



# Conférence de Territoire

CONTRIBUTION DE LA CT 93

SCHEMA REGIONAL MEDICO-SOCIAL  
Volet Personnes handicapées

Seine-Saint-Denis

D'un point de vue général ce schéma offre des descriptions imprécises, Il manque des dimensions évaluatives et quantitatives des besoins. (etc : formation, création, redéploiement.)

Ce schéma apparait comme une déclaration d'intention non chiffrée et sans axe stratégique.

Le groupe souhaite apporter les corrections suivantes :

## 1 – DIAGNOSTIQUE ET PRIORITES DU SROMS

### **1.1.3.4 - Des enjeux en termes d'organisation et d'efficience : (pages 10 et 11)**

*Page 10 : « .... et d'autre part par la progression de certains troubles (augmentation de la prévalence des troubles envahissant du comportement ou du polyhandicap généré par les progrès de la néonatalogie). »*

Remplacer « comportement » par « développement »

Argumentaire : L'augmentation dont il est question concerne les TED (troubles envahissants du développement), la question du comportement des personnes concernées qui peuvent ou non troubler le milieu social où elles sont accueillies est une toute autre question, plus vaste et qui ne peut être traitée dans ce document.

Supprimer « générer par les progrès de la néonatalogie »

Argumentaire : On peut sans doute constater une augmentation du nombre d'enfants polyhandicapés naissant vivants, en même temps qu'on décrit des progrès scientifiques et techniques de la néonatalogie. L'effet de l'un sur l'autre est néanmoins un phénomène complexe et multifactoriel qu'il conviendrait d'analyser plus profondément et qui ne peut être réduit à une simple relation de cause à effet, dans un document de la portée du schéma d'organisation médico-sociale.

Page 11 : « L'efficience doit être recherchée aussi bien en ce qui concerne l'équilibre économique des structures que dans leur positionnement au sein de la filière. Une structure médico-sociale efficiente sera donc une structure dont le budget est équilibré et qui se positionne de façon pertinente et adaptée au sein de la filière, en prenant... »

Argumentaire : L'objectif de réduction des dépenses de santé est un objectif important, conjoncturel et lié à la période ; néanmoins il ne peut être le premier terme auquel les autres sont subordonnés. Les premiers objectifs doivent rester ceux qui découlent des lois 2002-2 et 2005, qui doivent venir en premier dans un document stratégique. Ces objectifs « premiers » doivent être réalisés en tenant compte des contraintes budgétaires de la période.

### **1.3 – Volet personnes handicapées : (page 29 fin de page)**

« ... les besoins des personnes en situation complexe de handicap et dont la reconnaissance par le secteur médico-social est intervenue récemment : autisme et troubles envahissants du développement et handicap psychique. »

Remplacer par : « ...les besoins des personnes en situation complexe de handicap, qui étaient antérieurement accueillies dans les structures sanitaires psychiatriques, et dont la reconnaissance par le secteur médico-social est intervenue récemment (autisme, troubles envahissants du développement et handicap psychique) ; ce qui nécessite de reconsidérer les moyens en personnel éducatif, paramédical et médical dont disposent les établissements du secteur médico-social pour accueillir ces populations dans de bonnes conditions. »

Argumentaire : Il est nécessaire de souligner dans le schéma que ce transfert de population du sanitaire au médico-social ne peut s'effectuer que si est reconsidéré le ratio d'équipement des structures médico-sociales, actuellement très inférieur à celui du sanitaire psychiatrique.

Indiquer ce transfert de population sans indiquer en même temps ce nouveau besoin de personnel qualifié risque d'amener des structures du médico-social à accueillir ces personnes sans pouvoir leur assurer la prise en charge éducative et thérapeutique de qualité dont elles doivent pouvoir bénéficier.

#### **1.3.1.2 – Quelques chiffres sur les équipements : (page 30)**

##### **Les enfants handicapés (page 30)**

Argumentaire : Il conviendrait de mieux définir les différentes prises en charge en décrivant plus précisément les deux types de structures prenant en charge les enfants présentant un handicap, à savoir :

##### **Structure d'accueil à la journée :**

IME, ITEP, en précisant de quelle « annexe 24 » ils relèvent.

