



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Acte II : école inclusive

ANNEXES

IGÉSR n° 22-23 107B - août 2023

IGAS n° 2022-114R

IGÉSR

INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ÉDUCATION, DU SPORT
ET DE LA RECHERCHE



Inspection Générale
des Affaires Sociales



*Inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche*

N° 22-23 107B

*Inspection générale
des affaires sociales*

N° 2022-114R

Acte II de l'école inclusive

ANNEXES

Annexes

Annexe 1 :	Lettre de saisine	1
Annexe 2 :	Liste des personnes rencontrées.....	4
Annexe 3 :	liste des sigles.....	17
Annexe 4 :	Bibliographie	19
Annexe 5 :	État des lieux de la scolarisation des enfants en situation de handicap.....	22
annexe 6 :	La structuration et les ressources de l'école inclusive au sein de l'éducation nationale.....	96
Annexe 7 :	Le matériel pédagogique adapté	125
Annexe 8 :	Les dispositifs de coopération entre le secteur médico-social et les écoles et établissements scolaires	142
Annexe 9 :	Formation – état des lieux et éléments de bilan.....	214

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE CHARGÉ DES
PERSONNES HANDICAPÉES

Le Ministre

La Ministre

Paris, le 22 DEC. 2022

Note à l'attention de

Monsieur Thomas AUDIGÉ

Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Madame Caroline PASCAL

Cheffe de l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche

Objet : Construction de l'acte II de l'école inclusive

En plus des environ 67 000 élèves en situation de handicap scolarisés en établissements hospitaliers ou médico-sociaux, plus de 430 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements scolaires à la rentrée 2022. Ils sont quatre fois plus nombreux qu'en 2005, année d'adoption de la loi pour l'égalité des droits et des chances qui a ouvert la voie à une société et une école toujours plus inclusives et accessibles à tous et toutes.

Les travaux déjà conduits par les différentes inspections, et notamment le rapport de 2018 « Evaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap » et le rapport sur « La scolarisation des élèves en situation de handicap » de 2022 soulignent la nécessité de changer le dispositif déployé pour garantir l'accès à l'école de tous les élèves dans les meilleures conditions.

Afin de poursuivre l'engagement du Gouvernement, des travaux ont été lancés en préparation de la prochaine conférence nationale du handicap, qui aura lieu au printemps 2023 sous l'autorité du président de la République.

A cette fin, des concertations sont organisées par le ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse en lien avec le ministère chargé des personnes en situation de handicap, regroupant différents acteurs de cette politique nationale pour s'engager, près de 20 ans après la loi de 2005, dans un « acte II » de l'école inclusive, autour de trois thèmes majeurs :

- L'évaluation des besoins, d'orientation et de prescription d'accompagnement des élèves en situation de handicap ;

- Les dispositifs d'inclusion scolaire et leur diversité sur le territoire ;
- Et plus largement le rapprochement entre le secteur médicosocial et les établissements scolaires permettant la scolarisation de tous les enfants.

En appui des directions générales de l'enseignement scolaire et de la cohésion sociale en charge de l'animation de cette réflexion et de la mise en œuvre des dispositions qui en seront tirées, et afin de documenter précisément les implications des évolutions envisagées, vous vous attacherez à préciser les moyens RH, juridiques, et financiers à mobiliser et les évolutions organisationnelles nécessaires pour permettre des évolutions ambitieuses sur les points suivants :

- 1- **La mise en place d'un nouveau schéma cible d'évaluation des besoins des élèves en situation de handicap** et de leur orientation conduisant à distinguer les étapes d'évaluation de la situation de handicap et celles relevant de la notification des aménagements scolaires nécessaires (adaptations pédagogiques, aide humaine ou matérielle, appui médico-social) et de leur régulation tout au long du parcours de l'élève.
- 2- **L'intégration d'établissements et services médico-sociaux dans les murs des établissements scolaires**, en définissant une méthode et des conditions de succès de cette démarche (relation aux collectivités locales, définition de l'autorité des chefs d'établissements sur les personnels médico-sociaux et libéraux, modalités d'accès à l'établissement scolaire, articulation avec les autres équipes pédagogiques de l'établissement), en précisant les évolutions juridiques nécessaires et leur nature (réglementaire, législative) ainsi que les besoins budgétaires tant sur le budget de l'éducation nationale que sur le budget de l'ONDAM médico-social pour permettre de répondre à cet objectif de transformation selon un rythme à définir.
- 3- **L'évaluation de l'efficacité des dispositifs spécifiques de scolarisation existants** (équipe mobile d'appui à la scolarisation, PIAL, enseignant référent, personnes ressources - AESH, professeur TSA -, unités d'enseignement externalisées, dispositif d'autorégulation, unités d'enseignement maternelles et élémentaires autisme, unités localisées pour l'inclusion scolaire) et les pistes de rationalisation ;
- 4- **Les évolutions nécessaires pour favoriser l'accessibilité pédagogique aux enseignements en classe ordinaire, notamment :**
 - **du cadre de formation initiale et continue des personnels de l'éducation nationale** (enseignants, AED, AESH, personnels techniques,...) pour poursuivre l'adaptation des méthodes pédagogiques favorisant l'accueil de tous les élèves à besoins éducatifs particuliers.
 - **de la disponibilité ordinaire de matériel pédagogique adapté, dont l'accessibilité est le cas échéant renforcée en particulier par du matériel informatique et du matériel destiné à compenser les handicaps visuels et auditifs.**

Vos travaux devront tenir compte et faire des propositions quant :

- Aux modalités à mettre en place pour que chaque enfant puisse disposer d'un identifiant national de l'élève (INE) et être intégré dans la base élèves lorsqu'il est en âge scolaire ;
- À la rationalisation et la simplification des différents plans d'accompagnement existants s'adressant à l'ensemble des élèves à besoins pédagogiques particuliers (programme personnalisé de réussite éducative, projet personnalisé de scolarisation, projet d'accueil individualisé, plan d'accompagnement personnalisé, projet personnalisé de scolarisation), en lien avec les travaux conduits sur le livret de parcours inclusif.

L'ensemble de ces travaux permettront d'arbitrer les trajectoires annoncées pour la CNH avec un point d'étape programmé au mois de mars en amont de la conférence, et se poursuivront jusqu'à la fin du 1^{er} semestre 2023 pour décliner opérationnellement les différentes mesures.

Pap Ndiaye



Geneviève Darrieussecq



Liste des personnes rencontrées

• Cabinets

Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse

- Jean-Marc HUART, directeur de cabinet
- Nicolas Kanhonou, conseiller école inclusive, égalité entre les femmes et les hommes et lutte contre les discriminations.

Ministère délégué auprès du ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée des personnes handicapées

- Maëlig Le Bayon, directeur de cabinet
- Antoine Danel, directeur adjoint de cabinet
- Charles Rozoy, conseiller

• Directions d'administration centrale et organisme de sécurité sociale

Direction générale de la cohésion sociale

- Jean-Benoît DUJOL, directeur général
- Benjamin VOISIN, chef de service des politiques sociales et médico-sociales
- François-Mathieu ROBINEAU, adjoint au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, adjoint au chef du bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées.
- Anna-Line VANCON-HERMET, chargée de mission sur les sujets de scolarisation

Direction générale de l'enseignement scolaire

- Rachel-Marie PRADEILLES-DUVAL, cheffe du service de l'instruction publique et de l'action pédagogique (DGESCO A)
- Matthieu LAHAYE, sous-directeur des savoirs fondamentaux et des parcours scolaires (DGESCO A)
- Sébastien MOUNIER, chef du bureau de l'école inclusive (DGESCO A)
- Christophe GEHIN, chef du service du budget et des politiques éducatives territoriales (DGESCO B)

Direction générale des ressources humaines MENJ

- Marc ESTOURNET : service des personnels enseignants de l'enseignement scolaire, chef de service, adjoint au directeur général

Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)

- Philippe WUILLAMIER, sous-directeur des évaluations et de la performance scolaire
- Thierry ROCHER, adjoint au sous-directeur

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- Virginie MAGNANT, directrice générale
- Marine BOISSON-COHEN, directrice de la prospective
- Vanessa WISNIA-WEILL – directrice du financement de l'offre
- Alexandre FARNAULT - directeur adjoint appui au pilotage de l'offre
- Bénédicte AUTIER- directrice de l'accès aux droits et des parcours

Comité interministériel du handicap (CIH)

- Céline POULET, secrétaire générale
- Sophie RATAIRE, coordinatrice interministérielle à l'accessibilité universelle
- Maxime OILLAUD, chef de projet « Transition inclusive - participation des personnes »
- Myriam OUADI, assistante

Délégation interministérielle à l'autisme

- Mylène GIRARD, secrétaire générale
- José PUIG, chargé de mission école inclusive et enseignement supérieur

DREES

- Layla RICROCH Drees, cheffe bureau handicap dépendance
- Julie LABARTHE, sous directrice observation solidarité
- Vanessa BELLAMY, adjointe cheffe bureau handicap dépendance, responsable pôle handicap

• Autres opérateurs de l'État

Défenseur des droits

- Claire HEDON, Défenseuse des droits
- Éric DELEMAR, Défenseur des enfants, adjoint en charge de la défense et de la promotion des droits de l'enfant
- Fabienne JEGU, conseillère experte handicap auprès de la Défenseuse des Droits
- Marie Camille LALOYE, juriste au pôle instruction, défense et droits des enfants, chargée de la thématique handicap
- Gaëlle TRIVIDIC, stagiaire au secrétariat général du Défenseur des droits, expertise handicap

Médiation de l'éducation nationale

- Catherine BECHETTI-BIZOT, médiatrice ;
- Colette DAMIOT-Marcou, chargée de mission auprès de la médiatrice.

Institut des hautes études de l'éducation et de la formation

- Charles TOROSSIAN : directeur
- Danielle SIMON experte en charge de cycles de formation
- Sylvaine PAUL, ingénieur dans département expertise en charge de l'école inclusive
- Stéphanie LAFORGE, chef département expertise et partenariats
- Nicolas GENRE secrétaire général

Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation inclusive (INSEI) (ex INSHEA)

- Murielle MAUGUIN, maître de conférence, directrice de l'INSEI
- Zinib RACHEDI, maître de conférence, directrice des études de l'INSEI
- Frédéric DUPRE, maître de conférence, formateur

• Association d'élus

Assemblée des départements de France

- Stéphane HAUSSOULIER, président du groupe de travail « Handicap et Autonomie » de Départements de France, président du conseil départemental de la Somme
- Emmanuelle AUGROS, Directrice générale des Services, Département de la Somme
- Marion NAHANT, conseillère éducation, jeunesse, sports, culture, patrimoine et tourisme de Départements de France
- Silva SAHAKIAN, Conseillère Handicap, Départements de France

- **Associations nationales**

Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (ADMDPH)

- Karine BARTHE, vice-présidente de l'association ADMDPH, directrice de la MDPH de Haute-Vienne
- Caroline ROUSSE, trésorière de l'association ADMDPH, directrice de la MDPH de la Meuse

ANCREAI

- Jacques NODIN, président du CREA I Bourgogne Franche Comté
- Antoine FRAYSSE, délégué général de la fédération des CREA I

Fédération des dys

- Nathalie GROH,
- Nicole PHILIBERT, président d'ATOUTDYS, association adhérente

Autisme France

- Daniele LANGLOYS, présidente

Groupe Polyhandicap France (GPF)

- Galina RYBKINE, secrétaire générale
- Sébastien LEGOFF, vice-président du GPF, directeur général de l'EEP « les tout petits »

AIRe

- Roland DYSLI, président
- Jean Francois PRADENS, secrétaire général
- Lionel DENIAU, président d'honneur, président fondateur

ANDIME

- Dominique TRIOLET, président, association dans le 64 (IME, SESSAD et SESSAD pro)-
- Denis MARCHAND, trésorier adjoint, directeur de Pôle enfance au sein de l'ADAPEI 44 -IME, pôle hébergement, PCPE, SESSAD
- David MARCHAND, trésorier, directeur d'un DAME (pour autisme 12-20 ans) ITEP à Paris
- Patrice MINELLI, secrétaire, responsable d'un SESSAD (Fondation Arc en ciel), territoire de Belfort ;

UNAPEI

- Mme Sonia AHEHEHINNOU, Vice-Présidente Unapei et Vice-Présidente Unapei Nouvelle Aquitaine
- Mme Mathilde VINCENT, chargée de mission enfance-éducation

- **Syndicats représentant les enseignants**

Force ouvrière

- Jérôme THEBAULT, secrétaire départemental
- Laurent BAUSSIER, secrétaire départemental

SNPDEN – UNSA

- Philippe THIBAUT, secrétaire permanent du SNPDEN-UNSA
- Audrey CHANONAT, secrétaire nationale de la commission pédagogie
- Valérie QUERIC, secrétaire nationale de la commission métier.

UNSA Éducation

- Mme Beatrice LAURENT, UNSA éducation
- Mme Élisabeth JAMIN, SE-UNSA syndicat enseignant

- Mme Beatrice SAINT GERMAIN, Snies UNSA
- Mme Audrey CHANONAT, UNSA personnels de direction
- Mme Sylvie MENDES, SNPDEN
- M Patrick POCHARD, SIEN
- M Jérôme FOURNIER, SE-UNSA

SIEN

- Patrick ROUMAGNAC : SG SIEN
- Patrick POCHARD, membre bureau national SIEN
- Eric FUENTES, membre bureau national SIEN

• **Organismes consultatifs**

Conseil national consultatif des personnes handicapées

- Marie-Pierre TOUBHANS, vice-présidente du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), présidente de la commission éducation-scolarité
- Nicolas EGLIN, directeur général des PEP 69 ML, Président de la fédération nationale des associations au service des élèves présentant une situation de handicap (FNASEPH), assesseur
- Emmanuel GUICHARDAZ : Responsable de projets association Trisomie 21, assesseur

Conseil scientifique de l'éducation nationale

- Caroline HURON, médecin, chargée de recherche à l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), coordonnatrice du groupe de travail « handicap et inclusion scolaire »

• **Personnes qualifiées**

- Marie TOULLEC-THERY, Maîtresse de conférences HDR en sciences de l'éducation et de la formation
- Serge EBERSOLD, Professeur au CNAM titulaire de chaire accessibilité

• **Acteurs régionaux**

Région Auvergne-Rhône-Alpes

○ **Académie Auvergne-Rhône-Alpes**

- Éric FUENTES, CT-ASH de l'académie de Clermont-Ferrand
- Nathalie CHARRIERE, CT-ASH de l'académie de Grenoble
- Véronique MONTANGERAND, CT-ASH de l'académie de Lyon

○ **ARS Auvergne-Rhône-Alpes**

- Raphaël GLABI, directeur de l'autonomie
- Muriel BROSSE, responsable du service PH au sein du pôle médico-social de la délégation départementale du Rhône et de la métropole de Lyon
- Laurent DEBORDE, chef du pôle médico-social de la délégation départementale du Rhône et de la métropole de Lyon
- Catherine GINI, cheffe du pôle handicap à la direction de l'autonomie

Région Île-de-France

○ **ARS Île-de-France**

- Amélie VERDIER - DG ARS :
- Isabelle BILGER, directrice du médico-social
- Hélène MARIE, directrice de la délégation départementale de Seine et Marne
- Emmeline SALIS, responsable de la direction autonomie, délégation départementale de Seine et Marne

- **Département de la Seine-et-Marne**
- Académie de Créteil, département de Seine-et-Marne
- Valérie DEBUCHY, IA-DASEN Seine et Marne
- Sylvain DEMONT, SG DSDEN
- Fabien AUDY, DAASEN
- Serge ROSSIERE-ROLLIN, IEN ASH
- Arnaud TAPIN, IEN ASH
- Franck EHLINGER, CPC école inclusive
- Agnès DORGES, chargée de mission école inclusive (suivi des établissements médico-sociaux (ESMS) et des ITEP, suivi des dispositifs externalisés)
- Catherine MASSICOT, IEN de la circonscription de Melun
- Monsieur CASTAY directeur de l'école Cézanne, Melun
- Cécile MANGINOT, enseignante coordonnatrice de l'Ulis de l'école Cézanne, Melun
- Dounia BENBELLIL, AESH collective
- Stéphanie MERCIER, AESH mutualisée
- Magali CHICPORTICH, principale du collège Mallarmé, Fontenay-Trésigny

- Conseil départemental de Seine-et-Marne
- Anne GBIORCZYK, vice-président du conseil départemental en charge de la famille, l'enfance et de la présence médicale, présidente de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
- Florent LOUISE, conseiller technique auprès du président du conseil départemental
- Christophe DENIOT, directeur général des services du département
- Jean-Yves COUDRAY, directeur de l'autonomie au département

- MDPH de Seine-et-Marne
- Armelle ROUSSELOT, directrice MDPH
- Sarah GIRARD, cheffe du service évaluation et compensation
- Christina QUERMELIN, responsable du pôle vie scolaire et étudiante
- Pascal GUERIN, enseignant référent évaluation

- EPMS Fondation Hardy
- Myriam MOÏSO, directrice
- Jeffrey NOËL, enseignant spécialisé, coordonnateur pédagogique
- Sandrine BEDIN, chef de service socio-éducatif
- Aïcha AKKACHA, Cheffe de service de transition
- Aïcha AKKACHA, responsable de dispositifs, en charge de la coordination de parcours et de l'EMASco
- Maud BOULANGER, infirmière au sein de la coordination de parcours et de l'EMASco
- Nathalie FAVIER, éducatrice spécialisée au sein de la coordination de parcours et de l'EMASco
- Camille GARNIER, éducatrice Spécialisée au sein de l'EMASco
- Nathalie MAGNE, psychomotricienne au sein de la coordination de parcours et de l'EMASco
- Audrey VAN CAEYSEELE, psychologue au sein de la coordination de parcours et de l'EMASco
- Sandrine BEDIN, cheffe du dispositif inclusif d'accès à la professionnalisation et la scolarisation (DIAP'S), dispositif de pré- professionnalisation au lycée Clément ADER de Tournan-en-Brie

- **DEPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS**
- Académie de Créteil, département de Seine-Saint-Denis
- Nathalie KUEHN, IA-DAASEN de Seine-Saint-Denis
- Mustapha FLIOU, SG, DSDEN de Seine-Saint-Denis
- Paola DAOUD, SGA, DSDEN de Seine-Saint-Denis
- Caroline PLET, IEN ASH
- Pascale SCHAWGER, IEN ASH
- Lynda KANOUNIKOV, IEN ASH
- Anne ONATIBIA, IEN CCPD de Rosny, pilote de PIAL
- Linda BENHADRIA, principale adjointe collègue Camus à Rosny, pilote de PIAL
- Béatrice MASSONNET, principale du collège Michelet de Saint Ouen, pilote de PIAL
- Isabelle BOUILLON, IEN CCPD Stains, pilote de PIAL
- Farid DEBBOUZA, ERSEH / CAS EBEP, coordonnatrice de PIAL
- Fatima AMARA, DACS, coordonnatrice de PIAL
- Marie LE CALVEZ, ERSEH

- Association Vivre et Devenir - Seine Saint Denis
- Amadou NIAGATE, chef de service EMASCO
- Adeline FABER, pilote du DIH et adjointe de direction PCPE
- KENZA BEN THAYER, psychologue
- Marie-Cécile ARAF, éducatrice
- Aurélie RIVIERE, coordinatrice administrative

- Association SOS Solidarités – Seine Saint Denis
- Ingrid HOAREAU, cheffe de service Pôle scolaire,
- Pauline VALLEE, éducatrice spécialisée

- IME Lalouette
- Emmanuelle WEBER, chargée de mission DD 93 – ARS
- Luc LEPAROUX, directeur IME
- Valérie TROLET, responsable qualité AGESTL

- UEEA Eugénie Cotton
- Alexia BROUILLARD, directrice de l'école primaire Eugénie Cotton
- Jihanne MEZYANI, professeure des écoles
- Maria MEHAULT, superviseure psychologue
- Jennifer GONET, éducatrice spécialisée (est dans la structure dès le début)
- Amadou NIAGATE, cheffe de service de la structure

- ULIS Collège La Courtille Saint Denis
- Karim MERAKCHI Principal
- Marie-Thérèse MBOND, AESHi
- Housnata ALHMADI, AESHco
- Serbrina BENAYAD, CPE

- Antoine LE GLOUET, professeur d’histoire-géographie
- Marine BIEGA, professeure de lettres
- Fazia RIHANE, père d’élève
- Fabienne MARCHAL, coordinatrice ULIS
 - École Niki de Saint Phalle Saint Denis : UEMA et UEEA
- Cécile BONNET, directrice école élémentaire
- Christine MORATA, IEN Saint Denis 1
- Nawel LARABI, PE Brigade enseignante UEMA
- Leslie MICHELET, éducatrice
- Nicolas MARILLER, PE UEEA
- Benoit HOUEDJISSIN, éducateur
- Rosy NGUEMPO, éducatrice spécialisée
- Maro DIARRA, stagiaire éducatrice,
- Silvana DA COSTA SYLVA, éducatrice UEEA,
- Aurélie MARTINET, parent d’élève
- Laurent VAYA BOURY, parent d’élève

Région Grand Est

- DSDEN
 - Emmanuel BOUREL, DASEN Meurthe et Moselle
 - Karine NORROY, inspectrice École Inclusive
 - Anne PADIER CT EI
- ARS Grand Est
 - Frédéric REMAY, DG adjoint de l’ARS
 - Agnès GERBAUD, directrice de l’autonomie de l’ARS
 - Joan ORCIER, délégué territorial de Meurthe et Moselle
 - Jérôme MALHOMME, Chef du service médico-social, délégation territoriale de Meurthe et Moselle
 - Pascale PERROT, responsable du pôle handicap, délégation territoriale de Meurthe et Moselle
 - Mathieu FOURMONT, chargé de mission EI délégation territoriale de Meurthe et Moselle
- MDPH de Meurthe-et-Moselle
 - Stéphane DUSSINE, directeur de la MDPH
 - Elodie LORSON, PE mise à disposition de la MDPH, responsable du pôle enfant – référent scolarisation
- Institut des sourds de la Malgrange (ISM) -UEE de l’ISM Collège Montaignu de Heillecourt et UE de l’ISM de Jarville
 - Jacques CELERIER, directeur général
 - Nathalie VEGEZZI, responsable pédagogique et technique du pôle linguistique
 - Hélène DOYEN responsable pédagogique,
 - Julie MARTIN, responsable pédagogique,
 - Anne ZIEGELMEYER. Enseignante référente pour la scolarisation des ESH
 - Delphine BUSCEMI, Enseignante référente pour la scolarisation des ESH

- SESSAD VAAMM - Vivre avec l'autisme 54
- Nicolas LITAIZE, directeur général de l'association VAAMM
- Cloé ELISEI, chef de service éducatif VAAM
- Vincent PETIT Administrateur FNASEPH, membre de l'association VAAMM, parent
- Nathalie LEPEZEL, directrice du SESSAD PCPE DAP VAAM

- ULIS Hybride Renforcée de Briey
- Mme Cécile URBAN CHOISEL, Proviseur EREA
- Olivier TELLIER, DDFPT EREA
- Nathalie CARON, coordonnatrice pédagogique de l'ULIS renforcée,
- Julie BENATTI Coordinatrice médico éducatrice de l'ULIS renforcée
- Alain CHEVRIER, père d'un élève de l'ULIS
- Adrien PARENTE, père d'un élève de l'ULIS
- Jean François BONASSO, Inspecteur de l'éducation nationale chargé de la circonscription de premier degré de Jarny, co-pilote de PIAL renforcés

- EMASco Meurthe-et-Moselle
- Estelle BERNARD, directrice
- Géraldine CATTANT, coordonnatrice
- Yves RIZK, directeur du pôle enfance, éducation et scolarisation de l'AEIM-Adapei 54
- Olivier MAYETTE, coordonnateur pédagogique du DITEP de l'Escale de Jarville

- UEE - École Primaire Louis Majorelle, JARVILLE-LA-MALGRANGE
- Laëtitia KLOPFER, directrice de l'école
- Barbara CHEIKH AHMAD-KHODER, enseignante spécialisée de l'UEE
- Olivier MAYETTE, coordonnateur pédagogique du Ditep de l'Escale de Jarville

- UEE école du Quai de Strasbourg de Lunéville
- Sophie BOSSENAUER, directrice de l'école
- Antony SERF, professeur des écoles
- Rachida REZGUI, directrice de l'OHS de Lorraine, présidente de l'association les Terrasses de Méhon, Lunéville
- Abdeslem CHABELLAH, coordonnateur pédagogique des Terrasses de Méhon DITEP IME

- Collège Charles Guérin de Lunéville
- Olivier KOPFERSCHMITT, principal du collège, mais aussi pilote du BEF Lunéville et président de la Ligue de l'enseignement de Meurthe-et-Moselle
- Younes CHEBLAOUI, principal adjoint, pilote un réseau FOQUALE (réseau Formation Qualification Emploi)
- Mme CHANOT, Conseillère principale d'éducation
- Mme RAGUET, Gestionnaire
- Cécile DERENNE, enseignante spécialisée en SEGPA, coordonnatrice du SAS Oxygène.
- Mme ESMILAIRE, Coordinatrice UPE2A, professeur d'allemand
- M. VOURIOT, Coordonnateur de PIAL, professeur de SVT
- Mme VOIDIER, enseignante référente

- Mme JUSSIOT, professeure de français
- M. BIBI, coordonnateur d’ULIS
- Mme AKKOC, AED en charge du suivi des parcours individualisés
- Mme LOUNISSI : coordonnatrice OEPRE
- Mme WALOVSKA, réfugiée ukrainienne associée à l’action de l’OEPRE
- M. TAESCH, PLP CAPPEI
 - UEEA de l’école Émile Zola Laxou
- Brice BOURBON, directeur de l’école élémentaire Émile Zola de Laxou
- Christine HUBERT, directeur général de l’association JB Thiéry
- Almoustapha ISSOUFOU-SEYNI, Directeur de l’ESMS portant l’UEEA
- Jacques MARCHAL, président de l’association JB Thiéry
- Arnaud MANUKYAN, docteur en psychologie, référent numérique de l’association
- Pascale BORASO, IEN de la circonscription de Nancy II
- Marie PRIAULT, enseignante de l’UEEA

Région centre Val de Loire

- ARS Centre Val De Loire
- Benjamin MEYER, responsable du département du parcours des personnes en situation de handicap,
 - Délégation territoriale Eure-et-Loir
- Gérald NAULET, adjoint au directeur de la délégation départementale d’Eure-et-Loir
- Sophien KHELIFI, référent territorial personnes handicapées, délégation départementale d’Eure-et-Loir

Région Pays de la Loire

- ARS Délégation territoriale Loire-Atlantique
- Patricia SALOMON, directrice
- Pauline JOUBERT, référente scolarisation
- Hélène GUIMARD, animatrice dans le champ du handicap
 - DSDEN
- Patricia GALEAZZI, inspectrice d’académie
- Stéphane BIZEUL, IEN ASH sur département de Loire Atlantique.
- Laetitia JIMENEZ, IEN ASH
 - MDPH
- Florian GRAVELEAU, directeur de la MDPH, directeur adjoint de l’autonomie de la MDPH
- Sophie MAGAZZENI, référente de scolarité- enseignante
 - PIAL
- Christophe GUIGNET, principal collège -pilote PIAL
- Regis HUREZ, principal d’un collège et pilote d’un PIAL
 - PIAL renforcé

- Nancy METTEZ, directrice du territoire ADAPEI 44
 - Enseignants référents
- Stéphane MORICET, professeur des écoles,
- Romain DERISSON, professeur des écoles
- Fabien ROUSSEAU, professeur des écoles
 - Centre de scolarité adapté – Lycée des Bourdonnières – Nantes
- Jean-Christophe TEMPLERAUD, proviseur
- Yann LEMAIRE, coordonnateur du centre de scolarité adaptée LPO les Bourdonnières
 - Dispositif d'autorégulation école Albert Camus - St Nazaire
- Pascaline HAMELIN, directrice école élémentaire
- RUTH inspectrice St Nazaire ouest -DAR UEMA et 5 ULIS 1^{er} degré
- Julie GIRAUD, cheffe de service secteur médico-social du DAR
- Matthieu MOUSSET, responsable du DAR, directeur adjoint du DAR
- Claire RABIER Enseignante référente secteur St Nazaire ouest
- Cécile DANET, éducatrice spécialisée du DAR
 - Établissements et services médico-sociaux d'Eure et Loire
- Christophe AUBOUIN, directeur du DAME Borromeï-Debay PEP28, Mainvilliers
- Arnaud ESCROIGNARD, directeur du DAME Les Bois du Seigneur, Vernouillet et du DAME Fontaine Bouillant, Champhol

Région Aquitaine

- Académie
 - Jean-François LAFONT, IEN conseiller technique école inclusive de l'académie de Bordeaux
 - Pierre LACUEILLE, Directeur de l'école académique de formation continue
- DSDEN
 - Marie Christine HEBRARD, inspectrice académique, directrice académique
 - Frédéric FABRE, DASEN adjoint en charge du suivi de l'école inclusive
 - Anne-Karine VEAU, IEN école inclusive
 - Claire MAYEUR, conseillère pédagogique école inclusive (DSDEN)
 - Caroline MARQUETTE, IEN service de l'école inclusive
 - Sébastien BOGROS, chargé de mission au SEI académique, PLP génie civil, PREI
- Patrick ARRECHEA, directeur d'école élémentaire, coordonnateur de PIAL
- Marianne VIALEMARINGE, enseignante référente, coordonnatrice de PIAL
- Mickaël BENNEY, coordonnateur de PIAL, enseignant coordonnateur de l'UEE du lycée Victor Louis
- Caroline CABOBLANCO, AESH référente TSA, Pôle ressource départemental, pôle autisme
- Christille MONIN, enseignante coordonnatrice ULIS collège, coordonnatrice de deux PIAL (Bourran/E Combes)
- Christiane CLERGUE, enseignante référente secteur Mérignac

- Guillaume CANTON, coordonnateur AESH pédagogue départemental
- Aurore BENGOLD, coordonnatrice du PIAL Floirac
- Sandrine ALVARES, AESH-co ULIS, AESH référente PIAL Floirac
- ARS
- Nadia LAPORTE PHOEUN, directrice de la protection de la santé et de l'autonomie
- *Délégation territoriale de la Gironde*
- Bénédicte MOTTE, directrice de la délégation départementale de la Gironde,
- Nadiège NECKER de BARBEYRAC, inspectrice de l'action sanitaire et sociale.
- Conseil départemental de Gironde
- Jean-François EGRON, Vice-président Handicap, logement et mobilités adaptées
- MDPH
- Audrey CHANU, directrice
- Eugénie GUE, directrice adjointe
- Muriel SAM-GIAO, directrice du pôle Solidarité Autonomie (Département)
- Emmanuelle CAVAN, référente scolarité
- Marie DARFEUILLE, référente scolarité
- Aurélie AINARDI, cheffe du service médico-social
- Fabrice LOCA, stagiaire au pôle solidarité autonomie
- DITEP OREAG
- Christophe LEUX, directeur coordonnateur
- Sandrine DUBOIS, directrice adjointe ambulatoire
- Thomas FLEUTRE, coordonnateur pédagogique
- Faustine TREHET, coordinatrice de soins
- Blandine MARTINEZ, éducatrice spécialisée de l'équipe dédiée – TSA
- Mathias MADACENE, élève de 3^{ème}
- Marie-Florita MADACENE, mère
- DAR- École élémentaire La Gorp à Ambarès
- Sophie RENAUD, directrice adjointe DITEP « l'Hirondelle » (APAJH 33), copilote du DAR Ambarès
- Valérie GONCALVES, directrice
- Mélissa MEUNIER, professeure des écoles, enseignante surnuméraire du dispositif
- Mahina IBANEZPIC, psychologue du dispositif
- Céline LECLERCQ aide médico-psychologique
- Julie BONDOT, psychologue superviseuse Formavision
- Kinjalà ATCHY, ergothérapeute
- Delphine LAGUYONIE, mère d'un enfant en situation de handicap
- Maïc SAGEL, professeure ressource autisme 33
- Marie DUPEROUX (enseignante en ce1)
- Elodie BELLEMON (enseignante en ce1)

- Sylvie PILET DUFOURCQ (enseignante en cp)
 - UEE- Lycée Victor Louis- Talence
- Mickaël BEYNEY, coordonnateur de l'UEE
- Christophe LIENARD, professeur ressource école inclusive, professeur d'anglais
- Julie LAFOLIE, professeure ressource école inclusive, professeur d'histoire-géographie
- Isabell FERRER, professeure d'EPS spécialisée
- Souhed MICHEL HELALI, éducatrice spécialisée de l'IEM Talence, APF France Handicap
- Thibaut MAN, étudiant en BTS communication
- Amélie BORDIER, élève de terminale générale

- PEJS - collège les Eyquems Mérignac
- Corinne PESQUIER, principale du collège
- Sevda KALAAGASI, parent
- Chystel CLAVERIE-VERGNES, professeure de physique-chimie
- Meghan BOURNE-HOFFMANN, AESH
- Éric JOACHIM, professeur de sciences de la vie et de la Terre
- Laëtitia MINATCHY, AESH
- Stéphanie CLOUTÉ, enseignante spécialisée du PEJS
- Caroline DOUSTE, professeure de LSF
- Frédérique CHABOSSEAU, Conseillère pédagogique départementale du SEI

- Ulis école St Exupéry, GRADIGNAN
- Céline BONNAFOUS, coordonnatrice de l'Ulis
- Naïma PETIT, AESH-co de l'Ulis
- Frédérique CHABOSSEAU, conseillère pédagogique SDEI
- Anthony PEREZ, chef de service SESSAD Don Bosco
- Virginie MORIN, directrice de l'école St-Exupéry
- Stéphanie LABAT, parent d'élève
- Annabelle VIEL, parent d'élève
- François BLANC, professeur des écoles

Département de La Réunion

- ARS de la Réunion
- Gérard COTELLON, directeur général
- Etienne BILLOT, directeur général adjoint
- Florence BEDIER, co-directrice délégation Réunion-offre de soins
- Mohammed Hamid ELAROUTI, directeur de l'animation territoriale et des parcours de santé (DATPS)
- Estelle LOEUILLÉ, chargée de mission, DATPS
- Ingrid MONTES, référente personnes en situation de handicap, DATPS
- Roseline COPPENS, directrice adjointe DATPS

- Académie de la Réunion
- Michel HOUDU, DAASEN
- Laurent CLODIC, IEN école inclusive secteur Sud-Ouest
- Jérôme VANDERBEKEN, directeur de l'école académique de la formation continue

Département de la Guyane

- ARS de Guyane
- Clara DE BORT, directrice générale
- Réginaldo GRACE-ETIENNE, directeur de l'autonomie

Académie de la Guyane

- Philippe DULBECCO, recteur de l'académie de Guyane
- Corinne MELON-CLEANTE, DAASEN de la Guyane
- Marie-Line LOUISOR, conseillère technique école inclusive du recteur de l'académie de Guyane
- Sylviane EREPMOC, IEN, circonscription ASH - Adaptation scolaire
- Sandrine CESAIRE, IEN, circonscription ASH – Scolarisation des élèves en situation de handicap

Liste des sigles

DF : Départements de France
AMF : Association des Maires de France
ANCREAI : Association Nationale des Centres régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations
ANDIME : Association Nationale des dispositifs inclusifs Médico-éducatifs
ARS : Agence régionale de Santé
CAPA-SH : Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap
CAPEJS : Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds
CAPPEI : Certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CFG : Certificat de formation générale
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CT-ASH : Conseiller (Conseillère) technique, adaptation et scolarisation des élèves en situation de handicap
DITEP : Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
DAME : Dispositif d'accompagnement médico-éducatif
DAR : Dispositif d'autorégulation
DIME : Dispositif médico-éducatif
EAFC : École académique de la formation continue
EMASco : Équipe mobile d'appui à la scolarisation
EREA : Établissement régional d'enseignement adapté
ESH : Élève en situation de handicap
ERSESH : Enseignant référent scolarisation des élèves en situation de handicap
ESMS : Établissement social et médico-social
EPE : Équipe pluridisciplinaire d'évaluation
ESS : Équipe de suivi de scolarisation
IEM : Institut d'éducation motrice
IEN-ASH : inspecteur de l'éducation nationale adaptation et scolarisation des élèves en situation de handicap
IH2EF : Institut des hautes études de l'éducation et de la formation
IME : Institut médico-éducatif
IMPRO : Institut médico-professionnel
INSEI (ex INSHEA) : Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation inclusive
INSHEA : Institut national supérieur de formation et de recherche handicap et enseignement adaptés
ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
PAI : Projet d'accueil individualisé
PAOA : Programmation adaptée des objectifs d'apprentissage
PIA : Projet individualisé d'accompagnement
PIAL : Pôle inclusif d'accompagnement localisé
PAP : Plan d'accompagnement personnalisé
PPA : Projet personnalisé d'accompagnement
PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative
PPS : Projet personnalisé de scolarisation
PRS : Projet régional de santé
SDEI : Service départemental de l'École inclusive
SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TED : troubles envahissant du développement

TFA : troubles des fonctions auditives

TFV : troubles des fonctions visuelles

TSA : trouble du spectre de l'autisme

UEE : Unité d'enseignement externalisée

UEI : Unité d'enseignement internalisée

UEEA : Unité d'enseignement en élémentaire autisme

UEMA : Unité d'enseignement en maternelle autisme

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

UNAPEI : Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

Bibliographie

Rapports

- « Modalités de gestion des AESH, pour une école inclusive », Sénat, 2023
- « Les dilemmes de l'école inclusive », Terra Nova, 2023
- « Note de présentation Mission « Enseignement scolaire », Sénat, 2022
- « L'accompagnement humain des élèves en situation de handicap », Défenseur des droits, 2022
- « La scolarisation des enfants en situation de handicap », IGÉSR- IGF, 2022
- « Rapports d'évaluation sur les unités d'enseignement pour enfants autistes UEMA et UEEA », ARS Ile-de-France, 2022
- « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change », Denis Piveteau, 2022
- « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux », IGAS, 2021
- Rapports de la médiatrice de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, 2021
- Mise en œuvre des recommandations de la commission d'enquête sur l'inclusion des élèves handicapés dans l'école et l'université de la République, Assemblée nationale, 2021
- La scolarisation des élèves sourds en France : état des lieux et recommandations, CSEN, 2021
- « Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire. Socle commun d'actions pour les professionnels exerçant dans les ESSMS de la protection de l'enfance et du handicap », Recommandation de la HAS, 2021
- « Déroulement de la rentrée dans la mise en œuvre des mesures relatives à l'école inclusive. Enquête-flash », IGÉSR, 2020
- « Fonctionnement des PIAL : Identification des caractéristiques favorisant leur efficacité en vue d'un déploiement », IGÉSR, 2020
- « Fonctionnement des PIAL : Formation à l'éducation inclusive des personnels de l'éducation nationale et notamment des AESH », IGÉSR, 2020
- « Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global », CESE, 2020
- « Point d'étape qualitatif à la rentrée 2019 », note de suivi sur l'école inclusive, IGÉSR, 2019
- « Enquête-flash sur la mise en place des pôles inclusifs d'accompagnement localisé (PIAL) », février 2019, IGÉSR
- « Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension », IGAS-IGÉSR, 2019
- « Quand l'institution médico-sociale s'inscrit dans les murs de l'éducation nationale. Enquête au sein d'un IME « hors les murs » », EHESP/CNSA, juin 2019
- « Avis relatif à l'inclusion des élèves handicapés dans l'école et l'université », Défenseur des droits, 2019
- « Contrôle de la MDPH de l'Eure », IGAS, 2019
- « Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants- clarifier l'articulation entre l'AEEH et la PCH », IGAS, 2019
- « Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap », IGAS-IGAENR, 2018
- « Les aménagements d'épreuves d'examens pour les élèves et étudiants en situation de handicap », IGAENR, 2018
- « Rentrée 2018 et accompagnement des élèves en situation de handicap : audit flash des académies de Lille et Versailles », IGAENR, 2018
- « L'inclusion des élèves en situation de handicap en Italie », IGAENR, 2018
- « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille », Haut conseil de la Famille, de l'enfance et de l'âge, 2018
- « La politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, Cour des comptes », 2018

- « Les défis de l'école inclusive en France. Des attentes aux modalités concrètes », Recherche soutenue par l'Institut de Recherche en Santé Publique et la CNSA, 2018
- « Plus simple la vie – 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap », Adrien Taquet, Jean-François Serres, 2018
- « Scénarios d'évolution des instituts nationaux des jeunes sourds et des jeunes aveugles », IGAENR- IGAS IGEN, 2018
- « Évaluation du 3e plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4e plan », IGAS, 2017
- « Rapport de la médiatrice de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur », 2016
- « École et handicap, Conférence de comparaisons internationales », Cnesco, 2016
- « Évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) », IGAS, 2016
- « Les Unités d'Enseignement externalisées des établissements et services médico-sociaux », CNSA/DGESCO/ Direction générale de la cohésion sociale, 2015
- « Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé », IGAENR-IGAS-IGEN-CGEFI, 2014
- « Zéro sans solutions », Denis Piveteau, 2014
- « L'accompagnement des élèves en situation de handicap », IGAENR-IGAS-IGEN, 2012,
- « La mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 dans l'éducation nationale », IGAENR-IGEN, 2012

Études

- « Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés accompagnés dans des structures dédiées fin 2018 », Études et résultats, DREES, 2022
- « École inclusive : scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région Auvergne Rhône-Alpes – rentrée scolaire 2019-2010 », ARS, CREAI
- « La scolarisation des enfants en situation de handicap en Bretagne », ARS Bretagne, 2020
- « À 17 ans, quatre élèves sur dix en situation de handicap nés en 2001 ont passé le diplôme national du brevet (DNB) », DEPP, 2019
- « Première évaluation des acquis des élèves en situation de handicap », DEPP, 2019
- « Les pratiques d'attribution des MDPH en matière de scolarisation », Repères statistiques, CNSA, 2019
- « Les enseignants accueillant des élèves en situation de handicap à l'école », DEPP, 2018
- « Depuis la loi de 2005, la scolarisation des enfants en situation de handicap a très fortement progressé », DEPP, 2016
- « Pour la première fois, un regard sur les parcours à l'école primaire des élèves en situation de handicap », DEPP, 2016

Articles

- « École inclusive et personnes accompagnantes des élèves en situation de handicap : état des lieux de la recherche ». Toullec-Théry, M. Et Granger, N. (2023). *Empan*, 113.
- “Teachers’ Beliefs About Inclusive Education and Insights on What Contributes to Those Beliefs: a Meta-analytical Study” Charlotte Dignath, Sara Rimm-Kaufman, Reyn van Ewijk, Mareike Kunter, *Educational Psychology Review* (2022) 34:2609–2660, July 2022
- « École inclusive, redéfinition du fait collectif et fonctions de l'accessibilité », Serge Ebersold, *Éducation et sociétés* » 2022/2 n° 48 | pages 165 à 184
- « La réussite des élèves à besoins éducatifs particuliers à l'épreuve de la sélection et du backlash », Dans : *L'inclusion scolaire. Perspectives psychosociales*, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2022
- « De l'école intégrative à l'éducation inclusive : encore un effort ! », Martine Caraglio, *revue Servir*, 2022
- « La formation initiale des enseignants du premier degré à l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap : le point de vue de formateurs d'INSPE », *Revue Éducation et socialisation*, n° 62, 2022

« De l'AVS à l'AESH. Quelle professionnalité, quel rôle dans l'éducation inclusive ? » Jean-Michel Le Bail, Administration & Éducation, n° 173, 2022

« Témoignage d'une AESH en quête de sens », Muriel Sacchelli, VST - Vie sociale et traitements, n° 156, 2022

« Étude de la reconnaissance professionnelle des AESH », Mickael Jury, Julie Bergara, Grégoire Cochetel, La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, n° 92, 2021

« La classe externalisée : l'école de l'adaptation institutionnelle. L'externalisation d'un groupe du DITEP de Villeurbanne à l'école Louis Pasteur. Retour sur trois ans d'expérience », Dans : Société inclusive et solidaire : entre ambition et réalité, le DITEP accélérateur de pratiques (2021)

« Le recours à l'établissement spécialisé : un usage ségrégant du handicap », Mouvements, n° 107, Hugo Dupont, 2021

“Resourceful Specialist Support to Enable Inclusive Education”, Serge Ebersold¹ and Mary Kyriazopoulou, Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2020, M. A. Peters (ed.), Encyclopedia of Teacher Education,

« Enjeux de l'école inclusive », Les Carnets Rouges, n° 18, janvier 2020

« L'AESH, aide ou écran à l'inclusion scolaire ? », Marie Toullec-Théry, 2020

« Quelles ressources et collaborations pour faciliter la scolarisation inclusive dans les établissements scolaires du 2e degré ? » Revue hybride de l'éducation, 2020

« De l'intégration à l'inclusion, quelles évolutions des pratiques enseignantes ? Le cas de la Picardie » Revue Spirale, n° 65-2, 2020

« Politiques inclusives : entretien avec une AESH, accompagnante des élèves en situation de handicap », Entretien avec Cathy Nguyen, propos recueillis par Julien Boutonnier, Revue Empan, n° 117, 2020

« Ingénieries didactiques coopératives et coenseignement pour contribuer à une scolarisation inclusive », Revue Éducation et Francophonie, n° 48-2, 2020

« L'ULIS : dispositif ou classe à part entière ? Réflexions transfrontalières entre enseignants spécialisés de France et d'Espagne », Revue Spirale, n° 65-1, 2020

« Apprendre (dans) l'école inclusive », Dossier de veille de l'IFÉ, 2019

« D'une recherche sur le travail conjoint AESH-enseignants- Vers la mise en œuvre d'une ingénierie coopérative : un moyen pour renouveler les pratiques ? », Marie Toullec-Théry, La nouvelle revue- Éducation et société inclusives, INSHEA, 2019

« Évaluation », Hugo Dupont, Serge Ebersold, La nouvelle revue-Éducation et société inclusives, n° 86, pp. 65 à 78.

« Coordonnateur d'Ulis école : exercer dans l'école inclusive comme personne ressource, Quelles réalités ? Quelle évolution de l'identité professionnelle pour cet enseignant spécialisé ? » Florence Masse, Serge Thomazet, La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, n° 86, 2019

« D'une recherche sur le travail conjoint AESH-enseignants vers la mise en œuvre d'une ingénierie coopérative : un moyen pour renouveler les pratiques ? », La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, n° 85, 2019

« [Quelle expérience pour les élèves présentant des troubles du comportement et orientés vers une scolarité spécialisée ? Une comparaison France-Wallonie](#) », Hugo Dupont, ALTER – Revue européenne de recherche sur le handicap, Vol. 12, N°1, janvier., 2018

« Étude des ressorts et obstacles de la coopération entre professeurs, enseignants spécialisés et auxiliaires de vie scolaire dans le cadre de la scolarisation d'élèves handicapés. » PLOYÉ Alexandre, BARRY Valérie, Communication lors de la biennale internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques professionnelles, 2015.

État des lieux de la scolarisation des enfants en situation de handicap

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Méthode et périmètre des différentes enquêtes	1
1.1. Les enquêtes annuelles de la DEPP	1
1.1.1. Les enquêtes n° 3 et n° 12	1
1.1.2. L'enquête 32.....	2
1.2. L'enquête quadriennale de la DREES auprès des établissements et services accompagnant des personnes handicapées (ES-Handicap)	3
1.3. Les travaux de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	3
1.4. Les travaux de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation	4
1.4.1. Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)	4
1.4.2. L'expérimentation SERAFIN PH	4
1.5. La plateforme Handidonnées et les enquêtes des CREAI	4
2. Une diminution continue du nombre total d'élèves scolarisés dans des établissements publics et privés	5
3. Une évolution soutenue du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés	6
3.1. Une augmentation des effectifs d'ESH scolarisés plus marquée dans le second degré	6
3.1.1. Une hétérogénéité départementale dans l'évolution des effectifs d'élèves en situation de handicap (ESH) entre 2017 et 2021 ainsi que dans la part d'ESH scolarisés en milieu ordinaire par rapport nombre total d'élèves scolarisés dans le premier et le second degré (voir tableaux et cartes départementaux en fin d'annexe)	7
3.1.2. Répartition des départements en fonction de la part des ESH par rapport aux effectifs totaux d'élèves en 2021-2022	8
3.2. Une proportion d'enfants non scolarisés qui régresse lentement	8
3.3. Des établissements publics qui accueillent proportionnellement davantage d'ESH que les établissements privés sous contrat.....	9
3.4. À la rentrée 2021, les garçons représentent 70 % des élèves en situation de handicap.....	9
3.5. Plus de la moitié des ESH présentent des troubles intellectuels et cognitifs ou des troubles du langage et de la parole	12
3.6. La scolarisation des ESH à temps complet devient la règle pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire.....	18
3.7. Un recours à l'accompagnement humain qui augmente chaque année	18
3.7.1. Une hétérogénéité de l'accompagnement humain des ESH selon les départements	20
4. Des établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents qui se transforment	22

4.1.	Des MDPH qui améliorent globalement les délais de traitement et dont les orientations vers le secteur médico-social se font quatre fois sur dix vers un service.....	22
4.2.	Une offre médico-sociale qui amorce un virage ambulatoire	24
4.3.	Les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont surreprésentés dans les ITEP....	27
4.4.	Plus de 6 000 jeunes adultes de plus de 20 ans restent accueillis dans des ESMS pour enfants	27
4.5.	Le nombre d'élèves scolarisés dans une unité d'enseignement externalisée (UEE) a augmenté de 43,1 % depuis 2017	28
4.6.	La scolarisation d'élèves porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme en Unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA)	32
5.	La poursuite du développement de dispositifs d'appui à la scolarité par l'Éducation nationale	33
5.1.	Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), des dispositifs d'appui qui maillent l'ensemble du territoire, dans le premier comme dans le second degré	33
5.2.	Les pôles d'enseignements pour les jeunes sourds (PEJS).....	36
5.3.	Un dispositif récent de scolarisation d'élèves avec autisme : le dispositif d'autorégulation (DAR)	36
6.	Données complémentaires – tableaux détaillés par département.....	37

Introduction

Plusieurs rapports¹ ont mis en exergue les difficultés à disposer de données fiables permettant d'appréhender finement et dans leur globalité les caractéristiques et les modalités de prise en charge des personnes en situation de handicap et leur évolution. La plupart des données statistiques disponibles émanent d'enquêtes. Certaines de ces enquêtes recueillent des données qualitatives mais portent sur des échantillons de taille souvent limitée. D'autres enquêtes, plus quantitatives, s'intéressent à une base large, voire exhaustive. D'autres enfin sont issues de données collectées au fil de l'eau alimentant des bases de données. Les données disponibles émanent principalement d'opérateurs publics (CNSA, DEPP, DREES, CREAL, CNAF, CNAM...).

Pour réaliser cet état des lieux, la mission s'est particulièrement appuyée sur :

- les enquêtes annuelles de la DEPP auprès des établissements scolaires (n° 3, n° 12) et des établissements médico-sociaux (enquête n° 32) afin de comptabiliser les élèves en situation de handicap. Ces enquêtes sont complétées par les enseignants référents et adressées annuellement à la DEPP ;
- l'enquête quadriennale de la DREES auprès des établissements et services accompagnant des personnes handicapées (ES-Handicap) ;
- des publications de la CNSA issues pour partie de l'exploitation des enquêtes qu'elle mène annuellement auprès des MDPH afin de recueillir des données d'activité ;
- la plateforme Handidonnées et les enquêtes des CREAL².

1. Méthode et périmètre des différentes enquêtes

1.1. Les enquêtes annuelles de la DEPP

En milieu scolaire ordinaire, le critère retenu pour identifier les élèves en situation de handicap est celui des élèves ayant un projet personnalisé de scolarisation (PPS) cependant que les élèves relevant d'autres modalités d'accompagnement, plan d'accompagnement personnalisé (PAP), projet d'accueil individualisé (PAI), programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) ne sont pas concernés par ce suivi, mais sont inclus dans un ensemble englobant des élèves à besoins éducatifs particuliers.

1.1.1. Les enquêtes n° 3 et n° 12

Ces enquêtes, réalisées annuellement sur les élèves scolarisés dans les premier (n° 3) et second degrés (n° 12), sont menées conjointement avec la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO). Elles sont placées sous la responsabilité des directeurs académiques de l'éducation nationale (DASEN) et sont complétées par les enseignants référents qui suivent les élèves dans le cadre de leur PPS.

Les données des enquêtes 3 et 12 sont collectées via l'application « HAND » hébergée par la DEPP. Les ERSEH peuvent saisir les données individuellement pour chaque élève ou bien charger un fichier de base de données « csv » contenant l'ensemble des données.

L'Application de gestion des élèves en situation de handicap (AGESH) n'est pas utilisée par toutes les académies. À terme, elle devrait faciliter la collecte de données puisqu'elle permet aux ERSEH de mettre à jour les informations sur l'ensemble des élèves qu'ils suivent puis de générer automatiquement les fichiers « csv » des enquêtes (un fichier pour le 1^{er} degré, un fichier pour le 2nd degré). Ces fichiers doivent ensuite être obligatoirement chargés sur l'application HAND des enquêtes.

¹ Agnès Jeannet, Anne Auburtin, IGAS - Laurent Vachey, Frédéric Varnier, IGF : Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement, avec la contribution de Claire-Marie Foulquier Gazane, stagiaire à l'IGAS, 2012, décision de la défenseure des droits, décembre 2017.

² Plateformes nationale et régionales de mise à disposition de connaissances dédiées aux publics en situation de handicap et à l'offre d'accompagnement, pilotée par la Fédération ANCREAI, avec l'appui des ARS, de la CNSA et de collectivités territoriales.

Ci-après l'extrait des instructions des enquêtes :

Les enquêtes sont complétées à partir d'une application unique sécurisée dont l'adresse de connexion est la suivante : <https://dep.adc.education.fr/hand/>

Les chargés de saisie peuvent répondre aux deux enquêtes selon deux procédures distinctes :

- par l'utilisation du **formulaire en ligne de l'application** qui permet de saisir un à un l'ensemble des élèves ;
- **ou** par le **chargement d'un fichier Excel** comportant **l'ensemble des données** qui alimente la base de données via l'application (cf. notice d'utilisation en ligne).

Ce fichier peut être :

- constitué en renseignant les **deux fichiers Excel types**, un pour le premier degré et un pour le second degré, disponibles sur le site de l'application « Hand » des enquêtes (onglet « instructions, nomenclatures... »). Ces fichiers types comportent, pour chaque ligne de colonne, un menu déroulant affichant les modalités de réponse possibles.

- généré automatiquement à partir d'une **application de gestion des élèves en situation de handicap**, en particulier AGESH.

Il est recommandé d'utiliser l'application depuis le navigateur internet « Mozilla Firefox ». DGESCO

La mise en conformité au règlement général sur la protection des données (RGPD) d'AGESH (l'analyse d'impact relative à la protection des données a été validée ; l'arrêté est en cours de validation par la DAJ), devrait permettre d'imposer l'utilisation d'AGESH par les académies³. Les réflexions et travaux de construction d'un décisionnel AGESH pourront alors être engagés afin d'obtenir des données sur les ESH directement via AGESH.

1.1.2. L'enquête 32

Cette enquête annuelle recueille des données concernant les enfants en situation de handicap accueillis dans un EMS. La saisie est réalisée par les établissements (généralement par l'enseignant en charge des élèves), en octobre, via une plateforme qui permet de renseigner l'enquête pour les élèves présents à la date de l'enquête. Les DSDEN peuvent réaliser une validation des données saisies, sans que cela ne soit obligatoire et ne conditionne le traitement des données par la DEPP. La liste des établissements est actualisée annuellement par les DSDEN⁴.

L'enquête concerne⁵ :

- Les enfants jeunes en situation de handicap âgés de 2 à 30 ans qui sont accueillis et scolarisés dans l'unité d'enseignement d'un ESMS et/ou dans une autre structure (éducation nationale, enseignement agricole, CFA...).
- Les enfants jeunes âgés de 3 à 16 ans qui sont accueillis dans un ESMS ou un établissement sanitaire et qui ne sont pas scolarisés par l'éducation nationale. Les établissements hospitaliers ou médico-sociaux publics ou privés concernés sont les suivants :
 - établissements de santé ;
 - établissements hospitaliers ;
 - centres de lutte contre la tuberculose ;
 - maisons d'enfants à caractère sanitaire ;
 - maisons de réadaptation fonctionnelle ;
 - établissements médico-sociaux ;

³ L'obligation d'utilisation d'AGESH par les académies mériterait selon la mission d'être précédée par une refonte de l'application, afin qu'elle soit plus ergonomique et réponde aux besoins métiers des principaux utilisateurs (notamment les enseignants référents) - cf. annexe 6.

⁴ Pour la collecte de l'enquête 32 de l'année scolaire 2022-23, 72 % des ESMS ont répondu, 23 % ont déclaré ne pas être concernés, 5 % n'ont pas répondu. Seule la moitié des DSDEN a validé (source : DEPP).

⁵ Source : DEPP. L'enquête 32 concerne les établissements pour lesquels il existe une offre d'enseignement (telle que des unités d'enseignement). Dans cette enquête, sont collectés les élèves de 3 à 16 ans accueillis dans un ESMS et non scolarisés mais très peu d'informations sont collectées sur ces élèves et il est fort probable qu'une faible partie de ces enfants ne soit pas comptabilisée par l'enquête.

- instituts médico-éducatifs (IME) ;
- instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;
- instituts d'éducation motrice (IEM) ;
- établissements pour enfants polyhandicapés ;
- établissements pour enfants déficients visuels ;
- établissements pour enfants déficients auditifs.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne sont pas concernés par l'enquête. Cependant, depuis la rentrée 2016, les élèves bénéficiant de temps de scolarisation uniquement via les unités d'enseignement adossées à un SESSAD (en particulier les unités d'enseignement en maternelle Autisme - UEMA) entrent dans le champ de l'enquête.

Depuis la rentrée 2021, les Unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) relèvent de l'enseignement ordinaire et ne sont plus recensées dans l'enquête n° 32 mais dans l'enquête n° 3.

1.2. L'enquête quadriennale de la DREES auprès des établissements et services accompagnant des personnes handicapées (ES-Handicap)

La première enquête menée par la DREES, portant spécifiquement sur le champ du handicap, date de 2001. Depuis cette date, la DREES renouvelle cette enquête tous les quatre ans. En 2017, un arrêté⁶ a fixé le cadre de cette enquête. L'enquête couvre la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (DROM). La DREES identifie les structures à partir de leur numéro FINESS, en distinguant les structures pour enfants et adolescents des structures pour adultes.

Les éléments sont recueillis via un questionnaire complété en ligne par chaque structure. Les ARS réalisent un premier contrôle et d'éventuels redressements. La DREES procède à une validation finale avant exploitation des données.

Les éléments collectés concernent l'activité des structures, le profil des personnels, des données sur les personnes présentes (en particulier âge, sexe, pathologie, déficience principale et associée, incapacité, conditions d'hébergement, lieu de scolarisation, classe suivie, bénéfice de l'aide sociale à l'enfance) au 31 janvier de l'année en cours. Des données tenant aux personnes sorties définitivement en cours d'année sont également recueillies. L'enquête menée en 2022, dont les résultats ne sont pas disponibles à ce jour, comportera des données d'identification des personnes accueillies, permettant en particulier la suppression systématique des doublons (personnes prises en charges par plusieurs structures). Les données disponibles les plus récentes sont issues de l'enquête réalisée en 2018.

1.3. Les travaux de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Les données de la DEPP et de la DRESS alimentent la publication annuelle de la CNSA sur l'autonomie⁷. En parallèle, la caisse nationale mène annuellement une enquête auprès des MDPH⁸ qui rencontre les mêmes limites que les études susvisées. Cela est d'autant plus dommageable que seules les MDPH ont connaissance de la totalité des enfants en situation de handicap. La CNSA déploie actuellement un système statistique, s'appuyant sur module handicap du portail Via Trajectoire⁹.

⁶ Arrêté du 27 juin 2017 relatif au traitement d'une enquête statistique périodique sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux, leur personnel et leurs usagers.

⁷ Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie.

⁸ Baromètre des maisons départementales des personnes handicapées.

⁹ À noter que les données administratives des SI harmonisés des MDPH ont vocation à alimenter un système national statistique intitulé le Centre de données des SI des MDPH. Les données étant anonymisées dès la sortie, la DREES a été autorisée par le Conseil national de l'information statistique à y accéder dans le cadre d'une procédure type « tiers de confiance »

1.4. Les travaux de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation

1.4.1. Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

L'ATIH assure depuis 2021 la gouvernance du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'ATIH et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) participent à la gouvernance. Cet outil, qui existe depuis 2015¹⁰, a été généralisé en 2019 avec la parution d'un arrêté¹¹ rendant obligatoire le remplissage annuel de ce tableau de bord par les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Les ARS et les conseils départementaux, avec l'appui technique de l'ATIH, accompagnent les ESMS pour le remplissage de ce tableau de bord. Ce tableau de bord comporte d'une part des données de caractérisation de chaque ESMS et d'autre part des indicateurs tenant :

- aux prestations de soins et d'accompagnement, au profils et parcours des personnes accompagnées,
- aux ressources humaines,
- aux ressources budgétaires et financières,
- aux systèmes d'information.

Ce tableau de bord est un outil de pilotage interne qui alimente la démarche de contractualisation (CPOM¹²) entre les ARS et les établissements et services médico-sociaux. Il permet par ailleurs aux ESMS de se comparer. Son accès est limité.

1.4.2. L'expérimentation SERAFIN PH¹³

En parallèle, dans le cadre du projet de réforme de la tarification « SERAFIN-PH », l'ATIH mène depuis 2022 une expérimentation portant sur les structures accueillant des personnes en situation de handicap, dans le but de simuler les impacts du pré-modèle de financement des ESMS. Cette expérimentation se fait sur un échantillon d'ESMS volontaires (un échantillon tronc commun et deux sous échantillons « parcours » et « temps »). Les établissements saisissent les données dans le logiciel de recueil RAMSECE-PH. Le recul n'est pas à ce jour suffisant pour exploiter ces données.

1.5. La plateforme Handidonnées et les enquêtes des CREAI

Les centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI)¹⁴ ont pour mission de réaliser des études, des formations et de la recherche sur le champ du handicap, de la protection de l'enfance et de l'insertion sociale. Les études sont réalisées sur la base d'enquêtes auprès des publics ou établissements concernés. Ainsi, les données des études identifiées par la mission sur le thème de l'inclusion scolaire ont été recueillies par les établissements ou services médico-sociaux, les ARS (délégations départementales) et les inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation et de la scolarisation des élèves en situation de handicap (IEN ASH), avec l'appui des CREAI qui assurent la consolidation des données. Ce mode de recueil, différent de celui de la DREES et de la DEPP, explique les différences dans les résultats. Compte tenu de la méthode employée et de la proximité du terrain, on peut estimer que les études produites par les CREAI estiment au plus juste la réalité du terrain au jour de l'enquête.

L'ANCREAI pilote la plateforme Handidonnées, à laquelle participe également la CNSA, des ARS et des collectivités territoriales. Cette plateforme regroupe des données issues de services de l'État (rectorats, DEPP, DIRECCTE...) et d'organismes ayant des missions de service public (INSEE, CAF, MSA, MDPH, AGEFIPH, ATIH...) sur les personnes en situation de handicap et sur l'offre d'accompagnement proposée dans les territoires. Les données sont disponibles par département, par région et nationalement pour certaines. Des

¹⁰ Entre 2015 et 2020, la gouvernance était assurée par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

¹¹ Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

¹² Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

¹³ Services et établissements : Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées.

¹⁴ Les CREAI, au nombre de 13, sont des associations à dimension régionale créées par arrêté ministériel en 1964. Elles sont fédérées au sein de l'ANCREAI.

analyses issues de l'exploitation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social et des études menées par les CREAL sont disponibles sur la plateforme.

2. Une diminution continue du nombre total d'élèves scolarisés dans des établissements publics et privés

Entre les rentrées 2017 et 2021, le nombre d'élèves scolarisés dans le premier et le second degré dans des établissements publics et privés sous contrat avec le ministère chargé de l'éducation nationale a diminué de 1,7 %, passant de 12 346 837 à 12 136 366¹⁵ (tableau 1).

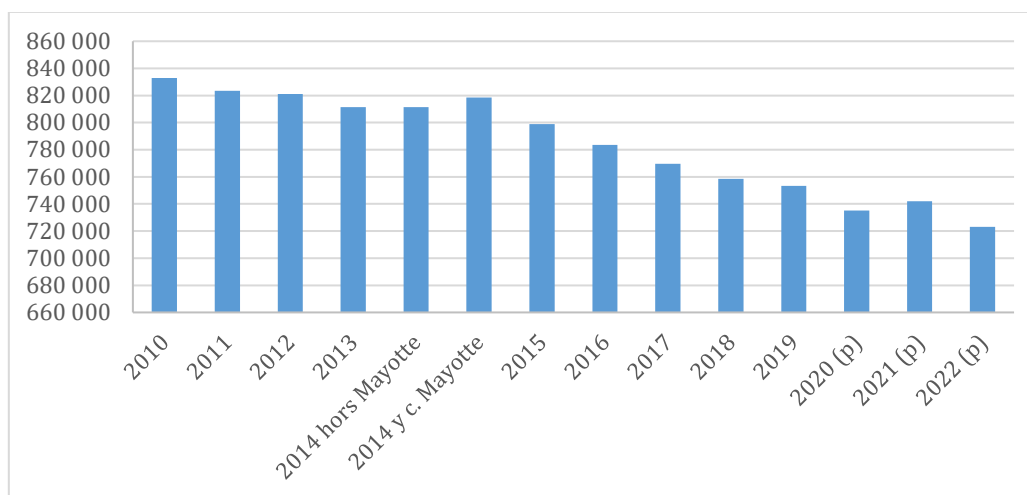
Tableau n° 1 : Évolution des effectifs d'élèves, en milliers, scolarisés dans le premier degré et le second degré dans des établissements publics et privés sous contrats

	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020-2021 (%)	Évolution 2017-2021 (%)
Premier degré	6 744,0	6 704,3	6 653,5	6 565,8	6 481,5	-1,3	-3,9
Second degré	5 602,9	5 616,4	5 646,9	5 657,0	5 654,8	0	0,9
Total	12 346,8	12 320,7	12 300,4	12 222,8	12 136,4	-0,7	-1,7

Source : édition 2022 du document *Repères et références statistiques (DEPP/MENJ)*

À la rentrée 2021, les effectifs du premier degré diminuent pour la cinquième année consécutive (1,3 %), compte tenu de **la baisse des naissances depuis 2010**. À la rentrée 2021, les effectifs du second degré sous statut scolaire du ministère de l'éducation nationale stagnent. Les effectifs des formations professionnelles sont en baisse (- 1,8 %) tandis que les effectifs des formations générales et technologiques sont en hausse (+ 1,0 %). La baisse des effectifs devrait se poursuivre, avec un nombre annuel de naissances qui continue de baisser (cf. graphique 1).

Évolution du nombre annuel de naissances depuis 2010



p : naissances année n : données provisoires arrêtées à fin novembre 2022.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : INSEE (2023), estimations de population et statistiques de l'état civil. Données retravaillées par la mission

Les évolutions des effectifs d'élèves sont hétérogènes suivant les départements (tableau 29¹⁶) et selon le degré d'enseignement. Dans le premier degré, 94 départements connaissent une baisse de leur population scolaire entre 2017 et 2021 (tableau 30). Elle est particulièrement importante dans les départements ruraux (par exemple, la baisse est supérieure à 9 % dans les départements suivants : Ardennes, Orne, Haute-Saône,

¹⁵ Édition 2022 du document « Repères et références statistiques », DEPP/MENJ.

¹⁶ Pour une lecture plus aisée, les tableaux départementaux ont été regroupés dans le chapitre 5 en fin d'annexe.

Vosges) ainsi que dans les deux départements antillais (Martinique et Guadeloupe) avec une baisse sur 5 ans supérieure à 10 %.

Sur cette période, seuls sept départements voient leur nombre d'élèves scolarisés dans le premier degré augmenter. Les effectifs du premier degré des départements ultra-marins de Guyane (7,1 %) et de Mayotte (9 %) sont en augmentation importante. Pour les cinq autres départements, il s'agit de départements urbains avec des dynamiques démographiques supérieures à la moyenne nationale, comme des départements franciliens (Val d'Oise, + 2,2 % ; Essonne, + 0,4 %) ou abritant des métropoles importantes (Haute-Garonne, + 0,7 % ; Hérault, + 0,1 %).

Dans le second degré, 58 départements connaissent une baisse des effectifs d'élèves entre 2017 et 2021 : cette baisse est supérieure à 5 % dans sept départements ruraux (Haute-Marne, - 7,4 % ; Meuse, - 6,7 % ; Hautes-Pyrénées, - 6,0 % ; Vosges, - 5,5 % ; Indre, - 5,4 % ; Manche, - 5,3 %), ainsi que dans les deux départements antillais (Guadeloupe, - 6,9 % ; Martinique, - 10,4 % - Tableau 31). À l'inverse, sur la période, 43 départements voient leur nombre d'élèves augmenter. Cette hausse est supérieure à 10 % en Guyane et à Mayotte et à 4,5 % dans l'Ain (+ 5,9 %), ainsi que dans six départements abritant des métropoles importantes (Gironde, + 4,6 % ; Rhône, + 4,6 % ; Essonne, + 4,9 % ; Seine-Saint-Denis, + 4,9 % , Val d'Oise, + 5,8 % ; Haute-Garonne, + 6,2 %).

3. Une évolution soutenue du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés

3.1. Une augmentation des effectifs d'ESH scolarisés plus marquée dans le second degré

À la rentrée 2021, selon les chiffres de la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale (DEPP), à côté des 67 000 élèves en situation de handicap (ESH) scolarisés en établissements hospitaliers ou médico-sociaux¹⁷, 409 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements scolaires et 13 203 en scolarité partagée. Au total, 430 000 ESH sont scolarisés en totalité ou en partie en milieu ordinaire. Entre 2017 et 2021, le nombre d'ESH âgés de 2 à 30 ans est passé de 390 771 à 472 441, soit un taux de croissance annuelle moyen de 4,2 %.

Ainsi, alors que la population scolaire générale baisse, on observe une augmentation progressive et continue des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire et des enfants en scolarisation partagée (respectivement + 27 % et + 20 % - tableau 2). Les augmentations d'effectifs sur la période sont plus marquées pour le second degré que pour le premier degré, étant respectivement de 40,4 % et 17,3 %. La progression plus forte des ESH dans le second degré suggère que davantage d'enfants sont reconnus et comptabilisés comme ESH dans le second degré et/ou que la poursuite d'études d'enfants déjà reconnus comme handicapés en premier degré s'est améliorée.

Tableau n° 2 : Évolution de la scolarisation des élèves de 2 à 30 ans en situation de handicap accueillis en établissements publics et privés sous et hors contrat, en France métropolitaine et DROM (dont Mayotte à partir de 2012) entre 2004 et 2021

Année	2004	2012 y c. Mayotte	2017	2018	2019	2020	2021	évol. 2020/21	évol. 2017/21
Premier degré	96 396	136 421	181 158	185 563	194 494	200 421	212 441	6	17,3
dont PPS (1)		136 421	181 158	185 563	194 494	200 421	212 441	6	17,3
Classe ordinaire	58 812	90 900	130 506	134 438	142 026	147 365	158 505	7,6	21,5
ULIS	37 584	45 521	50 652	51 125	52 468	53 056	53 425	0,7	5,5
UEEA							511		

¹⁷ La donnée DEPP concernant le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en ESSMS diffère sensiblement des données de la DREES. La mission investiguera les raisons de cet écart.

Second degré	37 442	89 142	140 318	152 232	166 680	183 619	196 968	7,3	40,4
dont PPS (1)		89 142	140 318	152 232	166 680	183 619	196 968	7,3	40,4
Classe ordinaire	31 454	63 261	98 445	107 341	118 310	130 689	141 683	8,4	43,9
dont SEGPA collège	n.d.	16 030	15 340	15 056	16 485	17 293	18 616	7,7	21,4
ULIS	5 988	25 881	41 873	44 891	48 370	52 930	55 285	4,4	32
Total en milieu ordinaire (2)	133 838	225 563	321 476	337 795	361 174	384 040	409 409	6,61	27,4
Étab. sanitaires	6 922	8 273	8 086	8 249	7 659	7 826	7 231 (5)	-7,6	-10,6
Étab. médico-sociaux	70 219	71 600	70 272	71 802	69 679	69 677	66 653 (5)	-4,3	-5,1
Total étab. spécialisés (3)	77 141	79 873	78 358	80 051	77 338	77 503	73 884 (5)	-4,7	-5,7
dont scolarisation partagée	n.d.	7 075	9 063	9 826	10 690	10 533	10 852 (5)	3	19,7
Ensemble (4)	210 979	298 361	390 771	408 020	427 822	451 010	472 441 (5)	4,8	20,9

1. *Projet personnalisé de scolarisation.*

2. *Y compris élèves scolarisés en UEEA à partir de 2021.*

3. *Hors enfants accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.*

4. *Hors scolarité partagée à partir de 2012 pour éviter les doubles comptes.*

5. *Données actualisées par la mission à partir de la Base Centrale de Pilotage du MENJ (BCP).*

Source : DEPP et DGESCO, Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

3.1.1. Une hétérogénéité départementale dans l'évolution des effectifs d'élèves en situation de handicap (ESH) entre 2017 et 2021 ainsi que dans la part d'ESH scolarisés en milieu ordinaire par rapport nombre total d'élèves scolarisés dans le premier et le second degré (voir tableaux et cartes départementaux en fin d'annexe)

Entre 2017 et 2021, les effectifs d'ESH sont en hausse dans tous les départements sauf dans l'Ain (- 4,63 %), la Haute-Saône (- 11,72 %), la Lozère (- 7,74 %) et la Guyane (- 5,11 %) (tableau 32). Si les baisses des effectifs d'ESH sont corrélées avec celles de la population scolaire en Haute-Saône (- 6,9 %) et en Lozère (- 5 %), elles ne le sont pas dans l'Ain (+ 1,8 %) et encore moins en Guyane, où la population scolaire est en forte croissance (+ 8,4 %). Dans 18 départements, la hausse des effectifs d'ESH est supérieure à 30 %, dont 4 départements avec une hausse supérieure à 40 % (Cantal, Haute-Garonne, Corse-du-Sud, Alpes-de-Haute-Provence) et 2 départements avec une hausse supérieure à 50 % (Gers, Hérault). Sur la même période, la population scolaire totale est en hausse pour 5 départements (Mayotte, Haute-Garonne, Haute Savoie, Hérault et Seine-et-Marne) alors que dans les 13 autres départements, la population scolaire totale est en baisse.

La hausse des effectifs d'ESH scolarisés en milieu ordinaire dans le premier degré entre 2017 et 2021 est supérieure à 30 % dans 17 départements (tableau 33) pour le premier degré¹⁸. Sur ces 17 départements, seuls quatre ont dans le même temps des effectifs d'élèves dans le premier degré en hausse (Haute-Garonne + 0,7% ; Hérault + 0,1% ; Haute-Savoie + 1 % ; Mayotte + 9,3 %). La hausse des effectifs d'ESH scolarisés en milieu ordinaire dans le second degré entre 2017 et 2021 est supérieure à 30 % dans 70 départements (tableau 34)¹⁸. Sur ces 70 départements, 38 ont dans le même temps des effectifs d'élèves dans le second degré en baisse.

Pour l'ensemble des départements français, la part des ESH parmi l'ensemble des élèves est de 3,9 %¹⁹ en 2021-2022, en augmentation de 0,7 point par rapport à 2017-18 (tableau 35 et graphique 2). Sur la période,

¹⁸ Source : DEPP BCP pour les élèves scolarisés dans le public et le privé sous et hors contrat.

¹⁹ Si on ne considère que les élèves scolarisés en milieu ordinaire dans le public et le privé sous contrat, la part de l'ensemble des ESH par rapport à la population scolaire totale est de 3,4 % en 2021-2022.

cette part augmente dans 97 départements français et diminue dans quatre départements (Guyane, Ain, Haute-Saône, Lozère). Les 5 départements dans lesquels elle augmente le plus sont : le Gers (+ 2,8 %), le Cantal (+ 1,9 %), le Pas-de-Calais (+ 1,9 %), l'Hérault (+ 1,8 %) et les Hautes-Alpes (+ 1,7 %).

En 2021-22, la part des ESH par rapport au nombre total d'élèves est assez hétérogène selon les départements : de 1,1 % (Mayotte) à 6,6 % (Gers). En 2021-2022, cette part est supérieure à 5,0 % dans 15 départements contre un seul seulement à la rentrée 2017. Il s'agit de départements majoritairement ruraux (Aveyron, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Creuse, Lot, Indre, Cantal, Haute-Marne, Ariège, Nièvre, Hautes-Alpes, Gers), ainsi que de la Haute-Garonne, de l'Hérault et du Pas-de-Calais. Ces trois derniers départements figurent parmi les dix départements avec les effectifs d'ESH les plus élevés.

3.1.2. Répartition des départements en fonction de la part des ESH par rapport aux effectifs totaux d'élèves en 2021-2022

Champ : France métropolitaine + DROM, public + privé sous contrat et établissements spécialisés.

DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré et RERS 2022. DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

3.2. Une proportion d'enfants non scolarisés qui régresse lentement

Selon la DREES, en 2018, 55 % des enfants et jeunes accueillis en établissement médicosocial (ESMS), sont scolarisés en interne et 22 % en milieu ordinaire. Enfin, 21% ne sont pas scolarisés. Ces proportions varient selon les structures. Ainsi, en IME, 13 % des enfants sont scolarisés en unité externe et 4 % en classe ordinaire en temps complet ou partiel. Ces proportions sont respectivement de 10 et 35 % dans les ITEP (tableau 3). Par ailleurs, la DREES souligne la lente régression de la proportion d'enfants accueillis en établissement ou en service non scolarisés, celle-ci passant de 10 % en 2010, à 9 % en 2014 et 8 % en 2018²⁰.

Le taux d'enfants non scolarisés varie selon la nature du handicap et selon le type d'établissements, ces variables pouvant être rapprochées, en particulier pour certains handicaps²¹. Ainsi, 69 % des enfants pris en charge dans un établissement pour polyhandicapés ne sont pas scolarisés contre seulement 2 % des enfants en ITEP ou des jeunes en instituts sensoriels.

Tableau n° 3 : Répartition selon les modalités de scolarisation des enfants de 6 à 15 ans accueillis en ESMS au 31 décembre 2018

Scolarisation / Types de structures (en %)	IME	ITEP	Étblmts pour enfants poly-handicapés	Instituts d'éducation motrice	Étblmts pour jeunes déficients sensoriels	Services pour enfants	Ensemble (hors doublons)
Non scolarisé	12,1 %	1,9 %	69,3 %	13,4 %	3,5 %	1,8 %	7,9 %
Unité d'enseignement dans un établissement médico-social	67,9 %	41,6 %	28,2 %	61,4 %	47,7 %	0,8 %	34,8 %
Unité d'enseignement externalisée dans un établissement scolaire	12,7 %	9,7 %	< 1 %	8,3 %	26,9 %	0,6 %	7,4 %
Enseignement ordinaire à temps complet ou partiel (hors ULIS, SEGPA, EREA)	4,1 %	34,8 %	1,9 %	7 %	15,3 %	44,3 %	25 %
ULIS - 1er degré	1,2 %	1,8 %	< 1 %	1,3 %	2,3 %	25,3 %	11,2 %
ULIS - 2nd degré	1,2 %	2,5 %	< 1 %	3,1 %	3,0 %	18,4 %	8,6 %
SEGPA	< 1 %	6 %	-	< 1 %	0,7 %	5,9 %	3,3 %

²⁰ DREES : Études et Résultats, mai 2022, n° 1231.

²¹ Enfants accueillis en établissement pour enfants polyhandicapés ou pour jeunes déficients sensoriels.

EREA	< 1 %	< 1 %	-	4,4 %	< 1 %	1,1 %	0,7 %
Autre	0,7 %	1,2 %	< 1 %	0,8 %	0,6 %	1,7 %	1,1 %
Total scolarisation milieu ordinaire	19,2 %	54,9 %	1,9 %	24 %	48,1 %	95,7 %	50,2 %

Source : DREES, enquête ES-Handicap 2018, données retravaillées par la mission

3.3. Des établissements publics qui accueillent proportionnellement davantage d'ESH que les établissements privés sous contrat

En 2021-22, les établissements privés sous contrat scolarisent 2 059 121 élèves soit 17 % de l'ensemble des élèves. Dans le premier degré, les établissements privés sous contrat scolarisent 867 704 élèves soit 13,4 % des effectifs totaux et, dans le second degré, 1 191 417 élèves soit 21,1 % des effectifs totaux. Durant cette même année scolaire, ces établissements scolarisent 12,8 % de l'ensemble des ESH en milieu ordinaire. La part du secteur privé sous contrat est différente dans le second et le premier degré : dans le premier degré, les écoles privées sous contrat scolarisent 9,5 % des ESH, alors que dans le second degré, les établissements privés sous contrat scolarisent 16,4 % des ESH.

Ainsi, en proportion des effectifs d'élèves, les établissements privés scolarisent une part moins importante des ESH que les établissements publics, la part des ESH scolarisés dans les établissements privés étant inférieure de 4 à 5 points de la part totale des élèves scolarisés dans les établissements publics dans le premier degré et le second degré.

Tableau n° 4 : Évolution des effectifs d'ESH scolarisés en milieu ordinaire dans les établissements publics et privés sous contrat entre les années scolaires 2017-18 et 2021-22

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
Milieu ordinaire 1er degré	180 977	185 472	194 396	200 294	212 351
SECTEUR PUBLIC	163 624	167 757	175 921	181 118	192 107
% SECTEUR PUBLIC	90,4	90,4	90,5	90,4	90,5
SECTEUR PRIVE SOUS-CONTRAT	17 353	17 715	18 475	19 176	20 244
% SECTEUR PRIVE SOUS-CONTRAT	9,6	9,6	9,5	9,6	9,5
Milieu ordinaire 2nd degré	140 103	152 078	166 563	183 465	196 808
SECTEUR PUBLIC	116 965	126 847	139 014	153 438	164 524
% SECTEUR PUBLIC	83,5	83,4	83,5	83,6	83,6
SECTEUR PRIVE SOUS-CONTRAT	23 138	25 231	27 549	30 027	32 284
% SECTEUR PRIVE SOUS-CONTRAT	16,5	16,6	16,5	16,4	16,4
Total Milieu ordinaire	321 080	337 550	360 959	383 759	409 159
SECTEUR PUBLIC	280 589	294 604	314 935	334 556	356 631
% SECTEUR PUBLIC	87,4	87,3	87,2	87,2	87,2
SECTEUR PRIVE SOUS CONTRAT	40 491	42 946	46 024	49 203	52 528
% SECTEUR PRIVE SOUS-CONTRAT	12,6	12,7	12,8	12,8	12,8

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat.

Source : DEPP et DGESCO, Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré). Données de la BCP retravaillées par la mission

3.4. À la rentrée 2021, les garçons représentent 70 % des élèves en situation de handicap

On observe une surreprésentation des garçons parmi les élèves en situation de handicap. Entre 2017-2018 et 2021-2022, la proportion de garçons parmi les ESH est passée de 69,3 % à 70,1 % de l'ensemble des ESH.

La proportion de garçons augmente progressivement chaque année depuis 2013-2014²² (67,9 % de garçons en 2013-2014). Cette proportion est similaire pour les ESH scolarisés en milieu ordinaire dans le premier et le second degré. La proportion de filles scolarisées en établissements spécialisés est légèrement plus élevée (34,3 %) ; mais les filles ne représentent que 20,4 % des ESH bénéficiant de scolarité partagée (tableau 5).

Tableau n° 5 : Évolution des effectifs d'ESH scolarisés par sexe entre 2017-2018 et 2021-2022

Année scolaire	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
Milieu ordinaire 1er degré	181 158	185 563	194 494	200 421	212 441
% FEMININ	29,9	29,8	29,5	29,2	29,1
% MASCULIN	70,1	70,2	70,5	70,8	70,9
Milieu ordinaire 2nd degré	140 318	152 232	166 680	183 619	196 968
% FEMININ	30	29,6	29,5	29,3	29,4
% MASCULIN	70	70,4	70,5	70,7	70,6
Total Milieu ordinaire	321 476	337 795	361 174	384 040	409 409
% FEMININ	29,9	29,7	29,5	29,3	29,3
% MASCULIN	70,1	70,3	70,5	70,7	70,7
Étab. médico-social ou hospitalier	69 295	70 225	66 648	66 970	63 032
% FEMININ	34,2	34,3	33,8	33,7	34,3
% MASCULIN	65,8	65,7	66,2	66,3	65,7
dont scolarisation partagée	9 063	9 826	10 690	10 533	10 852
% FEMININ	21,4	21,3	21,2	21,2	20,4
% MASCULIN	78,6	78,7	78,8	78,8	79,6
Total Milieu ordinaire + Étab. médico-social ou hospitalier	390 771	408 020	427 822	451 010	472 441
% FEMININ	30,7	30,5	30,2	29,9	29,9
% MASCULIN	69,3	69,5	69,8	70,1	70,1

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP et DGESCO, Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

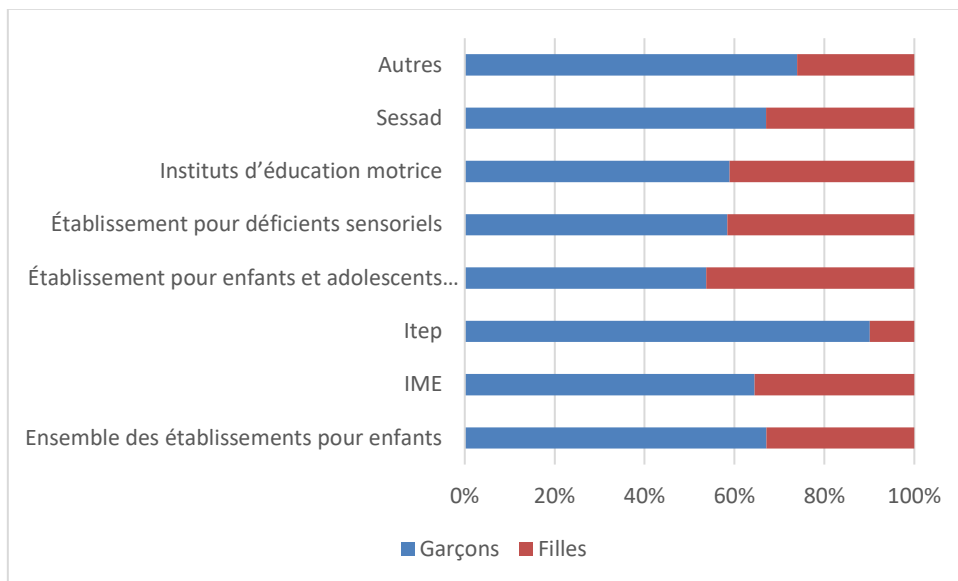
Peu d'éléments d'analyse sont disponibles pour expliquer cette inégalité de répartition des ESH selon leur sexe. On peut cependant faire une analogie avec les élèves scolarisés dans les dispositifs SEGPA (60 % garçons en 2021²³).

L'enquête quadriennale de 2018 de la DREES concernant spécifiquement les enfants et jeunes accompagnés par des ESMS, met en évidence un sexe ratio qui diffère sensiblement selon la structure. Ainsi, 9 ESH sur 10 en ITEP sont des garçons alors que l'on observe une quasi-parité dans les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (graphique 3).

²² Source : MENJ/DEPP/DGESCO- Données de la BCP.

²³ Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP)- Repères et références statistiques (RERS) 2022.

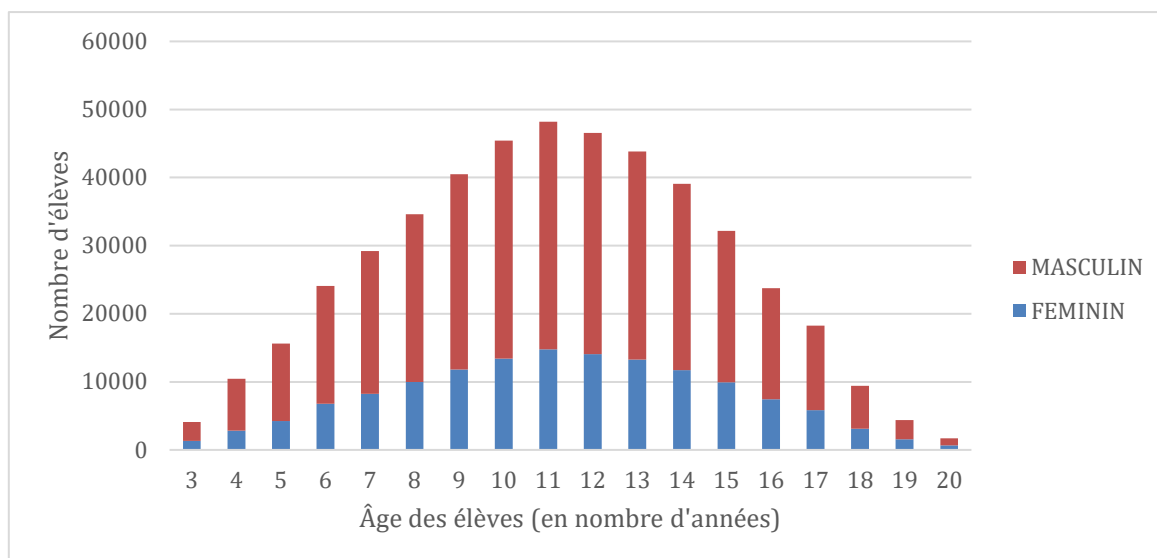
Graphique 1 : Répartition des enfants et jeunes en situation de handicap de moins de 20 ans pris en charge par un ESMS par sexe et par type de structure – données au 31 décembre 2018



Source : DREES, enquêtes ES-handicap 2018

La répartition selon l'âge des ESH suit une courbe d'allure gaussienne, les enfants les plus nombreux étant âgés de 9 à 14 ans. Le sexe ratio est proche de la valeur moyenne quel que soit l'âge des ESH, avec toutefois une légère surreprésentation des garçons avant 10 ans et une sous-représentation à partir de 15 ans (graphique 4).

