

Le schéma départemental de l'Isère en faveur des personnes handicapées

LIVRE II

« ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP »

SOMMAIRE

Introduction	2
Etat des lieux	3
I - Le contexte	4
II - Les données	6
II.1- Accueil en milieu ordinaire	7
II.1.1 - Accueil dans les établissements « petite enfance »	7
II.1.2 - Accueil en centres de loisirs	7
II.1.3- Scolarisation	8
II.2 - Accueil en milieu spécifique	11
L'équipement médico-social en Isère	11
Orientations et actions	14
I – Objectif 1 : Favoriser la vie sociale des enfants	15
Fiches actions 1a et 1b	17
II – Objectif 2 : Travailler à une approche globale de l'enfant	20
Fiche actions 2	21
III – Objectif 3 : Affirmer la place des parents et les accompagner	22
Fiche actions 3	23
IV – Objectif 4 : Favoriser le dépistage et la prise en charge précoce	24
Fiche actions 4	26
V – Objectif 5 : Adapter la réponse aux besoins en milieu spécifique	27
V.1. Déficience motrice, polyhandicap, plurihandicap	27
V.2. Déficience intellectuelle et troubles psychiatriques sévères ; autisme	29
V.3. Troubles du comportement	32
V.4. Déficiences sensorielles et troubles du langage	33
Fiche actions 5	36
Annexes	
Les textes législatifs et réglementaires	38
Capacité des établissements pour enfants handicapés	46
. Evolution de la capacité de 1999 à 2005	47
. Capacité 2005	48

Introduction

Le département de l'Isère a bénéficié d'un schéma départemental du handicap concernant les adultes et les enfants pour la période 1999/2002.

Les travaux préparatoires au présent schéma - partie enfance - ont été menés essentiellement sur 2004 à partir de 3 groupes de travail axés sur :

- l'accueil en milieu ordinaire
- l'accueil en milieu spécifique
- le respect de la dignité de la personne

Ces groupes ont réuni des parents, des élus, des professionnels de tous horizons et les échanges ont été intenses et francs.

Ils avaient pour mission de dresser l'état des lieux de l'existant, d'en faire le bilan, et d'avancer des propositions.

Les comptes-rendus de ces groupes sont retracés intégralement en livre III du schéma.

L'année 2005, au cours de laquelle a été élaboré le schéma départemental pour les adultes handicapés a été mise à profit pour une mise à jour des orientations du schéma "enfants" au regard de la loi du 11 février 2005.

Un même comité de pilotage a repris l'ensemble des travaux sur les deux schémas "adultes" et "enfants" de manière à ne pas cloisonner les deux démarches et travailler sur les thèmes transversaux.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées se décline autour de 4 objectifs principaux :

- garantir le libre choix du projet de vie,
- assurer un revenu d'existence (compensation du handicap),
- permettre la participation effective à la vie sociale (accessibilité au sens large),
placer la personne au cœur des services

Au regard de ces orientations, priorité doit être faite au choix des familles et à tout projet visant à offrir à l'enfant une vie sociale la plus proche possible de celle d'un enfant ordinaire, à commencer par la scolarisation.

Un des axes majeurs du précédent schéma concernant les enfants handicapés portait sur l'accompagnement spécialisé en vue de l'intégration scolaire. Cette orientation va donc être confirmée dans le présent schéma pour une scolarisation étendue et améliorée.

Seront successivement présentés :

- la situation du département en matière d'accueil (en milieu ordinaire et en milieu spécialisé),
- les orientations et un ensemble d'actions répondant aux objectifs recherchés et permettant une programmation des équipements dans la période de ce schéma.

ETAT DES LIEUX

I - Contexte

I.1. - Contexte législatif et réglementaire

Dans l'attente du vote de la loi relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'analyse du dispositif isérois en 2004 s'était opérée en référence aux textes réglementaires organisant le secteur médico-social pour enfants et adolescents, et à ceux concernant l'intégration scolaire.

La loi du 11 février 2005 a amené à reconsidérer la réponse aux besoins des personnes en fonction de ce nouveau cadre juridique.

En effet si les lois du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap, ont marqué tout au long de ces dernières années la politique en faveur des personnes handicapées et servi de référence aux actions menées dans ce domaine, elles sont maintenant relayées par la loi du 11 février 2005 qui affiche avec un esprit novateur le droit à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En particulier une innovation majeure réside dans l'affirmation du droit à la scolarisation pour tout enfant handicapé avec priorité à la scolarisation en milieu ordinaire, celle-ci pouvant être ajustée ou aménagée. tout enfant ou adolescent handicapé est inscrit dans une école ou un établissement scolaire proche de son domicile qui est son établissement de référence.

Les différents textes de référence en matière de handicap et notamment ceux qui régissent les structures spécialisées dans l'accueil, l'éducation et les soins des enfants et adolescents handicapés sont retracés sous la rubrique « Les textes législatifs et réglementaires » en annexe 1.

I.2. - Contexte démographique, géographique, économique et social

La population de l'Isère au 1^{er} janvier 2002 est de 1 118 531 habitants, représentant 19,77 % de la population régionale (source STATISS 2004).

L'Isère est un département plutôt jeune, les moins de 25 ans représentent 33 % de la population.

Les plus de 60 ans représentent 18 % de la population.

Grenoble et son agglomération regroupent plus du quart (26,15%) de la population du département. Les deux territoires autour de Bourgoin-Jallieu et Vienne (Porte des Alpes et Isère Rhodanienne) regroupent également 26,3% de la population.

territoires	Population globale	Population 0-19 ans	%	Nb de ménages	Nb de naissance/an	‰
Nord Isère	67 580	19 572	28	23 923	906	13
Porte des Alpes	128 593	37 854	29	46 320	1 822	14
Vals du Dauphiné	47 194	12 269	25	17 986	707	14
Isère Rhodanienne	106 628	28 528	26	40 760	1 436	13
Bièvre Valloire	58 423	15 291	26	12 612	671	11
Sud-Grésivaudan Voironnais Chartreuse	134 048	34 764	25	50 959	1 941	14
Haut Grésivaudan	96 519	27 089	28	35 480	1 240	12
Drac- Vercors - Trièves	108 680	28 565	26	41 337	1 449	13
Grenoble	153 426	30 390	19	75 227	2 074	13
Couronne Grenobloise	139 180	35 135	25	53 872	1 636	11
Sud Isère	53 515	13 102	24	21 282	656	12

Le département est constitué d'une zone urbaine grenobloise fortement urbanisée, dans un espace contraint et restreint en raison du relief, ce qui a une conséquence directe sur le foncier en termes de disponibilité et de coût.

Le secteur du Grésivaudan, limitrophe avec la Savoie, connaît un fort essor démographique du fait de l'installation d'activités économiques de pointe.

Le nord du département est constitué par un pôle urbain en fort développement démographique autour des communes de Bourgoin-Jallieu et de la Ville Nouvelle de l'Isle d'Abeau du fait de sa proximité, entre autres, avec le département du Rhône.

L'Isère rhodanienne présente une interactivité forte avec les départements voisins du Rhône, de la Drôme et de l'Ardèche. Les facilités de transport et la proximité de l'agglomération lyonnaise ont été propices à l'installation d'industries lourdes (textiles, chimiques) qui aujourd'hui subissent un déclin.

Les autres secteurs (sud du département, Bièvre-Valloire) sont des territoires plutôt ruraux ou tournés vers les activités touristiques (montagne), ne bénéficiant que de peu d'équipements médico-sociaux.

L'agglomération grenobloise se caractérise par une forte attractivité du fait :

- d'une bonne adaptation de ses infrastructures en termes d'accessibilité aux personnes handicapées,
- de l'existence d'équipements à vocation régionale voire nationale (IME Epileptiques, foyer d'hébergement pour étudiants lourdement handicapés, Centre de Soins pour traumatisés crâniens),

Le domaine du handicap en Isère est essentiellement géré par le secteur associatif (près de 90 %) avec la présence des associations relevant des grandes fédérations nationales (APAJH, APF, OVE, AFIPAEIM, SESAME AUTISME) et un nombre certain d'associations locales de plus faible taille.

Ce secteur est particulièrement dynamique et structuré en particulier autour d'un Office Départemental des Personnes Handicapées de l'Isère (ODPHI) créé en 1982 qui unit l'ensemble des associations et les établissements médico-sociaux publics et constitue de ce fait un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics.

D'où l'émergence et la mise en place de réseaux (informels ou labellisés URCAM) autour de certaines problématiques telles que la prise en charge des traumatisés crâniens, le handicap psychique, la petite enfance.

II - Les données

Le recueil des informations relatif au dispositif de prise en charge des jeunes handicapés dans l'Isère, s'est appuyé sur plusieurs bases de données :

- Le précédent schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées de l'Isère (1999),
- Les données issues du registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP),
- Les données de l'enquête 2001 de la PMI dans les établissements d'accueil de jeunes enfants,
- Les données issues de l'enquête de la direction de jeunesse et sports de l'Isère sur l'accueil en centres de loisirs 2004,
- Les données issues du rapport d'activités de la CDES relatives notamment aux situations insatisfaisantes et au nombre d'enfants accueillis en 2003 et 2004 dans les différentes structures médico-sociales,
- Les données recueillies auprès des centres médico-psychologiques (CMP) de l'Isère,
- Les données issues de l'Education nationale relatives à l'intégration individuelle et collective des élèves,
- Les données issues de la CAF relatives au nombre d'enfants bénéficiaires d'AES, par catégories de compléments,
- Les données issues de l'enquête ES 2001,
- Les données issues de la DRASS « diagnostic et perspectives : enfance handicapée en Rhône-Alpes » - septembre 2003.

II.1. - Accueil en milieu ordinaire

II.1.1. - Accueil en établissements petite enfance

En 2001, 240 enfants handicapés fréquentaient un établissement d'accueil d'enfants de moins de 6 ans.

130 établissements soit 54% d'entre eux réalisaient ces accueils.

On estime que la moitié des enfants handicapés de 2 et 3 ans étaient accueillis dans ces structures.

Les enfants étaient accueillis en moyenne 3 demi-journées par semaine.

36 % (84 enfants) ne sont accueillis que 2 demi-journées.

L'âge moyen des enfants lors de leur intégration était de 21 mois et 4 jours.

Les pathologies présentées par les 240 enfants handicapés accueillis étaient les suivantes :

- 62 % de ces enfants présentaient des troubles mentaux (95 enfants ont une déficience intellectuelle, soit 39,6 % et 54 une déficience psychique, soit 22,5 %)
- 15 % des enfants présentaient une déficience motrice (36 enfants)
- 9,6 % des enfants présentaient un poly ou un pluri-handicap (soit 23 enfants)
- 4,6 % des enfants (soit 11 enfants) présentaient une déficience auditive et 1,3 % (3 enfants) une déficience visuelle
- 0,8 % des enfants (2 enfants) présentaient un trouble du langage
- 6,6 % des enfants (16 enfants) présentaient une malformation viscérale ou une maladie chronique.

La présence de ces enfants avait nécessité des mesures spécifiques :

- 6,2% des établissements ont fait appel à du personnel supplémentaire, en renforçant l'équipe dans les 2/3 des cas et dans 1/3 des cas en embauchant spécifiquement du personnel pour s'occuper de cet enfant
- 20% des établissements qui accueillaient un enfant handicapé ont travaillé avec des professionnels spécialisés qui ont facilité l'intégration des enfants
- 1,2% des établissements ont fait adapter leurs locaux.

Les accueils étaient moins nombreux en zone rurale.

Les refus ont été de l'ordre de 5%.

II.1.2. - Accueil en centres de loisirs

En 2004, 159 centres de loisirs ayant répondu à une enquête (sur 483) accueillaient 182 enfants handicapés tous âges confondus. Les difficultés des enfants, telles que déclarées par les directeurs étaient les suivantes :

Maladie chronique et grave :	12 enfants (7%)
Déficience motrice :	15 (8%)
Déficience intellectuelle :	75 (dont Trisomie 21 : 41) (41%)
Autisme :	18 (10%)
Troubles du comportement :	27 (15%)

Troubles psychiatriques :	9 (5%)
Poly-plurihandicap :	17 (9%)
Déficience visuelle :	2 (1%)
Déficience auditive :	5 (3%)
Troubles graves du langage :	2 (1%)

La majorité des enfants accueillis avait entre 8 et 11 ans.