Les annexes 24 à la loi de 75 restent la référence légale (décret) qui sert à caractériser ces établissements par type de populations accueillies :

- 24 simple : handicap mental avec troubles de la personnalité associés (TED notamment)
- 24 bis : handicap physique
- 24 ter : polyhandicap
- 24 quater : malentendant
- 24 quinques : handicap visuel.



**Structure d'accueil à domicile, de la petite enfance ou de soutien à la scolarisation :**  
dans cette catégorie il faut mettre, en les différenciant :

- les CAMPS (services petite enfance)
- les SESSAD (services de soins et d'éducation à domicile et de soutien à la scolarisation) intervenants sur notification MDPH
- les CMPP dont une des fonctions est d'assurer, sur un mode ambulatoire des soins et un soutien psychopédagogique à des enfants handicapés scolarisés en classes ordinaires ou spécialisées, ou accueillis en IME.

### **1.3.2.1 le rôle de la maison départementale : (page 35)**

Paragraphe 6

Le groupe s'interroge sur les moyens apportés aux MDPH / *le schéma constate qu'il est difficile aujourd'hui d'offrir un recueil de données quantitatives et qualitatives sur le secteur du handicap au niveau régional et ne permet pas un pilotage optimal des orientations ???*

### **1.3.2.3 articulation sanitaire / médico- social : (page 37)**

*On souligne l'importance de cette articulation, et faire reconnaître que le secteur medico-social soit pas comme un simple aval du champ sanitaire*

### **1.3.3.2 – Scolarisation et insertion professionnelle : (page 42)**

Argumentaire - page 43 : La phrase « laisse perplexe dans la mesure où les SESSAD sont : *« les enfants suivis par un SESSAD connaissent plus souvent une scolarisation (10% au sein même du service et 9% dans une classe ordinaire)*

- soit des services intervenant dans la tranche d'âge 0/6 ans antérieurement à l'âge d'admission en établissement ou de scolarisation en classes ordinaires ou spécialisées de l'éducation nationale.

- soit des services prenant en charge, sur notification de la MDPH, le soutien médico-éducatif d'enfants handicapés scolarisés en classes ordinaires ou spécialisées de l'éducation nationale.

Par ailleurs un SESSAD n'a pas vocation à scolariser des enfants à la journée ; les enseignants qui sont détachés dans les SESSAD le sont en qualité de psycho-pédagogue, pour soutenir la scolarité des jeunes dans les classes ordinaires ou spécialisées (CLIS, ULIS) de l'éducation nationale. Il faudrait donc reconsidérer les chiffres qui sont donnés dans le texte et leur interprétation, qui ne me semble pas rendre compte de la réalité, au moins en Seine-Saint-Denis.

Proposition de supprimer cette phrase qui n'apporte rien et crée une confusion quant à la mission des SESSAD

A modifier dans le 5ème paragraphe (page 89)

*« Il convient de restructurer.....offrir des solutions de répit aux aidants »*

phrase du paragraphe à modifier « ...dans ce secteur ou encore les aspirations de la scolarisation en milieu ordinaire nécessitent une restructuration des dispositifs d'accompagnement en transformant

Conférence  
de Territoire

Seine-Saint-Denis

des places d'IME en SESSAD et en développant en fonction des besoins des CLIS et ULIS ; enfin .....aux aidants. ».

Argumentaire : La rédaction de ce paragraphe, qui soulève une question importante pour l'articulation secteur médico-social/éducation nationale, nécessiterait que la situation des IME soit analysée plus finement.

Le développement de la scolarisation en CLIS et en ULIS ne crée pas « mécaniquement » des places libres en IME dans la mesure où :

- au terme de leur scolarité en ULIS des collèges, à 16 ans, la moitié environ des élèves des ULIS sont orientés vers les sections EMPPro des IME où sont poursuivies la préparation et la mise en œuvre de leur projet de professionnalisation. Pour ces raisons, il n'est pas envisageable de redéployer les places disponibles dans les EMPPro des IME.