Graphique 2 : Répartition des ESH selon l'âge et selon le sexe (en %) en 2021-2022

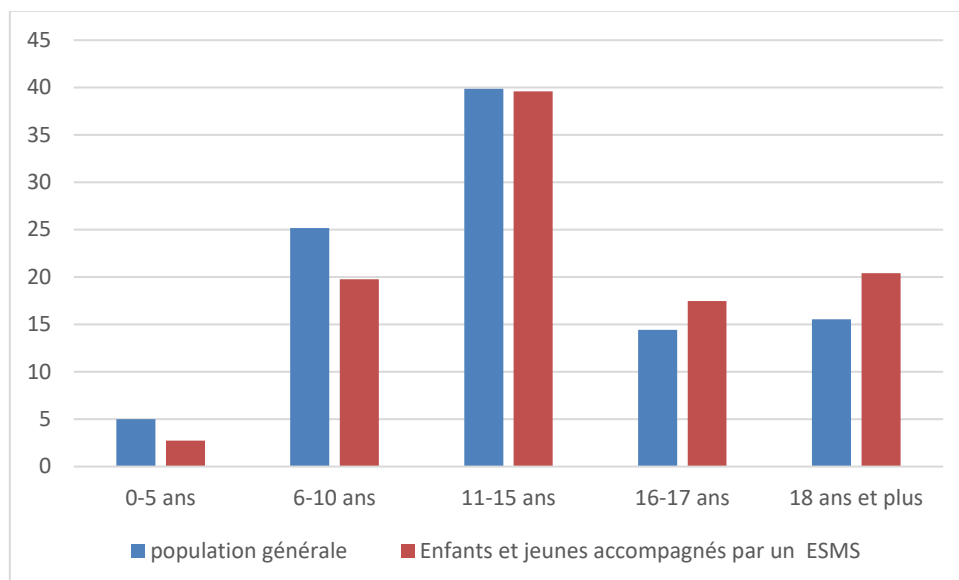


Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat, établissements sanitaires et médicaux sociaux. Élèves âgés entre 3 et 20 ans.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré ; DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux). Données de la BCP retravaillées par la mission.

Si on ne considère que les ESH accompagnés par un ESMS (graphique 5), on constate que cette répartition est proche de la pyramide des âges de la population générale, avec toutefois une légère sous-représentation des ESH avant 11 ans et une surreprésentation après 15 ans.

Graphique 3 : Répartition des enfants et adolescents en population générale et accompagnés par un ESMS par classes d'âge. Données au 31 décembre 2018



Source : DREES, enquêtes ES-handicap 2018

3.5. Plus de la moitié des ESH présentent des troubles intellectuels et cognitifs ou des troubles du langage et de la parole

La DEPP utilise une classification des situations de handicap permettant la production de statistiques, en distinguant les catégories de troubles suivantes :

- troubles moteurs ;
- troubles intellectuels et cognitifs ;
- cécité et autres troubles des fonctions visuelles ;
- surdité sévère et profonde et autres troubles des fonctions auditives ;
- troubles psychiques ;
- troubles du langage et de la parole ;
- troubles viscéraux ;
- plusieurs troubles associés ;
- d'autres troubles.

Depuis 2018, les troubles relevant du spectre de l'autisme (TSA) sont également répertoriés dans les statistiques de la DEPP²⁴.

Or, cette catégorisation des ESH par familles de troubles ne correspond pas à la nomenclature figurant en annexe de l'arrêté du 6 février 2008, relative au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles.

La mission note que l'absence de concordance entre les catégories statistiques utilisées par le MENJ et celles utilisées par les MDPH peut être une difficulté supplémentaire pour assurer la connaissance et le suivi partagés des élèves en situations de handicap par les différents acteurs de cette politique publique.

Les élèves présentant des troubles intellectuels et cognitifs ou des troubles du langage et de la parole représentent ensemble un peu plus de la moitié des élèves en situation de handicap (ESH) scolarisés en 2021-2022 (en milieu ordinaire et en établissements sanitaires et médicaux sociaux). Au sein de cet ensemble, la proportion des élèves avec troubles du langage et de la parole a progressé de 14,2 % à 17,3 %, alors que celle des élèves avec troubles intellectuels et cognitifs a baissé de 41,3 % à 38,2 %. En effet, les effectifs des élèves avec troubles du langage et de la parole entre 2017 et 2021 ont augmenté plus fortement (+ 47,3 %) que ceux des élèves avec troubles intellectuels et cognitifs (+ 12 %). Les effectifs d'autres catégories de troubles (polyhandicap, plusieurs troubles associés ou d'autres troubles), qui représentent en

²⁴ DEPP/MENJ, Repères et références statistiques 2018 et suivants.

proportions moins d'ESH (respectivement 0,4 %, 12,4 % et 6,7 % des ESH en 2021-22), sont également en forte augmentation (tableau 6, graphiques 6 et 7).

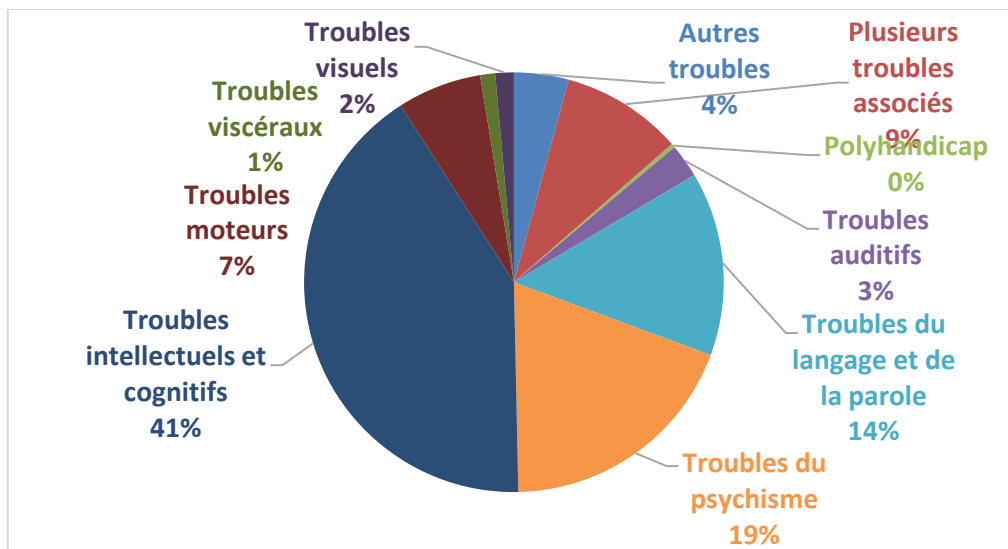
Tableau n° 6 : Évolution des effectifs d'ESH scolarisés et de leur répartition selon le type de trouble entre 2017 et 2021 (en milieu ordinaire et en établissements sanitaires et médicaux sociaux)

Types de troubles	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution 2017-2021 (%)
Autres troubles	16 416	17 425	21 155	24 996	31 853	94
% des effectifs totaux	4,2	4,3	4,9	5,5	6,7	
Plusieurs troubles associés	36 606	39 647	46 367	52 414	58 496	59,8
% des effectifs totaux	9,4	9,7	10,8	11,6	12,4	
Polyhandicap	1 172	1 262	1 772	1 832	2 021	72,4
% des effectifs totaux	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	
Troubles auditifs	10 162	10 255	9 941	10 386	10 166	0
% des effectifs totaux	2,6	2,5	2,3	2,3	2,2	
Troubles du langage et de la parole	55 385	68 025	69 758	74 863	81 560	47,3
% des effectifs totaux	14,2	16,7	16,3	16,6	17,3	
Troubles du psychisme	74 338	75 194	76 080	76 785	75 438	1,5
% des effectifs totaux	19	18,4	17,8	17	16	
Troubles intellectuels et cognitifs	161 274	163 739	169 649	176 534	180 601	12
% des effectifs totaux	41,3	40,1	39,7	39,1	38,2	
Troubles moteurs	25 333	22 248	22 978	23 121	22 492	-11,2
% des effectifs totaux	6,5	5,5	5,4	5,1	4,8	
Troubles viscéraux	4 501	4 495	4 406	4 451	4 250	-5,6
% des effectifs totaux	1,2	1,1	1	1	0,9	
Troubles visuels	5 584	5 730	5 716	5 628	5 564	-0,4
% des effectifs totaux	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2	

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEEP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux). Données de la BCP retravaillées par la mission.

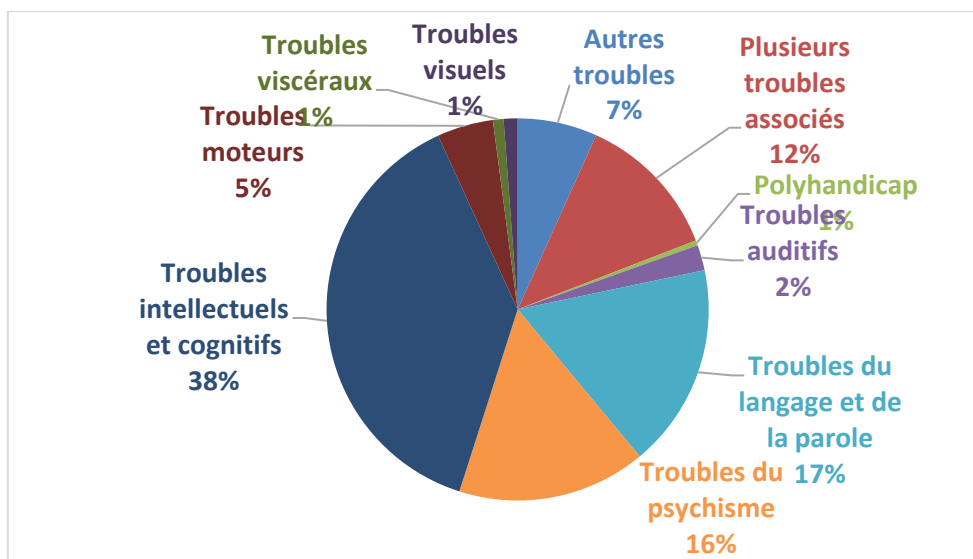
Graphique 4 : Répartition des ESH scolarisés par type de trouble en 2017-2018 (en milieu ordinaire et en établissements sanitaires et médicaux sociaux)



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission.

Graphique 5 : Répartition des ESH scolarisés par type de trouble en 2021-2022 (en milieu ordinaire et en établissements sanitaires et médicaux sociaux)



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission.

Les ESH avec des troubles du langage et de la parole et des troubles intellectuels et cognitifs représentent ensemble plus de la moitié des ESH dans le premier (54 %) et le second degré (54,4 %), mais la part des ESH avec des troubles du langage et de la parole est plus importante dans le second degré (22,2 %) que dans le premier degré (15,6 %) ²⁵.

²⁵ Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré. Données de la BCP retravaillées par la mission

L'évolution du nombre d'ESH est plus importante dans le second degré et concerne principalement les jeunes porteurs de plusieurs troubles et, dans une moindre mesure, ceux ayant des troubles du langage et de la parole, des troubles intellectuels et cognitifs et psychiques (tableau 7).

Tableau n° 7 : Évolution des effectifs d'ESH scolarisés en milieu ordinaire et de leur répartition selon le type de trouble entre 2017 et 2021 dans le 1^{er} et le 2nd degrés

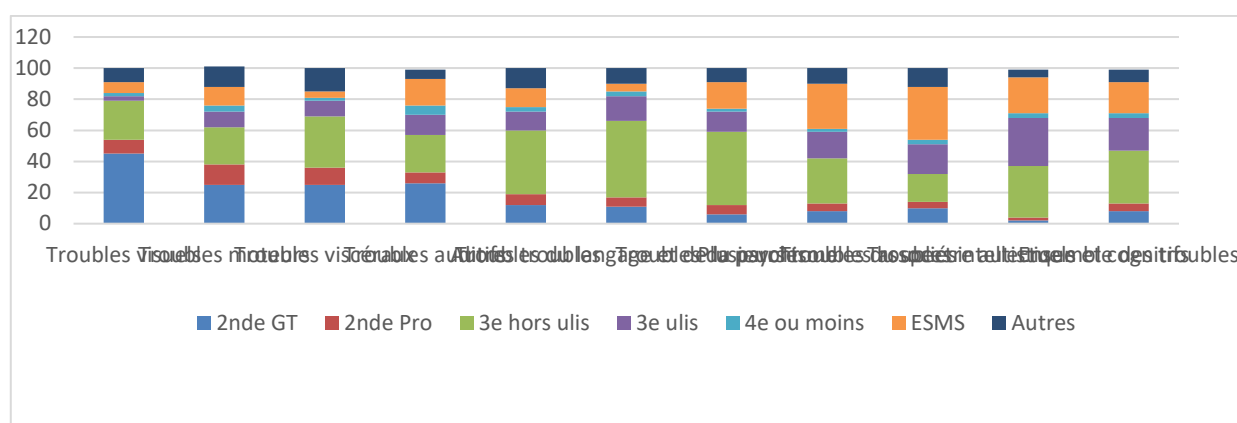
Nature du trouble/handicap	Évolution 2017-2021	
	1er degré	2nd degré
Autres troubles	98,6%	119%
Plusieurs troubles associés	63,4%	103,2%
Troubles auditifs	-5,6%	8%
Troubles du langage et de la parole	37,3%	57,1%
Troubles du psychisme	0%	22,6%
Troubles intellectuels et cognitifs	6%	35,9%
Troubles moteurs	-10,7%	-6,9%
Troubles viscéraux	-4,9%	-11,1%
Troubles visuels	-6,9%	2,8%
Tous troubles	17,3 %	40,4%

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré. Données de la BCP retravaillées par la mission.

En 2020, la DEPP a produit une analyse de la situation scolaire des jeunes issus du panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005, alors âgés de 15 ans. Près de la moitié des jeunes présentant des troubles visuels et un quart des ESH avec troubles moteurs ou auditifs sont scolarisés en classe de seconde générale. À l'inverse, un tiers des jeunes porteurs d'un TSA sont scolarisés en ESMS (graphique 8).

Graphique 6 : Situation scolaire en 2020 d'un panel d'ESH de 15 ans selon leur handicap



Champ : France métropolitaine + DROM hors Mayotte, Public + Privé.

Source : DEPP, Panel d'élèves en situation de handicap nés en 2005

La répartition des ESH en fonction de la nature du handicap des élèves scolarisés en établissements médico-sociaux ou sanitaires est différente de celle des ESH scolarisés en milieu ordinaire. Ainsi, les ESH avec troubles du psychisme et les troubles intellectuels et cognitifs représentent ensemble $\frac{2}{3}$ des ESH scolarisés en établissements spécialisés. Les élèves porteurs de troubles du langage et de la parole ne représentent que 2,2 % des ESH scolarisés en établissements spécialisés en 2021-2022 (tableau 8).

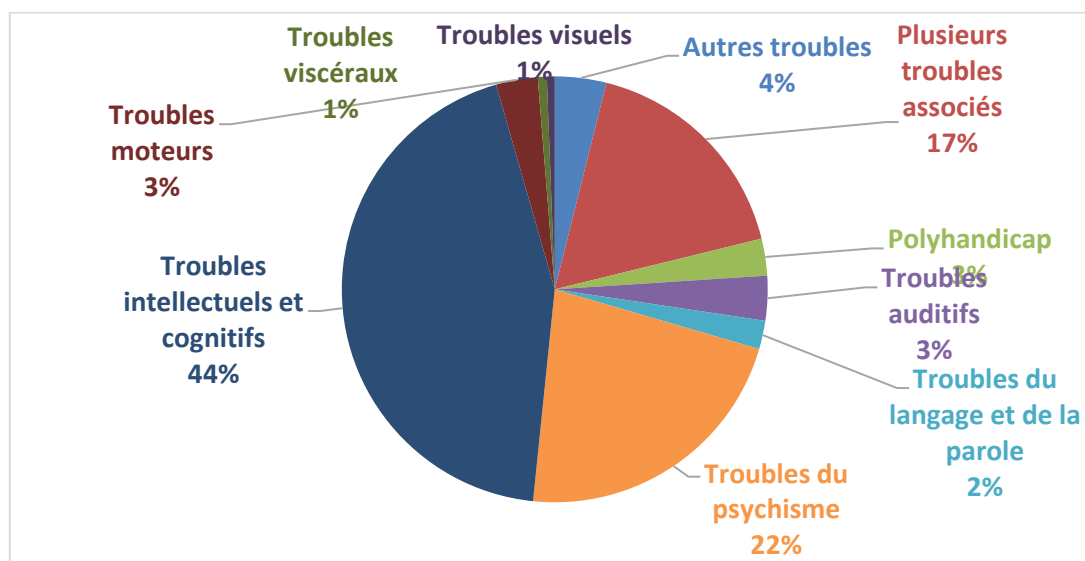
Tableau n° 8 : Évolution de la répartition des ESH scolarisés en établissements sanitaires ou médico-sociaux par type de trouble entre 2017 et 2021 (dont scolarité partagée)

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution 2017-2021 (%)
Autres troubles	2 452	2 879	2 796	2 980	2 885	17,7
Plusieurs troubles associés	11 114	12 328	12 836	12 889	12 759	14,8
Polyhandicap	1 223	1 332	1 823	1 884	2 069	69,2
Troubles auditifs	2 578	2 690	2 629	2 753	2 506	-2,8
Troubles du langage et de la parole	1 489	1 662	1 748	1 811	1 594	7,1
Troubles du psychisme	19 918	19 487	18 302	17 749	16 332	-18
Troubles intellectuels et cognitifs	35 561	35 668	33 818	33 852	32 453	-8,7
Troubles moteurs	3 237	3 106	2 620	2 718	2 342	-27,6
Troubles viscéraux	419	396	355	444	504	20,3
Troubles visuels	367	503	411	423	440	19,9
Total général (dont scolarité partagée)	78 358	80 051	77 338	77 503	73 884	-5,7

Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

Graphique 7 : Répartition des ESH scolarisés en établissement sanitaire ou médico-social par type de trouble en 2021-2022



Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission.

Selon la DREES, le taux et les modalités de scolarisation des enfants et jeunes accompagnés par des ESMS varient selon la nature du handicap. Si seuls 2 % des ESH porteurs d'une déficience sensorielle ne sont pas scolarisés, c'est le cas de plus de sept enfants polyhandicapés sur 10. Pour près d'un enfant sur deux porteurs d'une déficience intellectuelle, la scolarisation se fait dans l'établissement médico-social. *A contrario*, les enfants porteurs de troubles du psychisme, d'une déficience sensorielle ou motrice sont très majoritairement scolarisés en milieu ordinaire (tableau 9).

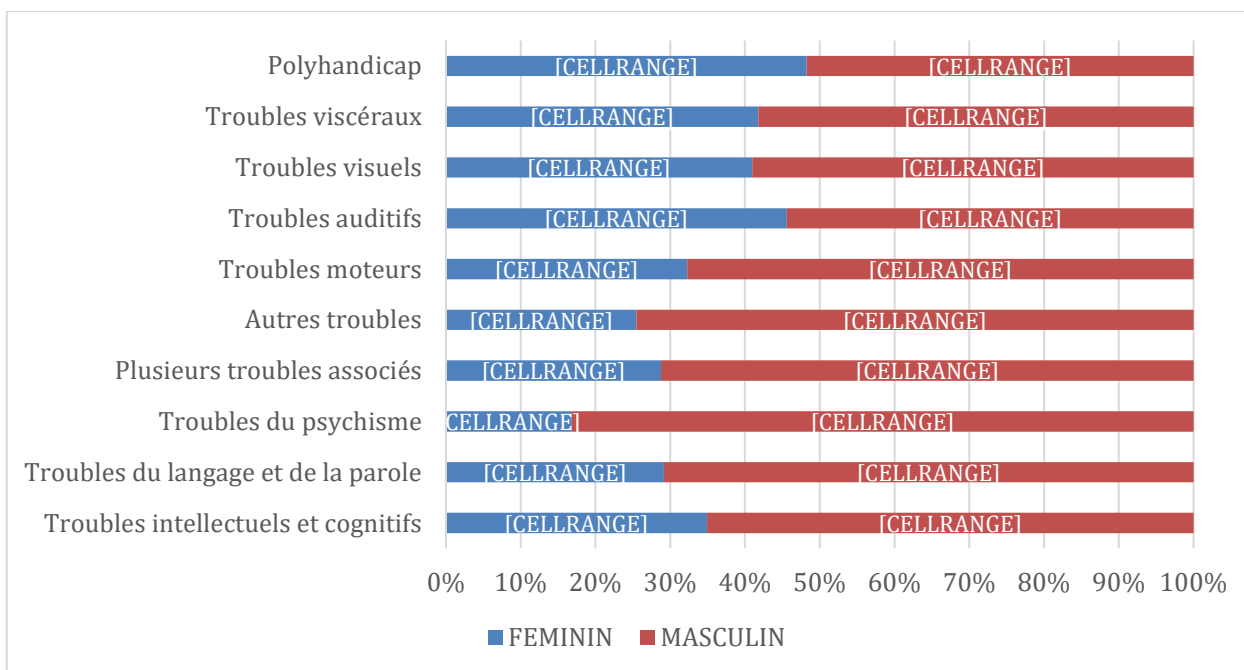
Tableau n° 9 : Répartition des ESH de 6 à 15 ans, accueillis par un ESMS, selon le mode de scolarisation et la déficience principale – données 2018

Scolarisation / Types de déficience principale (en %)	Déficience de l'enfant						Ensemble
	Déficiences intellectuelles	Troubles du psychisme	Déficiences sensorielles	Déficiences motrices	Polyhandicap	Autres ¹	
Non scolarisé	8,8 %	4,7 %	2 %	4,7 %	70,3 %	3,4 %	8,2 %
UEI dans un établissement médico-social	46,5 %	29,9 %	16,1 %	27,1 %	24 %	22,5 %	34,6 %
UEE dans un établissement scolaire	9,4 %	5,8 %	11,7 %	3,6 %	1,5 %	4,6 %	7,4 %
Enseignement ordinaire à temps complet ou partiel (hors Ulis, SEGPA, EREA)	8,6 %	35,6 %	51,8 %	41,4 %	3 %	35,1 %	25,1 %
Ulis - 1er degré	14,3 %	8,1 %	8,1 %	9,3 %	0,8 %	16 %	11,1 %
Ulis - 2nd degré	9,7 %	7,5 %	6,7 %	8,2 %	< 1	11,7 %	8,5 %
SEGPA	1,8 %	6,2 %	1,1 %	1,1 %	< 1	4,7 %	3,2 %
EREA	< 1	0,5 %	1,2 %	3,6 %	-	0,8 %	0,7 %
Autre	0,7 %	1,7 %	1,4 %	0,9 %	< 1	1,2 %	1,1 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100	100 %	100 %

Source : DREES, enquête ES-Handicap 2018

L'inégalité de répartition entre les filles et les garçons est particulièrement forte pour les élèves avec troubles du psychisme. La proportion de garçons est supérieure ou égale à 70 % pour les élèves avec troubles du langage et de la parole, avec plusieurs troubles associés ou autres troubles. Pour les troubles intellectuels et cognitifs, l'inégalité de répartition reste importante (65,1 %) mais inférieure à 70 %, proportion moyenne de garçons pour l'ensemble des ESH. L'inégalité de répartition entre les filles et les garçons est moins marquée (inférieure à 60%) pour les troubles sensoriels (visuels et auditifs), viscéraux et le polyhandicap (graphique 10).

Graphique 8 : Répartition des ESH selon le trouble et le sexe (année scolaire 2021-2022)



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

3.6. La scolarisation des ESH à temps complet devient la règle pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire

Selon la DEPP, durant l’année scolaire 2021-2022, plus des ¾ des élèves en situation de handicap de niveau préélémentaire scolarisés en milieu ordinaire l’étaient à temps complet, cette proportion passant à près de 95 % en niveau élémentaire. Les enfants scolarisés à temps partiel sont le plus souvent (56 %) présents à l’école de 1,5 à 2 jours pour les plus jeunes et de 2,5 à 4 jours (54 %) pour les enfants en école élémentaire. Les ESH scolarisés avec l’appui d’une Ulis sont dans plus de 90 % des cas scolarisés à temps plein (tableau 10).

Tableau n° 10 : Temps de scolarisation des élèves en situation de handicap scolarisés en classe ordinaire et en Ulis dans le premier degré en 2021-2022 (hors élèves scolarisés en unité d’enseignement en élémentaire autisme (UEEA))

Mode de scolarisation	Niveau	Temps complet	Temps partiel (en jours/semaine)					Total
			0,5 à 1 jour	1,5 à 2 jours	2,5 à 4 jours	Total	%	
Classes ordinaires	Pré élémentaire	31 891	1 222	5 628	3 138	9 988	23,85 %	41 879
	Élémentaire	110 635	764	1 974	3 253	5 991	5,14 %	116 626
Total		142 526	1 986	7 602	6 391	15 979	10,08 %	158 505
ULIS		48 809	400	1 830	2 386	4 616	8,64 %	53 425
Total		191 335	2 386	9 432	8 777	20 595	9,72 %	211 930

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et Privé hors contrat, hors élèves en UEEA.

Source : DEPP : Élèves en situation de handicap, Série Synthèse, document de travail n°2021-S02, mise à jour août 2022

3.7. Un recours à l’accompagnement humain qui augmente chaque année

Entre 2017 et 2021, l’évolution du nombre d’ESH scolarisés en milieu ordinaire et bénéficiant d’un accompagnement d’élève en situation de handicap (AESH) a progressé de 51,3 % (tableau 11). Cette augmentation n’est pas totalement expliquée par celle du nombre d’ESH (+ 27,4 %), la proportion d’ESH

bénéficiant d'un accompagnement humain augmentant de près de 9 points durant la période (passant de 47,3 % à 56,1 %), En 2021-22, 66,7 % des ESH sont accompagnés par un AESH dans le premier degré et 44,8 % des ESH dans le second degré. La hausse du nombre d'élèves accompagnés est plus marquée dans le second degré (+ 86,3 %) que dans le premier (+ 35,4 %) sur la période. Aussi, si la proportion d'ESH bénéficiant d'une aide humaine continue d'augmenter chaque année dans le second degré, celle-ci s'est stabilisée entre 2020 et 2021 dans le premier degré (graphique 11).

Le nombre d'élèves accompagnés par des AESH mutualisés a augmenté de 168,9 % entre 2017 et 2021 (+ 146,9 % dans le premier degré, + 204,6 % dans le second degré) (graphique 12). La proportion d'ESH accompagnés par des AESH mutualisés est passée de 18,4 % à 38,9 % entre 2017 et 2021.

Sur la même période, le nombre d'élèves accompagnés par des AESH individualisés à temps complet a augmenté de 24,2 % (+ 26,6 % dans le premier degré, + 16 % dans le second degré) alors que le nombre d'élèves accompagnés par des AESH individualisés à temps partiel a diminué de 35,2 % (- 37,4 % dans le premier degré, - 29,6 % dans le second degré). Aussi, si la proportion d'ESH accompagnés par des AESH individualisés à temps complet n'a pas évolué sur ces 5 années, la proportion d'ESH accompagnés par des AESH individualisés à temps partiel est passée de 23,4 % à 11,9 %. La forme de l'accompagnement a évolué au profit de l'aide mutualisée et d'une diminution de l'aide individuelle à temps partiel.

Tableau n° 11 : Évolution du nombre d'ESH bénéficiant d'accompagnement humain (AESH) individuel à temps partiel ou complet ou mutualisé entre 2017 et 2021

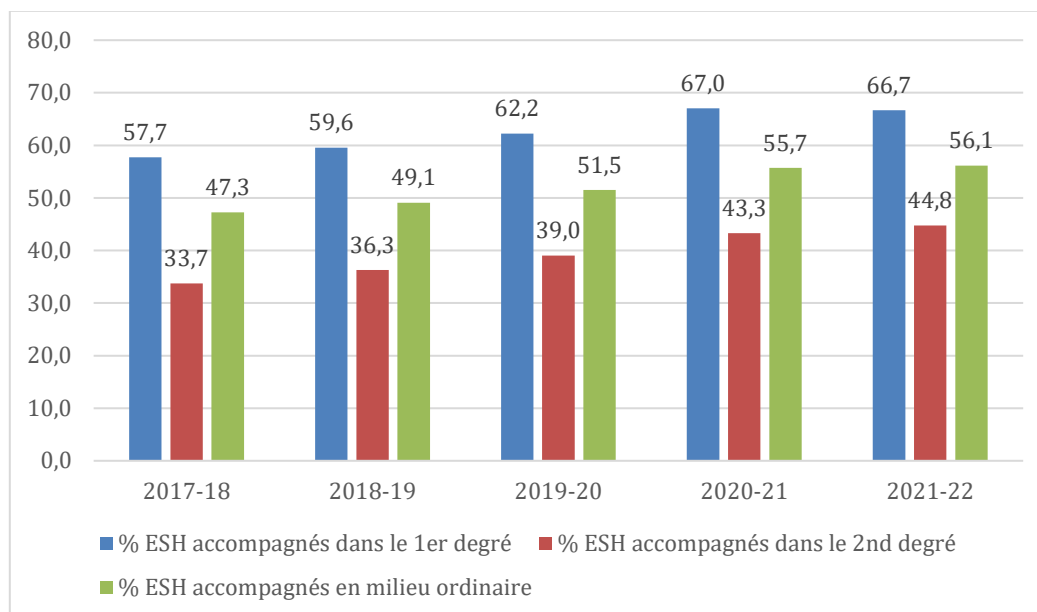
Année scolaire	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution entre 2017 et 2021 (%)
AESH mutualisé	59 287	73 514	107 784	138 127	159 448	168,9
Milieu ordinaire 1er degré	36 641	44 694	65 233	80 311	90 461	146,9
Milieu ordinaire 2nd degré	22 646	28 820	42 551	57 816	68 987	204,6
AESH individuel temps partiel	75 127	73 978	58 502	53 023	48 659	-35,2
Milieu ordinaire 1er degré	54 438	51 739	40 495	36 263	34 085	-37,4
Milieu ordinaire 2nd degré	20 689	22 239	18 007	16 760	14 574	-29,6
AESH individuel temps complet	17 490	18 270	19 770	22 734	21 714	24,2
Milieu ordinaire 1er degré	13 495	14 111	15 281	17 776	17 079	26,6
Milieu ordinaire 2nd degré	3 995	4 159	4 489	4 958	4 635	16
total AESH	151 904	165 762	186 056	213 884	229 821	51,3
Milieu ordinaire 1er degré	104 574	110 544	121 009	134 350	141 625	35,4
Milieu ordinaire 2nd degré	47 330	55 218	65 047	79 534	88 196	86,3
Pas d'accompagnement	169 572	172 033	175 118	170 156	179 588	5,9
Milieu ordinaire 1er degré	76 584	75 019	73 485	66 071	70 816	-7,5
Milieu ordinaire 2nd degré	92 988	97 014	101 633	104 085	108 772	17
Total général milieu ordinaire	321 476	337 795	361 174	384 040	409 409	27,4

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré. Données de la BCP retravaillées par la mission

Selon les départements, la proportion des ESH bénéficiant d'un accompagnement humain et son évolution entre 2017-2018 et 2021-2022 est hétérogène (voir tableaux en fin d'annexe 5).

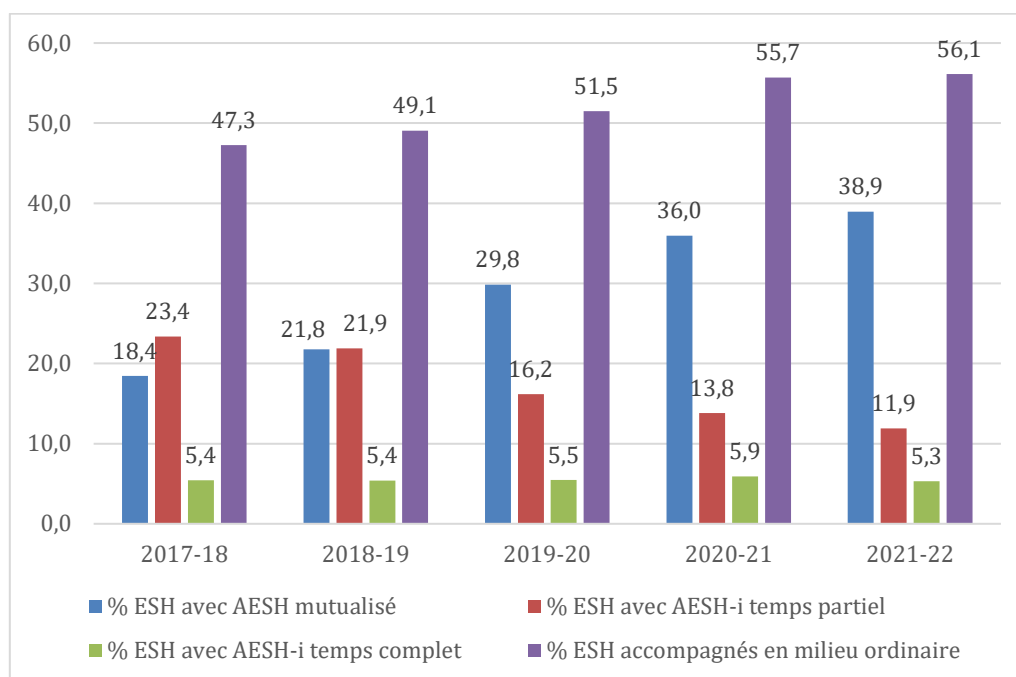
Graphique 9 : Évolution de la proportion d'ESH bénéficiant d'un accompagnement humain (en %) selon le degré entre 2017 et 2021



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré. Données de la BCP retravaillées par la mission.

Graphique 10 : Proportion d'ESH bénéficiant d'une aide humaine mutualisée et individuelle entre 2017 et 2021



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré. Données de la BCP retravaillées par la mission

3.7.1. Une hétérogénéité de l'accompagnement humain des ESH selon les départements

La proportion d'ESH bénéficiant d'accompagnement humain est très variable selon les départements. Alors que sur l'ensemble des départements français elle représente 56,1 % des ESH en 2021-2022, elle représente 19,7 % des ESH à Mayotte et 29,6 % des ESH en Vendée, et plus de 70 % des ESH dans les Bouches-du-Rhône (70,8 %), la Loire (71,5 %) et le Val-de-Marne (73,1 %) (tableau 36). Entre 2017 et 2021, la proportion d'ESH accompagnés par un AESH a augmenté de 8,9 points, sur l'ensemble des départements français : elle a

augmenté dans 89 départements, dont 5 départements qui voient cette proportion augmenter de plus de 20 points de pourcentage (La Réunion, 21,2 ; Drome, 22,4 ; Gers, 26,6 ; Bouches-du-Rhône, 30,1 ; Val-de-Marne, 35,4 ; Vaucluse, 42,7). À l'inverse, la part des élèves bénéficiant d'aide humaine a diminué dans 12 départements (Vendée, - 20,6 ; Val-d'Oise - 19,9 ; Haute-Loire, - 11,8 ; Hauts-de-Seine, - 11,4 ; Isère, - 11,1 ; Alpes-de-Haute-Provence, - 8,9 ; Finistère, - 5 ; Corrèze, - 5 ; Nièvre, - 2,3 ; Jura, - 2,1 ; Guyane, - 1,6 ; Charente-Maritime, - 1,2 en points de pourcentage).

Entre 2017 et 2021, la proportion d'ESH accompagnés par un AESH mutualisé progresse dans tous les départements sauf cinq (Vendée, - 9,9 ; Nièvre, - 5,2 ; Loiret, - 3,3 ; Rhône, - 2 ; Jura, - 2 en points de pourcentage) (tableau 37). Elle a progressé de plus 40 % dans six départements (Lot, 41 ; Orne, 42,6 ; Meuse, 43,4 ; Pas-de-Calais, 48,1 ; Val-de-Marne, 56,6 ; Seine-et-Marne, 61,1 en points de pourcentage). En 2021-2022, si la proportion d'ESH accompagnés par un AESH mutualisé représente 38,9 % des ESH pour l'ensemble des départements français, cette part représente moins de 20 % des ESH dans 4 départements (Mayotte, 11,1 ; Vendée, 12,2 ; Maine-et-Loire, 16,8 ; Loiret, 17,9 en points de pourcentage) et plus de 50 % des ESH dans 10 départements (Meuse, 50,4 ; Meurthe-et-Moselle, 52 ; Savoie, 52,9 ; Tarn-et-Garonne, 53 ; Ariège, 54,5 ; Hérault, 54,9 ; Val-de-Marne, 58,6 ; Haute-Garonne, 58,7 ; Pas-de-Calais, 59,3 ; Seine-et-Marne, 63,7 en points).

Ainsi, la proportion des ESH accompagnés par un AESH mutualisé sur l'ensemble des élèves bénéficiant d'un accompagnement humain est passée de 39 % en 2017 à 69,4 % en 2021 (tableau 38). Cette part va de 36,8 % dans le Maine-et-Loire à plus de 90 % dans cinq départements (Meuse, Tarn-et-Garonne, Val-d'Oise, Seine-et-Marne, Corse-du-Sud, Hauts-de-Seine). Entre 2017 et 2021, cette part a augmenté dans 91 départements et a baissé dans 10 départements (Loiret, Rhône, Nièvre, Loire, Ain, Vendée, Puy-de-Dôme, Jura, Cher).

La proposition d'ESH bénéficiant d'un accompagnement varie selon le niveau scolaire et la nature du handicap. Ainsi, si $\frac{2}{3}$ des ESH bénéficient d'un accompagnement dans le primaire, ils ne sont plus que 45 % dans le secondaire. Dans le premier degré, près de 8 ESH sur 10 présentant des troubles du langage et de la parole et plus de 7 sur 10 porteurs d'un TSA bénéficient d'un accompagnement humain, alors qu'ils ne sont que 45 % lorsqu'ils sont porteurs d'un trouble auditif. Dans le secondaire, ces propositions chutent respectivement à 55 %, 65 % et 33 % (tableaux 12 et 13).

Tableau n° 12 : Répartition de l'aide humaine dans les établissements publics et privés (sous et hors contrat) du 1^{er} degré en France métropolitaine dont les DROM, selon le trouble et le type d'accompagnement en 2021-2022

	Accompagnement individuel		Accompagnement mutualisé	Total	Part des élèves accompagnés (%)	Pas d'accompagnement	Ensemble
	Temps plein	Temps partiel					
Troubles intellectuels ou cognitifs	4 474	10 155	28 149	42 778	52,5	38 768	81 546
Troubles du psychisme	5 062	8 674	14 254	27 990	77,7	8 056	36 046
Troubles du langage ou de la parole	722	3 903	21 220	25 845	78,1	7 261	33 106
Troubles auditifs	204	497	1 088	1 789	45,5	2 147	3 936
Troubles visuels	290	457	690	1 437	61,5	898	2 335
Troubles viscéraux	383	410	856	1 649	75,6	532	2 181
Troubles moteurs	1 505	1 653	3 192	6 350	74,5	2 178	8 528
Plusieurs troubles associés	3 166	5 460	12 237	20 863	76,1	6 539	27 402
Autres troubles	1 273	2 876	8 775	12 924	74,4	4 437	17 361
Total	17 079	34 085	90 461	141 625	66,7	70 816	212 441
dont troubles du spectre de l'autisme	5 944	8 839	6 880	21 663	73,5	7 807	29 470

Source : DEPP et DGESCO : enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré

Tableau n° 13 : Répartition de l'aide humaine dans les établissements publics et privés (sous et hors contrat) du second degré en France métropolitaine dont les DROM, selon le trouble et le type d'accompagnement en 2021-2022

	Accompagnement individuel		Accompagnement mutualisé	Total	Part des élèves accompagnés (%)	Pas d'accompagnement	Ensemble
	Temps plein	Temps partiel					
Troubles intellectuels ou cognitifs	690	2 752	15 323	18 765	27,5	49 550	68 315
Troubles du psychisme	1 395	4 066	10 640	16 101	55,4	12 939	29 040
Troubles du langage et de la parole	256	2 766	22 874	25 896	54,9	21 260	47 156
Troubles auditifs	102	334	881	1 317	33,4	2 630	3 947
Troubles visuels	265	454	708	1 427	50,2	1 417	2 844
Troubles viscéraux	122	194	532	848	53,2	745	1 593
Troubles moteurs	979	1 183	3 849	6 011	50,8	5 819	11 830
Plusieurs troubles associés	565	1 812	8 845	11 222	56,1	8 796	20 018
Autres troubles	261	1 013	5 335	6 609	54,1	5 616	12 225
Total	4 635	14 574	68 987	88 196	44,8	108 772	196 968
dont troubles du spectre de l'autisme	1 531	3 641	5 023	10 195	65,3	5 422	15 617

Source : DEPP et DGESCO : Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré

4. Des établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents qui se transforment

Les enfants et jeunes accompagnés par un ESMS ont au préalable obtenu un avis d'orientation de la MDPH en ce sens. C'est la CDAPH, au vu des propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire et des observations de la famille, qui prend l'ensemble des décisions²⁶ concernant la scolarisation de l'élève et, le cas échéant, l'attribution d'une aide humaine, le maintien à l'école maternelle et toutes mesures de compensation utiles (matériel pédagogique adapté, accompagnement médico-social, etc.). Chaque décision de la CDAPH fait l'objet d'une notification adressée aux familles et aux différents acteurs concernés. Les élèves peuvent ainsi être orientés vers :

- l'école ordinaire, que ce soit en classe ordinaire, en dispositif collectif (Ulis, etc.) ou dans l'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA et EREA) ;
- l'école ordinaire avec un accompagnement par un établissement ou service médico-social ;
- l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social ;
- une scolarité à temps partagés entre un établissement scolaire et l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social.

4.1. Des MDPH qui améliorent globalement les délais de traitement et dont les orientations vers le secteur médico-social se font quatre fois sur dix vers un service

Tous âges confondus, les MDPH ont rendu 4,7 millions de décisions et d'avis en 2021, avec une augmentation de 5 % en deux ans. L'évolution est extrêmement variable selon les MDPH, allant de - 40 % dans le Gard à

²⁶ [Article D. 351-7 du code de l'éducation](#)

plus de 78 % en Seine-Maritime²⁷. Les délais de traitement s'améliorent, en particulier chez les enfants, passant de 4,8 mois au quatrième trimestre 2021 à 3,6 mois au second trimestre 2022²⁸.

Dans 45 % des cas, les MDPH prononcent une orientation des enfants et jeunes vers un service médico-social. Cette proportion est plus élevée dans les DROM (56 %) et en Corse (62 %) et particulièrement importante dans la région Pays-de-Loire où elle concerne huit enfants sur dix. *A contrario*, seuls 39 % des ESH d'Île-de-France sont orientés vers un service. Pour la France entière, on observe une légère évolution de l'orientation en service versus établissement entre 2017 et 2020 (tableaux 14 et 15).

Tableau n° 14 : Nombre d'enfants ayant des droits ouverts : zoom sur les orientations en ESMS

Région	Orientation vers un service	Orientation vers un établissement	Part des orientations vers des services
Auvergne-Rhône-Alpes	11 071	11 903	48,2 %
Bourgogne-Franche-Comté	3 866	5 156	42,9 %
Bretagne	4 808	5 648	46 %
Centre-Val de Loire	3 441	4 810	41,7 %
Corse	632	394	61,6 %
Grand Est	10 676	16 083	39,9 %
Guyane	Pas de données	Pas de données	
Hauts-de-France	4 089	5 817	41,3 %
Île-de-France	18 123	28 722	38,7 %
La Réunion	2 563	2 368	52 %
Martinique	1 474	780	65,4 %
Mayotte	Pas de données	Pas de données	
Normandie	4 531	6 715	40,3 %
Nouvelle-Aquitaine	6 469	7 594	46 %
Occitanie	8 119	8 576	50,7 %
Pays de la Loire	3 217	814	79,8 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 446	6 437	50 %
DROM	4 037	3 148	56,20 %
Hexagone	85 488	108 669	44,2 %
France	89 525	111 817	44,6 %

Source : Handiconnées - ANCREAI à partir des rapports d'activité harmonisés des MDPH (CNSA)

Tableau n° 15 : Nombre d'enfants ayant des droits ouverts : zoom sur les orientations en ESMS

Année	2017	2018	2019	2020
Orientation vers un service	73 324	83 743	89 892	89 525
Orientation vers un établissement	91 360	101 169	119 500	111 817
Part des orientations vers des services	44,5 %	46,6 %	45,1 %	44,6 %

Source : Handiconnées - ANCREAI à partir des rapports d'activité harmonisés des MDPH (CNSA)

²⁷ Enquête annuelle sur l'activité des MDPH réalisée par la CNSA.

²⁸ CNSA, baromètre des MDPH.

4.2. Une offre médico-sociale qui amorce un virage ambulatoire

La DREES²⁹ estime, en 2018, à 108 900 le nombre de places pour enfants en établissement médico-social et à 55 790 le nombre de places en SESSAD, soit des évolutions respectives de 2,1 % et 67 % depuis 2006 de 1,5% et 11,2% depuis 2014. Sur cette dernière période, le nombre de places en ITEP et en IME a crû (2,7 % et 2,2 %) alors que l'on observe une diminution de l'offre dans les instituts d'éducation motrice (- 1,4%) et les établissements pour jeunes déficients sensoriels (- 4,8%). Le nombre de places en établissement accueillant des enfants polyhandicapés reste stable (+ 0,5%).

Selon les travaux réalisés par l'ANCREAI à partir des données FINESS³⁰, en 2022, la France compte 170 000 places d'accompagnement en secteur médico-social pour enfants et adolescents, dont plus de 40 % en IME et un tiers dans des SESSAD. Un enfant sur dix est accueilli en ITEP, un sur cinq en établissement prenant en charge les déficiences sensorielles et la même proportion dans un institut d'éducation motrice (tableau 16 et graphique 13).

Tableau n° 16 : L'offre médico-sociale pour enfants et adolescents en 2022

Catégorie	Nombre d'établissements	Nombre de places	Taux d'équipement*
Instituts médico-éducatifs (IME)	1 385	73 933	4,6 ‰
SESSAD	1 690	54 123	3,4 ‰
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	497	18 998	1,2 ‰
Instituts d'éducation motrice (IEM)	144	7 712	0,5 ‰
Étab. Enf. ado. Polyhandicapés	186	5 526	0,3 ‰
Inst. Déf. Auditifs	65	4 526	0,3 ‰
Inst. Déf. Visuels	31	1 883	0,1 ‰
Inst. Éducation sensorielle sourds et aveugles	21	1 491	0,09 ‰
Ctre.Acc.Fam.Spécia.	53	928	0,06 ‰
Étab. Expérimental pour enfants et adolescents handicapés	56	604	0,04 ‰
Étab. Accueil temporaire pour enfants handicapés.	15	194	0,01 ‰
Foyer hébergement pour enfants et adolescents handicapés	12	168	0,01 ‰
Jardin Enfants Spécialisé	6	140	0,009 ‰
Total	4 161	170 226	10,6 ‰

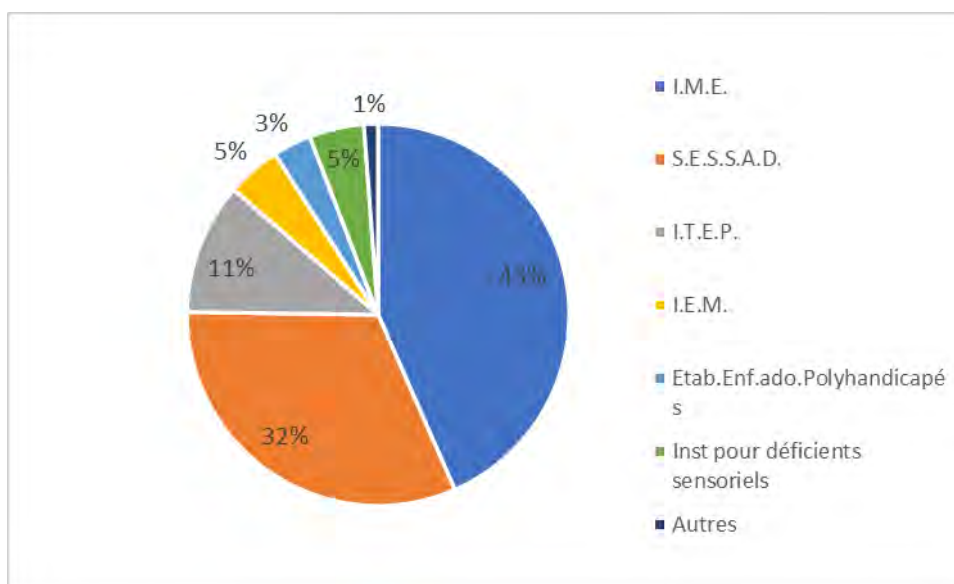
*Nombre de places installées/1 000 jeunes de moins de 20 ans.

Source : Handidonnées ANCREAI à partir des données FINESS – INSEE

²⁹ DREES, enquêtes ES-Handicap 2006, 2010, 2014 et 2018.

³⁰ La mission a pu valider sur l'année 2018 la cohérence d'ensemble des données provenant de ces deux sources

Graphique 11 : Répartition des places en ESMS pour enfants et adolescents en 2022



Source : Handidonnées ANCREAI à partir des données FINISS - INSEE

Toujours selon l'ANCREAI, entre 2013 et 2022, le nombre de places en SESSAD a augmenté de 16,2 %, plus rapidement que le nombre de places en établissement (+ 9,2 %). Entre 2018 et 2022, l'évolution du nombre de places en SESSAD marque le pas (+ 1,2 %). Il s'agit ici du nombre de places et non du nombre d'enfants et d'adolescents accompagnés (tableau 17). Ces données ne présentent qu'un léger différentiel avec celles fournies par la dernière enquête ES-handicap de 2018 de la DREES qui dénombre, à cette date, 164 700 places dans des ESMS, dont 55 790 en SESSAD, ces ESMS accueillant 167 310 enfants et adolescents, dont 58 280 dans des services³¹. Ces dernières données entérinent une sur-occupation de certains ESMS au-delà des capacités autorisées.

Tableau n° 17 : Évolution du nombre de places en ESMS pour enfants et adolescents entre 2013 et 2022

Catégorie	2013	2017	2018	2021	2022	Évolution 2013-2022	Évolution 2017-2022
SESSAD	46 573	53 467	54 462	53 853	54 123	16,20 %	1,20 %
IME	68 364	69 002	69 163	73 122	73 933	8,10 %	7,10 %
ITEP	14 942	15 348	15 573	17 594	18 998	27,10 %	23,80 %
IEM	7 160	7 044	7 068	7 674	7 712	7,70 %	9,50 %
Etab.Enf.ado.Polyhandicapés	5 694	5 674	5 654	5 439	5 526	- 3 %	- 2,60 %
Inst.Déf.Auditifs	4 983	4 460	4 513	4 424	4 526	- 9,20 %	1,50 %
Inst.Déf.Visuels	1 834	1 726	1 501	1 779	1 883	2,70 %	9,10 %
Inst.Education sensorielle sourds et aveugles	782	959	930	1 246	1 491	90,70 %	55,50 %
Etab.Expérimen-tal pour EAH	1 212	1 413	1 342	802	604	- 50,20 %	- 57,30 %
Total des établissements	104 971	105 626	105 744	112 080	114 673	9,20 %	8,60 %
Ctre.Acc.Fam.Spécia.	992	1 135	1 143	937	928	- 6,50 %	- 18,20 %
Etab.Accueil temporaire pour E.H.	263	267	281	229	194	- 26,20 %	- 27,30 %

³¹ DREES : Études et Résultats, mai 2022, n° 1231. Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés accompagnés dans des structures dédiées fin 2018.

Foyer d'hébergement pour EAH	267	213	198	178	168	- 37,10 %	- 21,10 %
Jardin Enfants Spécialisé	186	165	165	140	140	- 24,70 %	- 15,20 %
Total	153 252	160 873	161 993	167 417	170 226	11,10 %	5,80 %

Source : Handidonnées ANCREAI à partir des données FINESSE – INSEE

En 2018, selon la DREES, avec 44 % des ESH concernés, l'externat reste la première modalité d'accompagnement par les ESMS. Cette proportion monte à 71 % en IME. *A contrario*, ils ne sont que 14 % à être accueillis en internat toute la semaine, dont une faible partie (2 %) week-end compris (tableau 18).

Tableau n° 18 : Modalité d'accueil ou d'accompagnement des enfants et adolescents par une structure médico-sociale France entière selon le type de structure – données au 31/12/2018

Modalité d'accueil ou d'accompagnement / Types de structures	Instituts médico-éducatifs (IME)	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	Étab. pour enfants polyhandicapés	Instituts d'éducation motrice	Étab. pour jeunes déficients sensoriels	Autres ³²	Services pour enfants	Ensemble ³³
Internat complet (y compris le week-end)	1 480 2 %	370 2 %	890 15 %	290 4 %	40 1 %	120 4 %	290 1 %	3 360 2 %
Internat de semaine	11 84 17 %	3 270 21 %	740 13 %	1 620 23 %	1 650 24 %	110 4 %	160 <1 %	19 230 12 %
Internat séquentiel (pas toutes les nuits de la semaine)	5 410 8 %	3 100 20 %	610 11 %	850 12 %	480 7 %	310 11 %	80 <1 %	10 600 7 %
Externat (y compris semi-internat)	49 850 71 %	6 450 41 %	3 050 53 %	3 990 57 %	3 870 58 %	980 35 %	4 190 7 %	71 630 44 %
Accueil de jour séquentiel (quelques jours par semaine)	2 210 3 %	1 530 10 %	500 9 %	240 3 %	260 4 %	430 15 %	1 600 3 %	6 630 4 %
Prestation sur le lieu de vie ou en milieu ordinaire	330 <1 %	1 010 6 %	0	20 < 1 %	490 7 %	1 000 36 %	50 960 89 %	53 320 32 %
Ensemble³	71 120	15 730	5 790	7 010	6 790	2 950	57 280	164 770

Source : DREES, enquête ES-Handicap 2018.

Plus de sept enfants sur dix porteurs d'une déficience intellectuelle sont accueillis en IME ; sauf exception, les autres enfants présentant ce handicap sont accompagnés par un SESSAD. Six enfants sur dix présentant une déficience sensorielle et la moitié de ceux atteints d'une déficience motrice sont suivis par un SESSAD (tableau 19).

³² La catégorie « Autres » est une agrégation des établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, des établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, des jardins d'enfants spécialisés, des foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés et des lieux de vie et d'accueil accueillant des enfants et adolescents handicapés.

³³ La somme des effectifs de personnes accompagnées par structure peut être supérieure au total, une même personne pouvant avoir plusieurs accompagnements à la fois. Il y a 2 221 valeurs manquantes à la variable modalité d'accueil ou d'accompagnement. Cela explique que le nombre d'enfants dans ce tableau soit inférieur au nombre total d'enfants accompagnés (167 310)

**Tableau n° 19 : Répartition (en %) des enfants et jeunes selon le type d'ESMS
et la déficience principale au 31 décembre 2018**

Type de structure	Déficience de l'enfant ou de l'adolescent					
	Déficience intellectuelle	Trouble du psychisme	Déficience sensorielle	Déficience motrice	Poly handicap	Autres ³⁴
IME	72	27	1	3	19	17
Itep	1	31	< 1	< 1	< 1	3
Établissements pour enfants polyhandicapés	2	1	< 1	3	59	3
Instituts d'éducation motrice (IEM)	1	1	1	42	10	6
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	< 1	< 1	37	1	< 1	16
Établissements d'accueil temporaire, Jardin d'enfants, établissements expérimentaux et foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés	1	3	< 1	1	2	2
Services pour enfants	23	37	61	50	11	53
Total	100	100	100	100	100	100

Source : DREES, enquête ES-Handicap 2018

4.3. Les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont surreprésentés dans les ITEP

En 2018, 15 % des enfants et jeunes accompagnés par un ESMS relevaient de l'ASE. Cette proportion varie selon le type d'établissement, de moins de 6 % dans les IEM et les établissements dévolus aux troubles sensoriels à 41 % dans les ITEP (tableau 20).

Tableau n° 20 : Répartition des enfants et adolescents accueillis en établissements et services pour personnes handicapées selon la structure et la prise en charge par l'aide sociale à l'enfance

Aide sociale à l'enfance / Types de structures	IME	Itep	Étbsmts pour enfants poly-handicapés	Instituts d'éducation motrice (IEM)	Étbsmts pour jeunes déficients sensoriels	Autres	Services pour enfants	Ensemble (hors doubles comptes)
Total des ESH	72 070	15 960	5 930	7 080	6 790	3 080	58 280	167 310
Dont relevant de l'ASE	11 060	6 520	340	460	400	390	6 630	25 380
	15,3 %	40,9 %	5,7 %	6,5 %	5,9 %	12,7 %	11,4 %	15,2 %

Source : DREES, enquête ES-handicap 2018

4.4. Plus de 6 000 jeunes adultes de plus de 20 ans restent accueillis dans des ESMS pour enfants

En 2018, la DREES estime à 6 570 le nombre de jeunes de plus de 20 ans accompagnés par un ESMS, au titre de l'amendement Creton³⁵. Si près de 80 % d'entre eux sont accueillis dans des IME, c'est dans les établissements pour enfants polyhandicapés qu'ils représentent la plus forte proportion (plus de 11 %) (tableau 21).

³⁴ Troubles de la parole et du langage (à l'exclusion des troubles du langage dus à une surdité), polyhandicap, déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles et autres déficiences non désignées par ailleurs.

³⁵ L'amendement Creton à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de vingt ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent.

Tableau n° 21 : Répartition des jeunes adultes maintenus en structures pour enfants et adolescents au titre de l'amendement Creton, selon le type de structure – données 2018

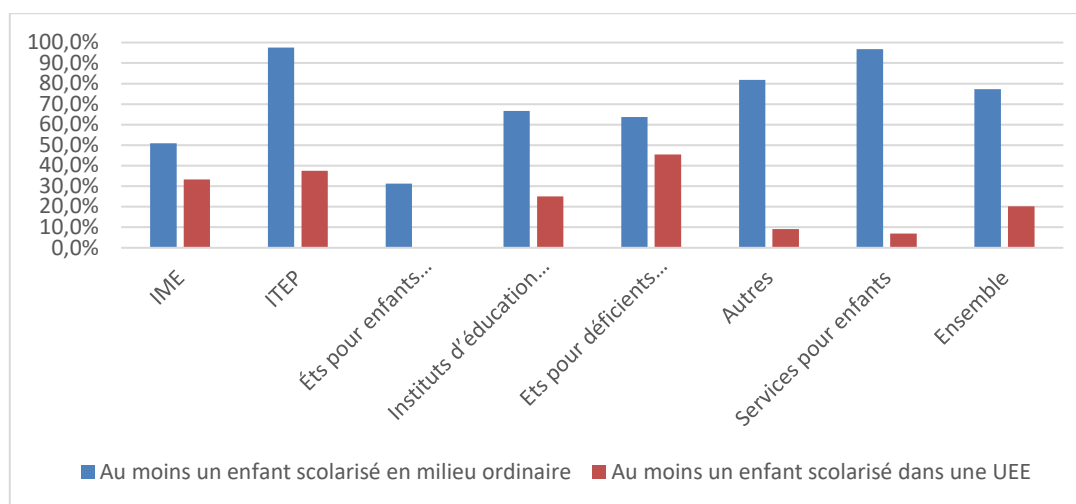
	Effectifs estimés	Part des places occupées par des jeunes relevant de l'amendement Creton (en %)
IME	5 150	7,3
ITEP	20	0,1
Établissements pour enfants polyhandicapés	640	11,3
Instituts d'éducation motrice	420	5,8
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	120	1,8
Autres ¹	70	2,8
Services pour enfants	140	0,2
Ensemble des structures pour enfants et adolescents	6 570	4

Source : DREES, enquête ES-Handicap 2018

4.5. Le nombre d'élèves scolarisés dans une unité d'enseignement externalisée (UEE) a augmenté de 43,1 % depuis 2017

Selon les données 2018 de l'enquête quadriennale de la DREES, si 77 % des établissements médico-sociaux accueillent au moins un enfant suivant une scolarité en milieu ordinaire, seuls 20 % disposent d'une unité d'enseignement externe (UEE). Ces proportions varient selon le type d'établissement (graphique 14).

Graphique 12 : Répartition des établissements selon le type de structure, et l'offre de scolarisation : milieu ordinaire dont une unité d'enseignement externe (UEE)- Données au 31/12/2018³⁶



Source : DREES, enquête ES-Handicap 2018, données retravaillées par la mission

Le nombre d'élèves scolarisés au sein d'une Unité d'enseignement externalisée est passé de 8 381 élèves en 2013-2014 à 17 090 en 2021-2022, soit une progression de 103,9 %. Sur les 5 dernières années (entre les années scolaires 2017-2018 et 2021-2022), ce nombre a progressé de 43,1 % : il est passé de 11 212 élèves

³⁶ La catégorie « autres » est une agrégation des établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée, des établissements d'accueil temporaire d'enfants handicapés, des jardins d'enfants spécialisés, des foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés et des lieux de vie et d'accueil accueillant des enfants et adolescents handicapés

en 2013-2014 à 17 090 en 2021-22. La part des élèves scolarisés en ESMS bénéficiant d'une scolarisation en UEE a augmenté de 50,9 % pour représenter 25,6 % des élèves scolarisés en ESMS en 2021-22 (tableaux 22, 23 et graphique 15).

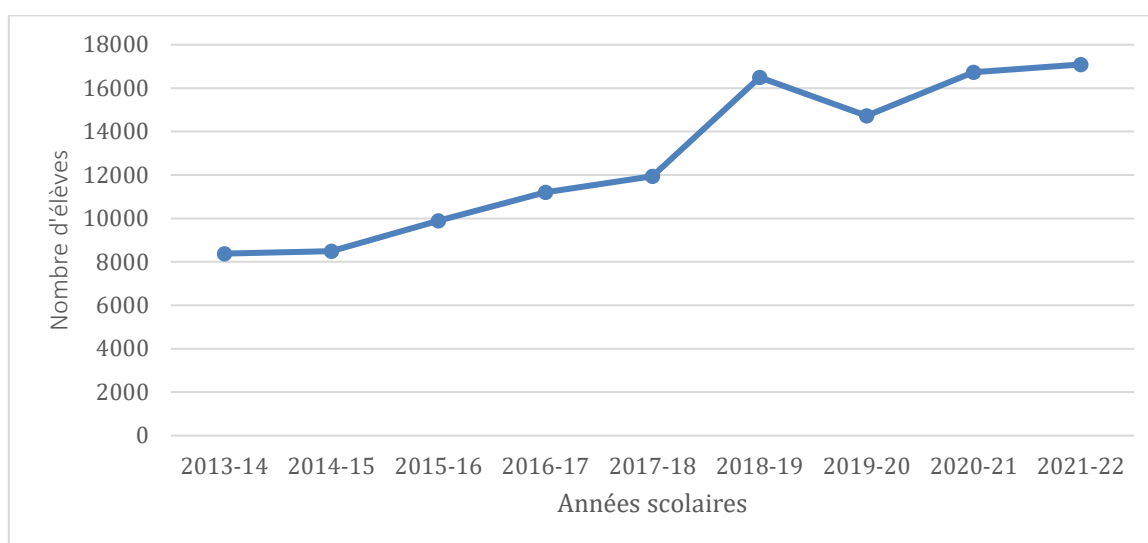
Tableau n° 22 : Évolution du nombre d'élèves scolarisés en UEE depuis 2013-2014

Années scolaires	2013-	2014-	2015-	2016-	2017-	2018-	2019-	2020-	2021-	évolution 2013-2021	évolution 2017-2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Nombre d'élèves	8 381	8 488	9 888	11 212	11 939	16 501	14 728	16 728	17 090	103,9 %	43,1 %

Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission.

Graphique 13 : Évolution du nombre d'élèves scolarisés en UEE depuis 2013-2014



Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission.

Tableau n° 23 : Évolution de la part des élèves scolarisés en EMS bénéficiant d'une scolarisation en UEE

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution 2017-2021 (%)
Scolarisation en EMS (Unité interne ou externe)	70 272	71 802	69 679	69 677	66 653	- 5,1
Dont scolarisation en UEE	11 939	16 501	14 728	16 728	17 090	43,1
% des élèves scolarisés en EMS bénéficiant de l'appui d'une UEE	17	23,0	21,1	24	25,6	50,9

Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

Si, dans la majorité des départements (85 %), ce mode de scolarisation est en augmentation sur ces cinq années, le développement des UEE est géographiquement hétérogène. Ainsi, alors que l'évolution entre 2017 et 2021 du nombre d'ESH en bénéficiant est notable en Bourgogne-Franche-Comté (+ 83 % dans l'académie de Besançon et doublement dans celle de Dijon) ou dans l'académie de Poitiers (+ 112 %), elle reste modérée et inégale en Île-de-France (15 % mais limitée à 3 % dans l'académie de Versailles, et quasi stable en Corse (+ 3%) (tableau 24).

Tableau n° 24 : Évolution du nombre d'élèves scolarisés avec l'appui d'une UEE entre les rentrées 2017 et 2021, selon les académies

Régions académiques et académies	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Évolution 2017-2021 (%)
AUVERGNE-RHONE-ALPES	1 646	2 352	2 092	2 228	2 195	33,4
CLERMONT-FERRAND	390	491	473	543	477	22,3
GRENOBLE	574	930	782	803	879	53,1
LYON	682	931	837	882	839	23
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	799	1 036	1 206	1 300	1 532	91,7
BESANCON	385	511	607	626	705	83,1
DIJON	414	525	599	674	827	99,8
BRETAGNE / RENNES	689	1269	890	947	1083	57,2
CENTRE-VAL DE LOIRE / ORLEANS-TOURS	627	711	738	835	849	35,4
CORSE	32	35	32	37	33	3,1
GRAND EST	1 152	1 500	1 419	1 624	1 549	34,5
NANCY-METZ	416	562	609	754	653	57
REIMS	258	271	350	342	369	43
STRASBOURG	478	667	460	528	527	10,3
GUADELOUPE	27	128	47	61	81	200
GUYANE	12	17	37	43	13	8,3
HAUTS-DE-FRANCE	1 781	1 994	1 862	2 266	2 401	34,8
AMIENS	321	289	408	454	504	57
LILLE	1 460	1 705	1 454	1 812	1 897	29,9
ILE-DE-FRANCE	958	1 368	1 013	1 142	1 101	14,9
CRETEIL	216	452	294	378	269	24,5
PARIS	166	237	145	207	239	44
VERSAILLES	576	679	574	557	593	3
LA REUNION	300	435	237	480	372	24
MARTINIQUE	11	42	30	179	38	245,5
MAYOTTE	6	14	3	4	1	- 83,3
NORMANDIE	615	824	1 016	1 073	1 162	88,9
NOUVELLE-AQUITAINE	1 070	1 553	1 465	1 569	1 806	68,8
BORDEAUX	442	760	618	721	781	76,7
LIMOGES	305	308	286	272	338	10,8
POITIERS	323	485	561	576	687	112,7
OCCITANIE	1 132	1 532	1 432	1 619	1 603	41,6
MONTPELLIER	369	450	472	539	576	56,1
TOULOUSE	763	1082	960	1 080	1 027	34,6
PAYS DE LA LOIRE/ NANTES	696	833	750	794	767	10,2
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	386	858	459	527	504	30,6

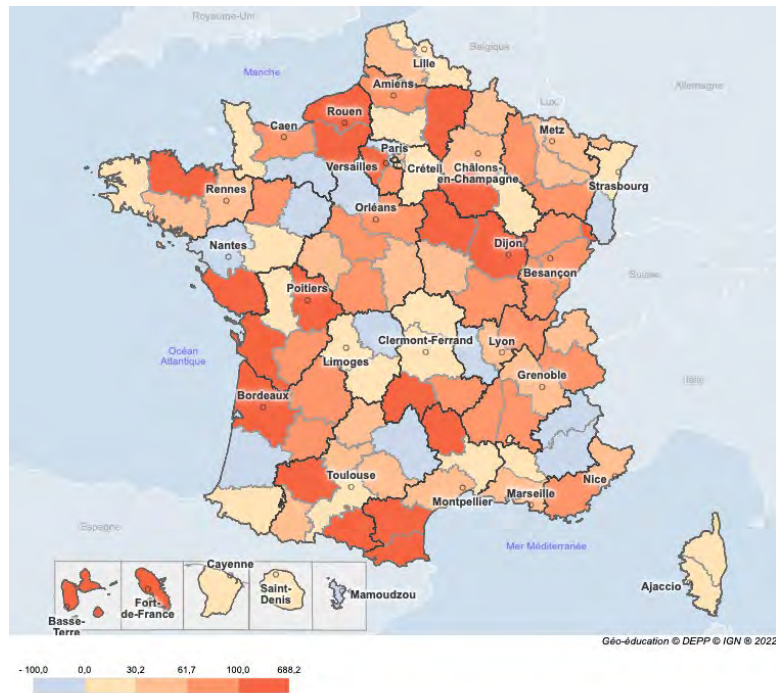
AIX-MARSEILLE	224	556	294	317	260	16,1
NICE	162	302	165	210	244	50,6
Total général	11 939	16 501	14 728	16 728	17 090	43,1

Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

On constate que si, dans certains territoires, la dynamique récente a permis de combler les retards (Picardie, Seine-Maritime, Côte-d'Or...), dans d'autres territoires parmi les moins bien dotés (PACA, Haut-Rhin) aucun déploiement d'UEE n'a été engagé au cours de ces dernières années (carte 1 et 2).

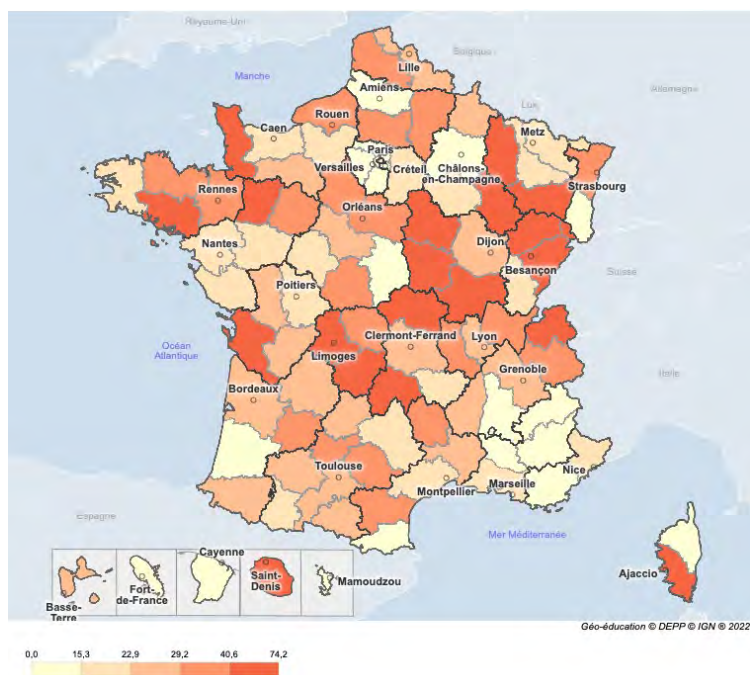
Évolution du nombre d'élèves scolarisés dans une UEE entre les rentrées 2017 et 2021, selon les départements



Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

Part des élèves en ESMS bénéficiant d'une scolarisation en UEE selon les départements



Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission.

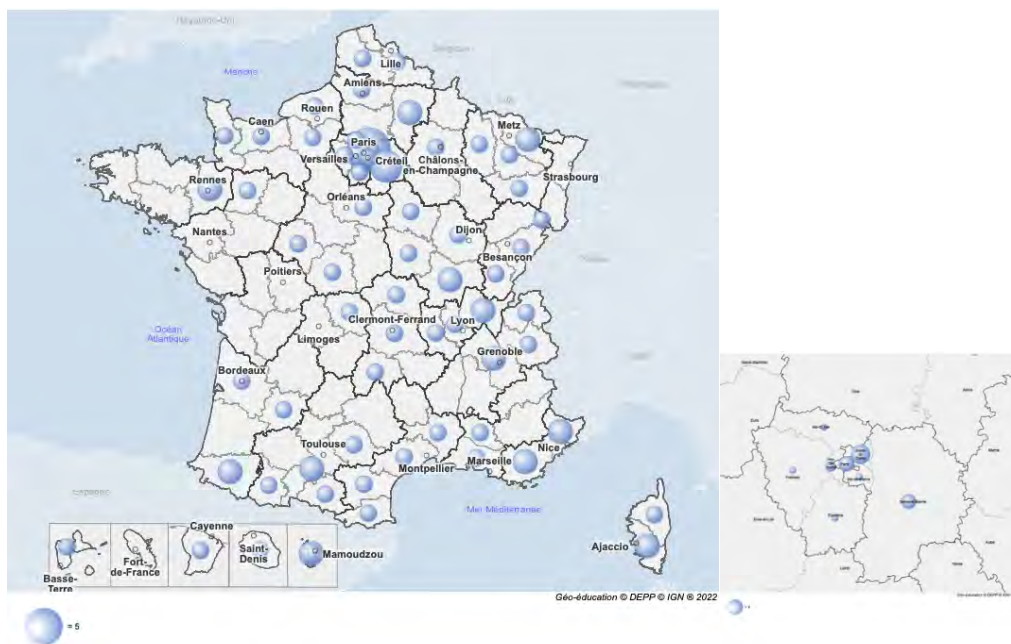
4.6. La scolarisation d'élèves porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme en Unité d'enseignement élémentaire autisme (UEEA)

Les données concernant les UEMA ne sont pas présentées dans cette partie, car non suivies de manière spécifique par l'éducation nationale. Les données présentées précédemment sur les UEE intègre les UEMA.

La DGESCO³⁷ estime que, à la rentrée 2021, plus de 500 élèves étaient scolarisés en UEEA dans 55 départements au sein de 71 unités. À la rentrée 2022, selon les premières données, provisoires, de la même source, ils étaient 600 élèves, répartis dans 65 départements au sein de 89 unités.

³⁷ Croisement des données de l'enquête n°3 et des remontées faites directement par les CT-ASH à la DGESCO.

Répartition départementale des unités UEEA en France, y compris DROM, à la rentrée 2022



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat.

Source : DEPP et DGESCO : Enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré.
Données de la BCP retravaillées par la mission.

5. La poursuite du développement de dispositifs d'appui à la scolarité par l'Éducation nationale

5.1. Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (Ulis), des dispositifs d'appui qui maillent l'ensemble du territoire, dans le premier comme dans le second degré

Les ULIS offrent aux élèves en situation de handicap la possibilité de poursuivre des apprentissages adaptés à leurs potentialités et à leurs besoins, en fonction de leur projet personnalisés de scolarisation, avec une organisation pédagogique adaptée, de manière privilégiée en inclusion, ou dans le cadre de regroupement (voir présentation qualitative en annexe 6, partie 8).

Dans le premier degré, 5 178 ULIS sont réparties dans les écoles. Elles sont moins nombreuses, en valeur absolue, dans les DROM, à l'exception de La Réunion, ainsi que dans les académies de Corse, de Limoges, et de Paris ; c'est dans les académies de Créteil, Versailles et Lille que leur nombre est le plus important.

Les élèves scolarisés avec l'appui d'un dispositif Ulis représentent 1,3 % de l'ensemble des élèves de l'enseignement élémentaire, public et privé. La part de la scolarisation collective par rapport aux effectifs de l'enseignement élémentaire varie de 0,7 % à 1,8 % selon les académies. Les taux les plus forts se trouvent dans les académies de Clermont-Ferrand, d'Amiens, de Strasbourg, et de La Réunion. Les taux les plus faibles se situent dans les académies de Mayotte, d'Île-de-France, de Rennes et de Nantes (moins de 1,1 %) (tableau 25 et carte 4). Ces élèves sont plus souvent scolarisés à temps partiel que les autres élèves de primaire (8,6 % vers 5,1 %). Plus d'un élève sur deux à temps partiel en Ulis est scolarisé entre 2,5 et 4 journées par semaine. Seuls 9 % ne sont scolarisés qu'une demi- ou une journée par semaine (tableau 26).

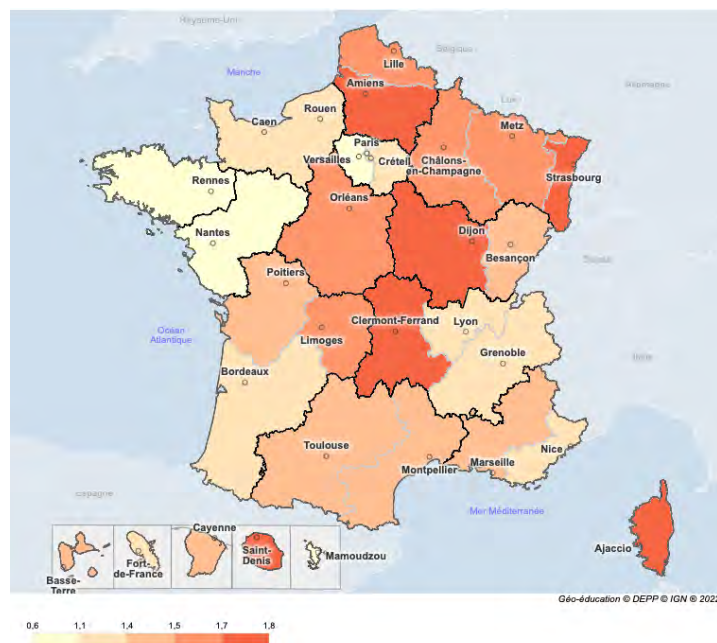
Tableau n° 25 : Évolution des effectifs des élèves scolarisés en Ulis 1^{er} degré entre 1980 et 2021

	1980-1981	1990-1991	1999-2000	2005-2006	2010-2011	2012-2013	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Public	90 090	61 632	42 205	37 752	40 426	42 737	47 453	47 800	49 197	49 660	50 015
Privé	5 394	3 876	2 585	2 078	2 559	2 784	3 199	3 325	3 271	3 396	3 410
Total	95 484	65 508	44 790	39 830	42 985	45 521	50 652	51 125	52 468	53 056	53 425
Part du Public (%)	94,4	94,1	94,2	94,8	94	93,8	93,7	93,5	93,8	93,6	93,6

Champ : France métropolitaine + DROM (Mayotte à partir de 2012), Public + Privé sous contrat et Privé hors contrat.

Source : RERS 2022, DEPP et DGESCO, Enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré

Part des effectifs en ULIS école par rapport aux effectifs de niveau élémentaire en 2021-2022



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat.

Source : RERS 2022, DEPP et DGESCO, Enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré, données retravaillées par la mission

Tableau n° 26 : Temps de scolarisation des élèves handicapés scolarisés dans le premier degré en 2021-2022 (hors élèves scolarisés en UEEA)

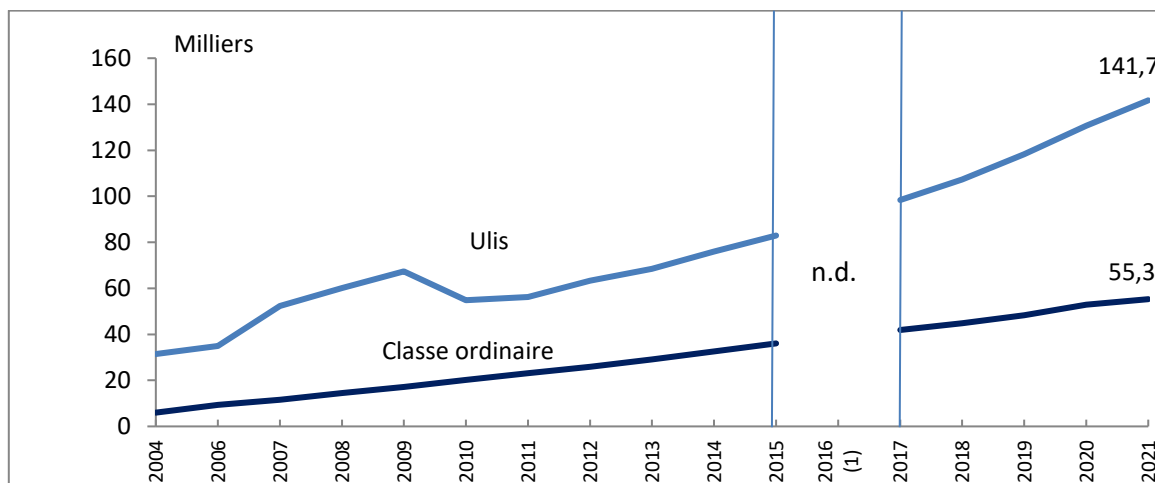
Mode de scolarisation	Niveau	Temps complet	Temps partiel					Ensemble
			De 0,5 à 1 journée	De 1,5 à 2 journées	De 2,5 à 4 journées	Total	(%)	
Classes ordinaires	Préélémentaire	31 891	1 222	5 628	3 138	9 988	23,8	41 879
	Élémentaire	110 635	764	1 974	3 253	5 991	5,1	116 626
	Total	142 526	1 986	7 602	6 391	15 979	10,1	158 505
ULIS	Total	48 809	400	1 830	2 386	4 616	8,6	53 425
Total		191 335	2 386	9 432	8 777	20 595	9,7	211 930

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et Privé hors contrat, hors élèves en UEEA.

Source : RERS 2022, DEPP et DGESCO, Enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré

Dans le second degré, à la dernière rentrée scolaire, 55 300 élèves en situation de handicap étaient scolarisés avec l'appui d'une Ulis, dont neuf sur dix dans le secteur public. Les élèves d'Ulis collège sont répartis dans 3 848 structures et représentent 1,3 % de l'ensemble des élèves de collège, public et privé. La part de la scolarisation collective par rapport aux effectifs de collège varie de 1 % à 2,8 % selon les académies. Ce sont dans les académies de Guyane, de Martinique et de Guadeloupe que l'on observe les taux les plus élevés (plus de 2 %) alors que les taux les plus bas concernent trois académies : Mayotte, Bretagne, et Corse (moins de 1,1 %) (graphique 16, tableaux 27 et carte 5). En 2021, le nombre d'élèves bénéficiant d'une Ulis a continué à progresser : 2 355 élèves supplémentaires ont été accueillis, soit 4,4 % de plus qu'en 2020.

Graphique 14 : Évolution des modes de scolarisation des élèves en situation de handicap dans le second degré, en milliers



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat).

(1) Données manquantes en raison d'une grève administrative des enseignants référents.

Source : DEPP RERS 2022 ; DEPP et DGESCO, Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré

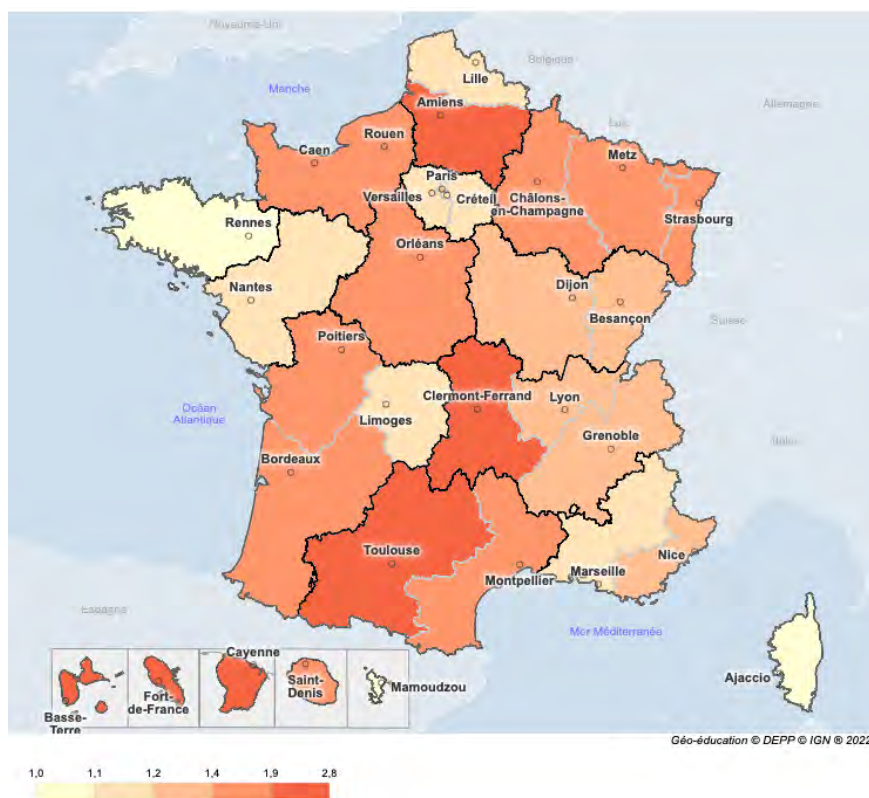
Tableau n° 27 : Évolution des effectifs d'élèves du 2nd degré scolarisés avec l'appui d'une Ulis entre 2001 et 2021

	2001	2004	2010	2012	2014	2015	2017	2018	2019	2020	2021
				y c. Mayotte							
Collège	2 111	5 538	17 703	22 284	27 548	30 006	34 762	37 291	40 299	43 626	45 807
Lycée (LP et LEGT)		450	2 419	3 474	4 832	5 826	6 786	7 214	7 676	8 796	9 040
EREA			107	123	208	228	325	386	395	508	438
Total	2 111	5 988	20 229	25 881	32 588	36 060	41 873	44 891	48 370	52 930	55 285
Part du public (%)	91,8	89,0	89,7	89,6	89,7	89,4	90,0	90,0	90,0	89,9	90,0

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat).

Source : DEPP RERS 2022 ; DEPP et DGESCO, Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré.

Part des effectifs en Ulis collège par rapport aux effectifs scolarisés en collège en 2021-2022



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat).

Source : DEPP RERS 2022 ; DEPP et DGESCO, Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré. Données retravaillées par la mission.

5.2. Les pôles d'enseignements pour les jeunes sourds (PEJS)

Sur le champ du handicap sensoriel, des pôles d'enseignement des jeunes sourds³⁸ sont déployés depuis 2017 par l'éducation nationale pour favoriser la scolarisation de jeunes sourds dans un établissement scolaire ordinaire et les parcours bilingues. Seize PEJS étaient identifiés en 2020³⁹. Ils s'appuient sur des ressources diversifiées (enseignants et co-enseignants, interprètes, AESH, personnes de vie scolaire, et personnels médico-sociaux) pour permettre l'inclusion de jeunes sourds en milieu ordinaire.

En 2021, environ 500 élèves suivaient un parcours bilingue⁴⁰.

5.3. Un dispositif récent de scolarisation d'élèves avec autisme : le dispositif d'autorégulation (DAR)

Au-delà des données statistiques présentées ici, une présentation détaillée des DAR, ainsi qu'une analyse qualitative sont exposées en annexe 8 (partie 1.2).

Les données concernant le déploiement des DAR sont parcellaires. Les dernières données publiques publiées font état, à la rentrée 2022-2023, de 48 DAR implantés sur le territoire, dans des écoles primaires. Des dispositifs pilotes sont également déployés dans des collèges⁴¹.

³⁸ Les pôles d'enseignement pour les jeunes sourds ou PEJS ont été mis en place par la circulaire 2017-011 du 3 février 2017 relative au parcours de formation du jeune sourd. « Le PEJS est un dispositif qui permet de regrouper dans un secteur géographique donné des ressources nécessaires à l'accompagnement des élèves. Il assure un regroupement d'élèves afin que l'enfant sourd ne se sente pas isolé. Il est constitué d'un ensemble articulé d'établissements scolaires des premier et second degrés, incluant nécessairement un lycée d'enseignement général et un lycée professionnel, au sein desquels des dispositions sont prises afin que le parcours scolaire de l'élève soit assuré dans la langue qu'il a choisie. »

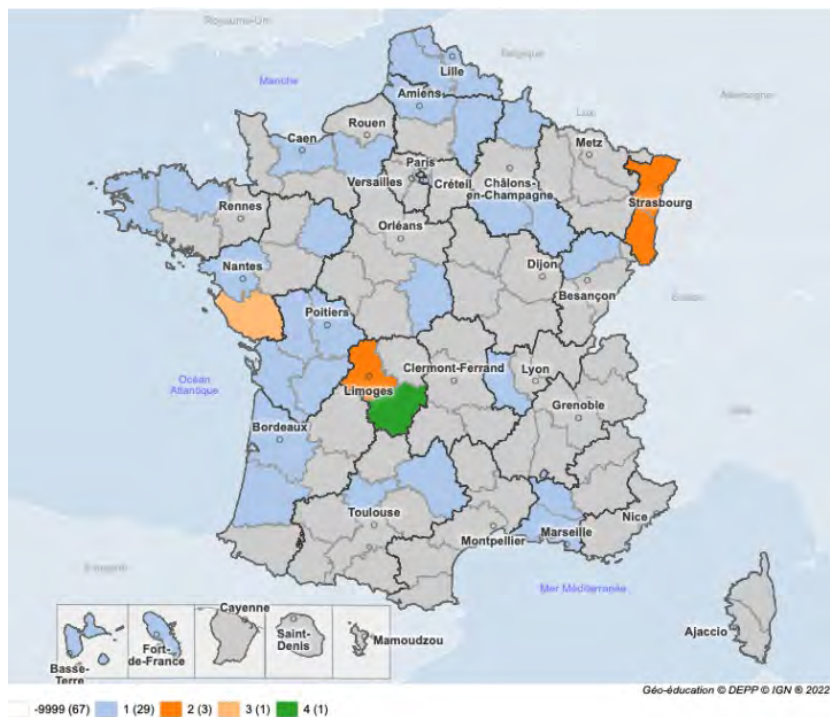
³⁹ Donnée DGESCO.

⁴⁰ Donnée issue d'une enquête réalisée dans le cadre du rapport *Les parcours bilingues des pôles d'enseignement pour les jeunes sourds : état des lieux et perspectives*. IGÉSR n° 2021-080, mai 2021.

⁴¹ <https://www.gouvernement.fr/actualite/lautoregulation-un-dispositif-scolaire-pour-mieux-integrer-les-enfants-autistes>

La DEPP, à partir des enquêtes 3 et 12, estime que, à la rentrée 2021, une centaine d'élèves⁴² dans 24 départements étaient scolarisés en école élémentaire avec l'appui de 26 dispositifs DAR. Certains départements ont ouvert 2 dispositifs DAR : la Vendée, la Corrèze et le Haut-Rhin. À la rentrée 2022, 198 élèves, bénéficient de l'appui de 35 dispositifs répartis dans 31 départements. Sept DAR sont déployés en collège dans sept départements (carte 6).

Répartition des dispositifs DAR (école élémentaire et collège) en France métropolitaine et DROM à la rentrée 2022



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat

Source : DEPP et DGESCO, Enquête n° 3 et 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et le second degré, données retravaillées par la mission

6. Données complémentaires – tableaux détaillés par département

Afin d'améliorer la lisibilité de cette annexe, la mission a souhaité regrouper dans ce chapitre l'ensemble des données départementales. Les tableaux figurant ici ont tous été appelés dans le texte de l'annexe.

Tableau n° 28 : Évolution des effectifs d'élèves dans le premier et le second degré selon les départements entre 2017 et 2021 (public+ privé sous contrat)

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017-2021 (%)
AIN	123 187	123 862	124 703	125 064	125 389	1,8
AISNE	102 391	101 095	99 931	98 216	96 620	- 5,6
ALLIER	52 242	51 863	51 545	50 783	50 205	- 3,9
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	27 393	27 178	26 652	26 440	26 433	- 3,5
ALPES-MARITIMES	186 139	186 704	187 812	188 322	188 762	1,4
ARDECHE	57 963	57 773	57 119	56 177	55 670	- 4
ARDENNES	48 182	47 237	46 367	45 256	44 438	- 7,8

⁴² Croisement des données des enquêtes n° 3 et n° 12 et des remontées faites directement par les CT-ASH à la DGESCO.