Cette enquête a permis de mettre en évidence :

- la difficulté, toujours actuelle, d'accueillir en centre de loisirs les enfants handicapés, en particulier les adolescents
- l'importance des réseaux :
Les liens créés entre un centre de loisirs et une structure (IME Ginkobiloba/ centre de loisirs de Vinay) ou une association (ARIST/GUC, AFIPAEM/ACLG) favorisent l'accueil, non seulement des enfants et des jeunes de ces centres ou associations, mais de tous les jeunes porteurs de handicap. Cela s'explique probablement par le fait que la plupart des parents d'enfants porteurs de handicap arrivent aux centres de loisirs parce que le bouche à oreille fonctionne bien, même si certains centres commencent à inscrire sur leurs plaquettes de présentation cette particularité.
- les représentations à l'œuvre : la première idée est le plus souvent celle de l'accueil d'un enfant handicapé moteur.
- le fait que la plupart des centres accueillant des enfants handicapés le font « naturellement » c'est à dire avec les moyens existants.

Cette enquête a également permis de donner des pistes de progrès telles que :

- la nécessité d'informer les familles sur les possibilités d'accueil,
- une plus grande souplesse des centres par rapport au lieu de résidence de l'enfant,
- une personne ou un centre ressource permettant un soutien des professionnels.

II.1.3. - Scolarisation

« La scolarisation est un droit et l'accueil scolaire est un devoir » (circulaire conjointe des ministères de L'Education nationale et de la Solidarité – avril 1999).

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances institue le droit à la scolarisation pour tout enfant ou adolescent avec inscription dans l'école la plus proche de son domicile et qui devient école de référence pour la mise en œuvre des modalités d'accompagnement (médical, social, rééducation...) en fonction des besoins spécifiques ;

Le terme de scolarisation se substitue à celui d'intégration scolaire ; pour plus de commodités, les statistiques utilisées feront encore référence à l'intégration (soit individuelle, soit collective).

- Intégrations individuelles

Au début du précédent schéma, en 1999, 650 enfants handicapés étaient intégrés en milieu scolaire.

A la rentrée 2002/2003 (fin du schéma) 807 enfants bénéficiaient d'une intégration individuelle en école maternelle et élémentaire, (soit un ratio de 11,12 pour mille enfants de 5 à 9 ans). 8 adolescents

bénéficiaient d'une intégration individuelle au lycée, soit un ratio de 0,10 pour mille adolescents de 15 à 19 ans.

A la rentrée 2004-2005, 899 enfants ont bénéficié d'une intégration individuelle (390 en maternelle et 509 en classe élémentaire), 90 % bénéficiant d'un projet éducatif individualisé et d'un suivi, 22 % bénéficiaient d'une auxiliaire de vie scolaire (180 enfants).

Pour l'année scolaire 2005-2006 le nombre d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) est de 95,5 et 63,5 postes de chargés des fonctions d'aide à l'accueil et à la scolarisation des élèves handicapés (ASEH) ont été créés.

- Intégrations collectives

Les dispositifs collectifs d'intégration comportent les classes d'intégration scolaire (CLIS) dans le premier degré et les unités pédagogiques d'intégration (UPI) dans le second degré.

? Dans le premier degré :

Une CLIS (classe d'intégration scolaire) accueille au maximum 12 enfants reconnus handicapés par la CDES, pour leur dispenser un enseignement adapté à leur âge, leurs capacités, la nature et l'importance de leur handicap.

L'Isère disposait, pour l'année scolaire 2002/2003, de 50 CLIS accueillant 565 élèves.

41 CLIS 1 (handicap mental) accueillant 486 élèves

7 CLIS 2 (handicap auditif) accueillant 60 élèves

2 CLIS 3 (handicap visuel) accueillant 19 élèves

A la rentrée de 2005, le nombre de CLIS en Isère est de 52.

Cette intégration est rendue possible par la présence d'auxiliaires de vie scolaire à titre collectif (AVS, co) aux côtés des enseignants ; à la rentrée de 2005, il existe 30 emplois d'AVS.co.

En outre, sur Grenoble, il existe un établissement public communal composé de 4 classes, accueillant 29 élèves (centre de rééducation motrice Paul Cocat) dont la transformation en établissement médico-social est en cours d'étude (voir chapitre sur handicap moteur).

? Dans le second degré :

Le nombre de jeunes handicapés en situation d'intégration scolaire s'amenuise au fur et à mesure de leur avancée en âge.

Les unités pédagogiques d'intégration (UPI) accueillent au maximum 10 élèves âgés de 11 à 16 ans, qui ne peuvent être intégrés dans une classe ordinaire, sans pour autant nécessiter l'admission dans un établissement médico-social d'éducation spéciale.

Il existait au 01/01/2004, 5 UPI sur le département ; deux nouvelles UPI ont été créées à la rentrée 2005, portant ainsi le total à 7.

Durant l'année scolaire 2002/2003, le nombre d'élèves intégrés dans les établissements publics et privés, collèges et lycées, outre les UPI, s'élevait à 545 ; ces derniers étaient accueillis dans 82 établissements.

Pour ces 545 jeunes, les déficiences présentées étaient les suivantes :

• Déficience intellectuelle ou mentale	18,72 %
• Déficience du langage et de la parole	22,75 %
• Déficience motrice	15,60 %
• Déficience viscérale métabolique	8,62 %
• Déficience auditive	12,48 %
• Déficience visuelle	3,49 %
• Autre	18,35 %

En 2003-2004, le nombre de jeunes handicapés intégrés dans les lycées et collèges publics et privés était de 678 (dont 48 en UPI): 670 à temps plein et 8 à temps partiel; le nombre d'établissements concernés était de 93.

La répartition entre les différentes catégories de handicaps fait apparaître une nette augmentation pour la déficience du langage et de la parole (32,3% au lieu de 22,75% l'année précédente), ceci du fait d'un meilleur dépistage :

• Déficience intellectuelle ou mentale	16,67 %
• Déficience du langage et de la parole	32,30 %
• Déficience motrice	13,57 %
• Déficience viscérale métabolique	11,80 %
• Déficience auditive	10,32 %
• Déficience visuelle	3,39 %
• Autre	11,95 %

- Intégration universitaire

L'intégration des étudiants handicapés est exclusivement individuelle, car il n'existe pas de dispositif collectif. Le département de l'Isère dispose, depuis l'année scolaire 2003/2004, de 2 postes d'auxiliaires de vie universitaires.

Les universités de Grenoble sont une référence nationale pour l'intégration des handicapés.

Le Service d'Accueil Universitaire des personnes Handicapées (SAUH) a une convention avec les universités de Grenoble depuis maintenant 20 ans. Pour l'année 2002-2003, 144 étudiants ont été pris en charge par le SAUH : accueil, orientation, organisation de la scolarité, mise en place de l'accompagnement humain (prise de notes, tutorat, soutien pédagogique, ...), matériel et technique spécifique, insertion professionnelle, accessibilité.

Un foyer universitaire «Prélude » permet d'accueillir 20 étudiants «dépendants ». Cet accompagnement se réalise avec la collaboration du Centre de Santé Inter-Universitaire (CSU) aussi bien pour définir les adaptations nécessaires qu'assurer les besoins en conseils et soins.

La clinique Georges Dumas accueille des étudiants souffrant de pathologies mentales.

En dehors des étudiants pris en charge par les structures citées ci-dessus, des étudiants présentant différents types de handicaps (troubles d'apprentissages, dyslexies, pathologies mentales, épilepsie, maladies chroniques,) sont accompagnés et suivis par le CSU; le SMPU (Service Médico- Psychologique Universitaire) suit des étudiants en souffrance psychique et présentant des pathologies mentales. Durant l'année 2003-2004, le Centre de santé universitaire a reçu 310 étudiants pour des adaptations aux examens (1/3 temps, secrétaires, évaluations à l'oral).

A la rentrée 2004-2005, les présidents des quatre universités ont mis en place une commission chargée de faire des propositions en vue de faire évoluer l'accompagnement des étudiants handicapés. Les objectifs visent à élargir la définition du handicap pour accompagner plus d'étudiants à « besoins particuliers » (pathologies mentales, dyslexies, maladies chroniques, ...), de renforcer l'approche globale, de donner à chaque université la responsabilité pédagogique par la mise en place des adaptations pédagogiques, par l'amélioration de la coordination des services.

- Intégration dans le dispositif d'apprentissage

Le dispositif de formation professionnelle est peu utilisé au profit des jeunes handicapés. Des intégrations en Centre de Formation à l'Apprentissage (CFA) peuvent avoir lieu à l'issue d'une prise en charge en IMPRO. En Isère, il existe également un dispositif expérimental porté par l'AFIPAEIM, intitulé service de formation professionnelle adaptée (SFPA) accueillant 24 adolescents et jeunes adultes handicapés (16-25 ans), présentant une déficience intellectuelle moyenne. Ce service est organisé en modules de 3 ans, une année de préapprentissage, deux ans en contrat d'apprentissage.

II.2. - Accueil en milieu spécifique

Equipement médico-social : situation et évolution au cours du précédent schéma.

L'enquête "Education Spéciale" 2001 ainsi que l'étude réalisée par la DRASS en 2003/2004 mettaient en exergue le faible taux d'équipement du département de l'Isère en ce qui concerne les structures médico-sociales d'accueil d'enfants handicapés.

Le tableau joint en annexe retrace l'évolution des capacités d'accueil entre 1999 et 2005.

En 2005, le département de l'Isère compte 2514 places ou lits installés pour enfants handicapés répartis dans 35 établissements, 20 SESSAD et 3 CAMSP (voir cartographie annexe 3).

Les 35 établissements représentent 1806 places dont 1033 en semi internat ou externat (57,2 %).

Au cours du précédent schéma, l'évolution des capacités d'accueil a surtout concerné les SESSAD dont le nombre de places a augmenté de 51 % entre 1999 et 2003.

Ce fort accroissement de l'offre en places de SESSAD au cours des dernières années correspond à une demande forte permettant une prise en charge dans le secteur médico-social qui favorise l'intégration en milieu ordinaire et le maintien des liens familiaux; la capacité actuelle fin 2005 (557) est le double de ce qu'elle était en 1999 (239).

Les places en Instituts d'éducation motrice sont restées stables (138).

Les places en ITEP ont peu varié (très légère baisse de 315 à 309).

Les places en établissements pour enfants déficients intellectuels moyens et profonds sont également restées stables (481 en 1999 ; 488 en 2005).

Les capacités des établissements pour déficients intellectuels légers ont connu une diminution de 6 %. Parallèlement, les établissements ou sections d'établissements pour enfants polyhandicapés et pour enfants autistes ont connu un accroissement dans le cadre des programmes nationaux (+ 40 % pour les premiers et + 37 % pour les seconds).

Les services ambulatoires pour enfants traumatisés crâniens inexistants au début du schéma, comptent 21 places depuis 2002.

Malgré ces créations nouvelles, le département présente globalement un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2004 et au 1^{er} janvier 2005
(pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans)

Etablissements	ISERE		REGION	
	2004	2005	2004	2005
Etablissements pour déficients intellectuels	3,91	3,95	4,00	4,03
Etablissements pour polyhandicapés	0,6	0,65	0,5	0,57
Instituts de rééducation (ITEP)	1,06	1,06	1,29	1,29
Etablissements pour déficients moteurs	0,46	0,46	0,44	0,43
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile	1,20	1,80	1,45	1,94
Dont établissements et services pour enfants autistes	0,36		0,24	
TOTAL	7,23	7,92	8,10	8,26
CAMSP	1,47		3,56	

A noter cependant que sur certains handicaps (moteur, polyhandicap et autisme), le taux d'équipement de l'Isère est légèrement supérieur à la moyenne régionale.

Un certain nombre de décalages entre l'effectif agréé et l'effectif accueilli, lorsqu'ils n'étaient pas conjoncturels mais structurels (dépassement de capacité), ont été corrigés en 2004 et en 2005, avec régularisation de l'agrément après passage devant le CROSMS et dans certains cas rebasage budgétaire. De façon générale il n'y a pas d'établissement connaissant une sous-occupation.