- les places libérées dans les EMP (6/12 ans) des IME sont utilisées pour accueillir les enfants TED (autisme etc...), population accueillie antérieurement par le secteur sanitaire (hôpitaux de jour ....). Pour ces raisons le nombre de places redéployables dans les EMP des IME est réduit.

- Ceci étant les évolutions légales et sociétales qui se traduisent par une évolution du nombre d'enfants scolarisés en CLIS et en ULIS doivent absolument être prises en compte par le secteur médico-éducatif. Des partenariats, multiformes et évolutifs, doivent être mis en place entre les dispositifs de scolarisation spécialisée de l'éducation nationale (CLIS, ULIS des collèges, ULIS des lycées), les SESSAD et les IME.

La scolarisation des enfants handicapés doit être soutenue par le secteur médico-éducatif selon des modalités adaptées et évolutives articulant plusieurs modes de prise en charge :

- scolarisation à temps plein en IME

- scolarisation en CLIS ou en ULIS à temps partiel avec mise en place de prises en charge médico-éducatives certains jours de la semaine au sein des IME.

- scolarisation à temps plein en CLIS ou en ULIS avec soutien ambulatoire par un SESSAD.

Il est problématique de limiter cette activité du secteur Médico-Educatif aux possibilités de redéploiement des IME.

Un travail exploratoire a été initié et relayé par certaines fédérations autour de la question de la refonte des anciennes annexes 24 à la loi de 75 dans cette perspective. Il faudrait pouvoir tenir compte de l'avancée de ces travaux du point de vue des projets de restructuration proposés dans le schéma.

Proposition de nouvelle rédaction : ...dans ce secteur. « Les évolutions sociétales et légales qui traduisent les aspirations des familles à la scolarisation dans les écoles, les collèges et les lycées des enfants handicapés nécessitent de repenser et de réorganiser les dispositifs d'accompagnement (SESSAD) et de prise en charge (IME) en développant autour du projet individualisé de scolarisation et d'accompagnement médico-éducatif de chaque enfant porteur de handicap, les partenariats nécessaires entre les dispositifs de l'éducation nationale (CLIS, ULIS) et les structures d'accompagnement et de prise en charge du secteur médico-social (SESSAD, IME...) » ; enfin une diversification.....des solutions de répit aux aidants.



**Page 45 du document Insertion professionnel des adultes :**

"Les freins ressentis exprimés par les associations de personnes handicapées visent plus particulièrement : la méconnaissance de l'ensemble des dispositifs existants, les interventions morcelées et les délais relatifs à la démarche d'obtention de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Cette démarche sous entend au préalable que la personne ne soit pas dans le déni de son handicap et accepte d'endosser le « statut » de personne handicapée."

"Les besoins d'accompagnement peuvent être très disparates : accès aux dispositifs de droit commun pour suivre une formation adaptée."

Argumentaire : ***le propre du droit commun c'est précisément de ne pas être « adapté », on ne peut donc pas parler de dispositif de droit commun adapté, il est soit de droit commun, soit adapté, pas les deux.***

Proposition d'une nouvelle rédaction :

**Accès au dispositif spécialisé de réadaptation professionnelle (Centres de Rééducation Professionnelle) qui permet un accompagnement médico-psycho-social et une formation qualifiante**, travail en milieu ordinaire avec accompagnement et suivi au long cours, réentraînement au travail et aide à l'orientation sociale et professionnelle, travail en milieu protégé avec ou sans accompagnement.

***– Orientation en milieu protégé : (page 46)***

Il est proposé de remplacer le terme " la montée du handicap psychique" par "la reconnaissance"

Argumentaire : Cette population anciennement prise en charge par l'hôpital psychiatrique ou l'hôpital de jour se voit aujourd'hui accueillie par le secteur médico-social et acquière ainsi une reconnaissance. aidants.