ARIEGE	24 479	24 134	23 893	23 443	23 083	- 5,7
AUBE	55 540	55 243	54 701	54 029	53 527	- 3,6
AUDE	60 339	59 776	59 396	58 686	58 154	- 3,6
AVEYRON	43 362	43 020	42 452	41 801	41 211	- 5,0
BAS-RHIN	195 157	195 348	194 944	194 296	192 728	- 1,2
BOUCHES-DU-RHONE	378 525	380 334	382 720	382 819	382 388	1
CALVADOS	123 842	122 734	121 350	119 604	118 060	- 4,7
CANTAL	20 443	20 198	19 886	19 473	19 194	- 6,1
CHARENTE	55 805	55 412	54 911	54 333	53 720	- 3,7
CHARENTE-MARITIME	101 639	100 942	100 520	99 230	98 408	- 3,2
CHER	48 242	47 647	47 174	46 458	45 796	- 5,1
CORREZE	36 883	36 445	36 132	35 456	35 131	- 4,8
CORSE-DU-SUD	22 328	22 290	22 182	22 118	22 209	- 0,5
COTE D'OR	88 818	88 377	87 754	86 914	85 876	- 3,3
COTES D'ARMOR	103 199	101 758	100 874	99 664	98 417	- 4,6
CREUSE	15 485	15 220	15 106	14 784	14 669	- 5,3
DEUX-SEVRES	64 958	64 108	63 400	62 243	61 303	- 5,6
DORDOGNE	60 033	59 421	58 839	57 952	57 546	- 4,1
DOUBS	99 759	99 149	98 835	98 008	96 731	- 3
DROME	95 433	95 259	94 617	94 012	93 030	- 2,5
ESSONNE	273 243	275 364	278 324	279 599	279 811	2,4
EURE	115 998	115 229	114 496	112 905	111 774	- 3,6
EURE-ET-LOIR	83 184	82 650	82 164	81 263	80 317	- 3,4
FINISTERE	157 929	156 101	154 449	152 115	150 675	- 4,6
GARD	134 085	133 821	133 617	133 131	132 309	- 1,3
GERS	29 543	29 420	28 907	28 250	27 942	- 5,4
GIRONDE	279 075	281 374	283 310	282 783	282 580	1,3
GUADELOUPE	94 576	91 136	89 367	87 362	84 818	- 10,3
GUYANE	79 750	81 149	83 210	84 329	86 451	8,4
HAUT-RHIN	135 693	135 131	134 759	133 853	132 470	- 2,4
HAUTE SAVOIE	151 444	152 662	154 084	154 406	154 794	2,2
HAUTE-CORSE	25 316	25 208	25 072	24 914	24 738	- 2,3
HAUTE-GARONNE	236 997	240 202	243 150	244 273	244 392	3,1
HAUTE-LOIRE	39 777	39 299	38 679	38 141	37 594	- 5,5
HAUTE-MARNE	29 058	28 663	28 059	27 343	26 704	- 8,1
HAUTE-SAONE	40 732	40 001	39 309	38 480	37 908	- 6,9
HAUTE-VIENNE	58 564	58 262	57 947	57 236	56 620	- 3,3
HAUTES-ALPES	23 253	23 120	23 121	22 775	22 635	- 2,7
HAUTES-PYRENEES	37 011	36 429	36 042	35 193	34 694	- 6,3
HAUTS-DE-SEINE	293 757	293 145	293 800	292 815	288 091	- 1,9
HERAULT	199 551	201 333	203 063	203 045	203 203	1,8
ILLE-ET-VILAINE	206 419	206 727	206 935	206 588	205 381	- 0,5

INDRE	33 698	33 157	32 629	31 892	31 241	- 7,3
INDRE-ET-LOIRE	106 256	106 144	105 930	105 344	104 072	- 2,1
ISERE	242 848	242 485	242 304	240 698	238 625	- 1,7
JURA	45 143	44 557	43 975	43 097	42 463	- 5,9
LA REUNION	220 089	219 337	217 852	215 881	215 330	- 2,2
LANDES	66 518	66 535	66 252	66 002	65 797	- 1,1
LOIR-ET-CHER	56 564	55 784	55 295	54 476	53 771	- 4,9
LOIRE	141 480	141 526	140 854	140 074	138 918	- 1,8
LOIRE-ATLANTIQUE	268 361	269 494	270 395	270 074	269 278	0,3
LOIRET	131 573	131 764	131 300	130 671	130 143	- 1,1
LOT	24 878	24 562	24 273	23 831	23 775	- 4,4
LOT-ET-GARONNE	54 249	53 668	53 622	52 954	52 627	- 3
LOZERE	13 064	12 915	12 739	12 450	12 416	- 5
MAINE-ET-LOIRE	155 841	155 268	154 241	152 661	150 855	- 3,2
MANCHE	83 692	82 787	81 716	79 946	79 069	- 5,5
MARNE	103 231	102 615	102 212	100 711	99 613	- 3,5
MARTINIQUE	72 498	69 777	67 561	65 197	63 708	- 12,1
MAYENNE	57 861	57 148	56 601	55 424	54 497	- 5,8
MAYOTTE	96 276	96 584	98 340	101 738	106 802	10,9
MEURTHE-ET-MOSELLE	126 807	126 112	124 847	123 343	122 351	- 3,5
MEUSE	31 213	30 411	30 094	29 449	28 941	- 7,3
MORBIHAN	133 725	133 243	131 986	130 803	129 778	- 3
MOSELLE	180 880	180 264	179 989	178 154	176 812	- 2,2
NIEVRE	31 507	30 992	30 394	29 723	29 178	- 7,4
NORD	531 870	528 179	524 519	519 397	513 051	- 3,5
OISE	163 560	162 784	162 201	161 178	159 853	- 2,3
ORNE	46 829	46 194	45 134	44 125	43 329	- 7,5
PARIS	324 364	321 639	319 536	315 254	307 114	- 5,3
PAS-DE-CALAIS	291 459	287 950	284 648	279 674	275 630	- 5,4
PUY-DE-DOME	107 224	107 247	107 404	106 975	106 332	- 0,8
PYRENEES-ATLANTIQUES	112 384	112 484	112 358	111 506	110 952	- 1,3
PYRENEES-ORIENTALES	81 433	81 480	81 606	81 487	81 238	- 0,2
RHONE	361 031	364 692	367 521	367 564	365 108	1,1
SAONE-ET-LOIRE	91 319	90 384	89 668	88 718	87 663	- 4
SARTHE	105 557	104 599	103 604	102 095	100 812	- 4,5
SAVOIE	76 204	76 032	75 783	75 144	74 642	- 2
SEINE MARITIME	235 084	233 374	232 497	231 298	229 498	- 2,4
SEINE-ET-MARNE	300 707	300 857	302 797	302 927	303 442	0,9
SEINE-SAINT-DENIS	344 881	348 160	351 259	351 337	348 453	1
SOMME	103 591	102 490	101 383	99 644	98 276	- 5,1
TARN	65 883	65 726	65 284	64 510	63 903	- 3
TARN-ET-GARONNE	48 305	48 438	48 190	47 604	47 236	- 2,2

TERRITOIRE DE BELFORT	26 302	26 212	25 979	25 464	25 159	- 4,3
VAL-D'OISE	274 029	276 949	280 361	283 180	284 454	3,8
VAL-DE-MARNE	260 566	261 632	262 236	262 858	259 656	- 0,3
VAR	175 139	175 497	175 392	174 956	175 071	0
VAUCLUSE	107 919	108 232	108 311	107 828	107 445	- 0,4
VENDEE	122 108	121 853	121 438	120 204	119 380	- 2,2
VIENNE	73 615	73 308	72 592	71 342	70 731	- 3,9
VOSGES	62 596	61 433	60 105	58 843	57 968	- 7,4
YONNE	58 111	57 173	56 268	55 263	54 581	- 6,1
YVELINES	299 811	299 646	301 247	301 542	300 730	0,3
Total général	12 346 854	12 320 726	12 300 401	12 222 890	12 136 366	- 1,7

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat

Source : DEPP. Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution des effectifs d'élèves dans le premier et le second degré selon les départements entre 2017 et 2021 (public+ privé sous contrat)

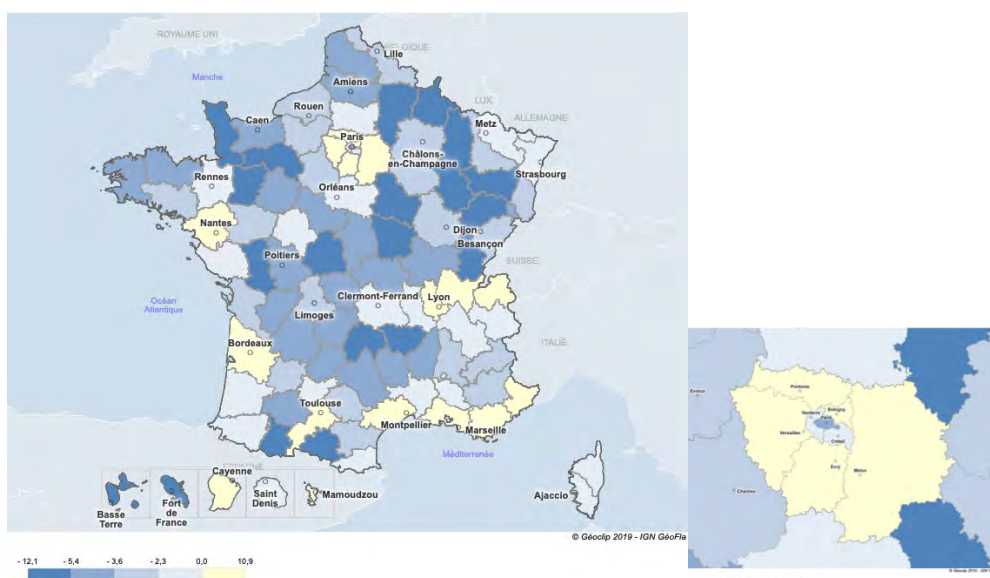


Tableau n° 297 : Évolution des effectifs d'élèves dans le premier degré selon les départements entre 2017 et 2021 (public+ privé sous contrat)

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017-2021(%)
AIN	70 087	69 958	69 754	69 287	69 142	- 1,3
AISNE	55 821	54 690	53 639	52 265	51 184	- 8,3
ALLIER	28 106	27 807	27 535	26 827	26 260	- 6,6
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	14 465	14 308	14 043	13 962	13 894	- 3,9
ALPES-MARITIMES	101 273	101 444	101 233	101 270	100 668	- 0,6
ARDECHE	30 455	30 160	29 524	29 032	28 724	- 5,7
ARDENNES	26 454	25 763	25 061	24 183	23 770	- 10,1
ARIEGE	12 822	12 524	12 326	12 012	11 664	- 9
AUBE	30 336	30 081	29 475	28 796	28 196	- 7,1

AUDE	33 011	32 590	32 028	31 265	30 920	- 6,3
AVEYRON	23 627	23 252	22 662	22 114	21 767	- 7,9
BAS-RHIN	106 549	106 590	105 561	104 457	102 925	- 3,4
BOUCHES-DU-RHONE	208 945	209 316	209 472	208 324	206 670	- 1,1
CALVADOS	66 217	65 309	63 989	62 502	61 425	- 7,2
CANTAL	10 828	10 700	10 468	10 185	10 027	- 7,4
CHARENTE	30 231	29 907	29 357	28 831	28 455	- 5,9
CHARENTE-MARITIME	53 777	53 407	53 071	51 835	50 983	- 5,2
CHER	26 752	26 239	25 784	25 115	24 614	- 8,0
CORREZE	19 407	19 082	18 780	18 234	17 980	- 7,4
CORSE-DU-SUD	12 030	12 098	11 950	11 812	11 775	- 2,1
COTE D'OR	47 604	47 302	46 697	46 256	45 566	- 4,3
COTES D'ARMOR	55 290	54 174	53 253	52 359	51 392	- 7,1
CREUSE	8 290	8 090	7 965	7 719	7 683	- 7,3
DEUX-SEVRES	35 264	34 674	33 875	33 039	32 414	- 8,1
DORDOGNE	32 068	31 571	31 033	30 426	30 190	- 5,9
DOUBS	55 533	54 943	54 138	53 321	52 028	- 6,3
DROME	52 282	51 826	51 128	50 503	49 789	- 4,8
ESSONNE	152 367	153 212	154 030	153 912	152 962	0,4
EURE	64 556	63 874	63 137	61 742	60 826	- 5,8
EURE-ET-LOIR	45 992	45 516	44 923	44 120	43 345	- 5,8
FINISTERE	84 414	83 106	81 615	79 693	78 788	- 6,7
GARD	73 046	72 774	72 146	71 385	70 470	- 3,5
GERS	15 556	15 525	15 176	14 758	14 550	- 6,5
GIRONDE	152 078	152 656	152 923	151 074	149 735	- 1,5
GUADELOUPE	48 007	45 510	44 530	42 848	41 466	- 13,6
GUYANE	44 036	44 339	45 564	45 612	47 135	7,0
HAUT-RHIN	73 893	73 513	73 096	71 996	70 657	- 4,4
HAUTE SAVOIE	84 508	85 513	85 879	85 486	85 362	1
HAUTE-CORSE	13 808	13 704	13 514	13 281	13 104	- 5,1
HAUTE-GARONNE	131 857	133 441	134 111	133 755	132 785	0,7
HAUTE-LOIRE	21 355	21 104	20 544	20 173	19 924	- 6,7
HAUTE-MARNE	15 447	15 065	14 662	14 349	14 103	- 8,7
HAUTE-SAONE	22 360	21 810	21 343	20 721	20 303	- 9,2
HAUTE-VIENNE	31 538	31 229	30 817	30 157	29 647	- 6
HAUTES-ALPES	12 264	12 210	12 092	11 897	11 738	- 4,3
HAUTES-PYRENEES	18 888	18 472	18 256	17 818	17 650	- 6,6
HAUTS-DE-SEINE	166 217	164 564	164 223	162 555	158 011	- 4,9
HERAULT	109 047	109 951	110 388	109 452	109 102	0,1
ILLE-ET-VILAINE	112 828	112 564	111 629	110 324	108 848	- 3,5
INDRE	17 962	17 585	17 158	16 696	16 350	- 9
INDRE-ET-LOIRE	57 342	57 237	56 964	56 224	55 195	- 3,7

ISERE	133 096	132 314	131 354	129 747	127 466	- 4,2
JURA	23 927	23 487	23 179	22 589	22 222	- 7,1
LA REUNION	117 867	117 025	115 459	114 106	114 301	- 3
LANDES	35 890	35 853	35 430	34 891	34 508	- 3,9
LOIR-ET-CHER	31 134	30 597	29 908	29 193	28 624	- 8,1
LOIRE	78 124	77 881	76 922	75 866	74 815	- 4,2
LOIRE-ATLANTIQUE	147 939	148 088	147 649	146 821	145 277	- 1,8
LOIRET	72 036	71 421	70 490	69 626	68 957	- 4,3
LOT	12 993	12 778	12 492	12 264	12 186	- 6,2
LOT-ET-GARONNE	29 410	28 991	28 769	28 273	28 115	- 4,4
LOZERE	6 616	6 525	6 383	6 106	6 029	- 8,9
MAINE-ET-LOIRE	86 362	85 592	84 460	82 689	81 582	- 5,5
MANCHE	44 913	44 594	43 753	42 785	42 352	- 5,7
MARNE	56 139	55 470	54 915	53 441	52 347	- 6,8
MARTINIQUE	36 565	35 235	33 828	32 250	31 514	- 13,8
MAYENNE	31 698	31 217	30 595	29 626	28 954	- 8,7
MAYOTTE	53 047	52 083	52 290	54 204	57 970	9,3
MEURTHE-ET-MOSELLE	68 508	67 692	66 564	65 334	64 121	- 6,4
MEUSE	16 805	16 348	16 196	15 836	15 503	- 7,7
MORBIHAN	72 528	71 851	70 568	69 548	68 810	- 5,1
MOSELLE	96 902	96 348	96 010	94 694	93 544	- 3,5
NIEVRE	16 344	15 930	15 662	15 273	15 035	- 8
NORD	293 878	290 150	286 204	281 832	277 341	- 5,6
OISE	90 288	89 531	88 938	87 779	86 548	- 4,1
ORNE	25 253	24 771	24 138	23 396	22 800	- 9,7
PARIS	163 797	161 377	159 110	155 096	148 546	- 9,3
PAS-DE-CALAIS	160 752	158 122	155 285	151 290	148 124	- 7,9
PUY-DE-DOME	57 947	57 659	57 356	56 889	56 045	- 3,3
PYRENEES-ATLANTIQUES	58 401	58 736	58 332	57 249	56 656	- 3
PYRENEES-ORIENTALES	43 478	43 645	43 413	42 836	42 588	- 2
RHONE	202 146	203 900	204 533	202 300	198 852	- 1,6
SAONE-ET-LOIRE	48 999	48 461	48 006	47 332	46 629	- 4,8
SARTHE	57 210	56 461	55 566	54 246	53 340	- 6,8
SAVOIE	40 803	40 556	40 233	39 768	39 189	- 4
SEINE MARITIME	126 285	125 453	124 315	123 165	121 574	- 3,7
SEINE-ET-MARNE	164 572	163 883	164 211	163 507	162 873	- 1
SEINE-SAINT-DENIS	200 530	201 349	202 019	200 931	196 962	- 1,8
SOMME	55 922	54 971	53 943	52 775	51 739	- 7,5
TARN	35 096	34 920	34 300	33 615	33 059	- 5,8
TARN-ET-GARONNE	26 941	26 577	26 120	25 362	24 978	- 7,3
TERRITOIRE DE BELFORT	14 010	13 752	13 540	13 170	12 849	- 8,3
VAL-D'OISE	153 773	154 855	156 248	157 184	157 184	2,2

VAL-DE-MARNE	149 117	149 402	149 153	148 971	145 739	- 2,3
VAR	95 602	95 734	95 385	94 671	94 457	- 1,2
VAUCLUSE	58 185	58 278	58 009	57 269	56 893	- 2,2
VENDEE	67 040	66 228	65 264	63 485	62 713	- 6,5
VIENNE	39 805	39 482	38 817	37 734	36 954	- 7,2
VOSGES	32 896	32 135	31 268	30 288	29 911	- 9,1
YONNE	31 918	31 272	30 571	29 734	29 263	- 8,3
YVELINES	163 585	163 060	163 791	162 852	161 318	- 1,4
Total général	6 743 962	6 704 319	6 653 465	6 565 847	6 481 517	- 3,9

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat)

Source : DEPP. Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution des effectifs d'élèves dans le premier degré selon les départements entre 2017 et 2021 (public+ privé sous contrat)

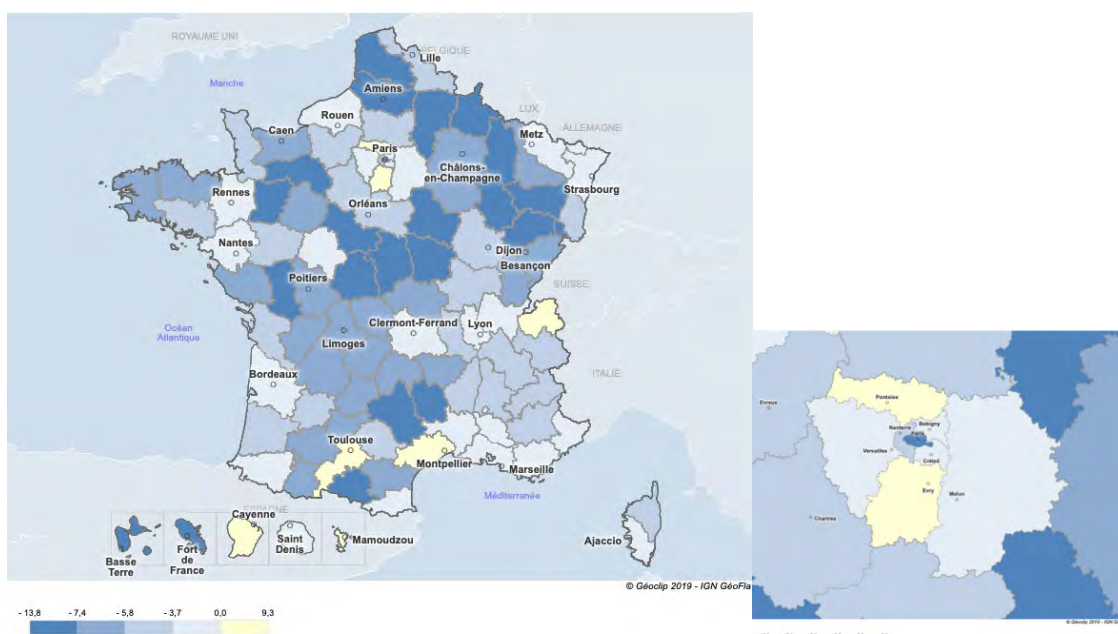


Tableau n° 30 : Évolution des effectifs d'élèves dans le second degré selon les départements entre 2017 et 2021
(public+ privé sous contrat)

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017-2021(%)
AIN	53 100	53 904	54 949	55 777	56 247	5,9
AISNE	46 570	46 405	46 292	45 951	45 436	- 2,4
ALLIER	24 136	24 056	24 010	23 956	23 945	- 0,8
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	12 928	12 870	12 609	12 478	12 539	- 3
ALPES-MARITIMES	84 866	85 260	86 579	87 052	88 094	3,8
ARDECHE	27 508	27 613	27 595	27 145	26 946	- 2
ARDENNES	21 728	21 474	21 306	21 073	20 668	- 4,9
ARIEGE	11 657	11 610	11 567	11 431	11 419	- 2
AUBE	25 204	25 162	25 226	25 233	25 331	0,5

AUDE	27 328	27 186	27 368	27 421	27 234	- 0,3
AVEYRON	19 735	19 768	19 790	19 687	19 444	- 1,5
BAS-RHIN	88 608	88 758	89 383	89 839	89 803	1,3
BOUCHES-DU-RHONE	169 580	171 018	173 248	174 495	175 718	3,6
CALVADOS	57 625	57 425	57 361	57 102	56 635	- 1,7
CANTAL	9 615	9 498	9 418	9 288	9 167	- 4,7
CHARENTE	25 574	25 505	25 554	25 502	25 265	- 1,2
CHARENTE-MARITIME	47 862	47 535	47 449	47 395	47 425	- 0,9
CHER	21 490	21 408	21 390	21 343	21 182	- 1,4
CORREZE	17 476	17 363	17 352	17 222	17 151	- 1,9
CORSE-DU-SUD	10 298	10 192	10 232	10 306	10 434	1,3
COTE D'OR	41 214	41 075	41 057	40 658	40 310	- 2,2
COTES D'ARMOR	47 909	47 584	47 621	47 305	47 025	- 1,8
CREUSE	7 195	7 130	7 141	7 065	6 986	- 2,9
DEUX-SEVRES	29 694	29 434	29 525	29 204	28 889	- 2,7
DORDOGNE	27 965	27 850	27 806	27 526	27 356	- 2,2
DOUBS	44 226	44 206	44 697	44 687	44 703	1,1
DROME	43 151	43 433	43 489	43 509	43 241	0,2
ESSONNE	120 876	122 152	124 294	125 687	126 849	4,9
EURE	51 442	51 355	51 359	51 163	50 948	- 1
EURE-ET-LOIR	37 192	37 134	37 241	37 143	36 972	- 0,6
FINISTERE	73 515	72 995	72 834	72 422	71 887	- 2,2
GARD	61 039	61 047	61 471	61 746	61 839	1,3
GERS	13 987	13 895	13 731	13 492	13 392	- 4,3
GIRONDE	126 997	128 718	130 387	131 709	132 845	4,6
GUADELOUPE	46 569	45 626	44 837	44 514	43 352	- 6,9
GUYANE	35 714	36 810	37 646	38 717	39 316	10,1
HAUT-RHIN	61 800	61 618	61 663	61 857	61 813	0
HAUTE SAVOIE	66 936	67 149	68 205	68 920	69 432	3,7
HAUTE-CORSE	11 508	11 504	11 558	11 633	11 634	1,1
HAUTE-GARONNE	105 140	106 761	109 039	110 518	111 607	6,2
HAUTE-LOIRE	18 422	18 195	18 135	17 968	17 670	- 4,1
HAUTE-MARNE	13 611	13 598	13 397	12 994	12 601	- 7,4
HAUTE-SAONE	18 372	18 191	17 966	17 759	17 605	- 4,2
HAUTE-VIENNE	27 026	27 033	27 130	27 079	26 973	- 0,2
HAUTES-ALPES	10 989	10 910	11 029	10 878	10 897	- 0,8
HAUTES-PYRENEES	18 123	17 957	17 786	17 375	17 044	- 6
HAUTS-DE-SEINE	127 540	128 581	129 577	130 260	130 080	2
HERAULT	90 504	91 382	92 675	93 593	94 101	4
ILLE-ET-VILAINE	93 591	94 163	95 306	96 264	96 533	3,1
INDRE	15 736	15 572	15 471	15 196	14 891	- 5,4
INDRE-ET-LOIRE	48 914	48 907	48 966	49 120	48 877	- 0,1

ISERE	109 752	110 171	110 950	110 951	111 159	1,3
JURA	21 216	21 070	20 796	20 508	20 241	- 4,6
LA REUNION	102 222	102 312	102 393	101 775	101 029	- 1,2
LANDES	30 628	30 682	30 822	31 111	31 289	2,2
LOIR-ET-CHER	25 430	25 187	25 387	25 283	25 147	- 1,1
LOIRE	63 356	63 645	63 932	64 208	64 103	1,2
LOIRE-ATLANTIQUE	120 422	121 406	122 746	123 253	124 001	3
LOIRET	59 537	60 343	60 810	61 045	61 186	2,8
LOT	11 885	11 784	11 781	11 567	11 589	- 2,5
LOT-ET-GARONNE	24 839	24 677	24 853	24 681	24 512	- 1,3
LOZERE	6 448	6 390	6 356	6 344	6 387	- 0,9
MAINE-ET-LOIRE	69 479	69 676	69 781	69 972	69 273	- 0,3
MANCHE	38 779	38 193	37 963	37 161	36 717	- 5,3
MARNE	47 092	47 145	47 297	47 270	47 266	0,4
MARTINIQUE	35 933	34 542	33 733	32 947	32 194	- 10,4
MAYENNE	26 163	25 931	26 006	25 798	25 543	- 2,4
MAYOTTE	43 229	44 501	46 050	47 534	48 832	13
MEURTHE-ET-MOSELLE	58 299	58 420	58 283	58 009	58 230	- 0,1
MEUSE	14 408	14 063	13 898	13 613	13 438	- 6,7
MORBIHAN	61 197	61 392	61 418	61 255	60 968	- 0,4
MOSELLE	83 978	83 916	83 979	83 460	83 268	- 0,8
NIEVRE	15 163	15 062	14 732	14 450	14 143	- 6,7
NORD	237 992	238 029	238 315	237 565	235 710	- 1
OISE	73 272	73 253	73 263	73 399	73 305	0
ORNE	21 576	21 423	20 996	20 729	20 529	- 4,9
PARIS	160 567	160 262	160 426	160 158	158 568	- 1,2
PAS-DE-CALAIS	130 707	129 828	129 363	128 384	127 506	- 2,4
PUY-DE-DOME	49 277	49 588	50 048	50 086	50 287	2
PYRENEES-ATLANTIQUES	53 983	53 748	54 026	54 257	54 296	0,6
PYRENEES-ORIENTALES	37 955	37 835	38 193	38 651	38 650	1,8
RHONE	158 885	160 792	162 988	165 264	166 256	4,6
SAONE-ET-LOIRE	42 320	41 923	41 662	41 386	41 034	- 3
SARTHE	48 347	48 138	48 038	47 849	47 472	- 1,8
SAVOIE	35 401	35 476	35 550	35 376	35 453	0,1
SEINE MARITIME	108 799	107 921	108 182	108 133	107 924	- 0,8
SEINE-ET-MARNE	136 135	136 974	138 586	139 420	140 569	3,3
SEINE-SAINT-DENIS	144 351	146 811	149 240	150 406	151 491	4,9
SOMME	47 669	47 519	47 440	46 869	46 537	- 2,4
TARN	30 787	30 806	30 984	30 895	30 844	0,2
TARN-ET-GARONNE	21 364	21 861	22 070	22 242	22 258	4,2
TERRITOIRE DE BELFORT	12 292	12 460	12 439	12 294	12 310	0,1
VAL-D'OISE	120 256	122 094	124 113	125 996	127 270	5,8

VAL-DE-MARNE	111 449	112 230	113 083	113 887	113 917	2,2
VAR	79 537	79 763	80 007	80 285	80 614	1,4
VAUCLUSE	49 734	49 954	50 302	50 559	50 552	1,6
VENDEE	55 068	55 625	56 174	56 719	56 667	2,9
VIENNE	33 810	33 826	33 775	33 608	33 777	- 0,1
VOSGES	29 700	29 298	28 837	28 555	28 057	- 5,5
YONNE	26 193	25 901	25 697	25 529	25 318	- 3,3
YVELINES	136 226	136 586	137 456	138 690	139 412	2,3
Total général	5 602 892	5 616 407	5 646 936	5 657 043	5 654 849	0,9

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat.

Source : DEPP. Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution (%) des effectifs d'élèves dans le second degré selon les départements entre 2017 et 2021 (public+ privé sous contrat)

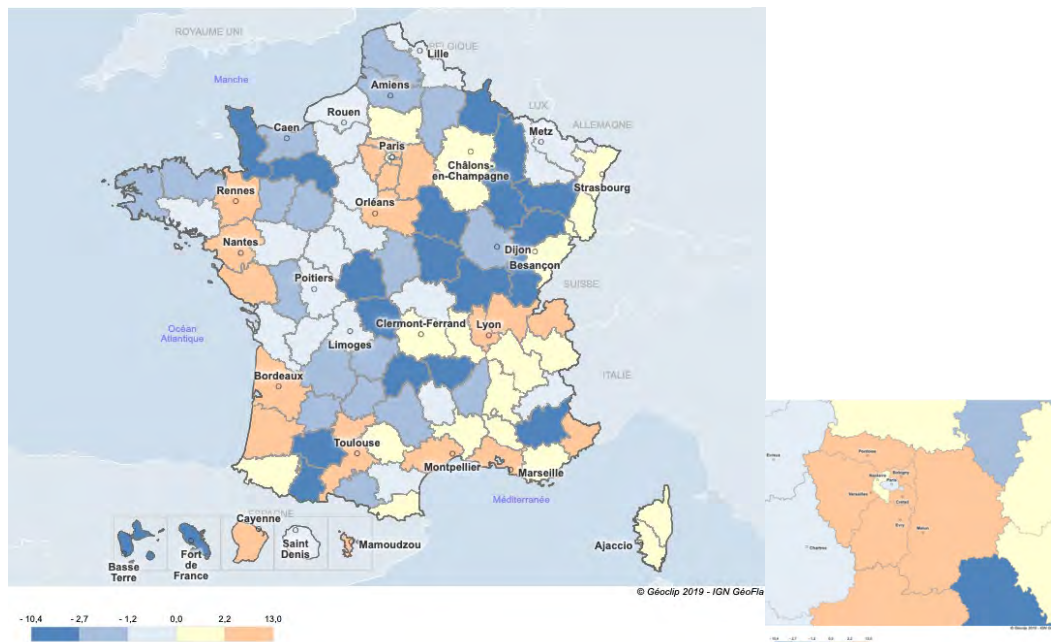


Tableau n° 31 : Évolution des effectifs d'enfants en situation de handicap par département entre 2017 et 2021
(scolarité en milieu ordinaire dans le premier degré et le second degré et en établissements spécialisés)

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution entre 2017 et 2021 (%)
AIN	3 886	4 048	4 106	4 145	3 706	- 4,63
AISNE	3 789	3 696	4 023	4 323	4 792	26,47
ALLIER	1 790	1 883	1 990	2 138	1 913	6,87
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	759	797	877	981	1 132	49,14
ALPES-MARITIMES	5 668	6 223	6 548	6 850	7 240	27,73
ARDECHE	2 137	2 302	2 274	2 238	2 420	13,24
ARDENNES	1 864	1 890	1 954	2 076	2 068	10,94
ARIEGE	1 153	1 210	1 190	1 296	1 362	18,13
AUBE	1 590	1 561	1 474	1 499	1 594	0,25

AUDE	2 282	2 354	2 559	2 729	2 972	30,24
AVEYRON	1 590	1 800	1 722	1 872	2 106	32,45
BAS-RHIN	5 320	5 555	5 965	6 194	6 695	25,85
BOUCHES-DU-RHONE	13 076	13 101	14 567	15 980	16 799	28,47
CALVADOS	4 290	4 549	4 924	5 148	5 666	32,07
CANTAL	774	885	939	1 031	1 087	40,44
CHARENTE	2 393	2 262	2 228	2 316	2 453	2,51
CHARENTE-MARITIME	3 863	3 825	4 089	4 272	4 176	8,10
CHER	1 485	1 526	1 530	1 680	1 761	18,59
CORREZE	1 352	1 431	1 497	1 628	1 733	28,18
CORSE-DU-SUD	599	676	780	818	880	46,91
COTE D'OR	2 325	2 503	2 571	2 764	2 745	18,06
COTES D'ARMOR	3 961	4 071	4 037	4 090	4 246	7,20
CREUSE	785	787	739	824	786	0,13
DEUX-SEVRES	2 204	2 377	2 468	2 501	2 639	19,74
DORDOGNE	1 948	2 053	2 304	2 508	2 711	39,17
DOUBS	2 551	2 689	2 826	2 950	3 097	21,40
DROME	3 900	4 069	4 131	4 104	4 369	12,03
ESSONNE	7 921	7 951	8 750	8 845	8 979	13,36
EURE	3 474	3 672	3 984	4 338	4 504	29,65
EURE-ET-LOIR	2 846	2 869	3 008	3 169	3 062	7,59
FINISTERE	6 358	5 865	6 129	6 364	6 612	3,99
GARD	4 840	5 132	5 368	5 485	5 831	20,48
GERS	1 114	1 278	1 457	1 347	1 842	65,35
GIRONDE	7 289	7 640	7 780	8 294	8 422	15,54
GUADELOUPE	2 564	3 036	2 927	3 012	2 997	16,89
GUYANE	2 426	2 289	2 465	2 504	2 302	- 5,11
HAUT-RHIN	4 225	4 377	4 695	4 924	5 484	29,80
HAUTE SAVOIE	4 297	4 615	5 213	5 332	5 945	38,35
HAUTE-CORSE	779	795	826	850	869	11,55
HAUTE-GARONNE	9 287	10 164	10 441	12 286	13 321	43,44
HAUTE-LOIRE	1 352	1 461	1 528	1 592	1 608	18,93
HAUTE-MARNE	1 351	1 389	1 385	1 474	1 523	12,73
HAUTE-SAONE	1 391	1 264	1 183	1 160	1 228	- 11,72
HAUTE-VIENNE	2 287	2 447	2 440	2 476	2 587	13,12
HAUTES-ALPES	971	1 095	1 233	1 329	1 336	37,59
HAUTES-PYRENEES	1 476	1 388	1 567	1 641	1 817	23,10
HAUTS-DE-SEINE	6 308	6 720	6 848	7 453	7 624	20,86
HERAULT	7 492	8 450	9 428	10 352	11 258	50,27
ILLE-ET-VILAINE	5 785	6 262	6 056	6 384	6 520	12,71
INDRE	1 374	1 470	1 615	1 751	1 775	29,18
INDRE-ET-LOIRE	3 563	3 549	3 665	3 913	3 907	9,65

ISERE	7 868	7 810	8 386	8 646	9 313	18,37
JURA	1 697	1 712	1 778	1 896	1 932	13,85
LA REUNION	5 755	6 366	6 466	7 158	7 691	33,64
LANDES	2 182	2 330	2 592	2 832	3 013	38,08
LOIR-ET-CHER	1 770	1 873	2 062	2 128	2 216	25,20
LOIRE	4 495	4 870	5 130	5 390	5 470	21,69
LOIRE-ATLANTIQUE	7 058	6 948	7 020	7 318	8 169	15,74
LOIRET	3 180	3 281	3 339	3 467	3 675	15,57
LOT	1 199	1 120	1 191	1 222	1 335	11,34
LOT-ET-GARONNE	2 235	2 194	2 246	2 344	2 277	1,88
LOZERE	646	642	666	715	596	- 7,74
MAINE-ET-LOIRE	3 613	3 687	3 895	3 832	4 154	14,97
MANCHE	2 558	2 547	2 520	2 834	3 143	22,87
MARNE	3 484	3 674	3 862	4 088	4 343	24,66
MARTINIQUE	2 333	2 586	2 653	2 797	2 811	20,49
MAYENNE	2 028	2 036	2 131	2 385	2 283	12,57
MAYOTTE	951	965	1 144	1 307	1 239	30,28
MEURTHE-ET-MOSELLE	4 389	4 723	4 198	4 833	4 608	4,99
MEUSE	1 199	1 239	1 279	1 332	1 440	20,10
MORBIHAN	4 009	4 325	4 358	4 400	4 372	9,05
MOSELLE	5 425	5 635	5 337	6 079	6 559	20,90
NIEVRE	1 551	1 575	1 693	1 724	1 706	9,99
NORD	19 906	20 745	21 102	21 900	23 011	15,60
OISE	4 939	5 165	5 512	5 767	6 210	25,73
ORNE	1 899	2 038	2 039	2 033	1 960	3,21
PARIS	10 566	11 328	11 358	11 378	12 236	15,81
PAS-DE-CALAIS	11 671	12 063	13 784	14 456	16 181	38,64
PUY-DE-DOME	3 128	3 252	3 520	3 593	3 827	22,35
PYRENEES-ATLANTIQUES	3 389	3 481	3 767	3 750	3 814	12,54
PYRENEES-ORIENTALES	2 804	2 857	3 177	3 256	3 523	25,64
RHONE	13 127	14 248	15 184	16 631	16 631	26,69
SAONE-ET-LOIRE	3 276	3 409	3 602	3 707	3 881	18,47
SARTHE	3 173	3 247	3 503	3 581	3 674	15,79
SAVOIE	2 454	2 641	2 720	2 716	3 010	22,66
SEINE MARITIME	6 204	6 732	7 103	7 148	8 055	29,84
SEINE-ET-MARNE	7 548	8 287	9 083	9 964	10 538	39,61
SEINE-SAINT-DENIS	8 873	9 971	10 572	11 051	11 005	24,03
SOMME	3 945	3 948	3 989	4 130	4 556	15,49
TARN	2 536	2 563	2 845	2 873	2 911	14,79
TARN-ET-GARONNE	1 849	2 039	2 110	2 326	2 424	31,10
TERRITOIRE DE BELFORT	792	788	794	790	807	1,89
VAL-D'OISE	7 748	8 009	8 688	9 077	9 405	21,39

VAL-DE-MARNE	7 182	7 892	8 248	8 927	8 262	15,04
VAR	4 692	4 769	5 105	5 420	5 857	24,83
VAUCLUSE	3 820	3 738	3 674	3 837	4 450	16,49
VENDEE	3 121	3 077	3 274	3 428	3 405	9,10
VIENNE	2 225	2 276	2 360	2 462	2 436	9,48
VOSGES	2 410	2 525	2 638	2 738	2 863	18,80
YONNE	1 855	1 868	1 992	2 007	2 067	11,43
YVELINES	7 910	7 625	7 830	8 107	8 596	8,67
Total général	390 771	408 020	427 822	451 010	472 441	20,90

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et hors contrat

Source : DEPP et DGESCO ; Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré – DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution des effectifs d'enfants en situation de handicap par département entre 2017 et 2021 (scolarité en milieu ordinaire dans le premier degré et le second degré et en établissements spécialisés)

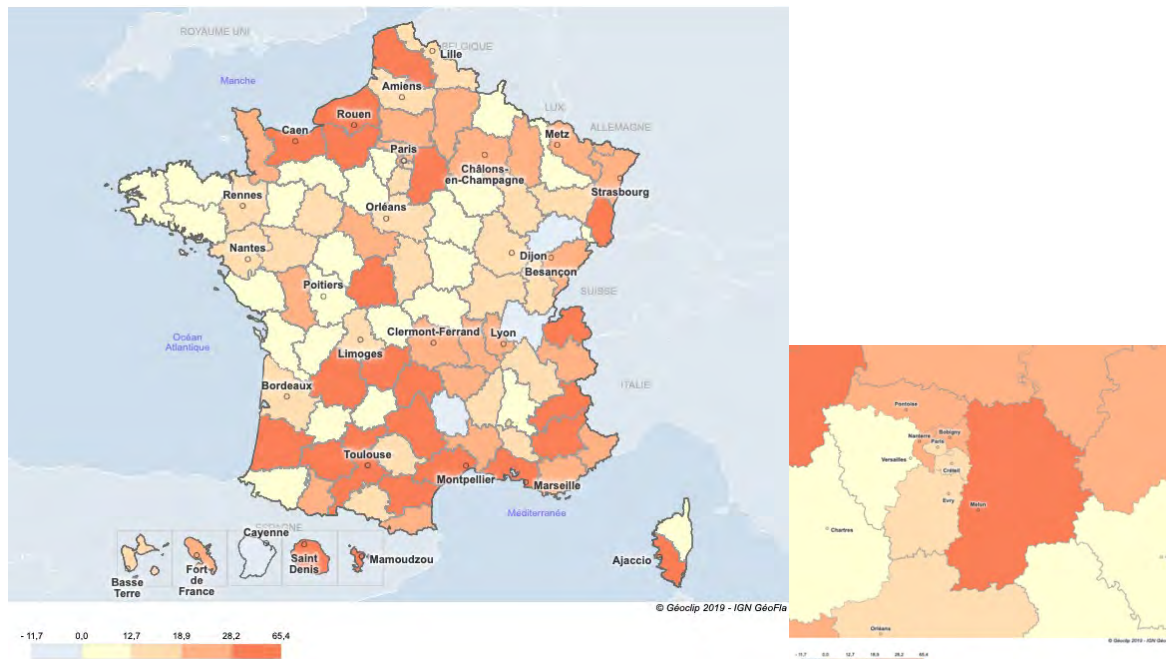


Tableau n° 32 : Évolution des effectifs des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire dans le premier degré par départements entre 2017 et 2021 (public + privé sous et hors contrat)

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution entre 2017 et 2021 (%)
AIN	1 788	1 906	1 897	1 889	1 762	- 1,5
AISNE	1 533	1 492	1 576	1 727	2 019	31,7
ALLIER	754	801	890	857	823	9,2
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	366	377	448	474	539	47,3
ALPES-MARITIMES	2 590	2 794	2 849	2 829	3 039	17,3
ARDECHE	1 044	1 102	1 080	1 049	1 109	6,2
ARDENNES	794	777	794	827	846	6,5
ARIEGE	513	497	454	452	473	- 7,8
AUBE	915	896	814	797	904	- 1,2
AUDE	1 149	1 132	1 181	1 267	1 401	21,9
AVEYRON	716	843	750	817	929	29,7
BAS-RHIN	2 290	2 486	2 722	2 720	3 091	35
BOUCHES-DU-RHONE	7 062	6 763	7 320	7 729	7 967	12,8
CALVADOS	1 869	1 984	2 145	2 203	2 384	27,6
CANTAL	367	407	425	435	473	28,9
CHARENTE	1 059	1 024	1 013	1 014	1 100	3,9
CHARENTE-MARITIME	1 528	1 525	1 601	1 681	1 635	7
CHER	688	680	695	767	809	17,6
CORREZE	629	685	703	704	738	17,3
CORSE-DU-SUD	285	332	375	384	412	44,6
COTE D'OR	1 029	1 153	1 181	1 260	1 333	29,5
COTES D'ARMOR	1 678	1 598	1 594	1 606	1 598	- 4,8
CREUSE	291	302	308	301	350	20,3
DEUX-SEVRES	851	924	1 008	999	1 106	30
DORDOGNE	970	1 006	1 096	1 178	1 285	32,5
DOUBS	1 170	1 218	1 330	1 374	1 428	22,1
DROME	1 919	1 991	1 976	1 921	2 052	6,9
ESSONNE	3 875	3 907	4 382	4 234	4 185	8
EURE	1 756	1 808	1 979	2 212	2 269	29,2
EURE-ET-LOIR	1 221	1 225	1 325	1 424	1 378	12,9
FINISTERE	2 958	2 460	2 470	2 588	2 772	- 6,3
GARD	2 550	2 615	2 665	2 694	2 738	7,4
GERS	373	463	540	389	678	81,8
GIRONDE	3 039	3 231	3 204	3 410	3 542	16,6
GUADELOUPE	1 233	1 278	1 266	1 181	1 201	- 2,6
GUYANE	1 016	882	1 007	977	855	- 15,8
HAUT-RHIN	2 003	2 135	2 332	2 462	2 840	41,8
HAUTE SAVOIE	2 109	2 283	2 613	2 619	2 916	38,3

HAUTE-CORSE	394	416	442	424	438	11,2
HAUTE-GARONNE	4 523	4 604	4 552	5 230	5 963	31,8
HAUTE-LOIRE	628	681	695	696	709	12,9
HAUTE-MARNE	569	569	571	631	637	12
HAUTE-SAONE	647	551	511	465	483	- 25,3
HAUTE-VIENNE	1 116	1 182	1 157	1 159	1 297	16,2
HAUTES-ALPES	322	342	456	472	527	63,7
HAUTES-PYRENEES	595	502	544	608	696	17
HAUTS-DE-SEINE	2 835	3 045	3 139	3 281	3 449	21,7
HERAULT	3 491	3 919	4 404	4 740	5 084	45,6
ILLE-ET-VILAINE	2 589	2 771	2 762	2 827	2 973	14,8
INDRE	643	692	764	842	832	29,4
INDRE-ET-LOIRE	1 517	1 545	1 574	1 606	1 560	2,8
ISERE	3 995	3 831	4 055	3 928	4 013	0,5
JURA	861	855	848	893	931	8,1
LA REUNION	2 901	2 896	2 972	3 128	3 386	16,7
LANDES	920	1 012	1 104	1 246	1 315	42,9
LOIR-ET-CHER	796	828	949	973	1 013	27,3
LOIRE	2 070	2 210	2 314	2 366	2 372	14,6
LOIRE-ATLANTIQUE	3 070	3 065	3 132	3 329	3 894	26,8
LOIRET	1 416	1 432	1 493	1 562	1 588	12,1
LOT	609	555	529	501	498	- 18,2
LOT-ET-GARONNE	1 038	1 011	1 045	1 053	1 086	4,6
LOZERE	228	236	230	235	237	3,9
MAINE-ET-LOIRE	1 634	1 626	1 692	1 606	1 786	9,3
MANCHE	1 190	1 210	1 223	1 336	1 446	21,5
MARNE	1 499	1 583	1 662	1 792	1 930	28,8
MARTINIQUE	748	792	773	768	715	- 4,4
MAYENNE	909	893	887	1 089	1 090	19,9
MAYOTTE	449	418	466	524	604	34,5
MEURTHE-ET-MOSELLE	1 893	1 993	1 998	2 141	2 329	23,0
MEUSE	524	543	541	588	623	18,9
MORBIHAN	1 939	2 129	2 104	2 006	1 904	- 1,8
MOSELLE	2 437	2 513	2 283	2 548	2 911	19,5
NIEVRE	724	706	741	709	668	- 7,7
NORD	9 737	9 929	10 126	9 932	10 622	9,1
OISE	2 299	2 486	2 641	2 638	2 862	24,5
ORNE	657	678	677	658	682	3,8
PARIS	4 421	4 433	4 414	4 373	4 428	0,2
PAS-DE-CALAIS	5 284	5 148	6 146	6 511	7 398	40
PUY-DE-DOME	1 425	1 525	1 670	1 700	1 841	29,2
PYRENEES-ATLANTIQUES	1 323	1 366	1 457	1 389	1 334	0,8

PYRENEES-ORIENTALES	1 396	1 335	1 447	1 501	1 630	16,8
RHONE	6 123	6 631	7 053	7 349	7 580	23,8
SAONE-ET-LOIRE	1 557	1 664	1 826	1 852	1 958	25,8
SARTHE	1 513	1 504	1 654	1 614	1 698	12,2
SAVOIE	1 188	1 258	1 312	1 286	1 411	18,8
SEINE MARITIME	2 816	2 705	2 799	2 819	3 292	16,9
SEINE-ET-MARNE	3 526	4 044	4 441	4 965	5 448	54,5
SEINE-SAINT-DENIS	4 476	5 052	5 395	5 650	5 879	31,3
SOMME	1 773	1 728	1 699	1 660	2 025	14,2
TARN	1 092	1 112	1 201	1 234	1 247	14,2
TARN-ET-GARONNE	849	894	878	918	983	15,8
TERRITOIRE DE BELFORT	376	363	354	343	353	- 6,1
VAL-D'OISE	3 549	3 669	4 158	4 185	4 344	22,4
VAL-DE-MARNE	3 808	4 127	4 371	4 627	4 339	13,9
VAR	2 259	2 283	2 346	2 567	2 646	17,1
VAUCLUSE	1 985	1 845	1 796	1 847	2 124	7
VENDEE	1 451	1 391	1 435	1 439	1 449	- 0,1
VIENNE	907	900	924	960	1 019	12,3
VOSGES	1 040	1 061	1 089	1 084	1 118	7,5
YONNE	791	751	806	791	786	- 0,6
YVELINES	3 838	3 543	3 759	3 776	3 979	3,7
Total général	181 158	185 563	194 494	200 421	212 441	17,3

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et hors contrat

Source : DEPP et DGESCO : Enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré.
Données de la BCP retravaillées par la mission.

Évolution des effectifs des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire dans le premier degré par département entre 2017 et 2021 (Public + Privé sous et hors contrat)

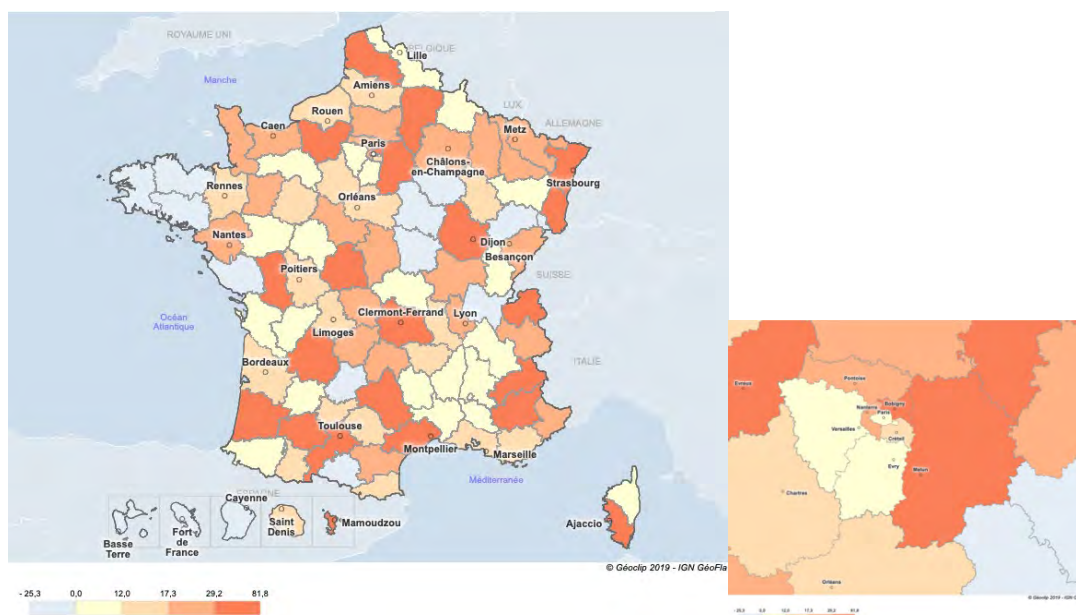


Tableau n° 33 : Évolution des effectifs des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire dans le second degré par département entre 2017 et 2021 (public + privé sous contrat et hors contrat)

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution entre 2017 et 2021 (%)
AIN	1 143	1 225	1 313	1 337	1 230	7,6
AISNE	1 659	1 682	1 853	2 009	2 221	33,9
ALLIER	442	492	535	703	616	39,4
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	292	345	402	461	549	88
ALPES-MARITIMES	2 285	2 584	2 899	3 243	3 388	48,3
ARDECHE	844	973	979	969	1 095	29,7
ARDENNES	568	622	668	755	849	49,5
ARIEGE	419	485	538	647	703	67,8
AUBE	459	441	429	465	466	1,5
AUDE	813	906	1 027	1 126	1 282	57,7
AVEYRON	493	625	653	745	860	74,4
BAS-RHIN	1 746	1 875	2 043	2 229	2 400	37,5
BOUCHES-DU-RHONE	4 583	4 905	5 801	6 786	7 494	63,5
CALVADOS	1 543	1 727	1 974	2 182	2 503	62,2
CANTAL	269	350	389	434	490	82,2
CHARENTE	788	714	742	840	857	8,8
CHARENTE-MARITIME	1 591	1 589	1 772	1 855	1 818	14,3
CHER	432	482	539	582	623	44,2
CORREZE	461	500	597	678	749	62,5
CORSE-DU-SUD	263	289	360	382	417	58,6
COTE D'OR	768	858	900	1 019	1 013	31,9
COTES D'ARMOR	1 603	1 774	1 822	1 915	2 006	25,1
CREUSE	246	264	303	295	319	29,7
DEUX-SEVRES	991	1 071	1 107	1 160	1 184	19,5
DORDOGNE	680	765	917	1 053	1 183	74
DOUBS	715	749	787	879	960	34,3
DROME	1 452	1 565	1 698	1 705	2 002	37,9
ESSONNE	2 705	2 679	3 212	3 410	3 546	31,1
EURE	1 061	1 182	1 326	1 512	1 651	55,6
EURE-ET-LOIR	1 019	1 128	1 243	1 385	1 363	33,8
FINISTERE	2 493	2 498	2 730	2 882	3 007	20,6
GARD	1 654	1 881	2 062	2 202	2 477	49,8
GERS	426	483	597	597	849	99,3
GIRONDE	2 381	2 752	2 934	3 317	3 551	49,1
GUADELOUPE	1 108	1 265	1 341	1 377	1 453	31,1
GUYANE	1 286	1 245	1 307	1 378	1 356	5,4
HAUT-RHIN	1 288	1 371	1 505	1 639	1 843	43,1

HAUTE SAVOIE	1 425	1 568	1 902	2 066	2 353	65,1
HAUTE-CORSE	336	325	329	363	391	16,4
HAUTE-GARONNE	3 379	4 110	4 461	5 623	6 282	85,9
HAUTE-LOIRE	514	555	615	646	671	30,5
HAUTE-MARNE	489	530	528	566	593	21,3
HAUTE-SAONE	477	442	401	409	446	-6,5
HAUTE-VIENNE	818	902	940	978	976	19,3
HAUTES-ALPES	458	539	592	654	719	57
HAUTES-PYRENEES	473	450	586	616	712	50,5
HAUTS-DE-SEINE	2 057	2 441	2 582	2 767	2 986	45,2
HERAULT	2 949	3 514	4 086	4 634	5 252	78,1
ILLE-ET-VILAINE	1 922	2 095	2 143	2 341	2 523	31,3
INDRE	448	517	589	668	708	58
INDRE-ET-LOIRE	1 348	1 368	1 399	1 607	1 665	23,5
ISERE	2 484	2 661	3 035	3 408	4 025	62
JURA	534	550	608	679	685	28,3
LA REUNION	2 286	2 515	2 755	3 092	3 382	47,9
LANDES	908	934	1 123	1 236	1 356	49,3
LOIR-ET-CHER	566	642	719	813	854	50,9
LOIRE	1 665	1 897	2 070	2 242	2 388	43,4
LOIRE-ATLANTIQUE	2 429	2 429	2 494	2 646	3 046	25,4
LOIRET	1 018	1 083	1 167	1 230	1 404	37,9
LOT	400	394	486	519	655	63,8
LOT-ET-GARONNE	793	810	847	932	863	8,8
LOZERE	261	268	319	363	255	- 2,3
MAINE-ET-LOIRE	1 281	1 330	1 464	1 571	1 704	33
MANCHE	892	892	923	1 065	1 228	37,7
MARNE	1 380	1 448	1 565	1 711	1 804	30,7
MARTINIQUE	1 028	1 215	1 304	1 445	1 535	49,3
MAYENNE	936	976	1 044	1 110	998	6,6
MAYOTTE	438	489	606	695	617	40,9
MEURTHE-ET-MOSELLE	1 785	1 697	1 375	1 695	1 709	-4,3
MEUSE	443	497	531	551	620	40
MORBIHAN	1 398	1 517	1 635	1 805	1 864	33,3
MOSELLE	1 899	2 032	2 065	2 460	2 671	40,7
NIEVRE	540	593	686	754	777	43,9
NORD	6 998	7 721	8 109	8 797	9 473	35,4
OISE	1 818	1 973	2 153	2 387	2 597	42,8
ORNE	594	689	747	790	775	30,5
PARIS	5 083	5 212	5 655	5 606	6 204	22,1
PAS-DE-CALAIS	3 352	3 763	4 581	4 966	5 776	72,3
PUY-DE-DOME	1 312	1 353	1 496	1 557	1 665	26,9

PYRENEES-ATLANTIQUES	1 399	1 509	1 704	1 758	1 878	34,2
PYRENEES-ORIENTALES	915	1 052	1 209	1 273	1 392	52,1
RHONE	5 072	5 681	6 436	7 535	7 471	47,3
SAONE-ET-LOIRE	1 156	1 195	1 233	1 351	1 372	18,7
SARTHE	960	1 068	1 205	1 338	1 440	50
SAVOIE	811	913	1 002	1 042	1 197	47,6
SEINE MARITIME	2 239	2 392	2 615	2 792	3 182	42,1
SEINE-ET-MARNE	2 610	3 014	3 560	4 007	4 150	59
SEINE-SAINT-DENIS	2 637	3 022	3 346	3 781	3 621	37,3
SOMME	1 587	1 698	1 710	1 898	1 972	24,3
TARN	1 040	1 049	1 151	1 161	1 261	21,3
TARN-ET-GARONNE	762	904	1 018	1 163	1 189	56
TERRITOIRE DE BELFORT	223	233	239	253	257	15,2
VAL-D'OISE	2 897	3 093	3 359	3 659	3 900	34,6
VAL-DE-MARNE	2 345	2 618	2 844	3 250	3 026	29
VAR	1 516	1 649	1 797	2 064	2 327	53,5
VAUCLUSE	1 515	1 577	1 584	1 703	2 049	35,2
VENDEE	1 117	1 167	1 309	1 432	1 415	26,7
VIENNE	798	848	858	946	939	17,7
VOSGES	1 007	1 069	1 135	1 240	1 330	32,1
YONNE	513	563	647	706	776	51,3
YVELINES	2 616	2 641	2 700	3 051	3 244	24
Total général	140 318	152 232	166 680	183 619	196 968	40,4

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO ; Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré.
Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution des effectifs des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire dans le second degré par département entre 2017 et 2021 (public + privé sous contrat et hors contrat)

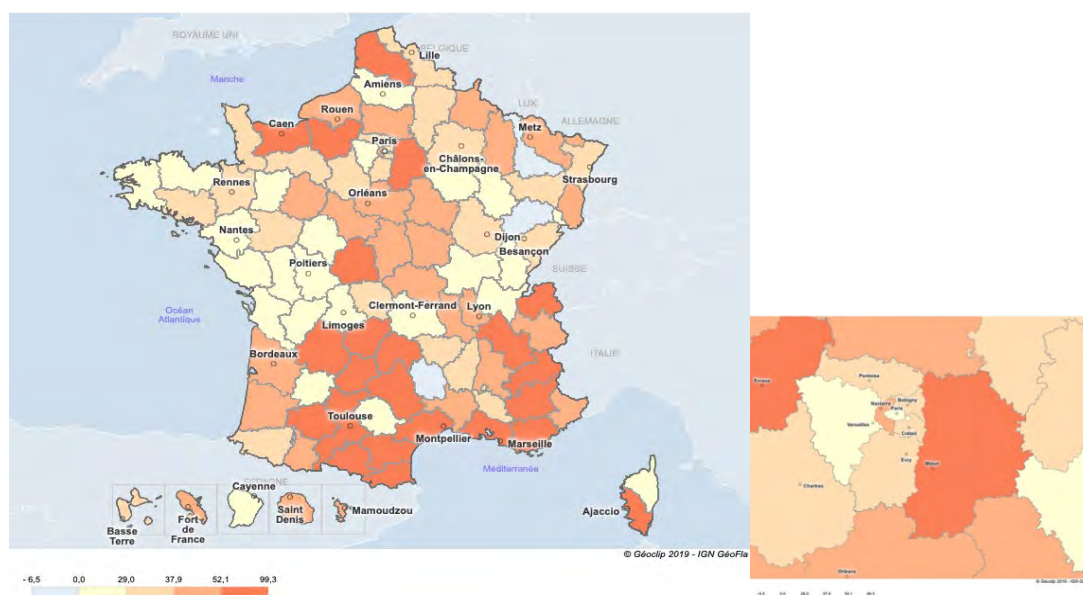


Tableau n° 34 : Évolution de la part des élèves en situation de handicap sur la population scolaire totale selon les départements entre 2017 et 2021

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution en points
AIN	3,1	3,3	3,3	3,3	2,9	- 0,2
AISNE	3,7	3,6	4	4,4	4,9	1,3
ALLIER	3,4	3,6	3,8	4,2	3,8	0,4
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	2,8	2,9	3,3	3,7	4,3	1,5
ALPES-MARITIMES	3	3,3	3,4	3,6	3,8	0,8
ARDECHE	3,7	4	4	4	4,3	0,7
ARDENNES	3,9	4	4,2	4,6	4,7	0,8
ARIEGE	4,7	5	4,9	5,5	5,8	1,2
AUBE	2,9	2,8	2,7	2,8	3	0,1
AUDE	3,7	3,9	4,2	4,6	5	1,3
AVEYRON	3,7	4,2	4,1	4,5	5,1	1,4
BAS-RHIN	2,7	2,8	3	3,2	3,4	0,7
BOUCHES-DU-RHONE	3,4	3,4	3,8	4,1	4,3	0,9
CALVADOS	3,5	3,7	4	4,3	4,8	1,3
CANTAL	3,8	4,4	4,7	5,3	5,7	1,9
CHARENTE	4,3	4,1	4	4,3	4,6	0,3
CHARENTE-MARITIME	3,8	3,8	4,1	4,3	4,2	0,4
CHER	3,1	3,2	3,2	3,6	3,8	0,8
CORREZE	3,6	3,9	4,1	4,5	4,8	1,2
CORSE-DU-SUD	2,7	3	3,5	3,7	4	1,3
COTE D'OR	2,6	2,8	2,9	3,2	3,2	0,6
COTES D'ARMOR	3,8	4	4	4,1	4,3	0,5
CREUSE	5,1	5,2	4,9	5,6	5,4	0,3
DEUX-SEVRES	3,4	3,7	3,9	4	4,3	0,9
DORDOGNE	3,2	3,4	3,9	4,3	4,7	1,5
DOUBS	2,6	2,7	2,9	3	3,2	0,6
DROME	4,1	4,2	4,3	4,3	4,7	0,6
ESSONNE	2,9	2,9	3,1	3,1	3,2	0,3
EURE	3	3,2	3,5	3,8	4,0	1
EURE-ET-LOIR	3,4	3,5	3,7	3,9	3,8	0,4
FINISTERE	4	3,7	4	4,2	4,4	0,4
GARD	3,6	3,8	4	4,1	4,4	0,8
GERS	3,8	4,3	5	4,8	6,6	2,8
GIRONDE	2,6	2,7	2,7	2,9	3	0,4
GUADELOUPE	2,7	3,3	3,2	3,4	3,4	0,7
GUYANE	3	2,8	3	3	2,7	- 0,4
HAUT-RHIN	3,1	3,2	3,5	3,7	4,1	1
HAUTE SAVOIE	2,8	3	3,4	3,4	3,8	1

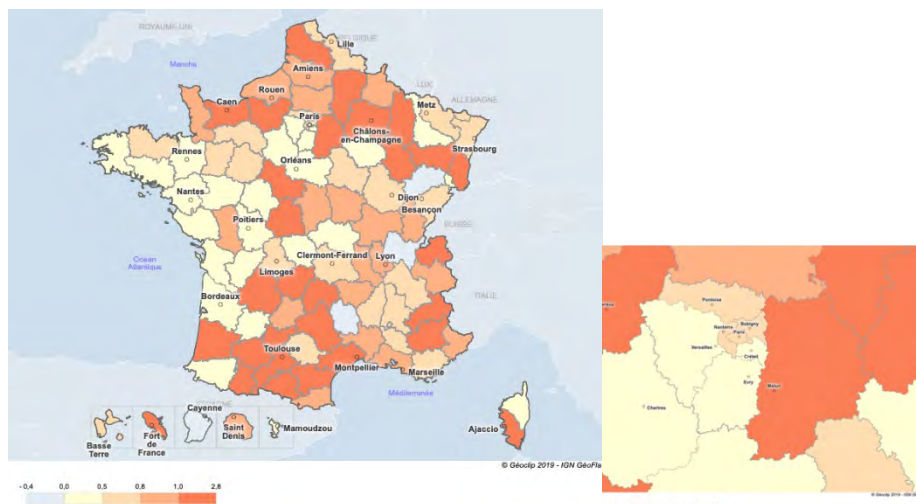
HAUTE-CORSE	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	0,4
HAUTE-GARONNE	3,9	4,2	4,3	5	5,4	1,5
HAUTE-LOIRE	3,4	3,7	3,9	4,2	4,3	0,9
HAUTE-MARNE	4,6	4,8	4,9	5,4	5,7	1,1
HAUTE-SAONE	3,4	3,2	3	3	3,2	- 0,2
HAUTE-VIENNE	3,9	4,2	4,2	4,3	4,6	0,7
HAUTES-ALPES	4,2	4,7	5,3	5,8	5,9	1,7
HAUTES-PYRENEES	4	3,8	4,3	4,6	5,2	1,2
HAUTS-DE-SEINE	2,1	2,3	2,3	2,5	2,6	0,5
HERAULT	3,7	4,2	4,6	5	5,5	1,8
ILLE-ET-VILAINE	2,8	3	2,9	3,1	3,2	0,4
INDRE	4,1	4,4	4,9	5,5	5,6	1,6
INDRE-ET-LOIRE	3,3	3,3	3,5	3,7	3,7	0,4
ISERE	3,2	3,2	3,4	3,6	3,9	0,7
JURA	3,7	3,8	4,0	4,4	4,5	0,8
LA REUNION	2,6	2,9	3	3,3	3,6	0,9
LANDES	3,3	3,5	3,9	4,3	4,6	1,3
LOIR-ET-CHER	3,1	3,4	3,7	3,9	4,1	1
LOIRE	3,2	3,4	3,6	3,8	3,9	0,8
LOIRE-ATLANTIQUE	2,6	2,6	2,6	2,7	3	0,4
LOIRET	2,4	2,5	2,5	2,6	2,8	0,4
LOT	4,8	4,6	4,9	5,1	5,6	0,8
LOT-ET-GARONNE	4,1	4,1	4,2	4,4	4,3	0,2
LOZERE	4,9	5	5,2	5,7	4,8	- 0,1
MAINE-ET-LOIRE	2,3	2,4	2,5	2,5	2,7	0,4
MANCHE	3,1	3,1	3,1	3,5	4	0,9
MARNE	3,4	3,6	3,8	4	4,3	1
MARTINIQUE	3,2	3,7	3,9	4,2	4,3	1,2
MAYENNE	3,5	3,6	3,8	4,3	4,2	0,7
MAYOTTE	1	1	1,1	1,2	1,1	0,2
MEURTHE-ET-MOSELLE	3,5	3,7	3,4	3,9	3,8	0,3
MEUSE	3,8	4,1	4,2	4,5	5	1,1
MORBIHAN	3	3,2	3,3	3,4	3,4	0,4
MOSELLE	3	3,1	3	3,4	3,7	0,7
NIEVRE	4,9	5,1	5,6	5,8	5,8	0,9
NORD	3,7	3,9	4	4,2	4,5	0,7
OISE	3	3,2	3,4	3,6	3,9	0,9
ORNE	4	4,4	4,5	4,6	4,5	0,5
PARIS	3,2	3,4	3,5	3,5	3,9	0,7
PAS-DE-CALAIS	4	4,2	4,8	5,2	5,9	1,9
PUY-DE-DOME	2,9	3	3,3	3,3	3,6	0,7
PYRENEES-ATLANTIQUES	3	3,1	3,3	3,3	3,4	0,4

PYRENEES-ORIENTALES	3,4	3,5	3,9	4	4,3	0,9
RHONE	3,6	3,9	4,1	4,5	4,5	0,9
SAONE-ET-LOIRE	3,6	3,8	4	4,2	4,4	0,8
SARTHE	3	3,1	3,4	3,5	3,6	0,6
SAVOIE	3,2	3,5	3,6	3,6	4	0,8
SEINE MARITIME	2,6	2,9	3,1	3,1	3,5	0,9
SEINE-ET-MARNE	2,5	2,7	3	3,3	3,5	1
SEINE-SAINT-DENIS	2,6	2,8	3	3,1	3,1	0,6
SOMME	3,8	3,8	3,9	4,1	4,6	0,8
TARN	3,8	3,9	4,3	4,4	4,5	0,7
TARN-ET-GARONNE	3,8	4,2	4,4	4,9	5,1	1,3
TERRITOIRE DE BELFORT	3	3	3	3,1	3,2	0,2
VAL-D'OISE	2,8	2,9	3,1	3,2	3,3	0,5
VAL-DE-MARNE	2,7	3	3,1	3,4	3,2	0,4
VAR	2,7	2,7	2,9	3,1	3,3	0,7
VAUCLUSE	3,5	3,4	3,4	3,5	4,1	0,6
VENDEE	2,5	2,5	2,7	2,8	2,8	0,3
Vienne	3	3,1	3,2	3,4	3,4	0,4
VOSGES	3,8	4,1	4,4	4,6	4,9	1,1
Yonne	3,2	3,3	3,5	3,6	3,8	0,6
YVELINES	2,6	2,5	2,6	2,6	2,8	0,2
Total général	3,1	3,3	3,5	3,7	3,9	0,7

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et établissements spécialisés.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré et RERS 2022. DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution de la part des élèves en situation de handicap sur la population scolaire totale selon les départements entre 2017 et 2021 (en points)



**Évolution de la part des élèves en situation de handicap sur la population scolaire totale selon les départements
entre 2017 et 2021 (en pourcentage)**

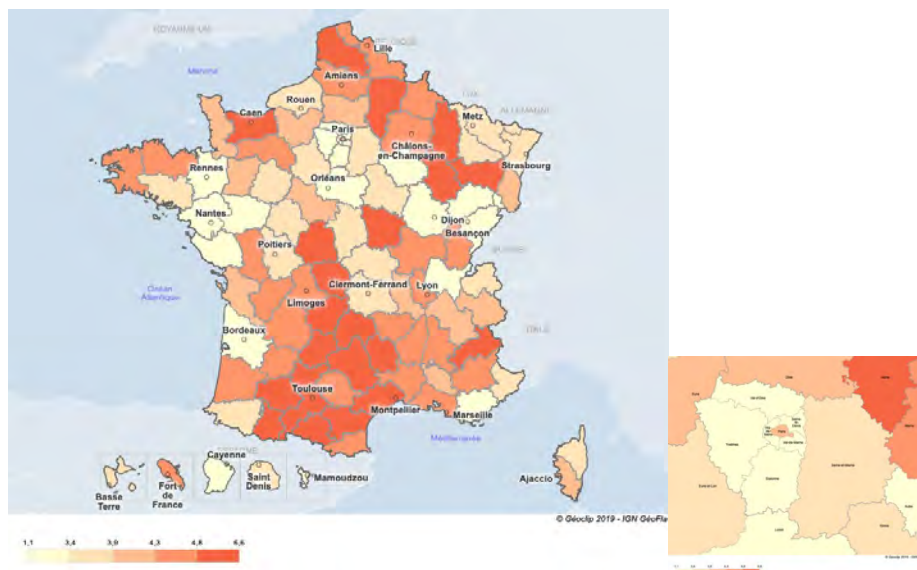


Tableau n° 35 : Évolution de la part des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire bénéficiant d'un accompagnement humain entre les années scolaires 2017 et 2021 par département

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution en points entre 2017 et 2022
AIN	45,1	46	45,3	45,5	48,9	3,8
AISNE	34,1	36,2	37,9	41	47,4	13,2
ALLIER	32,9	37,2	41,8	40,7	38,2	5,2
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	61,9	51,2	38,5	52	52,9	- 8,9
ALPES-MARITIMES	41,6	41,5	35,5	43	46,2	4,6
ARDECHE	48,1	55,4	61	66,4	64,2	16,1
ARDENNES	44,5	43,6	54	54,7	60,7	16,2
ARIEGE	62,6	64,5	63,8	65,5	68,8	6,2
AUBE	47,2	45,2	49,6	49,7	55,8	8,6
AUDE	44,5	46,9	48,5	48,8	51,6	7,1
AVEYRON	40,3	37,1	37,6	46,5	50,3	10
BAS-RHIN	31,1	32	31,7	40,3	37,5	6,4
BOUCHES-DU-RHONE	40,6	54,7	57,8	68,7	70,8	30,1
CALVADOS	38,8	39,3	36,4	42,4	39,2	0,4
CANTAL	43,1	40,2	49,6	53,6	53,6	10,5
CHARENTE	52,1	54,3	56,4	60,8	61,6	9,5
CHARENTE-MARITIME	51,8	53,4	50,6	46,8	50,6	- 1,2
CHER	39,2	38,8	42,1	45,7	53,6	14,4
CORREZE	48,9	52,6	53,4	59,9	43,9	-5
CORSE-DU-SUD	30,3	34,6	33,5	35,8	39,7	9,4
COTE D'OR	49,2	47,1	49,9	54,2	55,8	6,6
COTES D'ARMOR	56	53,9	56,9	59,3	58,9	2,9

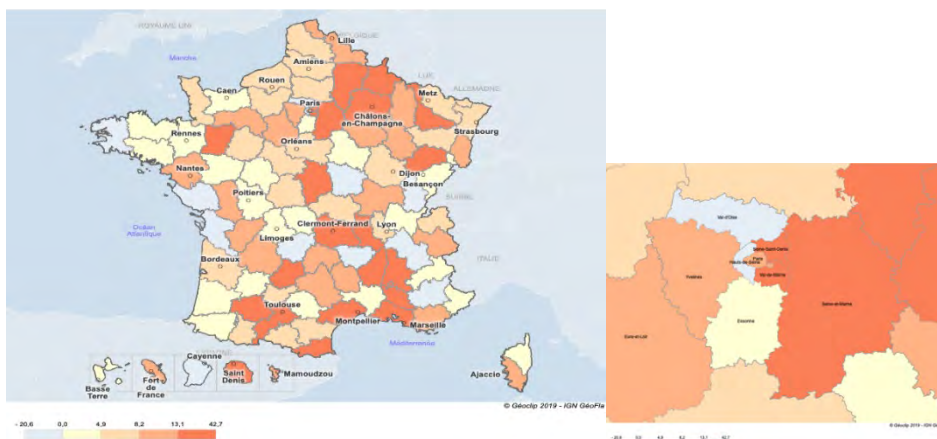
CREUSE	41	43,3	45,5	47	41,6	0,6
DEUX-SEVRES	45,1	44,4	46,5	51,1	56,7	11,7
DORDOGNE	46,5	50,7	53	56,3	56	9,5
DOUBS	39,3	38,1	40,9	42,9	41,9	2,6
DROME	36,3	36,6	36,5	60,9	58,7	22,4
ESSONNE	52,9	51,2	54	57,1	55	2,1
EURE	48,3	45,2	50,6	54,3	55,8	7,5
EURE-ET-LOIR	39,1	38,2	44,4	48,6	50,5	11,4
FINISTERE	64,3	69,8	72,6	74,5	59,3	- 5
GARD	63,5	63,1	61,9	64,2	64,3	0,8
GERS	28,9	32,9	47,1	45,1	55,5	26,6
GIRONDE	39,3	42,6	47,8	53,4	46,7	7,4
GUADELOUPE	53,1	48,6	60,5	58,9	55,4	2,2
GUYANE	46	40,2	44,8	51,5	44,4	- 1,6
HAUT-RHIN	35,6	38,8	38,7	41,8	46,7	11,2
HAUTE SAVOIE	60,5	65,5	69,2	71,1	68,2	7,6
HAUTE-CORSE	33,7	31,4	34,6	34,8	37,6	3,9
HAUTE-GARONNE	52,6	53,2	45,3	67,7	69,7	17,1
HAUTE-LOIRE	69,4	65,4	66,5	69,9	57,7	- 11,8
HAUTE-MARNE	41,9	43,4	47,6	51	54,3	12,4
HAUTE-SAONE	39	40,3	47	51,1	52,1	13,1
HAUTE-VIENNE	45,6	46,3	50,5	56,0	47,2	1,6
HAUTES-ALPES	61,5	64,2	47,8	50,2	64,9	3,4
HAUTES-PYRENEES	50,1	40,1	42,8	57,4	57,8	7,7
HAUTS-DE-SEINE	52,9	56,8	53,9	58,7	41,6	- 11,4
HERAULT	47,2	51,7	58,6	63,3	64,6	17,5
ILLE-ET-VILAINE	58	57,5	58,9	60,1	61,5	3,5
INDRE	43	43,8	46,6	48,5	50,2	7,2
INDRE-ET-LOIRE	39,3	37,6	41,8	43	44,1	4,8
ISERE	57,4	59,1	60,5	56,3	46,2	- 11,1
JURA	54	53,3	54,9	53,2	51,9	- 2,1
LA REUNION	36	41,1	43,5	51,6	57,2	21,2
LANDES	38,6	43,7	52,1	55,3	38,7	0,1
LOIR-ET-CHER	32,7	31,5	35,9	36,7	40,4	7,7
LOIRE	57,2	60,8	64,3	67,9	71,5	14,3
LOIRE-ATLANTIQUE	46,4	46,1	52,3	54,2	58,4	11,9
LOIRET	28,7	28,9	31,5	33,3	34,8	6,1
LOT	47,5	48,4	53,6	56,7	63,3	15,8
LOT-ET-GARONNE	48,9	50,8	52,1	56,6	53,3	4,4
LOZERE	46	45,6	42,8	45,5	55,5	9,5
MAINE-ET-LOIRE	41,6	40,4	41,5	42,1	45,6	4,0
MANCHE	49,2	46	51,3	56,8	55,2	6

MARNE	38,4	40,9	44,4	50	53,4	15
MARTINIQUE	59,1	58,3	62,2	66,5	67,3	8,2
MAYENNE	51,6	50,8	57,1	69	67,6	16
MAYOTTE	9	15,3	17	17,9	19,7	10,7
MEURTHE-ET-MOSELLE	48,0	51,8	57,8	60,5	62,8	14,8
MEUSE	47,3	45,8	52	57,6	56	8,7
MORBIHAN	53,3	51,5	48,5	51,5	56,3	3
MOSELLE	44,4	44,5	46	46,6	50,6	6,2
NIEVRE	48,2	50,4	52,4	52,1	45,9	- 2,3
NORD	49,1	49,8	51,5	57,4	59,1	10
OISE	49,8	51,6	54,3	57,1	56,1	6,3
ORNE	48,3	58,2	56,8	54,7	56,9	8,6
PARIS	45,9	46,3	47,8	52,2	55,2	9,4
PAS-DE-CALAIS	61,5	61,5	67	68,4	69,3	7,8
PUY-DE-DOME	38	42,4	42,8	48,9	53	15
PYRENEES-ATLANTIQUES	42,2	44,7	50,4	52,9	43,5	1,2
PYRENEES-ORIENTALES	53,6	57,7	59,9	63,9	67,7	14,2
RHONE	51,4	56,2	60	64,3	58,6	7,2
SAONE-ET-LOIRE	47,2	49,4	54,1	56,1	57,4	10,2
SARTHE	56,1	57	61,5	62,5	62,5	6,4
SAVOIE	49,7	52,0	55,4	56,9	61,6	11,9
SEINE MARITIME	45,4	44,9	46,5	48,7	50,6	5,3
SEINE-ET-MARNE	52,1	56,5	56,8	60,8	67,7	15,7
SEINE-SAINT-DENIS	42,6	48,6	51,7	52,2	60,5	17,9
SOMME	39,2	41,2	50,7	53,9	46,1	6,9
TARN	46,6	42,4	44,8	50,9	49,6	3
TARN-ET-GARONNE	53,6	51,8	47,4	58,4	58,5	4,9
TERRITOIRE DE BELFORT	38,4	41,9	39,6	41,9	42,3	3,9
VAL-D'OISE	58,4	55,7	58,7	56,9	38,4	- 19,9
VAL-DE-MARNE	37,7	38,3	40	39,6	73,1	35,4
VAR	45,8	50,3	53,5	55	57,9	12,1
VAUCLUSE	19,9	30	41,9	47	62,5	42,7
VENDEE	50,2	48	46	50,5	29,6	- 20,6
VIENNE	40,1	36,6	36,5	38,2	41,1	1
VOSGES	41,5	45,4	51,2	55,2	48,8	7,3
YONNE	49,2	46,9	47,7	49,5	53,6	4,4
YVELINES	52,3	55,8	60,8	63,1	63,5	11,1
Total général	47,3	49,1	51,5	55,7	56,1	8,9

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO ; Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré et RERS 2022. Données de la BCP retravaillées par la mission

Évolution de la part des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire bénéficiant d'un accompagnement humain entre les années scolaires 2017 et 2021 par département (en points)



Évolution de la part des élèves en situation de handicap en milieu ordinaire bénéficiant d'un accompagnement humain entre les années scolaires 2017 et 2021 par département (en pourcentage)

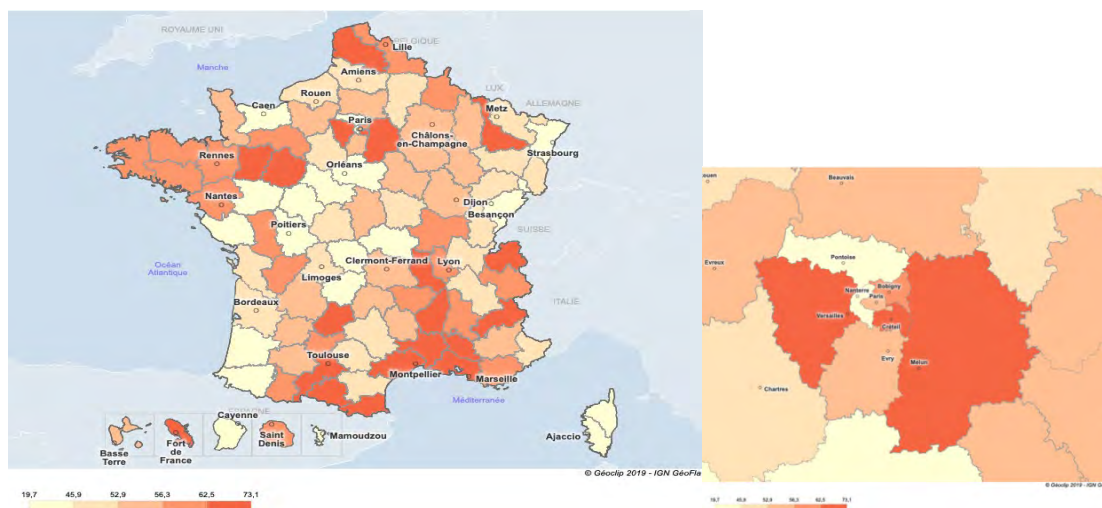


Tableau n° 36 : Évolution de la part des ESH en milieu ordinaire bénéficiant d'un accompagnement humain mutualisé entre les années scolaires 2017 et 2021 par département

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution en points entre 2017 et 2022
AIN	37,6	37,8	36,2	35,3	38,6	1
AISNE	7,3	9,1	11,6	17,2	22,6	15,3
ALLIER	8,4	15,9	26,2	28,1	27	18,6
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	16,7	15,7	16,7	22,4	26,6	9,8
ALPES-MARITIMES	7,6	9,2	17,4	21,2	26	18,4
ARDECHE	11,3	19	30,7	36,7	44,3	33
ARDENNES	6,8	10,1	26,5	26,3	35,2	28,3
ARIEGE	40,8	42,9	45,9	46,6	54,5	13,7
AUBE	19,9	25,1	34,8	34,7	39,7	19,8
AUDE	19,9	25,3	28,8	33,6	35,8	15,9
AVEYRON	28,9	27,2	36,3	37,5	43	14,1

BAS-RHIN	19,5	21,9	22,5	28,1	25,4	5,9
BOUCHES-DU-RHONE	20,6	37,1	40,7	46,8	46,1	25,4
CALVADOS	14,1	15,7	14,8	28,9	25,7	11,7
CANTAL	28,3	27,9	38,1	41,9	41,5	13,2
CHARENTE	22,1	28,9	35,4	42,8	45,8	23,6
CHARENTE-MARITIME	20,6	31,8	34,4	33,4	38,1	17,6
CHER	19,5	17,8	24,4	24,2	26,5	7,1
CORREZE	9	17,4	27,8	36,6	32,3	23,3
CORSE-DU-SUD	15,9	30,8	32,2	33,7	37,5	21,6
COTE D'OR	18,5	21,7	27,7	32,4	32,1	13,6
COTES D'ARMOR	26	24,0	30,6	29,6	31,9	5,9
CREUSE	31,3	32,3	35,2	34,9	33,6	2,3
DEUX-SEVRES	28,4	27,3	31,1	34,9	36,1	7,7
DORDOGNE	4,9	7,5	17,3	24,9	31,8	26,9
DOUBS	20,4	23,7	26,9	30,6	31,1	10,7
DROME	17,2	20,4	20,8	40	40,9	23,6
ESSONNE	23,5	23	25,4	26,5	29,6	6,2
EURE	23,1	26,4	35,1	39	39,6	16,5
EURE-ET-LOIR	23,7	25,1	30,5	30,2	33,3	9,6
FINISTERE	12,1	16,6	32,5	42,8	41,9	29,8
GARD	25,7	27,6	34,5	45,7	49,9	24,2
GERS	19,6	27,4	38,7	33,6	42,8	23,2
GIRONDE	16,6	20,2	25,3	30,5	36,8	20,2
GUADELOUPE	11,1	3,9	36,9	43,6	42	30,9
GUYANE	25,2	23,2	26,6	35,4	26,9	1,7
HAUT-RHIN	1,7	12,1	20,1	26,9	33,8	32,1
HAUTE SAVOIE	26,8	31,1	40,9	45,4	46,5	19,7
HAUTE-CORSE	20	13,9	19,8	21,2	24,8	4,8
HAUTE-GARONNE	20,8	25,5	44,1	53,3	58,7	37,9
HAUTE-LOIRE	29,6	36,3	46	54,2	46,6	17
HAUTE-MARNE	6,1	7,8	9,6	18,5	30,4	24,3
HAUTE-SAONE	3,1	2,5	17,8	30,7	34,3	31,2
HAUTE-VIENNE	18,8	22,5	29,2	31,6	31,1	12,3
HAUTES-ALPES	35,1	37,5	43,6	43,4	48,6	13,4
HAUTES-PYRENEES	7,4	12,4	23,9	37,7	43,4	36,0
HAUTS-DE-SEINE	34,6	40,6	39,4	44,8	41,2	6,5
HERAULT	39,7	43,8	48,9	53,5	54,9	15,1
ILLE-ET-VILAINE	13,1	12,2	12,4	25,3	33,4	20,2
INDRE	26,6	22,7	34,6	35,8	39	12,4
INDRE-ET-LOIRE	29,5	27,4	32,4	35,3	36,1	6,6
ISERE	23,3	25,6	33,5	33,7	28,9	5,6
JURA	41,9	40,7	43,6	40,6	39,9	-2

LA REUNION	3,5	6,9	17,6	26,9	27,6	24,1
LANDES	2,2	5,5	11,6	15,2	22,4	20,2
LOIR-ET-CHER	13,7	19,9	27,2	29,1	31,5	17,9
LOIRE	43,7	46,3	49,1	49,1	48,9	5,2
LOIRE-ATLANTIQUE	18,2	18,4	23,6	25,2	30,2	11,9
LOIRET	21,3	21,8	21,6	19,6	17,9	- 3,3
LOT	7,4	11,1	28,9	40	48,4	41
LOT-ET-GARONNE	11	24,9	29,4	30,3	34,6	23,6
LOZERE	36,4	34,5	29,7	33,9	40	3,6
MAINE-ET-LOIRE	12,9	10,9	15,2	14,6	16,8	3,9
MANCHE	27,3	25,1	30,6	36,5	35,4	8,1
MARNE	4,6	7	18,4	26,8	28,1	23,5
MARTINIQUE	12	11,5	15,7	24,0	28	16,0
MAYENNE	21,5	18,4	25,6	37,2	44	22,5
MAYOTTE	1,5	1,9	2,7	11,6	11,1	9,6
MEURTHE-ET-MOSELLE	36,5	40,8	47,9	51,6	52	15,4
MEUSE	7	8,9	35,4	48,4	50,4	43,4
MORBIHAN	16,5	12,8	22,2	26,9	32,7	16,3
MOSELLE	30,3	32,3	35,2	36,1	37,4	7,1
NIEVRE	29,2	30,9	33,9	29,9	23,9	- 5,2
NORD	19,9	23,9	33,1	41	42,8	23
OISE	9,2	11,6	29,1	35,1	34	24,8
ORNE	2,2	11,3	31,1	37,6	44,7	42,6
PARIS	22,7	26,1	29	30,7	31,7	9
PAS-DE-CALAIS	11,3	12	42,9	56,5	59,3	48,1
PUY-DE-DOME	28,7	32,6	33,2	39,6	39,6	10,9
PYRENEES-ATLANTIQUES	15,9	15,3	24,3	30,6	32,1	16,2
PYRENEES-ORIENTALES	16,4	17,3	23,7	29,1	38,6	22,3
RHONE	39,8	41,6	42,8	44,4	37,7	- 2
SAONE-ET-LOIRE	9,3	8,8	28,7	38	40,9	31,6
SARTHE	14,7	16,1	20,8	27,4	25,9	11,2
SAVOIE	26,1	28,2	37,7	45,6	52,9	26,8
SEINE MARITIME	8,7	14,6	25,8	32,2	36,5	27,8
SEINE-ET-MARNE	2,6	7,2	18,7	40	63,7	61,1
SEINE-SAINT-DENIS	3	4,3	10,3	19,6	29,2	26,2
SOMME	18	21,1	31,6	37,7	34,2	16,2
TARN	25,1	25,7	35,4	37,7	40	14,9
TARN-ET-GARONNE	23,6	30,7	35,9	48	53	29,4
TERRITOIRE DE BELFORT	2,2	3,5	10,1	24,3	26,6	24,4
VAL-D'OISE	8,6	14	34,7	39	35,3	26,7
VAL-DE-MARNE	2	2,1	3,5	16,9	58,6	56,6
VAR	5,2	12,9	27,1	34,3	36,9	31,7

VAUCLUSE	0,1	11,8	34	42,8	38,2	38,1
VENDEE	22	20,3	18,3	20,4	12,2	- 9,9
VIENNE	31,8	28,1	28,4	31,8	34,5	2,7
VOSGES	24,8	29,8	38,6	42,3	42,7	17,9
YONNE	13,9	14,5	24,6	27,5	29,8	16
YVELINES	9,9	19,5	35,5	41,5	43,2	33,4
Total général	18,4	21,8	29,8	36,0	38,9	20,5

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et hors contrat

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré et RERS 2022. Données de la BCP retravaillées par la mission