Les plus de 20 ans maintenus en IME au titre de l'amendement CRETON sont au nombre de 122 à la rentrée 2005.

Du point de vue des modes de prise en charge, il existe des structures qui disposent de toute la palette (internat, semi-internat, SESSAD, voire service d'accueil familial), d'autres d'une partie, d'autres encore mais plus rare, d'un agrément unique.

Les agréments prévoient une mixité quasi-systématique, à l'exception d'un IMPRO qui accueille exclusivement des filles, et d'un institut de rééducation qui accueille exclusivement des garçons.

Au plan architectural la qualité de l'accueil est dans beaucoup d'établissements insuffisante, notamment pour les internats (problèmes d'accessibilité, de sécurité, inadaptation à des situations de handicap lourd) ; même si un diagnostic exhaustif n'a pas été réalisé, il faut bien admettre que presque tous les internats ont à programmer des travaux de mise en conformité ou tout au moins de mise en sécurité ; parmi les semi-internats, un IME pour enfants polyhandicapés sur Grenoble et l'IME du Nord Isère, pour ne citer que les plus prioritaires, doivent être complètement reconstruits ou restructurés.

Les problèmes particuliers du département peuvent être résumés ainsi :

- insuffisance de l'offre en matière de dépistage et de prise en charge précoce,
- faiblesse des équipements en SESSAD qui ne permettent pas d'accompagner en temps réel les créations de structures spécialisées de l'Education Nationale (CLIS et UPI),
- problématique des enfants maintenus au titre de l'amendement « Creton » : 122 jeunes en début d'année 2005,
- faiblesse de la réponse sur la diversité des modalités d'accueil : manque de structures en capacité d'accueillir 365 j/365j les jeunes lourdement handicapés et nécessité de réponses en termes d'accueil temporaire et d'accueil en semi-internat,
- grandes difficultés des établissements sur la question de l'organisation des transports et du coût engendré par ceux-ci (constants dépassements budgétaires),
- restructurations importantes à envisager compte tenu de l'inadéquation des locaux (bâtiments anciens et non adaptés) et des avis défavorables des commissions de sécurité.

ORIENTATIONS ET ACTIONS

Au vu du bilan du précédent schéma et de l'analyse de l'offre et des conclusions des différents groupes de travail, le présent schéma s'articule autour de cinq axes dans le but de satisfaire un objectif général : offrir à l'enfant handicapé une égalité des chances et d'accès aux droits.

I -Objectif 1

Favoriser la vie sociale des enfants

Le premier schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes handicapées avait eu pour principal objectif de favoriser l'intégration scolaire. La scolarisation des enfants handicapés doit se poursuivre et se développer, mais il convient aujourd'hui d'élargir l'accueil de ces enfants à l'ensemble des lieux de vie habituels de l'enfant. Tous doivent pouvoir bénéficier d'une vie sociale de proximité.

Favoriser la vie sociale de ces enfants est indispensable pour eux mêmes mais l'est aussi pour les autres enfants afin de les éduquer à la différence et les enrichir au contact d'une réalité plurielle.

I.1. Elargir ce champ à l'ensemble des lieux de vie de l'enfant : l'accueil préscolaire, les loisirs, la culture, les sports, afin de favoriser la vie sociale des enfants.

- L'accès aux structures collectives de la petite enfance (crèches, halte-garderies) est plus facile que l'accès à l'école. L'enjeu des apprentissages dits fondamentaux est ici secondaire, l'accueil étant centré sur la socialisation de l'enfant et l'apprentissage de la vie en collectivité. Mais la bonne volonté des professionnels de la petite enfance ne suffit pas, des formations et une aide professionnelle doivent être envisagées.

- De la même façon les assistantes maternelles doivent être incitées à l'accueil de ces enfants et à acquérir les compétences nécessaires. Dans le cadre de la modification des modalités de formation des assistantes maternelles liée à la loi du 27 juin 2005, le Conseil général de l'Isère renforcera cet aspect.

- La participation des enfants handicapés aux activités de loisirs, sportives et culturelles n'est pas assez développée. Les collectivités territoriales doivent promouvoir et soutenir des actions favorisant une meilleure intégration sociale dans ces secteurs.

- Un effort important doit être fait lors des temps périscolaires (activités pré et post scolaires, cantines) qui sont encore des lieux mal adaptés à l'accueil de ces enfants.

- Une attention particulière doit être apportée aux transports vers les lieux de scolarisation afin qu'ils n'entraînent pas pour ces enfants et leur famille une charge et une fatigue supplémentaires, parfois peu supportables.

I.2. Affirmer que l'accès à la scolarisation reste fondamental et poursuivre les efforts du précédent schéma.

L'école a deux rôles principaux. Elle est le lieu des apprentissages dits fondamentaux et de l'apprentissage de la vie sociale. Elle permet donc aux enfants handicapés, comme à tous les enfants, l'apprentissage et l'accès à une vie sociale faite de la rencontre avec les autres enfants du quartier, de la commune. La scolarisation des enfants dans l'école de leur quartier doit être facilitée en renforçant les dispositifs individuels et collectifs.

Il est nécessaire de poursuivre la scolarisation des jeunes handicapés dans la filière générale mais aussi dans celle de l'apprentissage.

Un effort important doit être fait pour rendre les collèges accessibles .

I.3. Etablir et encourager les complémentarités de tous ces cadres d'accueil entre eux et avec les dispositifs médico-sociaux.

Permettre des échanges réguliers entre le secteur médico-social et le milieu ordinaire (structures petite enfance, écoles ou apprentissage).

En 2003, une soixantaine d'actions d'intégration individuelle et collective ont été menées par les IME et les IMPro dans le cadre d'activités sportives et culturelles, ainsi que 27 intégrations scolaires individuelles et 52 intégrations professionnelles.

I.4. Accompagner et observer l'accès à la vie sociale

Dans le cadre de la maison départementale du handicap le schéma prévoit de :

- promouvoir et favoriser la vie sociale des enfants,
- accompagner l'accès à l'ensemble des lieux de vie de l'enfant,
- soutenir et guider les professionnels lors de ces accueils,
- observer le développement de la vie sociale des enfants handicapés par une évaluation quantitative et qualitative (en termes de statistiques et d'expériences),
- élaborer des propositions permettant l'amélioration de la problématique.

Objectif 1 : fiche actions 1a

Favoriser la vie sociale des enfants

Constats

Le précédent schéma s'est attaché à favoriser l'intégration scolaire. Pour ce schéma six actions sont à retenir pour favoriser la vie sociale des enfants

Action n° 1 Améliorer l'accueil dans le secteur de la petite enfance

- Incitation à des formations spécifiques pour le personnel des crèches et halte garderies
 - Obligation pour les projets d'établissements de comprendre un volet sur l'accueil de ces enfants pour être validés.
 - Organisation de formations pour les assistantes maternelles et familiales
 - Mise en place des référents territoriaux du handicap dans les équipes territoriales de PMI :
- Sur chaque territoire d'action sociale un médecin et une puéricultrice de PMI seront chargés d'accompagner les professionnels des structures d'accueil de la petite enfance lors de l'accueil d'enfants handicapés.

Acteurs : Département, CAF, gestionnaires de structures petite enfance.

Evaluation des objectifs : formations organisées, ratio de nouveaux projets d'établissement incluant un volet sur l'accueil des enfants handicapés, activité des référents.

Action n° 2 : Scolariser les enfants en milieu ordinaire

- La création de classes spécialisées sera poursuivie : classes d'intégration scolaire (notamment une CLIS pour enfants handicapés moteurs) et unités pédagogiques d'intégration (programmation d'UPI à pont de Chérucy, en Isère rhodanienne, dans le Grésivaudan et à St Marcellin, UPI pour enfants sourds sur agglomération grenobloise) :
- Un état des besoins en auxiliaire de vie sociale sera effectué en vue d'une planification des moyens.
- La création de dispositifs d'intégration collective en école maternelle et de dispositifs prenant la suite d'une Unité Pédagogique d'Insertion (UPI) sera étudiée.
- L'accessibilité des collègues sera renforcée (voir fiche action 1b « accessibilité des collègues » page 19)

Acteurs : Education nationale, MDPH.

Evaluation des objectifs : nombres de dispositifs, nombre AVS créé sur nombre d'AVS.

Action 3 : Renforcer l'accueil des enfants dans le domaine des sports, loisirs et culture

- Formation des encadrants de centres de loisirs et de vacances, des enseignants sportifs (voir DEJ pour convention avec le club sportifs)
- Elaboration au niveau communal et départemental de chartes d'accueil concernant les enfants handicapés,
- Vérification lors de leurs visites par les inspecteurs jeunesse et sport que les projets éducatifs des centres de loisirs et de vacances prennent en compte l'accès à tous,
- Financements spécifiques pour l'accueil de ces enfants,
- Effort sur les temps périscolaires (activités pré et post scolaires, cantines) : les associations ou les communes qui organisent les accueils périscolaires bénéficieront d'un soutien méthodologique de la part des référents PMI des territoires sur le handicap de l'enfant. Les temps périscolaires des collèges peuvent prétendre à une aide financière du département

Acteurs : CAF, Jeunesse et Sports, Département, communes.

Evaluation des objectifs : contenu des formations et nombre organisés, financements spécifiques mis en place Mise en place d'un contrôle opérant de projet d'établissement.

Action n° 4 : Améliorer les transports

Le département finance le transport pour favoriser l'accès à la scolarité en milieu ordinaire et développe le projet d'une centrale de réservation.

Acteur : Département

Evaluation des objectifs : mise en place

Action n° 5 : Etablir et encourager les complémentarités

- Permettre des échanges réguliers entre le secteur médico-social, l'école et le milieu de vie habituel des enfants.

A cette fin développer pour les enfants fréquentant les établissements médico-sociaux la participation à des activités extra scolaires sportives, culturelles, en centres de loisirs avec les enfants fréquentant le milieu dit ordinaire, et à l'inverse favoriser l'ouverture des établissements, pour certaines activités, aux enfants de la commune ou du quartier.

Acteurs : DASS, Communes, associations et établissements gestionnaires, Jeunesse et Sports.

Evaluation des objectifs : nombre d'activités.

Action n°6 : Accompagner et observer la vie sociale des enfants

En lien avec la maison départementale du handicap identifier au niveau départemental et dans chaque territoire un coordonnateur chargé de :

- promouvoir et favoriser la vie sociale des enfants,
- accompagner les accueils en structures petite enfance, chez les assistantes maternelles, dans les centres de loisirs, dans les activités sportives et culturelles,
- soutenir et guider les professionnels lors de ces accueils,
- observer le développement de la vie sociale des enfants handicapés par l'évaluation quantitative et qualitative (en termes de statistiques et d'expériences) et par le suivi des expériences innovantes,
- élaborer des propositions permettant l'amélioration de la problématique.

Il s'appuiera sur les compétences des services et établissements médico- sociaux du territoire

Acteurs : Département, CAF, Jeunesse et sports, structures petite enfance, relais assistantes maternelles

Evaluation des objectifs : mise en œuvre sur chaque territoire, données statistiques.

Objectif 1 : fiche actions 1b

Accessibilité des collèges

L'évolution

L'accueil d'élèves handicapés dans les collèges connaît un net développement. Il est organisé de façon individuelle ou collective (UPI). L'effectif de l'accueil individualisé n'est à ce jour pas connu mais, une démarche d'évaluation est engagée pour l'année en cours. En 2005, on dénombre dans les collèges isérois 9 UPI de 10 à 12 élèves au plus. De nouvelles UPI sont à prévoir en 2006/2007.

Les constats

Accessibilité des collèges : 54 collèges sont accessibles et 39 collèges sont actuellement réputés non accessibles. Parmi les 39 collèges non accessibles, 25 collèges font l'objet de projets de reconstruction ou de restructuration complète.

Il est difficile d'assurer la sécurité des personnes handicapées lorsqu'elles utilisent des locaux situés en étage (le règlement de sécurité définit des seuils de fréquentation, mise en place de protocoles d'évacuation personnalisés, entraide nécessaire).

