs analyses des éventuelles situations de rupture, ainsi que les freins et avantages des différents modes de scolarisation. Les familles interrogées seront au nombre de 8 choisies selon le lieu de résidence, le niveau de scolarisation de leur enfant (1^{er} ou 2nd degré) et le mode de scolarisation.

Enquête par audition

Nous proposons, pour créer une dynamique autour de cette démarche d'évaluation et optimiser la mobilisation des acteurs de la scolarisation des enfants handicapés, d'organiser des réunions thématiques à l'échelle de la région ou du département autour des différentes questions évaluatives.

Ces « groupes ressource » pourront être composés (liste indicative) de représentants de l'ARS, de l'Education nationale (IENASH, CP ASH, ERSH ...), représentants des établissements et services médico-sociaux, de la MDPH (réfèrent insertion scolaire), de parents d'élèves, de municipalités, d'associations gestionnaires ou non.

Leur composition pourra varier au regard de la question évaluative en jeu, associant par exemple plus spécifiquement des représentants de CAMSP ou de municipalités pour la question de la 1^{ère} scolarisation, ou encore les référents insertion scolaire des MDPH pour l'articulation PPS/ PPA ou pour la diversification des modes de scolarisation.

Ces groupes seront établis à différentes échelles selon la question traitée. Ainsi, comme le développe le tableau ci-dessous, certaines questions engendrent une réflexion régionale lorsque d'autres nécessitent la mobilisation d'acteurs départementaux :

<i>Question évaluative et intitulé du groupe ressource</i>	<i>Echelle</i>	<i>Nombre de réunions</i>
1 « 1 ^{ère} scolarisation »	Département	4 (1 par département)
2 « PPS / PIA »	Région	1
3 « Diversification des modes de scolarisation »	Département	4 (1 par département)

Au niveau départemental leur composition pourra s'appuyer (le cas échéant) sur celle du groupe technique départemental chargé du suivi, de la coordination et de l'amélioration de la scolarisation des enfants handicapés prévu par le décret du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements scolaires et médicosociaux (art. 1).

Rapport d'évaluation de la thématique
du PRS de Bourgogne

Scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés

janvier 2016

Ce rapport d'évaluation a été réalisé par :



L'Observatoire du CRDI
www.handiplace.org
14 rue Passet, 69007 Lyon
04 75 78 34 57

En association avec **Camille Gilbert** - *Consultante*
gilbert.accompagnement@gmail.com

Contact : **Claire Putoud** - *Responsable de l'Observatoire du CRDI*
observatoire@handiplace.org