Tableau n° 37 : Évolution de la part d'élèves bénéficiant d'aide mutualisée par rapport à l'ensemble des ESH bénéficiant d'un accompagnement humain entre les années scolaires 2017 et 2021 par département

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution en points entre 2017 et 2022
AIN	83,4	82,2	80	77,5	79,1	- 4,4
AISNE	21,5	25,3	30,7	42	47,8	26,3
ALLIER	25,4	42,8	62,9	69	70,7	45,3
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	27	30,5	43,4	43,0	50,2	23,1
ALPES-MARITIMES	18,3	22,2	49,1	49,3	56,3	38,1
ARDECHE	23,5	34,3	50,4	55,2	69	45,5
ARDENNES	15,3	23,1	49	48,1	57,9	42,6
ARIEGE	65,2	66,5	71,9	71,1	79,2	14,1
AUBE	42,1	55,6	70,1	69,9	71,2	29,1
AUDE	44,8	54	59,5	68,8	69,3	24,5
AVEYRON	71,7	73,5	96,4	80,5	85,4	13,8
BAS-RHIN	62,8	68,5	71,1	69,7	67,7	4,9
BOUCHES-DU-RHONE	50,8	67,9	70,5	68,1	65,1	14,3
CALVADOS	36,3	39,9	40,8	68,2	65,6	29,4
CANTAL	65,7	69,4	76,7	78,1	77,5	11,8
CHARENTE	42,5	53,3	62,9	70,5	74,4	31,8
CHARENTE-MARITIME	39,7	59,6	67,9	71,5	75,3	35,6
CHER	49,7	45,9	57,9	52,9	49,5	- 0,2
CORREZE	18,4	33,1	52	61,1	73,5	55,1
CORSE-DU-SUD	52,4	88,8	96,3	94,2	94,5	42,1
COTE D'OR	37,6	46,1	55,6	59,8	57,6	20
COTES D'ARMOR	46,5	44,5	53,9	49,9	54,2	7,8
CREUSE	76,4	74,7	77,3	74,3	80,9	4,6
DEUX-SEVRES	63	61,4	66,9	68,3	63,7	0,7
DORDOGNE	10,6	14,7	32,6	44,3	56,8	46,2
DOUBS	51,8	62,2	65,7	71,4	74,1	22,3
DROME	47,5	55,9	56,9	65,7	69,6	22,1
ESSONNE	44,4	44,9	47,1	46,4	53,9	9,5

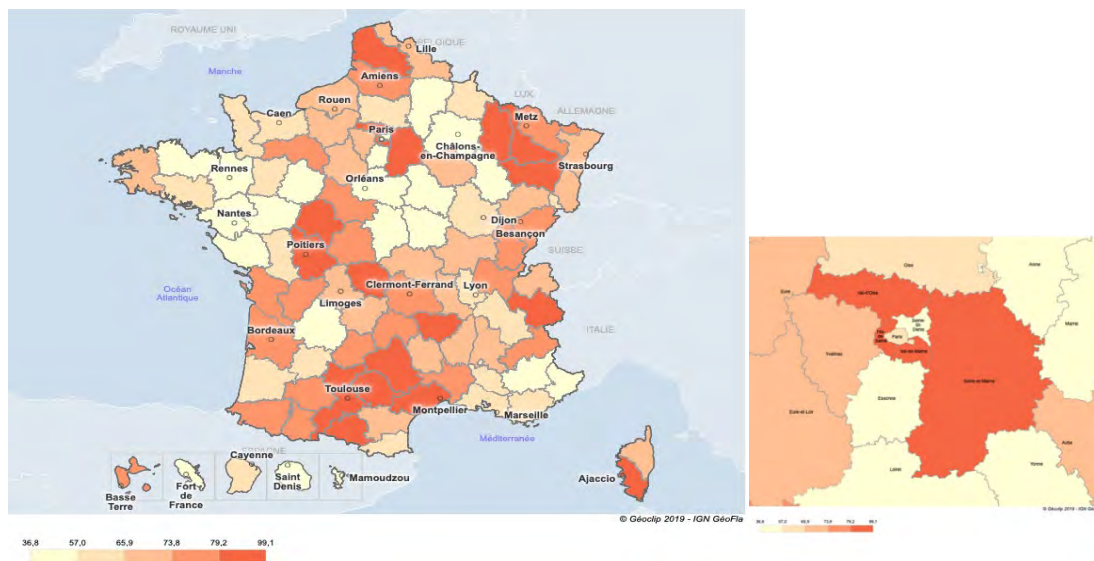
EURE	47,9	58,4	69,4	71,8	71	23,1
EURE-ET-LOIR	60,6	65,7	68,7	62,2	65,9	5,3
FINISTERE	18,8	23,8	44,8	57,4	70,7	51,8
GARD	40,5	43,8	55,7	71,2	77,6	37,1
GERS	68	83,3	82,2	74,4	77,2	9,2
GIRONDE	42,2	47,3	52,8	57,2	78,8	36,6
GUADELOUPE	20,8	8,1	61,1	74,1	75,8	55
GUYANE	54,8	57,7	59,3	68,7	60,6	5,8
HAUT-RHIN	4,9	31,1	52,1	64,5	72,3	67,5
HAUTE SAVOIE	44,3	47,4	59,1	63,9	68,3	23,9
HAUTE-CORSE	59,3	44,2	57,3	60,9	66	6,7
HAUTE-GARONNE	39,5	47,8	97,3	78,8	84,2	44,7
HAUTE-LOIRE	42,6	55,6	69,1	77,6	80,8	38,2
HAUTE-MARNE	14,7	18	20,1	36,2	56	41,3
HAUTE-SAONE	8	6,3	37,8	60	65,9	57,9
HAUTE-VIENNE	41,3	48,7	57,8	56,5	66	24,6
HAUTES-ALPES	57,1	58,3	91,2	86,5	74,8	17,7
HAUTES-PYRENEES	14,8	30,9	55,8	65,7	75,1	60,3
HAUTS-DE-SEINE	65,4	71,5	73,1	76,3	99,1	33,6
HERAULT	84,2	84,7	83,5	84,4	84,9	0,7
ILLE-ET-VILAINE	22,7	21,3	21	42,1	54,3	31,6
INDRE	61,8	51,8	74,3	73,7	77,7	15,9
INDRE-ET-LOIRE	75,1	72,9	77,3	82	81,9	6,8
ISERE	40,7	43,4	55,3	59,8	62,5	21,8
JURA	77,7	76,4	79,5	76,3	77	- 0,7
LA REUNION	9,7	16,9	40,5	52,1	48,2	38,5
LANDES	5,7	12,7	22,3	27,5	58	52,3
LOIR-ET-CHER	41,7	63,3	75,8	79,2	78	36,3
LOIRE	76,4	76,1	76,4	72,4	68,4	- 8
LOIRE-ATLANTIQUE	39,3	39,8	45,1	46,5	51,7	12,4
LOIRET	74,2	75,6	68,5	59,0	51,6	- 22,6
LOT	15,7	22,9	53,9	70,6	76,4	60,8
LOT-ET-GARONNE	22,6	49,0	56,5	53,6	65	42,5
LOZERE	79,1	75,7	69,4	74,6	72,2	- 6,9
MAINE-ET-LOIRE	31,1	27	36,6	34,6	36,8	5,7
MANCHE	55,5	54,5	59,7	64,2	64,1	8,7
MARNE	11,9	17,2	41,5	53,5	52,6	40,6
MARTINIQUE	20,3	19,6	25,3	36,1	41,6	21,3
MAYENNE	41,6	36,2	44,9	53,9	65	23,4
MAYOTTE	16,3	12,2	15,9	65,1	56	39,8
MEURTHE-ET-MOSELLE	76	78,7	82,9	85,4	82,7	6,6
MEUSE	14,9	19,5	68,2	84	90,1	75,2

MORBIHAN	30,9	24,9	45,7	52,2	58,1	27,2
MOSELLE	68,2	72,6	76,6	77,6	73,9	5,7
NIEVRE	60,6	61,2	64,7	57,3	52,2	- 8,4
NORD	40,5	48	64,3	71,3	72,5	32
OISE	18,4	22,4	53,6	61,4	60,6	42,2
ORNE	4,5	19,5	54,8	68,8	78,6	74,2
PARIS	49,4	56,4	60,7	58,8	57,4	8
PAS-DE-CALAIS	18,3	19,5	63,9	82,7	85,6	67,3
PUY-DE-DOME	75,6	77	77,5	81	74,7	- 0,9
PYRENEES-ATLANTIQUES	37,6	34,2	48,2	57,9	73,8	36,2
PYRENEES-ORIENTALES	30,5	30	39,6	45,5	57	26,5
RHONE	77,4	74	71,3	69,1	64,4	- 13
SAONE-ET-LOIRE	19,7	17,9	53,1	67,7	71,3	51,7
SARTHE	26,2	28,2	33,9	43,9	41,4	15,2
SAVOIE	52,6	54,2	68,1	80,2	85,9	33,3
SEINE MARITIME	19,2	32,5	55,4	66,2	72	52,9
SEINE-ET-MARNE	4,9	12,7	33,0	65,8	94,1	89,1
SEINE-SAINT-DENIS	7,0	8,8	19,9	37,6	48,3	41,3
SOMME	46	51,1	62,4	70	74,2	28,2
TARN	53,8	60,7	79,1	74,1	80,6	26,8
TARN-ET-GARONNE	44,1	59,3	75,8	82,1	90,6	46,5
TERRITOIRE DE BELFORT	5,7	8,4	25,5	58	62,8	57,1
VAL-D'OISE	14,8	25,1	59,2	68,6	91,8	77,1
VAL-DE-MARNE	5,2	5,5	8,8	42,6	80,2	75
VAR	11,3	25,7	50,7	62,4	63,8	52,5
VAUCLUSE	0,3	39,4	81,1	91,0	61	60,7
VENDEE	43,9	42,3	39,7	40,4	41,1	- 2,8
VIENNE	79,4	76,8	77,7	83,4	84,1	4,7
VOSGES	59,8	65,6	75,5	76,6	87,5	27,7
YONNE	28,2	30,8	51,5	55,6	55,7	27,5
YVELINES	18,9	34,9	58,4	65,7	68,1	49,3
Total général	39	44,3	57,9	64,6	69,4	30,3

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé sous contrat et hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO : Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré et RERS 2022. Données de la BCP retravaillées par la mission

Part d'élèves bénéficiant d'aide mutualisée par rapport à l'ensemble des élèves en situation de handicap bénéficiant d'un accompagnement humain entre les années scolaires en 2021-2022 par département



Évolution de la part d'élèves bénéficiant d'aide mutualisée par rapport à l'ensemble des élèves en situation de handicap bénéficiant d'un accompagnement humain entre les années scolaires 2017 et 2021 (en points)

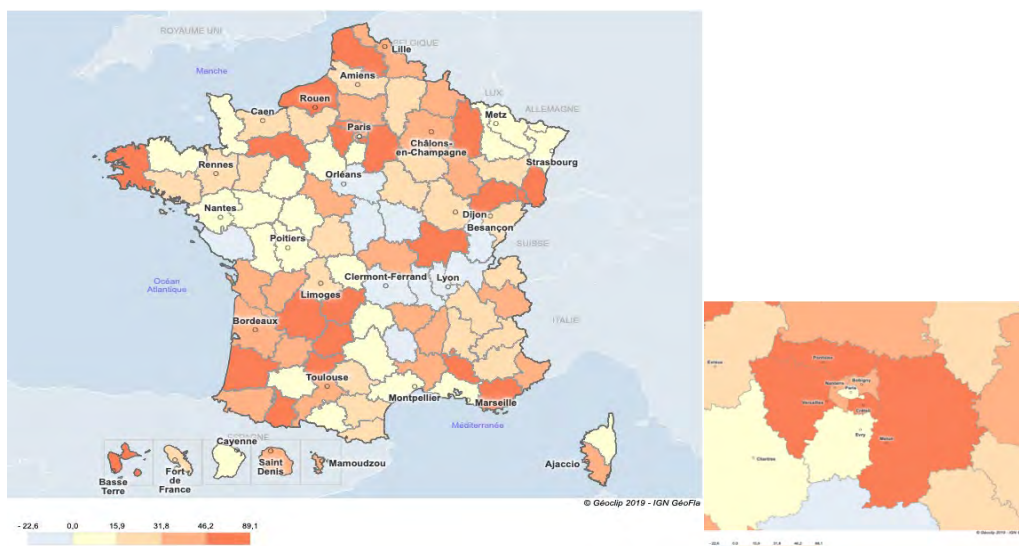


Tableau n° 38 : évolution du nombre d'élèves scolarisés en unité d'enseignement externalisée entre les rentrées 2017 et 2021, selon les départements

Département	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution 2017-2021 (%)
AIN	113	120	185	199	191	69
AISNE	94	52	140	173	204	117
ALLIER	235	311	288	324	250	6,4
ALPES-DE-HTE-PROVENCE	8	8	8	8		- 100
ALPES-MARITIMES	83	120	55	84	114	37,3
ARDECHE	31	86	62	70	61	96,8
ARDENNES	60	56	81	75	93	55

ARIEGE	30	74	78	62	65	116,7
AUBE	15	28	32	47	50	233,3
AUDE	18	18	49	68	91	405,6
AVEYRON	68	111	62	62	64	- 5,9
BAS-RHIN	355	552	389	429	420	18,3
BOUCHES-DU-RHONE	173	411	226	208	244	41
CALVADOS	86	157	133	147	149	73,3
CANTAL	27	12	26	49	62	129,6
CHARENTE	83	148	124	143	143	72,3
CHARENTE-MARITIME	142	197	286	276	354	149,3
CHER	26	46	37	31	40	53,8
CORREZE	92	82	47	105	116	26,1
CORSE-DU-SUD	25	34	23	29	26	4
COTE D'OR	38	70	60	149	95	150
COTES D'ARMOR	32	97	79	107	210	556,3
CREUSE	41	33	49	44	36	- 12,2
DEUX-SEVRES	74	38	58	61	92	24,3
DORDOGNE	38	40	62	54	67	76,3
DOUBS	189	270	294	301	324	71,4
DROME	27	178	37	44	50	85,2
ESSONNE	115	167	151	151	213	85,2
EURE	17	12	79	57	134	688,2
EURE-ET-LOIR	222	178	200	239	168	- 24,3
FINISTERE	154	189	162	146	165	7,1
GARD	166	157	124	165	183	10,2
GERS	24	24	82	132	96	300
GIRONDE	157	254	302	350	391	149
GUADELOUPE	27	128	47	61	81	200
GUYANE	12	17	37	43	13	8,3
HAUT-RHIN	123	115	71	99	107	- 13
HAUTE SAVOIE	183	301	300	283	295	61,2
HAUTE-CORSE	7	1	9	8	7	0
HAUTE-GARONNE	377	485	396	462	395	4,8
HAUTE-LOIRE	30	42	38	53	56	86,7
HAUTE-MARNE	140	140	175	165	166	18,6
HAUTE-SAONE	110	136	165	165	207	88,2
HAUTE-VIENNE	172	193	190	123	186	8,1
HAUTES-ALPES	32	83	45	66	3	- 90,6
HAUTES-PYRENEES	54	80	71	75	82	51,9
HAUTS-DE-SEINE	197	140	195	160	135	- 31,5
HERAULT	144	130	183	195	218	51,4
ILLE-ET-VILAINE	247	653	327	351	359	45,3

INDRE	47	76	69	67	76	61,7
INDRE-ET-LOIRE	104	70	121	137	153	47,1
ISERE	252	279	294	312	328	30,2
JURA	43	38	56	64	71	65,1
LA REUNION	300	435	237	480	372	24
LANDES	30	90	8	30	28	- 6,7
LOIR-ET-CHER	67	149	75	101	110	64,2
LOIRE	253	261	277	273	233	- 7,9
LOIRE-ATLANTIQUE	284	328	273	356	227	- 20,1
LOIRET	161	192	236	260	302	87,6
LOT	33	107	47	53	50	51,5
LOT-ET-GARONNE	62	152	79	86	110	77,4
LOZERE	20	65	43	38	42	110
MAINE-ET-LOIRE	136	164	184	116	158	16,2
MANCHE	188	172	198	205	232	23,4
MARNE	43	47	62	55	60	39,5
MARTINIQUE	11	42	30	179	38	245,5
MAYENNE	48	53	59	50	84	75
MAYOTTE	6	14	3	4	1	- 83,3
MEURTHE-ET-MOSELLE	84	124	166	298	112	33,3
MEUSE	58	104	92	81	101	74,1
MORBIHAN	256	330	322	343	349	36,3
MOSELLE	137	170	183	186	209	52,6
NIEVRE	151	179	193	178	198	31,1
NORD	803	900	601	867	923	14,9
OISE	188	161	190	203	233	23,9
ORNE	180	173	193	211	127	- 29,4
PARIS	166	237	145	207	239	44
PAS-DE-CALAIS	657	805	853	945	974	48,2
PUY-DE-DOME	98	126	121	117	109	11,2
PYRENEES-ATLANTIQUES	155	224	167	201	185	19,4
PYRENEES-ORIENTALES	21	80	73	73	42	100
RHONE	316	550	375	410	415	31,3
SAONE-ET-LOIRE	151	205	190	203	301	99,3
SARTHE	204	262	195	182	181	- 11,3
SAVOIE	81	86	89	94	145	79
SEINE MARITIME	144	310	413	453	520	261,1
SEINE-ET-MARNE	106	96	178	166	127	19,8
SEINE-SAINT-DENIS	89	188	93	143	116	30,3
SOMME	39	76	78	78	67	71,8
TARN	106	102	131	164	170	60,4
TARN-ET-GARONNE	71	99	93	70	105	47,9

TERRITOIRE DE BELFORT	43	67	92	96	103	139,5
VAL-D'OISE	213	187	145	139	114	- 46,5
VAL-DE-MARNE	21	168	23	69	26	23,8
VAR	79	182	110	126	130	64,6
VAUCLUSE	11	54	15	35	13	18,2
VENDEE	24	26	39	90	117	387,5
VIENNE	24	102	93	96	98	308,3
VOSGES	137	164	168	189	231	68,6
YONNE	74	71	156	144	233	214,9
YVELINES	51	185	83	107	131	156,9
Total général	11 939	16 501	14 728	16 728	17 090	43,1

Source : DEPP

Tableau n° 39 : évolution du nombre d'élèves scolarisés en UEE entre les rentrées 2017 et 2021, selon les académies

Académie	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017-2021 (%)
AIX-MARSEILLE	224	556	294	317	260	16,1
AMIENS	321	289	408	454	504	57
BESANCON	385	511	607	626	705	83,1
BORDEAUX	442	760	618	721	781	76,7
CLERMONT-FERRAND	390	491	473	543	477	22,3
CORSE	32	35	32	37	33	3,1
CRETEIL	216	452	294	378	269	24,5
DIJON	414	525	599	674	827	99,8
GRENOBLE	574	930	782	803	879	53,1
GUADELOUPE	27	128	47	61	81	200
GUYANE	12	17	37	43	13	8,3
LA REUNION	300	435	237	480	372	24
LILLE	1 460	1705	1 454	1 812	1 897	29,9
LIMOGES	305	308	286	272	338	10,8
LYON	682	931	837	882	839	23
MARTINIQUE	11	42	30	179	38	245,5
MAYOTTE	6	14	3	4	1	- 83,3
MONTPELLIER	369	450	472	539	576	56,1
NANCY-METZ	416	562	609	754	653	57
NANTES	696	833	750	794	767	10,2
NICE	162	302	165	210	244	50,6
NORMANDIE	615	824	1016	1073	1162	88,9
ORLEANS-TOURS	627	711	738	835	849	35,4
PARIS	166	237	145	207	239	44
POITIERS	323	485	561	576	687	112,7
REIMS	258	271	350	342	369	43

RENNES	689	1269	890	947	1 083	57,2
STRASBOURG	478	667	460	528	527	10,3
TOULOUSE	763	1082	960	1080	1027	34,6
VERSAILLES	576	679	574	557	593	3
Total général	11 939	16 501	14 728	16 728	17 090	43,1

Source : DEPP

La structuration et les ressources de l'école inclusive au sein de l'éducation nationale

SOMMAIRE

1. Une évolution des textes juridiques pour accompagner la structuration de l'école inclusive au sein de l'éducation nationale	1
2. Les élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP) : un large ensemble englobant dans l'école inclusive.....	2
3. Élèves à besoins particuliers / élèves en situation de handicap : une frontière à clarifier pour l'acte II de l'école inclusive	4
4. Des ressources en progression	7
5. Des PIAL centrés sur la gestion des AESH : bilan des PIAL.....	12
6. Les enseignants référents (ERSEH) et les équipes de suivi de la scolarisation (ESS).....	15
7. Les projets d'école et d'établissement	16
8. Les ULIS : une augmentation continue des dispositifs mais une interrogation majeure	17
8.1. Principes, objectifs et modalités de fonctionnement des ULIS : la circulaire du 21 août 201518	
8.2. Les bénéfices d'une scolarisation en ULIS.....	20
8.3. Faiblesses et freins au développement des ULIS	22
9. Le Livret de parcours inclusif (LPI)	23
10. Les AESH, partie intégrante de l'augmentation des ressources : quel rapprochement avec les AED ?	25

L'école inclusive concerne aujourd'hui un large ensemble d'élèves à besoins particuliers, ce qui autorise un questionnement sur le rôle toujours prééminent de la compensation au regard de la frontière entre élèves à besoins éducatifs particuliers (BEP) et élèves en situation de handicap (ESH) mais aussi des différents circuits de traitement internes à l'éducation nationale.

Les progrès de l'école inclusive sont soutenus par des moyens ayant connu une augmentation significative et une structuration de ressources qui s'est accélérée, bien que les organisations soient disparates.

1. Une évolution des textes juridiques pour accompagner la structuration de l'école inclusive au sein de l'éducation nationale

Au sein de l'éducation nationale, l'évolution des textes juridiques contribue à la structuration en cours pour accompagner la scolarisation des élèves en situation de handicap et répondre aux enjeux de l'école inclusive.

Quelques grands jalons vers l'école inclusive

Loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation – Possibilité de recruter des assistants d'éducation pour exercer des fonctions d'assistance à l'équipe éducative notamment pour l'encadrement et la surveillance des élèves et l'aide à l'accueil et à l'intégration scolaire des élèves handicapés – circulaire ministre éducation nationale n° 2003-012 du 16 juin 2003 de même objet.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées – Instauration du projet personnalisé de scolarisation – PPS – intégré au plan personnalisé de compensation – PPC – Équipes de suivi de la scolarisation - Accompagnement humain *Articles L. 146-8 et R. 146-29 du code de l'action sociale et des familles – Article L. 112-2 du code de l'éducation (nb : quelques modifications ultérieures).*

Décret n° 2005-1572 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap - Instauration enseignants référents – création unités d'enseignements dans les ESMS.

La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République - Introduit dans le code de l'éducation la notion d'école inclusive et promeut une nouvelle conception de la scolarisation des élèves en situation de handicap : « *Le service public de l'éducation reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. (...) Le droit à l'éducation est garanti à chacun (...)* » - Article L. 111-1 du code de l'éducation

Circulaire DGESCO n° 2014-107 du 18 août 2014 – Fonctionnement des RASED et missions des personnels qui y exercent.

Arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'information mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation – intitulé Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco).

Circulaire DGESCO-DGCS n° 2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires.

Circulaire DGESCO - DGRH n° 2017-084 du 3 mai 2017 relative aux missions et activités des personnels chargés de l'accompagnement des élèves en situation de handicap – abroge circulaires antérieures de même objet – À noter : *Article L. 351-3 du code de l'éducation et modalités d'attribution aide humaine dont disposent articles D. 351-16-1 et suivants du code de l'éducation.*

Circulaire DGESCO n° 2019-088 du 5 juin 2019 pour une école inclusive (circulaire dite de rentrée) - *SDEI – PIAL – accueil ESH – Formation – Accompagnement-*

Loi n° 2019 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance – Création des PIAL – Instauration entretien familles /enseignants et AESH – AESH : CDD 3 ans renouvelable 1 fois puis CDI – Formation des enseignants revue – création INSPÉ – Articles L. 351-3 et suivants du code de l'éducation.

2. Les élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP) : un large ensemble englobant dans l'école inclusive

L'école inclusive englobe aujourd'hui toute la diversité des élèves à besoins éducatifs particuliers comme le montre le schéma suivant. Les élèves en situation de handicap sont une composante de cet ensemble général, dont le trait distinctif relève moins des besoins que d'une catégorisation administrative dont la reconnaissance du handicap par les MDPH et la notification (en principe toutefois) d'un projet personnalisé de scolarisation – PPS. L'organisation des services départementaux de l'école inclusive depuis 2019 s'inscrit d'ailleurs dans cette vision englobante. Dans ce diagramme de la DGESCO, les élèves DYS sont une catégorie des EBEP alors qu'ils sont pour un certain nombre d'entre eux orientés dans le circuit des MDPH et bénéficient de mesures de compensation à la suite d'une reconnaissance de handicap.

Cette difficulté se reflète sur le terrain.

Ainsi en Loire-Atlantique, à la rentrée 2022, pour répondre à l'augmentation des besoins liés à l'accueil d'enfants souffrant de troubles de dysfonctionnement cognitif, un poste de conseiller pédagogique ASH a été créé au sein du service école inclusive pour apporter un soutien aux équipes pédagogiques en charge des élèves « dys » hors ULIS.

Enfin la catégorie élèves en grande difficulté scolaire mériterait à elle seule une étude dans la mesure où, dans les faits, leur situation peut donner lieu à une orientation vers la MDPH ou à une scolarisation sans cela avec des accompagnements spécifiques ou des orientations distinctives.



D'une part, cette description organise un ensemble de dispositifs qui peuvent « orienter » les élèves vers une prise en charge particulière ou un accompagnement adapté à leurs caractéristiques, dispositifs en éventuelle interaction dans le champ de la scolarité des ESH :

- UPE2A : unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants ;
- ITEP et DITEP : institut thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et dispositif intégré des ITEP pour les élèves présentant des difficultés psychologiques d'intensité et de caractère durable ;
- RASED : réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté pour les élèves en difficulté scolarisés dans les classes ordinaires.

- EGPA : enseignement général et professionnel adapté qui accueille des élèves présentant des difficultés scolaires importantes¹.

La circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires dispose que :

« L'orientation des élèves en situation de handicap relève de la CDAPH. Ils peuvent ainsi être orientés vers :

- l'école ordinaire, que ce soit en classe ordinaire, en dispositif collectif (ULIS, etc.) ou dans l'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA et EREA) ;
- l'école ordinaire avec un accompagnement par un établissement ou service médico-social ;
- l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social ;
- une scolarité à temps partagés entre un établissement scolaire et l'unité d'enseignement d'un établissement ou service médico-social. »

D'autre part, la qualification des situations s'accompagne de la mise en place de différents plans avec une frontière marquée entre des dispositifs dits de droit commun (plans de suivi des élèves PAP, PAI, PPRE) à la main de l'école et le suivi de la scolarisation d'un élève reconnu en situation de handicap par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dans le cadre d'un autre plan de prescription et de suivi, le projet personnalisé de scolarisation (PPS) à la main de la MDPH et intégré au plan personnalisé de compensation (PPC).

Enfin le GEVA-sco est le support des constats et demandes de l'éducation nationale.

Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco)

« (...) Dans le champ de la scolarisation, le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco) regroupe les principales informations sur la situation d'un élève, afin qu'elles soient prises en compte pour l'évaluation de ses besoins de compensation en vue de l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation. Lorsque la demande porte sur le parcours de scolarisation et de formation d'un élève, le GEVA-Sco est également joint afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse procéder à l'évaluation prévue à l'article R. 146-29 du code de l'action sociale et des familles. Les échanges entre les services compétents de l'éducation nationale et la MDPH, au sujet d'un élève, se font par l'intermédiaire du GEVA-Sco, qui remplace tous les documents supports de demandes, notamment d'accompagnement, de matériel pédagogique adapté ou d'orientation. (...) Dans le cas d'une première saisine de la MDPH, le recueil des informations concernant la situation de l'élève peut prendre la forme du GEVA-Sco première demande. Ce document est renseigné, notamment, par l'équipe éducative, dans le cadre d'un dialogue avec l'élève handicapé majeur ou, s'il est mineur, ses représentants légaux. (...) »

Lorsque l'élève bénéficie déjà d'un projet personnalisé de scolarisation, le GEVA-Sco réexamen est renseigné par l'enseignant-référent lors de la réunion de l'équipe de suivi de la scolarisation prévue par l'article D. 351-10 du code de l'éducation. Il constitue le compte rendu de cette réunion. (...) »

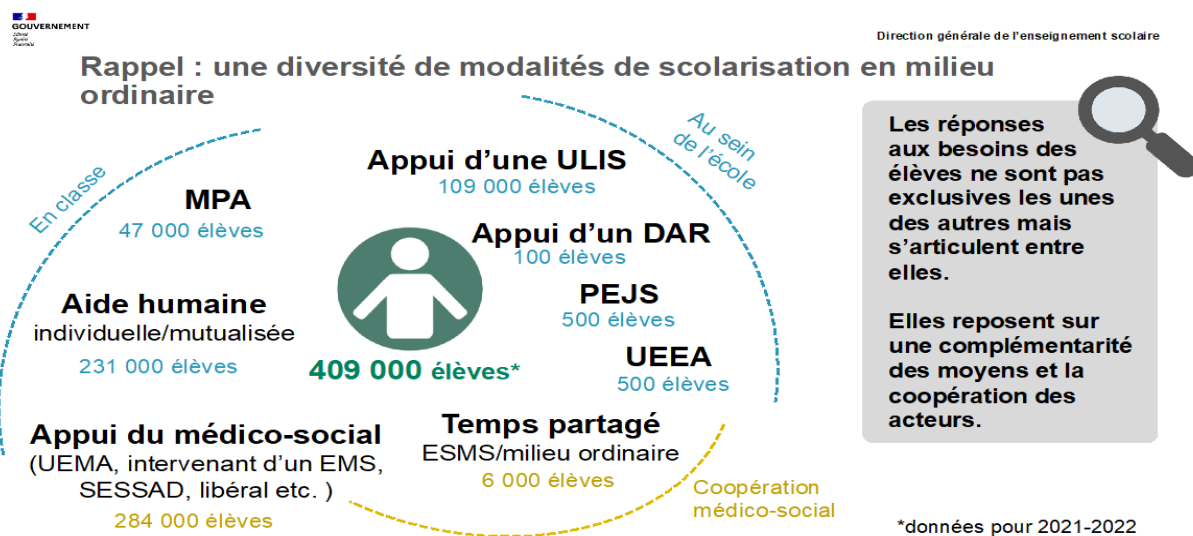
Extraits de l'arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco).

Dans ce paysage, les familles peinent parfois à comprendre les diverses possibilités et propositions des institutions et leur portée. Les enseignants eux-mêmes sont à la recherche de cohérences à construire entre ces différents cadres. Dans cet espace quelque peu foisonnant, la présence de personnels spécialisés qui maîtrisent l'ensemble des dispositifs et des orientations possibles apparaît indispensable pour aider, conseiller et choisir les meilleures solutions adaptées à chaque élève.

L'option retenue par la CNH d'avril 2023 consistant à privilégier une réponse de premier niveau par l'école pose avec une acuité nouvelle la question de la réunion ou du rapprochement de ces plans, notamment parce que mettre ainsi l'accessibilité au premier plan va impliquer d'en décliner toutes les facettes dont certaines qui relevaient exclusivement de la compensation (accompagnement humain au moins mutualisé, matériel pédagogique adapté) – et donc de la prescription MDPH. Le GEVA-sco pourrait être au centre de cette réflexion.

¹ Et qui accueille aussi un nombre important d'élèves en situation de handicap.

Comme le précise le schéma de la DGESCO ci-dessous, avec de nouvelles modalités de scolarisation des ESH en milieu ordinaire, si les réponses aux besoins des élèves s'articulent entre elles, la coordination des moyens ne va pas de soi. Elle suppose personnels formés, temps de concertation, échanges d'informations, etc.



3. Élèves à besoins particuliers / élèves en situation de handicap : une frontière à clarifier pour l'acte II de l'école inclusive

La définition du handicap donnée à l'article 2² de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances spécifie le cadre suivant : « 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 ». Pour reprendre l'analyse de Mme Caraglio³, ce qui est donné dans cette approche est bien « une limitation d'activité ou une restriction de participation, et non pas comme une incapacité des personnes ». Il s'agit dès lors de considérer la personne et les possibilités de réponse adaptées à sa propre situation mais aussi d'analyser de façon générale les conditions d'une accessibilité pour tous. Si la loi de 2005 tente de trouver un équilibre entre compensation⁴ et accessibilité, il convient de constater que la définition induite pour la scolarité des élèves a fait l'objet d'une interprétation par les acteurs de l'école en faveur de la compensation, favorisant ainsi l'aide humaine comme réponse privilégiée à l'évaluation des situations.

Dans le cadre en vigueur, les réponses aux besoins d'élèves en situation de handicap sont donc clairement dans le champ de la compensation⁵, cependant que, pour l'école inclusive, la qualification d'élèves en situation de handicap ne paraît pas exclusive de l'appréhension des « besoins éducatifs particuliers »

² Repris à l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

³ Martine Caraglio : les élèves en situation de handicap ; Que sais-je ? page 14.

⁴ Cf. article 11 de la loi de 2005 (art. L. 114-1-1 du CASF) : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge et son mode de vie » ; « Cette compensation consiste à répondre à ses besoins qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle... ».

⁵ Dans son rapport parallèle de juillet 2021 (dans le cadre de l'examen du rapport initial de la France sur la mise en œuvre de la convention des nations unies relative aux droits des personnes handicapées page 5). Le défenseur des droits souligne que la définition « désigne encore le handicap lui-même comme cause des difficultés rencontrées par [l']individu pour s'insérer dans la société ». Cette approche n'est pas sans conséquences sur les orientations qui ont pu être prises en matière de politiques du handicap. De fait, si la loi de 2005 vise à garantir un égal accès des personnes handicapées aux droits fondamentaux, elle met prioritairement l'accent sur les réponses à apporter en matière de compensation individuelle – sans pour autant réellement y parvenir – et de manière subsidiaire sur la transformation de l'environnement et la mise en œuvre du principe de conception universelle dans un objectif de société inclusive ouverte à tous. Il recommande in fine de revoir la définition du handicap afin de la rendre pleinement conforme à la Convention.

reconnus pour les élèves en difficulté scolaire et requérant des mesures d'adaptation⁶, c'est-à-dire relevant de la dimension d'accessibilité. Cette difficulté de dissociation dès le départ entre les situations des élèves et une procédure de demande d'aides peut être le « *palliatif recouvrant une incapacité ou un défaut d'implication à apporter une réponse éducative qui serait plus adéquate* »⁷. Des élèves en grande difficulté scolaire peuvent être engagés dans un cheminement d'évaluation de leurs besoins dans le cadre d'une compensation faute d'avoir une réponse adaptée à leur situation dans le milieu scolaire. Or la notion d'accessibilité interroge plus nettement le contexte et les conditions qui peuvent être offerts *a priori aux élèves* ; l'environnement pédagogique propice à la scolarisation des élèves en situation de handicap doit pouvoir être une première réponse aux besoins de tous les élèves scolarisés. C'est dans cette évolution pédagogique et éducative que l'évaluation d'une compensation doit être posée.

Un des facteurs d'extension du champ du handicap, et par voie de conséquence de l'augmentation progressive du nombre d'élèves en situation de handicap, peut notamment tenir à une forme d'élasticité des classifications et des nomenclatures qui s'y rapportent⁸. La loi de 2005 pour la classification des handicaps se réfère à celle de l'OMS contenue dans la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé)⁹. Cette dénomination permet de *décrire des situations relatives « au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir* ». Les conséquences de cette classification sont nombreuses et importantes. Outre qu'elle détermine les bénéficiaires concernés par une aide, elle définit aussi les dispositions à prendre pour permettre une inclusion sociale, scolaire, professionnelle. Mais la classification internationale connaît aussi ses limites pour décrire la distinction, la différenciation, la complexité des troubles étudiés¹⁰.

En France, le choix de qualifier les troubles du langage et de la parole (intégrés souvent à celle des troubles spécifiques des apprentissages) qui les rapprochent des troubles cognitifs particuliers comprenant notamment les troubles DYS (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, dysgraphie, dyscalculie) découle aussi de la référence à cette classification¹¹. Or les frontières entre le médical, l'éducatif et le social sont *poreuses* et induisent nécessairement l'intervention de professionnels distincts pour analyser les situations et proposer les remédiations adéquates. Si l'inclusion scolaire ne s'arrête pas aux seuls élèves en situation de handicap, si elle doit répondre aux exigences d'une réponse adaptée à chacun, alors poser des frontières entre catégories d'élèves à besoins particuliers au sein de l'école n'est plus un impératif.

L'exemple de l'Italie : Remarques de la mission¹²

La mission relève qu'il existe :

- une définition assez proche du handicap entre les deux pays qui instaure un lien de causalité entre l'altération fonctionnelle et la limitation de participation sociale ;
- une différence notable dans les catégories que la définition recouvre : en France les troubles des apprentissages (troubles spécifiques dys notamment) entrent dans le champ du handicap, ils sont reconnus par la loi de 2005 comme des handicaps se répercutant sur le quotidien et les apprentissages scolaires. En Italie, ils sont inclus dans la catégorie des besoins éducatifs particuliers mais ne sont pas reconnus comme handicap.

Ces élèves n'ont ainsi pas droit à certaines compensations réservées à des cas plus lourds :

- une utilisation du plan éducatif individualisé et du plan d'apprentissage personnalisé qui pourrait en revanche être comparée à celle du PPS et du PAP ;

⁶ Cf. rapport IGAS-IGÉSR (mai 2018). Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap.

⁷ *Op. cit.*

⁸ *Op.cit.*

⁹ Or si la France annonce 3 % d'élèves à besoin éducatif particulier, on peut souligner que 12 pays sur 27 de l'Union européenne ont des taux compris entre 5 et 8 %.

¹⁰ Sylvie de Laidier en note de bas de page 32, d'Éducation et formations, n° 95, déc. 2017 : « *Dans les autres publications de la DEPP (RERS, Notes d'information, etc.), les enfants sont dénombrés dans leur trouble principal. Le trouble envahissant du développement est considéré comme un trouble associé à un trouble principal le plus souvent classé dans "trouble intellectuel ou cognitif" ou dans "trouble du psychisme". Dans cet article, les enfants présentant un TED sont présentés comme ayant ce trouble spécifique et ont été exclus des autres catégories* ».

¹¹ Pour une comparaison internationale et en mesurer les points communs et les différences : Mmes Caraglio et Gavini (février 2018). L'inclusion des élèves en situation de handicap en Italie, (rapport n° 2017-118). IGAENR.

¹² *Ibid.*

- une utilisation commune de la catégorie besoins éducatifs spécifiques / particuliers pour les élèves allophones par exemple, mais un traitement différent : en France, les unités pédagogiques pour élèves allophones arrivants (UPE2A) permettent aux élèves concernés d'être inscrits dans une classe ordinaire tout en bénéficiant d'un enseignement renforcé en français langue seconde, en fonction de leurs besoins et de leurs acquis linguistiques et langagiers ;

- une utilisation différente de la notion BES / BEP pour les élèves dans une situation sociale, économique qui entraîne un désavantage : en France, c'est le territoire qui est ciblé à travers la notion de « zone » et les moyens déployés sont collectifs ; en Italie, c'est l'élève qui est ciblé et les moyens s'attachent à l'individu.

À ce jour, le postulat peut être que c'est faute de réponse adaptée, que la possibilité d'une aide humaine, en suivant le « circuit » de notification des MDPH, apparaît comme la solution majeure. De façon concomitante, le plus souvent, face à des enfants avec des troubles du comportement, face à des élèves qui sont en grande difficulté d'apprentissage, les équipes éducatives « *ne voient pas* » d'autres ressources que ce chemin vers une notification de handicap. Or il n'est pas certain que les troubles identifiés et vécus soient l'expression d'une situation de handicap ; ils peuvent être l'expression d'un comportement non pathologique ou celui d'une difficulté scolaire ou sociale. Un phénomène de « handicapisation » de l'échec scolaire est même décrit¹³. Les équipes éducatives peuvent ainsi être des « prescripteurs cachés » comme le soulignaient les rapports de 2018 et de 2022 de l'IGAS-IGF-IGÉSR¹⁴. Compte-tenu de l'organisation du « travail scolaire » dans les écoles et les EPLE, il n'est actuellement pas possible d'apporter une réponse éducative immédiate aux troubles des élèves, ce qui se traduit par une recherche de solution alternative avec une saisine des CDAPH, même si celle-ci ne permet pas nécessairement de répondre aux difficultés des élèves, lorsque celles-ci relèvent principalement de l'échec scolaire.

C'est bien le diagnostic sur les capacités qui importe pour les modalités de scolarisation de chaque élève. « *Les handicaps affectant les capacités intellectuelles et cognitives (...) recouvrent des situations dont les dimensions et les causes, (...) sont vastes et multiples. Toute situation de handicap relative à des pathologies mentales, psychiques ou neurologiques, établie, au départ, sur la base d'un diagnostic médical, n'implique pas une déficience intellectuelle ou d'apprentissage qui soit figée* »¹⁵. Le spectre d'analyse des troubles étant large et complexe, l'amélioration de l'École inclusive étant un objectif majeur, l'évolution vers un diagnostic mieux appréhendé dans ses fondements, avec une appréciation des besoins éducatifs, considérant plus précisément la singularité des situations, est donc un enjeu fort.

La définition des situations de handicap choisie par la France prend davantage en considération un continuum de situations spécifiques. Il ne peut être question, notamment avec les comparaisons internationales, de penser qu'un « palier » est atteint. C'est bien la collaboration et la concertation des professionnels, dès le départ d'une procédure d'analyse, qui sont à interroger et à (re)construire.

L'équipe éducative ne peut être dans l'attente d'un seul diagnostic médical alors que la diversité des situations peut/doit conduire à la recherche de réponses éducatives. L'éclairage sur les situations doit être continu et collectif. Dans les situations où la gravité des troubles n'appelle pas nécessairement une compensation forte, il s'agit de mettre les équipes éducatives avec leurs propres compétences professionnelles, pédagogiques et didactiques, en capacité de proposer, avec le soutien de professionnels du médico-social, la multiplicité et la diversité des solutions adaptées.

¹³ Martine Caraglio - Le Monde 2 mai 2023.

¹⁴ Rapport IGAS-IGÉSR (mai 2018). Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap et rapport IGF-IGÉSR (avril 2022). La scolarisation des enfants en situation de handicap.

¹⁵ IGAS-IGÉSR, (2018). Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap, *op. cit.*

4. Des ressources en progression

Les services départementaux de l'école inclusive

Réf : circulaire n° 2019-088 du 5 juin 2019 – Pour une école inclusive, dite circulaire de rentrée.

Le SDEI a pour attributions, sous l'autorité de l'IA-DASEN, l'organisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers, dont les élèves en situation de handicap.

Le service a également pour missions :

- de mettre en œuvre l'accompagnement des élèves en situation de handicap ;
- de créer et gérer une cellule d'accueil, d'écoute et de réponse destinée aux parents et responsables légaux d'élèves en situation de handicap.

« Conformément au pilotage académique prévu par la circulaire de la direction générale des ressources humaines n° 2019-090 du 5 juin 2019 relative au cadre de gestion des AESH, le recteur d'académie met en place une organisation qui permet d'assurer la gestion des AESH par un interlocuteur compétent en ressources humaines (RH) et spécifiquement identifié. Ce pôle RH assure le respect des règles de leur gestion et réalise la gestion des contrats de travail de ces agents. Dans cette organisation dédiée, pleinement intégrée au service École inclusive, les services académiques sont en charge :

- *du pilotage de la politique de recrutement et d'emploi des AESH, en particulier l'obligation de publication des offres d'emploi en CDD de trois ans sur le site Place de l'emploi public ;*
- *du suivi de l'ensemble des agents exerçant au sein de l'académie, en veillant notamment à l'adéquation entre les compétences et le parcours des AESH, et les postes à pourvoir ;*
- *du respect de la mise en œuvre des processus RH découlant de la réglementation en vigueur, de la garantie de l'effectivité de l'accès des AESH aux entretiens d'évaluation, outils et documents utiles à l'accompagnement des élèves concernés ;*
- *du soutien technique et juridique aux DSDEN et aux établissements publics locaux d'enseignement (EPLÉ). »*

« S'agissant des PIAL, les services École inclusive des DSDEN ont pour missions, au sein de l'organisation arrêtée par le recteur d'académie :

- *la mise en place de ces PIAL ;*
- *la confection, pour la rentrée 2019, d'une carte départementale qui devra identifier les PIAL à implanter en circonscription, en collège et en lycée professionnel, en fonction de la répartition nationale ;*
- *en cohérence avec l'organisation de la gestion RH des AESH retenue, la pré-affectation des AESH dans les pôles identifiés (circonscription ou EPLÉ) pour le département ;*
- *la réalisation d'un état des lieux des personnels disponibles sur le territoire, notamment le nombre d'enseignants référents, de coordonnateurs d'ULIS, d'enseignants spécialisés premier et second degrés ;*
- *l'expérimentation d'un PIAL renforcé par département, dans le cadre d'un partenariat entre les services de l'éducation nationale et de la jeunesse, et les partenaires du médico-social ;*
- *le pilotage départemental des pôles (cf. un vade-mecum) ».*

Le service départemental de l'école inclusive exerce différentes missions d'intervention et de coordination, notamment :

- la mise en œuvre de l'accompagnement des élèves en situation de handicap ;
- la mise en place et le suivi des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) ;
- la mise à disposition du matériel adapté ;
- le suivi et de la gestion des AESH.

Il est aussi principalement le cadre de mise en place d'une **cellule départementale d'écoute et de réponse aux parents** et responsables légaux d'élèves en situation de handicap, créée dans chaque DSDEN depuis juin 2019, déclinaison au niveau départemental de la cellule nationale « Aide handicap école » qui a deux grands objectifs : d'une part, informer les familles, sur les dispositifs existants et le fonctionnement du service public de l'école inclusive, et, d'autre part, répondre aux familles sur le dossier de leur(s) enfant(s) avec un

objectif affiché de réponse dans les 24 h suivant l'appel. La coordination du dispositif, sous l'égide des IEN ASH et leurs équipes¹⁶, implique donc des relations denses et régulières avec les pilotes et copilotes des PIAL et avec les enseignants référents.

Lors de ses déplacements, la mission a pu observer, au-delà de l'engagement fort et reconnu des IEN-ASH (ou IEN EI), le développement significatif de la fonction ressources de ces services, parfois aussi communément appelés « pôles école inclusive », à la disposition des équipes éducatives selon des modalités variées¹⁷. C'est ainsi que **des conseillers pédagogiques de circonscription (CPC) et formateurs adaptation scolaire et scolarisation des élèves en situation de handicap (ASH), des professeurs ressources (en général des troubles du spectre de l'autisme et troubles du langage et des apprentissages) ou des accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) référents font partie de ces équipes**, avec toutefois une articulation parfois différente entre le 2nd et le 1^{er} degré, lui-même doté de ressources à l'échelle de la circonscription.

Les réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED) sont une composante du pôle ressource de la circonscription. Cette ressource spécifique au 1^{er} degré, priorité justifiée par les termes de la circulaire n° 2014-107 du 18 août 2014¹⁸, réunit des psychologues et des maîtres spécialisés, d'une part dans l'aide à dominante pédagogique (ex-« maîtres E »), d'autre part dans l'aide à dominante rééducative ou relationnelle (ex-« maîtres G »). Les RASED¹⁹ ont pour missions la prise en charge et le suivi des élèves en difficulté, voire en grande difficulté scolaire ; en ce sens, ils ont une fonction d'appui aux enseignants du 1^{er} degré.

Les enseignants spécialisés des ULIS jouent aussi un rôle de personne ressource apprécié.

À travers l'ensemble des entretiens réalisés, il apparaît que la professionnalisation des personnels des services école inclusive et le souci d'une adaptation constante de l'appui proposé pour mieux répondre aux besoins des élèves et aux attentes des familles et des structures sont un trait général et appréciable de ces organisations, dont la contrepartie est peut-être une insuffisante harmonisation. L'articulation entre SDSEI et pôles ressources de circonscription (et notamment l'action des RASED) est également à conforter.

L'efficacité du service tient principalement à la fluidité de communication et de gestion des différents acteurs et niveaux. Le pilotage de la structure est donc essentiel, ainsi que l'attention portée à la qualité relationnelle entre les personnels. Le service gère aussi la relation avec le médico-social dans une dynamique de coopération globalement en rapide croissance.

Ainsi, des ressources mutualisées se sont développées, dont l'organisation peut varier d'un territoire à l'autre.

¹⁶ L'observation des différents sites des DSEN consacrés au service départemental montre d'une part la complexité du fonctionnement, d'autre part la nécessité d'une cohérence à bâtir : le site de l'académie de Paris peut illustrer ce constat.

¹⁷ Cf. annexe 6.

¹⁸ « Dans les académies, la priorité accordée à l'école primaire pour réduire la difficulté scolaire et pour élever le niveau général des élèves s'affirme au travers de l'intervention de personnels spécifiquement formés pour accompagner les élèves rencontrant des difficultés persistantes qui perturbent leurs apprentissages scolaires. Les enseignants spécialisés et les psychologues scolaires occupent pour cela une place fondamentale qui n'est substituable à aucune autre ».

¹⁹ Redéfinies en 2014, à la suite donc de l'adoption de la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation de la refondation de l'École de la République.



La circonscription ASH

Sa composition

CPC et formateurs ASH

Benoit PIROUX
02-51-81-74-48
benoit.piroux@ac-nantes.fr

Stéphanie VU
02-51-81-69-49
stephanie.vu@ac-nantes.fr

Xavier CROGNY
02-51-81-69-37
xavier.crogny@ac-nantes.fr

Karine VAUDOLON
02-51-81-69-47
karine.vaudolon@ac-nantes.fr
ehp44@ac-nantes.fr

Anne-Marie DELAREUX
Professeure Ressource Troubles du Spectre
de l'Autisme
02.51.81.74.36
anne-marie.maurice@ac-nantes.fr
referentautisme44@ac-nantes.fr

Sabrina DENIS
Professeure Ressource Troubles du Langage et
des apprentissages.
02.51.81.69.41
sabrina.denis@ac-nantes.fr
tsla44@ac-nantes.fr

(la sollicitation des professeurs ressource et de la
réfèrente EHP se fait par l'intermédiaire du
formulaire disponible sur le site de la DSDEN)

Coordonnatrice Plateforme Partenariale des Ruptures Scolaires

Hélène MONNIER
02-51-81-69-48
hpm44@ac-nantes.fr

Coordonnatrice Commission d'Orientation vers les enseignements adaptés du second degré

Anne-Marie GAUTIER
02.51.81.74.26
anne-marie.gautier1@ac-nantes.fr
coordo.cdo44@ac-nantes.fr



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Loire-Atlantique

Pôle ASH

Adaptation scolaire et
Scolarisation des élèves
Handicapés

Direction des Services
Départementaux de
L'Éducation Nationale
Loire-Atlantique

IEN ASH 1
M. BIZEUL
IEN ASH 2
Mme JIMENEZ

Secrétariat

Vincent PICHON

02 51 81 69 43

Séverine ALBANESE

02 51 81 69 51

ce0440427a@ac-nantes.fr

8 rue du Général Margueritte

BP 72616 44326 NANTES CEDEX 3

23 MARS 2023

22



La circonscription ASH : les missions

Ses missions

Etre ressource et accompagner

- La scolarisation des élèves en situation de handicap
- Les personnes d'encadrement 1^{er} et 2nd degré
- Les pôles ressource de circonscription
- Les enseignants spécialisés et les enseignants non spécialisés nommés sur des postes spécialisés
- Les enseignants ordinaires du 1^{er} et 2nd degré accueillant des élèves en situation de handicap
- Les pilotes et les coordonnateurs de PIAL
- Les familles

Concevoir et animer la formation pour les professionnels

23 MARS 2023

23

Un pôle élargi en Meurthe-et-Moselle

PÔLE ÉCOLE INCLUSIVE, CIRCONSCRIPTION NANCY III

Karine NORROY, IEN EI
Karine.Norroy@ac-nancy-metz.fr
DSDEN de Meurthe et Moselle
8 rue des Brice - Rond-point Marguerite - CS 30 013 - 54035 NANCY Cedex
[Site ASH 54](#)

<p style="text-align: center;">Secrétariat: Mme JEANDEMANGE DE CARLI Christelle ce.ien54-nancy3@ac-nancy-metz.fr 03 83 93 56 91</p>	<p style="text-align: center;">Service Ecole Inclusive (gestion des PIAL, AESH et ULIS 1^{er} degré) Secrétariat: Mme LEROUX Christelle ce.ecole-inclusive34@ac-nancy-metz.fr 03 83 93 57 16 N°vert Cellule d'écoute: 03 54 31 21 09</p>
<p style="text-align: center;">1 pôle Pédagogique ° 3 <i>Conseillers Pédagogiques EI</i> - Mme LECLERC Céline - Mme JEHL Anne-Claire - M. DECO Joëvin ° 1 <i>Professeur Référent Autisme</i> - Mme GIGANT CLAUDEL Aurélie dnden34-autisme@ac-nancy-metz.fr</p>	<p style="text-align: center;">1 pôle pour l'Enseignement Général et Professionnel Adapté (EGPA) - Mme DURTESTE Marie, <i>Coordinatrice de la CDOEASD</i> cdoeasd54@ac-nancy-metz.fr 03 83 93 56 58</p>
<p style="text-align: center;">Coordonnateurs de l'accompagnement humain: - Mme DARROU Valérie - M. SCHARFF Laurent</p>	

Le pôle école inclusive en Seine et Marne

Création du Pôle École Inclusive

2022



1 IA-DAASEN en charge de l'École Inclusive

2 inspecteurs de l'Éducation Nationale ASH

1 professeure ressource auprès du Pôle École Inclusive pour les élèves présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et les élèves présentant des troubles du comportement

1 conseillère pédagogique, chargée de mission pour les affectations en ULIS collège et lycée

1 conseillère pédagogique, suivi des ULIS collège et suivi des candidats CAPPEI

1 conseiller pédagogique, chargé de mission, suivi des SEGPA, de l'EREA, de l'ERPD et des Foyers de l'Enfance

1 chargé de mission pour les élèves à haut potentiel et les élèves présentant des difficultés de comportement

1 chargée de mission auprès du Pôle École Inclusive pour les élèves présentant des Troubles spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA)

1 chargée de mission, accompagnement des ERDC, des ERSEH, suivi des situations complexes

1 chargée de mission, formation et suivi des AESH

1 chargée de mission, suivi des établissements médico-sociaux

1 chargée de mission pour les affectations en ULIS école et collège

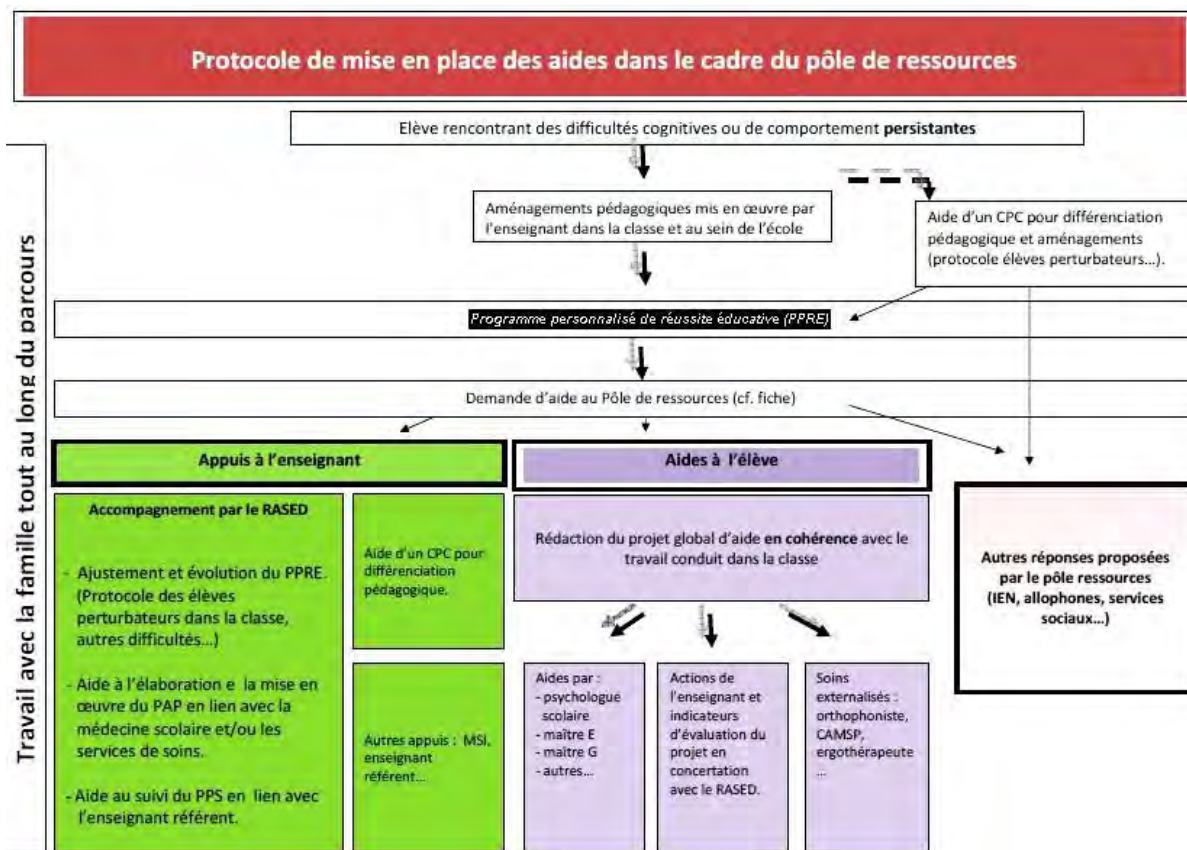
1 coordinatrice Départementale PIAL

1 coordonnateur de la commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré

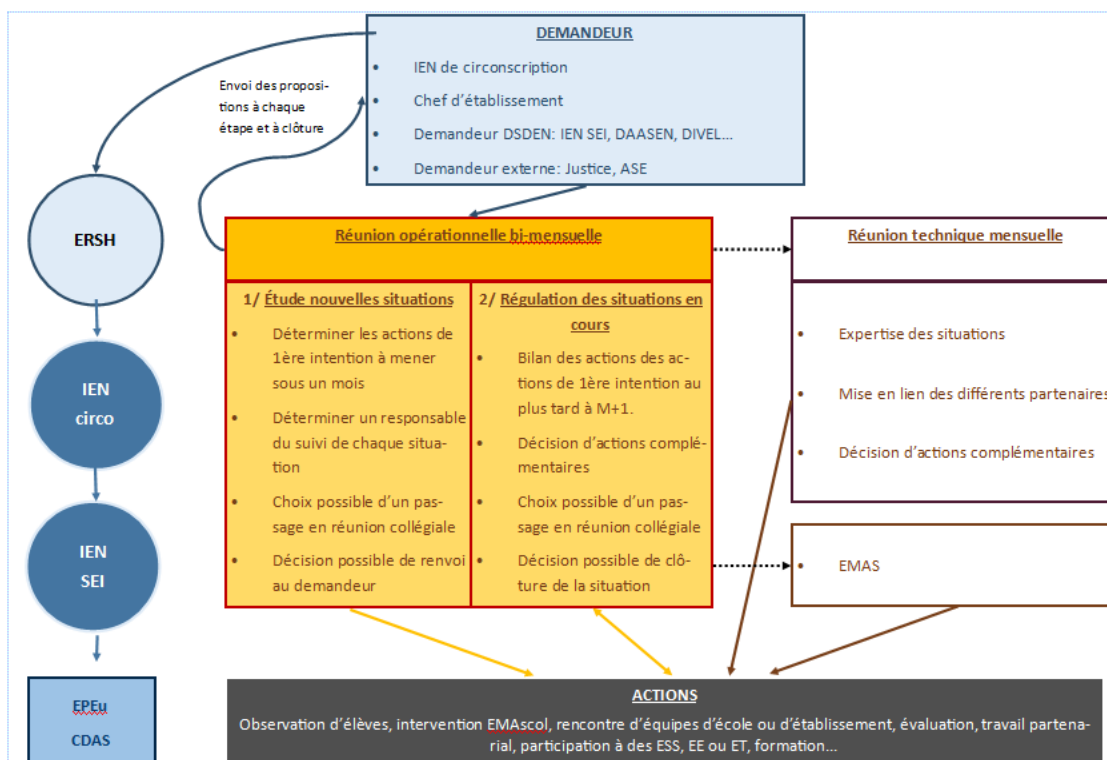
1 chargée de mission, enquêtes et statistiques, correspondante MDPH

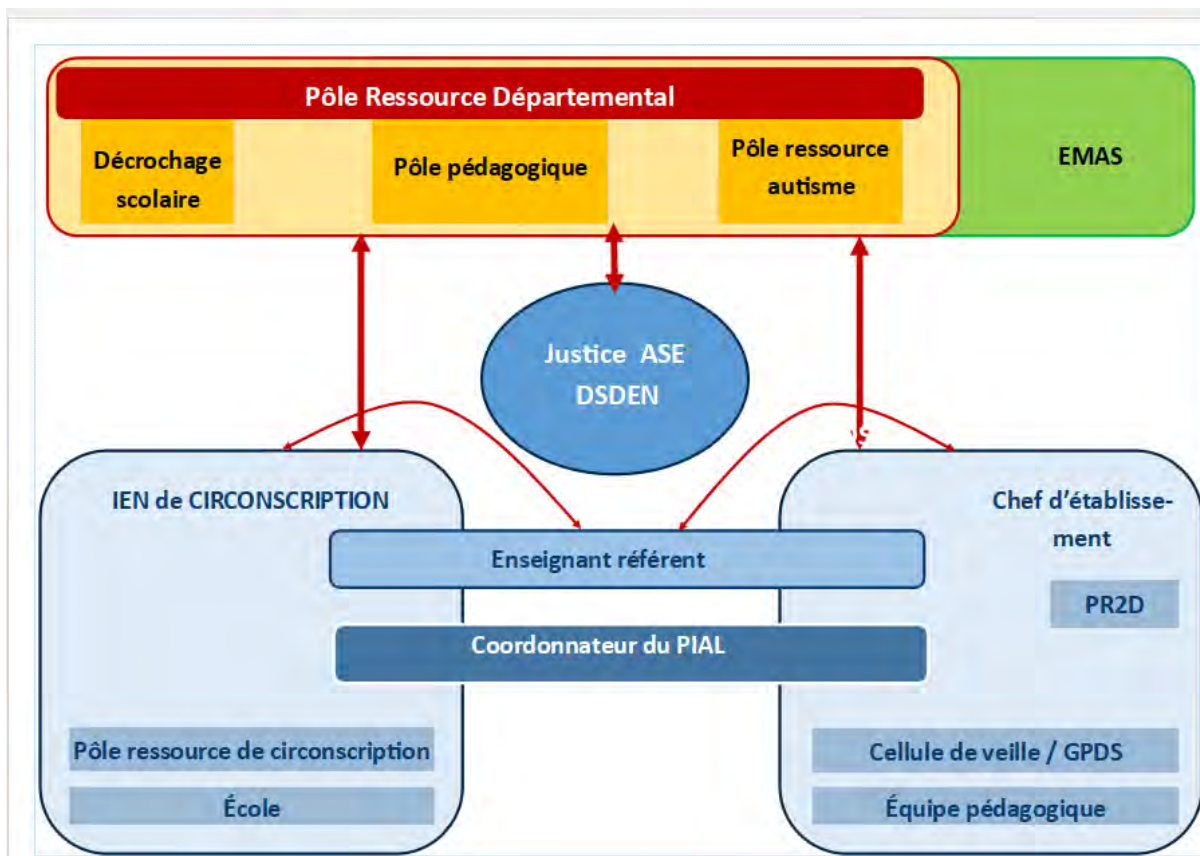
1 coordonnatrice des formations

Comment un pôle ressources vient en appui des équipes éducatives en Auvergne-Rhône-Alpes



Proposition de fonctionnement Pôle Ressource Départemental





Et en **Seine-Saint-Denis**, une fonction spécifique a été mise en place avec des conseillers d'appui à la scolarité des élèves à besoins éducatifs particuliers –CAS-EBEP– au nombre de 37, un par circonscription et trois spécialisés.

5. Des PIAL centrés sur la gestion des AESH : bilan des PIAL

Le bilan en demi-teintes qui pourrait être fait des pôles inclusifs d'accompagnement localisés – PIA – met à leur actif une gestion de l'accompagnement humain qui s'est améliorée et est assurée au plus près des établissements et écoles concernées, nonobstant la charge administrative et les ajustements permanents à organiser pour une ressource en-deçà des besoins fixés par les prescriptions des CDAPH. Toutefois, les PIAL ne jouent à ce jour aucun rôle significatif dans les adaptations pédagogiques qui sont un enjeu fort de l'école inclusive.

**Bilan des mesures éducatives du quinquennat, rapport d'information n° 543 (2021-2022)
de Mme Annick Billon, M. Max Brisson et Mme Marie-Pierre Monier fait au nom de la commission
de la culture, de l'éducation et de la communication du Sénat.**

Depuis la rentrée 2021, l'ensemble du territoire national est couvert par des PIAL (pôles inclusifs d'accompagnement localisés). Les PIAL sont principalement un outil de gestion des ressources humaines, permettant de répondre au plus vite aux besoins d'accompagnement. Leur mise en place a entraîné de profondes évolutions du métier d'AESH comme l'augmentation du nombre d'élèves suivis de manière simultanée et l'uniformisation à la hausse des quotités de travail proposées. Certains PIAL ont pris un engagement moral en termes de distance maximale entre les lieux d'affectation des AESH ou organisent des réunions de pré-rentrée pour entendre leurs souhaits d'affectation. Les rapporteurs recommandent de généraliser ces initiatives.

Une évolution des conditions de recrutement des AESH, qui demeurent précaires. Les conditions de recrutement des AESH se sont améliorées lors de ce quinquennat. Principalement recrutés auparavant sous le statut de contrats aidés, ils le sont désormais en CDD de trois ans renouvelable une fois avant de se transformer en CDI. Ils bénéficient désormais d'une formation initiale de 60 h. Certains PIAL ont entrepris un recensement des besoins de leurs AESH pour proposer des modules adaptés.

Leur organisation et périmètre, qui semble avoir été principalement défini par la gestion des AESH (nombre, territoire, mobilité...), peut être seulement premier degré ou second degré, ou encore interdegrés, sont hétérogènes. L'impératif qui semble aujourd'hui s'imposer de mieux prendre en compte la continuité des parcours des élèves plaide pour un organisation interdegrés.

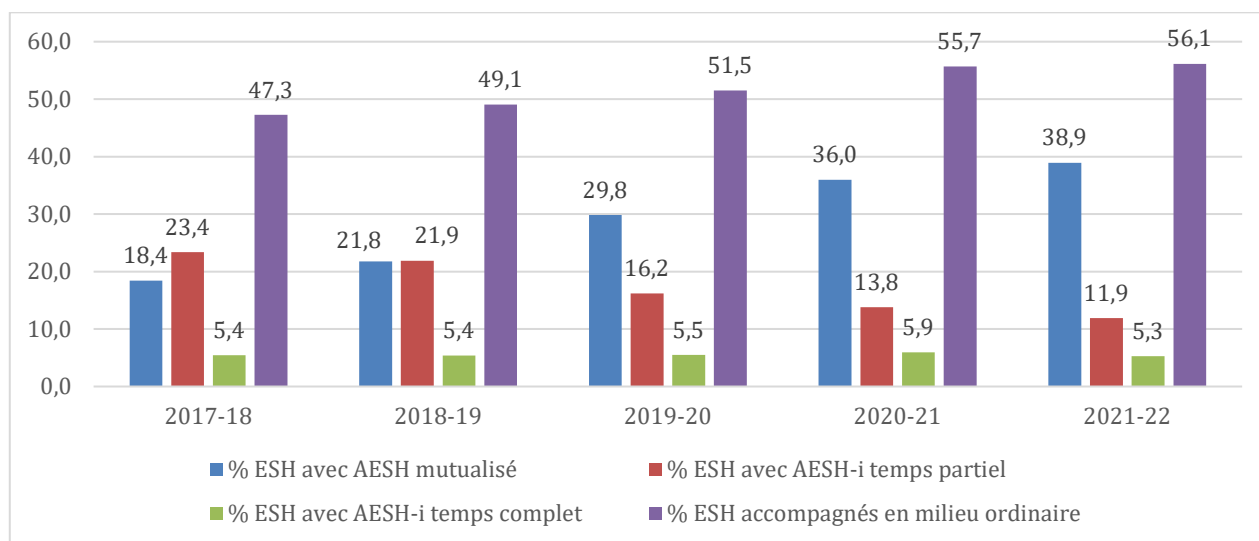
Ainsi, le nombre d'AESH à gérer, les caractéristiques ou la densité des territoires, les personnels ou ressources mobilisables, la maturité pouvant conduire à envisager la conception d'un PIAL renforcé dans une relation construite avec le médico-social sont parmi ces critères. Un point d'étape de rentrée de l'école inclusive rédigé en 2019 par l'IGÉSR précisait : « *Les rôles (pilotes / coordination / référents) et leurs responsabilités sont à réfléchir en tenant compte des professionnels déjà implantés (enseignants référents, coordonnateurs départementaux) et selon la configuration des PIAL (nombre d'unités, de personnels, dispersion des besoins des élèves), avec le souci de la complémentarité* ». Le rôle de chaque acteur du PIAL est aussi interrogé dans la mesure où le fonctionnement au quotidien dépend en large partie de l'engagement des personnels dans une collaboration possible. Leur activité s'est entièrement focalisée sur la gestion quotidienne des accompagnants d'élèves en situation de handicap (affectation, remplacement, etc.).

Si dans le préambule du *Vade-mecum* de 2019, le PIAL est un des leviers de la scolarisation des élèves en situation de handicap et s'inscrit dans le volet « école inclusive » des projets d'école ou d'établissement (p. 4), les objectifs prioritaires qui lui sont assignés centrent son action sur la gestion des AESH (p. 5) :

- un accompagnement humain défini au plus près des besoins de chaque élève en situation de handicap afin de développer son autonomie et de lui permettre d'acquérir les connaissances et les compétences du socle commun ;
- une plus grande flexibilité dans l'organisation de l'accompagnement humain pour les établissements scolaires et les écoles ;
- une professionnalisation des accompagnants et une amélioration de leurs conditions de travail.

Or, on assiste à une augmentation continue du recours à l'accompagnement humain, ce qui augmente d'autant la charge de gestion. Ainsi, entre 2017 et 2021, la proportion d'élèves en situation de handicap bénéficiant d'une aide humaine (AESH) a progressé de 9 points, cette augmentation étant portée par l'aide mutualisée. 67 % des élèves en situation de handicap bénéficient d'un accompagnement dans le primaire, pour 45 % dans le second degré²⁰.

Graphique 1 : Proportion d'élèves en situation de handicap bénéficiant dans le premier et le second degré d'une aide humaine mutualisée et individuelle entre 2017 et 2021



Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat).

Source : DEPP et DGESCO, Enquêtes n° 3 et n° 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et dans le second degré. DEPP. Données traitées par la mission.

²⁰ Ces données sont détaillées en annexe 5.

En tout état de cause, des PIAL du premier degré, des PIAL du second degré et plus rarement des PIAL interdégradés maillent aujourd'hui le territoire selon des organisations variées.

Alors que la priorité des PIAL est d'être une réponse agile et souple aux demandes de scolarisation et principalement de prescription de l'aide humaine, un même malaise semble toutefois en animer les acteurs au regard des compétences requises, de la charge de travail souvent phagocytée par sa dimension administrative voire bureaucratique et d'un sentiment de gestion de la pénurie.

Les échanges se font généralement par des tableaux Excel, méthode la plus accessible mais aussi la plus coûteuse en temps, à risque élevé de perte d'information. Ponctuellement, des applicatifs locaux ont été développés. Ils se heurtent au manque de visibilité sur les situations (prescriptions AESH), à des dotations financières échelonnées permettant (ou pas) au PIAL de savoir de quels moyens il dispose, et au final, la nécessaire attrition du nombre d'heures d'AESH accordées par enfant. Enfin, on notera que la gestion administrative de l'employeur est exercée selon différentes modalités (cf. EPLE « mutualisateur »).

Outre une gestion à flux tendu, la saisonnalité de l'activité (avec des pics en juin et septembre) est peu compatible avec les autres charges des acteurs impliqués dans les PIAL.

Comme le souligne un cadre départemental, la mise en œuvre des PIAL a aidé à la structuration du dispositif mais « *c'est une grosse machine lourde à piloter et à faire avancer* ». La problématique de gestion est aussi liée à la judiciarisation de la mise en œuvre des décisions. Les équipes chargées des PIAL au sein des DSDEN passent beaucoup de temps à répondre aux mises en demeure.

L'ensemble de ces facteurs peut conduire à des difficultés dans les réponses à donner, à des tensions entre le PIAL et les parents, en attente d'une décision ou mécontents de son application.

Les pilotes et coordonnateurs de PIAL chargés de la gestion concrète des accompagnants AESH (affectation, maladies, remplacements, etc.) ne sont que faiblement rémunérés **pour cette mission supplémentaire à leur activité principale** : directeurs d'école, conseillers pédagogiques, directeurs de SEGPA ou ponctuellement enseignants).

Quant aux pilotes de PIAL, ce pilotage même leur apparaît lourd, comme l'ont également montré les entretiens conduits par la mission, alors qu'il est assumé sur la base du volontariat, et non rémunéré. Plusieurs coordonnateurs et pilotes de PIAL ont témoigné du fait que leur fonction au sein du PIAL pouvait les mettre en difficulté sur leur fonction principale. La difficulté parfois à trouver des volontaires illustre aussi la faible attractivité de cette fonction.

Un IEN en circonscription peut avoir trois ou quatre dispositifs à suivre si le PIAL est rattaché aux secteurs de collège. Ici l'aide apportée par le coordonnateur²¹ est primordiale et constitue un choix décisif pour le fonctionnement. Les responsables de PIAL dont les missions sont notamment le lien avec les autorités académiques, le recrutement des accompagnants, leurs affectations, leurs formations, leurs remplacements, doivent faire face à une évolution permanente des fiches de postes selon les notifications MDPH qui arrivent au fil de l'eau, ce qui impacte en permanence l'organisation et implique des ajustements successifs sur l'emploi du temps des AESH et leurs affectations dans les écoles ou établissements du PIAL. Certains pilotes rencontrés par la mission évoquent aussi des informations incomplètes sur les besoins des élèves en situation de handicap transmises par la DSDEN (niveau de classe etc.), ce qui ne permet alors pas de prendre les bonnes dispositions pour l'accueil de l'enfant dans l'établissement.

²¹ Il convient de noter que dans certains cas, l'IEN délègue le pilotage au coordonnateur. Ce qui peut interroger la réalité du pilotage.

6. Les enseignants référents (ERSEH) et les équipes de suivi de la scolarisation (ESS)

Réf : circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires.

- L'enseignant référent pour la scolarisation des élèves en situation de handicap

Interlocuteur privilégié des familles, il assure une mission essentielle d'accueil et d'information. Membre de l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS), l'enseignant référent, défini à l'article [D. 351-12](#) du code de l'éducation, est chargé de l'animation et de la coordination de l'ESS. Il veille à la continuité et à la cohérence de la mise en œuvre du PPS quelles que soient les modalités de scolarisation de l'élève (établissement scolaire, sanitaire ou médico-social) et assure un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Lorsqu'il l'estime nécessaire, ou à la demande des parents, le directeur de l'école ou le chef d'établissement transmet les coordonnées de l'enseignant référent et facilite la prise de contact. Ainsi l'enseignant référent a un rôle d'information, de conseil et d'aide. Il peut, dans le cadre d'une saisine de la MDPH, concourir au recueil des éléments formalisés dans le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation, (GEVA-SCO) première demande.

Verbatim : entretien avec des ERSEH

En tant qu'ERSEH, on suit plus de 300 dossiers même s'ils sont d'importance différente. C'est sur environ 30 établissements et écoles. On dispose d'un bureau dans un établissement scolaire mais ce n'est pas simple car on est toujours en déplacement (sans matériel informatique adapté pour ce travail nomade).

Si on avait moins de dossiers, on disposerait de plus de temps pour :

- accompagnement des familles ;
- échanges avec les équipes pour élaborer les réponses, pour préparer des réunions, d'anticiper des situations qui se sont dégradées ;
- plus d'échanges avec les collègues, en particulier dans le second degré, tenir des permanences pour être de vraies personnes ressources pour les collègues.

Une intervention avant les demandes pour être personne ressource serait possible (avoir moins de dossiers est un préalable obligatoire).

On a 1 607 h dans notre lettre de mission, on les dépasse facilement...

- L'équipe de suivi de la scolarisation (ESS)

L'équipe de suivi de la scolarisation, définie à l'article [D. 351-10](#) du code de l'éducation, facilite la mise en œuvre et assure le suivi de chaque projet personnalisé de scolarisation. Elle procède à l'évaluation de ce projet et sa mise en œuvre. Elle propose les aménagements nécessaires pour garantir la continuité du parcours de formation.

L'ESS est réunie et animée par l'enseignant référent en tant que de besoin et au moins une fois par an. Elle ne peut se réunir en l'absence de l'élève ou, s'il est mineur, de son représentant légal. La famille peut se faire accompagner ou représenter par la ou les personnes de son choix. L'ESS comprend l'ensemble des professionnels qui concourent à la mise en œuvre du PPS. Le compte rendu de l'ESS prend la forme du GEVA-SCO réexamen.

Des informations personnelles pouvant être communiquées par la famille lors de cette réunion, les participants sont tenus à la confidentialité. Les membres fonctionnaires de cette équipe sont, en outre, tenus à l'obligation de discrétion professionnelle (article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires).

Aujourd'hui, avec une moyenne de 200 dossiers PPS par enseignant référent, en considérant que tous les postes seraient pourvus, et sans tenir compte de disparités territoriales, un enseignant référent ne peut offrir un appui complémentaire à ses collègues bien que sa compétence et sa formation d'enseignant spécialisé

semblent le désigner tout particulièrement pour cela. Le rapport « Plus simple la vie – 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap »²² notait en 2018 l’insuffisance de ces moyens en soulignant que les ERSEH exercent une triple fonction : vigilance, coordination, soutien. Il proposait d’augmenter le nombre d’enseignants référents (1 pour 100 dossiers) et de créer un poste d’assistant(e) par PIAL.

Une augmentation pourtant significative des ressources d’appui de l’éducation nationale depuis 2019

	R2019		R2020		R2021		R2022		Évolution entre 2019 et 2022
	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	
Enseignants ressources	155	89 %	176	88 %	200	83 %	259	80 %	67 %
Conseiller pédagogique ASH	288	81 %	295	86 %	302	84 %	327	81 %	14 %
Coordonnateur AESH	285	64 %	332	57 %	493	45 %	658	30 %	131 %
Chargés de mission	NA	NA	87	60 %	88	65 %	108	66 %	25 %
Autres postes ASH MEN	431	44 %	451	49 %	455	41 %	737	58 %	71 %
MAD MDPH	218	78 %	227	81 %	238	69 %	248	66 %	14 %
Enseignant référent	1 997	88 %	2 076	88 %	2 152	86 %	2 200	83 %	10 %

Source : DGESCO

7. Les projets d’école et d’établissement

Les projets d’école et d’établissement peuvent comporter un volet relatif à l’inclusion²³, mais plus que cela, la démarche peut être un levier pour « embarquer » la communauté éducative. Inscrit dans le cadre de l’autonomie des établissements publics locaux d’enseignement (EPL), le projet d’établissement exprime et fixe les choix pédagogiques et la politique éducative de l’établissement pour une durée comprise entre 3 et 5 ans. Élaboré par les différents partenaires, particulièrement au sein du conseil pédagogique, il est adopté ensuite par le conseil d’administration. Il sert à exprimer la volonté collective d’une communauté particulière et à assurer la cohérence de ses actions avec ses valeurs et le contexte de l’établissement.

²² Rapport établi par A. Taquet, JF. Serres, avec le soutien de la direction interministérielle pour la transformation publique.

²³ Cf. circulaire école inclusive de la rentrée 2019 : L’accompagnement des élèves a pour but essentiel l’accès à l’autonomie et l’efficacité des enseignements. Il conviendra donc, au sein du projet d’école ou d’établissement, d’assigner à l’accompagnement des objectifs d’autonomie concrets et atteignables avec des évaluations périodiques.

Extrait du projet d'établissement du collège Charles Guérin à Lunéville

AXE 1 : Objectif 3 : Développer l'école inclusive au sein du collège

Actions ou stratégies mises en œuvre

Développer les inclusions et améliorer la prise en charge des élèves à besoins éducatifs particuliers

1. Construction des projets d'inclusion en interne (Professeur principal ou référent, équipe pédagogique, responsable légal et élèves) avec des objectifs ciblés et formalisés, puis présentation à l'équipe de direction pour validation et arbitrages.
2. Poursuivre la formalisation des projets d'inclusion en lien avec un outil de suivi individualisé (OPENSOL).
3. Inclusions ULIS : présence du coordonnateur ULIS aux conseils de classe, communication, explicitation et évaluation périodique des objectifs d'inclusion.
4. Améliorer la prise en charge des élèves à profil « allophones » : utilisation des heures FLS, préparation du DELF, participation à Devoirs faits, projets interdisciplinaires et culturels, etc.
5. Développer des prises en charge adaptées pour les élèves en difficultés du collège général : utilisation des ateliers de découverte de champ professionnel SEGPA, projets d'inscription à l'Atelier Relais, SAS Oxygène...
6. Améliorer la connaissance par l'ensemble de la communauté éducative des objectifs du SAS Oxygène, mode de recrutement et de participation des élèves, organisation des ateliers et accès à la Bulle.
7. Améliorer le repérage des élèves ayant besoin d'un PAP ou PPRE et assurer un suivi efficace de chaque PAP et PPRE.
8. Poursuivre la mise en œuvre de parcours aménagés pour les élèves à besoins spécifiques (Parcours individualisés ou Dispositif personnalisé en alternance)
9. Poursuite de la mise en œuvre du PIAL (Pôle inclusif d'accompagnement localisé) au sein du collège GUERIN depuis la rentrée 2019.

8. Les ULIS : une augmentation continue des dispositifs mais une interrogation majeure

Les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) ont fait leur entrée dans le paysage scolaire avec la circulaire n° 2010-088 du 18 juin 2010 instituant les ULIS dans les collèges et les lycées en remplacement des Unités pédagogiques d'intégration (UPI) instituées depuis 1995 au collège et 2001 au lycée. Comme l'UPI, l'ULIS est un dispositif collectif implanté en collège et en lycée pour la scolarisation d'élèves en situation de handicap ou de maladies invalidantes. Les ULIS constituent « une des modalités de mise en œuvre de l'accessibilité pédagogique pour ces élèves ».

La circulaire n° 2015-129 du 21-08-2015 généralise les ULIS au premier degré en remplacement des Classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) définies par la circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009²⁴. La généralisation des Unités localisées pour l'inclusion scolaire est présentée comme traduisant pleinement les principes et les objectifs de la loi de 2005 en cohérence avec les avancées de la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013²⁵, loi qui a introduit dans le code de l'éducation le concept d'école inclusive et « *engage tous les acteurs dans une nouvelle conception de la scolarisation des élèves en situation de handicap* ».

Un rapport d'inspection générale soulignait en 2011²⁶ que les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS), définies dès 1991 comme « *un élément important du dispositif départemental d'intégration scolaire des enfants handicapés à l'école primaire* », constituent le principal dispositif destiné à faciliter la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les écoles ordinaires.

Ce bref rappel historique permet de souligner que les élèves qui, aujourd'hui, sont scolarisés en nombre important dans les ULIS étaient déjà « inclus » dans les écoles primaires avant la mise en place des MDPH, les classes pour l'inclusion scolaire s'étant implantées dans les écoles élémentaires et développées dès 1991. Les ULIS s'inscrivent ainsi dans une histoire de l'intégration/inclusion des enfants en situation de handicap de plus de 30 ans. C'est aujourd'hui le dispositif le plus important quantitativement. À la rentrée 2022,

²⁴ Le réseau des CLIS a commencé à se constituer avec la circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991 ; il a évolué avec la circulaire n° 2002-113 du 30 avril 2002 puis la circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009.

²⁵ Loi n° 2013-595.

²⁶ Voir le rapport de l'IGEN n° 2011-104 (2010). Les classes pour l'inclusion scolaire.

10 300 ULIS scolarisaient 109 000 élèves sur les 409 000 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, soit 27 %.

Évolution des effectifs d'ULIS (ex-CLIS) dans le premier degré

	1980 1981	1990 1991	1999 2000	2005 2006	2010 2011	2012 2013	2017 2018	2018 2019	2019 2020	2020 2021	2021 2022
Public	90 090	61 632	42 205	37 752	40 426	42 737	47 453	47 800	49 197	49 660	50 015
Privé	5 394	3 876	2 585	2 078	2 559	2 784	3 199	3 325	3 271	3 396	3 410
Total	95 484	65 508	44 790	39 830	42 985	45 521	50 652	51 125	52 468	53 056	53 425
Part du Public (%)	94,4	94,1	94,2	94,8	94,0	93,8	93,7	93,5	93,8	93,6	93,6

Champ : France métropolitaine + DROM (Mayotte à partir de 2012), Public + Privé sous contrat et Privé hors contrat.

Source : DEPP et DGESCO, Enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré

Les élèves d'ULIS représentent 1,3 % de l'ensemble des élèves de l'enseignement élémentaire, public et privé. La part de la scolarisation collective par rapport aux effectifs de l'enseignement élémentaire varie de 0,7 % à 1,8 % selon les académies. Les taux les plus forts se trouvent dans les académies de Clermont-Ferrand, d'Amiens, de Strasbourg, et de La Réunion. Les taux les plus faibles se situent dans les académies de Mayotte, d'Île-de-France, de Rennes et de Nantes (moins de 1,1 %).

Évolution des effectifs des ULIS dans le second degré (+ EREA)

	2001	2004	2010	2012 y c. Mayotte	2014	2015	2017	2018	2019	2020	2021
Collège	2 111	5 538	17 703	22 284	27 548	30 006	34 762	37 291	40 299	43 626	45 807
Lycée (LP et LEGT)		450	2 419	3 474	4 832	5 826	6 786	7 214	7 676	8 796	9 040
EREA			107	123	208	228	325	386	395	508	438
Total	2 111	5 988	20 229	25 881	32 588	36 060	41 873	44 891	48 370	52 930	55 285
Part du public (%)	91,8	89,0	89,7	89,6	89,7	89,4	90,0	90,0	90,0	89,9	90,0

RERS 2022, DEPP

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat)

Source : DEPP et DGESCO, Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré

À la dernière rentrée scolaire, 55 300 élèves en situation de handicap étaient scolarisés au collège avec l'appui d'une ULIS, dont neuf sur dix dans le secteur public. Les élèves d'ULIS collège sont répartis dans 3 848 structures et représentent 1,3 % de l'ensemble des élèves de collège, public et privé. La part de la scolarisation collective par rapport aux effectifs de collège varie de 1 % à 2,8% selon les académies. Ce sont dans les académies de Guyane, de Martinique et de Guadeloupe que l'on observe les taux les plus élevés (plus de 2 %) alors que les taux les plus bas concernent trois académies : Mayotte, Rennes, et Corse (moins de 1,1 %).

8.1. Principes, objectifs et modalités de fonctionnement des ULIS : la circulaire du 21 août 2015

Les élèves orientés en ULIS sont ceux qui, en plus des aménagements et adaptations pédagogiques et des mesures de compensation mis en œuvre par les équipes éducatives, nécessitent un enseignement adapté dans le cadre de regroupements.

L'orientation en ULIS arrêtée en CDAPH en cohérence avec le projet personnel de scolarisation (PPS) vise à permettre à des élèves de poursuivre en inclusion des apprentissages adaptés à leurs potentialités et à leurs besoins, « même lorsque leurs acquis sont très réduits ».

L'organisation des ULIS correspond à une réponse cohérente aux besoins d'élèves en situation de handicap présentant des :

- TFC : troubles des fonctions cognitives ou mentales ;
- TSLA : troubles spécifiques du langage et des apprentissages ;
- TED : troubles envahissants du développement (dont l'autisme) ;
- TFM : troubles des fonctions motrices ;
- TFA : troubles de la fonction auditive ;
- TFV : troubles de la fonction visuelle ;
- TMA : troubles multiples associés (polyhandicap ou maladie invalidante).

La circulaire précise cependant que ces dénominations ne constituent pas, pour les ULIS, une nomenclature administrative. Elles permettent à l'autorité académique de réaliser une cartographie des ULIS en mentionnant les grands axes de leur organisation et offrent à l'ensemble des partenaires une meilleure lisibilité.

En dépit d'une organisation par troubles, « *la constitution du groupe d'élèves d'une ULIS ne doit pas viser une homogénéité absolue des élèves, mais une compatibilité de leurs besoins et de leurs objectifs d'apprentissage, condition nécessaire à une véritable dynamique pédagogique* ».

L'organisation pédagogique de l'ULIS relève d'un copilotage entre l'IEN ASH et l'IEN de circonscription ou le chef d'établissement. Elle est placée sous la responsabilité du directeur de l'école ou du chef d'établissement qui :

- procède à l'admission des élèves dans l'école ou à l'inscription des élèves dans l'établissement après notification de la décision de la CDAPH ;
- veille au respect des orientations fixées dans le PPS et à sa mise en œuvre ;
- s'assure que le projet d'école ou d'établissement comporte un volet sur le fonctionnement de l'ULIS et prend en compte les projets personnalisés de scolarisation.

L'ULIS est un dispositif de l'éducation nationale mis en œuvre sans engagement conventionnel du secteur médico-social. L'accompagnement par un service, un établissement médico-social ou des professionnels en libéral est toutefois prévu par la circulaire et doit faire l'objet d'un conventionnement. Lors de ses déplacements, la mission a pu observer une ULIS TFC comprenant 12 élèves dont 3 ne sont pas accompagnés par des professionnels médico-sociaux.

Les ULIS fonctionnent sur la base d'un binôme enseignant spécialisé / AESHco²⁷ auquel il faut associer tous les enseignants des classes de référence où sont inscrits les élèves bénéficiant de l'ULIS. Contrairement aux CLIS, les ULIS ne sont pas des classes, mais des dispositifs « ouverts » d'appui à la scolarisation en milieu ordinaire. La classe de référence des élèves admis en ULIS est une classe ordinaire de l'école ou de l'établissement dans lequel l'ULIS est implanté. Les élèves ont donc un INE et sont comptabilisés dans les effectifs de l'école au même titre que les élèves des classes ordinaires.

L'enseignant spécialisé affecté en ULIS en est aussi le coordonnateur. Ses missions sont triples :

- l'enseignement aux élèves lors des temps de regroupement au sein de l'ULIS ;
- la coordination de l'ULIS et les relations avec les partenaires extérieurs ;
- le conseil à la communauté éducative en qualité de personne ressource.