Action n° 1

Mise en conformité progressive des collèges.

Moyens : Evaluation de l'accessibilité des collèges.

Evaluation : Tableau de bord de l'évaluation de l'accessibilité des collèges.

Action n° 2

Projet de cahier des charges départemental concernant l'adaptabilité des locaux à plusieurs handicaps.

Moyens : Elaboration d'un cahier des charges concernant l'adaptabilité des locaux.

Action n° 3

Mise en place d'une culture du handicap. Formation des personnels.

Moyens : Formation des chargés d'opérations et chefs de service.

Evaluation : Nombre de formations suivies.

Action n° 4

Favoriser les rapprochements entre les différents interlocuteurs du handicap (transport, collèges, future maison départementale des personnes handicapées).

Moyens : Mise en place d'un comité de pilotage réunissant les partenaires concernés.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/Direction de l'éducation et de la jeunesse en lien avec DT, DEF, DSA, Territoires.

MDPHI

Principaux partenaires

Collèges

II. Objectif 2

Travailler à une approche globale de l'enfant

L'enfant en situation de handicap est avant tout un enfant. Comme tout enfant, il doit être considéré comme une personne unique et en développement. Le réduire à sa seule situation de handicap l'expose à de grandes difficultés. L'ensemble des problèmes qui se pose à lui et à sa famille, son parcours de vie doivent être pris en compte de façon coordonnée.

A cette fin il est utile de :

II.1. Veiller aux articulations entre les champs sanitaire, social, judiciaire et médico-social **et à la cohérence de la politique départementale entre le Département et l'Etat.**

En particulier les enfants souffrant de troubles du comportement isolés ou associés à un autre type de handicap doivent pouvoir bénéficier d'une approche coordonnée. Les responsables de structures sont de plus en plus confrontés à des enfants ou des jeunes gens ayant ce type de profil. Il est nécessaire d'établir une cohérence et des liens entre les différents secteurs concernés par leur prise en charge : social, sanitaire, médico-social et judiciaire (voir chapitre « milieu spécifique »).

II.2. Permettre le meilleur choix pour l'enfant dans le cadre d'un projet de vie sans cesse adapté afin qu'il puisse mettre à profit ce qu'on lui propose. Les parcours doivent être diversifiés et évolutifs. La création de liens entre milieu ordinaire et milieu spécialisé, l'incitation aux projets expérimentaux permettront l'atténuation des risques de ruptures ou de discontinuités dans le parcours des enfants notamment lors de passages d'un mode d'accueil à l'autre.

II.3. Finaliser, adopter et mettre en œuvre la charte d'accueil des enfants handicapés

Cette charte élaborée dans le cadre des travaux préparatoires du schéma vise à garantir la dignité et la citoyenneté des enfants et adolescents handicapés.

Elle s'adresse à tous les professionnels ayant en charge des enfants handicapés.

Elle souligne les droits de l'enfant handicapé et la place à donner aux familles. Elle propose que tous les professionnels bénéficient de formation initiale et continue sur le handicap, vecteur principal d'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'enfant et de sa famille.

II.4 Prendre en compte l'ensemble de la santé de l'enfant.

Cette approche globale est indispensable elle permet de prévenir autant que faire ce peut les troubles ou handicaps surajoutés. Elle nécessite à tous les âges la prise en charge de l'enfant par une équipe pluridisciplinaire ou par des acteurs travaillant en réseau.

Objectif 2 : fiche actions 2

Travailler à une approche globale de l'enfant

Les constats

Dans le respect de sa dignité, l'enfant handicapé doit pouvoir bénéficier d'un projet de vie adapté, cohérent, continu et évolutif.

Or, de nombreuses discontinuités existent, des seuils de passage d'un mode d'accueil à l'autre, d'un secteur à l'autre, des interruptions de prise en charge, des pertes de données etc.

Pour réaliser cet objectif les partenaires doivent se mobiliser en veillant à la cohérence et à la complémentarité de leurs actions.

Les actions

Action n°1 : Mettre en œuvre une coordination inter institutionnelle dans le cadre de la maison départementale des personnes handicapées.

Mise en place d'instances et de procédures de coordination au niveau départemental qui assureront en lien avec la commission exécutive de la MDPH :

- les articulations entre les champs sanitaire, social, judiciaire et médico-social,
- la cohérence de la politique départementale.

Acteurs : Le Département (direction de l'enfance et de la famille, direction des collèges), l'Etat (DDASS, Education nationale), service de psychiatrie infanto-juvénile.

Evaluation des objectifs : mise en place de procédures de coordination.

Action n° 2 : Décloisonner les filières, diversifier les parcours et atténuer les risques de ruptures

En favorisant les liens entre les établissements médico-sociaux et la psychiatrie, entre les champs social et sanitaire, le social et le judiciaire

- par l'incitation à la mise à disposition des plateaux techniques ou des équipes du milieu spécialisé vers le milieu ordinaire, aux échanges entre établissements par une meilleure connaissance mutuelle :
 - * Protocoles entre établissements médico-sociaux d'un territoire et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour accompagner les sorties du sanitaire, prévenir les crises, permettre des accueils ponctuels, répondre à l'urgence, partager des connaissances.
 - * Définition du rôle de chaque partenaire et la place du psychiatre en établissement médico-social
- par une adaptation, dans la mesure du possible, des règles administratives aux situations complexes,
- par l'incitation aux projets expérimentaux.

Acteurs : Etablissements médico-sociaux, secteurs psychiatriques, DDASS, Département.

Evaluation des objectifs : création de fiches de présentation évaluation : nombre de conventions signées, de réunions de concertations, diminution du nombre de situations sans réponses adaptées.

Action n°3 : Finaliser, adopter et mettre en œuvre la charte d'accueil des enfants handicapés

Elle a pour objet de les reconnaître d'abord comme enfant, d'affirmer leur droit à la citoyenneté et à la dignité et d'améliorer la qualité de leur accueil dans tous leurs milieux de vie.

Acteurs : DDASS, Département, Communes, Associations.

II – Objectif 3

Affirmer la place des parents et les accompagner

Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant, il convient de respecter ce rôle, éventuellement de les accompagner et de les aider. Afin d'atteindre cet objectif il est nécessaire de :

III.1. Améliorer la communication et l'information des parents

Les familles doivent pouvoir trouver l'information dont elles ont besoin et quand elles en ont besoin. Une information active, accompagnée et de proximité doit être développée dès l'annonce du handicap. Cette mission est une des missions de la MDPH mais doit aussi être portée par l'ensemble des acteurs. En particulier les informations sur la commission des droits et de l'autonomie et sur les caractéristiques de chaque établissement sont attendues par les familles.

III.2. Favoriser le rôle des parents, les accompagner à chaque étape du projet de vie de leur enfant et les aider

Les parents sont le « fil conducteur » du parcours de l'enfant, il faut qu'ils soient au cœur des décisions d'orientation. Le projet individualisé de l'enfant doit être réalisé en concertation avec l'enfant, sa famille et les professionnels. La famille doit pouvoir élaborer son choix en connaissance de cause, donc avoir accès à toutes les informations nécessaires.

Il est nécessaire de proposer un accompagnement des parents lors de l'annonce, puis lors des différentes étapes de développement de l'enfant. Il faut être particulièrement vigilant lors des périodes dites de rupture (changement d'établissement, d'orientation...).

Le développement des lieux d'écoute parentale doit être poursuivi, en particulier pour les parents d'enfants adolescents. Les familles d'enfants handicapés doivent y être accueillies en tenant compte de leur spécificité.

Les projets d'établissements doivent prendre en compte le plus possible les besoins exprimés par les parents et la participation de ceux-ci aux conseils de la vie sociale doit être effective.

III.3. Permettre aux parents de disposer de temps de répit

La souffrance et la fatigue parentales doivent être prises en compte et les moyens favorisant des temps de répit mis en œuvre.

Ce répit peut être accordé par le développement de formules d'aide à domicile (pour une soirée ou une journée) mais également par la création de places d'accueil temporaire en établissement.

La circulaire du 12 mai 2005 indique les différentes formes que peut prendre l'accueil temporaire prévu par le code de l'action sociale et des familles et ses modalités de mise en œuvre.

Cette formule doit permettre, entre autres, d'apporter de l'aide aux « aidants », de constituer une modalité d'essai ou d'expérimentation dans l'accompagnement de la personne ou une articulation entre deux projets d'accompagnement et enfin de répondre à certaines situations d'urgence.

Les établissements seront invités à développer ce type de service, ce qui suppose un travail en complémentarité et une organisation en réseau.

Objectif 3 : fiche actions 3

Affirmer la place des parents et les accompagner

Les constats

Les parents sont garants de la continuité du parcours de leur enfant. Il est impératif qu'ils soient au cœur des décisions le concernant. Ils ont éventuellement besoin d'être accompagnés et soutenus. Trop souvent encore des parents mal informés, mal accompagnés et souvent épuisés ne sont pas pris en considération.

Les actions

Action n°1 : Améliorer la communication et l'information des parents

Cette mission de la MDPH doit être développée dans tout le département et portée par l'ensemble des acteurs

- Mettre en place de points d'information territorialisés,
- Encourager des campagnes d'information en partenariat (médecins et Education nationale par exemple)
- Elaborer et diffuser une plaquette sur le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et des plaquettes de présentation des établissements.

Acteurs : MDPH

Evaluation des objectifs : réalisation plaquette, nombre de campagnes

Action n° 2 : Favoriser le rôle des parents et les accompagner à chaque étape du projet de vie de leur enfant et les aider.

Le projet individualisé de l'enfant doit être réalisé en concertation avec l'enfant, sa famille et les professionnels.

- Proposer un accompagnement des parents lors de l'annonce du handicap, puis lors des différentes étapes de développement de l'enfant.
- Poursuivre le développement des lieux d'écoute parentale en particulier à l'âge de l'adolescence.
- Promouvoir la place des parents lors de l'examen des situations par la Commission des droits et de l'autonomie,
- Favoriser la participation des parents aux conseils de la vie sociale des établissements.

Acteurs : la MDPH, services départementaux, CAMSP, établissements d'accueil d'enfants handicapés

Evaluation des objectifs : nombre de parents reçus par la commission, nombre d'actions spécifiques, taux de participation des parents au conseil de la vie sociale.

Action n°3 : Permettre aux parents de disposer de temps de répit

La souffrance et la fatigue parentales doivent être prises en compte et les moyens favorisant des temps de répit mis en oeuvre:

- en poursuivant le soutien financier du département aux associations ayant cet objectif,
- en organisant les horaires des établissements médico-sociaux,
- en développant l'accueil temporaire.

Acteurs : Département, DDASS, associations et établissements gestionnaires.

Evaluation des objectifs : nombre de conventions signées avec les associations créations de structures d'accueil temporaire ; nombre de places créées.

IV - Objectif 4

Favoriser le dépistage et la prise en charge précoce

Le dépistage nécessite d'être le plus précoce possible afin de proposer une prise en charge rapide et adaptée et afin de limiter les risques ou l'importance des handicaps secondaires. Il faut aussi, dès cette étape, veiller à une prise en charge coordonnée et à l'accompagnement des familles.

En ce qui concerne plus particulièrement l'autisme, avec le Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme (CADIPA), son diagnostic s'est trouvé amélioré en Isère. Mais il est nécessaire d'avoir systématiquement un relais pour accompagner les familles et assurer une prise en charge précoce (les hôpitaux de jour ne répondent que partiellement à la demande).

IV.1. Développer les CAMSP et les centres spécialisés et mieux les répartir sur le département.

La création de CAMSP est à promouvoir pour couvrir harmonieusement les différents secteurs géographiques afin d'apporter une réponse de proximité, bien qu'il ne soit pas nécessaire d'avoir un CAMSP par territoire.

Les CAMSP doivent être polyvalents, notamment afin de poursuivre et améliorer le dépistage précoce des enfants autistes et leur assurer une prise en charge de qualité.

Il convient également de développer dans les CAMSP la prévention des handicaps secondaires et surajoutés.

Il n'existe pas actuellement de centre de dépistage précoce de la déficience auditive. Un dépistage systématique néo-natal est envisagé à la maternité du CHU de Grenoble. Il est pratiqué pour les enfants « à risque » dans les autres maternités. 50% des surdités de l'enfant ne sont pas dépistées précocement. Le CHU assure le diagnostic et la prise en charge des enfants dépistés domiciliés dans le sud du département. L'établissement d'un diagnostic fiable suppose la présence d'une équipe médicale pluridisciplinaire.

Un centre de diagnostic des troubles du langage et des apprentissages scolaires s'est ouvert en 2001 au sein du service de pédiatrie du CHU.

Une antenne de ce centre se trouve à l'INJS de Cognin et fonctionne en partenariat avec l'Education nationale, les CH de Chambéry et de Bassens, par mise à disposition de personnels.

Il s'agirait, en Isère, de développer ce type d'antenne, au moins dans le nord du département, pour permettre un dépistage précoce des enfants et adapter ainsi la prise en charge.

IV.2. Assurer les bilans de santé à 3-4 ans en école maternelle.

Dans le cadre de la politique de santé publique de PMI menée par le Département tous les enfants isérois scolarisés en petite section de maternelle doivent pouvoir bénéficier d'un dépistage des troubles sensoriels, langagiers et d'un bilan du développement psychomoteur.

Les anomalies dépistées doivent permettre un diagnostic précoce.

Il sera aussi nécessaire de s'assurer de l'effectivité de la prise en charge de ces dernières.

IV.3. Favoriser le travail de dépistage précoce dans le cadre des réseaux périnataux

Le Département doit devenir un membre à part entière des réseaux de soins périnataux déjà formalisés : réseau Alpes Isère et réseau Aurore. Dans ce cadre il sera soucieux de soutenir les actions de dépistage et de suivi des enfants à risque.

Il doit impulser et soutenir les réseaux de partenaires du champ de la périnatalité.

IV.4. Soutenir des réseaux de soins pour enfants handicapés.

Le Département veillera à ce qu'un des objectifs des réseaux qu'il soutient financièrement soit le dépistage et la prise en charge précoce.

IV.5. Mettre en place dans chaque territoire des professionnels de PMI référents.

Ils assureront le soutien des professionnels PMI et des professionnels des structures "petite enfance" afin de favoriser la vie sociale des enfants handicapés.

Objectif 4 : fiche actions 4

Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce

Les constats

Le dépistage nécessite d'être le plus précoce possible afin de proposer une prise en charge rapide et adaptée. Celle-ci limite les risques ou l'importance de handicaps secondaires. Il faut aussi, dès cette étape, veiller à une prise en charge coordonnée et à l'accompagnement des familles.

Les actions

Action 1 : Favoriser le dépistage et la prise en charge très précoce dans le cadre des réseaux périnataux

Veiller à introduire et à mettre en œuvre ces objectifs dans les conventions de réseaux.

Acteurs : Département, établissements hospitaliers, ARH, DDASS, URCAM, professionnels.

Evaluation des objectifs : nombre d'actions réalisées

Action 2 : Développer les bilans de santé à l'école maternelle

- Mettre en place pour tous les enfants isérois un dépistage des troubles sensoriels, langagiers, du comportement et des troubles du développement psychomoteur en petite section de maternelle et s'assurer de leur prise en charge.

Acteurs : Département, Ville de Grenoble (par convention)

Evaluation des objectifs : nombre d'enfants vus sur nombre d'enfants inscrits

Action 3 : Développer et mieux répartir les CAMSP et les centres spécialisés

- Développer la polyvalence des CAMSP existants et futurs; exemple : accueil des enfants autistes pour bénéficier d'un suivi précoce.

- Envisager un dépistage précoce des nouveau-nés sourds à partir des centres hospitaliers du nord ou du centre Isère.

- Développer dans le nord du département une antenne du centre de diagnostic des troubles du langage et des apprentissages scolaires.

Acteurs : DDASS, Département, Education Nationale, établissements hospitaliers.

Evaluation de résultats : nombre de places nouvelles et répartition

V - Objectif 5

Adapter la réponse aux besoins en milieu spécifique

Les objectifs généraux sont de :

- poursuivre la diversification des modalités d'accueil,
- favoriser les structures innovantes,
- opérer un rééquilibrage des équipements entre les différents territoires et entre les types d'établissements.

Les besoins et les préconisations seront abordés par grands types de handicap; seront vus successivement :

- handicap moteur, polyhandicap, pluri handicap,
- déficience intellectuelle et mentale,
- troubles du comportement,
- déficiences sensorielles et troubles du langage.

V.1. Déficience motrice, polyhandicap, pluri handicap

V.1.1 Bilan

En 2004, pour ces enfants, le département de l'Isère dispose des structures ci-après :

- 2 SESSAD pour une capacité de 21 places (agglomération grenobloise – Bourgoin-Jallieu)
- 2 IEM pour une capacité de 138 places (agglomération grenobloise – Voreppe),
- 1 centre de rééducation motrice de 30 places à Grenoble,
- 7 IME ayant une section «polyhandicap », pour une capacité totale de 193 places (113 en semi-internat, 76 en internat),
- 1 IME spécialisé dans la prise en charge des enfants épileptiques pour une capacité totale de 60 places dont plus de 50% pour le département de l'Isère (internat),
- 1 équipe mobile pour enfants traumatisés crâniens de 21 places.

Le bilan effectué par la CDES, au 01/09/2004, de l'orientation des enfants porteurs d'un handicap moteur, polyhandicapés ou plurihandicapés faisait ressortir que :

- 26 enfants n'ont pu intégrer un IMEP par défaut de places,
- 4 enfants n'ont pu intégrer l'IME spécialisé dans la prise en charge des enfants épileptiques,
- 11 enfants n'ont pu intégrer un SESSAD pour handicapés moteurs par défaut de places.

A la rentrée de 2005, ce sont respectivement 7 enfants, 8 enfants et 2 enfants pour lesquels il n'a pas été trouvé de place dans la structure préconisée.

Ces chiffres ne sont pas à prendre en compte de manière exclusive dans la mesure où, connaissant la situation des équipements au plan départemental, il arrive à la CDES de prononcer une orientation de manière pragmatique et non idéale (par anticipation du manque de places).

V.1.2 Préconisations

a) Rapprocher et diversifier l'accompagnement des enfants et de leur famille

- Accroître la capacité des SESSAD
 - créer des places de SESSAD handicap moteur et polyhandicap, pour couvrir l'ensemble des secteurs géographiques et notamment, le nord de l'Isère et l'Isère rhodanienne. Développer la couverture en places de SESSAD sur le sud de l'Isère.
 - adopter une logique de bassin de population, voire de territoire d'action sociale, plutôt qu'une logique départementale et veiller à la couverture des besoins des enfants dans les zones limitrophes.

- Adapter les capacités en Institut d'éducation motrice (IEM) :

- *sur l'agglomération grenobloise*

Officiellement en Isère, il n'existe qu'un IEM agréé pour l'accueil d'enfants de 3 à 18 ans situé à Eybens. Un second établissement, non médico-social de par son agrément (école disposant d'un plateau technique permettant l'intervention de professionnels paramédicaux, en libéral) accueille également des enfants relevant du cycle élémentaire, à Grenoble. Cet établissement, fortement financé par la ville de Grenoble (de par son origine « historique »), reçoit des enfants orientés par la CDES.

Il doit, du fait de la lourdeur des pathologies des enfants accueillis, demander sa transformation en établissement médico-social afin de pouvoir disposer d'un financement assurance-maladie permettant une présence plus continue des professionnels paramédicaux.

Un projet de fusion des deux structures est en cours et devra faire l'objet d'un agrément unique avec restructuration de l'existant et une réflexion d'ensemble sur la prise en charge la mieux adaptée pour ces enfants sur l'agglomération grenobloise (redistribution des places entre IEM, UPI, CLISS et évolution de la capacité du SESSAD).

- *sur le nord de l'Isère*

L'implantation d'un IEM ou d'une section dédiée à l'accueil d'enfants handicapés moteurs dans des établissements existants sur le Nord-Isère doit également être envisagée (du fait de l'absence d'internat sur l'agglomération grenobloise il convient d'éviter autant que faire se peut des déplacements trop importants des enfants).

- Mieux prendre en compte les besoins des enfants atteints d'épilepsie sévère

Pour les enfants souffrant d'épilepsie, au vu du faible nombre d'établissements dans la région Rhône-Alpes (« La Teppe » en Drôme et « les Violettes » en Isère ont un recrutement régional voir extra régional), il serait opportun d'engager une réflexion au plan régional sur la création d'un dispositif permettant l'accompagnement des familles, des professionnels, et proposant de l'information et de la formation.

b) Favoriser l'accueil des enfants handicapés moteurs ou polyhandicapés ayant des problèmes de comportement : partenariat avec le secteur psychiatrique.

Ce sont les enfants qui se situent à la marge des agréments des établissements. Les besoins sont les suivants :

- Nécessité d'un parcours souple avec des accueils ponctuels en milieu psychiatrique quand les besoins se font sentir (lieux relais alternatifs à concevoir en lien avec le médico-social).
- Nécessité de la formation des personnels dans les établissements.
Une équipe mobile du secteur de psychiatrie accompagnerait les équipes concernées et serait identifiée comme une équipe ressource.
- Possibilité de prise en charge dans les CMP en rendant accessible les locaux aux fauteuils roulants.
- Adaptation du mode de réponse aux besoins repérés au cas par cas dans les établissements et services (dont temps de psychiatre ou psychologue).

Cette nécessité de partenariat est aussi présente pour les autres types de handicap

c) Améliorer les conditions d'hospitalisation des enfants polyhandicapés.

Cette amélioration peut être la résultante de la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire mobile au CHU, voire dans d'autres centres hospitaliers, en concertation avec le secteur médico-social.

V.2. Déficience intellectuelle et troubles psychiatriques sévères, autisme.

V.2.1. Besoins

La quantification suivante a pu être faite :

Territoires	Nb d'hab. (0-19 ans)	% Population globale	Prévalence ‰ Troubles psy. sévères	Prévalence ‰ dont Autisme	Prévalence ‰ Retards mentaux sévères	Total
Prévalence			2,4	1	2,4	
Nord Isère	19 572	28,9	47	19	47	94
Porte des Alpes	37 854	29,4	90	37	90	180
Vals du Dauphiné	12 269	25,9	29	12	29	58
Isère Rhodanienne	28 528	26,7	68	28	68	136
Bièvre Valloire	15 291	26,1	37	15	37	74
Sud Grésivaudan	34 764	25,9	83	34	83	166
Haut Grésivaudan	27 089	28,0	65	27	65	130
Drac Vercors Tri	28 565	26,3	68	28	68	136
Grenoble	30 390	19,8	73	30	73	146
Couronne Grenobloise	35 135	25,2	84	35	84	168
Sud Isère	13 102	24,4	31	13	31	62
Total	285 559		675	278	675	1 350

Les chiffres de la population concernée datent de septembre 2003 (Conseil Général)

Les données concernant la prévalence de chaque handicap proviennent du RHEOP (rapport annuel 2002 – génération 1994).

Pour quantifier les besoins, a été pris en compte l'ensemble d'un type de déficiences sévères tel qu'enregistré par le RHEOP qui concerne l'objet de l'étude. Ainsi, ont été comptabilisées les situations concernant les troubles psychiatriques (autisme et psychoses infantiles) et la déficience mentale (Trisomie 21, déficience mentale grave, polyhandicap), en dehors des déficiences sensorielles.

V.2.2. Bilan.

En 2004, pour ces enfants, le département de l'Isère disposait de :

- 6 SESSAD pour une capacité de 201 places et un SESSAD « autisme » de 11 places, (+ 12 places supplémentaires de SESSAD dès la fin 2004),
- 18 IME, IMP, IMPRO pour une capacité de 987 places (374 lits d'internat et 613 places de semi-internat),
- 8 IME spécialisés ou ayant une section spécialisée dans la prise en charge des enfants autistes ou psychotiques, pour une capacité de 108 places (62 en internat, 46 en semi-internat),

Le bilan effectué par la CDES, au 01/09/2004, de l'orientation des enfants porteurs d'une déficience intellectuelle et mentale, fait ressortir que :

- 54 enfants n'ont pu intégrer un IME pour déficients intellectuels moyen ou profond par défaut de places,
- 34 enfants n'ont pu intégrer un IME pour déficients intellectuels léger par défaut de place (à noter que les établissements ayant ce type d'agrément accueillent parfois des enfants déficients intellectuels moyens),
- 2 enfants n'ont pu intégrer l'IME spécialisé dans la prise en charge de l'autisme,
- 72 enfants n'ont pu intégrer un SESSAD par défaut de place.