S'il n'a pas prioritairement vocation à apporter un soutien professionnel aux enseignants non spécialisés, il est cependant, dans l'établissement, une personne ressource indispensable, en particulier pour les enseignants des classes où sont scolarisés les élèves bénéficiant de l'ULIS, afin de les aider à mettre en place les aménagements et adaptations nécessaires.

²⁷ Les Ulis étant une modalité de scolarisation collective, les AESH mobilisés sur ces postes sont des AESH collectifs, non pas dédiés à l'accompagnement d'un élève, mais à l'accompagnement du collectif d'élèves scolarisés dans l'Ulis. Les AESHco diffèrent en ce sens des AESHm dont l'accompagnement est mutualisé sur plusieurs classes, voire plusieurs écoles ou établissements.

L'effectif des ULIS est limité à 12 élèves à l'école élémentaire et 10 au collège ; le nombre d'élèves susceptibles d'être scolarisés en ULIS lycée n'est pas précisé dans la circulaire. À l'école et au collège, le nombre d'élèves affectés dans une ULIS est susceptible d'être modulé par l'IA-DASEN, lui-même responsable de l'affectation des élèves dans l'ULIS. La carte des ULIS est arrêtée annuellement par le recteur d'académie sur proposition des inspecteurs d'académie. Elle est déterminée notamment en fonction des critères suivants :

- caractéristiques de la population scolaire concernée : nombre d'élèves en situation de handicap, répartition par âge et par bassin, etc. ;
- caractéristiques géographiques de l'académie : distances, densité des établissements scolaires, zones d'enclavement, etc. ;
- carte des formations professionnelles, bassins de formation, en lien avec les partenaires concernés et les collectivités territoriales.

Ces problématiques sont discutées lors des dialogues de gestion.

Les ULIS en lycée professionnel font l'objet d'une circulaire à part, la circulaire du 30 novembre 2016 pour la formation et l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap²⁸. L'ULIS lycée pro est copilotée par l'IEN ASH et le chef d'établissement. Elle prépare à des CAP, des BEP, des bacs professionnels, mais elle prépare surtout à l'insertion professionnelle du jeune. Le projet professionnel de l'élève est un élément clef du parcours de l'élève.

Une attention particulière est portée aux périodes de formation professionnelle ; la circulaire prévoit dans ce cadre le droit à un accompagnant afin de permettre à l'élève de réaliser son stage dans les meilleures conditions.

L'enseignant spécialisé, coordonnateur de l'ULIS lycée pro a des missions spécifiques en plus des missions communes aux coordonnateurs d'ULIS :

- l'appui aux apprentissages généraux et professionnels ;
- le suivi du projet d'orientation ;
- le suivi des périodes de formation en milieu professionnel avec le professeur chargé de l'évaluation des compétences professionnelles ainsi qu'avec le directeur délégué aux formations professionnelles et technologiques (DDFPT) ;
- le suivi des aménagements et adaptations nécessaires à mettre en place en milieu scolaire et si nécessaire en entreprise ;
- l'accompagnement à l'insertion professionnelle.

Il prend en compte dans le cadre de ces missions les outils de suivi de parcours en lien avec ceux proposés dans le cadre du parcours Avenir.

Le coordonnateur de l'ULIS développe, en lien avec les partenaires accompagnant l'élève, des actions destinées à lui faire connaître les dimensions de la vie sociale et professionnelle qu'il sera amené à rencontrer dans la poursuite de son projet de formation et d'insertion.

Un partenariat avec les services publics de l'emploi (Pôle emploi, mission locale, Cap-Emploi) est souhaitable ainsi qu'avec les dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap développés par certaines académies ou dans le cadre d'un plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH).

8.2. Les bénéfices d'une scolarisation en ULIS

Une évaluation qualitative des ULIS reste à mener. Localement, ces évaluations existent, notamment dans les départements dont la politique de mise en œuvre de l'école inclusive est volontariste. C'est le cas du département de la Seine-et-Marne dans lequel la mission s'est déplacée.

²⁸ Circulaire n° 2016-186 du 30 novembre 2016.

Lorsqu'elles procèdent à des bilans ou des enquêtes, les associations gestionnaires, par définition ne s'intéressent aux ULIS qu'à la marge, leurs observations et recommandations portant de préférence sur le secteur médico-social, ses évolutions souhaitables ainsi que sur la coopération entre l'éducation nationale et le secteur médico-social. C'est le cas de la grande enquête UNAPEI 2021 dont la mission a été destinataire²⁹.

Des lignes de force positives sont toutefois susceptibles d'être dégagées du dispositif ULIS : un premier avantage est de ne dépendre que de l'implantation des écoles et des établissements alors que les dispositifs d'inclusion qui relèvent du secteur médico-social ou de l'éducation nationale avec engagement conventionnel du secteur médico-social (UEE, UEMA, UEEA, DAR, EMASco, etc.) dépendent de l'implantation des associations gestionnaires, du maillage des établissements spécialisés et des politiques régionales des ARS. Il est ainsi plus « facile » d'ouvrir une ULIS que de mettre en place une EMASco ou un DAR.

Le dispositif ULIS est de plus unifié à tous les degrés de l'école, ce qui le rend lisible et visible pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la scolarisation et la prise en charge des élèves en situation de handicap.

Un autre intérêt des Unités localisées pour l'inclusion scolaire réside dans la fonction ressource de l'enseignant spécialisé coordonnateur du dispositif³⁰. Lorsque l'ULIS remplit son objectif d'inclusion, la fonction ressource de l'enseignant spécialisé l'engage dans un travail de coopération avec les enseignants des classes de référence, au bénéfice d'une meilleure connaissance du handicap, d'un aménagement concerté de la pédagogie et d'une adaptation des enseignements. Ainsi les enseignants des classes ordinaires se forment au contact de cet enseignant ressource. Cette dynamique vertueuse est renforcée encore par l'existence de temps de concertation, en principe institutionnalisés³¹. Elle permet aux enseignants des classes ordinaires de changer de regard sur le handicap et d'appréhender plus positivement l'inclusion.

Enfin, la co-présence de l'enseignant spécialisé et de l'AESHco, lorsqu'elle s'inscrit dans une dynamique de coopération, permet un transfert de compétences de l'enseignant spécialisé à l'AESH. Ce transfert est au service du soutien de la communauté éducative, pas seulement des ESH. Or, la montée en compétences des AESH est indispensable à leur professionnalisation dans la perspective d'un accompagnement à l'inclusion. Des travaux de chercheurs français et internationaux ont en effet montré que l'aide humaine venant étayer l'élève en situation de handicap pouvait être un écran aux apprentissages, non la condition de leur accessibilité.³²

²⁹ Éducation inclusive. Enquête auprès du réseau UNAPEI, décembre 2021.

³⁰ Sachant que le référentiel du CAPPEI, la personne-ressource exerce la capacité à s'approprier et diffuser les enjeux éthiques et sociétaux de l'École inclusive; répondre dans le contexte d'exercice aux demandes de conseils concernant l'élaboration de réponses pédagogiques concertées à des besoins éducatifs particuliers; mobiliser les éléments des cadres législatif et réglementaire dans la variété de ses missions; connaître la diversité des partenaires et des acteurs de l'école inclusive et coopérer avec eux.

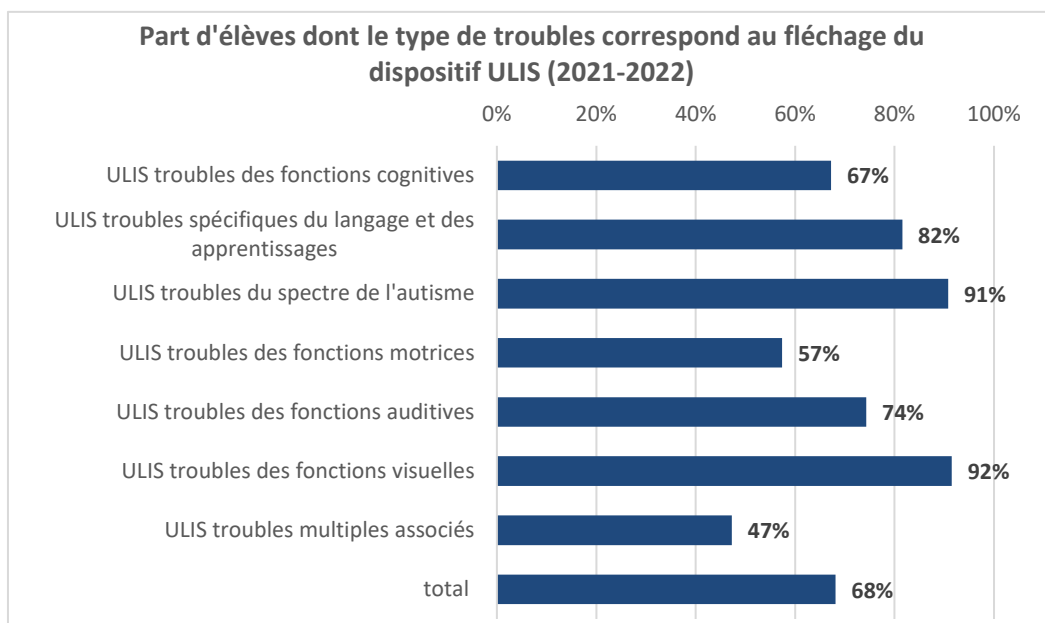
³¹ Les temps et les modalités de concertation sont précisés dans le chapitre consacré aux obligations de service des enseignants affectés en Ulis dans la circulaire 2015-129 du 21-08-2015 : « *Les obligations réglementaires de service des enseignants affectés dans les Ulis écoles sont régies, comme pour les autres enseignants du premier degré, par le décret n° 2008-775 du 30 juillet 2008. Dans ce cadre, l'IEN chargé de la circonscription veille à ce que le coordonnateur bénéficie d'un temps de concertation avec les autres acteurs de la scolarisation des élèves bénéficiant de l'Ulis. Ce temps doit permettre une réflexion sur le fonctionnement de l'Ulis, l'évaluation de ses effets, la situation particulière de certains élèves. En tout état de cause, le temps consacré par les coordonnateurs des Ulis école à la concertation, aux travaux en équipe pédagogique, aux relations avec les parents ou aux participations aux conseils d'école est égal à 108 h annuelles conformément à la circulaire n° 2013-019 du 4 février 2013 relative aux obligations de service des personnels enseignants du premier degré* ». S'agissant du second degré, Les obligations réglementaires de service des enseignants du premier degré affectés dans les Ulis du second degré sont de 21 h, conformément au décret n° 2014-940 du 20 août 2014 et à la circulaire n° 2015-057 du 29 avril 2015. Les dispositions de la circulaire n° 74-148 du 19 avril 1974 qui fixent les obligations de service des personnels de l'éducation spéciale et de l'adaptation ne sont plus applicables. En revanche, les heures de coordination et de synthèse accomplies par les enseignants exerçant en enseignement adapté dans le second degré demeurent régies par la circulaire du 19 avril 1974 précitée. Les obligations réglementaires de service des enseignants du 2nd degré affectés dans les Ulis sont régies par le décret 2014-941 du 20 août 2014.

³² Voir M. Toullec-Thery et N. Granger (2023). École inclusive et personnes accompagnantes des élèves en situation de handicap : état des lieux de la recherche, EMPAN, 113.

8.3. Faiblesses et freins au développement des ULIS

Est soulignée de manière récurrente une difficulté concernant le profil des élèves scolarisés en ULIS et l'hétérogénéité des groupes d'élèves que ces unités rassemblent. Le rapport de l'IGEN de 2011 sur les CLIS avait déjà constaté une grande hétérogénéité de ces classes d'inclusion : hétérogénéité des âges (de 6 à 12 ans), hétérogénéité des niveaux scolaires (de la petite section au CM1), hétérogénéité du retard lui-même. Les enseignants avaient fréquemment à gérer dans la même classe des besoins d'apprentissage se référant aux trois cycles de l'école primaire³³.

Il semble que la classification des ULIS ne soit pas totalement en accord avec la réalité des classes ainsi que le montre les deux tableaux ci-dessous.



Champ : France métropolitaine + DROM, public + privé

Lecture : en moyenne, en 2021-2022, 91 % des élèves scolarisés avec appui d'une ULIS TSA sont des élèves avec autisme

Source : DGESCO/DEPP, enquêtes n° 3 et n° 12

Ainsi que le dit la circulaire de 2015, les nomenclatures d'ULIS ne reproduisent pas des classes spécialisées exclusivement réservées à une catégorie d'élèves sur la base d'un diagnostic. Elles sont pensées comme des fléchages pour répondre à des besoins ciblés. À titre d'exemple, 74 % des élèves scolarisés avec appui d'une ULIS TFA sont sourds ou malentendants. Parmi les 26 % restant, 13 % sont concernés par les TSA, 5 % par plusieurs troubles associés. Les adaptations et supports pédagogiques mis en œuvre par l'enseignant spécialisé de l'ULIS TFA peuvent en effet répondre aux spécificités d'entrée dans le langage écrit et oral des élèves sourds comme des élèves entendants, dysphasiques ou multi-dys.

Cette réalité ne facilite cependant ni l'accompagnement au sein du dispositif, ni les temps d'inclusion au sein des classes ordinaires ; elle plaide en faveur d'un partenariat plus soutenu avec le secteur médico-social sur le modèle de l'ULIS renforcé du Val-de-Briey dans le département de Meurthe-et-Moselle.³⁴

Une autre faiblesse des ULIS tient à l'affectation d'enseignants non spécialisés qui peinent à assurer les objectifs d'inclusion du dispositif et plus encore à assumer la fonction d'enseignant-ressource pourtant essentielle à son fonctionnement.

Enfin, une inquiétude récurrente porte sur la réalité de l'inclusion de ces dispositifs qui sont souvent perçus, à l'instar des CLIS, comme des classes à part, à la fois par les enseignants et les familles, et non comme des dispositifs d'appui à l'inclusion nécessitant coopération, interconnaissance entre milieu ordinaire et milieu spécialisé. Le passage de la CLIS à l'ULIS engageait un changement des missions de la CLIS et l'objectif

³³ Les CLIS elles-mêmes étaient partagées en 4 catégories en fonction de l'origine du handicap des élèves accueillis : CLIS 1 (troubles des fonctions mentales ou cognitives), CLIS 2 (troubles auditifs), CLIS 3 (troubles visuels) et CLIS 4 (troubles moteurs ou polyhandicap).

³⁴ Voir la description et l'analyse de ce dispositif dans l'annexe 8 du présent rapport.

prioritaire de poursuite du parcours de l'élève. Or, qu'en est-il de ce changement et de la réalité de ce parcours ?

D'autre part, l'ULIS plus encore que la CLIS suppose un fonctionnement différent de la classe ordinaire, une évolution des pratiques liée notamment à la mise en œuvre des PPS.

9. Le Livret de parcours inclusif (LPI)³⁵

La circulaire fondatrice du 18 août 2016 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap établit une distinction entre des réponses dites de droit commun soit des « *dispositifs qui permettent de répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves ne nécessitant pas de recourir à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)* » et celles faisant appel à des mesures de compensation au titre du handicap.

La circulaire liste donc au titre du « droit commun » **le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)** défini à l'article D. 311-12 du code de l'éducation qui concerne les élèves qui risquent de ne pas maîtriser certaines connaissances et compétences attendues à la fin d'un cycle d'enseignement, élaboré par l'équipe pédagogique, discuté avec les parents et présenté à l'élève, **le projet d'accueil individualisé (PAI)** défini dans [la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003](#) permettant de préciser les adaptations nécessaires (aménagements d'horaires, organisation des actions de soins, etc.) pour les enfants et adolescents dont l'état de santé rend nécessaire l'administration de traitements ou protocoles médicaux, rédigé en concertation avec le médecin de l'éducation nationale qui veille au respect du secret médical, **le plan d'accompagnement personnalisé (PAP)** défini dans [la circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015](#) permettant à tout élève présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique, proposé par l'équipe pédagogique ou la famille et nécessitant l'avis du médecin de l'éducation nationale. À noter que le PAP n'ouvre pas droit à des mesures de compensation (matériel pédagogique adapté, maintien en maternelle etc.) ou de dispense d'enseignement.

Face à cette multiplication des plans concernant les élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP) dont les ESH, une application qui est aussi un portail, « un Livret de parcours inclusif », a été mise en place pour favoriser la cohérence entre les différents plans³⁶ d'accompagnement des élèves. *A priori* cet outil pédagogique doit faciliter la mise en place de aménagements et adaptations de scolarité dès l'identification d'un besoin éducatif particulier.

Il doit améliorer les procédures de renseignement et d'édition des plans et projets par l'équipe pédagogique, et la circulation d'information entre l'école et la MDPH via une interface dédiée Il répond à trois objectifs principaux :

- suivre le parcours de scolarisation des EBEP dont les élèves en situation de handicap³⁷ ;
- mutualiser dans un document unique toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de solutions pédagogiques différenciées ;
- apporter aux familles de la lisibilité sur les aménagements et adaptations mis en œuvre pour leur enfant.

Les équipes pédagogiques et éducatives sont donc invitées à remplir les différents plans pour les inscrire dans l'application commune qu'est le LPI, ce pour l'ensemble des élèves à besoins éducatifs particuliers et plans correspondants.

³⁵ Décret n° 2021-1246 du 29 septembre 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé *Livret de parcours inclusif (LPI)*.

³⁶ Périmètre de l'application livret de parcours inclusif (LPI) :

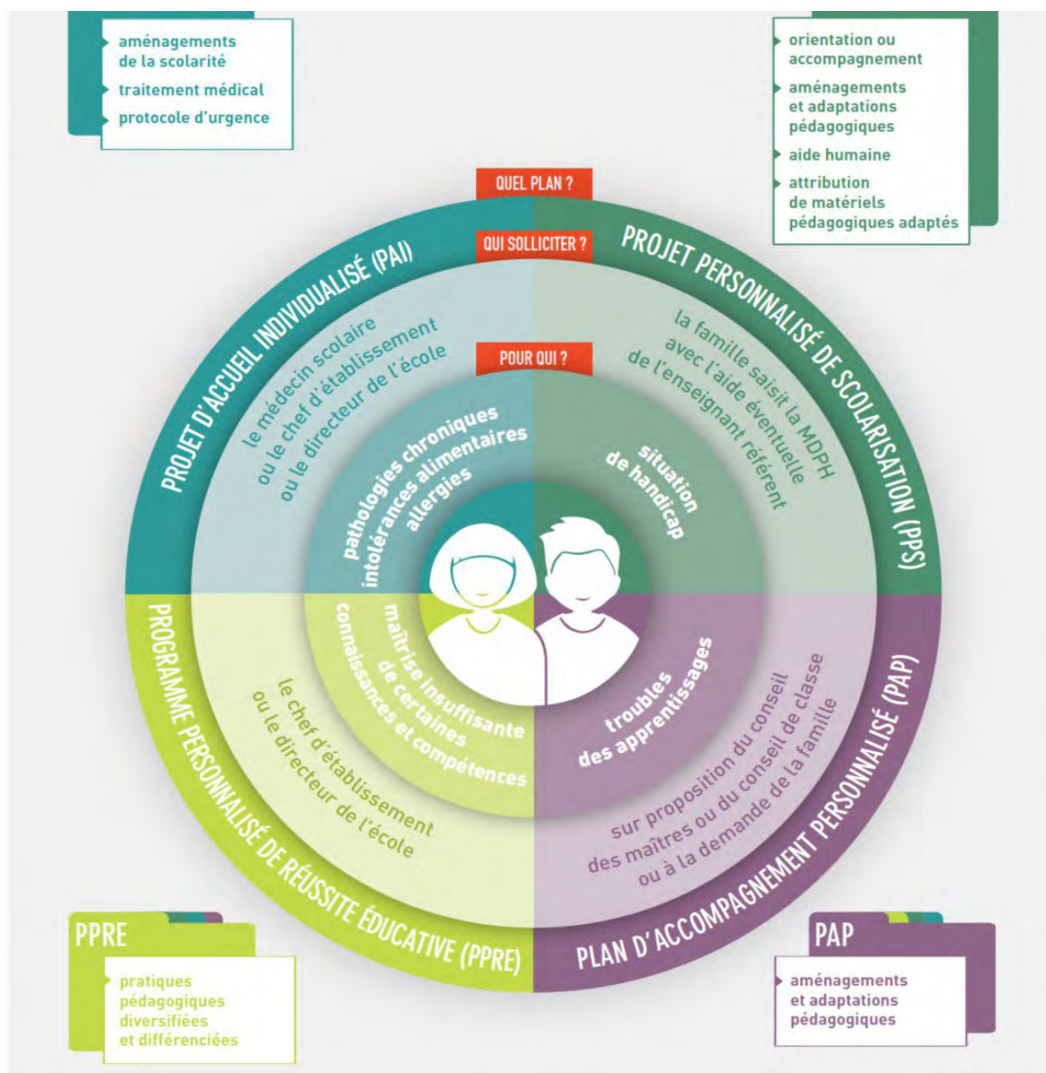
- le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) défini à l'article D. 311-12 du code de l'éducation ;
- le projet d'accueil individualisé (PAI) défini dans la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 ;
- le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) défini dans la circulaire n° 2015-016 du 22 janvier 2015 ;
- le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco) défini dans l'arrêté du 6 février 2015 ;
- le projet personnalisé de scolarisation (PPS) défini à l'article D. 351-5 du code de l'éducation.

³⁷ Le document de mise en œuvre du PPS proposé en annexe de la circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016.

En ce sens la rationalisation et la simplification proposées correspondent bien à une définition générale de l'École inclusive. Cette approche reprend les termes du décret n° 2021-1246 du 29 septembre 2021 qui fixe les règles applicables au traitement de données à caractère personnel dénommé « Livret de parcours inclusif » (LPI).

Le LPI se déploie sur l'ensemble du territoire depuis le 31 Janvier 2022 et doit permettre de créer une « banque numérisée d'aménagements et d'adaptations pédagogiques » pour tous les dispositifs.

Le schéma ci-dessous exprime explicitement les approches diversifiées de suivi et la complexité que les équipes peuvent rencontrer pour leur mise en œuvre.



Dossier extrait QPPQ 376117.378410. MENJ. Eduscol. 2014-2015

Ce schéma met en visibilité la nécessaire maîtrise de l'évaluation des besoins et des situations pour choisir la réponse adaptée, en collégialité avec les compétences spécialisées nécessaires, mais aussi dans le cadre d'une analyse qui doit être clairement partagée entre l'équipe et les familles.

L'accompagnement et la formation des enseignants à la formalisation d'un diagnostic précis et l'utilisation du LPI semblent manquer. Le LPI implique une lecture approfondie de divers documents qui doivent instiller une cohérence dans la formulation de choix pédagogiques adaptés. Ce sont plus de 120 pages que les enseignants sont supposés lire, analyser et appliquer avant même d'envisager la rédaction des différents plans. Une simplification de ces contenus permettrait que les équipes éducatives du premier comme du second degré « s'emparent plus nettement » du dispositif.

La question des accès au LPI est un deuxième volet de questionnement. Très sécurisé, notamment par différents niveaux, le LPI n'est aujourd'hui pas ouvert à tous les acteurs de l'école inclusive mobilisés autour de la situation de l'élève concernés.

De même son incapacité technique à gérer un historique, notamment les plans successifs pour accompagner la scolarisation d'un élève, sont une forte restriction du bénéfice de son utilisation.

En soi les documents sont complets et proposent pour une mise en place d'un dispositif des éléments importants et précis tant dans la description de la situation que dans l'évocation des dispositions à prendre. Le travail réalisé par les différents services ministériels pour répondre à une exigence de meilleure coordination des dispositifs a été utile. Mais son appropriation par les acteurs dans les écoles et établissements est encore à évaluer, comme l'est la compréhension par tous les parents des différentes orientations qui seront proposées.

Une question complémentaire accompagne le déploiement du LPI. À la suite du constat réalisé dans un GEVA-sco pour une transmission à la MDPH, le LPI doit intégrer les éléments constitutifs du PPS dans le dossier de l'élève concerné. Mais tant le retard technique pris que l'absence de PPS dans certains départements paraissent à la mission de nature à remettre en cause cette priorité sans pour autant renoncer à la dimension profondément structurante offerte par un système partagé entre les équipes des MDPH et de l'éducation nationale.

La mission souligne et l'intérêt d'un dispositif de rationalisation des plans d'accompagnement, et la difficulté de mise en œuvre de mesures de simplification du fait de la complexité des situations et des propositions d'adaptation scolaire. La « masse » de documents à maîtriser pour remplir les plans, la complexité d'une évaluation collective et partagée des besoins, le dialogue à instaurer avec les familles pour installer une cohérence d'action, plaident clairement pour une systématisation progressive de l'usage du LPI, avec quelques adaptations après résolution des problèmes techniques.

10. Les AESH, partie intégrante de l'augmentation des ressources : quel rapprochement avec les AED ?

L'augmentation sensible des accompagnants d'élèves en situation de handicap - AESH et l'amélioration de leur statut sont partie intégrante de l'augmentation des ressources pour l'école inclusive. Toutefois, l'importance voire l'exclusivité de leur rôle comme vecteur de compensation, au détriment de l'accessibilité, fait débat. C'est dans ce contexte que la CNH, reprenant les propositions de certains acteurs de la société civile³⁸, préconise une transformation en « assistants de réussite éducative » dans un cadre d'emploi les regroupant avec les assistants d'éducation.

La loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation a ouvert la possibilité de recruter des assistants d'éducation (AED) en vue d'exercer des fonctions d'assistance à l'équipe éducative³⁹. Dans sa rédaction initiale, l'article 2 de cette loi confiait à ces personnels non titulaires une fonction « [d']encadrement et [de] surveillance des élèves et [d']aide à l'accueil et à l'intégration des élèves handicapés, y compris en dehors du temps scolaire ». Susceptibles d'intervenir à la fois dans le premier et le second degré, les AED se sont vu reconnaître une mission générale de participation et d'animation de toute action de nature éducative⁴⁰. Le décret du 6 juin 2003⁴¹ leur a reconnu les attributions suivantes :

- l'encadrement et la surveillance des élèves dans les établissements ou les écoles, y compris le service d'internat, et, en dehors de ceux-ci, dans le cadre d'activités nécessitant un accompagnement des élèves ;
- l'aide à l'accueil et à l'intégration des élèves handicapés ;
- l'aide à l'utilisation des nouvelles technologies ;
- la participation à toute activité éducative, sportive, sociale ou culturelle.

³⁸ FNASEPH : Note du 10 janvier 2023 sur le rapport IGÉSR-IGF (2022). Créer des agents d'accessibilité.

³⁹ Chapitre VI de la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation (version initiale).

⁴⁰ Circulaire NOR: MENP0301316C du 11 juin 2003 relative aux assistants d'éducation.

⁴¹ Décret n° 2003-484 du 6 juin 2003 fixant les conditions de recrutement et d'emploi des assistants d'éducation (version initiale).

La loi du 30 avril 2003 constitue un jalon important dans l'accompagnement du handicap à l'école en ce qu'elle a acté la possibilité de recourir à une aide humaine individuelle après avis de la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES)⁴². Les AED chargés de cette fonction se voyaient dès lors qualifiés d'auxiliaires de vie scolaire pour l'intégration individualisée des élèves handicapés (AVS-i), par opposition à ceux recrutés au titre de l'aide aux dispositifs collectifs d'intégration (AVS-co)⁴³. Ces AVS-i pouvaient être amenés à réaliser quatre types d'activités⁴⁴:

- des interventions dans la classe définies en concertation avec l'enseignant (aide aux déplacements et à l'installation de l'élève, aide à la manipulation du matériel scolaire, aide au cours de certains enseignements, facilitation et stimulation de la communication, développement de l'autonomie) ;
- participation aux sorties de classes occasionnelles ou régulières ;
- accomplissement de gestes techniques ne requérant pas une qualification médicale ou paramédicale, aide aux gestes d'hygiène ;
- participation à la mise en œuvre et au suivi des projets individualisés de scolarisation.

À l'image des actuels accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH), les AVS-i avaient vocation à accompagner les élèves, quelle que soit l'origine du handicap, et quel que soit le niveau d'enseignement. Eu égard à la spécificité de leurs fonctions, ces personnels faisaient l'objet d'une sensibilisation spécifique aux déficiences, troubles et handicaps et à leurs conséquences dans la vie quotidienne des jeunes, ainsi qu'aux besoins particuliers en matière d'apprentissage scolaire⁴⁵. Au gré des années, d'autres catégories de personnels et dispositifs ont également participé à l'intégration des élèves en situation de handicap. En 2013, soit un an avant la création des AESH, l'accompagnement de ces élèves était ainsi assuré par des AED, des contrats aidés et des associations conventionnées⁴⁶.

Le rôle des AED, coordonnées par les CPE, recouvre une multitude de tâches, essentiellement hors de la classe, à la différence des AESH. Lors de ses visites de terrain, la mission a pris note d'un certain nombre de réserves voire d'une inquiétude des chefs d'établissements quant à l'annonce de la CNH, au regard des besoins de vie scolaire à laquelle les AED sont aujourd'hui dédiés.

Un « tout-recours » à l'accompagnement humain qui fait l'objet de nouvelles critiques.

Le recours à l'aide humaine est aussi critiqué pour ce qu'il pourrait cacher ou pour les évolutions qu'il freinerait.

24-08-22 : Sonia Ahehinnou, vice-présidente de l'Unapei, répond aux questions de *Ouest-France* à propos de l'accompagnement des élèves en situation de handicap dans l'Hexagone.

Vous tapez une nouvelle fois du poing sur la table avant la rentrée scolaire, pourquoi ?

Nous avons interrogé 7 949 enfants ou adolescents en situation de handicap, via nos antennes locales. **18 % n'ont aucune heure de scolarisation par semaine, 33 % ont moins de six heures, 22 % entre 6 et 12 h.** Seulement 27 % bénéficient d'au moins 12 h d'enseignement hebdomadaires. Ce n'est pas normal.

Le gouvernement dit que le nombre d'enfants scolarisés n'a jamais été aussi nombreux : 430 000, plus 7 000 en structures spécialisés...

Peut-être. Moi, je vois que dans le Finistère, par exemple, des élèves bénéficiaient d'une scolarité partagée entre école et IME (Institut médico-éducatif). Faute d'enseignants, on a considéré qu'ils ne pourraient plus aller à l'école, mais que ce n'était pas grave puisqu'ils avaient une solution en IME... Surtout, le **gouvernement tente**

⁴² Le paragraphe II de ce décret, disposait, dans sa rédaction initiale que « *Lorsque la commission départementale de l'éducation spéciale constate qu'un enfant peut être scolarisé dans une classe de l'enseignement public ou d'un établissement visé au 3 de l'article L. 351-1 à condition de bénéficier d'une aide individuelle dont elle détermine la quotité horaire, cette aide peut être apportée par un assistant d'éducation recruté conformément au sixième alinéa de l'article L. 916-1* ».

⁴³ Circulaire NOR: MENP0301316C du 11 juin 2003 relative aux assistants d'éducation.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Sur ce sujet, voir le II de la loi n° 2003-400 du 30 avril 2003 relative aux assistants d'éducation.

⁴⁶ Pénélope Komites (avril 2013). Professionnaliser les accompagnants pour la réussite des enfants et adolescents en situation de handicap, p. 9.

d'éteindre des incendies en multipliant le nombre d'AESH (accompagnants des élèves en situation de handicap), sans s'attacher à la qualité de la scolarisation. On cale des plannings précis d'intervention, mais un élève qui souffre de troubles du spectre d'autisme ne prévoit pas qu'il va avoir une crise de 10 h à 10 h 30...

Que réclamez-vous ?

Nous demandons une **adaptation des effectifs des classes qui accueillent des enfants handicapés. Et surtout, une formation de tous les acteurs de l'Éducation nationale.** Les enseignants, mais aussi les ATSEM et les personnes qui assurent le périscolaire ou le ménage, qui sont amenées à croiser des élèves en situation de handicap. On parle beaucoup d'école inclusive, mais chacun doit y mettre du sien, car les parents sont épuisés, ils n'en peuvent plus. C'est un véritable sujet de société.

L'accompagnement humain des élèves en situation de handicap est devenu une mesure de compensation largement sollicitée par les parents comme par les équipes pédagogiques au point d'amoindrir toute autre solution d'aménagement immédiate⁴⁷. Si la recherche atteste d'une analyse contrastée⁴⁸ de la situation des accompagnantes (« *ce sont majoritairement des femmes* »), elle relève le paradoxe de cette situation : « *tout se passe donc comme si les personnes enseignantes réclamaient la présence d'un accompagnement pour les élèves en situation de handicap, sans reconnaissance d'un statut, mais en leur attribuant un fort rôle pédagogique* ». La question relationnelle et, surtout, celle d'une adéquation d'intervention pédagogique et didactique, apparaissent centrale dans le « couple » que forme ces deux intervenants. La clarification des objectifs d'apprentissages, des situations d'apprentissages, est majeure et il n'est pas certain qu'elle soit toujours possible ou réalisée.

Alors que la recherche d'autonomie et l'évolution de l'ESH dans une meilleure maîtrise des apprentissages scolaires sont au cœur de l'intervention de l'AESH, la recherche souligne « *que les interactions entre la personne enseignante et l'élève accompagné chutent lorsqu'une assistante est présente aux côtés de l'élève* ». Le paradoxe d'un accompagnement nécessaire et utile se dilue dans les aléas des avantages et inconvénients. Au-delà de la recherche d'une cohérence de ce *système bicéphale dissymétrique*⁴⁹ l'obligation de poser la progressivité et l'intensité de l'accompagnement et son évolution en fonction de l'autonomie acquise par l'ESH, doit être envisagée. Les PIAL devaient avoir cette souplesse, les équipes de suivi de la scolarité devaient y répondre ; en l'absence d'alternative explicite, les parents, voire les enseignants, conviennent d'une permanence de l'AESH.

Un autre aspect qui est moins exploré dans les bilans institutionnels mais présent dans les travaux de recherche est le fait que, souvent, l'aspect compassionnel de l'intervention de l'AESH est privilégié au détriment de la considération des apprentissages et de l'autonomie des élèves. Cette dimension se perçoit plus nettement au collège en classe de 4^e et 3^e ou aux lycées où des ESH demandent de réduire ou supprimer l'accompagnement. La difficulté pour certains AESH de pouvoir maîtriser les niveaux d'exigence des apprentissages dispensés est prégnante au fur et à mesure de l'avancée de la scolarité. Dans ce contexte difficile pour les AESH, leur formation et le partage des attendus des enseignements sont une priorité pour fonder une meilleure professionnalité. La mission souhaite insister sur la nécessité de reconsidérer en profondeur le recours à l'aide humaine selon que l'ESH est scolarisé dans le premier ou dans le second degré. L'accueil dans le second degré ne se fait pas dans une classe avec un seul enseignant mais dans une classe enseignée par un nombre élevé d'enseignants. Le contexte scolaire se complexifie avec de nouveaux interlocuteurs comme les personnels de la vie scolaire, des emplois du temps totalement renouvelés et soumis à aléas, des modalités d'organisation du travail scolaire transformées au regard des nouveaux enjeux de la scolarité (la réussite aux examens et l'orientation). Cette situation professionnelle ne satisfait pas aux conditions d'une meilleure coopération entre enseignant et AESH.

⁴⁷ Sur le sujet le rapport IGF n° 2021-M-072-03, IGÉSR N° 2022-062. Scolarisation des élèves en situation de handicap, avril 2022, est éclairant et permet une objectivité de la situation des AESH.

⁴⁸ M. Toullec-Théry et N. Granger (2023). École inclusive et personnes accompagnantes des élèves en situation de handicap : état des lieux de la recherche. Empan, 113.

⁴⁹ M. Toullec-Théry et Nédélec-Trohel (2008). Étude et catégorisation de pratiques effectives entre professeurs et auxiliaires de vie scolaire (AVS) à l'école primaire.

D'autres pays, avec une ambition forte pour l'école inclusive, ont fait d'autres choix en termes d'aide humaine, comme par exemple en Italie, en faisant intervenir des enseignants supplémentaires, dit de soutien, dans les classes⁵⁰.

La problématique du recours à l'aide humaine soulève plus globalement la question de l'équilibre entre accessibilité et compensation, autour de la notion centrale de parcours des élèves. Un des raisonnements qui sous-tendent cette réflexion est que le retard d'adaptation de l'environnement à l'accueil des élèves en situation de handicap est une des principales causes de la prescription de mesures de compensation. En ce sens, plus les conditions nécessaires à l'accessibilité seront réunies (dont locaux, matériel informatique adapté, formation des enseignants à la différenciation des contenus pédagogiques et à l'utilisation des outils mis à disposition mais aussi travail partenarial avec le médico-social), moins des besoins de compensation seront nécessaires.

Dans un tribune parue dans *le Monde de l'éducation* le 2 mai 2023, Martine Caraglio dénonce une « Handicapisation » de l'échec scolaire : *« Occultant les contextes pédagogiques qui soutiennent plus ou moins favorablement les apprentissages, occultant la variabilité interindividuelle des élèves qui peut nécessiter des pratiques adaptées, occultant, voire invisibilisant, les aspects sociaux telle que la grande pauvreté et ses conséquences dans les apprentissages fondamentaux, les « difficultés scolaires » sont – avant tout, et c'est là le problème – attribuées à des pathologies et à des troubles. Ce processus d'"Handicapisation" de l'échec scolaire confère l'étiquette "handicap" à des élèves, certes en difficulté, mais qui, du point de vue de l'école, ne justifient peut-être pas une mesure d'exception ni surtout l'entrée dans une catégorie qui souligne et naturalise leur différence ».*

⁵⁰ Cf. par exemple le rapport IGAENR n° 2017-118, L'inclusion des élèves en situation de handicap en Italie, de décembre 2017.

Le matériel pédagogique adapté

SOMMAIRE

1. Données statistiques : un faible taux de recours au matériel pédagogique adapté	1
2. L'analyse des chercheurs : le MPA comme vecteur d'accessibilité	5
3. L'accélération des progrès technologiques offre de nouvelles réponses à la scolarisation inclusive mais appellera une organisation agile	6
3.1. Des ressources qui évoluent très vite	6
3.2. Le potentiel de l'Intelligence artificielle est aussi à prendre en compte	7
4. Identification des ressources : quelles ressources pour l'accessibilité numérique ?.....	8
4.1. Un important travail de recensement de ces ressources est fait par différents opérateurs / acteurs à différents niveaux.....	8
4.2. Le soutien à la recherche, au développement et au déploiement de ressources numériques offre de nombreuses possibilités	12

Les données statistiques de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, s'appuyant sur celles de la DGESCO, donnent à voir un faible taux d'élèves en situation de handicap bénéficiant de MPA, avec des différences selon les troubles. Pourtant l'analyse des chercheurs, très en faveur de l'accessibilité, pointe le rôle du MPA tandis que les ressources connaissent une progression très forte. Le recensement continu de ces ressources par l'éducation nationale est d'ailleurs un autre enjeu de l'école inclusive.

1. Données statistiques : un faible taux de recours au matériel pédagogique adapté

Les données suivantes de la DEPP et de la DGESCO d'après les enquêtes n° 3 et 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré et le second degré portent sur les élèves bénéficiant de matériel pédagogique adapté.

- **Entre 2017 et 2021, le nombre d'élèves en situation de handicap du premier degré bénéficiant de MPA a baissé de 31 % alors qu'il a augmenté de 17,8 % dans le second degré.**

Tableau 1 : Évolution du nombre d'élèves en situation de handicap bénéficiant de matériel pédagogique adapté entre 2017 et 2021

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017-21 (%)
Milieu ordinaire 1 ^{er} degré	13 209	10 631	11 159	10 834	9 108	- 31,0
Milieu ordinaire 2 nd degré	32 006	33 586	35 942	39 231	37 690	17,8
Total général	45 215	44 217	47 101	50 065	46 798	3,5

Source DEPP / BCP

Ainsi, le nombre total d'élèves bénéficiant de MPA a peu évolué sur la période (+ 3,5 %)¹.

- **En 2021-22, le MPA concerne en proportion plus les élèves du second degré (19,1 %) que du premier (4,3 %) et la part des élèves en situation de handicap bénéficiant de MPA est passée de 14,1 % à 11,4 % entre 2017 et 2021.**

Sur la période, la part des élèves en situation de handicap bénéficiant de MPA a baissé dans le premier degré et dans le second degré : elle est passée de 7,3 % à 4,3 % dans le premier degré et de 22,8 % à 19,1 % dans le second degré.

Tableau 2 : évolution de la part d'élèves en situation de handicap dans le premier et second degré bénéficiant de matériel pédagogique adapté entre 2017 et 2021

Type de scolarisation	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
Milieu ordinaire 1^{er} degré	181 158	185 563	194 494	200 421	212 441
Dont élèves avec MPA	13 209	10 631	11 159	10 834	9 108
Part des élèves avec MPA (%)	7,3	5,7	5,7	5,4	4,3
Milieu ordinaire 2nd degré	140 318	152 232	166 680	183 619	196 968
Dont élèves avec MPA	32 006	33 586	35 942	39 231	37 690
Part des élèves avec MPA (%)	22,8	22,1	21,6	21,4	19,1
Total général	321 476	337 795	361 174	384 040	409 409
Dont élèves avec MPA	45 215	44 217	47 101	50 065	46 798
Part des élèves avec MPA (%)	14,1	13,1	13,0	13,0	11,4

Source DEPP / BCP

¹ D'après la DGESCO, une diminution du nombre d'élèves bénéficiant de MPA s'observe pour l'année 2021-2022, corrélée à l'utilisation d'AGESH sur certains départements.

- Entre 2017 et 2021, le nombre de prescriptions de la CDAPH en matière de modalité d'accompagnement de matériel pédagogique entre 2017 et 2021 a augmenté de 36,8 %, avec une hausse qui concerne principalement le second degré (+ 46,6 %) en corrélation avec l'élévation du nombre d'élèves en situation de handicap dans le second degré.

Tableau 3 : Évolution du nombre de prescriptions de la CDAPH en matière de modalité d'accompagnement de matériel pédagogique entre 2017 et 2021

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017-21 (%)
Milieu ordinaire 1 ^{er} degré	9 603	8 680	88 99	9 205	9 890	3,0
Milieu ordinaire 2 nd degré	33 170	35 739	40 148	44 375	48 625	46,6
Total général	42 773	44 419	49 047	53 580	58 515	36,8

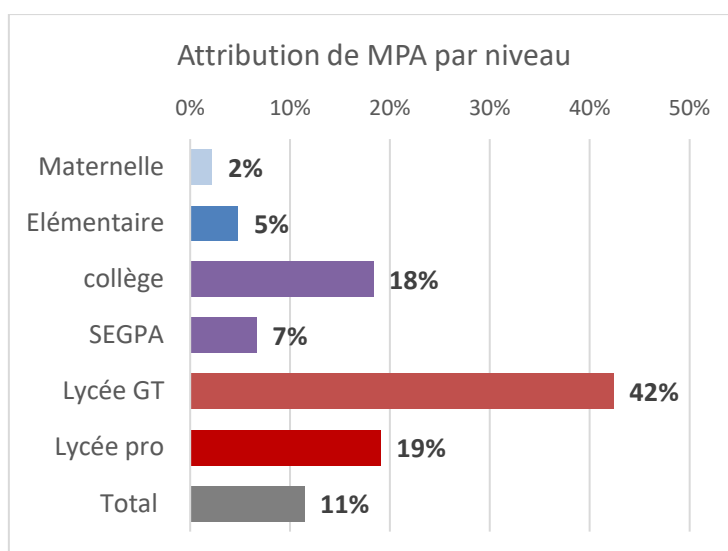
Source DEPP / BCP

On observe :

- le nombre de prescriptions évolue peu dans le premier degré (+ 3 %) sur la période ;
- il y a une différence entre les prescriptions et le recours effectif au MPA : Si on considère les **élèves ayant une prescription CDAPH, le pourcentage d'élèves bénéficiant effectivement de MPA est de 68 %** (calcul à partir des données BCP). Mais à l'inverse, un certain nombre d'élèves bénéficiant de MPA (15 %) n'ont pas de notification au moment où l'enquête est renseignée (cela peut par exemple être le cas si l'élève est en attente de renouvellement de la notification...).

L'attribution de MPA est de plus en plus fréquente à mesure que les élèves progressent dans les niveaux et les apprentissages. Mais au lycée, les ESH en voie générale et technologique bénéficient 2 fois plus souvent de MPA que les ESH en voie professionnelle.

Graphique : Part des ESH bénéficiant de MPA selon les niveaux et formations



Source : données DGESCO (enquêtes 3 et 12 rentrée 2022)

- Part des élèves en situation de handicap bénéficiant de MPA selon le trouble

Tableau 4 : Part d'élèves en situation de handicap dans le premier degré selon le trouble bénéficiant de MPA en 2021-2022

	Part des élèves handicapés bénéficiant de matériel adapté (%)
Troubles intellectuels ou cognitifs	2,2
Troubles du psychisme	2,3
Troubles du langage et de la parole	5,6
Troubles auditifs	19,6
Troubles visuels	25,4
Troubles viscéraux	4,9
Troubles moteurs	16,5
Plusieurs troubles associés	5,1
Autres troubles	2,0
Total	4,3
<i>dont troubles du spectre de l'autisme</i>	<i>3,6</i>

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat).

Source : RERS 2022, DEPP

(1) Ne concerne que les élèves scolarisés en classe ordinaire.

Lecture : 5,6 % des élèves avec troubles du langage et de la parole du premier degré bénéficiant de MPA.

Source : DEPP et DGESCO / enquête n° 3 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier degré.

Tableau 5 : Part d'élèves en situation de handicap dans le second degré selon le trouble bénéficiant de MPA selon le trouble en 2021-2022

	Part des élèves handicapés bénéficiant de matériel adapté (%)
Troubles intellectuels ou cognitifs	5,5
Troubles du psychisme	10,4
Troubles du langage et de la parole	32,1
Troubles auditifs	31,8
Troubles visuels	50,9
Troubles viscéraux	23,0
Troubles moteurs	50,0
Plusieurs troubles associés	25,0
Autres troubles	14,5
total	19,1
<i>dont troubles du spectre de l'autisme</i>	<i>17,6</i>

Champ : France métropolitaine + DROM, Public + Privé (sous et hors contrat). RERS 2022, DEPP

1. Ne concerne que les élèves scolarisés en classe ordinaire hors SEGPA.

Lecture : 32,1 % des élèves avec troubles du langage et de la parole dans le second degré bénéficiant de MPA.

Source : DEPP et DGESCO / Enquête n° 12 relative aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le second degré.

On observe :

- dans le premier degré, les élèves avec des troubles visuels ou auditifs ou moteurs sont ceux qui bénéficient en plus grande proportion de MPA (respectivement 25,4 %, 19,6 % et 16,5 %) ;
- dans le second degré, la proportion d'élèves bénéficiant de MPA est plus élevée que dans le premier degré, quel que soit le trouble, mais de manière plus ou moins importante selon le trouble :

- plus de la moitié des élèves avec troubles sensoriels visuels ou moteurs bénéficie de MPA ; 31,8 % des élèves avec troubles auditifs bénéficient de MPA,
- les élèves du premier degré avec troubles du langage et de la parole ne sont 5,6 % à bénéficier de MPA, alors qu'ils sont 32,1 % dans le second degré,
- les élèves du premier degré avec TSA ne sont 3,6 % à bénéficier de MPA, alors qu'ils sont 17,6 % dans le second degré.

• **Évolution du nombre d'élèves en situation de handicap bénéficiant de matériel pédagogique adapté selon le trouble entre 2017 et 2021**

Entre 2017 et 2021, dans le premier degré, le nombre d'élèves en situation de handicap bénéficiant de matériel pédagogique adapté diminue quelle que soit la nature de leur trouble.

Tableau 6 : Évolution du nombre d'élèves en situation de handicap dans le premier degré bénéficiant de matériel pédagogique adapté selon le trouble entre 2017 et 2021

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	évolution 2017 - 2021(%)
Autres troubles	554	358	459	425	354	- 36,1
Plusieurs troubles associés	1 727	1 347	1 531	1 531	1 404	- 18,7
Troubles auditifs	1 202	1 106	1 050	912	773	- 35,7
Troubles du langage et de la parole	2 182	2 268	2 138	2 008	1 858	- 14,8
Troubles du psychisme	1 338	1 026	1 210	1 118	834	- 37,7
Troubles intellectuels et cognitifs	2 637	1 713	2 088	2 391	1 782	- 32,4
Troubles moteurs	2 415	1 810	1 776	1 636	1 403	- 41,9
Troubles viscéraux	149	121	117	117	107	- 28,2
Troubles visuels	1 005	882	790	696	593	- 41,0
Total général	13 209	10 631	11 159	10 834	9 108	- 31,0
<i>dont troubles du spectre de l'autisme</i>	1 706	1 207	1 368	1 376	1 065	- 37,6

Source DEPP / BCP

Dans le second degré, le nombre d'élèves en situation de handicap bénéficiant de matériel pédagogique adapté augmente de plus de 30 % pour les élèves avec troubles du langage et de la parole, troubles du spectre de l'autisme, troubles du psychisme, et troubles intellectuels et cognitifs, en corrélation avec l'augmentation du nombre d'ESH présentant ces types de trouble. Il augmente également fortement pour les élèves avec plusieurs troubles associés (62,4 %) ou autres troubles (41,7 %). Le recours au MPA est en baisse dans les autres catégories de troubles (dont une baisse de 21,2 % pour les élèves avec troubles moteurs).

Tableau 7 : Évolution du nombre d'élèves en situation de handicap dans le second degré bénéficiant de matériel pédagogique adapté selon le trouble entre 2017 et 2021

	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Évolution 2017-2021 (%)
Autres troubles	1 255	1 222	1 420	1 720	1 778	41,7
Plusieurs troubles associés	3 077	3 171	3 935	4 630	4 998	62,4
Troubles auditifs	1 375	1 334	1 349	1 395	1 255	- 8,7
Troubles du langage et de la parole	11 597	14 380	14 236	15 386	15 122	30,4
Troubles du psychisme	2 269	2 382	2 682	2 942	3 024	33,3
Troubles intellectuels et cognitifs	2 779	2 637	3 535	4 264	3 785	36,2
Troubles moteurs	7 501	6 311	6 693	6 850	5 914	- 21,2
Troubles viscéraux	393	371	384	372	366	-6,9
Troubles visuels	1 760	1 778	1 708	1 672	1 448	- 17,7
Total général	32 006	33 586	35 942	39 231	37 690	17,8
<i>dont troubles du spectre de l'autisme</i>	2 072	2 140	2 442	2 667	2 751	32,8

Source : DEPP / BCP

2. L'analyse des chercheurs : le MPA comme vecteur d'accessibilité

En janvier 2023, le CSEN a publié une note dans laquelle il présente plusieurs pistes pédagogiques fondées sur la recherche pour améliorer les résultats scolaires des élèves et le bien-être de tous à l'école². Les treize pistes présentées s'appuient en grande partie sur les travaux du Fonds anglais pour l'éducation (EEF)³. En particulier, l'EEF a publié une synthèse⁴ des travaux scientifiques menés au cours des deux dernières décennies sur les pratiques qui ont montré leur pertinence pour favoriser l'inclusion scolaire des élèves à besoins éducatifs particuliers. Parmi elles, figure l'utilisation de technologies adaptées, tels que les ordinateurs, les tablettes avec des applications et des ressources numériques.

À titre illustratif, dans une revue sur l'enseignement assisté par la technologie pour les adolescents atteints de troubles du spectre autistique, Odom *et al.* (2015)⁵ ont rapporté, à partir d'études utilisant une variété de technologies (ordinateurs de bureau, ordinateurs portables, vidéos, iPods, assistants numériques personnels (PDA), tableaux blancs interactifs), des effets positifs par rapport à sept objectifs différents : la modélisation du comportement ou les compétences académiques, l'incitation visuelle à s'engager dans l'apprentissage, la transmission de contenu académique et le retour d'information sur les performances.

Dans le cadre d'un entretien avec la mission, le chercheur Serge Ebersold, professeur au CNAM où il est titulaire de la chaire accessibilité et enseignant à l'Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation inclusive (INSEI) (ex-INSHEA), souligne que « *L'un des enjeux des politiques inclusives est la nécessité de remettre en cause l'opposition capable/incapable. Les travaux des neurosciences et de psychologie cognitive ont montré que les personnes gravement déficientes étaient capables de développement. C'est la notion d'éducabilité. Ces travaux ont substitué à capable/incapable le couple typique/atypique. L'OMS prend en compte la notion de "limitation d'activité". Un des enjeux du spécialisé est de mettre les acteurs en position de concrétiser leur projet de vie. Pas seulement un droit "au" projet de vie, mais le droit de le réaliser.* »

Rencontrée par la mission, Caroline Huron, chercheuse à l'INSERM, membre du CSEN⁶, membre du Conseil national sur les TSA-TND et présidente de l'association « Le cartable fantastique », estime que la question des outils technologiques, et en particulier des ressources pédagogiques accessibles/adaptées est déterminante pour l'inclusion scolaire.

L'accessibilité des ressources pédagogiques est un point d'alerte majeur. Elle y travaille personnellement via « Le cartable fantastique »⁷. « *Tous les outils sont créés en dehors de l'école et ils ne sont pas toujours adaptés aux exigences scolaires* ». « *Ce n'est pas l'éducation nationale qui s'implique et les enseignants ne sont pas formés* ».

Il y a aussi la question de l'accessibilité des manuels scolaires. Caroline Huron évoque la discussion de la loi sur l'accessibilité du livre et une pression des éditeurs pour que les manuels scolaires ne soient pas dans la loi. La chercheuse note que l'« *on met à côté d'enfants dyspraxiques des AESH parce qu'ils ne savent pas lire*

² La boîte à idées du CSEN. Quelques pistes pédagogiques fondées sur la recherche » (janvier 2023). https://www.reseau-canope.fr/fileadmin/user_upload/Projets/conseil_scientifique_education_nationale/CSEN_Boite_a_idees_2023_web.pdf

³ Le Fonds anglais pour l'éducation (EEF : « *Education Endowment Foundation* ») est un organisme public qui fait évaluer scientifiquement un grand nombre d'interventions menées dans des établissements scolaires, avec une diversité de méthodes, et, parallèlement, passe au peigne fin la recherche internationale. Ce travail de revue conduit à la publication de synthèses sur l'état des connaissances sur l'efficacité des interventions scolaires, qui constituent une ressource pour les chercheurs comme pour les praticiens de l'éducation.

⁴ Cullen, M.A., Lindsay, G., Hastings, R., Denne, L., Stanford, C., Beqirag, L., Elahi, F., Gemegah, E., Hayden, N., Kander, I., Lykomitrou F., Zander, J. (2020). *Special Educational Needs in Mainstream Schools: Evidence Review*. London: Education Endowment Foundation. The report is available from : https://educationendowmentfoundation.org.uk/public/files/Publications/Send/EEF_SE_ND_Evidence_Review.pdf

⁵ Odom, S., Thompson, J., Hedges, S., Boyd, B., Dykstra, J., Duda, M., Szidon, K., Smith, L., Bord, A. (2015). *Technology-Aided Interventions and Instruction for Adolescents with Autism Spectrum Disorder*. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 45(12), 3805-3819. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2320-6>

⁶ En particulier, Caroline Huron pilote le groupe de travail GT4 « handicap et scolarité inclusive » du CSEN.

⁷ « *Le Cartable Fantastique est une association qui propose des ressources permettant de faciliter la scolarité des enfants en situation de handicap, et plus particulièrement dyspraxiques. Ces ressources naissent du croisement des regards de chercheurs en sciences cognitives et d'enseignants.* » d'après <https://www.cartablefantastique.fr>

le livre. L'aide humaine devrait être quand il faut gérer le comportement de l'enfant ; ou pour écrire les formules de maths pendant 4 h ».

Elle relève deux erreurs majeures à propos des DYS :

- il y a notamment « *une confusion majeure entre la difficulté scolaire et les troubles, en particulier pour la dyspraxie ou les DYS, avec l'idée selon laquelle les troubles DYS sont à la limite de la difficulté scolaire... Ne pas penser qu'il s'agit de handicap est une grave erreur* ».
- mais « *au sein de l'EN, on limite le handicap aux dossiers MDPH. C'est une erreur. L'adéquation handicap / MDPH n'est pas bonne. Il y a des enfants qui relèvent de la définition du handicap selon la définition de la loi et des définitions internationales et qui relèvent de PAP (c'est à dire de mesures d'accessibilité), plutôt que de mesures de compensations de la MDPH.* »

Cela lui semble très lourd de passer par la MDPH uniquement pour des mesures d'accessibilité pédagogique tels qu'un ordinateur (pour un fauteuil bien sûr, le passage devant la MDPH sera indispensable) : si la prescription est en direction de l'école, il faut plutôt passer par un PAP.

Un modèle à promouvoir à ses yeux est le fonctionnement dans le supérieur, pour lequel le passage devant la MDPH n'est pas indispensable pour la mise en place d'un accompagnement. Il y a un médecin qui se prononce sur le handicap, puis l'équipe du Relais handicap de l'université prend la suite pour mettre en place l'accompagnement. L'enseignant référent ERSEH pourrait jouer un rôle équivalent à celui du relais handicap à l'université : « *recueillir les besoins de handicap ; en fonction des besoins, diriger vers le relai handicap ; puis, jouer un rôle d'interface avec les enseignants (par exemple, pour adapter les sujets d'examen). Cela supposerait que les ERSEH aient le temps. Aujourd'hui, ils sont submergés par l'administratif...* ».

3. L'accélération des progrès technologiques offre de nouvelles réponses à la scolarisation inclusive mais appellera une organisation agile

3.1. Des ressources qui évoluent très vite

Le regard à poser sur le matériel pédagogique adapté ne peut manquer de tenir compte du saut technologique fait depuis la loi de 2005. À la suite du premier boom des « nouvelles technologies de l'information et de la communication » des années 1990, le numérique a fait des progrès essentiels et offre toute une gamme nouvelle de réponses aux besoins pour des apprentissages différenciés.

Le simple développement des ordinateurs portables et des tablettes tactiles suffirait à illustrer ce point. Mais l'accessibilité numérique inclut en outre un nombre croissant de logiciels spécifiques à même de répondre à des besoins d'élèves dans des situations de handicap variées (dyslexies, TSA, troubles visuels, troubles auditifs mais aussi handicaps physiques et maladies invalidantes). Cette innovation qui relève notamment d'éditeurs de matériels associe étroitement les acteurs du handicap et revêt différentes formes.

En Seine-Saint-Denis : du petit matériel pédagogique adapté, hors notification, pour répondre aux besoins des élèves à besoin pédagogique particulier et une organisation renouvelée

Une liste de petit matériel adapté (MPA hors notification MDPH) a été commandée par la DSDEN sur la base des préconisations d'un groupe de travail départemental réuni par l'EN en liaison avec deux EMA-sco du département :

Libellé articles

Atelier Maxiperles

Lot 3 Cibles 45CM + 9 Balles

Sablier Sensory Dual Liquide (lot de 3)

Sablier Sensory Spirale (lot de 3)

Mini Javelots mousse

2 assiettes Velcro + Balle

Balles Velcro pour cible

Boule scintillante

Lampe Fibre optique

Accessoires Expérience
Accessoires Expérience n°2
Pipettes pour liquide + Support
30 Articles Bac à sable
Panneau Mural Activités 14 poches
Lot 48 Perles Lalaboom + Acc
Sac 32 Perles Sensorielles XXL
Baril 60 Dinosaures

Le matériel (qui a été acquis conformément aux règles de l'achat public) sera mis à disposition sur demande des écoles après avis du Conseiller à la scolarisation pour les élèves à besoins éducatifs particuliers ou bien du Médiateur Prévention Violence pour les élèves à déficits comportementaux. Les Conseillers à la scolarisation pour les élèves à besoins éducatifs particuliers et les Médiateurs Prévention Violence ont été formés à l'utilisation de ce MPA.

Parallèlement, une organisation a été mise en place par le SDEI pour accélérer la mise à disposition du MPA et concrétiser l'élargissement de son spectre

Une application mise en place par la division des affaires générales et financières (DAGEFI) permet aux enseignants référents pour les élèves en situation de handicap (ERSEH) d'effectuer une demande en ligne de mise à disposition de MPA dès transmission de la notification par la famille (Portail mission MPA).

La liste du MPA ayant été arrêtée au niveau du SDEI, l'enseignant référent n'a plus qu'à cocher le type de matériel qui sera préparé par un assistant qui gère le matériel. Dès que le MPA sera disponible, la famille de l'élève sera conviée à la direction académique pour la remise en main propre du MPA et la signature de la convention (seuls les responsables légaux sont autorisés à retirer le MPA). Seule exception, les élèves déficients visuels qui verront leur matériel livré dans leur établissement

Le matériel est disponible en stock dans les locaux de la DSDEN. Il n'y a donc pas de problème pour la mise à disposition.

En Meurthe et Moselle : un Fablab pour développer de nouveaux outils (Association J.-B. Thierry⁸)

Lors d'un déplacement en Meurthe et Moselle, la mission a pu noter, à l'occasion de la visite de l'UEEA de l'école élémentaire Émile Zola à Laxou, en partenariat avec l'association J.-B. Thierry, à quel point ces dimensions d'observation pédagogique et de progrès technologique peuvent se rejoindre : dans cette unité, sont testés et utilisés des outils numériques résultant de travaux conjoints (École des Mines, université de Lorraine, associations du secteur médico-social etc.) et développés depuis 2019 au sein d'un fablab pour une meilleure inclusion. Ce sont également d'autres progrès, ceux de l'observation et de l'accompagnement quotidien aux capacités, qui ont permis le développement de petits matériels, non numériques, parmi lesquels des Time-Timer, casques anti-bruit, pinces ergonomiques, emoticartes etc.

3.2. Le potentiel de l'Intelligence artificielle est aussi à prendre en compte

Un livre blanc sur l'IA et l'inclusion

Début 2023, les acteurs de la filière, association Impact AI et ED Tech France (qui réunit notamment les éditeurs de solution), ont publié un livre blanc sur l'IA et l'inclusion afin de mettre en lumière les apports de maintenant et du futur pour faciliter les apprentissages des personnes en situation de handicap.

« L'IA va sans aucun doute accélérer et augmenter les capacités d'analyse et proposer aux élèves notamment dyslexiques des assistants de lecture performants permettant d'accompagner la compréhension et la prononciation des textes. »

Les auteurs du livre blanc relèvent la difficulté pour un formateur à individualiser son enseignement. Pour eux, l'IA pourrait être un formidable levier pour comprendre plus finement les difficultés des apprenants. Ils préconisent donc d'« *autonomiser et développer les apprentissages en mettant l'IA au service des enseignants pour faciliter l'apprentissage adaptatif, une évaluation et un accompagnement individualisé* ». Ainsi, ils

⁸ <http://www.jbthierry.asso.fr>

soulignent qu'il ne s'agit pas tellement de s'affranchir de l'accompagnement humain mais de l'outiller « pour qu'il puisse se concentrer sur l'essentiel qui ne peut être remplacé ». En effet, ils défendent la thèse selon laquelle « *le seul accompagnement humain pour répondre aux enjeux n'est pas réaliste pour des raisons de moyens et le développement des outils et de l'accès à ces outils n'est pas une option* ».

4. Identification des ressources : quelles ressources pour l'accessibilité numérique ?

4.1. Un important travail de recensement de ces ressources est fait par différents opérateurs / acteurs à différents niveaux

Au plan national, des ressources d'information sur les outils numériques au service de l'accessibilité sont disponibles.

- **Au sein de la plateforme « Cap école inclusive »⁹**

« Cap école inclusive » est une plateforme d'accompagnement, de ressources pédagogiques et d'appui à la formation pour les enseignants de tous les niveaux et de toutes les disciplines, ainsi que pour les accompagnants d'élèves en situation de handicap, afin de scolariser les élèves en situation de handicap dans les meilleures conditions. Le site propose des fiches d'adaptation. Chacune contient une explication détaillée du besoin identifié et des propositions pour une mise en œuvre concrète au sein de la classe. Les fiches d'adaptation ont été conçues sous l'égide du réseau Canopé avec des enseignants, cadres, chercheurs et spécialistes du monde médical. Elles ont été pensées pour les enseignants, afin de les accompagner dans l'adaptation de leurs pratiques pédagogiques. Les solutions numériques sont incluses dans l'ensemble des adaptations et compensations possibles.

À titre d'illustration, la fiche « Proposer des outils pour compenser l'écriture manuscrite non fonctionnelle »¹⁰ s'intéresse aux différents aménagements possibles pour limiter la quantité d'écriture manuscrite : l'objectif est de préserver les apprentissages et de permettre à l'élève de mobiliser ses compétences sans en être empêché par ses difficultés d'écriture. L'utilisation d'outils informatiques figure parmi d'autres aménagements proposés, tels que limiter la prise de notes, utiliser des étiquettes, permettre de dicter à l'adulte, accepter des réponses orales, ou proposer des consignes ne mobilisant pas l'écriture. Des liens vers différentes ressources numériques sont indiqués dont le site de l'Observatoire des ressources numériques adaptées (ORNA) de l'INSEI.

- **L'Observatoire des ressources numériques adaptées (ORNA) de l'INSEI (ex-INSHEA)¹¹**

L'Observatoire des ressources numériques adaptées (ORNA) a été créé en novembre 2007 par la direction du numérique pour l'éducation du ministère de l'éducation nationale qui en a confié la gestion à l'INSHEA (aujourd'hui INSEI). Il a pour mission de recenser, analyser et évaluer des ressources numériques utilisables par des professeurs, spécialisés ou non, confrontés à la scolarisation d'élèves en situation de handicap. Ces ressources peuvent être des logiciels, des applications tablettes, des matériels, des sites internet, des cédéroms, des DVD-Rom, des bibliothèques numériques. L'Observatoire a aussi pour mission de diffuser les résultats de ses observations.

Le référencement des ressources par l'ORNA est très complet, mais n'est pas forcément conçu pour être utilisé directement par les enseignants et n'est d'ailleurs pas souvent connu des enseignants. Si Cap école inclusive est référencée dès la page d'accueil du site Éduscol dédiée à l'école inclusive, ce n'est pas le cas du site de l'ORNA. On le trouve néanmoins référencé sur le portail Primabord¹² (Le portail du numérique pour le premier degré) parmi les ressources au niveau national dans la partie dédiée à l'inclusion. Il est référencé sur certains sites académiques et départementaux de l'éducation nationale, sans systématisme.

⁹ <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive>

¹⁰ <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive/amenager-et-adapter/fiche-adaptation/proposer-des-outils-pour-compenser-lecriture-manuscrite-non-fonctionnelle.html>

¹¹ <https://www.inshea.fr/fr/content/orna-observatoire-des-ressources-numeriques-adaptees>

¹² <https://primabord.eduscol.education.fr>

Les objectifs de l'ORNA ont été redéfinis récemment, avec la volonté de toucher un public plus généraliste. Les axes de l'Observatoire des ressources numériques adaptées s'orientent autour des objectifs suivants :

- insuffler et fédérer des communautés de pratiques autour de ressources numériques adaptées ;
- diffuser et mutualiser les usages des acteurs éducatifs.

L'ORNA a initié une plateforme collaborative qui peut être enrichie par des équipes enseignantes et/ou de formateurs, permettant la mise en place d'une communauté de pratiques. Une première expérimentation sur l'utilisation de la réalité virtuelle en lycée professionnel¹³ préfigure le modèle d'actions que pourrait porter l'ORNA. Dans la continuité de cette action, ils souhaitent proposer la création d'un Léa (« Lieux d'éducation associés ») en lien avec l'Institut français de l'éducation (IFÉ) afin de fédérer les réflexions des contributeurs au groupe de travail numérique adapté et enseignements professionnel et professionnalisant :

- une liste de diffusion a été créée, avec la volonté de diffuser plus largement les travaux menés ; il s'agit également de mettre en place et d'animer un réseau d'experts du numérique et du handicap (DANE, CTASH, IENASH, CPASH, CPNum, formateurs, enseignants, opérateurs du ministère...) ;
- parmi les actions prioritaires, l'ORNA travaille à la production et lancement d'un Mooc¹⁴ – formation en ligne – à destination des enseignants : cela s'inscrit dans l'objectif de fournir aux professeurs une offre claire mêlant outils et ressources numériques pour mettre davantage le numérique au service de la réussite des élèves et encourager leur usage en proposant davantage de formations et d'accompagnement, afin que les enseignants puissent s'en saisir facilement et de manière la plus pertinente possible.

Au niveau départemental et académique, certains sites proposent un recensement riche et détaillé de ressources dédiées à l'accessibilité numérique. L'accessibilité numérique étant à l'interface entre deux « dossiers transversaux » de l'éducation nationale, elle nécessite un travail collaboratif entre les équipes en charge du numérique éducatif et les équipes en charge de l'école inclusive : par exemple, une collaboration entre la DANE et le conseiller technique ASH de l'académie de Nancy-Metz a permis de mettre en place un groupe de travail académique « Numérique et besoins particuliers » sur l'étude et la valorisation de ressources dédiées.

Selon les académies, le sujet est plus ou moins porté et apparent sur les sites des DANE / DRANE, ainsi que les sites départementaux dédiés à l'école inclusive.

¹³ <https://padlet.com/INSHEA/ressources-num-riques-adapt-es-et-enseignement-professionnel/mwusjo85xykqba4y/wish/2399933197>

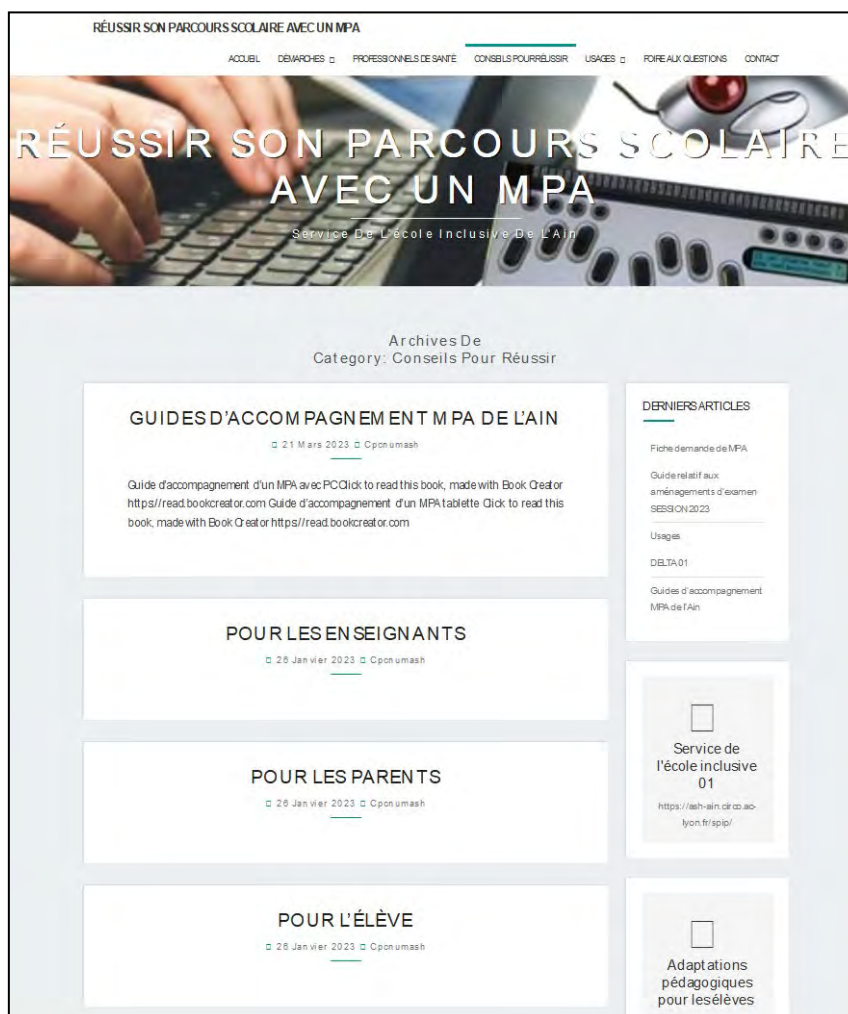
¹⁴ *Massive Open Online Course.*

Dossier académique « Numérique et besoins particuliers »

Afin d'étudier et de valoriser l'intérêt et les usages du numérique pour les élèves à besoins éducatifs particuliers dans le principe de l'école inclusive, la DAN de Nancy-Metz, en lien avec le Conseiller Technique A.S.H. auprès de M. le recteur, missionne un enseignant chef de projet « Numérique et besoins particuliers », en tant que coordonnateur du dossier et pilote du groupe académique de travail et de production.



¹⁵ <https://dane.ac-nancy-metz.fr/numerique-ecole-inclusive/>



Ce site a pour objectif d'accompagner la mise à disposition d'un matériel pédagogique adapté et de favoriser son intégration en classe. Il s'adresse donc aussi bien aux parents, aux élèves, aux AESH qu'aux enseignants du département, ainsi qu'aux professionnels de santé. Il propose dans différents onglets un ensemble de documents administratifs, de ressources possibles et de guides d'accompagnement.

En synthèse, il peut être noté :

- un important de travail de recensement de ces ressources par différents opérateurs/acteurs ;
- une certaine dispersion voire redondance du travail. **Cf. la recommandation de la mission : il faudrait pouvoir décider d'un centre unique de référencement des ressources (mutualisation des ressources préexistantes), proposant des solutions sur étagère et des logiciels validés par l'éducation nationale ;**
- à l'instar des ressources disponibles sur Eduscol, multitudes de ressources pas ou peu connues des enseignants : **il y a un véritable enjeu de diffusion et d'appropriation de ces ressources par les équipes enseignantes.**

¹⁶ <https://mpa-ash01.blog.ac-lyon.fr>

4.2. Le soutien à la recherche, au développement et au déploiement de ressources numériques offre de nombreuses possibilités

De nombreux financements sont possibles : le plus souvent, des porteurs de projets (souvent des *edtech*, des associations ou des fondations) répondent à des appels d'offres.

- **Le dispositif Edu-up**

Porté par la DNE, le soutien financier (jusqu'à 70 000 €) cible le développement de projets. Ce dispositif n'est pas spécifiquement dédié à des ressources spécialisées, mais les ressources proposées doivent être conçues de manière à être accessibles (cela fait partie des critères d'éligibilité).

Le numérique au service de l'accessibilité des ressources pédagogiques, présente un double enjeu : ces ressources numériques doivent être conçues pour être accessibles au plus grand nombre et ces ressources sont en elles-mêmes des outils d'adaptation, d'accessibilité ou de compensation des enseignements. Un chargé de mission a été désigné comme expert de l'école inclusive au sein de la DNE.

Une quarantaine de projets ont été soutenus par Edu-up depuis 2017, dont la moitié des projets sont des ressources pour l'école inclusive. Parmi les projets soutenus, on peut citer, Cantoo scribe¹⁷ : il s'agit d'un logiciel adapté pour les élèves en situation de handicap, notamment les élèves dys, qui leur permet de travailler sur l'ordinateur, en gérant facilement leur prise de notes, leurs exercices et leur organisation à l'école comme à la maison. Un autre projet soutenu est l'application mobile gratuite Ben le Koala. Imaginé avec le Centre ressources autisme du Nord-Pas-de-Calais pour un usage en UEMA et développé par l'association Signe de sens¹⁸, c'est un petit personnage animé qui apprend les gestes du quotidien aux enfants de 2 à 6 ans, avec et sans handicap.

- **Un exemple d'expérimentation ayant conduit à un déploiement sur le territoire national piloté par ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse : le programme TED-i, des robots de télé-présence destinés aux élèves hospitalisés¹⁹**

En novembre 2020, les trois académies de la région académique Nouvelle-Aquitaine (académies de Bordeaux, Limoges et Poitiers) ainsi que l'académie de Nantes ont bénéficié d'une livraison anticipée de systèmes de télé-présence robotisés et ont participé à la formalisation des outils. Cette première phase pilote a permis d'une part de structurer et suivre les états du déploiement des systèmes robotisés et d'autre part de proposer une organisation entre les différents acteurs du programme. À l'issue de cette première phase en février 2021, le programme TED-i a été déployé sur le territoire national jusqu'à fin 2022, avec au total 4 000 systèmes de télé-présence robotisés. Ce projet d'envergure, inédit à l'échelle mondiale, bénéficie d'une évaluation par la recherche dans le cadre du projet TELESCOL²⁰. Ce projet de recherche piloté par Laurent Gallon, chercheur à l'Université Pau-Pays de l'Adour, rassemble un consortium pluridisciplinaire de spécialistes.

- **Les appels à projets et à manifestation d'intérêt du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI)**

Dans le cadre de la stratégie d'accélération « enseignement et numérique » et les programmes d'investissements d'avenir (PIA) et de France 2030, le secrétariat général pour l'investissement (SGPI), le MENJ et le MESR soutiennent le développement de projets qui peuvent favoriser l'accessibilité numérique et plus généralement l'accessibilité des enseignements, via l'innovation pédagogique.

S'il n'y a pas de financement spécifiquement fléché vers l'école inclusive, certains lauréats des différents appels à projets concernent explicitement l'école inclusive ; l'école inclusive et l'accessibilité font également partie des différents points d'attention ou critères d'attribution de ces financements.

¹⁷ <https://www.cantoo.fr/>

¹⁸ www.signesdesens.org/

¹⁹ <https://www.education.gouv.fr/ted-i-des-robots-de-tele-presence-destines-aux-eleves-hospitalises-326458>

²⁰ Carine Gantheil, Laurent Gallon. Caractérisation d'usages de robots de téléprésence en milieu scolaire. EIAH 2023 - Atelier Éducation 4.0 : caractérisation des facteurs humains dans les parcours pédagogiques, IMT Atlantique, Jun 2023, Brest, France. hal-04140010 (<https://univ-pau.hal.science/hal-04140010/>)

Parmi les différents appels à projets ou actions pouvant bénéficier à l'accessibilité de l'école : les territoires numériques éducatifs, les projets E-Fran, et les pôles pilotes de formation des enseignants et de recherche pour l'éducation ou encore l'appel à projet « Innover dans la forme scolaire » :

- **les « territoires numériques éducatifs » (TNE)** déployés dans les écoles et collèges : après deux premières expérimentations (Aisne et Val-d'Oise, lancées en 2020), 10 nouveaux départements sont rentrés dans l'expérimentation TNE en 2022 (Bouches-du-Rhône, Cher, Corse-du-Sud, Doubs, Finistère, Hérault, Isère, Vienne, Vosges, Guadeloupe).

Pour les départements impliqués, devenir « Territoires numériques éducatifs » (TNE) permet la mise à disposition d'équipements numériques et de leur accompagnement, de formations adaptées aux besoins locaux et de ressources pédagogiques et numériques, en associant des *edtechs*. Cette impulsion doit permettre des effets sur les pratiques pédagogiques et les apprentissages des élèves. Un des intérêts de l'action TNE est qu'elle associe les parents d'élèves et les collectivités territoriales. Ces dernières participent à la gouvernance des projets. Dans le cadre des TNE, un marché public de 25 M€ pour la constitution d'un bouquet de ressources numériques éducatives, a été lancé par Réseau Canopé, et financé par France 2030. 69 solutions *edtech* ont été retenues et sont actuellement mises gratuitement à disposition des enseignants et de leurs classes dans les douze TNE. Une formation à l'utilisation de ces ressources, sera assurée par le Réseau Canopé. Les ressources sont regroupées en dix lots dont un concernant le thème : « école inclusive et numérique (premier et second degré) »²¹.

- **L'action « Territoires d'innovation pédagogique »** intégrée au Programme d'investissements d'avenir (PIA) et au plan France relance, géré pour le compte de l'État par la Banque des territoires. Dans le cadre de cette action, l'appel à projets « Pôles pilotes de formation des enseignants et de recherche pour l'éducation » a pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité du système éducatif en concevant, en expérimentant et en déployant de nouvelles approches pédagogiques.

Ainsi, le projet « 100 % Inclusion, un Défi, un Territoire²² » (100 % IDT) est un des trois projets lauréats de l'AAP en 2020 (dans le cadre du Programme d'investissements d'avenir PIA 3). Porté par l'Université de Picardie Jules Verne, par les INSPÉ de l'académie de Lille, Caen et Rouen, en partenariat avec le Réseau Canopé et l'association SynLab, ce projet vise à créer un pôle structurant multidisciplinaire, permettant le décloisonnement des territoires éducatifs des régions académiques Hauts-de France et Normandie, afin d'œuvrer collectivement pour l'inclusion de tous. Ce pôle pilote est doté d'un budget de 7,5 M€ et a pour objectif à l'horizon 2030 de mettre en place une école inclusive par le **biais de formations adaptées** à tous les élèves. Par exemple, ce projet prévoit la mise en œuvre d'un diplôme interuniversitaire (DIU) à destination des AESH référents.

- Le **déploiement des projets E-Fran**²³ : lancé en 2015 dans le cadre de la mission interministérielle sur le numérique éducatif et financé dans le cadre du Programme d'investissements d'avenir (PIA2), les appels à projets e-FRAN (espaces de formation, de recherche et d'animation numériques) ont pour objectif de favoriser les partenariats entre l'éducation, la recherche et l'industrie, avec le soutien de l'autorité académique, pour le développement de territoires éducatifs d'innovation numérique.

Inscrit dans le cadre du PIA 2, les deux premières vagues d'appel à projets en 2016 ont retenu 22 projets, pour un budget global de 20 M€. En 2021, les projets sont arrivés à leur terme. Après une **évaluation spécifique** menée par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRES), il a été proposé aux « 16 projets les plus prometteurs » de se déployer dans le cadre du plan France 2030. Dans ce but, En 2022, un nouvel appel à projet, opéré cette fois par l'Agence Nationale pour la Recherche (ANR), leur a été soumis et 9 projets ont été retenus, pour un budget de 10 M€ dans le cadre de France 2030. Cela doit permettre « *la consolidation, l'approfondissement ou l'essaimage des projets de la première phase d'e-Fran* », en prenant en compte les recommandations du rapport d'évaluation du HCÉRES. Ces projets seront déployés dans une quinzaine d'académies. Un processus de validation scientifique des résultats est prévu afin de permettre, en cas de succès, le déploiement national des initiatives à l'issue du

²¹ Ce lot comporte quatre ressources : Inclusiv'(Tralalère) ; Tactimalin (MFB) ; Preschool & School (LearnEnjoy) ; Kardi (Dystri)

²² <https://www.inspe-lille-hdf.fr/recherche/pia-100-inclusion-un-defi-un-territoire>

²³ <https://www.education.gouv.fr/e-fran-des-territoires-educatifs-d-innovation-numerique-326083>

et <https://e-fran.education.gouv.fr>

programme, en 2025. Il est intéressant de **noter le recours à l'ANR et au HCÉRES qui contribue à renforcer la dimension « recherche »** de ces projets.

Parmi les projets e-Fran, certains sont dédiés à l'école inclusive, tel que par exemple, le projet **GraphoGameAdapt**, qui a pour but d'apporter une aide personnalisée aux élèves dyslexiques : *« GraphoGameAdapt est une application d'aide à l'apprentissage de la lecture, qui propose une aide personnalisée aux enfants dyslexiques selon leur profil cognitif »* a présenté Johannes Ziegler, directeur de recherche au CNRS – Aix-Marseille Université. La version actuelle a trouvé ses *« limites »*, communiquées par le HCERES et les enseignants : des améliorations ont donc été proposées pour créer une *« version salle de classe »*, afin de mieux *« impliquer l'enseignant, en créant une interface pour ce dernier, qui lui permet de prendre en compte la progression des élèves, de créer des groupes à besoins similaires, et de permettre la différenciation »*. *« On arrive, avec cet outil, à ramener les enfants dyslexiques dans la norme de leur âge »*, a précisé Johannes Ziegler²⁴

- **L'appel à manifestation d'intérêt « Innovation dans la forme scolaire »** : cet AMI a pour ambition de favoriser la transformation de l'enseignement scolaire en finançant des expérimentations permettant de faire évoluer les pratiques et les modes d'organisation. Il vise à soutenir la conception et l'expérimentation de nouvelles formes scolaires qui facilitent les coopérations et les apprentissages des élèves pour réduire les inégalités sociales, mieux répondre aux besoins des élèves et aux enjeux de la société.

Cet AMI, financé par le SGPI dans le cadre du PIA 4 de France 2030, est opéré par la Banque des territoires pour le compte de l'État ; il est doté d'une enveloppe globale de 250 M€. Les 18 projets sélectionnés (7 lauréats en 2022 et 11 en 2023) bénéficieront d'une subvention à hauteur de 2 M€ minimum sur 5 ans et s'articulent autour d'au moins l'un des trois axes stratégiques suivants :

1. Proposer des modalités d'organisation scolaire qui garantissent de meilleurs apprentissages ;
2. Accompagner le parcours de l'élève et le développement des compétences du XXI^e siècle ;
3. Développer de nouvelles formes de collaboration entre les acteurs de la communauté éducative.

Les projets lauréats ont été sélectionnés sur leur capacité à allier innovation et mobilisation de la communauté éducative pour répondre à des enjeux sociétaux avec le souci de l'égalité des chances. En effet, ils sont en général portés conjointement par les différents acteurs du territoire. Une des caractéristiques est également la place faite à la recherche pour l'élaboration du diagnostic, la conception d'outils et l'évaluation des résultats.

Parmi les projets lauréats, l'éducation au et par le numérique au service de la réduction des inégalités tient une bonne place : là encore, la question de l'apport des technologies numériques à la transformation inclusive du système éducatif n'est pas abordée de manière spécifique, mais les actions mises en place dans le cadre de ces projets pourront participer à rendre l'école plus inclusive.

Un des projets retenus, « Guyane connectée » (qui sera également déployé dans le cadre d'un autre AMI « Compétences et métiers d'avenir »), est porté par le rectorat de Guyane et a pour ambition de réduire l'échec scolaire et de faciliter l'accès aux enseignements pour les élèves des communautés isolées, notamment amérindiennes, grâce à un dispositif pédagogique innovant et des liaisons par satellite. En partenariat avec le CNES, il s'agit d'utiliser la technologie du satellite pour déployer des enseignements à distance synchrones de haute qualité et ainsi apporter le collège dans tous les écarts²⁵. Le projet est de créer une classe de 6^e, avec huit élèves présents physiquement dans une salle du collège, avec un professeur en présentiel. Puis grâce à une technologie dédiée, huit élèves présents physiquement dans trois autres écarts assisteront au même cours à distance. Dans chaque écart, un accompagnateur pédagogique issu du village est présent. Au total, une trentaine d'élèves assistent au cours avec le professeur en présentiel dans le collège et les trois accompagnateurs dans les écarts, chaque matin. Cela suppose notamment de déployer une ingénierie pédagogique adaptée à cette modalité et son évaluation, qui bénéficiera pour cela de l'appui de

²⁴ Dépêche AEF info enseignement / recherche - enseignement scolaire n° 688945 Par Élise Le Berre - Publiée le 15 mars 2023

²⁵ « On appelle "écart" les lieux d'habitation situés à distance d'un bourg sans réseau de télécommunication, sans infrastructure routière, où la distinction entre domaines privé et public n'existe pas. » cf. La santé en outre-mer Adap n° 91

chercheurs des INSPÉ d'Aix-Marseille Université et de Guyane. Cela nécessite également la présence d'accompagnateurs pédagogiques locaux, issus du village, qui seront les seuls adultes présents en temps continu dans la classe, ainsi que d'un technicien de maintenance.

Lors de l'entretien de la mission avec le recteur, il a évoqué sa volonté d'un pilotage coordonné des actions ; si le dispositif a été conçu pour rendre le collège accessible aux élèves des écarts chaque matinée, l'après-midi, sur place, il y a la possibilité d'investir les locaux pour répondre à d'autres besoins : un accompagnement sur ce qui a été travaillé le matin est prévu. Il est également envisagé de faire rentrer les familles dans la classe, d'organiser des activités périscolaires et extrascolaires. **Ces équipements pourraient tout à fait être mis à profit pour répondre aux difficultés de ces territoires isolés concernant l'accès aux soins, aux diagnostics et aux prises en charge par des professionnels médico-sociaux, en permettant des téléconsultations à distance.**

Le budget pour équiper tous les écarts de Guyane est de 18 M€ dont la moitié sera apportée par le SGPI et l'autre moitié par le rectorat et les collectivités territoriales (coût de l'équipement de la salle en numérique : 40 000 €, plus sa construction ; avec un tarif de 28 000 € le m², le coût d'une salle de 40 à 60 m² revient à environ 200 000 €.)

Remarque : Les projets lauréats s'inscrivent dans une perspective plus large que celle du seul sujet de l'apport des technologies numériques : d'autres types d'actions en faveur de la réponse aux besoins des élèves, dont les ESH, peuvent être également portés au sein de ces projets. Par exemple, une des actions particulières du projet lauréat « **Réinventer la forme scolaire au service de la réussite de tous les enfants de Roubaix** », a prévu une action « **Intervenants médico-sociaux au sein des écoles publiques** » : il s'agit de permettre à des professionnels médico-sociaux d'intervenir dans l'école auprès des enfants à besoins spécifiques en envisageant un plan d'actions (selon les besoins, interventions d'un éducateur spécialisé, ou d'orthophonistes, d'orthopédagogue, de psychologues, prise en charge des enfants présentant des problèmes de comportement, faciliter les diagnostics et les bilans etc.) (montant annuel prévu maximum de 180 000 € pendant 5 ans).

- **Des appels à projets de la Caisse des dépôts**

Deux autres appels à projets d'envergure plus modeste sont portés par la Caisse des dépôts existant pour financer des projets favorisant l'inclusion scolaire grâce au numérique :

- un premier appel à projets « **handicap et éducation** » (Envi), organisé par la direction des politiques sociales (DPS) de la Caisse des dépôts a eu lieu en 2021 avec pour objectif de favoriser l'émergence de solutions sur deux enjeux majeurs de l'école inclusive :
 - simplifier la vie des élèves en situation de handicap et de leurs proches aidants,
 - favoriser la sensibilisation au handicap des autres élèves et du personnel éducatif et scolaire par l'expérience numérique.

Un soutien financier total de 396 000 € de budget a été alloué aux six lauréats²⁶. Par exemple, le projet « Entendons-nous bien », porté par l'association Adèle de Glaubitz soutenu à hauteur de 80 K€ a pour objectif d'aider l'association à développer un prototype de *serious game* sous formes d'énigmes à résoudre sur une plateforme digitale pour sensibiliser sur le handicap. Durant la résolution des énigmes, les utilisateurs expérimentent des obstacles liés à la malentendance et la surdité.

- Un appel à projets « **Numérique inclusif, Numérique éducatif** » de la Banque des territoires, qui s'inscrit dans le cadre du Plan de relance : il y a eu deux vagues d'appel à projets en 2021 et 2022 ; 80 projets ont été sélectionnés qui maillent l'ensemble du territoire avec l'objectif de réduire les inégalités scolaires et éducatives, en développant des projets d'éducation au et par le numérique à forte dimension inclusive.