Là aussi, les chiffres ne sont pas à prendre en compte de manière exclusive dans la mesure où, connaissant la situation des équipements au plan départemental, il arrive à la CDES de prononcer une orientation de manière pragmatique et non idéale (par anticipation du manque de places)

La répartition des équipements est inégale selon les territoires; l'agglomération grenobloise souffre aujourd'hui d'un manque de structures pour ces enfants, ainsi que dans une moindre mesure, l'Isère rhodanienne.

En ce qui concerne plus particulièrement l'autisme, plusieurs établissements pour enfants handicapés ont développé des sections permettant d'accueillir uniquement des enfants autistes, ou parfois des enfants autistes et psychotiques. L'Isère a d'ailleurs un taux d'équipement en lits et places pour enfants autistes supérieur à la moyenne régionale (0,36 pour 0,24). Malgré tout, certaines zones sont encore dépourvues d'établissement ayant une section permettant l'accueil d'enfants autistes, notamment les secteurs de Vienne, le Sud Grésivaudan et Bièvre-Valloire.

V.2.3. Préconisations

a) Tendre vers un maillage départemental garantissant la continuité territoriale des politiques publiques et la réponse aux besoins des familles :

- Doter chaque territoire de SESSAD en lien avec la politique de scolarisation de l'Education Nationale (y compris CLIS, UPI, ...);
- Favoriser la mise en place de dispositifs externalisés du milieu médico-social vers le milieu ordinaire (école, centre de loisirs, ...).
- Revoir la répartition des établissements médico-sociaux essentiellement orientés déficience intellectuelle moyenne / profonde, pour permettre aux enfants dont le handicap ne permet pas un maintien en milieu ordinaire, d'être accueillis dans un rayon compatible avec un maintien des liens familiaux.
- Repenser la notion d'internat, celui-ci pouvant être distinct du lieu de scolarisation.

Accueil construit autour d'un projet avec la famille. Penser l'internat également comme un temps de répit, pour faire face à une crise ou comme projet d'autonomisation à court et moyen terme, pour enfants scolarisés en secteur d'éducation spéciale ou Education Nationale.

- Donner un cadre contractuel à l'ensemble de ces dispositifs territoriaux en formalisant un réseau de proximité coordonnant l'ensemble des acteurs (Education Nationale, Psychiatrie, secteur libéral, ASE, Centres de loisirs)

b) Poursuivre l'adaptation des structures d'accueil à la problématique particulière de l'autisme

- Identifier au sein des établissements et notamment dans les zones géographiques qui en sont dépourvues des sections d'accueil (avec places d'internat éventuellement) pour enfants autistes et veiller à leur adaptation particulière à ce type de handicap.
- Assurer aux enfants autistes une prise en charge qui soit multidimensionnelle, intégrant dans un projet individualisé le soin, l'éducation, la pédagogie, la socialisation.
Il importe que ces dimensions soient bien différenciées, en veillant tout particulièrement à leur coordination au sein d'un véritable réseau de compétences.

L'objectif visé est de donner à chaque famille la possibilité de choisir le mode de prise en charge adapté à sa situation, et ainsi garantir une prise en charge diversifiée.

- Anticiper et gérer les crises et permettre le répit des familles.

La question de la gestion des situations de crise ou des situations d'urgence ne doit pas être occultée. Le département de l'Isère doit disposer d'une structure permettant d'accueillir à tout moment, 365 jours par an et 24h/24, des enfants en situation de crise, des enfants pour des périodes de répit parental, mais aussi, des enfants pour des séjours de rupture.

Cette structure doit, à minima, avoir passé convention avec le secteur psychiatrique, et être dotée de moyens en soins suffisants. Cette structure peut relever du secteur médico-social ou sanitaire. Pour pouvoir fonctionner et répondre aux objectifs prédéfinis, cet établissement doit pouvoir raisonner en terme de « flux » et ne pas « emboliser » ses places, d'où l'importance de travailler en réseau. Cet établissement doit être accolé à une structure existante et donc, en aucun cas, être « isolée ».

- Développer un réseau à partir du Centre ressource régional de l'autisme et du CADIPA; cette nécessité a été mise en évidence : il s'agit d'accompagner, former les équipes de prise en charge dans leur intervention multidimensionnelle et garantir par la même une approche non univoque de l'autisme.

V.3. Troubles du comportement.

V.3.1. Bilan

En 2005, pour ces enfants, le département de l'Isère dispose de :

- de 6 ITEP pour une capacité de 309 places (dont 183 en internat),
- 3 SESSAD pour une capacité de 99 places (dont 16 créées fin 2004)

Le bilan effectué par la CDES, au 01/09/2004, de l'orientation des enfants porteurs de troubles du comportement, faisait ressortir que :

- 15 enfants n'avaient pu intégrer un IR par défaut de places,
- 17 enfants n'avaient pu intégrer un SESSAD par défaut de places.

La complexité de la situation de certains enfants rendant leur orientation particulièrement difficile les prive parfois de toute solution tant au niveau des soins qu'au niveau de l'éducation. Ainsi certains enfants accueillis en maisons d'enfants à caractère social peuvent ne pas être scolarisés du fait de leurs troubles incompatibles avec le maintien en milieu scolaire ordinaire.

L'absence de SESSAD pour enfant présentant des troubles du comportement, sur le Nord Isère, est préjudiciable.

Par ailleurs, il n'existe pas dans le Nord Isère, d'ITEP disposant de places en internat.

V-3 -2. Préconisations

- Engager un travail de redéfinition des missions respectives de chaque type de structure sociale, médico-sociale ou judiciaire, permettant d'offrir une réponse adaptée aux situations qui relèvent à la fois du champ social et médico-social.
- Améliorer la coordination des professionnels des différentes institutions lors de l'évaluation des besoins de chaque enfant.
- Amener les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) qui se substituent aux instituts de rééducation à une nouvelle définition de leur projet d'établissement et de leur place dans un réseau mettant en lien les services de protection de l'enfance, la psychiatrie infanto-juvénile, la protection judiciaire de la jeunesse, l'éducation nationale et les collectivités territoriales, en vue d'organiser au mieux leur complémentarité.
- Compléter l'équipement en SESSAD et notamment dans les secteurs qui en sont dépourvus. La création d'un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile sur le Nord Isère serait opportune. Le développement de places d'internat sur le nord Isère y compris par redéploiement à partir des autres structures de l'agglomération grenobloise devrait être envisagé afin de mieux répondre aux demandes.

V.4. Déficiences sensorielles et troubles du langage.

V.4.1. Déficience auditive :

Bilan

En 2005, pour ces enfants, le département de l'Isère dispose de :

* 2 SSEFIS pour une capacité de 105 places

- La demande est forte de la part des familles et des associations de pouvoir bénéficier de parcours de prise en charge de la petite enfance à l'âge adulte, dans le respect des choix éducatifs (éducation bilingue français LSF, et communication orale). La loi n°91-73 du 18/01/1991 (art.33) dispose que « dans l'éducation des jeunes Sourds, la liberté de choix est de droit ».

- Pour les enfants porteurs de troubles associés, le secteur médico-social n'offre pas de réponses actuellement or, la demande est réelle.

Les enfants isérois, sont contraints d'aller en Savoie (Institut des jeunes sourds de Chambéry) ou dans la Drôme (IMP de St Laurent en Royans).

- En ce qui concerne le milieu scolaire: sept CLIS 2 existent en Isère (4 à Grenoble, 2 à Vienne, 1 à l'Isle d'Abeau). En revanche, une seule structure (école privée) existe pour permettre aux enfants relevant du secondaire de suivre une scolarité adaptée s'ils ne peuvent suivre une intégration ordinaire.

- D'une manière générale, dans la prise en charge, de nombreux enfants ne bénéficient pas, ou insuffisamment, d'aide à la communication (LSF ou LPC).

Préconisations

- Prévoir l'ouverture d'une structure de type SESSAD ou IME pour les enfants déficients auditifs avec difficultés d'apprentissage ou handicap associé afin de favoriser leur intégration sociale et leur rapprochement géographique familial.

- Prévoir la création d'une à deux UPI (sud et nord Isère) permettant de prendre la suite des CLIS 2.

- Développer sur le département, une véritable intégration scolaire bilingue :

*éducation orale ; aide systématique à la communication : formation des enseignants, codeurs LPC diplômés.

*éducation bilingue : interprètes professionnels de langue des signes, formation des enseignants.

- Mettre en place une instance de coordination de la prise en charge des enfants sourds et malentendants pendant tout leur parcours afin d'articuler et améliorer les différentes prestations et services (liens à établir entre établissements «petite enfance », SSEFIS, écoles, établissements ressources désignés par le rectorat pour éviter la dispersion de moyens.). Cette instance permettrait une réelle continuation des projets éducatifs de la maternelle à l'université, évitant ainsi les ruptures, et autorisant un véritable projet éducatif adapté à chaque enfant.

V.4.2. Déficience visuelle :

Bilan

Aucune structure ou service spécifique n'existait en Isère à la fin du précédent schéma. Les enfants sont parfois pris en charge dans les CAMSP généralistes.

Le CAMPSDV de Villeurbanne (69), à vocation régionale, consacre une demi-journée par mois à tous les enfants suivis par les CAMSP des sept autres départements régionaux.

Préconisations

Le dépistage et la prise en charge précoce doivent être développés dans le cadre des services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) qui assurent la prise en charge des enfants atteints d'une déficience sensorielle grave, de la naissance à trois ans, et tout particulièrement le conseil, l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant.

Un service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS) et destiné aux enfants en âge d'être scolarisés, atteints d'une déficience visuelle grave ou de cécité a été ouvert partiellement en 2005; il apportera, d'une part, l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle et d'apprentissage des techniques palliatives et, d'autre part, les soutiens pédagogiques adaptés ; le service assurera également la mise à disposition des matériels et équipements spécialisés.

Ces deux types de services vont être développés en Isère, à partir du CADV de Villeurbanne (69), dans le cadre d'un projet régional permettant aux 7 départements de Rhône-Alpes de disposer sur leur territoire de dispositif adapté à la prise en charge des jeunes déficients visuels et ainsi, de favoriser le maintien des liens familiaux de proximité.

L'ouverture progressive de toutes les places prévues dans le projet SAAAIS devra se poursuivre au cours du Schéma.

V.4.3. Troubles graves du langage :

On entend par troubles spécifiques du langage, des troubles sévères du langage écrit et oral.

Bilan

Actuellement deux structures assurent une prise en charge :

- Le CMPP prend en charge les troubles du langage légers et moyens mais n'est pas équipé pour assurer un suivi des troubles sévères (avec une liste d'attente d'au moins 3 mois).
- Une maison d'enfants à caractère sanitaire accueille quelques enfants; elle a travaillé avec le CHU sur le besoin de développer la prise en charge d'une dizaine d'enfants en grande difficulté d'apprentissage et qui nécessiteraient une scolarité adaptée et toutes les rééducations nécessaires à leur état. Ce projet en cours de réflexion nécessite de clarifier la nature de la prise en charge (sanitaire ou médico-sociale) et d'étudier la faisabilité d'un équipement de cette taille (intégration dans une structure plus large permettant sa viabilité).

Préconisations

- Mettre en place sur le Nord-Isère, un centre de diagnostic des troubles du langage, en lien soit avec le CHU de Grenoble, soit avec les hôpitaux lyonnais.
- Créer un SESSAD pour assurer le suivi et le soutien d'un plus grand nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire.
- Prévoir la création d'une CLIS et d'une UPI, en lien avec le SESSAD afin de mieux répondre aux besoins de ces enfants.