Des financements entre 50 000 € pour des projets à l'échelle territoriale d'un à trois départements (65 projets) et 100 000 € l'échelle nationale, au moins sur 2 à 3 régions (15 projets). Par exemple, un projet « Ulis Bot en V.O »²⁷ porté par le département du Val-d'Oise a pour objectif de **mettre en place, en salle de**

²⁶ Signes de sens, Le Cartable Fantastique, Adèle de Glaubitz, Cantoo, The Seed Crew et le Réseau National Musique et Handicap.

²⁷ <https://www.moncollege.valdoise.fr/l-b-ulis/blog.do>

regroupement spécialisé des dispositifs Ulis du département, des ateliers d'initiation au codage et à la robotique dans la perspective de permettre, à termes, aux élèves bénéficiant de ces dispositifs de participer au challenge robotique départemental.

- **Les financements de projets de recherche par l'ANR**

Certains projets de recherche peuvent bénéficier de financement de l'ANR, mais ils sont rares : par exemple, le projet MALIN (Manuels scolaires inclusifs) pour l'automatisation de l'accessibilité des manuels scolaires – montant : 443 573 € ; partenaires : Unité évolution et ingénierie de systèmes dynamiques (SEED) INSERM / université Paris Cité ; laboratoire mathématiques et informatique pour la complexité et les systèmes (MICS) de CentraleSupélec / université Paris-Saclay ; Laboratoire interdisciplinaire des sciences du numérique (LISN), CNRS / INRIA / université Paris-Saclay ; Centre d'études et de recherche en informatique et communication (CEDRIC) du CNAM, Cartable fantastique – ou encore le projet SignToKids pour le développement d'outils numériques et pédagogiques pour l'apprentissage coordonné de la LSF et du français à destination des enfants sourds – montant : 587 870 € ; partenaires : Institut de recherche en informatique et systèmes aléatoires (IRISA) de l'université Bretagne-Sud, le laboratoire modèles, dynamiques, corpus, (MoDyCo) CNRS-université Paris 10-Nanterre et l'Institut national de jeunes sourds de Paris.

En synthèse, il peut être noté que ces dernières années, comme cela est mentionné dans les annexes au PLF 2023 du P. 230, les possibilités se sont multipliées pour soutenir le « *développement de nombreuses ressources numériques adaptées, accessibles aux élèves à besoins spécifiques et couvrant les divers champs du handicap, notamment dans le cadre du programme investissements d'avenir (PIA)* ».

Un effort important de coordination des différents acteurs – éducation nationale, collectivités territoriales, enseignement supérieur et recherche, edtechs – est observé. La place faite à la recherche pour l'élaboration du diagnostic, la conception d'outils et l'évaluation des résultats est également intéressante dans une perspective de déploiement à grande échelle de solutions efficaces.

Certaines réserves sont toutefois émises par Caroline Huron :

- concernant le financement de la recherche, les AAP dans le cadre des PIA ne portent pas spécifiquement sur l'école inclusive, ce qui limite les possibilités de travaux de recherche dédiés ;
- une autre conséquence des AAP est une possible dispersion des moyens et une perte d'efficacité en termes de stratégie et de lisibilité pour les acteurs de terrain : certains besoins peuvent être couverts par de multiples ressources et à l'inverse certains besoins importants (mais qui par exemple ne seraient que peu rentables) peuvent ne pas être couverts. Par exemple : un besoin simple mais important et qui n'est pas couvert serait le développement d'applications logicielles de type « reader » qui permettent d'adapter des textes linéaires simples (typiquement des romans) pour les rendre accessibles. Cela n'étant pas rentable pour les entreprises de nouvelle technologie, ce type d'application n'est pas développé, alors que c'est techniquement relativement simple²⁸.

Le service public du numérique éducatif ne s'est pas encore pleinement structuré : la transformation inclusive du système éducatif pourrait utilement bénéficier de l'élaboration d'une stratégie globale de l'apport du numérique éducatif.

²⁸ Partant de ce constat, le GT4 « handicap et scolarité inclusive » du CSEN piloté par Caroline Huron consacre actuellement ces travaux au développement d'une application logicielle de type « reader » pour adapter des textes linéaires simples. « *Il s'agit d'identifier les fonctionnalités qui répondent aux différents besoins des élèves en situation de handicap d'une part et sont adaptées aux situations pédagogiques, d'autre part. L'objectif est de proposer une procédure permettant l'implication de l'Éducation Nationale dans le développement de ces ressources via la rédaction d'expressions de besoins dans un premier temps et idéalement un développement informatique sous licence libre permettant à terme la réutilisation des fonctionnalités par l'ensemble de la communauté EdTech.* »

Les dispositifs de coopération entre le secteur médico-social et les écoles et établissements scolaires

SOMMAIRE

1. Des partenariats foisonnants entre médico-social et éducation nationale pour l'accompagnement des élèves en situation de handicap ou l'appui aux professionnels	1
1.1. Le cadre juridique de la coopération	1
1.2. Les rapprochements entre médico-social et éducation nationale (MS / EN) pour l'accompagnement d'enfants ou de jeunes en situation de handicap	2
1.3. L'intervention individuelle de libéraux ou de SESSAD à l'école : une modalité d'intervention fréquente, avec une coopération inégale entre professionnels scolaires et médico-sociaux.....	3
1.3.1. <i>Les unités externalisées : une implantation du médico-social dans l'établissement scolaire, plus ou moins inclusive</i>	<i>4</i>
1.3.2. <i>La transformation du secteur médico-social : vers une augmentation de l'intervention de professionnels médico-sociaux dans les établissements scolaires</i>	<i>14</i>
1.3.3. <i>Des modalités d'intervention, plus intégrées et préventives, en cours d'expérimentation.....</i>	<i>24</i>
1.4. Un appui-ressource du secteur médicosocial à la communauté éducative globalement plébiscité, malgré une certaine confusion entre les dispositifs	37
1.4.1. <i>Les équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMASco) : une expertise médico-sociale pour conseiller et outiller la communauté éducative pour la scolarisation des ESH</i>	<i>38</i>
1.4.2. <i>Un risque de confusion entre EMASco, PIAL renforcé et appui-ressource des ESMS ou des plateformes</i>	<i>45</i>
2. Apports, limites et leviers des rapprochements entre le secteur médico-social et l'éducation nationale	49
2.1. Les apports du rapprochement entre les professionnels du médico-social et ceux de l'éducation nationale.....	49
2.1.1. <i>Les apports selon les élèves et leurs familles</i>	<i>49</i>
2.1.2. <i>Les apports selon les enseignants et la communauté éducative dans son ensemble</i>	<i>50</i>
2.1.3. <i>Les apports selon les professionnels du médico-social.....</i>	<i>53</i>
2.2. Les difficultés à surmonter	53
2.2.1. <i>Des partenariats qui demeurent « personne-dépendants », et ce de manière encore plus marquée dans le secondaire.....</i>	<i>53</i>
2.2.2. <i>Des différences de culture professionnelle qui peuvent rendre plus complexes les partenariats... ..</i>	<i>56</i>
2.2.3. <i>Une réponse médico-sociale qui ne peut être assurée pour tous les enfants et jeunes, ce qui génère des tensions au sein des écoles, voire des déscolarisations</i>	<i>58</i>
2.3. Les leviers	61
2.3.1. <i>De bonnes pratiques de concertations entre professionnels</i>	<i>61</i>
2.3.2. <i>Une territorialisation commune entre éducation nationale et médico-social</i>	<i>63</i>

2.3.3.	<i>Des pratiques coopératives institutionnelles entre MDPH et éducation nationale pour améliorer la qualité de l'évaluation et de l'orientation</i>	64
3.	Tableau synoptique des rapprochements entre éducation nationale et médico-social	65
4.	Appendice : caractéristiques des établissements médico-sociaux accompagnant des enfants et des adolescents	68
4.1.	Les IME, IMP, IMPro	68
4.2.	Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	68
4.3.	Les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP).....	69
4.4.	Les établissements pour déficients moteurs : les IEM.....	69
4.5.	Les établissements pour jeunes déficients sensoriels : instituts nationaux de jeunes sourds (INJS), Institut national des jeunes aveugles INJA.....	70
4.6.	Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	70

1. Des partenariats foisonnants entre médico-social et éducation nationale pour l'accompagnement des élèves en situation de handicap ou l'appui aux professionnels

Après un rappel du cadre juridique en vigueur, cette première partie présente une typologie des différents partenariats entre le secteur médico-social et l'éducation nationale.

Deux précisions méthodologiques importantes doivent être rappelées au préalable.

En premier lieu, le choix méthodologique a été retenu de distinguer d'une part les partenariats en matière d'accompagnement médico-social auprès des enfants ou des jeunes et d'autre part les partenariats ayant pour objectif principal l'appui aux professionnels. Comme toute classification, celle-ci comporte des limites, et dans les faits, la frontière entre les deux types d'accompagnement n'est pas absolue. Ainsi, lorsqu'un professionnel intervient auprès d'un enfant dans les murs de l'école, il peut transmettre son expérience auprès de professionnels de l'école ; à l'inverse, les interventions de professionnels en appui de la communauté éducative sont souvent liées à une situation individuelle qui met en difficulté l'équipe éducative, et l'appui peut conduire à des préconisations en matière d'accompagnement individuel.

En second lieu, ce sont les coopérations institutionnalisées entre éducation nationale et médico-social qui sont ici examinées. Les dispositifs spécialisés gérés par l'éducation nationale (dispositifs dédiés au handicap, comme les ULIS et les PEJS, ou dispositifs adaptés, EREA et SEGPA) n'ont pas été inclus dans cette typologie. En effet, leur mise en œuvre ne repose pas sur le principe d'une coopération avec les professionnels médico-sociaux (même si l'intervention de SESSAD pour accompagner des enfants scolarisés en ULIS est relativement commune). Plusieurs dispositifs innovants de coopération qui s'inscrivent dans le cadre de dispositifs spécialisés de l'éducation nationale sont toutefois présentés en partie 1.1.4 de cette annexe. Par ailleurs, les ULIS et les PEJS sont présentés dans l'annexe 6 consacrée aux ressources de l'éducation nationale pour soutenir l'école inclusive.

Pour les lecteurs peu familiers du secteur médico-social, une présentation des différents établissements et services médico-sociaux est proposée en appendice, à la fin de l'annexe.

1.1. Le cadre juridique de la coopération

La loi reconnaît à tous les enfants et les jeunes un triple droit (articles L. 112-1 et L. 112-2 du code de l'éducation) :

- le droit à une formation scolaire, professionnelle ou supérieure, avec une obligation pour l'État de mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes en situation de handicap ;
- l'inscription dans l'école la plus proche du domicile, qui constitue l'établissement de référence ;
- l'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS), en fonction de l'évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire, permettant d'adapter le parcours de formation des enfants et des jeunes en fonction de sa situation.

Pour garantir et mettre en œuvre ce droit, les textes d'application de la loi du 11 février 2005 ont créé des unités d'enseignement (UE) dans les structures spécialisées du MS où sont accueillis ces enfants. Ces unités regroupent des enseignants dont la mission est, avant tout, d'organiser, de mettre en place, d'accompagner et de réguler le parcours de formation de chaque élève à partir du cahier des charges que constitue le PPS formulé par la MDPH.

Le décret du 2 avril 2009¹, relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-

¹ Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

sociaux et l'arrêté du 2 avril 2009² précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé ont permis l'établissement d'un cadre juridique de coopération stable entre les ESMS et l'éducation nationale.

Depuis 2009, la dynamique d'externalisation des unités d'enseignement (UE) localisées dans des ESMS vers des écoles ordinaires s'inscrit dans une logique de progrès de l'école inclusive marquée par :

- une définition législative du handicap, inscrite dans la loi du 11 février 2005, « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement...* » – art L. 114 du code de l'action sociale et des familles – constitue dès lors le fondement même du principe de l'inclusion à comprendre comme l'affirmation des droits de toute personne à accéder aux diverses institutions communes et destinées à tous, quelles que soient leurs éventuelles particularités³ ;
- l'entrée du principe d'inclusion scolaire pour la première fois dans la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013⁴ ;
- les mesures annoncées concernant cette externalisation lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 11 décembre 2014⁵, réaffirmées à l'occasion de la CNH du 19 mai 2016 ;
- la loi sur la modernisation du système de santé du 26 janvier 2016⁶, en particulier ses articles 89 et 91, qui instituent le plan d'accompagnement global⁷ et le fonctionnement en dispositif intégré des établissements médico-sociaux⁸ :

Dans le même temps, les dispositifs propres à l'éducation nationale dédiés à la scolarisation des élèves en situation de handicap ont évolué : les classes pour l'inclusion scolaire (CLIS) instituées en 2009⁹ se sont transformées en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) en 2016, à tous les niveaux de scolarisation (école, collège, lycée)¹⁰.

1.2. Les rapprochements entre médico-social et éducation nationale (MS / EN) pour l'accompagnement d'enfants ou de jeunes en situation de handicap

Les enfants ou de jeunes en situation de handicap sont accompagnés par des professionnels médico-sociaux dans les écoles ou établissements scolaires selon plusieurs modalités. La modalité la plus fréquente est l'intervention d'un professionnel libéral ou de SESSAD dans un établissement (1.2.1), tandis que

² Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation.

³ La loi prévoit que « toute personne handicapée a droit à la solidarité nationale (...) qui lui garantit l'accès aux droits fondamentaux ».

⁴ Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

⁵ Annonce par le Président de la République de l'externalisation de 100 unités d'enseignement supplémentaires à la rentrée 2015.

⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁷ Art 89 de la loi du 11 février 2005 (article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles) : « *Le plan d'accompagnement global, établi avec l'accord de la personne handicapée ou de ses parents lorsqu'elle est mineure ou de son représentant légal, sans préjudice des voies de recours dont elle dispose, identifie nominativement les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs prévus à l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte, et précise la nature et la fréquence de l'ensemble des interventions requises dans un objectif d'inclusion : éducatives et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Il comporte l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle. Il désigne parmi ces derniers un coordonnateur de parcours.* »

⁸ Art 91 de la loi du 11 février 2005 (art. L. 312-7-1 du CASF). « *Les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.* »

« *Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article, destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1.* » ; « *Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, après délibération de sa commission exécutive, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés.* »

⁹ Circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009.

¹⁰ Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016.

l'implantation d'unités externalisées d'ESMS au sein des écoles ou établissements scolaires progresse (1.2.2). La transformation en cours du secteur médico-social donne lieu à des interventions de professionnels médico-sociaux plus fréquentes au sein des murs de l'éducation nationale, à la faveur de transformations des établissements en dispositifs ou plateformes ou avec les pôles de compétences et de prestations externalisées (1.2.3). Enfin, des modalités d'interventions plus inclusives et plus préventives sont actuellement expérimentées, notamment à travers le développement des dispositifs d'autorégulation ou l'expérimentation d'ULIS renforcée (1.2.4).

1.3. L'intervention individuelle de libéraux ou de SESSAD à l'école : une modalité d'intervention fréquente, avec une coopération inégale entre professionnels scolaires et médico-sociaux

Les SESSAD sont des services médico-sociaux constitués d'équipes pluridisciplinaires qui visent à apporter un soutien spécialisé aux enfants et jeunes en situation de handicap (et à leur famille), dans leur milieu ordinaire. À ce titre, ils peuvent intervenir dans les locaux des écoles (sous réserve d'un conventionnement avec le directeur d'établissement pour le second degré et l'inspecteur d'académie pour le premier).

En 2021, on dénombrait 56 500 places de SESSAD, l'offre d'accompagnement ayant connu une croissance importante depuis dix ans (+ 34 %), en cohérence avec la priorité accordée à l'inclusion en milieu ordinaire. D'après la DREES, ce sont ainsi 70 % d'enfants et adolescents supplémentaires qui sont accompagnés par des SESSAD entre 2006 et 2018. *« Cette croissance est largement supérieure à celle concernant l'accompagnement des enfants handicapés en établissement (+ 3 %). La hausse du nombre d'enfants et d'adolescents en situation de handicap accompagnés par des SESSAD est une tendance de fond : ils représentaient en effet le quart des enfants et adolescents accompagnés par l'ensemble des établissements et services pour enfants et adolescents en 2006, mais plus du tiers en 2018. »*¹¹

En dépit de leur rôle croissant, aucune étude récente n'a été consacrée aux SESSAD, et les données manquent, s'agissant de la nature de leurs interventions ou de leurs modalités d'intervention (proportion d'interventions hors les murs, en particulier dans les murs de l'école)¹². Les données de l'éducation nationale montrent que l'intervention des SESSAD ou des professionnels libéraux dans les établissements scolaires est fréquente, puisqu'en milieu ordinaire, 3 élèves en situation de handicap sur 10 sont accompagnés par un intervenant d'un établissement médico-social, d'un établissement hospitalier, d'un service de soin ou d'un SESSAD, quand 4 élèves en situation de handicap sur 10 sont accompagnés par un intervenant libéral¹³. Des données régionales soulignent qu'en Bretagne, un élève en situation de handicap sur 7 est accompagné par un SESSAD, quand un tiers d'entre eux est accompagné par un intervenant libéral¹⁴. Cette proportion moindre qu'à l'échelle nationale atteste de différences territoriales.

Si les SESSAD interviennent fréquemment auprès d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, y compris dans les murs de l'école, les visites de terrain de la mission ont montré que cette intervention ne donne pas toujours lieu à une coopération (ou des relations) entre professionnels médico-sociaux et personnels de l'éducation nationale. Une enseignante spécialisée (coordonnatrice d'ULIS) a toutefois souligné le transfert de compétences d'une professionnelle d'un SESSAD très utile pour la scolarisation d'un enfant souffrant de trouble autistique dans le cadre de l'ULIS.

À l'inverse, des cas de refus de chefs d'établissements d'interventions de SESSAD ou d'intervenants libéraux (le plus souvent des éducateurs libéraux) ont été signalés à la mission sans qu'il soit possible d'en quantifier la réalité.

¹¹ « Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés accompagnés dans des structures dédiées fin 2018 », DREES, Études et résultats n° 1231, 2022.

¹² Une étude ancienne (2007) de la DREES soulignait que plus d'un suivi sur deux comportait au moins une intervention du SESSAD dans ses locaux (55 %) et au moins une intervention dans l'établissement scolaire du jeune (52 %). 50 % des jeunes ayant été accompagnés par un SESSAD avaient bénéficié d'au moins une intervention d'éducateur spécialisé, 45 % d'un psychomotricien, 44 % d'un psychologue, 40 % d'orthophonie, 23 % de kinésithérapie, 22 % d'ergothérapie, 19 % de l'aide d'un enseignant spécialisé, 14 % d'autre rééducation et 4 % d'actes médicaux spécialisés. Source : « les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention », DREES, Études et résultats n° 574, 2007.

¹³ Données DGESCO.

¹⁴ Source : CREAI Bretagne.

1.3.1. Les unités externalisées : une implantation du médico-social dans l'établissement scolaire, plus ou moins inclusive

Le double mouvement conjoint à l'éducation nationale et au secteur médico-social décrit précédemment (partie 1.1) invitait les acteurs à se transformer pour rendre effectif le droit à une scolarité inclusive, le développement d'unités d'enseignement externalisées étant considéré dans ce nouveau contexte comme un des principaux vecteurs d'une scolarisation désormais pensée en termes de parcours.

1.3.1.1 Bilan des unités d'enseignement : le rapport de 2014

Un rapport conjoint IGEN - IGAENR - IGAS - CGEFi de 2014, fait le bilan de la mise en œuvre des unités d'enseignement, 5 ans après leur introduction dans le fonctionnement des ESMS. À travers les unités d'enseignement, était attendu un changement profond par rapport aux dispositifs « scolaires » préexistants :

- un changement de perspective : il ne s'agit plus, ou plus seulement, de « scolariser » les jeunes accueillis dans une école interne pour les faire bénéficier d'un enseignement élémentaire, mais bien de concevoir pour chacun et de réaliser un **projet de formation dont la finalité est la plus grande autonomie possible** dans sa vie d'adulte et sa participation à la société ;
- un changement de rôle et de posture des enseignants : leur première responsabilité est désormais de concevoir, de mettre en place et d'accompagner le parcours de chaque élève ; l'enseignement qu'ils dispensent n'est qu'un élément de ce parcours ; l'organisation même de l'équipe pédagogique et son « emploi du temps » sont déterminés par les besoins de chaque élève et les objectifs qui en découlent ;
- un changement de cadre : l'unité d'enseignement n'est pas une école interne. Les activités qui y sont conduites se réfèrent à l'école ordinaire et, chaque fois que possible, y prennent place¹⁵. Elle vise à permettre à chaque élève qui lui est confié de vivre et d'apprendre avec les autres jeunes de son âge.

Or, force était de constater en 2014 que le changement attendu ne s'était pas accompli, près de 10 ans après la loi de 2005, et que les unités d'enseignement n'avaient pas rempli leur objectif. Un faisceau de raisons étayaient ce diagnostic dans le rapport précité :

- le retard pris dans les conventionnements ;
- l'absence de PPS ;
- le nombre d'enfants en situation de handicap en 2014 dans les ESMS qui ne bénéficiaient d'aucune forme de scolarisation¹⁶ ;
- l'absence de prise en compte des spécificités de l'activité scolaire, de son organisation, dans les établissements médico-sociaux et le simple transfert du modèle de l'enseignement primaire au sein des unités d'enseignement : « *une répartition horaire hebdomadaire stable offrant à de petits groupes d'élèves (d'un à six) des temps de classe variant d'une ou deux heures à une vingtaine d'heures avec des contenus centrés sur le français et le "calcul" (...)* » ;
- les jeunes concernés n'étaient pas engagés dans un parcours de formation poursuivi jusqu'à la sortie et mis en œuvre par l'unité d'enseignement. Les temps de scolarisation se réduisaient progressivement à partir de 12 ou 14 ans et la responsabilité de l'équipe pédagogique, limitée aux apprentissages fondamentaux, ne s'étendait qu'exceptionnellement à la formation professionnelle¹⁷ ;
- les unités d'enseignement ne remplissaient pas non plus leur objectif de scolarité inclusive, le nombre de scolarités partagées étant en faible augmentation et les classes implantées dans les établissements ordinaires ultra-minoritaires résultant presque toujours de démarches antérieures à 2005¹⁸.

¹⁵ Article 10 du décret de 2009.

¹⁶ Cf. annexe 5.

¹⁷ Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé. Rapport n° 2014-090 (IGEN-IGAENR), n° 2014-046R (IGAS), n° 14.03.09 (CGEFi).

¹⁸ Dans l'est de la France, la mission a eu l'occasion de visiter une UEE implantée dans l'école élémentaire depuis 2002.

1.3.1.2 *Le cahier des charges des unités d'enseignement externalisées*¹⁹

Les préconisations du rapport de 2014, complétées par l'enquête qualitative conduite par la DGCS, la CNSA et la DGESCO concernant les UE externalisées (mars 2015) ont conduit la DGCS à élaborer un cahier des charges visant un progrès qualitatif de la mise en œuvre des unités externalisées dans la perspective de leur déploiement. Le cahier des charges rappelle que l'externalisation des unités d'enseignement vise à :

- diversifier les modalités de scolarisation pour un meilleur accompagnement au plus près des besoins des élèves et au service de son parcours ;
- augmenter le nombre d'heures d'enseignement proposé à chaque élève par comparaison avec les unités d'enseignement internes²⁰ ;
- garantir le double objectif d'apprentissage scolaire et de socialisation ;
- ouvrir à la vie professionnelle future (initiation et première formation professionnelle).

Le rapport de 2014 avait constaté les faiblesses des conventionnements constitutifs d'UE centrés sur les moyens (locaux, transports, restauration, enseignants), mais ne constituant pas un outil d'amélioration concernant l'organisation pédagogique des établissements, la scolarité des élèves, ou le développement d'un enseignement à l'extérieur de l'établissement, que ce soit en classe externalisée ou en classe ordinaire. Aucune de ces conventions ne procédait d'une réflexion partagée entre les acteurs sur la conception de parcours des élèves ; cette dimension du conventionnement portée par les nouveaux textes réglementaires semble avoir échappé à l'ensemble des parties prenantes.

Le modèle de conventionnement proposé dans le cahier des charges de 2016 fait au contraire toute sa place au parcours, à travers le projet personnalisé de scolarisation (PPS)²¹, ainsi qu'au projet individualisé d'accompagnement (PIA) et au projet personnalisé d'accompagnement (PPA), ces deux derniers outils visant à déterminer les adaptations et aménagements nécessaires permettant à chaque élève en situation de handicap de réaliser les apprentissages attendus en référence aux programmes scolaires en vigueur.

Le cahier des charges prévoit un minimum de six élèves par unité et un minimum de 12 h d'enseignement par semaine. L'équipe de l'UEE est composée d'un enseignant spécialisé, d'un éducateur et des professionnels relevant du médico-social de l'ESMS. Les personnels intervenant dans l'UEE sont placés sous l'autorité fonctionnelle du directeur / de la directrice de l'ESMS, l'enseignant spécialisé étant quant à lui placé sous l'autorité hiérarchique de l'IA-DASEN responsable de son affectation.

Les responsabilités respectives des directeurs et directrices d'établissements spécialisés et d'écoles ou d'établissements scolaires sont clairement posées ainsi que les missions du coordonnateur pédagogique distinct de l'enseignant de l'UEE. Les missions du coordonnateur sont d'ordre pédagogique (s'assurer de l'acquisition de compétences scolaires), relationnelles (liens avec les familles, l'enseignant référent, les enseignants de l'école ou de l'établissement), organisationnelles (finaliser les emplois du temps). Garant de l'inclusion (c'est lui qui favorise les temps d'inclusion), il est censé avoir toute sa place dans l'école ou l'établissement (il participe aux différentes réunions organisées par l'école ou l'établissement).

En application des articles L. 112-1 et D. 351-4 du code de l'éducation, l'élève de l'UEE peut être inscrit dans son établissement scolaire de référence ou dans l'établissement scolaire dans lequel est implantée l'UEE. Si la scolarité est effectuée à temps partagé (UEE et autre modalité), l'élève n'est inscrit que dans un seul établissement scolaire.

1.3.1.3 *Une évolution progressive du nombre d'enfants et de jeunes scolarisés dans une UEE qui s'accélère sur une période récente*

Depuis 2016, le nombre d'unités externalisées et le nombre d'enfants et d'adolescents qui bénéficient de cette modalité de scolarisation évolue progressivement, en lien avec la stratégie nationale et régionale de

¹⁹ Instruction n° DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016.

²⁰ Un des constats du rapport de 2014.

²¹ Article D. 351-5 du code de l'éducation : « *Le projet personnalisé de scolarisation (PPS) définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.* »

transformation de l'offre médico-sociale, cohérente avec des constats convergents, bien que nuancés, sur le bénéfice d'une scolarisation en UEE.

Les données 2018 de l'enquête quadriennale de la DREES²² montrent que 7,4 % des enfants et jeunes de 6 à 15 ans accompagnés par des établissements ou services médico-sociaux fréquentaient une UEE, avec une différenciation en fonction du type d'établissement²³ :

- IME (12,7 %) ;
- ITEP (9,7 %) ;
- établissements pour enfants polyhandicapés (moins de 1 %) ;
- instituts d'éducation motrice (IEM) (8,3 %) ;
- établissements pour jeunes déficients sensoriels (26,9 %) ;
- services pour enfants (0,6 %).

Autre constat de l'enquête : si 77 % des établissements médico-sociaux accueillaient au moins un enfant suivant une scolarité en milieu ordinaire, seuls 20 % disposaient d'une unité d'enseignement externe (UEE). Ces proportions varient selon le type d'établissement, les établissements pour déficients sensoriels et les ITEP se situant entre 39 % et 45 %²⁴.

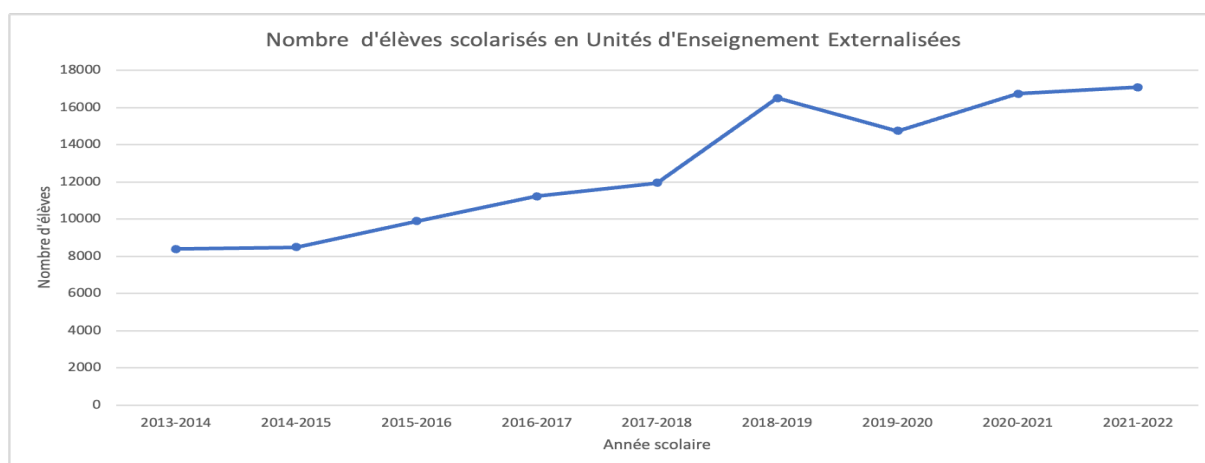
Les données de la DEPP montrent une augmentation de 43,1 % du nombre d'élèves scolarisés au sein d'une UEE entre 2017 et 2022, **passant de 11 212 élèves en 2013-14 à 17 090 en 2021-2022**. Sur les dix dernières années (entre les années scolaires 2013-2014 et 2021-2022), ce nombre a progressé de 104 % : il est passé de 8 381 élèves en 2013-14 à 17 090 en 2021-2022.

Évolution du nombre d'élèves scolarisés en UEE depuis 2013-2014

Années scolaires	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	évolution 2013-2021	évolution 2017-2021
Nombre d'élèves	8381	8488	9888	11212	11939	16501	14728	16728	17090	103,9 %	43,1 %

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Évolution du nombre d'élèves scolarisés en UEE depuis 2013-2014



Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

²² Voir annexe 5.

²³ Les caractéristiques de ces types d'établissements sont définies en annexe A de cette annexe.

²⁴ Voir annexe 5.

On est loin cependant de la généralisation à 80 % fixée par le secrétariat d'État à l'horizon 2022²⁵, en dépit de la politique exemplaire de certaines régions comme la région Auvergne-Rhône-Alpes²⁶.

L'exemple de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Depuis plusieurs années, les académies de la région académique Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA) et l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ont engagé des travaux pour renforcer le partenariat institutionnel et la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux, en vue du développement de l'école inclusive. Les travaux menés se sont traduits par la signature d'une Convention thématique en faveur de l'école inclusive 2016-2021. Cette convention fixe des cibles prioritaires et des objectifs précis pour promouvoir l'école inclusive. Elle comprend 9 fiches action dont la fiche n° 1 porte sur l'externalisation des unités d'enseignement.

Au regard des objectifs nationaux fixés par le Président de la République lors des CNH 2014 et 2016, la région académique AuRA ainsi que l'ARS AuRA se sont fixées des objectifs à 3 ans et à 5 ans :

Au terme des 3 ans,

50 % des unités d'enseignement devaient fonctionner avec au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire ;

50 % des enfants dans les UE au sein des EMS devaient pouvoir bénéficier d'un dispositif externalisé en établissement scolaire ou de formation en milieu ordinaire.

Au terme de la convention,

80 % des unités d'enseignement devaient fonctionner avec au moins une modalité externalisée en milieu scolaire ordinaire ;

80 % des enfants en unité d'enseignement devaient pouvoir bénéficier d'un dispositif externalisé en établissement scolaire ou de formation en milieu ordinaire.

Sans avoir atteint l'objectif de 80 % en 2021, la crise Covid ayant freiné la dynamique, cette politique partenariale et volontariste a porté ses fruits.

Depuis la rentrée scolaire 2017-2018, la part des établissements médico-sociaux avec un dispositif externalisé est en augmentation :

– Année scolaire 2017-2018 : 35 % des établissements médico-sociaux de la région disposent d'un dispositif externalisé ;

– Année scolaire 2018-2019 : 43,4 % des établissements médico-sociaux de la région ;

– Année scolaire 2019-2020 : 48,1 % des établissements médico-sociaux de la région.

À la rentrée scolaire 2019-2020, 135 EMS ne proposaient pas d'unités d'enseignement externalisées, mais les 24 projets en cours étaient susceptibles de **porter le nombre d'EMS avec au moins une unité externalisée à 151 pour l'année scolaire 2020-2021, soit 57,2 % des EMS de la région.**

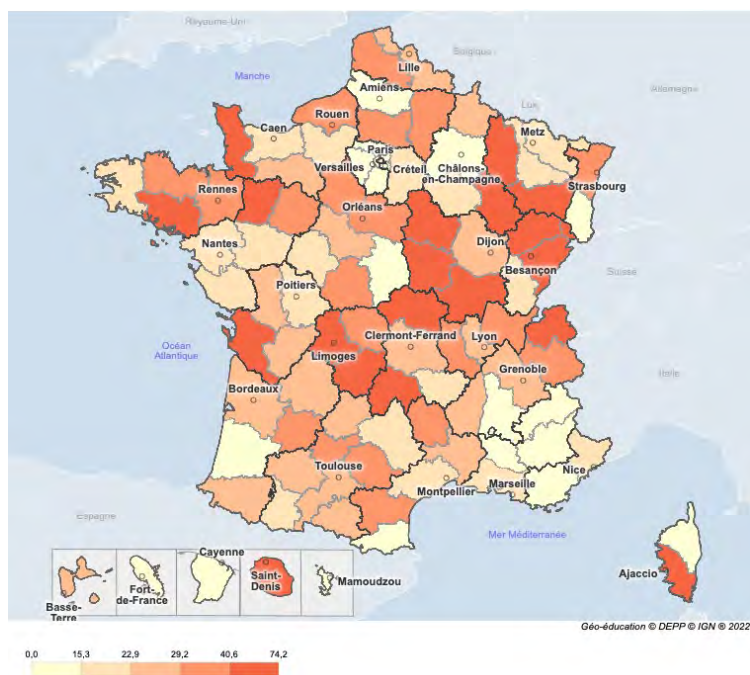
Les disparités régionales sont cependant la règle.

La carte du nombre d'élèves scolarisés en UEE montre une disparité des effectifs selon les départements. En 2021-22, les effectifs d'élèves scolarisés en UEE varient entre moins d'une dizaine et presque un millier d'élèves. En 2021-22, 35,6 % des départements français scolarisent moins de 100 élèves en UEE et 49,5 % des départements entre 100 et 500 élèves.

²⁵ La note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé fixe l'objectif de porter le « *taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés (...)* à 50 % d'ici 2020 et à 80 % au terme du Plan Régional de Santé. »

²⁶ Voir le rapport du 4 décembre 2020 : École inclusive : scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, étude menée dans le cadre d'un partenariat ARS ARA, région académique Auvergne-Rhône-Alpes, CREAI Auvergne-Rhône-Alpes.

Carte 1 : Part des élèves en ESMS bénéficiant d'une scolarisation en UEE par département en 2021-2022



Champ : France métropolitaine + DROM, établissements sanitaires et médicaux sociaux.

Source : DEPP : Enquête n° 32 concernant la scolarisation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Données de la BCP retravaillées par la mission

1.3.1.4 Des constats convergents sur le bénéfice de la scolarisation en unité externalisée même si le degré d'inclusion reste variable

La mission n'a identifié qu'une seule étude menée sur le bénéfice de la scolarisation « hors les murs », dans la région Rhône-Alpes en 2015-2016. À défaut d'autres données qualitatives, l'étude à caractère scientifique réalisée en région Rhône-Alpes sous la direction du PUH Guillarmé et sous l'égide de l'association OVE, avec le Groupe de recherche GEREPS (Paris) consacré aux dysfonctionnements des systèmes familiaux et le centre informatique « Ressourcial » (Lyon) doit être mise en exergue. Celle-ci est centrée sur les évolutions constatées des jeunes accompagnés sur les plans comportemental, scolaire et médico-social.

Les évolutions constatées des jeunes accompagnés par les DITEP : étude du Pr Guillarmé

Le périmètre de l'étude est restreint puisqu'il n'a concerné que **241 enfants et adolescents dont 91 accueillis dans 2 ITEP hors les murs (HM) et 150 accueillis dans 2 ITEP fonctionnant de manière traditionnelle dit dans les murs (DM)**. Cependant, cette réserve ne remet pas en cause la fiabilité des constats et conclusions²⁷.

L'analyse des résultats de l'étude met en évidence les constats suivants :

Après 4 années de séjour en moyenne, il est observé que :

- Pour les deux ITEP fonctionnant « hors les murs » (HM), 20 % des sujets sortent sans orientation, 60 % sont orientés vers l'enseignement général ordinaire, 15 % présentent encore des accès de violence (contre 30 % à l'entrée).
- Pour les deux ITEP fonctionnant « dans les murs » (DM), 50 % des sujets sortent sans orientation, 40 % sont orientés vers l'enseignement pré-professionnel, 30 % présentent encore des accès de violence (pourcentage inchangé par rapport à l'entrée).

²⁷ La méthode retenue allie des données recueillies sur la base d'un questionnaire général sur les pratiques et les résultats des équipes ainsi que sur des entretiens avec les professionnels de terrain. Les informations ainsi obtenues ont fait l'objet d'un double traitement : d'une part, une analyse statistique des résultats de novembre 2015 à février 2016 ; et d'autre part, une étude clinique sur deux cohortes de 24 et 32 sujets de juin à décembre 2016. (Comparaison de deux groupes de 12 élèves et 16 élèves DM avec deux groupes appariés de 12 élèves et 16 élèves HM aux caractéristiques similaires).

Le rapport de recherche explique ces différences de résultats par « *un processus de contamination* » négatif dans le fonctionnement DM et par « *des interactions systémiques* » positives qui dans le fonctionnement HM permettent « *l'organisation de mouvements individuels quotidiens du "dedans vers le dehors" et "du dehors vers le dedans", sources de mouvements adaptatifs puissants.* »

L'analyse clinique des deux cohortes portant sur des populations analogues a mis en évidence des différences notables en comparant l'adaptation sociale des sujets ainsi :

– **70 % d'adaptation sociale réussie après 3 ans de l'affectation pour les enfants et les adolescents de la cohorte C2 hors les murs (HM) ;**

– 20 % pour les enfants et les adolescents de la cohorte C2 DM.

L'adaptation sociale est d'autant plus rapide et plus large que le dispositif d'accueil est plus ouvert sur le monde extérieur. L'accompagnement hors les murs en effet confronte chacun à des situations non seulement inédites, mais inscrites dans la norme, générant un processus d'adaptation. Le milieu normal externe « complexifie et enrichit de fait l'écosystème au sein duquel vit l'enfant ou l'adolescent. Elle le confronte, non plus à deux systèmes (le système socio-familial de référence et le système institutionnel d'accueil) mais à trois. Enfin, l'accompagnement hors les murs semble favoriser le progrès plus rapide de l'autonomie en ce qu'il s'écarte des dispositifs de rattrapage des manques et des insuffisances individuelles.

L'étude clinique fait également ressortir des réorientations précoces pour les deux échantillons (HM et DM). Celles-ci concernent au cours de la première année d'admission 18 % des jeunes en accompagnement DM et 25 % des jeunes en accompagnement HM. Ces réorientations s'expliquent par deux catégories de raisons opposées : soit par une amélioration rapide du comportement : cohorte 1 HM : 50 % des cas – cohorte 1 DM : 25 % des cas. Soit, au contraire, l'aggravation des troubles conduisant souvent à une orientation vers un autre ESMS, notamment chez les sujets les plus âgés : Cohorte 1 HM : 50 % des cas – Cohorte 1 DM : 75 % des cas.

De plus, les évolutions individuelles de la situation des jeunes dans la durée se différencient sensiblement dans l'analyse comparée des deux modes d'accompagnement : « **Entre 1 an et 3 ans du séjour, persistance des troubles : cohorte HM : 50 %, cohorte DM : 75 %. À la sortie des établissements : persistance des troubles après 4 années d'accompagnement : Cohorte HM : 25 % des cas, Cohorte DM : 50 % des cas.** Au-delà de 4 ans, sauf cas exceptionnels, ces données restent constantes. Elles témoignent en fait, le plus souvent, d'une chronicisation toxique des situations. À l'opposé, l'amélioration et les progrès des jeunes constatés dans la durée confortent le différentiel positif d'efficacité au profit de l'accompagnement hors les murs, progrès constatés par les professionnels après 4 années d'accompagnement.

Dans la même dynamique, l'analyse du devenir scolaire et socio-professionnel des sujets confirme la plus-value de l'accompagnement hors les murs : cohorte HM : adaptation scolaire normale : 60 % des cas, intégration sociale et professionnelle en milieu ordinaire : 70 % des cas, **cohorte DM : adaptation scolaire normale : 18 % des cas, intégration sociale et professionnelle en milieu ordinaire : 20 % des cas** ».

Les constats et analyses issus de l'étude réalisée témoignent de la valeur ajoutée apportée par un accompagnement ouvert et inclusif. La personnalisation du parcours et son adaptation rapide aux besoins des jeunes accompagnés permet une progression et une adaptation comportementale et sociale plus efficace.

Les témoignages recueillis par la mission convergent également sur le bénéfice de la scolarisation en unité externalisée. Le bénéfice est souvent psychologique pour les familles satisfaites et soulagées de voir leur enfant poursuivre suivre une scolarité en milieu ordinaire, entrant dans le droit commun en quelque sorte. **Les familles témoignent également d'un mieux-être parfois très conséquent de leur enfant, les progrès constatés relevant surtout de la socialisation et de l'autonomie.** Tout progrès accompli dans la participation aux activités communes, les sorties et/ou petits voyages scolaires étant considéré comme une victoire sur le handicap. Les enfants eux-mêmes expriment volontiers leur satisfaction d'être inclus en unité externalisée, comme le soulignent les professionnels intervenant au sein des unités externalisées.

Les constats des enseignants exerçant dans les UEE sont plus nuancés. Si le consensus se fait sur le principe d'une scolarité hors les murs de l'établissement spécialisé, les enseignants considèrent que l'enfant doit être « prêt » pour les temps d'inclusion proprement dit en classe ordinaire ; il est attendu de lui qu'il manifeste clairement le désir d'inclusion. Les enseignants ne sont pas favorables à « l'inclusion pour

l'inclusion ». Les enseignants qui exercent dans les ESMS, conservent parfois une forme de défiance à l'égard de l'école, du « scolaire », soupçonnés d'avoir une part de responsabilité dans l'inadaptation des enfants, dans leur mal-être et même dans la pérennisation, voire l'aggravation de leurs troubles. Tous plébiscitent en revanche la souplesse permise par l'externalisation des unités d'enseignement avec un possible retour à l'interne en cas de difficultés, la possibilité de scolarités partagées, à quoi s'ajoutent les possibilités d'inclusion dans les classes ordinaires. La souplesse permet une meilleure adaptation aux besoins des enfants, rend possible, en tout cas dans le principe, la modulation des parcours.

Certaines des associations auditionnées par la mission appellent à une vigilance dans leur analyse des bénéfices des unités d'enseignement externalisées, soulignant une évidence qu'il est toutefois préférable de rappeler : **l'implantation de l'unité d'enseignement à l'intérieur de l'école ne suffit pas pour parler d'inclusion.** « L'UEE est une initiative intéressante à condition que l'établissement scolaire joue le jeu de la véritable inclusion et que cela ne soit pas uniquement le transfert d'une classe d'IME vers une école, sans transversalité, sans partages d'expériences, risquant de créer un « ghetto » dans l'école »²⁸.

Que l'unité d'enseignement soit interne à l'ESMS ou externe, le constat du rapport de 2014²⁹ revêt ici toute son importance : quelle que soit l'ampleur du handicap, le scolaire peut représenter une dimension très structurante dans les prises en charge, marquant l'affirmation d'une éducabilité, d'une capacité à apprendre malgré d'évidentes difficultés. La dimension structurante du scolaire n'est toutefois pas ce qui est mis en avant par les différents acteurs.

*« Retourner dans le milieu scolaire ordinaire ça ne s'invente pas, dit un directeur d'ITEP, ça s'accompagne surtout. C'est un ITEP et ce n'est pas que le scolaire c'est aussi le thérapeutique et l'éducatif qui accompagne ces enfants si on veut qu'ils progressent. C'est aussi à un moment donné de faire des choix y compris sur le programme même de l'enfant, de la scolarité. (...) Donc c'est vrai que ça paraît assez décousu, pour la continuité pédagogique ça peut être compliqué, ça peut compliquer. Mais c'est des temps indispensables et nécessaires. »*³⁰

Lorsqu'il est bien pensé, en lien avec les besoins de l'enfant, des objectifs clairs et assumés d'autonomie et d'apprentissage, le scolaire est pourtant par lui-même inclusif en ce qu'il constitue le seul espace dédié à l'apprendre ensemble dans et hors des ESMS. En ce sens, il fait le lien avec la norme commune, tant du point de vue des compétences scolaires que sociales.

1.3.1.5 Risques, limites, freins au développement des UEE

Si le rapport de 2014 constatait la plus-value de l'unité externalisée concernant le temps de scolarité, la classe externalisée offrant en général un temps partiel proche du mi-temps, quelquefois un temps complet, s'approchant d'un rythme scolaire qui permet plus facilement des inclusions tout en renforçant les possibilités d'apprentissage, la prise en compte du scolaire proprement dit reste une limite des unités d'enseignement, même externalisées. Dans les UEE, les temps d'inclusion sont variables, pas nécessairement formalisés au sein des PPS ni pensés comme une réponse aux besoins de l'enfant. Des travaux de recherche ont montré que les temps de concertation avec les enseignants des classes ordinaires portaient avant tout sur les capacités d'adaptation de l'enfant à la forme scolaire et sur ses compétences sociales, les acquis scolaires étant considérés comme découlant « naturellement » de l'acquisition du « métier » d'élève.³¹

Dans la hiérarchie des besoins des enfants en situation de handicap, un constat aussi implicite que partagé émerge : apprendre n'est pas compris comme un besoin aussi fondamental que le besoin de soins ou le besoin d'éducation et de socialisation. C'est pourquoi les temps d'inclusion se situent souvent sur l'enseignement de disciplines réputées « mineures », supposées requérir moins d'attention, de concentration et d'effort cognitif.

²⁸ Audition de l'UNAPEI.

²⁹ Constat fait sur la base d'observations de situations de classe en IEM.

³⁰ Voir Dupont, S. Les unités d'enseignement externalisées : un outil d'accessibilisation de l'institution scolaire ? dans Ebersold, S. (dir.), L'accessibilité ou la réinvention de l'école, ISTE éditions, 2021, p. 185-203, citation p. 195.

³¹ Voir l'article de Hugo Dupont déjà cité.

« On pourrait le mettre en découverte du monde, en EPS, en arts visuels, dit un coordonnateur pédagogique, tous ces domaines un peu... Enfin on ne pourra pas le mettre en français ou en maths. Sur le CE1, il ne suivra pas. »³²

Les modalités d'inclusion des unités externalisées observées par la mission semblent démentir cette tendance et peut-être une enquête plus complète dédiée aux UEE montrerait des progrès de l'inclusion en ce sens. **À 100 % en effet, les responsables d'UEE interrogés déclarent inclure les enfants sur les disciplines français et mathématiques.** Le nombre d'enfants autorisés à des temps d'inclusion en classe ordinaire au sein des UEE varie en revanche de 1 à 8 pour le plus faible à 8 à 11 pour le plus important. Les temps d'inclusion sont eux-mêmes très variables, de 0 à 20 h d'après les données déclaratives transmises. Quels apprentissages se construisent sur ces temporalités ? Difficile de l'apprécier.

Dans l'organisation et le fonctionnement des unités externalisées, il n'est pas sûr que les pratiques aient beaucoup évolué depuis les constats du rapport de 2014. Une séance d'enseignement observée par la mission a mis en évidence des pratiques classiques : **une même leçon sans différenciation pour le groupe d'élèves, tous âges et toutes compétences confondus, avec le sentiment que certains d'entre eux sont quelque peu sous-alimentés.**

Faute d'objectifs d'inclusion clairement formalisés dans les projets d'école et d'établissement instituant des coopérations explicites entre professionnels autour du parcours d'inclusion des élèves, **le risque est que les unités externalisées ne soient que des « enclaves du médico-social » au sein des écoles et des établissements,** le rattachement de ces dispositifs aux ESMS ainsi que l'absence de reconnaissance du statut d'élève des enfants qui en bénéficient (absence d'INE) ne favorisant pas une dynamique d'inclusion. Pour les directeurs et directrices d'école, l'UEE n'est pas considérée comme une « classe » et ne compte pas dans le calcul de leur temps de décharge. **Quant aux enseignants des classes ordinaires, ils n'ont pas obligation d'accueillir ces enfants. S'ils le font, c'est sur la base de leur bonne volonté, de leurs bonnes relations avec l'équipe de l'UEE, mais surtout sur la base de la possibilité d'un retour immédiat dans l'établissement de rattachement** en cas de problème³³. L'engagement des enseignants dans une dynamique d'inclusion est probablement à géométrie variable.

Si le partage des temps de récréation est quasi systématique, les enfants ne déjeunaient pas à la cantine scolaire de l'école dans la plupart des UEE visitées. Les écoles ou établissements accueillant des UEE ont toutes fait part de projets communs (projets sportifs, sorties culturelles, journées de sensibilisation au handicap, ...), même si les dynamiques semblent être variables et dépendantes d'engagements personnels ou de relations interpersonnelles.

Par ailleurs, la dynamique positive des UEE est fragilisée par le manque de continuité avec le collège et plus encore avec le lycée. Le principe du parcours n'est pas encore partout une réalité même si des progrès sont notables depuis les directives sur la transformation de l'offre médico-sociale.

Parmi les freins identifiés au développement des unités d'enseignement externalisées, une récente enquête du réseau UNAPEI place en tête le manque de locaux et de personnels d'encadrement. Le cahier des charges stipule que « *l'UEE doit disposer d'au moins une salle dédiée au sein de l'école ou de l'établissement scolaire. Elle est organisée et structurée pour permettre des temps d'activité collectifs et individuels. (...) Une deuxième salle peut être mise à la disposition de l'UEE au sein de l'établissement scolaire et, de préférence, à proximité immédiate de la classe, notamment afin de permettre la mise en œuvre des éventuels temps d'accompagnement par les membres de l'équipe de l'UEE.* »³⁴

Or, 26 % des répondants à l'enquête mettent en avant le manque de locaux et le besoin de soutien des collectivités locales, attestant de difficultés à externaliser les unités d'enseignement, difficultés existant depuis de nombreuses années. À l'école primaire, le dédoublement des classes de CP, CE1 puis GS de maternelle en éducation prioritaire, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique des fondamentaux

³² art. cité, p. 198. Un interlocuteur de la mission a confirmé le fait que les enseignants des classes ordinaires sous-estiment souvent par principe les compétences des élèves en situation de handicap avant même toute évaluation.

³³ Voir les témoignages et analyses d'enseignants dans l'article de Hugo Dupont déjà cité.

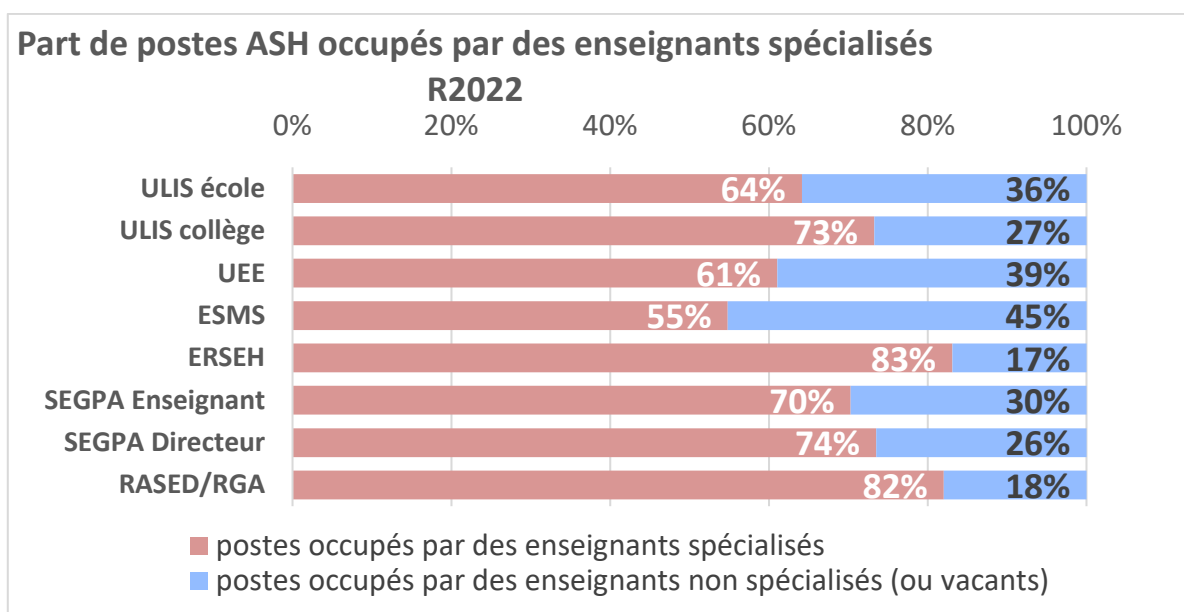
³⁴ Cahier des charges, 2016, p. 8.

depuis 2017, aurait amplifié ces difficultés en même temps que les disparités territoriales. Pour rendre l'école accessible, la question des locaux reste majeure, souligne l'enquête.

Le manque de personnels d'encadrement est un autre frein à la dynamique inclusive des UEE. L'enquête de l'UNAPEI souligne un taux d'encadrement proposé aux enfants « largement inférieur à leurs besoins ». « *En moyenne, nous avons un enseignant pour 31 élèves en situation de handicap* ». Le nombre d'enseignants mis à la disposition des ESMS par l'éducation nationale est par ailleurs très variable selon les territoires. Par ailleurs, ces enseignants sont rarement inspectés en dépit de l'obligation de suivi conforme à ce que prévoit le Parcours professionnel carrière et rémunération (PPCR)³⁵.

À ces constats s'ajoute le manque d'enseignants spécialisés : les postes d'enseignant en ESMS sont loin d'être pourvus en totalité par des enseignants spécialisés. C'est une constante du secteur connue de longue date (voir tableau 2).

Part de postes ASH occupés par des enseignants spécialisés



Nombre de personnels non spécialisés sur poste :

ULIS école : 1 900 ; ULIS collège : 1 100 ; UEE : 500 ; ESMS : 2 100 ; ERSEH : 400 ; SEGPA : 1 600 ; SEGPA (dir) : 300 ; RASED : 1 100.

Source : DGESCO A1, mai 2023

Au cours de ses visites, la mission a pu rencontrer un jeune professeur des écoles affecté sur un poste en IME à sa sortie de formation initiale ; le cas n'est pas isolé. Dans ce cas précis, l'engagement de ce jeune professeur était manifeste, tant à l'égard de ses élèves que plus généralement à l'égard de la communauté éducative, venant en appui des inclusions à l'école élémentaire et au collège. Découvrant l'enseignement spécialisé et sans avoir été, ni préparé, ni formé, cet enseignant s'apprêtait à passer le CAPPEI afin d'acquérir le statut d'enseignant spécialisé.

De fait, les professeurs spécialisés sont mieux à même d'impulser une dynamique d'inclusion. Outre les compétences acquises dans leur formation à l'enseignement spécialisé, l'ancrage dans un double rapport hiérarchique leur confère une position privilégiée d'interface entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé, position que peuvent difficilement assurer les éducateurs spécialisés qui exercent dans les unités d'enseignement, les cultures professionnelles des enseignants et des éducateurs spécialisés étant trop éloignées³⁶. Les enseignants spécialisés ont un rôle de pont entre les deux cultures et institutions.

Cette situation favorise le transfert de compétences du spécialisé à l'ordinaire de nature à rassurer les enseignants mais de manière aussi à leur permettre de monter en compétences dans la prise en charge de

³⁵ Nouvelle modalité d'inspection des personnels de l'éducation nationale instituée en 2016.

³⁶ Voir Amare S. Martin-Noureux P., Enseignants et éducateurs face au handicap. D'un mariage forcé à une union librement consentie, Toulouse, Erès, 2017.

l'élève en situation de handicap³⁷. De fait, l'enseignant d'une UEE visitée, qui exerçait à mi-temps au sein de l'UEE, consacrait 50 % de son temps à accompagner la scolarisation des enfants de l'ITEP en scolarité ordinaire, jouant un rôle d'appui-ressource auprès des enseignants « ordinaires ». La mission s'interroge sur le bon ratio à garantir entre enseignant spécialisé et « ordinaire » pour construire des pratiques professionnelles plus inclusives et durables dans le temps.

Enfin, **se fait jour au sein des associations la crainte d'un appauvrissement des moyens affectés aux unités d'enseignement internes sur fond de déploiement des unités d'enseignement externalisées. À l'exception d'un seul, les interlocuteurs de la mission n'ont pas confirmé ce phénomène qui requiert néanmoins une vigilance, comme le confirment les données transmises d'effectifs d'enseignants mis à disposition par l'éducation nationale dans les établissements médico-sociaux.** Ces données détaillées dans le tableau ci-après montrent une forte croissance du nombre d'enseignants en unité externalisée (+ 67 % entre 2019 et 2022), et, dans une moindre mesure, des coordonnateurs pédagogiques d'unité d'enseignement (+ 7 %) ; sur la même période, les effectifs des unités d'enseignement interne diminuent de 5 %.

Évolution du nombre de postes, en ETP, affectés par l'éducation nationale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, entre 2019 et 2022

	2019		2020		2021		2022		Évolution entre 2019 et 2022
	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occ par enseignants spé	
Établissements et services médico-sociaux	5 050	57 %	4 925	59 %	4 931	55 %	4 784	55 %	- 5 %
Établissements de santé	862	86 %	904	85 %	926	82 %	901	82 %	5 %
Unités d'enseignement externalisées (UEE) des établissements spécialisés	798	66 %	946	65 %	1 140	59 %	1 336	61 %	67 %
Coordonnateur pédagogique d'une unité d'enseignement (UE)	366	91 %	374	83 %	389	80 %	393	86 %	7 %
Autres situations hors MEN	72	58 %	71	46 %	113	47 %	211	50 %	192 %
HANDICAP HMEN	7 148	63 %	7 219	64 %	7 499	61 %	7 624	61 %	7 %

Source : DGESCO

1.3.1.6 Le cas particulier des UEEMA / UEEA / UEEP

Au sein des UEE, ont été développées depuis peu les unités d'enseignement externalisées pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique et pour les enfants polyhandicapés (avec, à la rentrée 2022, 286 **unités d'enseignement en maternelle (UEMA)**³⁸, et 99 **unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA)**³⁹, et 20 **UEE polyhandicap**).

³⁷ Voir à ce sujet les travaux d'Éric Plaisance.

³⁸ Ces unités prennent en charge des enfants de 3 à 6 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA).

³⁹ Ces unités proposent une scolarisation à des enfants de 6 à 11 ans présentant des TSA.

De premiers éléments de bilan des UEEMA (notamment des enquêtes de CREAI à la demande des ARS) mettent en évidence un bon fonctionnement de ces dispositifs (satisfaction des familles, **taux de sortie vers l'école ordinaire d'environ 50-60 %**) et une **complémentarité entre professionnels scolaires et médico-sociaux** (qui n'est toutefois pas toujours aisée). Ces dispositifs, qui concernent encore peu d'enfants, sont toutefois coûteux, en raison de **taux d'encadrement très élevés (0,7 à 0,8 ETP par enfant)**.

Ce retour globalement positif est également partagé par les autres acteurs (IEN-ASH, MDPH et CRA) qui estiment que les UEMA permettent l'accès à une scolarité à temps complet à certains enfants TSA, grâce à un accompagnement structuré et avec du personnel formé, ce qui n'aurait pas été possible en classe ordinaire même avec des aménagements et un AESH.

Parmi les pistes d'amélioration identifiées par l'enquête CREAI de Nouvelle-Aquitaine de décembre 2021 et portant sur les 17 UEEMA de la région, on relève :

- Associer MDPH, IEN-ASH, DD-ARS et ESMS porteur à la mise en place du projet de création de l'UEMA ; l'enquête révèle en effet que les MDPH ne sont pas systématiquement associées ;
- Poursuivre le déploiement de nouvelles UEMA en tenant compte du lieu de domicile des enfants pour réduire les temps de trajet (temps de trajet moyen d'une heure) ;
- Améliorer les temps d'inclusion ;
- Améliorer l'orientation des enfants par une évaluation précoce ;
- Harmoniser les critères d'admission ;
- Soutenir l'exigence de formations régulières et spécifiques ;
- Nommer un coordonnateur dans l'ensemble des UEMA ;
- Pérenniser les partenariats avec des conventions ;
- Permettre la mise en place des parcours scolaires : UEMA / UEEA, ULIS, DAR, SESSAD.

L'association des familles dont les compétences sont reconnues est un point fort des UEEMA ; les parents sont de véritables partenaires de la scolarisation. Si la place des familles est régulièrement soulignée, rappelée dans la prise en charge et/ou l'accueil des enfants / élèves en situation de handicap, quel que soit le dispositif, la réalité d'un partenariat est rarement attestée.

La mise en place et le déploiement des UEMA sont encadrés par un cahier des charges⁴⁰ lui-même issu de l'évaluation des premières UEMA mises en place. Les orientations formalisées en sont d'autant plus précieuses. Elles pourraient servir de base de réflexion pour la mise en œuvre des UEE, notamment dans les propositions d'aménagement des programmes scolaires figurant en annexe du cahier des charges.

Le déploiement des unités d'enseignements pour les élèves polyhandicapés (UEEP) est plus récent : il a été encadré par la circulaire interministérielle n° DGCS/3B/DGESCO/2020/113 du 2 juillet 2020, qui définit le cahier des charges de ces unités. Le comité interministériel du handicap du 3 février 2022 a fixé une ambition de création « *d'une unité d'enseignement externalisée a minima par académie, avec des moyens budgétaires spécifiques accordés en 2022 (6 M€) puis en 2023 (6 M€).* » Les premiers éléments de bilan transmis à la mission soulignent le déploiement progressif des unités (3 UEEP en 2020, 5 UEEP en 2021, 12 UEEP en 2022) et la diversité des projets reçus par les ARS, notamment en termes de ressources humaines et de coût, du fait d'un degré d'autonomie très variable des enfants. **D'après les remontées des ARS, le principal frein pour le déploiement des UEEP réside dans la difficulté de disposer des ressources enseignantes.**

1.3.2. La transformation du secteur médico-social : vers une augmentation de l'intervention de professionnels médico-sociaux dans les établissements scolaires

Au cours des dernières décennies, les modalités d'intervention du secteur médico-social auprès des enfants en situation de handicap se sont profondément modifiées afin de proposer des réponses plus adaptées permettant de fluidifier le parcours des enfants. Ces évolutions initiées par la loi de 2005, poursuivies par la

⁴⁰ Instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 dans le cadre du 3^e plan autisme 2013-2017.

démarche « Réponse accompagnée pour tous » en 2016 et par la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale en 2017, se traduisent par :

- le développement de services médico-sociaux, les SESSAD (voir partie 1.2.1), pour intervenir sur les lieux de vie des enfants ou jeunes : ainsi, entre 2006 et 2022, le nombre de places en SESSAD a augmenté de 67 % alors que le nombre de places en établissement était quasi stable (+ 2,1 %) ⁴¹ ;
- l'évolution des modalités d'intervention des établissements médico-sociaux, avec, d'une part, le développement des unités d'enseignement externalisées (voir partie 1.2) et, d'autre part un fonctionnement en mode dispositif développé par certains établissements médico-sociaux, notamment les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), qui, s'appuyant sur une articulation avec les SESSAD, visent à développer l'accompagnement « hors les murs » et la scolarisation en milieu ordinaire (voir infra parties sur les DITEP et sur les DIME / DAME ci-dessous). Des évolutions réglementaires sont intervenues ces dernières années. Elles devront se poursuivre pour parachever cette transformation ;
- le développement de nouveaux dispositifs médico-sociaux pour limiter les ruptures de parcours, les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) (voir infra) ou pour favoriser les diagnostics et interventions précoces, dans une logique préventive, les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) (voir infra).

1.3.2.1 Depuis 2013, une expérimentation de fonctionnement en dispositif des ITEP (DITEP) a été menée dans cinq régions ⁴²

L'objectif est d'introduire de la souplesse dans l'accompagnement des enfants et jeunes en situation de handicap afin de fluidifier leur parcours et de leur offrir des modalités d'accompagnement diversifiées et évolutives, au plus proche de leurs besoins. Le décret d'avril 2017 ⁴³ donne une base juridique à ce fonctionnement. Il prévoit que les ITEP et les SESSAD accompagnant des enfants ou des jeunes peuvent fonctionner en dispositif intégré dans le cadre d'une convention conclue avec l'ARS, la MDPH, le rectorat et les organismes de protection sociale. Afin de permettre une adaptation de la prise en charge de l'ESH, lorsque l'orientation par la CDAPH de la MDPH se fait vers un dispositif, **l'équipe de suivi de la scolarisation peut modifier le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) sans nouvelle notification, en en tenant informée la MDPH** ⁴⁴. La circulaire du 2 mai 2017 ⁴⁵ précise l'objectif de ces dispositifs : « *Il s'agit de permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants et des jeunes accompagnés au sein du dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins* ». Le décret du 9 mai 2017 ⁴⁶ réforme la nomenclature des ESMS, simplifie et assouplit le régime d'autorisations pour permettre le fonctionnement en dispositif. En 2022, on comptait 497 ITEP en France. Parmi ceux-ci, 40 % fonctionnent en dispositif ⁴⁷.

Le **rapport inter inspection de 2018** ⁴⁸ jugeait très positivement ce mode d'organisation, qui apporte souplesse et adaptabilité des parcours des enfants et jeunes et contribue significativement à l'évolution de l'offre médico-sociale et des partenariats avec l'éducation nationale. Le rapport note cependant le caractère chronophage et la lourdeur de la transformation et un pilotage national jugé trop contraignant par les acteurs de terrain. Il souligne le manque de formation, en particulier côté éducation nationale, préjudiciable à la construction de partenariats solides avec le secteur médico-social et à l'inclusion scolaire des ESH. Le rapport préconisait l'extension de ces dispositifs aux instituts médico-éducatifs (IME).

⁴¹ DREES - Études et Résultats - mai 2022 - n° 1231.

⁴² Normandie – Basse-Normandie et Haute-Normandie, Grand Est – Champagne-Ardenne, Île-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

⁴³ Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé donne une base juridique à ce fonctionnement.

⁴⁴ Au moyen d'une fiche de liaison type annexée au décret.

⁴⁵ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

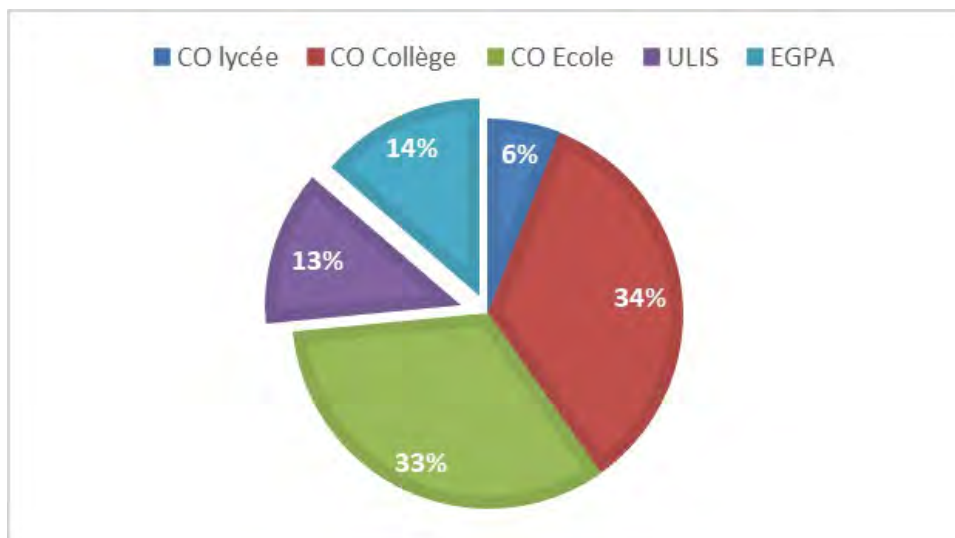
⁴⁶ Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des ESMS accompagnant des personnes handicapées.

⁴⁷ Données FINESS, retraitées par la mission.

⁴⁸ Rapport n° 2018-079, IGAENR-IGAS-IGEN. Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension.

Selon une **enquête menée par l'AIRe**⁴⁹ en janvier 2023 auprès de ses adhérents⁵⁰, 81 % des enfants accueillis en DITEP ont moins de 16 ans. Parmi ceux-ci, un tiers est scolarisé en école primaire et 2/3 dans le secondaire. Moins de 1 % sont en maternelle. Seule la moitié des plus de 16 ans sont scolarisés en milieu ordinaire ou en apprentissage. Les 2/3 des enseignants des DITEP ne sont pas spécialisés. La scolarisation en interne recule (22 % des moins de 16 ans). Ainsi, les 64 établissements ayant répondu à l'enquête disposent de 104 UEE. Les temps de scolarisation sont en moyenne de 13 h pour les enfants scolarisés en UEI et de 14,2 h pour ceux en UEE, avec des disparités importantes en particulier en UEI, les temps de scolarisation variant de moins de 6 h pour 14 % des enfants à plus de 24 h pour 18 %. En UEE, 2/3 des élèves sont scolarisés plus de 12 h. Plus de 7 enfants sur 10 scolarisés en milieu ordinaire sont en classe ordinaire.

Graphique :1 - Répartition des 2324 enfants et jeunes accompagnés par un DITEP selon le mode de scolarisation ordinaire



Source : Enquête scolarisation AIRe 2023

En primaire, plus de la moitié des enfants accueillis en DITEP bénéficie d'une aide humaine. Ils sont 36 % au collège et 26 % au lycée. Le constat de ces proportions importantes reste un point de vigilance pour les dispositifs.

Les DITEP répondants font état de freins à leur bon fonctionnement, liés à des difficultés d'accès à des dispositifs de scolarité spécialisée voire à une scolarisation en milieu classique. Ces difficultés sont plus marquées dans le secondaire. 20 % des DITEP évoquent des enseignants en difficulté pour accueillir ces enfants. Ils évoquent des classes parfois surchargées, avec la présence de plusieurs AESH et l'insuffisance de formation des enseignants. Le manque de disponibilité pour des temps de concertation est un facteur de difficulté supplémentaire. L'absence d'établissement de référence et d'INE pour les enfants pris en charge est identifiée comme une limite à l'inclusion.

Même s'il persiste des disparités entre DITEP, l'enquête met en évidence une part croissante du temps consacré à la coordination pédagogique, cette coordination étant identifiée comme un levier de réussite.

La mission a pu visiter trois DITEP implantés en Gironde et en Meurthe-et-Moselle.

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques de ces DITEP.

⁴⁹ Association d'ITEP et de leurs réseaux.

⁵⁰ Enquête sur la scolarisation et les modalités de coopération avec l'éducation nationale au 1^{er} janvier 2023, AIRe.

Tableau 1 - Modalités de scolarisation des enfants accompagnés par les 3 DITEP visités par la mission

	DITEP 1	DITEP 2	DITEP 3
Ancienneté du dispositif	15 ans (UEE)	21 ans (UEE)	4 ans
Accueil en UEE			
Nombre d'élèves accueillis/capacité maximale	12/20	12/12	8/9
Âges des enfants (mini- max)	7-13 ans	7-12 ans	8-12 ans
Durée hebdomadaire de l'accueil	NC	18h (6 ½ journées)	4j/semaine
Partage de la cantine avec les élèves des classes ordinaires et accompagnement	Non	Non (prévu dès 2023 avec la présence d'un éducateur)	Oui, accompagnés d'un éducateur spécialisé
Temps de récréation avec les élèves des classes ordinaires	Oui	Oui	Oui
Nombre d'heure d'enseignement/semaine (maximal-minimal)	24h-12h/semaine	18h-6h/semaine	24-12h/semaine
Intervention des enseignants au sein de l'UEE	1 enseignants temps plein 1 enseignant ½ temps	1 enseignant 18h/semaine	1 enseignant temps plein
Qualification des enseignants	Enseignants spécialisés, mis à disposition par l'éducation nationale	Enseignant spécialisé, mis à disposition par l'éducation nationale	Enseignante avec un statut de suppléante
Autres ressources humaines du dispositif	Éducateurs spécialisés, Psychologue, Art thérapeute, Psychiatre selon les besoins	1 personnel éducatif (18h) 1 éducateur sportif sur 1/2j / semaine	1 ETP éducateur spécialisé
Accueil en classe ordinaire			
Nombre d'élèves accueillis en classe ordinaire	8/12	3/12	1/8
Temps d'inclusion	De 2 à 20h	De 2 à 15h	12h
Matières enseignées en classe ordinaire	Toutes les matières	Toutes les matières Temps d'inclusion collectifs en co-enseignement avec une classe ordinaire 4h/semaine (EPS + projet Théâtre)	Mathématiques et français
Évaluation menée avant l'inclusion	Sur Mathématiques, Français, EPS, Arts plastiques Consignée dans un livret d'évaluation	Sur l'ensemble des matières Consignée dans un livret d'évaluation	Sur les mathématiques et le français Pas de trace écrite de l'évaluation
Coordination			
Réunions de coordination	1 réunion bilan à la fin de chaque période scolaire Réunion supplémentaire en cas d'urgence	1 fois par mois 1h Conseil de cycle (1 fois par trimestre) conseil d'école (1 fois par trimestre)	Uniquement sur les temps de conseils d'écoles ou de manière non officialisée
Coût du dispositif	Non connu	Surcouts identifiés mais non chiffrés (RH, frais de fonctionnement, de transport, co-financement avec l'école des projets de sorties)	NC

L'unité d'enseignement interne (UEI)			
Organisation de l'enseignement	De 0 à 10h/semaine selon l'enfant selon des emplois du temps individualisés	En moyenne 12h/semaine, selon une répartition individualisée	10h/semaine
Réduction des temps d'enseignement à la création de l'UEE	Non	oui par manque de disponibilité de l'enseignant	Non

Source : Enquête questionnaire menée par la mission auprès des dispositifs visités

La direction d'un ITEP témoigne du bouleversement organisationnel et culturel induit par le passage en dispositif : « *Autrefois, l'institution était le point d'ancrage. Désormais, l'entrée se fait par le territoire. Les éducateurs sont dans les écoles et à domicile, dans l'environnement du jeune.* » Toutefois, dans ce DITEP, certaines prestations thérapeutiques du SESSAD restent internalisées, notamment l'ergothérapeute et la psychomotricité. L'intérêt de l'enseignante ressource (à temps plein depuis la dernière rentrée) qui intervient en classe pour aider à créer les outils pédagogiques et à mettre en place en classe sur un mode de co-intervention et de co-construction avec l'enseignant est souligné. Elle vient également en appui des AESH.

Les équipes de ces trois DITEP regrettent que les élèves, ne disposant pas d'un INE, ne soient pas comptabilisés dans les effectifs de l'école. De ce fait, l'école ne dispose pas de moyens spécifiques supplémentaires pour accueillir ces enfants en classe ordinaire et pour des temps de coordination. Ce manque de moyens est un frein à l'inclusion des enfants. Ces constats sont partagés par les directions des écoles. Un dispositif relève des difficultés à maintenir un même niveau d'enseignement dans les unités d'enseignement internalisées (UEI) à l'ouverture d'une UEE, essentiellement par manque d'enseignants.

Les équipes médico-sociales insistent sur l'importance de respecter les souhaits et les capacités des enfants. L'inclusion est proposée aux enfants et certains ne sont pas demandeurs : « *il faut vivre l'inclusion à la hauteur de ce que l'élève peut à un moment* ». Certains enfants ont un décalage en termes de maturité et d'acquis par rapport aux enfants du même âge, ce qui peut être source d'angoisse pour eux. Lorsqu'ils traversent des périodes durant lesquelles ils refusent d'aller en classe, le dispositif prend le relais « *le temps de les remettre en confiance* ». Cette possibilité de moduler le parcours de vie et le parcours scolaire des enfants est perçue comme un facteur de réussite. Au-delà du libre choix des enfants, plusieurs équipes estiment la scolarisation en UEE inadaptée, voire potentiellement néfaste pour certains enfants, en particulier lorsqu'ils présentent des pathologies sévères (troubles psychotiques). *A contrario*, des équipes et des familles ont insisté sur l'effet bénéfique de la scolarisation en classe ordinaire et la mission a pu entendre des enfants très heureux de leur inclusion en classe ordinaire.

Les directeurs des écoles accueillant les dispositifs estiment **que les enseignants ont gagné en compétence, notamment grâce à l'enseignant spécialisé et à l'éducatrice spécialisée, personnes ressources pour l'école.** Ce rapprochement est d'autant plus important que les directeurs pointent un besoin de formation pour eux-mêmes et leurs équipes.

À titre d'illustration, les emplois du temps de quatre enfants pris en charge par l'un des DITEP visités et reproduits ci-après confirment l'individualisation des durées et des modalités de scolarisation.

Tableau 2 : Emploi du temps 2022-2023 d'An., né en 2014

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
9H00/10H30	ITEP	UEE École M. Pagnol	ITEP	ITEP
<i>10H30/10H45</i>	RECREATION	RECREATION	RECREATION	RECREATION
10H45/12H00	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol
	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS

14H00/15H30	ITEP	CE1 École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	
15H30/15H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	
15H45/16H15	ITEP	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	
16H15/17H00				

Tableau 3 : Emploi du temps 2022-2023 de Th., né en 2013

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
9H00/10H30	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol
10H30/10H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	RECREATION
10H45/12H00	CE2 École M. Pagnol	CE2 École M. Pagnol	CE2 École M. Pagnol	CE2 École M. Pagnol
	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
14H00/15H30	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	ITEP	
15H30/15H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	
15H45/16H15	UEE École M. Pagnol	CE2 École M. Pagnol	ITEP	
16H15/17H00		CE2 École M. Pagnol		

Tableau 4 : Emploi du temps 2022-2023 de Dj., né en 2012

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
9H00/10H30	UEE École M. Pagnol	ITEP	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol
10H30/10H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	RECREATION
10H45/12H00	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol
	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
14H00/15H30	ITEP	ITEP UE	ITEP	
15H30/15H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	
15H45/16H15	ITEP	ITEP UE	ITEP	
16H15/17H00				

Tableau 5 : Emploi du temps 2022-2023 de An., né en 2014

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
9H00/10H30	CE1 École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol
10H30/10H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	RECREATION
10H45/12H00	CE1 École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol
	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
14H00/15H30	ITEP	UEE École M. Pagnol	CE1 École M. Pagnol	

15H30/15H45	RECREATION	RECREATION	RECREATION	
15H45/16H15	ITEP	CE1 École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	
16H15/17H00		CE1 École M. Pagnol	UEE École M. Pagnol	

Les visites de terrain menées par la mission confirment que ce mode d'organisation est perçu positivement par les acteurs, car il favorise la scolarisation en milieu ordinaire, les coopérations entre acteurs, et permet d'augmenter la file active des enfants suivis (de l'ordre de 10 à 20 %). Cependant, certaines MDPH regrettent l'information réduite dont elles disposent dans les évolutions de l'accompagnement réalisés par les DITEP, et soulignent que le manque d'évaluation ne permet pas de juger de l'efficacité de ces dispositifs. Les indicateurs de suivi d'activité ne sont pas adaptés à ces nouveaux modes de fonctionnement. Le guide méthodologique construit par la CNSA en 2019, avec l'appui de l'ANAP⁵¹, définit des unités de mesures adaptées à ces nouveaux dispositifs, en lien avec le projet SERAFIN-PH. Cependant, ces outils ne sont pas généralisés à ce jour. Les résultats de l'expérimentation pilotée par l'AIRe, avec l'appui des ARS concernant l'utilisation de nouveaux indicateurs de suivi de l'activité des ITEP devraient permettre une première évaluation de ces dispositifs.

1.3.2.2 Des expérimentations de fonctionnement en dispositif d'accompagnement médico-éducatif (DIME ou DAME) d'IME sont en cours

À l'identique des DITEP, ces dispositifs visent à améliorer la réponse aux besoins des ESH en mettant en synergie des moyens humains et institutionnels d'un territoire. Les MDPH réalisent des doubles notifications (IME SESSAD) donnant au dispositif de la souplesse dans l'adaptation du parcours de l'enfant ou du jeune. Les équipes ayant expérimenté ce dispositif le voient comme un levier important de l'inclusion, même si certains tempèrent ces propos, estimant que, pour certains enfants et jeunes, l'établissement reste un atout structurant. **Les DIME/DAME, parfois aussi désignés comme plateformes, soulignent qu'il s'agit d'une transformation importante pour leurs établissements nécessitant une adaptation de leur organisation et une évolution de certains métiers.** Ces changements nécessitent un accompagnement important des professionnels habitués à travailler ensemble, sur un lieu unique. Les pratiques managériales doivent être réinterrogées. La coordination du parcours des enfants et jeunes reste un élément fort de la réussite du dispositif. Un décret généralisant ces dispositifs est attendu pour la fin de l'année.

Les DAME en Eure-et-Loir

En Eure-et-Loir, ARS et éducation nationale ont lancé en 2016 un mouvement de transformation des IME / SESSAD, en « Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs – DAME ». L'objectif est de privilégier en première intention la solution de droit commun. Tous les enfants sont ainsi inscrits dans leur école de secteur quel que soit le mode de scolarisation retenu, en privilégiant la scolarisation en classe de référence. La réponse spécialisée n'est envisagée que si la scolarisation en milieu ordinaire n'est pas possible (ou seulement en partie), y compris avec des moyens de compensation. La MDPH notifie une orientation double en IME et en SESSAD. Aucune nouvelle notification n'est effectuée en cas de changement de modalités d'accompagnement.

À partir du constat que la connaissance du territoire de vie de l'usager améliorerait l'adaptation de la réponse, l'une des priorités du projet a été de territorialiser les DAME, en leur donnant une responsabilité populationnelle. Cette sectorisation a été définie par l'ARS et le rectorat en s'appuyant sur la carte scolaire des collèges (pour les enfants et jeunes entre 6 et 15 ans, le lieu de scolarisation définit le DAME d'intervention, entre 15-20 ans, c'est le lieu de résidence du jeune qui le définit). Les territoires des PIAL renforcés ont été alignés sur les territoires des DAME.

Devant l'impossibilité de créer une UEE ou une ULIS dans chaque école, la feuille de route prévoit que l'éducation nationale fasse en parallèle évoluer les modes de scolarisation (UE et ULIS) en dispositifs mobiles d'accompagnement pédagogique. Ainsi, pour les UE rattachés au DAME, les enseignants seront affectés sur un secteur d'exercice au plus près des élèves et des enseignants, en tant que personnes ressources, en complément

⁵¹ Janvier 2019, Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), CNSA.

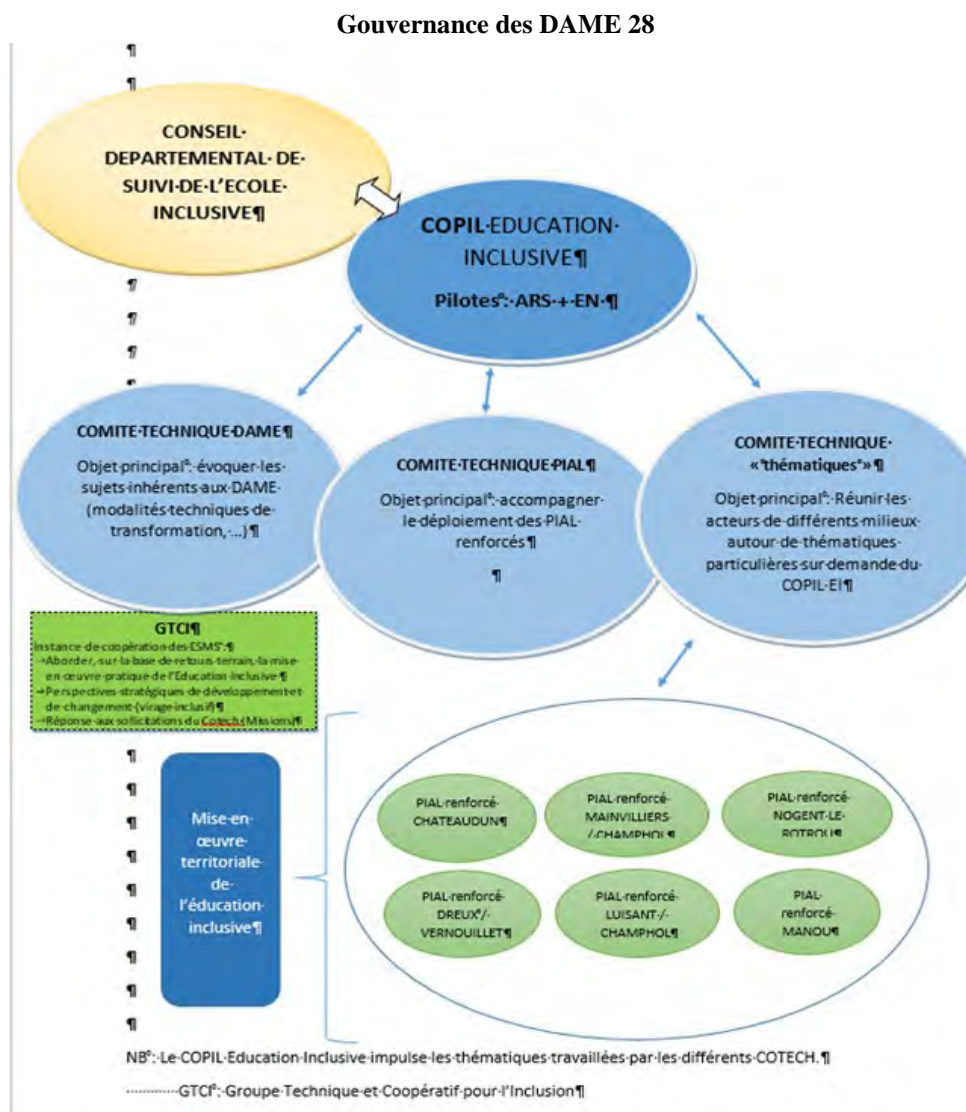
de leur fonction pédagogique en UEE des DAME. Les enseignants des ULIS seront mobiles dans et hors de l'établissement (école principalement) « afin de rendre pleinement effectif le principe de scolarisation dans l'école de secteur ».

Les DAME proposent 4 prestations :

- accueil de jour ;
- internat pour travailler sur l'autonomie ;
- ambulatoire d'accompagnement de l'enfant (école loisirs sports) ;
- centre ressource : pour des jeunes non encore orientés par la MDPH : le DAME peut aider l'enseignant sur des difficultés avec l'enfant ou en attente d'orientation de MDPH⁵².

Afin de créer une culture commune et faciliter la transversalité, des formations croisées « éducation nationale – DAME » ont été mises en œuvre.

Le DAME est doté d'un comité stratégique associant l'ARS, l'éducation nationale, des organismes gestionnaires des IME, l'ASE, la MDPH et un pédopsychiatre.



Le dispositif concerne à ce jour l'ensemble des IME du département, soit huit DAME. Les acteurs de terrains du médico-social rencontrés par la mission plébiscitent ces évolutions. Les quelques données disponibles sont encourageantes : parmi les 115 élèves en situation de handicap accompagnés par le DAME BD, 82 enfants (soit plus de sept sur dix) sont scolarisés dans leur école de secteur (temps plein ou partiel). Les personnels des DAME ont constaté une augmentation très sensible (estimée à 50 %) du nombre d'enfants accompagnés, et une

⁵² Cette mission est essentielle pour que les DAME assurent la responsabilité populationnelle qui leur a été confiée. Il s'agit toutefois d'une fonction par nature courte et ponctuelle. Elle est également essentielle pour faire évoluer la professionnalité des enseignants par rapport à l'inclusion scolaire.

diminution des listes d'attente pour les SESSAD. En 2023, 70 % des enfants pris en charge par les DAME sont scolarisés. Les interlocuteurs de la mission notent que la fréquentation scolaire a induit des sollicitations plus fréquentes des familles pour des structures de loisirs.

Les acteurs, comme la mission, regrettent cependant l'absence d'outils permettant un suivi d'activité de ce DAME sectorisé. Ce déficit de données empêche toute évaluation solide de ce projet pourtant indispensable pour s'assurer d'une possible extension de cette expérience.

1.3.2.3 Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) déployés depuis 2016 favorisent l'inclusion scolaire en intervenant en milieu ordinaire pour prévenir les ruptures de parcours

Dans la suite du rapport Piveteau « zéro sans solution » et dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », une instruction d'avril 2016⁵³ présentait les modalités de déploiement des **pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)** et en diffusait le cahier des charges. L'objectif est d'éviter les ruptures des parcours et donc les PSH sans solution d'accompagnement en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés à travers une approche systémique. Ainsi, des professionnels libéraux sont très largement impliqués dans ce dispositif. Les PCPE, rattachés à des ESMS, ont pour missions de :

- délivrer des prestations directes en faisant intervenir des professionnels salariés ou libéraux ;
- délivrer des prestations auprès des familles (guidance parentale) ;
- formaliser un projet individuel d'accompagnement ;
- coordonner les interventions effectuées dans le cadre du parcours des personnes concernées.

Il s'agit de dispositifs souples, s'adressant à toute personne en situation de handicap sans distinction d'âge, devant se positionner au plus près des besoins. Pour ce faire, l'ARS peut moduler les prestations délivrées. L'ARS définit la zone géographique d'intervention du PCPE. **En 2021, 246 PCPE étaient déployés sur le territoire⁵⁴.**

En **région Pays-de-Loire**, les $\frac{3}{4}$ des PCPE sont dédiés à la gestion des listes d'attente (PCPE GLA). Des PCPE sont dédiés aux situations critiques (SC). Ces deux types de PCPE s'adressent majoritairement aux enfants et jeunes adultes. Enfin, des PCPE sont destinés à des publics adultes⁵⁵ spécifiques (déficience sensorielle ou motrice, troubles psychiques...), sans attendre une notification MDPH. Des professionnels salariés des PCPE ou libéraux sous convention avec le pôle (éducateurs, enseignants spécialisés, ergothérapeutes, psychomotriciens...) interviennent en milieu scolaire. Les PCPE interrogés estiment majoritairement que la prise en charge a permis d'améliorer l'inclusion scolaire des enfants accompagnés et de sécuriser leur parcours scolaire.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, près de 9 personnes sur 10 accompagnées par un PCPE sont des mineurs. La scolarisation est au cœur des missions de nombreux pôles de cette région (76 %). À l'entrée dans le dispositif, 70 % des enfants et jeunes sont scolarisés en milieu ordinaire. *A contrario*, 11 % ne sont pas scolarisés. Les PCPE réalisent des interventions individuelles ou collectives en classe, auprès des élèves. Certains participent à des réunions partenariales avec les équipes pédagogiques afin d'analyser conjointement les situations de certains enfants.