Objectif V : fiche actions 5

Adapter la réponse aux besoins en milieu spécifique

Le contexte et l'évolution

Si le précédent schéma a vu se développer de manière notable les places de SESSAD pour favoriser l'insertion en milieu ordinaire des enfants handicapés et de manière plus limitée les places en IME notamment pour les enfants souffrant d'autisme ou de polyhandicap, les besoins restent encore importants et des enfants attendent faute de place disponible dans les structures spécialisées ; un certain nombre de celles-ci sont encore occupées par des jeunes adultes de plus de 20 ans maintenus au titre de l'amendement Creton, du fait du manque de places dans les établissements pour adultes.

Les constats

Les demandes non satisfaites enregistrées à la CDES font apparaître des besoins qu'il y aura lieu d'examiner à la lumière des souhaits des parents, de l'évaluation des besoins individualisés de chaque enfant, de l'évolution de la scolarisation en milieu ordinaire, de la répartition des places existantes (orientations par défaut pour des raisons de proximité) et des possibilités de « dégagement » de capacités d'accueil en fonction de réalisations dans le secteur adultes et de redéploiements dans le secteur enfants.

Les actions

Action 1 : Poursuivre la diversification des modalités d'accueil et favoriser les structures innovantes

- Poursuivre le développement des places de semi internat notamment pour les enfants polyhandicapés ou autistes.
- Prévoir des accueils séquentiels en internat et prévoir une ou deux structures d'internat sur le département ouvertes sur une période annuelle plus large qu'actuellement.
- Permettre à des enfants de partager leur temps entre une structure scolaire et un établissement médico-social ou entre une structure de soins et un IME.
- Développer le partenariat et la collaboration entre les structures d'un même territoire pour les loisirs, la scolarisation, les transports.

Acteurs : DDASS, associations, établissements

Evaluation de l'action : nombres de places, de conventions.

Action 2 : Opérer un rééquilibrage des équipements entre les différents territoires et entre les types d'établissements

a) Pour le handicap moteur et le polyhandicap :

- créer des places de SESSAD pour handicap moteur et polyhandicap notamment dans le nord du département et l'Isère rhodanienne et mieux couvrir, y compris à partir de redéploiements depuis Grenoble, les besoins du Sud Isère et du centre Isère.
- restructurer autour de l'IEM d'Eybens la prise en charge institutionnelle des enfants handicapés moteurs accueillis sur Grenoble avec diversification des moyens de scolarisation et envisager la création d'une section dédiée dans le nord du département.

b) Pour les enfants déficients intellectuels:

- équiper chaque territoire d'un SESSAD permettant la scolarisation en milieu ordinaire et l'accompagnement des enfants dans les classes spécialisées de l'Education nationale (programmation concertée le plus possible).
- mieux répondre aux besoins de l'agglomération grenobloise dans ce domaine y compris par révision des agréments et en tenant compte des projets pour adultes (en vue de libérer des places occupées par des jeunes bénéficiaires de l'amendement Creton).
- doter les zones géographiques qui en sont encore dépourvues (notamment Vienne et Sud Grésivaudan) d'unités d'accueil pour enfants autistes y compris par redéploiement.

c) Pour les enfants souffrant de troubles du comportement :

- développer des places de SESSAD sur le nord du département
- revoir sur l'ensemble des structures ITEP la répartition entre places d'internat et de semi-internat
- mettre en adéquation le fonctionnement des ITEP avec la nouvelle réglementation
- inscrire ces structures dans un réseau départemental et qui soit en lien avec la psychiatrie, les services de la justice, l'Education nationale et le service de protection de l'enfance.

d) Pour les enfants atteints de troubles sensoriels ou de troubles du langage :

- poursuivre l'équipement en SESSAD pour les enfants déficients auditifs porteurs de troubles associés,
- assurer la suite des CLIS pour déficients auditifs par l'ouverture d'UPI notamment sur Sud Isère et Nord Isère,
- développer le service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS) pour les enfants d'âge scolaire atteints d'une déficience visuelle grave ou de cécité,
- mieux prendre en charge les enfants souffrant de troubles du langage par la création de places de SESSAD, de CLIS et D'UPI et étudier la possibilité de création d'une structure avec hébergement pour une dizaine d'enfants en très grande difficulté d'apprentissage.

Acteurs : DDASS, associations ; établissements, Education Nationale, secteur psychiatrique ; ASE.

Evaluation de l'action : Répartition des places, nombre et évolution.

Action 3 : élaborer, en lien avec le plan de santé mentale, des coopérations entre établissements de soins et établissements médico-sociaux notamment des protocoles de réponses aux crises.

Voir objectif II action 2

Acteurs : établissements, secteur psychiatrique, DDASS

Evaluation de l'action : nombre de protocoles signés.

ANNEXE 1

LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Dans l'attente du vote de la loi relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'analyse du dispositif isérois en 2004 s'était opérée en référence aux textes réglementaires organisant le secteur médico-social pour enfants et adolescents, et ceux concernant l'intégration scolaire.

La loi du 11 février 2005 a amené à reconsidérer la réponse aux besoins des personnes en fonction de ce nouveau cadre juridique.

En effet les lois du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation, du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap, si elles ont marqué tout au long de ces dernières années la politique en faveur des personnes handicapées et servi de référence à toutes les actions menées dans ce domaine elles sont maintenant relayées par la loi du 11 février 2005 qui affiche avec un esprit novateur le droit à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1) La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées marque un tournant historique dans la reconnaissance des droits et exige un nouvel état d'esprit pour la réponse aux besoins de ces personnes.

La loi n° 75.534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Elle affirmait que « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation nationale ». Pour les enfants et adolescents handicapés, elle institue l'obligation éducative, précise les conditions de leur orientation par les commissions d'éducation spéciale (CEDS), et crée l'allocation d'éducation spéciale.

La loi du 11 février 2005 s'ouvre par une définition du handicap, absente de la loi de 1975 : « constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Elle institue un « droit à la compensation des conséquences de son handicap, quelle que soit l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie » ; le principe de l'accessibilité est réaffirmé et élargi (bâtiments, transports et voirie, moyens de communication, nouvelles technologies...).

La loi n° 89-486 du 10 juillet 1989, d'orientation sur l'éducation garantissait à chacun le droit à l'éducation et affirmait la priorité à l'intégration scolaire des jeunes handicapés.

La loi du 11 février 2005 réaffirme le devoir de l'Education Nationale en matière de scolarisation et de formation des personnes handicapées, ainsi que la priorité à la scolarisation en milieu ordinaire, celle-ci pouvant être ajustée ou aménagée en fonction des besoins. Tout enfant ou adolescent handicapé sera inscrit dans une école ou un établissement scolaire proche de son domicile, qui sera son établissement de référence.

La loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap inscrit dans le Code pénal l'interdiction, notamment, de refuser aux personnes handicapées l'accès aux activités de consommation et de loisirs.

La loi du 11 février 2005 réaffirme le devoir de l'Education Nationale en matière de scolarisation et de formation des personnes handicapées, ainsi que la priorité à la scolarisation en milieu ordinaire, celle-ci pouvant être ajustée ou aménagée en fonction des besoins. Tout enfant ou adolescent handicapé sera inscrit dans une école ou un établissement scolaire proche de son domicile, qui sera son établissement de référence.

2) La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette loi remplace la *loi n° 75-535 du 30 juin 1975* relative aux institutions sociales et médico-sociales. La loi n°2002-2 comporte 4 objectifs principaux :

- L'affirmation et la promotion du droit des usagers.
Les droits fondamentaux des personnes sont définis et leurs modalités d'exercice précisées : charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 08 septembre 2003), règlement de fonctionnement (décret du 14 novembre 2003), livret d'accueil (circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004), participation au conseil de la vie sociale (décret du 25 mars 2004), recours possible à un médiateur (décret du 14 novembre 2003), projet individuel, projet d'établissement...
- L'élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale et la diversification des interventions des établissements et services.
Les établissements et services médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge.
Cet objectif formalise la prise en charge diversifiée, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel.
Ce texte confère également une base légale aux services d'aide à domicile pour les personnes handicapées ainsi qu'aux centres ressources.
- L'amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif.
La loi n° 2002-2 a rénové le régime des autorisations de création, transformation ou extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (décret du 23 novembre 2003 et circulaire du 11 décembre 2003).
La loi n° 2002-2 permet également une planification médico-sociale plus efficiente par l'instauration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale pluriannuel (5 ans), et surtout révisable à tout moment par l'une des autorités compétentes.
- La coordination des acteurs, des décideurs.
La loi n° 2002-2 institutionnalise des procédures de concertation et de partenariat, notamment avec la mise en place d'un comité consultatif départemental pour personnes handicapées. La signature de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sur 5 ans, entre les gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation afin notamment de permettre la réalisation des objectifs contenus dans le schéma, de mettre en œuvre le projet d'établissement ou de service...constitue également une amélioration de la coordination des acteurs et décideurs.

3) La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Cette loi crée en particulier la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire »

Cette caisse a donc un rôle de financement, de garantie d'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, d'expertise, d'information et d'animation en particulier en direction des maisons départementales des Personnes handicapées.

4) La loi n° 2004-809 du 13/08/2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Cette loi modifie l'article 312-4 du Code de l'action sociale et des familles, dans la mesure où les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont désormais approuvés par le seul Président du Conseil général. Cependant, le Préfet de département, dans le cadre des compétences qui lui sont propres, transmet au Président du Conseil général les orientations qu'il demande à voir figurer dans le schéma.

5) Les annexes XXIV

Les principaux axes fondateurs des annexes XXIV sont les suivants :

- Reconnaissance de la singularité de chaque enfant et apport d'une réponse adaptée à ses besoins (notamment à travers le projet individuel) et avec des réponses appropriées aux différents âges de la vie,
- Caractère global de la prise en charge (pédagogique, éducative, thérapeutique),
- Respect des droits des usagers,
- Logique de parcours plutôt que de filières (pertinence de la réponse apportée),
- Logique de prestation plutôt que de placement avec des possibilités de choix pour les familles et les jeunes quant à l'orientation, le régime d'accueil et le type de prise en charge,
- Familles maintenues dans leurs prérogatives, informées et associées aux projets concernant leur enfant,
- Familles accompagnées et soutenues dans les difficultés qu'elles rencontrent à l'égard de l'enfant handicapé ou inadapté,
- Affirmation d'une mission d'intégration sociale et scolaire avec un travail de soutien à l'intégration,
- Instauration d'une mission de prévention du surhandicap et de l'exclusion et, si nécessaire, de prise en charge précoce,
- Le développement du partenariat avec les différents acteurs concourant à l'intégration, aux soins et au suivi de l'enfant et de sa famille,
- Maillage du territoire en terme d'équipement permettant des réponses de proximité afin de rendre possible le maintien dans les structures ordinaires de socialisation (famille, école...). Cela suppose une complémentarité des équipements et/ou des équipements relativement polyvalents disposant de la gamme des modes d'accueil et privilégiant chaque fois que possible des prises en charge en SESSAD ou semi-internat réservant l'internat aux situations spécifiques,
- Inflexion des critères d'orientation vers le secteur médico-social avec un relatif effacement des frontières traditionnelles entre maladie et handicap, tout en réaffirmant la nécessité de donner réponse aux enfants présentant des handicaps associés et la vigilance concernant les enfants présentant des troubles du comportement qui ne doivent pas correspondre à une simple inadaptation sociale.

6) La charte "Handiscol": «L'école de la République est celle de tous les enfants. L'éducation a pour but l'intégration sociale. L'intégration de toutes les différences est une chance pour tous et pour l'école ».

Elle prend une importance accrue avec la loi du 11 février 2005 qui fait de l'inscription à l'école de son quartier un droit pour tout enfant handicapé.

7) Les établissements et services spécialisés (institutions médico-sociales)

- Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile -

Textes de référence :

- décret n° 70.1332 du 16 décembre 1970.
- décret n° 88.423 du 22 avril 1988 remplaçant l'annexe XXIV quater au décret du 9 mars 1956 modifié.
- décret n° 89.798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956 modifié.

Activité

L'action des SESSAD est orientée, selon les âges, vers :

- la prise en charge précoce des enfants de la naissance à six ans, comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, le traitement et la rééducation qui en découlent (déficients moteurs), l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieure ainsi que le développement de la communication (polyhandicapés),
- le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie, comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école) et dans les locaux du service.

Les SESSAD œuvrent en étroite liaison avec, le cas échéant, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile, les centres d'action médico-sociale précoce, les centres médico-psycho-pédagogiques, etc.

Aux côtés des SESSAD, existent également les SSEFIS, SAAAIS et SAFEP.

Les services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS) prennent en charge des enfants déficients auditifs de plus de trois ans, qui suivent par ailleurs une scolarité à l'école ordinaire, ainsi que des enfants de trois à six ans qui ne peuvent bénéficier d'une telle scolarité.

Les services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS) sont destinés aux enfants atteints d'une déficience visuelle grave ou de cécité. Ils apportent, d'une part, l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle et d'apprentissage des techniques palliatives et, d'autre part, les soutiens pédagogiques adaptés ; ils assurent également la mise à disposition des matériels et équipements spécialisés.

Les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) assurent la prise en charge des enfants atteints d'une déficience sensorielle grave, de la naissance à trois ans, et tout particulièrement le conseil, l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant.

- Institut Médico-Educatif

Textes de référence :

- circulaire du 20 juillet 1970 (les établissements publics sont soit autonomes, soit gérés par un hôpital.
- décret n° 89.798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956.

Activité

Les IME regroupent les instituts médico-pédagogiques (IMP) et les instituts médico-professionnels (IMPro) pour les jeunes de 3 à 20 ans atteints d'une déficience à prédominance intellectuelle et nécessitant principalement une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation : orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité.

- Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

Textes de référence

Le décret n° 89.798 du 27 octobre 1989 relatif aux instituts de rééducation et remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956 modifié, a lui-même été remplacé par le décret du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques

Activité

Les ITEP accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. ces enfant, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé.

- Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

Textes de référence :

- décret n° 75.798 du 16 décembre 1975 modifiant le décret n° 70.1222 du 23 décembre 1970.
- décret n° 89.798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956 modifié.

Activité

Ce sont des établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents présentant au moins deux handicaps graves (déficience intellectuelle profonde doublée d'une déficience motrice).

- Centre Médico Psycho Pédagogique

Textes de référence

- annexe XXXII du décret du 9 mars 1956 modifié,
- décret du 18 février 1963

Activité

Les CMPP pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants déficients mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique en vue de les réadapter tout en les maintenant dans leur milieu familial, scolaire ou professionnel et social.

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation.

- Etablissement pour déficients moteurs

Textes de référence

- décret n° 70.1332 du 16 décembre 1970.
- décret n° 89.798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956 modifié.

Activité

Ces établissements ont pour vocation de dispenser des soins et une éducation spéciale aux enfants ou adolescents atteints d'infirmités motrices incompatibles avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement normal ou adapté. Ces infirmités motrices peuvent être congénitales, acquises et relever d'affections neurologiques ou être liées à des lésions de l'appareil locomoteur.

- Centre d'Action Médico Sociale Précoce

Textes de référence

- annexe XXXII bis du décret n° 56.284 du 9 mars 1956 modifié
- décret n° 76.389 du 15 avril 1976.

Activité

Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de moins de 6 ans, qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci le plus souvent les parents.

Ils exercent, au cours des consultations ou à domicile, des actions préventives spécialisées ainsi qu'une guidance parentale dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant.

8) Les classes spécialisées de l'Education Nationale

- Classe d'intégration scolaire

Mise en place progressivement depuis 1992 pour se substituer aux anciennes classes intégrées, une CLIS accueille au maximum 12 enfants reconnus handicapés par la CDES, pour leur dispenser un enseignement adapté à leur âge, leurs capacités, la nature et l'importance de leur handicap.

L'objectif est de permettre aux élèves de suivre partiellement ou totalement, un cursus scolaire ordinaire, et si possible, de réintégrer une classe ordinaire.

Les CLIS sont spécialisées par type de handicap : mental (CLIS 1), auditif (CLIS 2), visuel (CLIS 3), moteur (CLIS 4).

- Unité Pédagogique d'Intégration

Créée à partir de 1995 pour scolariser des adolescents présentant un handicap mental, afin d'assurer une continuité avec les CLIS, une UPI accueille au maximum 10 élèves âgés de 11 à 16 ans, qui ne peuvent être intégrés dans une classe ordinaire, sans pour autant nécessiter l'admission dans un établissement médico-social.

ANNEXE 2

<h3>CAPACITE DES ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS HANDICAPES</h3>

- Evolution de la capacité de 1999 à 2005

- Capacité 2005

EVOLUTION DE LA CAPACITE DES ETABLISSEMENTS
POUR ENFANTS HANDICAPES de 1999 à 2005

TYPE D'ETABLISSEMENT PLACES AGREEES	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CAMSP	130	130	130	130	130	130	130
SESSAD	239	239	245	335	361	432	557
ITEP	315	315	315	305	305	309	309
IEM	138	138	138	138	138	138	138
Etablissements pour déficients intellectuels légers	517	517	517	517	511	505	496
Etablissements pour déficients intellectuels moyens-profonds	481	475	475	485	485	488	488
Etablissement spécialisé pour enfants épileptiques	40	60	60	60	60	60	60
Etablissement pour polyhandicapés	137	137	179	179	189	193	193
Etablissement ou section pour enfants autistes	89	98	108	108	108	108	122
Traumatisés craniens	0	0	0	21	21	21	21
TOTAL	2 086	2 109	2 167	2 278	2 308	2 384	2 514

CAPACITE DES ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS HANDICAPES

PLACES AGREEES ET INSTALLEES - 2005 -

TYPE ETABLISSEMENT	LOCALITE	ORGANISME GESTIONNAIRE	PLACES EXISTANTES	EXTENSION	CREATION	TOTAL
CAMSP	ST MARTIN D'HERES	APF	60	0	0	60
	POISAT	ARIST	30	0	0	30
	VIENNE	APAJH	40	0	0	40
sous total			130	0	0	130
SESSAD	BOURGOIN JALLIEU	IME Camille Veyron	41	5	0	46
	VIENNE "la bâtie"	AFIPAEIM	16	0	0	16
	ECHIROLLES "Arches du Trièves"	UDMI	15	0	0	15
	TULLINS "centre isère"	ASEAI	8	28	0	36
	EYBENS agglo grenobloise	APAJH - SESSAD	54	0	0	54
			8	0	0	8
	POISAT agglo grenobloise	ARIST	40	0	0	40
	GRENOBLE et aggro	OVE	20	0	0	20
			20	0	0	20
	LA MURE "les 3 saules"	AFIPAEIM	25	0	0	25
	CROLLES	ADSEA 38	20	10	0	30
	ST MAURICE L'EXIL	AFIPAEIM	12	0	0	12
	ROYBON "St Romme"	AFIPAEIM	8	6	0	14
	ECHIROLLES	APF	15	0	0	15
	BOURGOIN JALLIEU "Montbernier"	ass comité commun activités sanitaires et soc	15	0	0	15
	CLAIX "sce de soutien spécialisé en vue de l'intégration"	établisst public IMPRO la Bâtie	0	0	25	25
	BOURGOIN JALLIEU	ass gestion autisme France gestion	0	0	15	15
GRENOBLE	ass médico psycho pédagogique de l'académie de grenoble	0	0	14	14	
SSEFIS	GRENOBLE PEP 38	ADPEP	25	0	0	25
	ST LAURENT EN ROYANS "la providence"	la Providence	80	0	0	80
SAAIS	GRENOBLE (cptce sur ens Isère)	ADEP 26	0	0	20	20
SAFEP			0	0	5	5
SIPS	MEYRIEUX LES ETANGS	OSITAAV	0	0	7	7
sous total			422	49	86	557

ITEP	LA TERRASSE	UGE CAM	80	4	0	84
	VARCES CMFP	UDMI	70	0	0	70
	ST MARTIN D'HERES chalet de langevin	CODASE	36	0	0	36
	BIVIERS Château de Franquières	OVE	50	0	0	50
	VARCES l'Arche du Triève	UDMI	25	0	0	25
	BOURGOIN JALLIEU Montbernier	ass CCASS	44	0	0	44
sous total			305	4	0	309
IEM	EYBENS	APF	50	0	0	50
	VOREPPE	APF	88	0	0	88
sous total			138	0	0	138
IME IMP IMPRO déficients intellectuels légers	MEYRIEUX LES ETANGS	OSITAAV	80	0	0	80
	EYBENS la clé de sol (ex Pont de Vence à St Egrève)	APAJH	65	0	0	65
	TULLINS Jules Cazeneuve	ASEAI	85	0	0	85
	MEAUDRE	établisst public	42	0	0	42
	ROYBON IMP St Romme	OVE	38	0	0	38
	THEYS IMP le barioz	ADSEA	61	0	0	61
	CLAIX IMPRO la bâtie	établisst public	100	0	0	100
	GRENOBLE IMPRO les gentianes	AFIPAEIM	25	0	0	25
sous total			496	0	0	496
IME déficients intellectuels moyens profonds	BOURGOIN JALLIEU champfleuri "C. Veyron"	établisst public	66	0	0	66
	GRENOBLE Henri Daudignon	AFIPAEIM	72	0	0	72
	LA MURE les trois saules	AFIPAEIM	40	0	0	40
			12	0	0	12
	ECHIROLLES "les écureuils"	AFIPAEIM	15	0	0	15
	ST CHEF "le grand boutoux"	AFIPAEIM	47	0	0	47
	ST MAURICE L'EXIL "les magnolias"	AFIPAEIM	42	0	0	42
	LA TOUR DU PIN "les hauts de st roch"	AFIPAEIM	50	0	0	50
	VIENNE "la bâtie"	AFIPAEIM	40	0	0	40
	VOIRON "les nivéoles"	AFIPAEIM	38	0	0	38
	VOREPPE la gâchetière	AFIPAEIM	43	0	0	43
	VINAY "gingkobiloba" antenne IME voreppe	AFIPAEIM	23	0	0	23
	sous total			488	0	0

IME pour enfants épileptiques	VILLARS DE LANS "les violettes"	AFIPAEIM	60	0	0	60
sous total			60	0	0	60
IME pour polyhandicapés	GRENOBLE "Ninon Vallin"	ass de gestion de l'IMP N. Vallin - c/o l'UDMI	40	0	0	40
	BOURGOIN JALLIEU "Camille Veyron"	établiss public	21	0	0	21
	ECHIROLLES "les écureuils"	AFIPAEIM	30	0	0	30
	ST MAURICE L'EXIL "les magnolias"	AFIPAEIM	24	0	0	24
	VIENNE "la bâtie"	AFIPAEIM	15	0	0	15
	VOREPPE la gâchetière	AFIPAEIM	28	0	0	28
	MEYLAN "les sources"	ADIMC	35	0	0	35
sous total			193	0	0	193
IME sections pour enfants autistes	CROLLES le hameau de Sésame	ass ferme de Bellechambre	28	0	0	28
	ST CHEF "le grand boutoux"	AFIPAEIM	20	0	0	20
	VOREPPE la gâchetière	AFIPAEIM	15	0	0	15
	ST MAURICE L'EXIL "les magnolias"	AFIPAEIM	7	0	0	7
	VOIRON "les nivéoles"	AFIPAEIM	12	0	0	12
	GRENOBLE "Henri Daudignon"	AFIPAEIM	18	0	0	18
	LA MURE les trois saules	AFIPAEIM	3	0	0	3
	ECHIROLLES la petite butte	Mutuelles France isère	0	0	14	14
	LA TOUR DU PIN "les hauts de st roch"	AFIPAEIM	5	0	0	5
sous total			108	0	14	122
Equipe mobile pour enfants cérébrolésés CMUDD	GRENOBLE	Centre de ressources pour les lésés cérébraux	21	0	0	21
sous total			21	0	0	21
TOTAL GENERAL			2361	53	100	2514
CMPP	couverture départementale		SEANCES			
HANDICAPINFO	couverture départementale	ODPHI	info, renseignement dans ts les domaines de la vie quotidienne, sociale ou professionnelle.			