Zoom sur les PCPE en Nouvelle Aquitaine⁵⁶

En Nouvelle Aquitaine, au 31 décembre 2020 l'ensemble des départements étaient couverts par 29 PCPE, 16 en direction des personnes TSA et 13 pour celles en situation critique (SC). Fin 2020, 781 personnes étaient accompagnées par un PCPE, pour $\frac{3}{4}$ des hommes. Les enfants sont majoritaires (77 % des TSA et 60 % des SC). Les $\frac{3}{4}$ des enfants de 3 à 15 ans TSA et la moitié des SC sont scolarisés en inclusion. Parmi les mineurs SC, 40 % ont une mesure de protection sociale de l'ASE (versus 4 % pour les TSA). À la même date, 175 personnes sont sorties du dispositif. La durée de l'accompagnement est inférieure à un an dans plus de huit cas

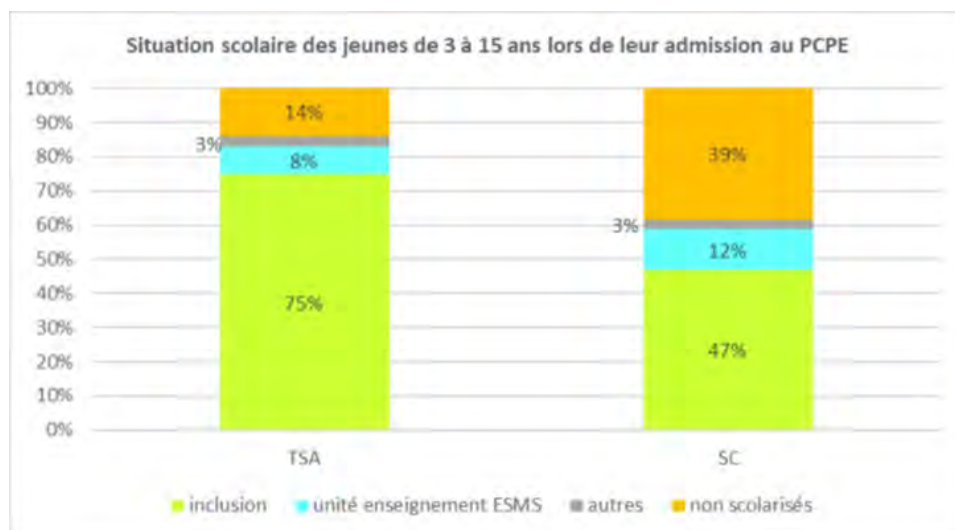
⁵³ Instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.

⁵⁴ CNSA, données issues du suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations (SEPIIA) au 31 décembre 2021.

⁵⁵ À l'exception près d'une PCPE destinée aux enfants polyhandicapés.

⁵⁶ Les PCPE en Nouvelle-Aquitaine : diagnostic régional partagé, ARS Nouvelle-Aquitaine – CREAI Nouvelle-Aquitaine.

SC sur dix et dans quatre cas sur dix pour les PCPE TSA. L'accompagnement a permis une diminution très importante du nombre d'enfants et jeunes sans solution.



Source : Enquête PCPE 2021 ARS-CREAI Nouvelle Aquitaine

Sept personnes sur dix sont accompagnées à la fois par le PCPE et le réseau partenaire. Les prestations directes peuvent se répartir globalement en quatre quarts : les soins, l'autonomie, la coordination renforcée, la participation sociale. La moitié de ces prestations sont réalisées au domicile de la personne. Elles sont assurées pour 1/4, par le PCPE pour 61 % par des libéraux très majoritairement rémunérés par le PCPE (57 % versus 4 % par l'assurance maladie) et d'autres intervenants. L'ARS constate que les allocations (AEEH pour les enfants) ne sont pas toujours suffisantes pour couvrir les dépenses de l'ensemble des interventions entraînant des non-réalisations, lorsque le PCPE ne les finance pas (le cas de 11 PCPE).

Les acteurs ont constaté une augmentation des demandes d'admission impactant les délais de réponse (souvent supérieurs à 2 mois) et générant des listes d'attente. Ainsi, en 2020, les PCPE de la région n'ont pu satisfaire que 70 % des demandes SC et 55 % des TSA.

Compte tenu de ces constats, l'ARS envisage de renforcer les moyens pérennes alloués aux PCPE. Un groupe de travail devra mener une réflexion sur l'harmonisation des pratiques et produire un rapport d'activité normalisé. Une charte pour le travail éducatif en PCPE devra permettre d'harmoniser les interventions des éducateurs libéraux.

1.3.2.4 Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) facilitent indirectement la scolarisation des enfants grâce à un repérage et un diagnostic précoce des troubles neuro-développementaux

Si elles ne participent pas directement à l'inclusion scolaire, les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), en poursuivant l'objectif de mettre en place le plus précocement possible une intervention pluridisciplinaire coordonnée chez un enfant dès l'apparition des premières difficultés neuro-développementales et sans attendre le diagnostic, évitent le sur-handicap et facilitent la scolarisation des enfants. Les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes sont particulièrement mobilisés pour ces interventions. **Les premières PCO développées s'adressaient aux enfants de 0 à 6 ans, et des plateformes 7-12 ans sont actuellement déployées**, en lien avec l'éducation nationale⁵⁷ car elles visent à prévenir troubles des apprentissages liés aux troubles du neuro-développement, L'orientation vers la plateforme se fait sur prescription médicale. La demande est validée par le médecin coordonnateur de la PCO qui propose un parcours adapté aux besoins de l'enfant. La prise en charge est réalisée par des professionnels de structures médico-sociales ou libéraux ayant contractualisé avec la PCO, dans un souci de rapidité et en favorisant la proximité, en s'appuyant sur un forfait d'intervention précoce. En février 2022, 88 PCO étaient déployées sur le territoire.

⁵⁷ Circulaire interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/DGESCO/2021/201 du 23 septembre 2021 relative au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation et l'extension du forfait d'intervention précoce de 7 à 12 ans

Carte 2 : Répartition régionale des PCO en février 2022



Source : Service public d'information en santé⁵⁸

1.3.3. Des modalités d'intervention, plus intégrées et préventives, en cours d'expérimentation

1.3.3.1 Les dispositifs d'autorégulation visent l'inclusion permanente en classe ordinaire, sans AESH, d'enfants souffrant de troubles du spectre autistique, grâce à l'intégration d'une équipe médico-sociale au sein de l'école

En septembre 2021, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement et dans la suite de plusieurs expérimentations menées sur le territoire, en particulier dans les régions Nouvelle-Aquitaine et Pays-de-Loire⁵⁹, une instruction interministérielle⁶⁰ généralise les dispositifs d'autorégulation (DAR).

L'autorégulation fait référence à la capacité d'adapter son attention, ses émotions, ses pensées et son comportement pour répondre efficacement aux demandes internes et externes. Certains auteurs définissent l'autorégulation comme le processus par lequel les élèves maîtrisent leurs pensées, leur comportement et leurs émotions pour réussir à vivre pleinement des expériences d'apprentissage (Zumbrunn, Tadlock et Roberts, 2011). Pour d'autres (Shanker 2012), l'autorégulation se rapporte au degré d'efficacité avec lequel un enfant réagit aux facteurs stressants et revient ensuite à un état de calme où il peut se concentrer et rester en alerte.

Au Canada, l'autorégulation est mise en œuvre et fait partie des compétences évaluées pour l'ensemble des élèves et non seulement pour les enfants porteurs de TSA. Stéphane Beaulne⁶¹, qui est à l'origine du déploiement des dispositifs d'autorégulation en Ontario, définit le concept de l'autorégulation comme « *la prise en charge par l'enfant des stéréotypies, des manières, tous ces comportements autistiques qui empêchent l'enfant de devenir un apprenant et qui souvent prennent beaucoup de leur temps et de leur énergie, et qui en milieu scolaire créent des problèmes importants* »⁶². L'instruction interministérielle susvisée

⁵⁸ <https://www.sante.fr/reperage-et-prise-en-soins-des-troubles-du-neuro-developpement-grace-aux-plateformes-de-coordination>

⁵⁹ Saint-Germain-les Vergnes (Corrèze), Angoulême (Charente), Boisseuil (Haute Vienne), Dompierre-sur-Yon (Vendée).

⁶⁰ Instruction interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGESCO/2021/195 du 3 septembre 2021 relative à la création de dispositifs d'autorégulation (DAR) pour les élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ; BO Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/21 du 15 novembre 2021.

⁶¹ Chercheur et professeur en psychologie, université de Nipissing Ontario, Canada.

⁶² L'autorégulation des élèves : un levier pour construire une école inclusive ? l'exemple d'un dispositif d'autorégulation inspiré de l'approche canadienne « ARAMIS » ; C Philip, Nouvelle revue, éducation et société inclusives 2019/2 (n° 86).

définit quant à elle l'autorégulation comme « *un ensemble de procédures d'ajustement volontaire, par l'apprenant lui-même, de ses conduites, stratégies et comportements* » Ce processus intègre des éléments cognitifs, émotionnels et motivationnels et poursuit le double objectif de permettre à l'ESH de maîtriser ses pensées, ses comportements et ses émotions et de gagner en autonomie. **Il doit ainsi permettre à des enfants porteurs de TSA d'être scolarisés à temps plein dans une classe ordinaire correspondant à leur classe d'âge, tout en bénéficiant d'un accueil au sein d'un espace dédié à l'autorégulation.**

Le dispositif issu de l'instruction susvisée s'adressait initialement aux élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA) âgés de 6 à 12 ans, accueillis à l'école élémentaire. Des DAR implantés dans des collèges accueillent désormais des élèves présentant les mêmes caractéristiques. Le DAR repose sur la coopération, au sein de l'établissement scolaire, d'une équipe médicosociale avec l'équipe enseignante en place pour permettre l'accueil en toute autonomie d'enfants TSA, bénéficiant d'une notification de la MDPH, sans AESH, en inclusion permanente au sein de classes ordinaires.

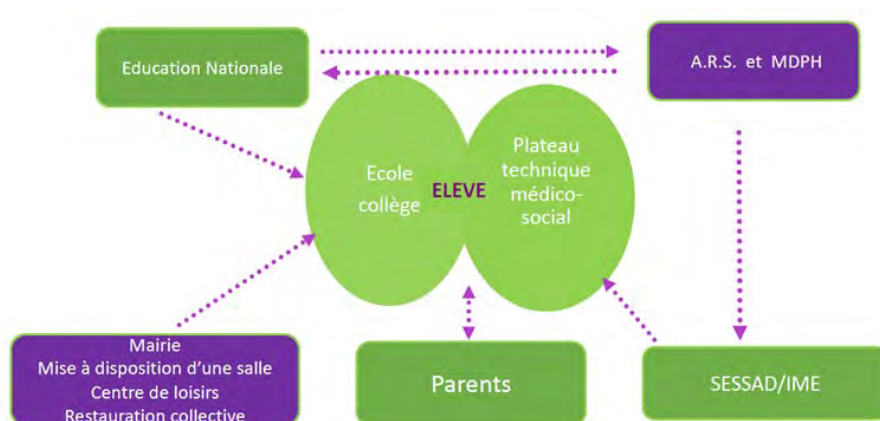
L'objectif du DAR est que l'élève en situation de handicap apprenne à réguler son comportement, son attention, ses émotions pour réussir son intégration en classe ordinaire, sans aide humaine. Il s'agit d'un travail pédagogique et éducatif qui se déploie dans les différents lieux de l'école (classe ordinaire, salle d'autorégulation, cours de récréation). Les enfants ont accès à la cantine scolaire, aux activités périscolaires et aux voyages et sorties organisées par l'école, dans les mêmes conditions que les autres élèves. Les professionnels du médico-social et l'enseignant DAR collaborent étroitement au quotidien, dans un même lieu. Le lieu de scolarisation de l'ESH reste une classe ordinaire. Il se rend occasionnellement dans la salle d'autorégulation, selon un planning défini, pour travailler seul ou avec d'autres élèves au développement de ses compétences autorégulatrices et d'apprentissage, autour d'ateliers et de temps d'enseignement complémentaire. Selon les besoins, des interventions ponctuelles peuvent se dérouler hors de l'école (domicile, club de sport). D'autres enfants « neuro-typiques » ou présentant des troubles des apprentissages autres, peuvent être accueillis ponctuellement dans la salle d'AR. L'enseignant d'autorégulation travaille en lien étroit avec les autres enseignants et l'équipe médicosociale.

La décision d'ouverture d'un DAR revient conjointement au DG de l'ARS et au recteur de l'académie. Le partenariat entre l'école et le service médico-social fait l'objet d'une convention entre le rectorat et l'organisme gestionnaire de l'ESMS. L'orientation des enfants se fait par la CDAPH, avec l'accord des familles, sur la durée d'un cycle scolaire. La notification précise également l'orientation vers le service médico-social ayant conventionné avec l'école. Sous la responsabilité du directeur de l'ESMS, l'équipe médicosociale, en concertation avec les familles, les établissements scolaires et la MDPH, prépare les admissions et les sorties des enfants du dispositif.

Chaque dispositif doit accueillir à terme entre 7 et 10 élèves, avec une montée en charge progressive. Il est doté d'un budget médico-social de 140 000 € annuel pour, selon l'instruction, « couvrir les frais spécifiquement engagés par l'ESMS pour le fonctionnement du dispositif, la formation, la supervision, la guidance et les autres charges éventuelles lui incombant ». Si aucun budget spécifique n'est défini du côté de l'éducation nationale, **le ministère s'est engagé à affecter un enseignant supplémentaire, « l'enseignant d'autorégulation » dans chaque école accueillant un DAR.**

Le pilotage du DAR est assuré conjointement par l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) de la circonscription et un cadre médico-social formé à l'AR, responsable de l'équipe médico-sociale. Le directeur de l'école, le directeur du service médico-social intervenant, l'inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés (IEN ASH), le conseiller technique de l'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-DASEN) pour l'école inclusive sont associés au pilotage.

Schéma 1 : DAR : Partenariat et coopération entre les acteurs



Source : O. Chauffour, A. Djenane, 7^e colloque UE/DAR, juin 2022

La supervision est un élément essentiel du dispositif. Suivant les recommandations de la HAS⁶³, une supervision des pratiques de l'ensemble des professionnels travaillant dans le cadre du DAR doit être mise en œuvre par un professionnel ayant des compétences en matière d'AR ainsi qu'une connaissance des contenus pédagogiques et du fonctionnement institutionnel de l'école. Ce professionnel est extérieur à l'équipe. **Le cahier des charges estime la fréquence de la supervision à 12 à 20 jours par an. Elle doit faciliter la mise en œuvre des connaissances acquises et ainsi optimiser les apprentissages des élèves et leurs parcours.** Elle contribue à la montée en compétence et à l'autonomisation progressive des professionnels intervenant dans le cadre du dispositif et favorise la communication entre les acteurs.

La formation est un autre élément essentiel du DAR. Elle concerne l'ensemble de la communauté éducative de l'école et les personnels médico sociaux intervenant dans le dispositif. Elle se déploie en deux temps :

- avant la mise en route du DAR : formation théorique de 4 jours, commune à tous les intervenants concernés⁶⁴, comportant une présentation du dispositif et un volet pédagogique ;
- dans la phase de fonctionnement du DAR : actions de formation conjointe, sur des thématiques plus ciblées en fonction de l'évolution du dispositif, organisées soit par l'inspecteur de circonscription au sein de l'école, soit par l'association gestionnaire du service médicosocial.

Les programmes d'intervention auprès des élèves sont élaborés par l'équipe médico-éducative, en étroite collaboration avec les enseignants. Cette équipe réalise une évaluation des évolutions comportementales, de l'adaptation sociale et de la réussite scolaire pour chaque enfant inclus dans le dispositif. Elle met en place une guidance familiale et des actions de formation destinées aux aidants.

L'enseignant d'AR n'est pas un enseignant spécialisé mais bénéficie d'une formation et d'un accompagnement par l'équipe médico-sociale. Sa fiche de poste est annexée à l'instruction susvisée. Selon cette fiche, l'enseignant AR :

- partage avec les autres professionnels de l'équipe médicosociale un langage et des outils de réflexion communs ;
- participe avec toute l'équipe (enseignants et professionnels médicosociaux) aux évaluations pédagogiques et aux évaluations comportementales des élèves ;
- élabore avec toute l'équipe (directeur d'école, enseignants et professionnels médicosociaux) le projet personnalisé (PP) de chaque élève concerné ;
- supplée l'enseignant de la classe ordinaire afin que ce dernier puisse disposer de temps de concertation avec les membres de l'équipe médicosociale ou intervenir lui-même dans la salle d'autorégulation pour une séquence d'apprentissage avec un élève ou un petit groupe d'élèves ;

⁶³ Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, HAS et Anesm, mars 2012.

⁶⁴ Y compris les enseignants des classes ordinaires accueillant des élèves inclus dans le dispositif.

- pratique la co-intervention dans les classes ordinaires de l'école afin de faciliter la généralisation des compétences ;
- transmet des comptes rendus d'observation à la personne chargée de la supervision ;
- participe à la réalisation de supports et de matériels pédagogiques accessibles ou à l'adaptation de supports et matériels existants, utilisables tant dans la salle d'autorégulation que dans les classes ordinaires de l'école.

L'équipe médico-sociale comporte *a minima*, pour un nombre maximal de 10 enfants :

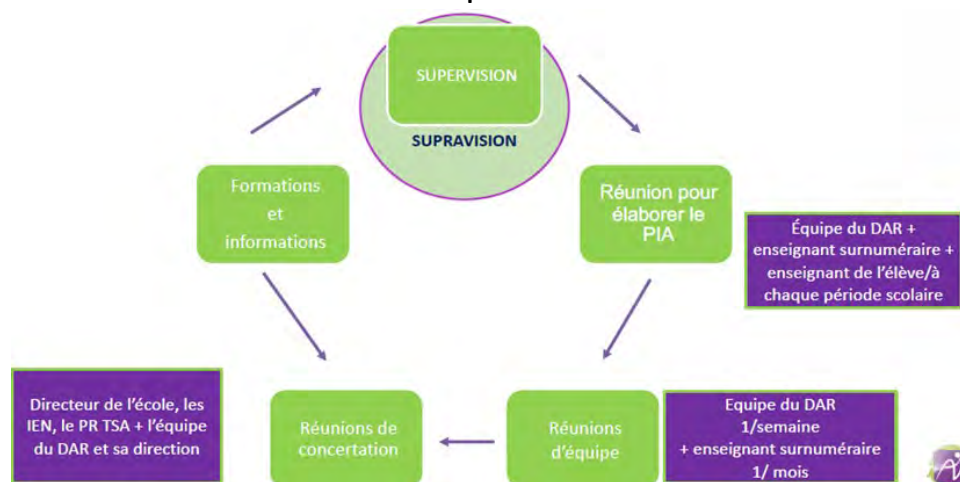
- 2 à 3 équivalents temps plein d'éducateurs ;
- un psychologue (temps partiel) ;
- des rééducateurs à temps partiel (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute...).

Ces professionnels interviennent au sein de l'école, dans les classes, en appui de l'enseignant, pour la mise en œuvre de l'autorégulation (temps d'observation, appui sur certaines activités...) selon des modalités arrêtées avec l'enseignant.

À la rentrée 2022-2023, on comptait 48 DAR implantés sur le territoire, dans des écoles primaires. Des dispositifs pilotes sont également déployés dans des collèges⁶⁵.

Au-delà des élèves inclus dans le dispositif, cette approche d'autorégulation, globale, peut bénéficier ainsi à l'ensemble des élèves et des enseignants, sous réserve, pour ces derniers, qu'ils soient au préalable formés à la démarche. Il s'agit de fait d'un dispositif particulièrement inclusif qui constitue un puissant levier d'évolution des pratiques éducatives d'un établissement. Cependant, sa mise en œuvre peut s'avérer complexe et coûteuse, du fait de la mobilisation conjointe d'un enseignant et d'une équipe médico-sociale étoffée⁶⁶.

Schéma 2 : DAR : Coopération entre les acteurs



Source : O. Chauffour, A Djenane, 7^e colloque UE/DAR, juin 2022

Le Dr Leslie Amiot⁶⁷ a réalisé l'évaluation d'une expérimentation menée sur trois DAR implantés dans des écoles primaires de Nouvelle-Aquitaine. Elle conclut au bénéfice du dispositif tout à la fois sur les élèves inclus (réduction des comportements autistiques et augmentation des performances cognitives), sur les autres élèves (meilleure gestion des comportements et émotions) et sur les enseignants (transfert de compétences, sentiment d'efficacité des enseignants, en particulier d'amélioration de la gestion de classe). L'auteur évoque des prérequis nécessaires à la réussite du DAR, en particulier, l'implication dès le lancement du projet de l'ensemble de l'équipe éducative, la clarification des rôles et missions de chacun,

⁶⁵ <https://www.gouvernement.fr/actualite/lautoregulation-un-dispositif-scolaire-pour-mieux-integrer-les-enfants-autistes>

⁶⁶ Le coût unitaire du dispositif, qui peut paraître particulièrement élevé si l'on rapporte le nombre d'enfants notifiés au nombre de professionnels, doit toutefois être relativisé pour tenir compte du fait que le dispositif devrait bénéficier à un grand nombre d'enfants de l'école, participer à une évolution des pratiques enseignantes et à un apaisement du climat scolaire.

⁶⁷ Évaluation du dispositif d'autorégulation pour l'inclusion scolaire d'enfants autistes en milieu ordinaire, Centre de recherches sur les fonctionnements et dysfonctionnements psychologiques (université de Rouen).

la formation de tous les enseignants de l'école. Concernant le profil des élèves entrant dans le dispositif, L. Amiot suggère la mise en place de cohortes permettant de suivre le parcours scolaire de ces enfants selon leur profil à l'entrée dans le dispositif.

Christine Philip a réalisé, dans les trois **DAR de Nouvelle Aquitaine, des entretiens et des observations de situation**, certains en présence de S. Beaulne qui « supravise » le dispositif⁶⁸. Elle conclut à l'intérêt du dispositif pour les enfants autistes mais aussi pour l'ensemble des élèves de l'école, rendant ainsi l'école plus inclusive. Elle insiste sur l'importance de l'implication à la fois de tous les enseignants de l'école et des parents, et du travail en équipe pour cette réussite.

La mission a pu visiter deux dispositifs implantés dans des écoles élémentaires.

Le DAR de l'école Albert-Camus de Saint Nazaire a ouvert ses portes en 2021 en accueillant trois enfants provenant de classes ordinaires pour deux d'entre eux et d'une UEMA pour le dernier. Deux élèves ont rejoint le dispositif à la rentrée suivante. Ces cinq élèves sont répartis dans quatre classes (du CP au CM1). Cette école fait partie d'un réseau d'éducation prioritaire renforcé (REP+). Le DAR de l'école La Gorp à Ambarès, ouvert en 2022, accueille trois enfants en CP et CE1. Cinq dossiers sont en cours d'examen à la MDPH. Ces deux écoles disposent d'une salle d'autorégulation mais la question de la disponibilité des locaux reste prégnante dans un établissement.

Tableau 6 : Modalités de scolarisation des enfants accompagnés par les 2 DAR visités par la mission

	DAR 1	DAR 2
Ancienneté du dispositif	1 an	2 ans
Les élèves du DAR		
Nombre d'élèves accueillis/capacité maximale	3/8	5/7
Âges des enfants (mini- max)	De 6 à 7 ans	De 7 à 10 ans
Niveaux de scolarisation	CP et CE1	CP, CE1, CE2, CM1
Accueil en salle d'autorégulation		
Durée hebdomadaire de l'accueil	Plusieurs ateliers de 30 à 45 mn	NC
Partage de la cantine avec les élèves des classes ordinaires et accompagnement	Oui – accompagnement si besoin par un éducateur	Oui sauf une élève
Temps de récréation avec les élèves des classes ordinaires	Oui	Oui Accompagnés des éducateurs spécialisés du DAR et des animateurs de l'équipe périscolaire (2), des animateurs périscolaires (1 référent par élève)
Nombre d'heure de prise en charge en classe d'autorégulation/semaine (minimal-maximal)	45 mn à 9h (élève en CP)	Des ateliers
Intervention des enseignants au sein du DAR	Enseignant DAR 24H/semaine	Enseignant DAR 24H/semaine
Qualification des enseignants	Professeur des écoles non spécialisé	Non spécialisé
Autres ressources humaines du dispositif	Moyens du DAR : 1 Educateur spécialisé TP 2 aides médico psychologiques TP ¼ ETP ergothérapeute	1 AESH I pour un élève 1 AESHco pour les autres Plus moyens médico-sociaux

⁶⁸ L'autorégulation des élèves : un levier pour construire une école inclusive ? L'exemple du dispositif d'autorégulation inspiré de l'approche canadienne « Aramis ». C. Philip, maître de conférences honoraire en sciences de l'éducation, membre associé du Grhapes – INSHEA.

Accueil en classe ordinaire		
Nombre d'élèves accueillis en classe ordinaire	3	5
Temps d'inclusion hebdomadaire	15h à 23h15	De 6 à 24h
Matières enseignées en classe ordinaire	Toutes	Toutes (si temps de présence réduit, privilégient les mathématiques et le français)
Évaluation menée avant l'inclusion	Non	Oui
Coordination		
Réunions de coordination	1h/semaine	OUI
Coût du dispositif	Non connu Aménagements de locaux nécessaires	Non connu Aménagements de locaux nécessaires

Source : Enquête questionnaire menée par la mission auprès des dispositifs visités

Les membres des équipes rencontrées par la mission attestent de l'intérêt du dispositif, au-delà des enfants notifiés. Ils confirment avoir observé des modifications de comportement des enfants et une progression dans les acquis. Une maman rencontrée témoigne des progrès de son fils et des répercussions positives dans le quotidien de la famille : « depuis l'arrivée de R. à l'école, on revit », « on a plus de compliments de la maitresse... C'est beaucoup plus facile au quotidien ».

Si le dispositif est jugé positif, les équipes rapportent cependant son caractère chronophage et des difficultés dans sa mise en œuvre.

En premier lieu, les deux équipes rencontrées insistent sur l'importance du ciblage des enfants. Ils doivent être en capacité de suivre une scolarité en classe ordinaire, à temps complet, ce qui oriente vers des enfants ne présentant pas de troubles cognitifs importants. Les échecs sont, selon eux, la conséquence d'une mauvaise orientation. Les outils disponibles, en particulier le GEVASco s'avèrent insuffisants pour cibler les enfants en capacité d'intégrer le DAR. Aussi, la phase d'observation en classe, en amont de l'orientation s'avère indispensable.

À ce titre, l'accueil d'un enfant avec une AESHi dans un des deux DAR s'explique par une orientation inappropriée de l'enfant vers le dispositif⁶⁹.

Les deux dispositifs rencontrés sont en phase de montée en charge et incluent respectivement cinq et trois élèves. Les équipes convergent vers **la difficulté d'augmenter le nombre d'enfants et la nécessité de limiter le dispositif à 7 à 8 enfants (en deçà du seuil maximal de 10 prévu dans l'instruction)**. Dans l'un des deux DAR, l'organisme médico-social autofinance le dispositif à hauteur de 40 000 € / an, en complément des 140 000 € alloués par l'ARS.

La compétence ainsi apportée au sein de l'école peut bénéficier à d'autres enfants présentant des besoins particuliers.

Les équipes soulignent l'importance de la guidance parentale. Pour s'assurer de l'adhésion des parents, une rencontre avec les familles, le plus souvent à domicile, est organisée avant toute orientation. Les interlocuteurs de la mission d'un des deux DAR rencontrés ont indiqué que le refus d'orientation dans le DAR du fait de l'opposition à la mise en place d'une guidance parentale était fréquent.

L'adhésion et la démarche et la coopération au sein de l'école même sont un enjeu perceptible.

Si les retours sont en faveur d'une impérieuse nécessité d'associer l'ensemble de l'équipe enseignante dès le lancement du projet de mise en place du dispositif dans leur école, des difficultés d'appropriation par les enseignants de pratiques pédagogiques différenciées et les différences culturelles et organisationnelles entre l'équipe pédagogique et l'équipe médicosociale restent des éléments à prendre en compte. Les formations conjointes, diversement appréciées selon les équipes, ont cependant permis d'amorcer un rapprochement.

⁶⁹ La présence d'une AESHco au sein du DAR, qui n'a pas été rencontrée par la mission, est également dérogoratoire aux principes du DAR.

Le dispositif prévoit que l'enseignant AR ne soit pas spécialisé. Sans être spécialisée, l'enseignante AR de l'un des dispositifs était auparavant conseillère pédagogique (titulaire du CAFIPEMF⁷⁰) et référente TSA de la circonscription. Ses compétences tant en termes pédagogiques qu'en termes de connaissance des TSA, facilitent les relations avec les autres enseignants, en particulier l'acceptation de sa présence dans les classes ordinaires accueillant les enfants du DAR. Dans le second dispositif rencontré, l'enseignant AR peine à trouver sa place et à établir une coopération avec les enseignants des classes ordinaires. Si la mission ne peut tirer une recommandation solide de ces observations, **l'intérêt du positionnement d'un enseignant spécialisé au sein du DAR mérite d'être interrogé.**

La supervision, réalisée par un personnel médicosocial, est perçue par certains enseignants comme un contrôle, ce qui complexifie les relations au sein de l'équipe du DAR. Par ailleurs, la **coordination pâtit d'une organisation et d'horaires de travail différents, rendant complexe l'organisation régulière de réunions entre les intervenant médicosociaux, l'enseignant AR et les enseignants accueillant les enfants dans leur classe.**

1.3.3.2 Un dispositif innovant dans le territoire nord du département de la Meurthe et Moselle : l'ULIS renforcée de l'EREA du Val de Briey

La création de ce dispositif original à la dernière rentrée scolaire (2022-2023) est le fruit d'une réflexion menée en premier lieu conjointement par les acteurs de terrain de l'éducation nationale et du médico-social. Leur objectif était de décroïsonner, de simplifier et de favoriser la coopération des acteurs afin de poursuivre l'inclusion scolaire des élèves en situation de handicap. **Il ne s'agit pas de créer une nouvelle structure mais d'« agencer autrement pour transformer » en s'appuyant sur les ressources existantes dans le territoire. La base du dispositif reste les ULIS,** du fait en particulier de leur maillage territorial et de leur déploiement dans les différents cycles scolaires. Le projet a été pensé pour être reproductible. Un comité de pilotage associant les services de l'éducation nationale et l'ARS a été mis en place.

Le dispositif consiste à intégrer un plateau médico-social au sein d'une Uliscollège-lycée professionnel constituée au sein d'un établissement régional d'enseignement adapté (EREA). Il concerne des enfants et jeunes de 11 à 20 ans, quel que soit leur handicap, ayant des capacités d'apprentissage scolaires nécessitant un enseignement adapté et ne pouvant être scolarisés à temps plein. Ces élèves doivent avoir une autonomie et des compétences sociales permettant d'envisager une éventuelle insertion professionnelle en milieu ordinaire ou spécialisé.

Une extension de capacité d'un SESSAD (12 places) a été octroyée par l'ARS. Une dotation supplémentaire permet la mobilisation de professionnels libéraux (psychologues, ergothérapeutes)⁷¹. Ces subventions complémentaires ont été accordées à ce SESSAD en particulier pour permettre l'accueil d'enfants en provenance d'un établissement belge ayant suspendu son conventionnement avec la France.

L'offre de service du SESSAD au sein de l'établissement comporte :

- des **temps d'enseignement** adapté, différencié et modulable ;
- des **ateliers éducatifs** pour travailler l'autonomie et la citoyenneté ;
- des **ateliers professionnalisants** pour préparer un projet professionnel ;
- une **coordination des soins thérapeutiques** ;
- une **équipe médico-sociale ressource** pour la communauté éducative.

Les élèves inscrits dans le dispositif proviennent d'IME, d'ULIS école et de l'établissement belge susvisé. Tous avaient une notification MDPH. Depuis leur entrée dans le dispositif, tous les jeunes disposent d'un numéro INE et sont inscrits dans l'établissement. **Décision a été prise conjointement avec la MDPH de ne pas notifier d'orientation médico-sociale pour ces élèves.** Cependant, les familles peuvent mobiliser les droits individuels liés à la compensation du handicap de leur enfant. Le projet vise à « décolorer⁷² » l'ULIS afin

⁷⁰ Certificat d'aptitude aux fonctions d'instituteur ou de professeur des écoles maître formateur. Il permet d'exercer des fonctions comportant des activités d'animation, de recherche et de formation dans le cadre de la formation initiale et continue des instituteurs ou des professeurs des écoles.

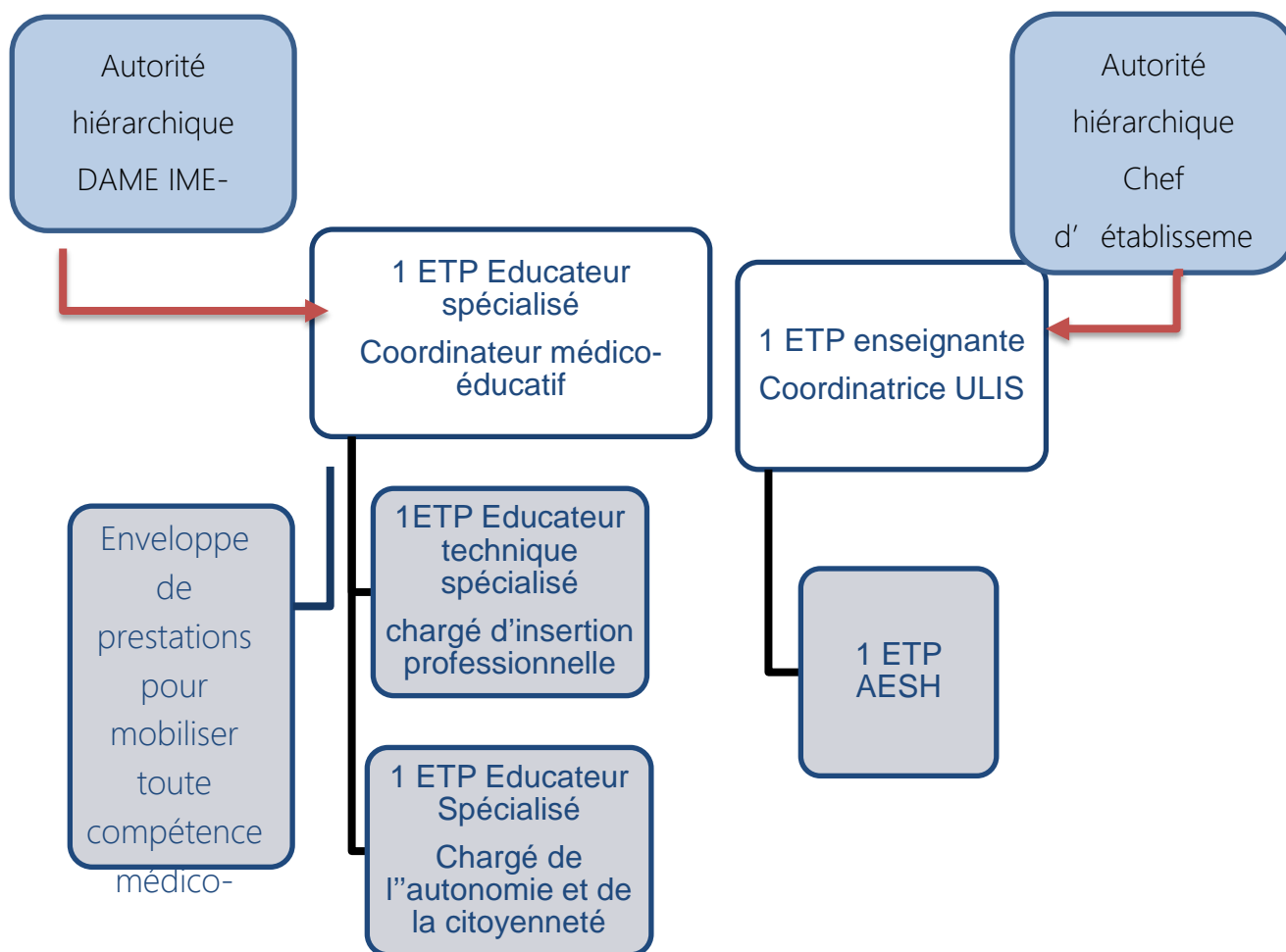
⁷¹ Soit une enveloppe totale annuelle de 222 000 € finançant principalement les charges de personnels (152 000 €) et les services extérieurs (prestations, location de matériel de transport) (44 000 €).

⁷² Métaphore employée par les interlocuteurs de la mission pour signifier une déspecialisation.

d'apporter une réponse de proximité aux jeunes quel que soit leur handicap. Le dispositif peut accueillir dix élèves au sein de l'ULIS du collège lycée professionnel et deux à cinq enfants d'autres ULIS du territoire, sous forme d'un appui ambulatoire.

À ce jour, neuf jeunes, âgés de 12 à 17 ans, sont scolarisés dans l'EREA de Val de Briey, de la classe de 6^e à la seconde CAP⁷³. **Une AESH collective est présente, comme dans toute ULIS. Un éducateur technique, deux éducateurs spécialisés, dont un assurant les fonctions de coordinatrice médico-sociale du dispositif, interviennent dans la classe aux côtés de l'enseignante spécialisée, coordinatrice pédagogique. Tous les jeunes sont accueillis en classe ordinaire, selon des parcours individualisés (entre 7 h et 23 h par semaine). Ils partagent tous cantine et récréation avec les autres élèves, certains avec un accompagnement.**

Schéma 3 : Le plateau technique de l'ULIS renforcée de l'EREA de VAL DE BRIEY



Source : Présentation du dispositif, avril 2022, ARS Grand Est, académie Nancy-Metz

Les temps scolaires des élèves sont répartis en cinq volets :

- les enseignements adaptés ;
- les ateliers éducatifs (autonomie, citoyenneté, gestion des troubles du comportement) ;
- les ateliers professionnels ;
- le stage en établissement scolaire ou en milieu professionnel ;
- les temps périscolaires (restauration...).

La répartition entre ces différents temps est propre à chaque élève. À titre d'illustration, est reproduit ci-dessous le planning hebdomadaire d'un élève :

⁷³ Quatre élèves scolarisés dans d'autres établissements (écoles et collèges) bénéficient d'une prise en charge ambulatoire.

Tableau 7 : Emploi du temps d'un élève pris en charge par le dispositif ULIS renforcé

EMPLOI DU TEMPS					
HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
08:00					
08:30					
09:00	Enseignement adapté : Français	Atelier éducatif : Autonomie	Enseignement adapté : éducation physique	Enseignement adapté : Français	Atelier éducatif : citoyenneté
09:30					
10:00					
10:15	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
10:30	Atelier éducatif : gestion du comportement	Enseignement adapté : Mathématiques	Atelier éducatif : citoyenneté	Atelier professionnel	Enseignement adapté : Histoire / Géographie
11:00					
11:30					
12:00	Repas	Repas		Repas	Repas
13:30					
14:00	Enseignement adapté : éducation physique	Atelier professionnel		Atelier éducatif : Autonomie	Atelier professionnel
14:30					
15:00					
15:30	Atelier professionnel				
16:00					
16:30					

	Ateliers professionnels
	Enseignement adapté
	Ateliers éducatifs
	Temps périscolaires

Source : Présentation du dispositif, avril 2022, ARS Grand Est, académie Nancy-Metz

Des réunions de coordination hebdomadaires sont organisées entre les deux coordinatrices. Une réunion de synthèse regroupe à la même fréquence l'ensemble de l'équipe. Chaque vendredi matin, un temps de cohésion avec l'ensemble des élèves permet de réaliser un bilan de la semaine.

La mission a pu échanger avec les parties prenantes. Les deux coordinatrices relèvent les difficultés de mise en place du fait de différences culturelles et organisationnelles : l'implication du chef de service du SESSAD a pu être mal vécue côté éducation nationale, non soumise à des contraintes hiérarchiques. La différence de temps de présence a complexifié l'organisation de temps de concertation. **Les directions relèvent des incompréhensions de familles constatant que les transports et la cantine étaient à leur charge⁷⁴, ce qui n'étaient pas le cas lorsque leur enfant était pris en charge par un ESMS⁷⁵. Cela pourrait contribuer au choix de certaines familles de privilégier une prise en charge en milieu médico-social de leur enfant. Les deux pères d'enfants rencontrés par la mission font état de progrès importants**, en particulier en termes d'autonomie, de leurs enfants depuis leur inclusion dans ce dispositif. Ils notent que l'intégration de leurs enfants en classe ordinaire a changé le regard des autres.

Forts de cette première expérience, ARS et rectorat envisagent de dupliquer le dispositif dès la prochaine rentrée dans un territoire voisin. Une réflexion régionale sur l'élargissement de ce mode de coopération aux futurs DAME, en articulation avec les PIAL renforcés est en cours.

La jeunesse de ce dispositif ne permet pas d'en dresser un bilan. Néanmoins, il réunit de nombreux atouts, en permettant une scolarisation réellement inclusive à ces enfants et jeunes tout en préservant les mêmes droits que tout enfant en situation de handicap et en s'appuyant sur des structures présentes sur l'ensemble du territoire. **Le ciblage des élèves est un préalable indispensable qui contribue fortement à la réussite du dispositif. Celui-ci, au-delà de l'inclusion scolaire, poursuit l'objectif d'une intégration dans le monde du travail.** Le financement consenti par l'ARS dans des circonstances exceptionnelles (nécessité de scolariser des jeunes et enfants jusque-là pris en charge en Belgique) pourrait *in fine* être génératrice d'économies. La dotation allouée porte **le coût annuel du dispositif par élève à 18 500 €, alors que, dans son rapport d'orientation budgétaire 2020, l'ARS Grand Est estime à 38 113 € le coût moyen de la place en IME.** En

⁷⁴ Les modalités de transport sont définies en fonction des évaluations réalisées par la MDPH. Dans la majorité des cas, le transport en commun ou l'utilisation d'un véhicule familial est jugé possible.

⁷⁵ En établissement médico-éducatif, les transports sont organisés et pris en charge par l'établissement.

faisant sortir du champ médico-social ces enfants, le dispositif pourrait contribuer à réduire les files d'attente, en particulier des IME.

1.3.3.3 Un autre dispositif expérimental d'intégration de professionnels médico-sociaux dans des établissements scolaires : les pôles d'accompagnement à la scolarité (PAS) dans la région Bourgogne-Franche-Comté

En Bourgogne-Franche-Comté, à côté des EMASco, UEE, UEMA, UEEA en développement et en progression, des **pôles d'accompagnement à la scolarité (PAS)** ont été développés conjointement par l'ARS et l'éducation nationale, pour accompagner le développement de la scolarisation individuelle en classe ordinaire qui a progressé régionalement (voir encadré ci-après) Cette initiative vise à soutenir les équipes et les établissements scolaires par l'intégration de ressources médico-sociales dans les écoles et les établissements.

Le contexte régional de la scolarisation des enfants en situation de handicap en Bourgogne-Franche-Comté

Dans l'académie de Besançon, 5 700 élèves sont reconnus en situation de handicap, dont 2 850 bénéficient de l'aide humaine de 1 800 AESH. Grâce à un partenariat très étroit avec les MDPH, les notifications sont couvertes à plus de 98 % et **on compte très peu de situations où les élèves seraient en attente d'un accompagnement humain**. L'ambition de la région académique Bourgogne Franche-Comté est cependant de travailler à une amélioration qualitative des réponses, que ce soit en amont ou en aval du handicap dans un contexte de nette progression de la scolarisation des ESH entre fin 2018 et 2021.

Les enquêtes initiées au niveau régional, conjointement par l'ARS BFC et les rectorats de Dijon et Besançon, relatives à la scolarisation des enfants accueillis en établissement montrent **une progression générale de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, tous âges confondus. Celle-ci est passée de 29 % à 39 % si l'on considère l'ensemble des enfants accueillis en établissement (+ 10 points)**. Elle a progressé encore plus fortement si l'on considère uniquement les enfants accueillis en établissement et scolarisés : elle passe de 35 % à 47 % (+ 12 points). Ces données varient selon la tranche d'âges considérée. La scolarisation en milieu ordinaire a progressé de 39 % à 53 % (+ 14 points) si l'on considère les enfants accueillis de moins de 16 ans. Elle progresse également pour les enfants de plus de 16 ans (de 13 % à 18 %, +5 points), dans un contexte d'augmentation forte du nombre d'enfants de cette tranche d'âges accueillis (+17 %)⁷⁶.

Tableau 8 : Scolarisation en milieu ordinaire parmi les enfants accueillis en établissement médico-social

	Parmi l'ensemble des enfants accueillis (en %)		Parmi les enfants accueillis ET scolarisés	
	Fin 2018	Début 2021	Fin 2018	Début 2021
Moins de 16 ans	39 %	53 %	43 %	57 %
Plus de 16 ans	13 %	18 %	17 %	27 %
Ensemble	29 %	39 %	35 %	47 %

Lecture : tableau de gauche, première ligne : parmi tous les enfants de moins de 16 ans accueillis en établissement, 39 % étaient scolarisés en milieu ordinaire en 2019. Ils sont 53% en 2021. Lecture tableau de droite, première ligne : parmi les enfants de moins de 16 ans accueillis en établissement et accédant à une scolarisation, 43 % sont scolarisés en milieu ordinaire en 2018. Ils sont 57 % en 2021.

Source : Planète publique à partir des enquêtes scolarisation ARS/EN (2018-2021)

Avec les autres types de nouveaux dispositifs, les pôles d'accompagnement à la scolarité s'inscrivent dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale dans la région Bourgogne-Franche-Comté.

⁷⁶ Voir le rapport Évaluation du SRS et du PRAPS, ARS Bourgogne-Franche-Comté, février 2023, enquête menée par Planète publique à la demande de l'ARS BFC.

Tableau 9 : Offre d'accompagnement en BFC en 2021

	Ev. UEE (2018-21)	UEE	UEMA*	UEEA	PAS	Réseaux d'éducation par EMASco
Côte d'or	+ 71 %	12	3	1	3	5
Doubs	+ 52 %	35	3	1	3	4
Jura	+ 17 %	7	2	1	2	3
Nièvre	+ 22 %	22	2	1	1	3
Haute S.	+ 50 %	18	2	1	1	5
Saône et L.	+ 79 %	34	3	2	3	3
Yonne	+ 20 %	18	2	1	2	(EMASco Nord) 2 (EMASco Sud)
Territoire B.	+ 50 %	9	1	1	0	3
TOTAL	+ 46 %	155	18	9	15	30

**Prévisionnel pour la rentrée de septembre 2022.*

Source : Planète Publique, à partir des données ARS

La mission ne s'étant pas déplacée dans cette région, elle s'est appuyée sur des ressources documentaires pour cette analyse. Un récent rapport consacré à l'évaluation du schéma régional de santé de la région Bourgogne-Franche-Comté souligne en effet que « les acteurs institutionnels sont unanimes sur l'intérêt des PAS, même s'ils disposent de peu de recul encore sur leur fonctionnement ».

Quinze PAS ont été constitués en 2021 dans la région (qui couvre deux académies), avec un financement de 50 000€ par PAS pour mettre à disposition du milieu ordinaire l'expertise du secteur médico-social. Le but : aider les équipes pédagogiques afin de mieux prendre en compte les besoins de certains élèves reconnus en situation de handicap par la MDPH grâce à l'intervention des professionnels médico-sociaux. Ce dispositif expérimental permet en particulier de mieux répondre aux notifications alternatives qui **concernent ces élèves dont les familles refusent l'orientation, par exemple en IME, et qui restent scolarisés en milieu ordinaire ; il peut s'agir aussi d'élèves orientés en IME mais qui restent scolarisés en milieu ordinaire en attente de cet accompagnement ; enfin, les PAS développent également une mission de prévention bénéficiant plus largement aux élèves de l'établissement scolaire.** Ces élèves étant souvent hautement perturbateurs, ou considérés comme tels par les équipes pédagogiques, l'idée portée par l'ARS et les inspecteurs ASH est de **faire intervenir sur le temps scolaire des professionnels médico-sociaux, le plus souvent des éducateurs spécialisés.** Plutôt que des interventions hors temps scolaire, par exemple sur la pause méridienne, l'originalité du dispositif est de les faire intervenir dans les classes où sont scolarisés ces élèves. **Le PAS présente ainsi l'intérêt d'agir en appui de la classe et de l'enseignant, non de l'ESH.** Cela peut aider grandement les enseignants qui se disent démunis face à des situations qui débordent. Ni enseignant spécialisé, ni AESH, l'éducateur spécialisé est détenteur d'une expertise spécifique, rarement mise en valeur au sein de l'éducation nationale, mais reconnue dans ce cadre.

Dans le cadre du PAS, un professionnel médico-social d'un établissement médico-social est positionné au sein d'une ou deux structures scolaires du premier ou du second degré, situées à proximité, et développe les accompagnements nécessaires en lien étroit avec toute l'équipe éducative et pédagogique de l'établissement scolaire. Les professionnels médico-sociaux relèvent d'opérateurs médico-sociaux de proximité (le plus souvent des SESSAD) ; ces professionnels expérimentés sont désignés en lien avec l'IEN (la fiche de poste est élaborée conjointement). Ils réalisent un accompagnement en continuité sur la journée de 5 à 10 jeunes. Le positionnement au sein de deux entités scolaires maximum doit faciliter l'intégration dans les équipes EN.

Le dispositif vise à développer une culture partagée du handicap à travers le partage de pratiques professionnelles. D'après le rapport précité, les professionnels saluent l'intérêt d'une expertise médico-

sociale dans les établissements mais pointent cependant une vigilance : « **les PAS ne peuvent pas se substituer à un accompagnement médico-social pérenne par les IME ou les SESSAD. Les difficultés qui persistent dans des écoles seraient liées à des situations dans lesquels le PAS n'est pas la solution adaptée au besoin de l'enfant (en attente d'un accompagnement plus soutenu par un IME)** ». D'après un CT ASH⁷⁷, cette diversification de l'offre permet de réduire les sorties du milieu ordinaire.

1.3.3.4 Le centre de scolarité adaptée du lycée polyvalent Les Bourdonnières de Nantes intègre un plateau technique médico-social et un internat adapté

La mission s'est rendue à Nantes pour visiter le **lycée polyvalent des Bourdonnières**. Ce lycée scolarise 1 800 élèves et dispose de quatre filières : générale, technologique, professionnelle et post bac (BTS). **Depuis 1987, le lycée est engagé dans un partenariat avec l'APAJH 44⁷⁸ afin de scolariser des jeunes en situation de handicap physique moteur et sensoriel ou ayant des troubles des apprentissages (dys-)**. Plus récemment, le lycée s'est ouvert aux enfants présentant un TSA. Comme indiqué sur le site de l'établissement⁷⁹ et comme la mission a pu le constater *de visu*, **l'établissement est totalement accessible aux élèves en situation de handicap** tant en ce qui concerne les locaux (ascenseurs, portes automatiques, rampes d'accès, bandes de sol rugueuses...) que les équipements (mobilier adapté, loupes, salle de rééducation, internat adapté de huit places...).

L'orientation scolaire des élèves en situation de handicap (ESH), identique à celle des autres élèves, est réalisée par les collègues en fonction de leurs résultats. De ce fait, **tous ces élèves sont scolarisés en classe ordinaire**. En parallèle, **ils peuvent bénéficier d'une prise en charge médico-sociale, après notification par la MDPH, celle-ci pouvant se réaliser au sein de l'établissement**. L'équipe porteuse du projet revendique que « *le but recherché n'est pas l'égalité (...) mais plutôt l'équité dans l'accessibilité des locaux, l'accès aux savoirs.* ».

Depuis la rentrée 2023, le lycée scolarise 52 ESH. Pour prendre en compte les besoins particuliers des élèves, des adaptations peuvent être mises en place pour des devoirs surveillés et des examens (temps supplémentaires, assistance d'un secrétaire, utilisation d'un logiciel de compensation...). Sur avis de l'équipe de suivi de la scolarité, certains ESH peuvent bénéficier d'un étalement de la scolarité. Le tableau ci-après reproduit l'emploi du temps et les adaptations mises en place pour un élève de terminale générale.

Tableau 10 : Exemple de l'emploi du temps et des adaptations mises en place pour un élève en situation du handicap scolarisé au lycée des Bourdonnières

R. : Terminale générale aménagée sur 2 ans (session 2022 et session 2023)

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8H					
9H		Humanités littérature et philosophie/ soutien		Philosophie/ soutien	Littérature anglaise
10H				Anglais	
11H		Philosophie	Humanités littérature et philosophie		
12H					Philosophie
13H					

⁷⁷ Source : Comment le partage des pratiques avec l'enseignement spécialisé et le médico-social infuse dans l'académie de Besançon. AEF, 9 mai 2023.

⁷⁸ Association pour adultes et jeunes handicapés de Loire-Atlantique.

⁷⁹ <https://bourdonnieres.paysdelaloire.e-lyco.fr>

14H	Point suivi scolaire	Humanités littérature et philosophie	Humanités littérature philosophie
15H			
16H			
17H			
18H		EPS adaptée/ boccia	

AESH :

Notification 30 h, mais accompagnement effectif sur 10 h

Missions attendues : aide aux déplacements, à l'installation en classe, au maintien de l'attention et de la concentration, secrétaire scripteur lecteur

Matériel pédagogique adapté : ordinateur portable écran 17 pouces et traitement de textes.

Le proviseur du lycée a obtenu du rectorat de limiter à 25 l'effectif des classes accueillant un ESH. Cependant, cette « dérogation » est fragile car pouvant être remise en cause à chaque rentrée scolaire. La direction note que les résultats des élèves en situation de handicap sont identiques à ceux des autres élèves, leur scolarité étant en moyenne plus longue.

Par convention, le lycée met à disposition du SESSAD de l'APAJH 44 un plateau technique comportant en particulier une salle de rééducation avec balnéothérapie. L'équipe comporte des ergothérapeutes, des psychologues et des masseurs kinésithérapeutes qui interviennent sur le plateau technique. Une orthophoniste libérale, ayant signé une convention avec le SESSAD intervient dans son cabinet. Le SESSAD prend en charge 12 élèves scolarisés dans le lycée, dont les cinq jeunes accueillis à l'internat adapté. Il prend également en charge des enfants non scolarisés aux Bourdonnières.

Le coordonnateur du dispositif, professeur d'histoire-géographie et titulaire du CAPPEI⁸⁰, a pris ses fonctions en avril dernier. Il coordonnait auparavant une ULIS collège. Le précédent coordonnateur était présent depuis la création du dispositif. **La rémunération du coordonnateur est prise en charge pour moitié par l'éducation nationale et pour moitié par l'APAJH 44.** Il tient un rôle essentiel dans le dispositif, à l'interface entre les personnels de l'éducation nationale, les équipes du SESSAD et les familles : il assiste aux conseils de classe, organise des réunions hebdomadaires avec les AESH et l'équipe médico-sociale et, en début d'année, avec les familles. Il rédige avant la rentrée scolaire une fiche destinée en particulier aux professeurs de l'ESH. Cette fiche précise les besoins d'adaptation / compensation à mettre en place (utilisation d'une taille plus importante de police de caractères, nécessité d'un secrétaire pour les devoirs, utilisation de l'outil informatique, besoin d'accompagnement pour les gestes de la vie quotidienne, toilette, aide aux repas...). Dès la rentrée scolaire, il réunit les personnels du lycée (professeurs et non enseignants) et les professionnels du SESSAD afin d'évoquer les besoins particuliers de chaque jeune et d'échanger sur les actions mises ou à mettre en place par chacun, selon sa fonction et ses compétences, en complémentarité.

La mission a pu visiter les locaux du **centre de scolarité adapté (CSA)**. Intégré au rez-de-chaussée d'un bâtiment situé dans l'établissement, **le CSA est le cœur du dispositif. Il comporte l'internat adapté, le plateau technique médico-social, le bureau du coordonnateur du dispositif, un bureau dévolu aux AESH, ainsi que des espaces munis d'ordinateurs en libre accès pour les élèves.** Lorsque des adaptations sont nécessaires (cf. supra), les devoirs surveillés et les examens se déroulent dans les locaux du CSA. La mission a pu constater le rôle central du CSA, lieu d'échanges et de travail pour les ESH, qui s'y rendent parfois en compagnie d'élèves non pris en charge par le dispositif. Le coordonnateur confirme l'importance du centre pour les jeunes, pouvant par ailleurs jouer un rôle de **sas de décompression dans les moments où « l'inclusion en classe ordinaire est trop difficile »**. Le CSA, y compris l'internat, ne fonctionne que durant les

⁸⁰ Certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'école inclusive.

périodes scolaires, du lundi au vendredi. En dehors des temps scolaires, les ESH regagnent leur domicile, à l'identique des autres élèves.

Un seul ESH pris en charge par le SESSAD, porteur d'un handicap moteur très lourd, dispose d'une aide humaine (AESH) individualisée à temps complet. À cette exception près, tous les AESH sont mutualisés. Ils interviennent dans l'**accompagnement scolaire** (secrétariat de devoirs et examens, accompagnement en classe, organisation du travail, aide aux devoirs...) et dans l'**accompagnement aux gestes de la vie** (repas, toilette mais aussi douche, lever et coucher pour les internes). Leurs emplois du temps sont établis par le coordonnateur du dispositif et le coordonnateur des AESH. **Deux AESH assurent la surveillance de nuit des jeunes accueillis dans l'internat adapté**, chaque personnel effectuant une permanence de nuit par semaine. Ces AESH se singularisent à plus d'un titre : **salariés à temps plein, en majorité des hommes, titulaires pour la plupart d'une licence ou d'un master.** Ils apportent une aide scolaire importante aux élèves. En assurant la surveillance de nuit de l'internat adapté, ils interviennent auprès des internes pour les gestes de la vie quotidienne (habillage, douche), et réalisent des gestes techniques (mobilisation en prévention d'escarres ou surveillance d'une d'assistance respiratoire...). L'APAJH les accompagne dans cette professionnalisation. **La direction note une très grande stabilité dans l'emploi avec un turnover limité.** Cependant, elle fait état de difficultés récurrentes du fait d'absences non remplacées d'AESH, y compris lorsqu'elles sont programmées et de longue durée (grossesse, congé parental, maladie chronique grave...) faute de budget. Ces absences peuvent déstabiliser très rapidement l'équipe.

Les besoins en **matériel pédagogique adapté (MPA)** concernent essentiellement le matériel informatique et les logiciels. **Tous les ESH ne disposent pas du matériel qui leur serait nécessaire. Certains ont acquis leur propre ordinateur. Les accès à internet sont très limités.** Pour pallier ces difficultés, le rectorat a décidé de modifier le circuit dès la prochaine rentrée scolaire : dès notification de la MDPH, la famille pourra prendre contact avec un interlocuteur identifié de l'éducation nationale pour demander l'attribution de MPA. **Le problème de l'accès aux logiciels reste cependant non résolu.** Seuls des logiciels gratuits sont proposés aux ESH.

Grace à une **collaboration ancienne et solide avec l'APAJH 44 et à des aménagements conséquents**, le lycée Les Bourdonnières est un établissement qui met en œuvre une **réelle inclusion scolaire de jeunes en situation de handicap, en capacité de suivre une scolarité à temps plein en classe ordinaire**, comme en attestent leurs **résultats scolaires, identiques à ceux des élèves de l'établissement.** La présence dans ses murs du centre de scolarité adapté réunissant le plateau technique médico-social et un internat adapté est un atout indéniable pour l'inclusion des jeunes. Le rôle du coordonnateur du CSA est primordial. Installé à proximité des équipes médico-sociales et des AESH et jouissant d'une légitimité auprès des enseignants étant lui-même issu de ce corps, il est un élément déterminant de cette synergie réussie entre acteurs de l'éducation nationale et du secteur médico-social.

P. Bourdon et M. Toullec-Théry analysaient ce dispositif dans un article publié en 2016⁸¹. Ils concluaient que « (...) même si les élèves arrivent au lycée parce qu'ils y sont orientés par le conseil de classe de 3^{ème}, ce n'est pour autant pas suffisant pour réussir quand même. C'est l'ensemble des moyens mis à disposition (CSA, AVS, matériels adaptés, soins sur place) qui laisse place à une centration sur les apprentissages. Les professeurs n'ont ainsi ni à penser l'ensemble des besoins des élèves en situation de handicap, ni à s'engager dans de multiples réunions de coordination, ni à se mobiliser au-delà de leur cours et des questions didactiques. (...) La logique de ce dispositif (et son bénéfice) consiste à ne pas amalgamer scolarisation des élèves handicapés avec l'impératif besoin d'être des spécialistes du handicap... ».

1.4. Un appui-ressource du secteur médicosocial à la communauté éducative globalement plébiscité, malgré une certaine confusion entre les dispositifs

Différentes modalités de rapprochement entre professionnels du secteur médico-social et de l'éducation nationale sur le champ de l'appui-ressource à la communauté éducative se sont développées. **Depuis 2019, des dispositifs de deux natures ont été développés à cette fin : d'une part, les équipes mobiles d'appui à**

⁸¹ Analyse des effets du dispositif de scolarisation inclusive au lycée polyvalent Les Bourdonnières à Nantes ; La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, n°74, 2^e trimestre 2016.

la scolarisation (EMASco⁸²), développées et financées par les agences régionales de santé (ARS) (partie 1.2.1), et, d'autre part, les PIAL renforcés, sous l'égide du ministère de l'éducation nationale (partie 1.2.2). La complémentarité et l'articulation entre EMASco et PIAL renforcée restent à clarifier, et les deux dispositifs se superposent souvent. Une certaine confusion règne aussi avec le rôle d'appui-ressource à la communauté éducative parfois joué par certains établissements ou services médico-sociaux, sous des appellations variées (partie 1.2.3).

1.4.1. Les équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMASco) : une expertise médico-sociale pour conseiller et outiller la communauté éducative pour la scolarisation des ESH

Les développements qui suivent s'appuient sur les investigations de terrain réalisées par la mission **(rencontre avec quatre EMASco et les acteurs institutionnels en Seine-et-Marne, Meurthe-et-Moselle et Seine-Saint-Denis)**, ainsi que sur de nombreux documents de bilan collectés par la mission⁸³, même si aucune évaluation scientifique n'a été réalisée par les EMASco.

1.4.1.1 Les EMASco apportent depuis 2019 leur expertise auprès des établissements scolaires pour favoriser la scolarisation des ESH

Les équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap ont été **créées en 2019**⁸⁴, afin de renforcer la scolarisation de ces élèves en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative de manière souple, en s'appuyant sur les expertises et les ressources existantes dans les établissements et services médico-sociaux. Leur cahier des charges a été précisé en 2021⁸⁵, à l'issue du déploiement d'une soixantaine d'équipes préfiguratrices au cours de l'année scolaire 2019-2020.

Ces textes précisent que les **principales missions des EMASco** sont :

- conseiller et participer à des actions de sensibilisation notamment dans le cadre de l'école inclusive pour les professionnels des établissements scolaires accueillant des élèves en situation de handicap ;
- apporter appui et conseil à un établissement scolaire en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap, qu'il bénéficie ou non d'un AESH, étant entendu que l'équipe mobile n'intervient pas en substitution d'un AESH ;
- aider la communauté éducative à gérer une situation difficile ;
- conseiller une équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH.

La circulaire de 2021 précise qu'« *exceptionnellement et sans préjuger de l'évaluation postérieure, elles peuvent décider d'effectuer ou de provoquer une intervention directe provisoire (...) permettant le maintien de la scolarisation.* » **Ainsi, les EMASco sont conçues pour des prestations indirectes, dans une logique d'appui-ressource, et non dans une logique d'intervention directe auprès des élèves, qui doit rester l'exception.**

Selon ces textes, les équipes mobiles interviennent dans les établissements scolaires à titre subsidiaire. Elles n'ont pas vocation à intervenir en substitution des AESH, et doivent agir en complément des ressources existantes telles que les réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED), les enseignants ressources, les ressources médico-sociales ou professionnels de santé.

⁸² L'abréviation EMASco a été retenue, en lieu et place de celle d'EMAS parfois également utilisée, car les EMAS désignent aussi les équipes mobiles académiques de sécurité au sein de l'éducation nationale.

⁸³ Activité des équipes mobiles médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) de Nouvelle-Aquitaine. CREAI, 2023 (*s'appuyant sur une enquête auprès des 14 EMAS de la région*) ; Fonctionnements et activité des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation en Pays-de-la-Loire. CREAI Pays-de-la-Loire, juin 2023 (*s'appuyant sur une enquête auprès des 12 EMAS de la région*) ; compte-rendu du séminaire sur les EMAS, CREAI Pays de la Loire et ARS Pays de la Loire, mai 2023 ; Évaluation du schéma régional de santé et du PRAPS. ARS Bourgogne-Franche-Comté, février 2023 ; École inclusive : scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. CREAI Auvergne-Rhône-Alpes, juin 2022 ; éléments d'évaluation à la DGCS relatifs aux EMAS préfiguratrices, 2020 (*s'appuyant sur une enquête auprès de 67 EMAS*).

⁸⁴ Circulaire N° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019.

⁸⁵ Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021.

Si les textes n'encadrent pas la composition de l'équipe mobile, il est précisé que l'organisation retenue doit permettre de répondre à tous types de handicap. De même, la couverture territoriale des EMASco n'est pas prédéfinie, même s'il est mentionné dès 2019 que « *pour le choix des territoires concernés, il conviendra d'identifier les PIAL en cours de constitution* ». L'ambition était fixée dès 2019 que l'ensemble des établissements scolaires d'une région puissent faire appel, à terme, à une EMASco.

1.4.1.2 Environ 200 EMASco maillent le territoire en 2022, avec un développement volontariste depuis 2019

Un financement national conséquent a été accordé pour le développement des EMASco, avec 30 M€ alloués sur la période 2020-2021 : 10 M€ de mesures nouvelles en 2020⁸⁶, puis 20,4 M€ en 2021⁸⁷ (qui s'ajoutent aux 10 M€). En 2023, les 19,4 M€ de mesures nouvelles ont été déléguées aux ARS pour le développement de l'école inclusive, y compris pour le développement des EMASco, sans qu'une enveloppe particulière ne leur soit réservée⁸⁸.

Le développement des EMASco a été réalisé de manière dynamique par les ARS : en 2020, 96 EMASco avaient été créées, en réponse à l'objectif fixé par l'instruction budgétaire de déploiement d'au moins une équipe mobile dans chaque département (avec la mobilisation de 6,7 millions d'euros, soit **un financement moyen de 70 000 € par équipe mobile**) ; en 2022, **190 EMASco étaient recensées par la CNSA sur le territoire**.

Les EMASco rencontrées par la mission étaient financées par leurs agences régionales de santé respectives à hauteur de 100 000 à 150 000 €. Certaines ARS ont mobilisé des crédits au-delà de l'enveloppe de mesures nouvelles attribuées par les circulaires budgétaires. Ainsi, la délégation territoriale de l'ARS de Seine-et-Marne a déployé 6 EMASco sur le département : trois ont été financées par les 300 000 € de crédits accordés pour les EMASco (soit 100 000 € par EMASco), quand les trois autres ont été financées par le même montant de crédits mobilisés sur d'autres enveloppes.

1.4.1.3 Les EMASco sont pluridisciplinaires peu nombreuses à intégrer des enseignants spécialisés

Laissée libre par les textes, la composition des EMASco diffère selon les territoires.

En premier lieu, la taille des EMASco varie : en Nouvelle-Aquitaine, elles comptent entre 1 et 4 ETP quand en Pays de la Loire, leur taille s'échelonne entre 0,8 ETP et 6,8 ETP (hors direction, chef de service et secrétariat).

En deuxième lieu, les profils des professionnels de ces équipes sont très variés. Elles s'appuient le plus souvent sur un binôme éducateur / psychologue, telle une des EMASco de Seine-Saint-Denis qui compte 2 éducateurs et un psychologue (à mi-temps). Les postes de coordonnateurs sont également fréquemment représentés au sein des EMASco : en Pays de la Loire, les deux tiers des emplois des 14 EMASco interrogées sont dédiés à la coordination en 2020-2021 (17 ETP sur 26).

D'autres profils très variés contribuent aux EMASco : psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, enseignant spécialisé, éducateur de jeune enfant, infirmier, médecin généraliste, assistant social apportent ponctuellement leur expertise auprès des communautés éducatives, avec parfois de très faibles quotités horaires (voir l'exemple de l'EMASco de Meurthe et Moselle dans l'encadré ci-après). **La pluridisciplinarité des équipes est appréciée par les acteurs rencontrés, car elle permet la mobilisation d'expertises complémentaires pour répondre à des situations variées et complexes.** Le fait de pouvoir solliciter des expertises sur certains types de handicaps est également plébiscité.

La présence des enseignants spécialisés au sein des EMASco est relativement rare (2 EMASco sur 12 en Nouvelle-Aquitaine), alors qu'elle a été jugée très positivement dans deux EMASco rencontrées par la

⁸⁶ Instruction N° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020 relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

⁸⁷ Instruction N° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/119 du 8 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

⁸⁸ Instruction N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023.

mission⁸⁹, comme facilitant le dialogue avec les professionnels de l'éducation nationale, la transmission des connaissances et l'adaptation des recommandations du médico-social dans le contexte scolaire.

Enfin, quelques EMASco s'appuient sur plusieurs associations médico-sociales, à l'instar de l'EMASco de Meurthe-et-Moselle, qui regroupe un grand nombre de gestionnaires médico-sociaux du département (voir encadré ci-dessous), ce qui favorise une réponse territoriale de proximité et la mobilisation d'expertises variées.

L'EMASco de Meurthe-et-Moselle : organisation et composition

L'équipe mobile de Meurthe-et-Moselle est portée par un IME, en coopération avec 13 gestionnaires médico-sociaux du département (Institut des sourds, IME, CAMSP, CMPP, DITEP). Ce fonctionnement coopératif est formalisé dans une convention : chaque organisme médico-social s'engage pour l'EMASco à hauteur d'un volume horaire de prestations par année scolaire, celui-ci étant financé par l'organisme porteur de l'EMASco pour un montant fixé dans la convention.

Cette organisation permet à l'EMASco d'assurer un maillage de proximité sur l'ensemble du département, qui recouvre 207 écoles maternelles, 391 écoles élémentaires et 128 établissements du second degré. Ce fonctionnement conventionnel permet aussi à l'EMASco de mobiliser des expertises variées, en fonction des sollicitations, avec huit métiers différents représentés au sein de l'équipe (pour un total de 2,3 ETP) :

- cadre coordonnateur : 0,8 ETP ;
- éducateur spécialisé : 0,5 ETP ;
- enseignant spécialisé : 0,4 ETP ;
- éducateur de jeune enfant : 0,2 ETP ;
- psychologue : 0,2 ETP ;
- infirmier : 0,1 ETP ;
- directeur : 0,05 ETP ;
- médecin généraliste : 0,03 ETP.

1.4.1.4 L'échelle territoriale des EMASco comme leurs modalités de saisine varient selon les départements

Les départements rencontrés comptent une à trois EMASco, en cohérence avec les financements nationaux accordés aux ARS pour le développement des EMASco (voir partie 1.2.1.2).

D'une part, l'échelle territoriale couverte par ces équipes est variable : certaines couvrent la totalité ou la moitié du département, lorsque celui-ci comprend deux EMASco. Cependant, cette couverture théorique n'est pas toujours effective, et la plupart des EMASco censées intervenir dans tout le territoire départemental font part de leurs difficultés pour en assurer la couverture géographique, déplorant des temps de transports importants et le nombre important d'interlocuteurs⁹⁰.

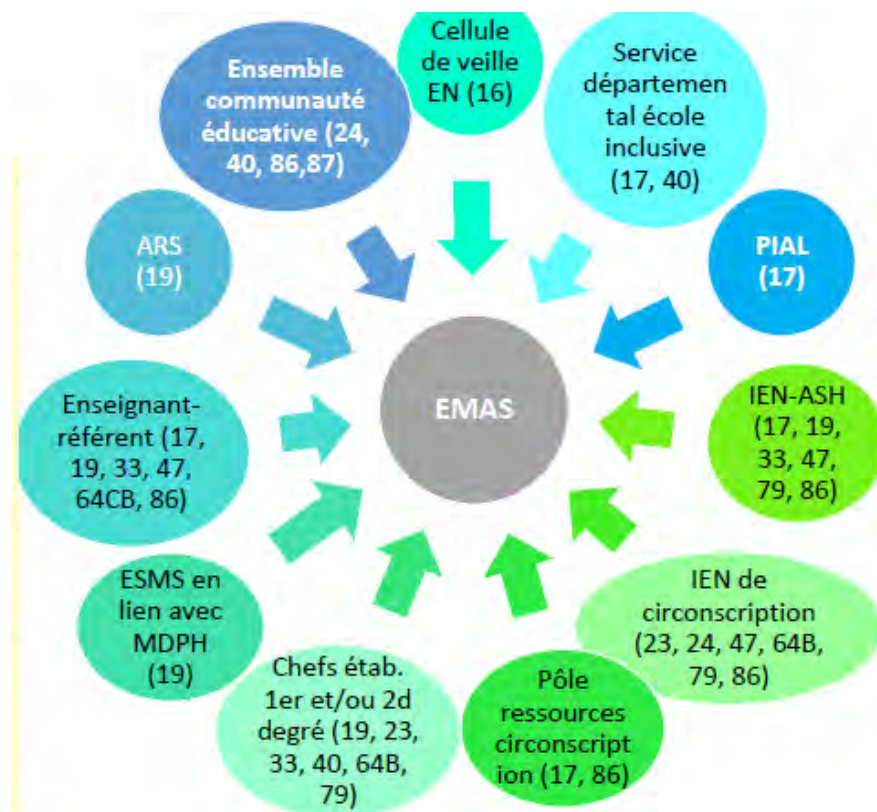
Dans d'autres départements, le champ d'intervention des EMASco est plus réduit, et défini en cohérence avec les échelons territoriaux de l'éducation nationale, selon les cas les circonscriptions ou les territoires des PIAL ou PIAL renforcés. Ainsi, en Seine-et-Marne, le champ d'action des six EMASco coïncide avec l'organisation territoriale de l'éducation nationale en circonscriptions. L'organisation cible souhaitée par la délégation départementale serait la création d'une EMASco par circonscription. Lorsque les EMASco interviennent dans le cadre de PIAL renforcés (cf. partie 1.3.2.1), les territoires d'intervention des deux dispositifs se superposent aussi.

D'autre part, les circuits de saisine des EMASco sont différents notamment selon l'organisation retenue par les services départementaux de l'éducation nationale. Une large palette d'acteurs peut saisir les EMASco, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

⁸⁹ En Seine-et-Marne et en Meurthe-et-Moselle.

⁹⁰ Source : rapport CREA Nouvelle-Aquitaine.

Schéma 4 : Les acteurs / organismes habilités à saisir les EMASco en Nouvelle-Aquitaine en 2022



Source : CREAI Nouvelle-Aquitaine

On constate qu'il est toutefois rare que les enseignants puissent directement saisir les EMASco. En effet, dans plusieurs départements visités par la mission, les saisines des enseignants sont d'abord transmises à des acteurs internes à l'éducation nationale : en Seine-Saint-Denis, les saisines sont examinées par l'IEN ASH, avec l'appui de deux conseillers départementaux TSA. En Gironde comme en Meurthe-et-Moselle, un premier filtre est établi par l'IEN de circonscription ou le chef d'établissement, qui peut transmettre les fiches au service départemental de l'école inclusive, qui statue dans le cadre d'une commission départementale. Ainsi, en Meurthe-et-Moselle, la commission départementale d'appui et de suivi à la scolarisation (CDA2S), rattachée au service départemental de l'école inclusive statue sur les saisines de l'EMASco. Cette commission intègre notamment l'EMASco, le professeur ressource autisme, et l'IEN école inclusive (IEN EI⁹¹).

Ces filtres sont justifiés par la volonté (légitime) de mobiliser en premier lieu les ressources internes à l'éducation nationale (enseignants-référents, pôles ressources dans le premier degré, avec notamment les RASED ; dans le second degré, personnels de vie scolaire, assistants de service social, psychologues de l'éducation nationale...), par la volonté d'harmoniser les circuits de saisine, et par le souhait de limiter les saisines des EMASco qui ne seraient pas en capacité de répondre à l'ensemble des demandes. Il présente toutefois l'inconvénient de diminuer la réactivité des interventions (cf. 1.2.1.7).

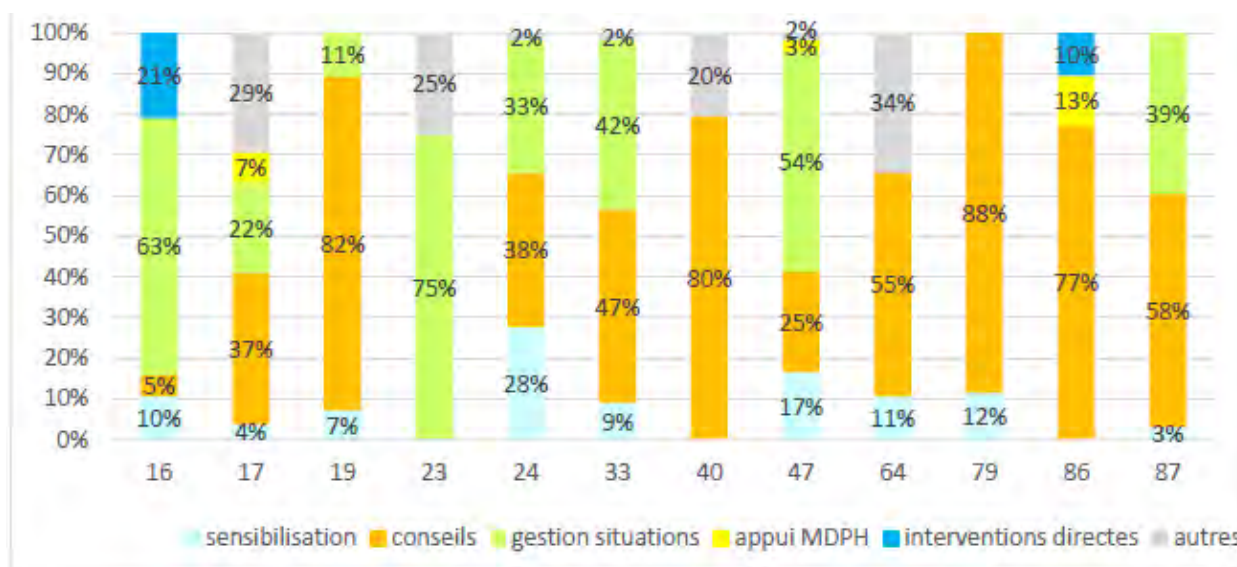
1.4.1.5 L'activité des EMASco est très majoritairement consacrée au conseil et à l'appui pour la gestion de situations difficiles, y compris en l'absence de notification

Comme on l'a vu précédemment (partie 1.3.1.1), le cahier des charges des EMASco définit quatre natures de missions pour ces équipes, en plus des interventions directes qui doivent rester exceptionnelles. Dans les faits, comme l'illustre le graphique ci-dessous, **la grande majorité des interventions des EMASco concerne l'appui / conseil auprès d'un établissement scolaire en cas de difficulté avec un ESH (mission n°2) et l'aide à communauté éducative à gérer une situation difficile (mission n°3)**, les équipes soulignant d'ailleurs les difficultés pour distinguer ces deux missions. La mission de formation et de sensibilisation est réalisée par la

⁹¹ Nouvelle appellation de l'IEN ASH.

majorité des EMASco, mais dans une proportion bien moindre. La mission d'appui aux MDPH n'est réalisée que par 3 EMASco, celles-ci soulignant leur difficulté à atteindre les MDPH.

Graphique 2 : Répartition des interventions des EMASco de nouvelle-Aquitaine selon leur nature



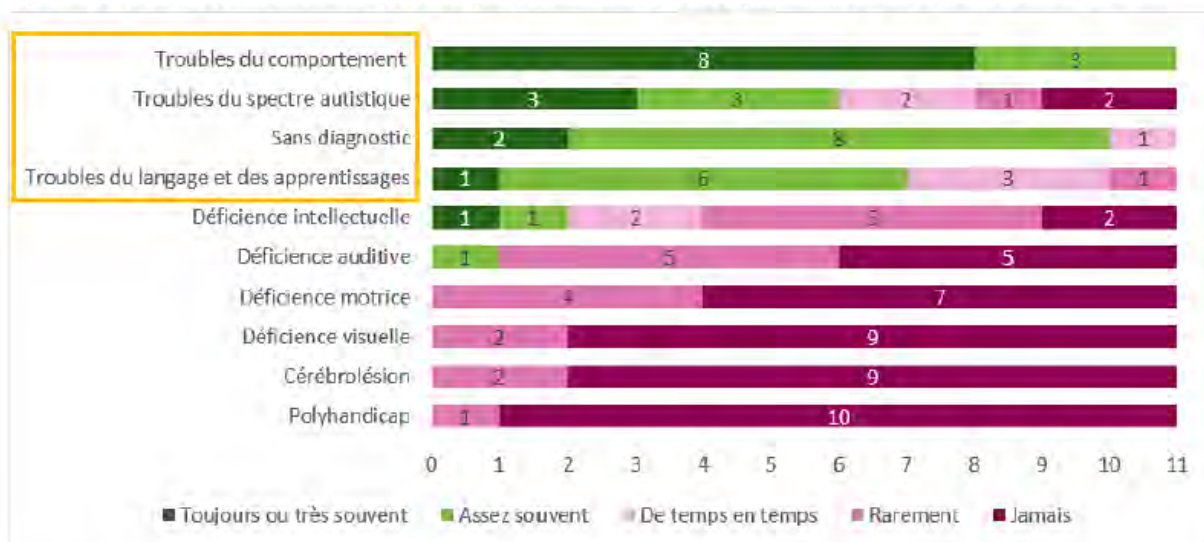
Source : Enquête EMAS 2021-2022 – ARS et CREAI Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : CREAI Nouvelle-Aquitaine

Les interventions directes auprès des élèves, qui doivent rester exceptionnelles selon le cahier des charges, ne concernent que deux EMASco sur les douze qui ont participé à l'étude. Une autre étude souligne que celles-ci sont plus fréquentes lorsque l'EMASco intervient pour des situations d'enfants ou de jeunes en attente d'accompagnement médico-social. **En Auvergne-Rhône-Alpes, 20 % des interventions des EMASco relèvent de prestations directes** ; par exemple, une croissance des interventions directes est relevée dans le Rhône. **Plusieurs acteurs ont souligné qu'il importait que les interventions directes des EMASco auprès des élèves restent exceptionnelles**, pour favoriser leur intervention préventive et le développement de la sensibilisation et de l'appui conseil auprès de la communauté éducative. Ils estiment de plus que les missions des EMASco et des SESSAD devaient rester bien distinctes.

Par ailleurs, les EMASco semblent intervenir très majoritairement auprès du premier degré (plus de 75 % d'interventions à l'école maternelle et à l'école élémentaire en Meurthe-et-Moselle, Nouvelle-Aquitaine et en Auvergne-Rhône-Alpes). Ainsi, en Auvergne-Rhône-Alpes, d'après l'enquête du CREAI, 28 % des interventions ont eu lieu dans des écoles maternelles, 53 % dans des écoles primaires, 19 % dans des collèges et 2 % dans des lycées. De même, 85 % des interventions de l'EMASco de Meurthe-et-Moselle concernent les cycles 1, 2 et 3.

Comme l'illustre le graphique ci-après, lorsque les EMASco interviennent pour une situation individuelle, **les troubles les plus représentés sont les troubles à expression comportementale**, les troubles du spectre autistique, les TDAH ou les troubles du langage et de l'apprentissage et, de manière plus résiduelle, les déficiences intellectuelles

Graphique 3 : Déficiences principales présentées par les élèves concernés par l'intervention des EMASco de Centre-Val-de-Loire en 2022



Lecture : pour 8 EMASco répondantes, les élèves concernés par les interventions de l'EMASco présentent très souvent des troubles du comportement ; pour 3 EMASco, ils présentent assez souvent des troubles du comportement.

Source : Enquête EMAS CREA 2022 ; 11 EMASco ayant commencé à répondre aux saisines sur 12 répondants

Pour une proportion significative des interventions, les élèves n'ont pas de diagnostic. **En effet, l'activité des EMASco concerne aussi les enfants ou jeunes sans notification MDPH** : en Nouvelle-Aquitaine, 28 % des élèves pour lesquels les EMASco sont intervenues n'avaient ni reconnaissance de la MDPH, ni demande en cours. Une proportion non négligeable d'interventions concerne des enfants qui ont une demande en cours auprès de la MDPH (10 %), ou qui sont en attente d'un accompagnement par un ESMS (22 %).

1.4.1.6 Les interventions des professionnels médico-sociaux dans les établissements scolaires gagnent à s'appuyer sur des observations dans les classes

L'encadré présenté ci-après illustre les modalités d'intervention d'une EMASco dans les établissements scolaires pour un appui à la gestion d'une situation individuelle (missions n° 2 et 3 des EMASco).

L'EMASco de Meurthe-et-Moselle : déroulé d'une intervention dans un établissement scolaire

Après la saisine, les professionnels de l'EMASco interviennent en binôme dans les établissements scolaires. Une première rencontre de l'équipe est organisée avec le directeur d'école ou le chef d'établissement, l'enseignant, éventuellement l'AESH ou l'ATSEM). Puis l'EMASco réalise des observations en classe (de manière séparée pour chacun des membres du binôme), avant de formuler des préconisations à l'équipe pédagogique.

Ces préconisations peuvent porter sur les aménagements pédagogiques (notamment sur les objectifs d'apprentissage), sur l'adaptation des pratiques en fonction des enfants (par exemple, l'isolement de certains enfants avec des problématiques relationnelles, dans certaines situations), ou encore sur l'utilisation de matériels (tels que des casques antibruit, des coussins à picot, des outils de manipulation...). Des matériels peuvent être prêtés par l'EMASco pour que l'équipe éducative puisse le tester.

Sur l'année scolaire 2021-2022, l'EMASco a reçu 71 saisines, dont 58 ont donné lieu à une intervention. L'équipe réalise systématiquement un suivi deux mois après l'intervention.

Les solutions proposées par les EMASco auprès des équipes éducatives peuvent être de différentes natures :

- des temps d'échanges, écoute active souvent collective auprès des équipes ;
- des propositions d'outils à utiliser ;
- des préconisations en matière de parcours et d'aménagements scolaires ;
- des préconisations en matière de soins et/ou d'accompagnement médicosocial ;
- des pistes pour aider l'élève à trouver sa place au sein de la classe ;

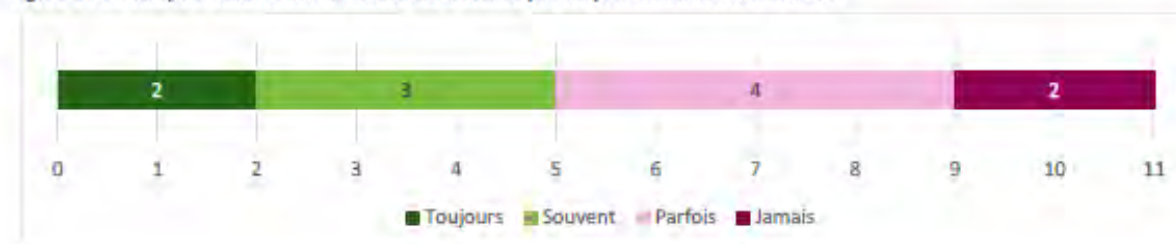
- des conseils pour travailler le lien avec les familles ;
- des sensibilisations auprès des équipes, dans le groupe classe..., etc.

Le cahier des charges des EMASco encourage les **temps d'observation dans les classes**, pour favoriser l'identification des difficultés de l'élève et de l'équipe éducative, et assurer un accompagnement adapté au plus près des besoins et des difficultés de la communauté éducative.

Or l'enquête menée par le CREA Centre-Val-de-Loire montre une hétérogénéité des pratiques dans ce domaine.

Graphique 4 : Extrait d'une enquête auprès des EMASco du Centre-Val-de-Loire : temps d'observation en classe

Figure 1 : Un temps d'observation en classe est-il réalisé par les professionnels de l'EMAS ?



Sources : Enquête EMAS CREA 2022, 11 EMAS déjà réalisés des interventions d'appui et de conseil depuis leur démarrage sur 12 répondants à l'enquête.

1.4.1.7 Les premiers enseignements du fonctionnement des EMASco attestent de retours très positifs malgré plusieurs axes de progrès

Les différents retours collectés par la mission, dans le cadre de ses visites de terrain comme à travers la documentation, sont très positifs quant aux interventions des EMASco. Les acteurs institutionnels rencontrés (DSDEN et ARS) témoignent de l'intérêt de ce dispositif. Un rapport d'évaluation du projet régional de santé de Bourgogne-Franche-Comté salue « la pertinence de ces fonctionnements hybrides, permettant la mise à disposition de l'expertise du secteur médico-social au sein du milieu ordinaire », et souligne que « ceux-ci constituent une piste identifiée comme d'avenir par les acteurs, même si le recul est encore limité sur les effets produits ».

De même, les EMASco témoignent de retours très positifs des équipes pédagogiques sur leur intervention, même si aucune évaluation auprès des enseignants ne semble avoir été menée. **En Centre-Val-de-Loire, les EMASco rapportent que les situations complexes qui avaient motivé leur saisine étaient apaisées, et que les équipes éducatives rencontrées se sentaient soutenues et outillées, faisant évoluer leurs regards et pratiques à l'égard des élèves à besoins particuliers.** Au-delà de l'accompagnement à la gestion de situations individuelles d'élèves, les EMASco contribueraient également à une meilleure interconnaissance entre l'éducation nationale et le secteur médico-social et à un décroisement des pratiques.

Toutefois, le fonctionnement des EMASco connaît plusieurs limites.

En premier lieu, de nombreux acteurs jugent que les interventions des EMASco sont fréquemment trop tardives, alors qu'elles devraient jouer un rôle préventif essentiel. L'ensemble des équipes rapportent intervenir fréquemment dans des situations très dégradées, avec des cas de déscolarisation des enfants. C'est plus particulièrement le cas dans le second degré, où des conseils de discipline et des exclusions ont parfois eu lieu avant l'intervention dans l'établissement. Cette intervention tardive est contraire à la logique préventive de l'EMASco, portant y compris sur des situations d'enfants sans reconnaissance de situation de handicap. À ce titre, le choix réalisé dans certains territoires de prioriser les interventions sur les enfants en attente d'une admission en ESMS est questionné par les EMASco de Centre-Val-de-Loire.

La réactivité des EMASco est jugée essentielle par les professionnels de l'éducation nationale. L'intervention rapide des EMASco après la saisine des équipes est globalement saluée : en Nouvelle-Aquitaine, 75 % des saisines font l'objet d'une réponse dans la semaine qui suit leur réception, même si l'hétérogénéité des

pratiques est soulignée. **En effet, le mode de saisine peut retarder les interventions, avec un circuit de validation qui peut être long** (cf. partie 1.3.1.4).

En deuxième lieu, le recours aux EMASco est très contrasté selon les territoires. Dans certains cas, les EMASco restent méconnues par les enseignants et les communautés éducatives. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, les équipes estiment être insuffisamment sollicitées par rapport aux besoins de sensibilisation et de formation des acteurs éducatifs. Les missions des EMASco sont parfois mal distinguées des compétences des services et établissements médico-sociaux, ce qui se traduit par des demandes d'accompagnement direct pérenne. De même, la complémentarité de l'EMASco par rapport aux ressources internes de l'éducation nationale n'est pas toujours perçue, ce qui peut entraîner **des sentiments de concurrence, des réticences des équipes éducatives**, ou le sentiment que les ressources médico-sociales suppléent le déficit de certaines ressources de l'éducation nationale (RASSED, médecins scolaires, psychologues scolaires, assistants sociaux...).

Le développement de liens de proximité avec les établissements scolaires, l'implication des IEN et des enseignants-référents pour communiquer auprès des directeurs d'écoles et des équipes éducatives sur les missions des EMASco, l'implication des EMASco dans des commissions partagées avec l'éducation nationale tout comme l'intégration d'un enseignant au sein de l'équipe constituent autant de facteurs favorisant le recours à l'expertise des EMASco par les établissements scolaires.

Symétriquement, d'autres EMASco font état d'un manque de ressources humaines et d'une difficulté à couvrir le territoire. Les temps de déplacement peuvent être élevés, compte tenu de la superficie du territoire couvert. Les équipes ne sont pas toujours en capacité de répondre à l'ensemble des sollicitations sur leur territoire, et ont parfois du mal à dégager du temps pour la coordination et la formation et l'intervention préventive.

Certaines équipes remontent aussi des difficultés à mobiliser des compétences rares (par exemple des compétences de neuropsychologue pour la réalisation d'évaluations). Certaines EMASco de Nouvelle-Aquitaine font donc appel à des ressources libérales, sur le modèle des PCPE.

Plusieurs EMASco témoignent également des difficultés pour la mise en place de leurs préconisations. Le manque de moyens humains et financiers dans les établissements scolaires, tout comme les réticences de certains professionnels (enseignants et AESH) sont évoquées (voir sur ce point la partie 2.2.2 de cette annexe sur les différences culturelles), de même que les réticences de certaines familles, toutefois plutôt rares. Les délais d'attente pour un accompagnement médico-social ou une prise en charge sanitaire limitent aussi l'action des EMASco.

Enfin, le lien des EMASco avec les familles pourrait être approfondi. Si le cahier des charges des EMASco prévoit une information et un recueil du consentement des représentants légaux par le chef d'établissement ou le directeur d'école, les EMASco n'ont pas toujours de liens directs avec les familles. Les discussions avec les parents sont pourtant plébiscitées, comme en ont témoigné les répondants à la consultation citoyenne sur la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement.

1.4.2. Un risque de confusion entre EMASco, PIAL renforcé et appui-ressource des ESMS ou des plateformes

1.4.2.1 854 PIAL renforcés poursuivent un objectif similaire aux EMASco, sans que leurs missions n'aient été précisées dans un texte et que l'articulation entre les deux dispositifs n'ait été clarifiée

En 2019, dans le cadre de la généralisation des pôles inclusifs d'accompagnement localisé (PIAL), l'expérimentation d'un PIAL renforcé par département a été annoncée par la circulaire de rentrée dédiée à l'école inclusive⁹². Le PIAL renforcé s'inscrit dans le cadre d'un partenariat entre les services de l'éducation nationale et de la jeunesse, et les partenaires du secteur médico-social, en cohérence avec les missions légales des PIAL⁹³. **Le vade-mecum des PIAL précisait alors que le PIAL renforcé bénéficierait de l'appui de**

⁹² Circulaire n° 2019-088 du 5 juin 2019, Circulaire de rentrée 2019 - Pour une école inclusive.

⁹³ L'article L. 351-3 du code de l'éducation (3^e alinéa) dispose que « les PIAL constituent des pôles ressources à destination de la communauté éducative et associent à cet effet des professionnels de santé et les gestionnaires des établissements et services médico-sociaux ».

professionnels du secteur médico-social coordonné en pôles ressources, et serait encadré par une convention de partenariat précisant les modalités pratiques d'intervention des professionnels.

À la rentrée 2020-2021, la transformation de tous les PIAL comportant un ou plusieurs établissements médico-sociaux en proximité en PIAL renforcé était annoncée lors du comité national de suivi de l'école inclusive (juin 2020).

À la rentrée 2022, 854 PIAL renforcés étaient dénombrés, soit 21 %⁹⁴ contre 13 % l'année précédente.

Aucun texte n'est venu préciser ni encadrer les PIAL renforcés, en dépit de l'annonce de la publication d'un cahier des charges des PIAL en 2020 qui est pourtant attendu par les acteurs de terrain. Lors du comité national de suivi de l'école inclusive de juin 2020, les missions des PIAL ont toutefois été précisées :

- développer les coopérations entre l'école et le médico-social ;
- mettre en relation l'enseignant spécialisé, l'éducateur spécialisé et les enseignants du milieu ordinaire ;
- permettre la co-intervention dans une même classe, en offrant ainsi le meilleur accès possible à l'école aux élèves qui relèvent d'un établissement ou service médico-social.

Il était également indiqué que les PIAL renforcés peuvent concerner les élèves sans notification MDPH.

L'articulation entre PIAL renforcés et EMASco n'était pas précisée, alors que ce même document annonçait également le développement des EMASco. De même, la circulaire de 2021 définissant le cahier des charges des EMASco ne mentionne pas les PIAL renforcés⁹⁵.

Alors que les dispositifs d'EMASco et de PIAL renforcé ont été expérimentés en même temps (2019), et qu'ils poursuivent sensiblement les mêmes objectifs, ils ont fait l'objet de deux textes distincts, sans que la complémentarité entre les deux dispositifs n'ait été précisée. De fait, l'édiction de circulaires distinctes par les deux ministères est regrettée par les acteurs de terrain, qui s'expriment en faveur de textes conjoints pour des dispositifs visant la coopération entre acteurs de l'Éducation nationale et acteurs médico-sociaux.

Dès 2020, une note de l'IGÉSR appelait pourtant à une meilleure définition des PIAL renforcés et à une meilleure complémentarité entre les circulaires des deux ministères⁹⁶, à travers la production d'un seul texte de référence, reconnu par les deux ministères.

1.4.2.2 De fait, les PIAL renforcés s'appuient souvent sur les EMASco et fonctionnent de manière très similaire

Du fait de l'absence de cadrage national, les PIAL renforcés recouvrent des réalités variées, comme le soulignait la note de l'IGÉSR précitée : « *dans plusieurs sites visités, le PIAL-R consiste en une collaboration étroite entre un établissement scolaire et un établissement ou une structure médico-sociale. D'autres projets montrent que le PIAL-R est en fait un pôle ressource de circonscription et se trouve inclus dans le travail de suivi organisé avec l'ensemble des écoles, des établissements scolaires et des structures spécialisées. Ailleurs, c'est la réflexion sur le fonctionnement de l'EMASco qui fait l'unité du dispositif, que celui-ci soit circonscrit à un secteur restreint ou s'étende plus largement.* »

Dans les départements visités par la mission, les PIAL renforcés s'appuient dans les faits sur les EMASco, lorsqu'elles existent sur leur territoire. Ainsi, en Seine-et-Marne, le PIAL renforcé de la circonscription de Nemours s'appuie sur une EMASco. **Cependant, l'articulation des EMASco avec les PIAL n'est pas systématique, ni toujours aisée**, même lorsque les PIAL sont renforcés. Ainsi, en Nouvelle-Aquitaine⁹⁷, si tous les PIAL sont renforcés, beaucoup d'EMASco témoignent que le partenariat est difficile à mettre en place, et qu'il n'est pas aisé de connaître la place et le rôle de chacun. Seules 6 EMASco sur 14 indiquent avoir mis en place un partenariat ou une articulation spécifique avec les PIAL. À ce titre, l'IGÉSR suggérait d'aligner le champ d'action des PIAL-R sur celui du PIAL « ordinaire », pour renforcer la lisibilité et la cohérence des dispositifs.

⁹⁴ Données DGESCO

⁹⁵ Seule la circulaire relative à la création des EMASco en 2019 mentionnait l'expérimentation de PIAL renforcé réalisée dans le même temps, mais sans préciser l'articulation avec l'EMASco.

⁹⁶ École inclusive : suivi de la mise en œuvre – note d'étape n° 3. IGÉSR, mars 2020.

⁹⁷ Source : activité des équipes mobiles médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) de Nouvelle-Aquitaine. CREAI, 2023.

Dans d'autres cas, le PIAL renforcé s'appuie sur une collaboration avec un établissement ou service médico-social sans lien avec une EMASco. C'est notamment le cas en Loire-Atlantique, sur la circonscription d'Ancenis, où le PIAL renforcé repose sur une coopération avec un SESSAD (voir encadré ci-dessous). Le fonctionnement de ce PIAL renforcé est toutefois très similaire au fonctionnement des EMASco rencontrées par la mission, de telle sorte qu'il est difficile de distinguer les deux dispositifs dans les faits.

Le PIAL renforcé de Loire-Atlantique

Le PIAL renforcé de Loire-Atlantique s'appuie sur une convention entre le PIAL de la circonscription d'Ancenis (PIAL 1er degré) et un SESSAD intervenant sur ce territoire (porté par l'ADAPEI). Le PIAL renforcé est piloté conjointement par l'éducation nationale (le pilote du PIAL et l'IEN ASH) et le médico-social (la directrice de territoire ADAPEI 44, responsable du SESSAD Nord, spécialisé sur les troubles du neuro-développement). Un comité de pilotage permet l'ajustement régulier du dispositif et la définition des outils de suivi et d'évaluation. Le PIAL renforcé ne fait l'objet d'aucun financement spécifique par l'éducation nationale. Il a d'abord été financé par le SESSAD sur ses ressources propres, dans le cadre de sa fonction d'appui-ressource. Un soutien financier de 30 000 € de l'ARS a ensuite permis de flécher un temps de psychologue sur le PIAL R.

Trois missions sont dévolues au PIAL renforcé, en complément des missions dévolues aux PIAL :

- conseiller, accompagner, professionnaliser les équipes enseignantes pour mieux comprendre et répondre aux besoins des élèves en situation de handicap ;
- conduire collectivement avec l'enseignant, l'ESMS, la famille, l'AESH une analyse précise des situations les plus complexes, en organisation des co-interventions ponctuelles au sein de la classe, au sein d'un projet ou des rencontres ponctuelles avec les familles ;
- faire évoluer les représentations des élèves et de leurs familles sur le handicap par des sensibilisations ou des rencontres.

La saisine est adressée par les directeurs d'école au pilote du PIAL renforcé, pour toute question liée au handicap qui nécessite une analyse spécifique (situation d'élève dont la gestion au sein du groupe-classe et/ou les adaptations pédagogiques interrogent l'enseignant et/ou l'AESH, problématique professionnelle soulevée par la communauté éducative ou la famille...). Selon les cas, l'IEN oriente vers le SESSAD (pour les problématiques liées à des troubles du neuro-développement) ou vers un DITEP, pour les difficultés comportementales, même s'il n'est pas toujours aisé de savoir vers quel type de dispositif orienter.

Après la saisine, le SESSAD Nord prend contact avec le directeur d'école pour envisager les modalités d'intervention. Il s'engage à mobiliser rapidement un psychologue ou un éducateur spécialisé. L'accord de la famille est un préalable à l'intervention du SESSAD. À l'issue de cette intervention, qui s'appuie notamment sur des temps d'observation in situ, sans aller jusqu'à une évaluation fonctionnelle et diagnostique, un compte rendu d'observations et des préconisations sont transmises à l'équipe pédagogique, aux parents et à l'équipe médico-sociale. Quelques mois plus tard, un questionnaire bilan est transmis à l'école et une nouvelle rencontre peut être organisée.

Les comptes rendus transmis présentent une évaluation des points forts et des difficultés de l'élève. Ils apportent un éclairage théorique (théories de la motivation, fonctions exécutives, comportements problèmes...), et proposent des stratégies d'adaptation et différents outils : utilisation d'outils visuels comme des pictogrammes, développement des renforçateurs sociaux, mise en place d'un espace de travail individuel, utilisation d'un chronomètre, de sièges à picot... ; le SESSAD peut également prêter des matériels.

Les acteurs du PIAL renforcé ainsi que l'enseignant-référent dressent un bilan satisfaisant du dispositif, soulignent que les retours des enseignants et des directeurs d'école sont positifs, et que les situations pour lesquelles ils sont intervenus n'ont pas fait l'objet de nouvelles sollicitations. L'exemple de fiche-évaluation transmise témoigne en effet d'une forte satisfaction de l'enseignante interrogée.

Parmi les facteurs de réussite identifiés figure **un historique ancien de relations entre éducation nationale et médico-social, avec des temps partagés déjà fréquents sur la circonscription** (via le DITEP ou le SESSAD). Le profil des professionnels médico-sociaux, qui doivent être des professionnels aguerris, sans se positionner comme sachant vis-à-vis des enseignants, est également jugé essentiel, tout comme le lien de proximité avec les enseignants-référents.

Parmi les points de progrès figurent **des sollicitations encore trop peu nombreuses et souvent tardives**. Le PIAL-R envisage également de développer un module formation co-construit entre l'équipe médico-sociale et l'inspectrice IEN à destination des directeurs d'école de sa circonscription.

1.4.2.3 D'autres dispositifs médico-sociaux (PCPE, dispositifs, plateformes, SESSAD...) peuvent aussi intervenir en appui-ressources des établissements scolaires, ce qui rend le paysage très peu lisible

Au-delà des EMASco et de l'exemple précédemment cité d'un SESSAD, plusieurs autres dispositifs médico-sociaux peuvent venir en soutien de la communauté scolaire, dans le contexte très évolutif de la transformation de l'offre médico-sociale.

Les PCPE peuvent ainsi constituer une fonction ressource pour le soutien à la scolarisation (cf. partie 1.2.3.3). À titre d'exemple, le PCPE Chantepoir / Rocheclaine de l'association des deux Collines intervient au sein de l'école primaire Rosa Parks de Seine-Saint-Denis, avec la présence de deux éducateurs en soutien de la communauté de scolaire pour des enfants de maternelle ou de primaire se trouvant en grande difficulté dans sa classe pour des raisons comportementales, pour une durée hebdomadaire totale de 8 à 10 h.

Les établissements médico-sociaux organisés en dispositifs ou en plateformes (cf. partie 1.2.3.) peuvent également jouer un rôle ressource auprès des professionnels de l'éducation nationale, dans le cadre des prestations indirectes d'appui ressources telles que décrites dans la nomenclature Serafin-PH. Ainsi, un DITEP rencontré à Bordeaux, géré par l'association OREAG, dispose d'une fonction de maître d'appui à la scolarité, assumée par un enseignant. Son rôle consiste à intervenir en classe et co-construire des outils pédagogiques. D'après le directeur du DITEP, celui-ci intervient pour 15 à 20 jeunes par an.

De même, comme on l'a vu au point 1.3.2.1, les DAME d'Eure-et-Loir proposent, parmi leur quatre prestations⁹⁸, une prestation de centre ressource pour les jeunes qui ne sont pas orientés par la MDA, afin de développer l'accessibilité du milieu ordinaire et prévenir les orientations vers les dispositifs spécialisés (ULIS, SEGPA, ESMS...) (détail dans l'encadré ci-après). La création des EMASco en 2019 a été complexe à inscrire dans ce modèle très intégré, la fonction-ressource des DAME assumant déjà un rôle comparable.

La prestation de centre ressource des DAME d'Eure-et-Loir

La fonction « centre ressources » doit permettre aux équipes des DAME :

- d'apporter un soutien ciblé à des enfants et adolescents ne bénéficiant pas d'une notification d'accompagnement ;
- d'être proactives, en particulier auprès des établissements scolaires, sur la notion d'accessibilité généralisée ;
- d'intervenir sur les lieux de vie des personnes en liste d'attente.

La fonction « centre ressources » vise ainsi à assouplir le cadre juridique actuel qui ne prévoit l'intervention d'établissements et services médico-sociaux que dans le cadre d'un processus de notification piloté par la MDA. L'objectif est de sortir de cette logique binaire en permettant, en coopération avec les équipes des inspections de circonscription et les responsables d'établissements du second degré, de mobiliser une première intervention des DAME, avant orientation par la MDA, essentiellement dans une visée de :

- analyse et compréhension des difficultés rencontrées par l'enfant (à la maison, à l'école ou en accueil de loisirs) ;
- soutien des démarches éventuelles auprès de la MDA si besoin ;
- premier appui auprès de familles ou de professionnels (enseignants, animateurs en accueil de loisirs ou clubs sportifs, ...) afin de proposer des stratégies de mise en accessibilité mobilisant les forces du droit commun.

L'objectif n'est pas de court-circuiter la MDA mais d'agir de manière préventive auprès de l'enfant ou de son environnement afin de limiter le recours à une orientation (grâce à un appui ponctuel) ou de préparer celle-ci dans les meilleures conditions.

La particularité de la fonction « centre ressources » ne réside pas dans la nature de ses missions qui sont assez proches de celles attendues des DAME mais plutôt par sa temporalité. La fonction « centre ressources » est, par définition, une mission courte et ponctuelle et ne saurait pour l'enfant concerné s'inscrire dans la durée. Si tel devait être le cas, l'appui apporté par le DAME s'inscrirait alors dans le processus d'admission classique sous l'égide de la MDA.

Source : Extraits de la feuille de route départementale en faveur de l'école inclusive (juin 2022)

⁹⁸ Les autres prestations sont l'accueil de jour, l'hébergement et l'accompagnement ambulatoire.

Au total, l'intervention de nombreux dispositifs distincts concourt à une perte de lisibilité pour de nombreux acteurs, et en particulier pour les professionnels de l'éducation nationale. Ces derniers sont peu familiers du secteur médico-social et s'approprient plus difficilement la multiplicité de ces dispositifs, ce qui risque de limiter leur recours. **Pour les acteurs médico-sociaux eux-mêmes, ce relatif éparpillement de la fonction d'appui-ressource peut être préjudiciable.** Ainsi, en Loire-Atlantique, la responsable du SESSAD intervenant dans le cadre du PIAL renforcé envisage de regrouper la fonction d'appui ressource jouée par le SESSAD et le PCPE (qui joue un rôle similaire sur une autre partie du territoire d'intervention) dans le cadre d'un DAME, pour unifier le dispositif sur le nord du département, le rendre plus lisible et être en capacité de mobiliser davantage d'intervenants potentiels et de compétences cibles.

2. Apports, limites et leviers des rapprochements entre le secteur médico-social et l'éducation nationale

Si les modalités de rapprochement entre éducation nationale et le secteur médico-social sont très variées, une esquisse de bilan des différents dispositifs présentés précédemment a été établie par la mission pour souligner tant les apports que les limites de ces partenariats et identifier des conditions de réussite de ces rapprochements.

2.1. Les apports du rapprochement entre les professionnels du médico-social et ceux de l'éducation nationale

Les élèves et leurs familles (2.1.1) soulignent le bénéfice des différents dispositifs de rapprochement entre médico-social et éducation nationale, comme les professionnels de l'éducation nationale (2.1.2) et les professionnels du médico-social (2.1.3). L'analyse de la mission s'est appuyée sur les rencontres de terrain avec ces acteurs, les rencontres nationales, ainsi que sur la documentation collectée.

2.1.1. Les apports selon les élèves et leurs familles

Cette analyse s'appuie sur les échanges de la mission lors de ses déplacements, avec onze parents d'enfants ou de jeunes en situation de handicap, trois jeunes, sur les entretiens nationaux avec plusieurs associations ainsi que deux enquêtes collectées par la mission⁹⁹.

Les rapprochements entre médico-social et éducation nationale sont largement plébiscités par les jeunes et les parents car ils favorisent la scolarisation en milieu ordinaire, l'intégration scolaire, voire, pour les dispositifs les plus aboutis et les situations qui le permettent, l'inclusion scolaire en classe ordinaire.

Ainsi, les deux jeunes rencontrés au lycée Victor Louis en Gironde, scolarisés dans le lycée dans le cadre d'un partenariat avec un IEM, ont témoigné de l'appui déterminant du coordonnateur de l'UEE comme de l'éducatrice spécialisée pour permettre leur scolarisation au lycée.

Lors de sa visite dans la classe d'une UEE d'un IME implantée dans un collège de Seine-et-Marne, un jeune a exprimé de manière réitérée, au moyen de sa tablette, son souhait de rester dans cette classe.

Plusieurs associations ont rappelé **le rôle essentiel joué par les SESSAD pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire, permettant la dispensation des soins ou des temps éducatifs dans l'enceinte scolaire, réduisant les déplacements des élèves (souvent plus fatigables), et facilitant l'organisation pour les parents**, qui peuvent être conduits à réduire ou stopper leur activité professionnelle en l'attente d'un accompagnement par le SESSAD.

Lors des visites dans les dispositifs spécialisés visités (DAR, UEEMA, UEEA, PEJS, ULIS renforcée), et en particulier pour les dispositifs récents dédiés aux troubles du spectre autistique, les parents rencontrés ont exprimé leur satisfaction que leurs enfants fréquentent l'école et disposent d'une classe de référence, l'intégration changeant le regard des autres. Ils ont également témoigné des **progrès réalisés par leurs enfants grâce à leur inclusion** : ainsi, la mère d'un jeune sourd inclus dans son collège de référence, dans le

⁹⁹ D'une part la consultation citoyenne sur la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement, d'autre part une enquête réalisée auprès de 7 parents en Centre-Val-de-Loire en 2017 : Diagnostic sur l'ensemble des enfants âgés de 3 à 6 ans en situation de handicap dans le département de l'Indre, scolarisés ou susceptibles de l'être. CREAI Centre-Val-de-Loire, 2017.

cadre d'un PEJS, a témoigné de ses progrès, notamment en lecture et en compréhension de textes, du fait que désormais « *il se mélangeait avec les autres enfants* », et de la confiance en lieu retrouvée « *désormais, il est épanoui, il a le sourire* », ce qui avait « *changé sa vie* ».

La consultation citoyenne réalisée pour la stratégie nationale des troubles du neuro-développement (voir extrait de la synthèse en encadré ci-après) montre que les ressources médico-sociales au sein de l'école sont perçues comme facilitatrices de l'inclusion scolaire, en favorisant un diagnostic et une évaluation *in situ* des difficultés de l'enfant, un meilleur accompagnement de l'enfant et une meilleure compréhension par les enseignants des troubles de l'enfant et de l'intérêt des prises en charge spécialisées.

Extraits de la consultation citoyenne concernant la collaboration entre médico-social et éducation nationale

Ces témoignages sont issus de la synthèse de la Consultation citoyenne sur la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement au printemps 2023. Elle a regroupé 5900 contributions, dont 2265 concernant la scolarisation.

« Les équipes pluridisciplinaires de l'UEMA sont une ressource pour les écoles, et permettent un accompagnement des établissements afin de construire une vraie École Inclusive. »

« L'atout des UEMA est le partenariat entre le médico-social et l'école, il faut que l'éducation nationale et la santé travaillent ensemble »

« Au lieu de demander à l'école ordinaire de savoir tout faire, il faut davantage s'appuyer sur les structures spécialisées »

« Il faut inclure l'éducation nationale dans le projet et ne pas laisser la gestion des dispositifs seulement au médico-social. »

« Il est important que l'enfant puisse rester dans le milieu ordinaire le plus longtemps possible, les ressources doivent être orientées vers l'école ordinaire (comme dans plusieurs pays européens). »

« Il faudrait prévoir la présence d'orthophonistes, d'ergothérapeutes dans les établissements. »

« L'inclusion se fait par la sensibilisation, la compréhension des troubles de certains enfants. Le seul fait d'avoir une classe adaptée ne suffit pas à la sensibilisation de l'école tout entière. Le médico-social doit rentrer plus facilement dans les écoles et être reçu pour des formations ; il faut un travail de collaboration. »

« Il devrait y avoir des réunions "pragmatiques" pour communiquer entre les professionnels de santé et les enseignants dits spécialisés et les enseignants lambda pour que ces derniers puissent également prendre connaissance "de la base" des problèmes à observer chez l'enfant. »

« Les dispositifs d'autorégulation sont grandement bénéfiques pour les élèves TSA proposant un modèle d'inclusion et d'accessibilité. La présence pérenne à temps complet d'un enseignant surnuméraire et d'une équipe médico-sociale est bénéfique pour l'élève TSA et les autres élèves. »

« Les ergothérapeutes, psychomotriciens et kinésithérapeutes doivent être inclus dans le projet. La liste des "professionnels experts" est réductrice. »

« Une collaboration active et effective avec les acteurs du médico-social et du sanitaire pour déployer les évaluations et diagnostics quel que soit l'âge, pour adapter et coordonner les accompagnements et enseignements aux capacités de chacun. »

« Il faut créer un nouveau poste : celui d'éducateur spécialisé scolaire à temps plein qui dépend de l'éducation nationale sur une grille salariale identique à celle des enseignants ou éducateurs spécialisés. »

« Prendre l'exemple du Canada avec des éducateurs spécialisés dans chaque établissement scolaire qui accompagneraient tous les élèves dans l'aspect socio-éducatif et d'autres interviendraient spécifiquement pour les élèves aux besoins spécifiques. »

2.1.2. Les apports selon les enseignants et la communauté éducative dans son ensemble

Une enquête réalisée dans l'Indre¹⁰⁰ montre que « **pour 83 % des écoles maternelles, la coopération avec les services extérieurs sanitaires et médico-sociaux peut constituer un bénéfice et un soutien pour les équipes enseignantes.** La grande majorité des enseignants déplore le manque de partenariat avec le secteur sanitaire. Une coopération plus importante avec ce secteur permettrait selon eux de répondre en partie à

¹⁰⁰ Diagnostic sur l'ensemble des enfants âgés de 3 à 6 ans en situation de handicap dans le département de l'Indre, scolarisés ou susceptibles de l'être. CREAI Centre Val de Loire, 2017- enquête menée auprès de 42 écoles.

leur manque de connaissances sur le handicap, de mieux comprendre les comportements de l'enfant et ainsi de mieux adapter l'organisation pédagogique et l'intégration au sein du groupe classe. Ainsi, l'information donnée par les parents, voire quelquefois par un service sanitaire ou médico-social, n'est pas considérée comme suffisante pour anticiper et comprendre les expressions comportementales du handicap. Des attentes sont ainsi formulées par les enseignants d'une implication des services dans leur formation.

Au-delà de cette appréciation générale, les enseignants rencontrés par la mission ont témoigné de l'appui précieux des professionnels médico-sociaux pour l'accompagnement des élèves en situation de handicap, en particulier lorsqu'ils interviennent dans leur classe. L'expertise médico-sociale favorise une montée en compétences, en permettant de mieux comprendre les troubles des élèves, de mieux évaluer leurs compétences, et d'aménager leurs enseignements.

À titre d'exemple, une enseignante spécialisée coordonnatrice d'ULIS a témoigné avoir été formée par un professionnel du SESSAD accompagnant un enfant souffrant de troubles autistiques de l'ULIS, et avoir ainsi adapté ses pratiques et le matériel utilisé pour l'élève. Alors qu'elle était en difficulté pour accueillir l'enfant, le SESSAD lui a permis d'accueillir plus sereinement cet enfant et de progresser notablement. De même, dans une unité externalisée accueillant des jeunes avec des déficiences motrices, une enseignante a témoigné avoir construit les adaptations pédagogiques avec le coordonnateur de l'UEE et l'éducatrice spécialisée (aménagement des devoirs, mise en place de tiers temps, modalités d'évaluations différenciées...). Les échanges avec l'ergothérapeute de l'IEM étaient également très appréciés pour accompagner à l'utilisation de matériels adaptés (tel que la dictée vocale). **De même, l'intervention des EMASco ou des PIAL renforcés se traduit par des conseils et des prêts de matériels adaptés aux équipes pédagogiques, ce qui permet l'introduction de nouvelles pratiques.**

Le croisement de regards entre différentes professionnalités permet aux enseignants (ainsi qu'aux AESH, et plus globalement à l'ensemble de la communauté éducative) de **reconsidérer leurs pratiques, par exemple en s'autorisant plus facilement à déroger aux programmes scolaires ou en prenant en considération davantage les compétences psychosociales.** L'évaluation par une enseignante consécutive à l'intervention de deux professionnelles médico-sociales (dans le cadre d'un PIAL renforcé) dans sa classe illustre cette capacité d'appui et de soutien pour la gestion de situations complexes, favorisée par la posture de relative neutralité de professionnels qui ne relèvent pas de l'éducation nationale (encadré ci-après).

Évaluation de l'intervention d'un PIAL renforcé auprès d'une enseignante

Ces éléments sont extraits de la fiche d'évaluation d'une enseignante de l'intervention de deux professionnels de médico-social (la responsable adjointe du SESSAD spécialisée dans les troubles du neuro-développement, une psychologue) dans sa classe, pour l'aider à prendre en charge Y.

Elle a apprécié la réactivité de l'intervention du binôme de professionnelles, la qualité des échanges, et le croisement des regards et des compétences. Elle témoigne avoir découvert de nouvelles compétences chez son élève ; l'autonomie de son élève s'est améliorée, il se concentre mieux sur ses activités. Grâce à l'intervention du PIAL R, l'enseignante a appris à mieux valoriser son travail ; Y a vraiment pris confiance en lui et s'est épanoui.

L'intervention du PIAL lui a permis de moins douter et de mieux comprendre Y. Elle a l'impression d'être soutenue, elle s'est sentie entendue dans ses questionnements et difficultés. Elle exprime le souhait de se documenter pour améliorer ses connaissances notamment sur les recherches liées aux fonctions exécutives.

Au-delà, l'appui des professionnels médico-sociaux auprès des enseignants peut conduire à des évolutions de pratiques qui bénéficient à l'ensemble des élèves de la classe, voire à l'établissement.

Ainsi, dans le DAR visité en Gironde, les enseignantes accueillant les enfants au sein de leurs classes ont témoigné de l'intérêt du dispositif, qui a renforcé le travail d'équipe dans l'établissement. Si la remise en cause des pratiques pédagogiques peut être déstabilisante, les **enseignantes ont témoigné d'évolutions dans leurs méthodes d'enseignement, avec l'utilisation de davantage de supports visuels et d'une communication plus explicite.** Elles ont exprimé avoir beaucoup appris en termes d'observation des enfants, grâce au travail de cotation de comportements réalisé par les professionnels médico-sociaux pour l'ensemble des élèves de l'école. Ainsi, 90 enfants de l'école participent aux ateliers organisés au sein de l'espace d'autorégulation, en fonction de leur évaluation en termes de compétences d'autorégulation et de

gestion des émotions. La co-intervention s'est également développée au sein de l'établissement : l'enseignante du DAR intervient au sein des classes « ordinaires », avec un partage en trois groupes : un groupe en autonomie, un groupe d'élèves débutants, un groupe de niveau intermédiaire. La communauté éducative a témoigné que le climat scolaire de cette école s'était notablement apaisé depuis l'installation du DAR. Le DAR peut également contribuer à une amélioration du sentiment d'efficacité des enseignants (cf. partie 1.2.4.1).

De même, la coopération ancienne avec un DITEP (dans le cadre d'une UEE) a contribué à un projet de lutte contre le décrochage scolaire du collège Charles Guérin à Lunéville, qui bénéficie à 60 élèves du collège. **Le DITEP a conseillé le collège pour la conception et le ciblage d'ateliers pour favoriser la remobilisation des élèves.** Conseillé par l'art-thérapeute du DITEP, le collège a également créé un sas, un espace où les élèves peuvent venir s'apaiser (accompagnés d'un adulte). Cet espace sas est composé d'une salle multi-sensorielle et d'une salle pour se défouler (avec un équipement de boxe). Les élèves bénéficiant de ces deux dispositifs sont pour moitié des élèves de SEGPA, pour moitié des élèves de collège général. Ce projet de salle d'apaisement inspire actuellement d'autres écoles et établissements du département.

Le rapprochement avec le médico-social peut être une source d'inspiration pour la reconfiguration de l'espace au sein des bâtiments scolaires.

Les professionnels médico-sociaux peuvent intervenir sur les temps périscolaires à l'école, et cette présence sur l'ensemble des temps de l'enfant ou du jeune est appréciée. Les ressources d'éducateurs peuvent ainsi participer à la régulation du climat scolaire au sein d'un établissement, comme l'illustre l'expérience d'« IME hors les murs ».

(...) Le travail éducatif en commun est décrit très positivement par la principale adjointe, qui n'avait auparavant dans sa carrière jamais eu l'occasion de travailler avec les professionnels du médico-social. En comparant ces situations avec ce qu'elle avait connu dans l'un de ses postes précédents, dans un collège doté d'une ULIS sans le volet IME du dispositif, elle souligne la valeur ajoutée de l'étayage éducatif lorsqu'il s'agit de réguler la vie scolaire.

« Je vois vraiment la différence. On voit l'importance de ces intervenants-là, pour m'expliquer à moi, parce que je reconnais que sur certains points, je n'avais pas cette vision-là de l'élève, je n'avais pas ces éléments-là. Pour expliquer aux élèves, c'est vraiment des interlocuteurs extrêmement précieux, pour pouvoir faire l'intermédiaire entre les élèves et nous. (...) L'éclairage que m'apportent les personnels de l'IME, c'est précieux, quand on a les décisions à prendre ; justement Axel, il a fait une bêtise, il faut qu'il y ait une sanction, mais il faut qu'elle soit adaptée ! Pour l'adapter, j'ai besoin qu'on m'explique ce qu'il en est. », entretien avec la principale adjointe).

Elle souligne également que ce travail en commun redonne du sens au travail de régulation de la vie scolaire, parfois rébarbatif et décourageant. Mettant en avant son attachement aux singularités des élèves du dispositif IME hors les murs, elle explique bien en quoi que le travail réalisé en lien avec les éducateurs lui semble plus utile que celui réalisé auprès des élèves « ordinaires ».

Source : Quand l'institution médico-sociale s'inscrit dans les murs de l'éducation nationale- Enquête au sein d'un IME « hors les mur ». Hugo Bertillot, Noémie Rapegno, Cécile Rosenfelder, juin 2019.

Les rapprochements entre médico-social et éducation nationale peuvent donner lieu à des dynamiques d'inclusion dite inversée. Ainsi, dans une UEE visitée, les ateliers pratiques organisés par le DITEP bénéficiaient aux jeunes de SEGPA de l'établissement. Dans une UEMA/UEEA de Bourgogne Franche-Comté, ce sont un ou plusieurs enfants de la classe ordinaire qui participent à des activités pédagogiques, éducatives, motrices dans l'UEMA/UEEA¹⁰¹. Selon l'enquête scolarité d'AIRe, certaines UEE d'un DITEP organisent des ateliers spécifiques ouverts aux autres élèves de l'école ou de l'établissement : **ateliers logico-maths avec une orthophoniste et une enseignante, d'une part, et organisation d'un sas pour élèves fatigables en fin de matinée animé par des personnels du DITEP...**

¹⁰¹ Source : étude du CREAL Bourgogne-Franche-Comté.

2.1.3. Les apports selon les professionnels du médico-social

Comme le présente la partie 1.1.3.1 de cette annexe, une transformation profonde est à l'œuvre au sein du secteur médico-social avec le développement marqué des prises en charge externalisées et de l'inclusion, dans le cadre de services ou de fonctionnement en « dispositifs ». Si le fonctionnement du secteur médico-social est par nature pluridisciplinaire et s'appuie sur un travail en équipe, le mouvement actuel contribue à reconfigurer les modes d'exercice et suppose des évolutions importantes en termes d'organisation et de ressources humaines. Les évolutions importantes des connaissances scientifiques et des pratiques, notamment s'agissant des troubles du neuro-développement, conduisent également à des évolutions internes fortes pour le médico-social, avec un enjeu marqué de formation.

L'intervention des professionnels médico-sociaux au sein des établissements scolaires constitue un des éléments de cette transformation plus globale. Si le travail avec les enseignants spécialisés est le plus souvent coutumier des professionnels médico-sociaux, à travers le contact avec les enseignants des ESMS (en unités d'enseignement interne ou externe), **l'intervention plus fréquente dans les établissements scolaires, y compris au sein des classes ordinaires, constitue une évolution importante et positive, qui conduit notamment à porter une attention plus forte aux compétences scolaires.**

L'intervention croissante du médico-social au sein des établissements scolaires devrait contribuer à s'intéresser davantage à l'enseignement déployé au sein des ESMS. Comme souligné précédemment (partie 1.2.2.1 de la présente annexe), si la mission n'a pas investigué ce sujet, le rapport inter-inspections de 2014 sur les unités d'enseignement des établissements médico-sociaux¹⁰² appelait à une mobilisation forte des acteurs, en particulier de l'éducation nationale, pour renforcer l'enseignement au sein des ESMS.

2.2. Les difficultés à surmonter

2.2.1. Des partenariats qui demeurent « personne-dépendants », et ce de manière encore plus marquée dans le secondaire

Dans nombre des lieux de visite de la mission, les coopérations entre médico-social et éducation nationale sont anciennes, s'appuient sur des relations interpersonnelles et l'engagement personnel de quelques acteurs, avec pour conséquence des dynamiques parfois fragiles. L'importance de cette dynamique relationnelle et interpersonnelle a été relevée aussi bien concernant l'engagement des collectivités territoriales, des professionnels de l'éducation nationale (IEN, chefs d'établissement ou directeurs d'école, enseignants), des professionnels médico-sociaux, mais aussi des parents (parents d'autres élèves ou même parents d'enfants ou de jeunes en situation de handicap).

Le premier frein aux collaborations mentionné par les acteurs est celui du manque de disponibilité des locaux dans les établissements scolaires. Les problématiques peuvent différer entre le premier degré, où l'accessibilité n'est pas toujours la priorité des communes qui n'ont, en outre, pas toujours la capacité d'investissement nécessaires pour des écoles nombreuses et de petite taille, et le second degré où les effectifs en hausse constituaient jusque récemment un obstacle dans beaucoup de territoires¹⁰³. D'après une enquête en ligne menée par l'UNAPEI en 2021 auprès de son réseau¹⁰⁴, les principaux freins au développement des UEE réside dans le manque de locaux et le manque de personnel d'encadrement. Un IME visité par la mission n'a pu développer d'unité externalisée, faute d'engagement de la commune pour mettre à disposition un local. Une situation identique a été rapportée par le directeur d'un ESMS de la région Île-de-France. De même, dans une UEEA visitée par la mission, l'association gestionnaire médico-sociale a dû financer le rafraîchissement des locaux de l'UEEA (un ancien logement de fonction) dans l'école en lieu et place de la commune.

¹⁰² CGEFI-IGAS-IGEN-IGAENR (2014). Les unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et de santé.

¹⁰³ Les effectifs du second degré sont actuellement relativement stables, après une hausse pendant plusieurs années. La DEPP prévoit une diminution sensible des effectifs à compter de 2024. Source : Prévision des effectifs du second degré pour les années 2022 à 2026. DEPP, note d'information n°22.12, mars 2022.

¹⁰⁴ Synthèse de l'enquête menée auprès du réseau UNAPEI « Éducation inclusive de mars à juillet 2021 », décembre 2021 : 44 associations du réseau accompagnant près de 10 000 enfants ont répondu à l'enquête en ligne auprès des associations gestionnaires dans le champ enfance du réseau UNAPEI.

Au-delà des réticences liées à l'installation de tel ou tel dispositif de coopération dans un établissement scolaire, **la conception des nouveaux établissements scolaires ou leur rénovation ne prévoient pas systématiquement de mise à disposition d'espaces pour l'intervention de professionnels médico-sociaux, que ce soit pour un accompagnement individuel (type SESSAD) ou un dispositif collectif (UEE).** Ainsi, dans un département visité par la mission, le plan de développement des collèges du conseil départemental qui prévoit le développement de 14 nouveaux collèges et la réhabilitation de 10 nouveaux collèges sur la période 2018-2025 n'intègre pas la problématique de l'aménagement des locaux pour permettre l'intervention des professionnels médico-sociaux dans les établissements.

L'implication des communes est également essentielle s'agissant **de l'inclusion des enfants en situation de handicap sur les temps périscolaires.** Sans que ce point n'ait été investigué de manière approfondie, on peut souligner les pratiques très variables d'intégration des enfants scolarisés en UEE sur les temps périscolaires, les enfants ne déjeunant fréquemment pas à la cantine de l'école (cf. tableau 4 en partie 1.2.3.1 de cette annexe). **La plupart des collectivités conditionnent l'inclusion des enfants en situation de handicap sur les temps périscolaires à la présence de personnels médico-sociaux pour accompagner les enfants.** Le rapprochement entre les professionnels médico-sociaux et les personnels intervenant durant les temps périscolaires peut permettre la formation ou *a minima* à la sensibilisation des animateurs d'accueils de loisirs à l'accueil d'enfants en situation de handicap et à la gestion de certains troubles. Ainsi, **dans le DAR visité en Gironde, les enseignants comme une mère d'enfant ont dressé un bilan très positif¹⁰⁵ de la formation à l'autorégulation dispensée auprès des professionnels des accueils de loisirs, de l'intervention des professionnels médico-sociaux durant les temps périscolaires** pour des observations, et de la pratique de temps de concertation régulier entre les professionnels médico-sociaux et les animateurs. Une autre initiative intéressante rencontrée par la mission est celle du projet de conventionnement de l'académie de Nancy-Metz avec plusieurs collectivités pour développer l'inclusivité des cantines scolaires avec la présence systématique d'AESH dans chaque restaurant scolaire, qu'il y ait des enfants notifiés ou non, sur des contrats spécifiques de 8h.

La mise à disposition de locaux aux établissements ou services médico-sociaux au sein des écoles ou établissements scolaires peut également être remise en cause au gré des priorités du directeur d'école ou du chef d'établissement. Ainsi, un directeur d'ESMS a témoigné que l'UEE développée par l'ESMS en partenariat avec un collège, avec l'utilisation de 3 salles de classe, avait été remise en cause à l'arrivée d'un nouveau chef d'établissement, celui-ci ayant choisi d'affecter les salles à un autre projet. Les unités externalisées ne sont pas toujours mentionnées dans les projets d'école ou d'établissements, même quand la coopération est ancienne et de qualité.

L'engagement des directeurs d'école ou des chefs d'établissements, mais également celle des IEN-EI et des IEN de circonscription, est ainsi déterminante pour la création de nouvelles coopérations comme pour leur réussite dans la durée. Plusieurs acteurs médico-sociaux ont ainsi fait état de refus de chefs d'établissements scolaires d'interventions de professionnels de santé ou médico-sociaux dans les écoles ou les établissements scolaires pour des soins ou des accompagnements individuels, ces interventions nécessitant un conventionnement. Ainsi, un SESSAD rencontré par la mission a témoigné de la difficulté voire de l'impossibilité de travailler avec certains établissements du second degré qui « *ferment la porte* », l'absence d'enseignant au SESSAD ayant accru cette difficulté. Une association gestionnaire rencontrée, **l'UNAPEI, soulignait que les écoles refusaient parfois l'intervention des SESSAD sur les temps scolaires, afin que les élèves ne manquent pas la classe, ce qui peut avoir pour inconvénient de reporter la charge de l'organisation des soins sur les familles,** et d'alourdir l'emploi du temps d'enfants ou de jeunes pourtant souvent plus fatigables. L'intervention d'éducateurs libéraux au sein des écoles ou établissements serait également parfois refusée, comme il a été dénoncé lors de la consultation citoyenne sur la stratégie nationale pour les troubles du neuro-développement.

La qualité des partenariats dépend aussi de l'engagement des personnels de direction. Ainsi, le degré d'inclusion des enfants ou jeunes en classe ordinaire tout comme la mise en place de projets inclusifs (projets sportifs, culturels, sorties scolaires communes, etc.) reposent souvent sur l'implication des directeurs d'école, principaux ou proviseurs, qui n'est pas ou peu valorisée par l'institution. **À ce titre, l'absence d'intégration**

¹⁰⁵ La mission n'a pas rencontré les animateurs du centre de loisirs de l'école.

des effectifs des UEE dans les effectifs des établissements (à l'exception des UEEA) constitue un frein notable à leur développement, au-delà de la dimension symbolique forte que celle-ci revêt. L'ensemble des acteurs de terrain rencontrés par la mission s'est ainsi déclaré favorable à l'attribution d'un INE aux enfants accompagnés par les établissements et services médico-sociaux.

L'engagement des équipes enseignantes est également déterminante pour le succès de ces partenariats, comme l'illustrent les exemples d'installation de dispositifs d'autorégulation visités par la mission. Dans l'une des deux écoles, la directrice a organisé un vote sur l'installation du dispositif au sein de l'école. L'équipe enseignante dans son ensemble a voté en faveur du projet, mais les enseignants en désaccord ont ensuite demandé leur mutation vers une autre école. Dans l'autre école, le DAR a été installé sans information préalable et *a fortiori* adhésion de l'ensemble des enseignants, ce qui rend son fonctionnement difficile.

De manière très convergente, les témoignages et enquêtes soulignent que **la collaboration est plus complexe avec les établissements du secondaire qu'avec les écoles maternelles ou élémentaires.** Ainsi, dans l'enquête scolarité réalisée par l'association AIRe auprès des DITEP¹⁰⁶, il est rapporté que « l'inclusion en collège est par elle-même pointée comme plus compliquée que pour l'élémentaire car très personne dépendante en fonction du principal de l'établissement. Un nouveau venu peut dénoncer la convention signée par son prédécesseur. Cela peut être aussi vrai vis-à-vis des IEN dans le primaire, mais cela est moins remonté significativement. » S'agissant des EMASco, qui sont beaucoup plus saisies par le premier degré que par le second degré, **la collaboration avec le premier degré serait facilitée par le fait que l'enseignant soit en présence de l'élève en permanence, et « porte le sujet au quotidien » par une culture inclusive plus marquée ainsi que par le rôle d'intermédiaire joué par les IEN de circonscription, pour le contact avec les équipes pédagogiques**¹⁰⁷. Pour le second degré, le nombre important d'élèves de chaque professeur ainsi qu'une culture disciplinaire prééminente (par rapport à une culture pédagogique) peuvent constituer un frein aux aménagements pédagogiques et aux collaborations.

Les parents d'élèves peuvent également exprimer des réticences à l'installation d'une coopération avec le médico-social. Dans une des UEEA visités par la mission, certains parents d'élèves avaient ainsi exprimé de fortes inquiétudes lors du développement du projet, aux côtés d'enseignants de l'école.

Pour les professionnels médico-sociaux, le rapprochement avec l'éducation nationale, et plus globalement le mouvement de transformation de l'offre qui suppose l'accroissement des interventions « hors les murs », **fait aussi l'objet d'un engagement variable,** dans un contexte de difficultés de recrutement marquées. Comme évoqué précédemment, ces changements supposent une évolution du mode d'exercice, avec des déplacements sur les lieux de vie des personnes accompagnées et l'émergence de nouveaux métiers (coordonnateurs de parcours, référents de parcours, ...). **Le rapport Piveteau soulignait en 2022 que cette transformation des métiers suscitait des inquiétudes, des craintes de dévalorisation des tâches et de perte de technicité.**

Des freins organisationnels et budgétaires sont également remontés par les associations gestionnaires et les agences régionales de santé. L'intervention des professionnels du médico-social (ressources enseignantes, éducatives ou thérapeutiques) dans les écoles conduirait à un **accroissement des coûts de transport, un travail en équipes plus réduites, et renchérissement des coûts de personnels.** Un DAME d'Eure-et-Loir estime ainsi que les frais de transport de son organisation ont augmenté de 150 % avec le fonctionnement en parcours et l'accompagnement sur les lieux de vie. Plusieurs impératifs territoriaux doivent être conciliés pour la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et jeunes bénéficiant d'un accompagnement médico-social : **favoriser une scolarité en proximité des enfants en situation de handicap peut conduire à une dissémination des enfants accompagnés et à un éloignement des ressources d'accompagnement, en particulier pour des déficiences rares.** Ainsi, l'institut des jeunes sourds de la Malgrange, qui porte un service (SESSEFS) sur les territoires de Meurthe-et-Moselle et des Vosges, a témoigné du fait que les enseignants spécialisés étaient amenés à se déplacer parfois pour un seul enfant, avec des temps de trajet très significatifs. Ceci les a amenés à une réflexion pour regrouper les enfants dans certains établissements ordinaires référents.

¹⁰⁶ Enquête sur la scolarisation et les modalités de coopération avec l'éducation nationale au 1^{er} janvier 2023, AIRe.

¹⁰⁷ Source : compte-rendu du séminaire des EMASco de Pays de la Loire, *ibid.*

En contrepartie de l'augmentation significative des frais de transport, les frais d'investissement et d'entretien du bâti du médico-social, notamment en termes d'hébergement, se réduisent avec l'évolution des modalités d'accompagnement. Toutefois, **l'ensemble des acteurs médico-sociaux rencontrés soulignent l'importance de conserver des locaux en propre pour leur activité**. Ces locaux dédiés sont nécessaires pour la réalisation de certains soins, pour le maintien de temps de répit en dehors de l'école, ou encore l'hébergement de certains publics comme les enfants ou jeunes relevant de la protection de l'enfance ou porteurs de très lourds handicaps. La transformation de l'offre médico-sociale suppose par ailleurs un investissement conséquent en termes de formation. **Or la transformation est actuellement menée à moyens constants pour les établissements** (en dehors de quelques exceptions, comme la création de places de SESSAD ou de l'octroi de crédits non reconductibles des ARS).

Enfin, même si les familles et les jeunes rencontrés par la mission se sont déclarés le plus souvent favorables à l'accueil en milieu ordinaire, les acteurs médico-sociaux ont souligné que **certaines familles pouvaient être réticentes à un accompagnement de leur enfant en milieu ordinaire**, en lieu et place d'un accueil en établissement, où l'ensemble de la prise en charge est intégré et financé. **Ces réticences seraient causées par des motifs financiers, le transport, l'hébergement et la restauration étant financées pour les enfants relevant des établissements médico-sociaux**. S'agissant du transport, le fait que le transport scolaire d'enfants en situation de handicap scolarisés dans leur école de secteur n'est pas toujours rendu possible ou financé par les collectivités constitue un frein à la scolarisation en proximité. Par ailleurs, des problématiques organisationnelles sont également remontées par les familles (difficultés à organiser les soins, si ces derniers ne sont pas délivrés à l'école par un service médico-social, risque d'alourdissement des emplois du temps des enfants pourtant plus fatigables).

2.2.2. Des différences de culture professionnelle qui peuvent rendre plus complexes les partenariats

Les cultures professionnelles entre les deux milieux restent très différentes, en dépit de rapprochements amorcés çà et là, comme l'illustre de manière très schématique le tableau ci-dessous. Au-delà des différences culturelles, les différences statutaires et organisationnelles sont également nombreuses.

Tableau 11 : Les différences culturelles entre médico-social et éducation nationale

	Culture enseignante	Culture médico-sociale
Modalités d'intervention auprès des enfants	Maîtrise individualisée d'une classe, sous contrôle hiérarchique, au sein d'un statut de corps dans la fonction publique	Travail en équipe, au sein d'un établissement ou service spécialisé régi le plus souvent par des conventions collectives. Interventions auprès de petits groupes d'enfants.
Organisation du travail	Travail de l'enseignant est individuel en dépit d'une promotion du travail en équipe. Travail centré sur la maîtrise pédagogique et didactique des contenus d'enseignement.	Travail en équipe pluridisciplinaire
Appréhension de l'enfant	Appréhension de l'enfant/élève : l'enfant accueilli à l'école est d'abord un élève. L'un des objectifs de l'école est qu'il apprenne son « métier d'élève », à travers les enseignements délivrés par les professeurs. Rare prise en considération de l'enfant dans sa globalité par les enseignants.	Appréhension de l'enfant dans l'ensemble de ses temps de vie et dans sa globalité, à travers l'éducation transmise par les professionnels.
Objectifs	Acquisition de compétences scolaires (le « métier d'élève »), d'une culture scolaire sanctionnée par la maîtrise du socle commun de connaissances, de compétences et de culture au terme de la scolarité obligatoire, prolongée éventuellement par la maîtrise de savoirs académiques au lycée (général et technologique) visant la réussite aux examens et concours.	Aide au développement de la personnalité et à l'épanouissement de la personne et, le cas échéant, contribution à l'insertion socioprofessionnelle. Évaluation globale des compétences des enfants, intégrant notamment les compétences psycho-sociales Développement de la relation (métier de la relation)

Source : mission à partir des référentiels de compétences des enseignants et des éducateurs spécialisés

Ainsi, lors de plusieurs visites de dispositifs, des tensions ou incompréhensions entre les professionnels, de manière ponctuelle ou parfois durable ont pu se manifester. D'après les interlocuteurs, ces difficultés sont favorisées par les différences dans les compétences professionnelles mobilisées pour répondre aux missions assignées. Ainsi, **la présence de professionnels médico-sociaux au sein des classes, que ce soit dans le cadre des EMASco ou des DAR, peut être mal vécue par les enseignants, les observations des professionnels médico-sociaux pouvant être perçues comme des jugements.** De même, la supervision organisée dans le cadre des dispositifs d'autorégulation peut être perçue comme un contrôle par des enseignants. L'intervention des professionnels médico-sociaux au sein des écoles peut aussi être perçue comme **une concurrence par certains professionnels, à l'instar des RASED**¹⁰⁸. Une équipe médico-sociale d'une UEEA a aussi témoigné de difficultés de communication avec les collègues enseignants, du fait d'objectifs d'apprentissages qui ne sont pas toujours convergents.

Les questions de secret professionnel peuvent également constituer un frein à la communication entre professionnels. En effet, la loi n'organise pas d'échanges d'informations entre les professionnels de santé et l'éducation nationale¹⁰⁹. La circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 rend toutefois possible le partage de certaines informations entre les équipes médicales et éducatives, à la « demande expresse » des familles, dans le but exclusif d'une meilleure prise en charge de l'enfant.

Enfin, l'articulation entre professionnels de l'éducation nationale et du médico-social peut être rendue plus complexe par la méconnaissance respective de leur contexte institutionnel, et du fait de la multiplicité des dispositifs spécialisés ou organisations existantes :

- côté éducation nationale, les ressources traditionnelles que constituent les ULIS, les enseignants référents, les IEN ASH et les RASED ont vu la structuration en pôle ressources et SDEI, et la création de PEJS et de professeurs ressources par pathologie (TSA notamment), qui restent encore méconnus ;
- côté médico-social, la transformation de l'offre se traduit par une profusion de dispositifs, rendant l'écosystème peu lisible et très difficile à appréhender pour les personnels de l'éducation nationale (établissements, SESSAD, dispositifs DITEP / DIME / DAME, plateformes, PCPE ou encore communautés 360) ;
- concernant les dispositifs associant éducation nationale et médico-social, ils sont eux-mêmes multiples et pas toujours complémentaires : UEE, UEEMA, UEEA, UEJP, DAR, EMAS, PIAL renforcé (cf. partie 1.2.2.2 de la présente annexe). Cela conduit certains acteurs à appeler à des dispositifs plus polyvalents.

Dans ce paysage complexe, certains acteurs jouent toutefois un rôle d'intermédiation entre les deux professionnalités, jugé très utile, à l'instar des enseignants spécialisés. Les enseignants référents, coordonnateurs d'ULIS ou enseignants en unités externalisées ont vocation à assumer une fonction d'interface importante, à travers leur connaissance des deux institutions et des deux cultures professionnelles¹¹⁰. Ce rôle d'interface est parfois assumé avec un co-financement des deux partenaires, à l'instar du poste de coordonnateur pédagogique du centre adapté du lycée des bourdonnières (cf. partie 1.2.4.4).

¹⁰⁸ Source : Activité des équipes mobiles médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) de Nouvelle-Aquitaine. CREA, 2023 (*s'appuyant sur une enquête auprès des 14 EMAS de la région*).

¹⁰⁹ Certains aménagements au secret médical ont été apportés par la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016, qui autorise l'échange d'informations couvertes par le secret médical, à condition de participer à la prise en charge d'une même personne et que les informations échangées soient nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins. Les informations transmises doivent entrer dans le périmètre des missions des professionnels de santé ou du secteur médico-social ou social. Le partage d'informations avec les professionnels de l'éducation nationale ne relève toutefois pas de ce cas de principe.

¹¹⁰ Des travaux de recherche ont ainsi montré que « ces professionnels [les coordonnateurs d'ULIS] peuvent être considérés comme des "acteur[s] d'interface" » (Thomazet, Merini, 2015), dont la spécificité est « d'être en intelligibilité avec plusieurs mondes » et de « posséder les codes de chacun d'entre eux » (*ibid.*, p. 144), « ce qui, de fait, facilite la traduction des situations et des besoins éducatifs particuliers des élèves, auprès des professionnels du collège ».

Bertillot Hugo, Rapegno Noémie, Rosenfelder Cécile (2023). L'intersectorialité négociée « par le bas ». Quand une institution médico-sociale s'inscrit dans les murs d'un collège. *Gouvernement et action publique*, 2023/1 (VOL. 12), p. 27-49. DOI : 10.3917/gap.231.0027. <https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2023-1-page-27.htm>

Le facteur temporel est également déterminant pour lever les appréhensions ou les incompréhensions liées aux différences culturelles, comme le soulignent certains professionnels exerçant en EMASco : « **Le lien entre le médico-social et l'éducation nationale ne se décrète pas, il se construit. C'est quelque chose qu'il faut prendre le temps d'approcher, de déconstruire et reconstruire.** (...) C'est un travail au long cours, avec des points d'appui différents, des points d'expertise différents, que ce soit au sein de l'éducation nationale ou du médico-social. Et petit à petit on fait langage commun. »¹¹¹

2.2.3. Une réponse médico-sociale qui ne peut être assurée pour tous les enfants et jeunes, ce qui génère des tensions au sein des écoles, voire des déscolarisations

2.2.3.1 Des temps d'attente importants pour un accompagnement médico-social

Une des difficultés majeures suscitée par l'accueil d'enfant en situation de handicap à l'école, source de tensions entre médico-social et éducation nationale, tient aux enfants ou jeunes en attente de réponse médico-sociale adapté.

En effet, dans l'ensemble des départements visités par la mission, les acteurs rencontrés ont fait état de temps d'attente importants pour l'accompagnement médico-social d'enfants ou jeunes avec une notification de la CDAPH. En dépit du déploiement achevé au sein des MDPH d'un logiciel de suivi des orientations, peu de départements sont en capacité de produire des données fiables et partagées sur ces situations. Les raisons invoquées par les MDPH ou les ARS relèvent soient de problèmes techniques, du manque de fiabilité dans les données (renseignement incomplet, existence de doublons, etc.), ou encore du manque de ressources ou de compétences pour exploiter les données. **Dans le département de la Gironde, où la MDPH dispose d'une ressource experte pour l'exploitation des données, 2844 enfants étaient en attente d'une réponse médico-sociale au 1^{er} janvier 2023¹¹², dont 2024 en SESSAD (pour une file active de 1422), 852 en IME (pour une capacité d'accompagnement de 1159 enfants), 121 en ITEP (pour une capacité de 936) et 117 en EEAP (pour une capacité de 74).** En Auvergne-Rhône-Alpes, les données présentées dans l'encadré ci-après illustrent également la problématique des difficultés de mise en œuvre des orientations cibles des CDAPH.

Mise en œuvre des prescriptions des CDAPH en matière de scolarisation en Auvergne-Rhône-Alpes en 2020

Concernant la mise en œuvre de la prescription de la CDAPH, on note que :

- parmi les élèves qui n'ont pas de notification, 97,5 % sont scolarisés dans une classe ordinaire (dont SEGPA) ;
- parmi les élèves avec une notification ULIS, seuls 83 % sont effectivement scolarisés en ULIS ;
- parmi les élèves avec une notification mentionnant exclusivement un accompagnement dans un établissement médico-social ou hospitalier, 82,5 % sont scolarisés dans une classe ordinaire (dont SEGPA).

Par ailleurs, à la rentrée scolaire 2020, 2 361 élèves en situation de handicap sont scolarisés au sein d'un établissement de l'éducation nationale alors qu'ils ont une notification pour un accompagnement exclusif au sein d'un établissement médico-social ou hospitalier, soit 4,7 % des élèves en situation de handicap scolarisés au sein d'un établissement de l'éducation nationale.

Parmi ces élèves, il est noté une surreprésentation des élèves avec des troubles du psychisme, des troubles visuels et des troubles auditifs.

Par ailleurs, si 11 % des élèves en situation de handicap scolarisés au sein d'un établissement de l'éducation nationale souffrent de troubles du spectre de l'autisme, cette proportion est de 28 % pour les élèves ayant une notification pour un accompagnement exclusif au sein d'un établissement médico-social ou hospitalier.

Source : extraits du rapport « École inclusive : scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région Auvergne-Rhône-Alpes – rentrée scolaire 2020-2021 », étude menée par le CREAI, commanditée par l'ARS et l'académie

Ces listes d'attente importantes conduisent à l'accueil d'enfants ou de jeunes dans des configurations différentes de l'orientation cible proposée par la MDPH : certains de ces enfants sont accueillis à l'école ordinaire, le cas échéant avec un (ou une) AESH, ou sont accueillis dans une ULIS, voire sont partiellement ou

¹¹¹ Source : compte-rendu du séminaire des EMAS organisé par le CREAI Centre-Val-de-Loire et l'ARS, 2023.

¹¹² Le nombre d'enfants en attente ne coïncide pas avec la somme des données présentées après du fait de l'existence de 270 doubles orientations.

totallement déscolarisés, en l'attente d'un accompagnement médico-social. D'autres se voient proposer un accompagnement médico-social pour une durée faible ou insuffisante par rapport à leurs besoins (par exemple dans le cadre de PCPE, qui peuvent proposer des réponses partielles, en l'attente d'un accompagnement pérenne).

Ces situations dégradées sont extrêmement préjudiciables aux enfants et aux jeunes, qui peuvent subir des pertes de chance importantes, avec des apprentissages limités, voire se retrouver dans des situations de maltraitance. Elles sont également très délétères pour les parents de ces enfants, parfois contraints d'interrompre ou de limiter leur activité professionnelle, et peuvent se retrouver eux-mêmes en grande difficulté pour gérer les troubles de leurs enfants sans accompagnement.

Mais ces situations peuvent aussi placer en grande difficulté les AESH, les enseignants et les écoles dans leur ensemble, comme l'ont souligné les organisations syndicales de professionnels de l'éducation nationale rencontrées par la mission. Les situations les plus fréquentes concernent des enfants avec des troubles du comportement, susceptibles de violences vis-à-vis de leurs camarades, des AESH ou des enseignants. L'augmentation des accueils d'enfants à l'école maternelle sans accompagnement approprié est soulignée de manière récurrente, en lien notamment avec l'obligation scolaire dès 3 ans et l'augmentation de la prévalence de certains troubles, ce qui met en exergue l'importance du repérage et du diagnostic précoces et l'enjeu de la mise en place rapide de parcours de soins dans un contexte d'accès aux ressources médicales ou paramédicales qui peut être difficile.

Si ces situations très complexes restent heureusement minoritaires, leur maintien risque toutefois de conduire à un rejet de l'école inclusive dans son ensemble.

2.2.3.2 De premières réponses concertées entre MDPH, ARS, gestionnaires médico-sociaux et éducation nationale

Dans plusieurs départements visités par la mission (Gironde, Loire-Atlantique, Seine-et-Marne), de premières réponses partagées entre les acteurs médico-sociaux et l'éducation nationale ont été mises en place pour répondre à cette problématique, à travers la mise en place de commissions d'affectation partagées, s'inspirant de la logique de la démarche Réponse accompagnée pour tous (RAPT) généralisée depuis 2018.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Depuis le 1er janvier 2018, a été généralisée la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », qui vise à proposer une réponse individualisée à chaque personne en situation de handicap dont la situation le nécessite, notamment et prioritairement les personnes sans solution ou en risque de rupture.

Cette réponse peut impliquer la coordination de plusieurs accompagnements, dans différentes structures et secteurs (éducatif, médico-social, sanitaire, aide sociale, etc.). Elle vise à proposer à la personne un accompagnement global, adapté à ses besoins et conforme à son projet de vie. Cette démarche repose principalement sur la mise en place, par la MDPH, dans chaque département, d'un dispositif d'orientation permanent, qui consiste à proposer des réponses individualisées, souples et sur mesure, adaptées aux besoins et aux projets des personnes handicapées sans solution ou en risque de rupture d'accompagnement.

Il repose sur deux outils :

– le plan d'accompagnement global (qui prévoit le cheminement de la réponse alternative proposée vers la réponse cible dès lors qu'aucune solution n'est disponible ou que les solutions existantes ne permettent pas de répondre aux besoins de la personne) ;

– et le groupe opérationnel de synthèse, qui est mobilisé par la MDPH et auquel participent les professionnels et les institutions concernés par la situation de la personne ou susceptibles d'apporter des réponses, l'utilisateur ou son représentant légal.

Source : Vers un service public territorial de l'autonomie. Dominique Libault, 2022.

Les différentes organisations concertées mises en place (ou en projet), à l'instar des CDAS en Gironde (détails dans l'encadré ci-après-) ont, pour points communs :

- **un travail partenarial initial entre MDPH, éducation nationale et parfois gestionnaires médico-sociaux, pour la définition de critères de priorisation des situations.** Les acteurs s'appuient le plus souvent sur les critères de priorisation des logiciels des MDPH, comme en Loire-Atlantique, où une grille de priorisation avec des cotations a été établie ;

- **des réunions régulières de comités, environ trois à quatre fois par an, à une échelle infra-territoriale, associant éducation nationale, ARS, établissements et services médico-sociaux du territoire, et parfois MDPH.** Ces réunions étudient les situations prioritaires, dont le ciblage s’appuie sur les critères mentionnés précédemment, et ce qui suppose également des partages de données entre les systèmes d’informations des différents acteurs. La concertation vise, grâce à la coopération des établissements et services médico-sociaux, à trouver des solutions d’accompagnement pour ces situations prioritaires.

Le bilan dressé par les ARS, les MDPH et les DSDEN du fonctionnement de ces commissions est généralement positif, à l’instar du bilan des commissions de Gironde. Le degré de coopération des établissements et services médico-sociaux est toutefois jugé variable. Même quand la coopération est aboutie, cela ne suffit pas toujours pour trouver des solutions pérennes pour l’ensemble des situations d’enfants ou de jeunes (cf. encadré ci-dessous), en raison de tensions d’offre particulièrement élevées pour certaines natures d’accompagnement, et du fait du faible taux de sortie des établissements et services (notamment en raison de la persistance dans les établissements pour enfants de jeunes de plus de 20 ans en application de l’« amendement Creton »- (cf. annexe 5). Certaines MDPH ne souhaitent pas participer à ces commissions infra territoriales (ou ne sont pas en capacité), considérant que la priorisation de situations individuelles ne rentre pas dans leurs attributions, quand d’autres apprécient ce travail collaboratif infra-territorial.

Les gestionnaires médico-sociaux soulignent plusieurs limites à la priorisation de leur activité sur les situations les plus complexes. D’une part, cela peut conduire à renoncer à accompagner des situations d’enfants avec des troubles moins avancés ou moins envahissants, et ainsi renoncer à une approche préventive. D’autre part, la concentration de situations très complexes au sein de leur établissement ou service peut mettre en difficulté le personnel, car ces situations requièrent des taux d’encadrement plus élevés et des personnels plus expérimentés. L’évolution des publics accueillis suppose un accompagnement au changement et des formations auprès de personnels. Ainsi, pour des établissements et services habitués à accompagner des enfants ou jeunes avec des déficiences intellectuelles légères, la gestion d’enfants avec des troubles du neuro-développement et/ou des troubles du comportement suppose une évolution des compétences des personnels.

Organisation et bilan des commissions départementales d’affectations spécifiques en Gironde

Les commissions départementales d’affectation spécifiques associent la MDPH (réfèrent établissement du service de la coordination médico-sociale et l’adjointe à la cheffe de service de la coordination médico-sociale), l’éducation nationale (inspecteurs de l’éducation nationale du service départemental de l’école inclusive, enseignants référents), l’agence régionale de santé (inspecteur), les établissements et services médico-sociaux (directeur/trice ou son représentant), et, le cas échéant, le conseil départemental (au titre de l’aide sociale à l’enfance). Ces commissions ont été mises en place à partir de 2019 avec l’objectif d’améliorer la prise en charge des situations critiques. Deux commissions distinctes existent, pour les IME et pour les ITEP/DITEP.

Pour chaque commission, des critères de priorisation ont été définis conjointement. Pour les CDAS IME, ces critères sont les suivants :

La situation répond à la définition des situations critiques¹¹³

- Absence de scolarité ;
- Absence d’accompagnement médico-social ;
- Absence de soins ;
- Rupture de parcours de protection de l’enfance ;
- Épuisement familial/besoin de répit des aidants ;
- Inadaptation du lieu d’habitation au handicap ;
- Plusieurs enfants en situation de handicap au sein du foyer ;

¹¹³ Les critères retenus pour apprécier la criticité d’une situation sont ceux de la circulaire du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d’une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes, à savoir des situations :

- dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d’établissement, des refus d’admission en établissement ;
- et dans lesquelles l’intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

- Absence d'autonomie pour l'élimination (propreté non acquise ou partiellement) ;
- Absence de communication verbale ;
- Déficience intellectuelle majeure (4 / 5 ans d'écart / classe d'âge) ;
- Ancienneté de la demande.

Pour chacune des commissions, une procédure et un calendrier ont également été conjointement organisés. Par exemple, pour les CDAS IME :

- octobre/ novembre : Repérage des situations prioritaires au regard des critères fixés (ERSH / SEI 33) ;
- décembre : Croisement des situations prioritaires entre les deux institutions- liste des situations à présenter arrêtée conjointement (SEI33 / MDPH) ;
- janvier : Travail territorialisé avec les directeurs d'IME concernés par les situations (CDAS) -engagements provisoires des ESMS (MDPH / SEI 33 /ARS / ASE) ;
- mai-juin : Travail sur les situations non résolues et analyse de la situation de chaque IME avec son directeur/ engagements définitifs (MDPH / SEI 33 /ARS / ASE).

La tenue des CDAS IME est organisée comme suit :

- Une lettre signée par l'ARS est envoyée aux établissements pour mettre en exergue l'importance de leur participation ;
- Les CDAS sont organisés sur deux jours avec la tenue de 4 commissions regroupant les représentants des ESMS des secteurs géographiques correspondants ;
- Une fiche récapitulant la situation de chaque élève est préparée, dans laquelle un ou des établissements cibles sont identifiés.

Ceux-ci sont interrogés sur leur possibilité d'accueil et sont amenés à formuler de premiers engagements

Suivi des engagements des ESMS : les commissions se tenant lors de la période 5 ne présentent pas de nouvelles situations mais font un point sur la mise en place réelle des engagements et actent la résolution de certaines situations.

Le bilan quantitatif de la campagne 2021-2022 pour ces commissions montre que pour les CDAS IME, **des actions sont mises en place dans 84 % des situations étudiées : dans 37 % des cas, une admission en service ou établissement médico-social** ; dans 47 % des cas ; de premières démarches effectives sans être finalisées (contacts famille / coordination des actions / admission en cours). De premières réponses peuvent être formulées pour éviter les ruptures de prise en charge, via des projets d'accompagnement globaux, un accompagnement par des pôles de compétences et prestations externalisées (PCPE) ou une première réponse ambulatoire (SESSAD) en l'attente d'un accompagnement par un établissement.

Le bilan qualitatif salue la qualité du travail partenarial local, avec des groupes de travail mensuels avec les co-pilotes MDPH/ARS/DSDEN, et le partage de l'outil d'orientation de la MDPH. Il souligne que « certains établissements ne s'investissent que très dans la mise en œuvre des CDAS, arguant que le public qu'ils accueillent (déficience légère) ne correspond pas au public cible des commissions (déficience sévère) et qu'ils n'ont pas les capacités pour cela (en termes de formations ou de plateforme technique) ».

Source : Organisation des commissions départementales d'affectations spécifiques, DSDEN de Gironde, février 2023

2.3. Les leviers

2.3.1. De bonnes pratiques de concertations entre professionnels

La création de dispositifs s'appuyant sur des dynamiques collaboratives entre éducation nationale et médico-social suppose un important travail de préparation et de concertation en amont, en particulier pour l'installation d'UEE ou de dispositifs d'autorégulation. Elle doit s'accompagner d'un temps de rodage et de pédagogie pour que les dispositifs trouvent leur place dans un partenariat et une relation de confiance entre l'éducation nationale et les organismes gestionnaires.

D'après une étude conduite par le CREAL Bourgogne-Franche-Comté, l'implantation des UEMA nécessite une préparation préalable de la communauté scolaire car la méconnaissance de l'autisme et les inquiétudes générées par la perspective de mise en place de temps d'inclusion placent la communauté éducative dans une posture défensive. L'étude ajoute que cette situation n'est pas figée puisque l'ensemble des acteurs engagés dans ces projets constate que les efforts de formation, d'accompagnement des équipes de la communauté scolaire, d'installation d'une relation de qualité entre les différents professionnels de « terrain » (enseignant de la classe / équipe ESMS / enseignants ordinaires / directeurs des écoles /

conseillers pédagogiques) ont porté leurs fruits et que les difficultés initiales, entre autres d'inclusion de ces enfants, se sont nettement estompées.

Lorsque les dispositifs sont installés, l'instauration de temps de concertation réguliers entre professionnels constitue un levier majeur de réussite.

Dans les dispositifs visités, ces temps de concertation réguliers étaient le plus souvent informels (souvent pendant les temps de récréation ou au décours de la pause méridienne), ou plus rarement, institutionnalisés, à l'instar de l'ULIS renforcée en Meurthe-et-Moselle, où un temps de concertation d'une heure par semaine a été consacré (sur la pause méridienne).

De fait, les différences d'organisation des temps de travail (et plus particulièrement des temps de présence) comme de temporalité des interventions entre éducation nationale et médico-social peuvent rendre l'institutionnalisation de ces temps de concertation délicate, d'autant que **ces temps sont rarement reconnus et valorisés par l'éducation nationale**. De fait, selon des témoignages mêmes de parents¹¹⁴, le manque de disponibilité des acteurs pour se rencontrer et harmoniser l'accompagnement de l'enfant, en raison d'une charge des services et de la charge de travail des enseignantes est à l'origine d'une coopération insuffisante entre milieu scolaire et services spécialisés.

Des professionnels médico-sociaux soulignent les difficultés à mobiliser les professionnels de l'éducation nationale (enseignants comme AESH) en dehors des temps scolaires, pour des temps de rencontre ou des réunions de concertation, avec des modalités qui peuvent varier selon le premier ou le second degré. La même difficulté est soulignée de manière récurrente s'agissant des formations, auxquelles les professionnels de l'éducation nationale (en particulier les enseignants et les AESH) participent peu en raison de possibilités de remplacement qui restent insuffisantes.

Pour le secteur médico-social, l'inclusion scolaire croissante suppose aussi des ajustements dans l'organisation du travail; au-delà de la question des déplacements et des transports évoqués précédemment, les professionnels soulignent que leur réactivité, en cas de difficultés au sein de l'école avec un enfant accueilli en milieu ordinaire, est une condition de succès de cet accueil, ce qui peut conduire à l'organisation de permanences. D'après une enquête réalisée auprès des DITEP¹¹⁵, l'augmentation du temps de coordination pédagogique, la désignation de référents pour les scolarités partagées tout comme l'implication des éducateurs sur les temps périscolaires dans les établissements scolaires constituent autant d'évolutions organisationnelles propices à l'inclusion scolaire. **Dans plusieurs dispositifs visités, la fonction de coordination, le plus souvent assumée par un enseignant spécialisé, jouait un rôle déterminant pour l'inclusion des élèves en situation de handicap à travers son rôle de réassurance après des élèves comme des enseignants**, son rôle de transmission d'informations et sa force de propositions en termes d'aménagements pédagogiques.

Enfin, l'intérêt des échanges croisés entre professionnels lors des instances (ESS, EPE, conseils des maîtres, conseils de classes, conseils de discipline, réunions pluridisciplinaires des ESMS...) est souligné. Ainsi, l'association de l'ensemble des professionnels accompagnant l'enfant lors des équipes de suivi de scolarité (ESS) est souhaitable : enseignant(s), AESH, professionnels médico-sociaux, professionnels médicaux ou paramédicaux... Le témoignage d'un parent atteste de l'intérêt de ces regards croisés, notamment pour soutenir les parents face aux questionnements et aux besoins des enseignants : « *L'orthophoniste que j'ai en libéral a accepté de venir à l'équipe éducative à l'école. Grâce à elle, les enseignants ont bien compris les besoins de ma fille et ils ont réfléchi ensemble sur les aménagements à mettre en œuvre à l'école* »¹¹⁶. Certains acteurs s'expriment également en faveur de temps de concertation formalisés en amont des ESS, pour préparer ces réunions.

¹¹⁴ Source : Diagnostic sur l'ensemble des enfants âgés de 3 à 6 ans en situation de handicap dans le département de l'Indre, scolarisés ou susceptibles de l'être. CREAI Centre-Val-de Loire, 2017.

¹¹⁵ Enquête sur la scolarisation et les modalités de coopération avec l'Éducation Nationale au 1^{er} janvier 2023. Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE).

¹¹⁶ Étude du CREAI Centre-Val-de-Loire précitée.

2.3.2. Une territorialisation commune entre éducation nationale et médico-social

Une autre différence notable entre le secteur de l'éducation nationale et celui du médico-social concerne leur organisation territoriale. L'éducation nationale s'est dotée d'une organisation territoriale très structurée, avec un maillage fin du territoire, qui diffère toutefois selon le premier degré (organisation en circonscription) et le second degré (cartographie prépondérante des établissements, malgré la mise en place de bassins à une échelle plus large). **Depuis 2019, l'accompagnement des élèves en situation de handicap est organisé à l'échelle territoriale du PIAL, avec un maillage de l'ensemble du territoire.**

Le secteur médico-social, qui repose essentiellement sur l'intervention d'associations, est organisé en fonction de l'implantation (souvent historique) d'établissements et services médico-sociaux fréquemment spécialisés par troubles, sans que l'offre ne recoupe nécessairement les besoins des populations. Les agences régionales de santé ont toutefois depuis 2005 pour mission l'organisation territoriale de l'offre dans le cadre de schémas d'organisation sociale et médico-sociale¹¹⁷.

Pour surmonter ces approches différentes, **la détermination d'une territorialisation commune entre éducation nationale et médico-social à une échelle infra-départementale constitue un levier important pour favoriser la coopération entre les acteurs, ce qui suppose une territorialisation de l'offre médico-sociale.** Dans certains départements, des organisations de territorialisation ou de sectorisation ont ainsi été amorcées. **En Seine-et-Marne, la recomposition de l'offre médico-sociale avec des plateformes médico-sociales territorialisées et polyvalentes**, et donc moins spécialisées, a été engagée sur le secteur de l'enfance (voir encadré ci-après). À terme, la mise en place d'une responsabilité populationnelle (avec la notion d'un accueil inconditionnel), à l'instar de la sectorisation psychiatrique, est réfléchi. En Gironde, c'est à l'échelle d'un DITEP que la sectorisation a été organisée sur le département, avec un mode un fonctionnement apprécié par une ULIS visitée, le même éducateur suivant plusieurs élèves de l'école.

Un modèle de plateformes médico-sociale « toutes modalités d'accueil » territorialisées

La délégation départementale souhaite généraliser le modèle de plateforme médico-sociale. Ce modèle repose en Seine-et-Marne sur des autorisations dont le cadre retenu est le suivant : un volume global de places auquel est associée une ou plusieurs déficiences et toutes les modalités d'accueil sans ventilation des places ni par déficience, ni par modalités d'accueil, ni par site géographique.

Ces plateformes sont structurées autour de trois groupes de déficiences : TCC (les trois DITEP ont des autorisations de type plateforme), TND (DI / TSA / cognitif / psychique) et moteur / polyhandicap. L'offre destinée aux déficiences sensorielles ne se prête pas à ce modèle (offre de service uniquement). Les plateformes toutes modalités d'accueil représentent 20 % des places enfants.

Source : note relative à la transformation et à l'évolution de l'offre d'établissement et service médico-social pour personnes en situation de handicap en Seine-et-Marne.

C'est en Eure-et-Loir que la démarche territoriale la plus aboutie a été présentée à la mission, avec l'organisation des DAME (voir détail dans l'encadré en partie 1.1.4.1). L'agence régionale de santé et l'éducation nationale ont ainsi arrêté trois cartes de sectorisation commune entre les deux secteurs (6/12 ans, 11/15 ans, 14/20 ans) : **l'organisation territoriale des DAME s'est alignée sur la carte scolaire des collèges, de même que les territoires des PIAL renforcés.** Cette sectorisation commune s'appuie sur une organisation médico-sociale profondément rénovée, avec l'introduction d'une sectorisation entre gestionnaires médico-sociaux, dans une logique de responsabilité populationnelle, et la création d'antennes médico-sociales infra-territoriales. D'après l'ARS, cette organisation a permis de rationaliser les déplacements des professionnels, de faciliter l'organisation des partenariats locaux, et de développer l'appui ressource et l'accompagnement préventif auprès des partenaires des gestionnaires médico-sociaux. La mise en place de cette organisation a été facilitée par le nombre relativement faible d'opérateurs dans ce département rural, avec une pratique ancienne de coopération. L'impulsion de l'ARS a été déterminante avec l'utilisation du levier de la contractualisation (CPOM).

Cependant, selon plusieurs ARS rencontrés, la généralisation de ce type d'organisation ne serait pas envisageable ou difficile, compte-tenu des relations de concurrence entre gestionnaires dans certains

¹¹⁷ Article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles.

territoires. Par ailleurs, l'accompagnement de certains handicaps rares, à l'instar des déficits sensoriels, ne se prêterait que difficilement à un maillage aussi fin du territoire.

2.3.3. Des pratiques coopératives institutionnelles entre MDPH et éducation nationale pour améliorer la qualité de l'évaluation et de l'orientation

Dans plusieurs territoires visités, MDPH, DSDEN et DT ARS ont témoigné de bonnes pratiques pour améliorer la qualité des évaluations et des orientations des enfants ou des jeunes dans ce paysage en évolution.

Un premier facteur structurel de coopération tient à la mise à disposition par l'éducation nationale de personnels auprès des MDPH, les référents scolarité, qui participent aux évaluations au sein des équipes pluridisciplinaires (EPE). L'analyse du nombre d'ETP mis à disposition par l'éducation nationale montre une hausse nationale de 13 % entre 2019 et 2022, même si cette hausse nationale peut masquer d'importantes disparités selon les départements. Sur la même période, on note une diminution nette de la proportion d'enseignants spécialisés occupant ces postes (-12 points, de 78 % à 66 %), ce qui témoigne également indirectement du turn-over élevé de ces postes. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont rappelé l'attractivité limitée de ces postes de référents scolarité au sein des MDPH pour les enseignants, du fait d'un régime de primes moins attractif¹¹⁸. La faible proportion de compétences relevant du second degré a également été déplorée par plusieurs interlocuteurs.

Tableau 12 : Personnels mis à disposition des MDPH par l'éducation nationale

R2019		R2020		R2021		R2022	
Nombre de postes (ETP)	% de postes occupés par enseignants spécialisés	Nombre de postes (ETP)	% de postes occupés par enseignants spécialisés	Nombre de postes (ETP)	% de postes occupés par des enseignants spé	Nombre de postes (ETP)	% de postes occupés par des enseignants spécialisés
218	78 %	227	81 %	238	69%	248	66 %

Source : DGESCO

Dans plusieurs départements, des relations partenariales participent à l'établissement de relations de proximité favorables à une amélioration du fonctionnement du circuit d'évaluation et d'orientation (voir les limites du circuit en partie 2.1.1 du rapport) :

- établissement de calendriers partagés entre les deux institutions, notamment pour les demandes pouvant conduire à des attributions d'AESH, afin de faciliter la préparation de la rentrée ;
- développement de grilles conjointes de priorisation (cf. partie 2.2.3.2 qui précède) ;
- développement de relations de proximité entre les enseignants référents et les EPE, avec des rencontres régulières permettant de partager sur le remplissage des GEVAscO, les critères d'évaluation et de priorisation ; l'information systématique de l'enseignant référent pour des premières demandes, pour que les directeurs d'établissement soient informés des orientations avec AESH ;
- la participation régulière de professionnels variés de l'éducation nationale aux EPE : en Meurthe-et-Moselle, 40 professionnels de l'éducation nationale participent aux EPE, les enseignants référents y participant pour l'ensemble des situations, fournissant un appui pour les orientations, tandis que d'autres personnels (directeurs de SEGPA, psychologues...) participent ponctuellement, pour les renouvellements de leur secteur ;
- le développement de visites croisées ou de journées portes ouvertes.

Par ailleurs, **de nouvelles pratiques se sont développées en amont de l'orientation vers les dispositifs spécialisés sur les troubles du spectre autistique**, qui font l'objet de retours contrastés. En effet, le cahier des charges des UEMA et des UEEA stipule que l'identification des enfants susceptibles de bénéficier d'un accompagnement et d'une scolarisation en UEMA doit nécessairement faire l'objet d'un travail collectif

¹¹⁸ IGF-IGÉSR (2022). La scolarisation des enfants en situation de handicap. Le rapport en 2022 préconisait d'augmenter l'attractivité de ces postes en appliquant au minimum le régime indemnitaire prévu par le décret n° 2017-964 du 10 mai 2017.

organisé par l'ARS et le rectorat, réunissant la MDPH, le centre de ressources autisme ou une équipe de diagnostic de proximité¹¹⁹. Pour les UEEA, il est également prévu qu'« *un comité de pilotage siégeant au moins une fois par an, associant les différents acteurs précités ainsi que le directeur de l'école, l'établissement médico-social, IEN ASH, IEN de circonscription, enseignants, structures sanitaires ou médico-sociales de proximité, enseignant référent, etc. Ce comité de pilotage est chargé d'étudier les différentes questions relatives au fonctionnement de l'UEEA. Il lui incombe également, en lien avec les équipes de suivi de scolarité, de préparer les orientations envisagées.* »¹²⁰

Des appréciations partagées ont été formulées sur le fonctionnement de ces commissions partenariales en amont de l'orientation réalisée par la MDPH :

- plusieurs acteurs ont souligné l'intérêt de ce travail partenarial permettant de préciser les critères d'admission. **La qualité du ciblage des profils d'enfants a été jugée essentielle au succès de plusieurs dispositifs visités** (ULIS renforcée de Val de Briey, DAR, UEMA et UEEA). L'association d'un large panel d'acteurs, à l'instar des CMP, CMPP et CAMSP, est notamment jugée positive ;
- **l'intérêt des évaluations diagnostics et des bilans fonctionnels a été saluée par de nombreux acteurs**, de même que les observations des enfants dans les classes. Ainsi, dans un département visité, le professeur ressource autisme observait en classe les enfants susceptibles d'être orienté en UEEMA ou UEEA ; l'intérêt de telles évaluations *in situ* a été pointé par beaucoup, même si celles-ci sont par nature coûteuses ;
- à l'inverse, plusieurs MDPH ont regretté leur association insuffisante à ce processus de concertation qui réinterroge le rôle des équipes pluridisciplinaires, ce qui témoigne du caractère encore perfectible du partenariat dans un certain nombre de départements.

3. Tableau synoptique des rapprochements entre éducation nationale et médico-social

Le tableau présenté ci-après constitue une représentation synthétique des différents dispositifs de rapprochement évoqués dans cette annexe.

¹¹⁹ Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 relative à la modification du cahier des charges national des unités d'enseignement en maternelle prévues par le 3^e plan autisme (2013-2017).

¹²⁰ Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DIA/DGESCO/2019/158 du 30 août 2019 relative à la mise à jour du cahier des charges des unités d'enseignements élémentaires autisme (UEEA) et à la poursuite de leur déploiement dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022.

Caractéristiques des principaux dispositifs de rapprochement entre médico-social et éducation nationale pour l'accueil des enfants et jeunes en situation de handicap							
Nom du dispositif	Public	Objectifs	Modalités d'intervention	Nombre sur le territoire	Nb d'enfants ou jeunes concernés	Effectifs des encadrants (ETP)	Données de coût
Unités d'enseignement externalisées	Enfant et jeunes en situation de handicap accompagnés par des ESMS	Permettre à des enfants scolarisés en EMS de bénéficier d'une inclusion scolaire	Externalisation d'une unité d'enseignement d'un EMS dans les locaux de l'école. Les enfants restent inscrits dans l'EMS	17 090 enfants scolarisés en UEE à la rentrée 2021-2022	Au moins 6 élèves	A minima un enseignant spécialisé et un professionnel éducatif, tous deux salariés de l'EMS	NC Varie selon le CPOM de l'établissement
Dont Unités d'enseignement externalisées pour l'autisme (UEEA et UEEMA)	Enfants et jeunes souffrant de troubles du spectre de l'autisme accompagnés par des ESMS	Permettre à des enfants scolarisés en EMS de bénéficier d'une inclusion scolaire	Externalisation d'une unité d'enseignement d'un EMS dans les locaux de l'école. Les enfants restent inscrits dans l'EMS (à l'exception des élèves en UEEA, qui disposent d'un INE).	286 UEEMA, 99 UEEA (données rentrée 2022)	7 enfants pour les UEEMA 7 à 10 élèves maximum pour les UEEA	Pour les UEEMA : un enseignant spécialisé et une équipe médico-sociale pour atteindre un taux d'encadrement de 0,7 ETP par élève Pour les UEEA : un enseignant spécialisé, un AESH collectif, un éducateur spécialisé, un accompagnant éducatif et social	280 000€ par UEEMA 140 000€ par UEEA (crédits médico-sociaux de la stratégie nationale pour l'autisme-hors financement des enseignants)
EMASco	Enseignants et communauté éducative	Dispositif d'appui-ressource : aide à la gestion des situations difficiles, sensibilisation, conseil aux MDPH ; de manière exceptionnelle, intervention directe auprès des élèves	Équipe médico-sociale intervenant dans les établissements scolaires pour soutenir et conseiller les personnels de l'éducation nationale	190	Nombre d'intervention très variable	Équipe pluridisciplinaire (entre 1 et 7 ETP), le plus souvent composée d'un binôme éducateur/psychologue	100 000 à 150 000 € par EMASco (Financement par les ARS sur appels à projet)
PIAL renforcés	Enseignants et communauté éducative	Appui de professionnels du secteur médico-social pour offrir le meilleur accès possible à l'école	Développement de coopérations entre l'école et le médico-social ; mise en relation des enseignants spécialisés, des	854	Nombre d'intervention très variable	NC	Aucun financement national ; selon les territoires, financements des

		aux élèves qui relèvent d'un ESMS (l'appui pouvant concerner les élèves sans notification)	éducateurs spécialisés et des enseignants du milieu ordinaire ; co-intervention dans une même classe				ARS aux ESMS concernés)
PCPE	Toute personne en situation de handicap sans distinction d'âge	Éviter les ruptures des parcours et donc les PSH sans solution d'accompagnement en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés à travers une approche systémique.	Rattachés à des ESMS et faisant intervenir des professionnels salariés et libéraux, ils ont pour missions de délivrer des prestations directes, des prestations auprès des familles (guidance parentale), de formaliser un projet individuel d'accompagnement et de coordonner les interventions	246 en 2021	Nombre d'intervention très variable	Équipe pluridisciplinaire variable selon les missions et les prestations spécifiques délivrées (définies par l'ARS)	Variable selon les ARS, de l'ordre de 100 à 150 000 €

4. Appendice : caractéristiques des établissements médico-sociaux accompagnant des enfants et des adolescents

4.1. Les IME, IMP, IMPro

Les IME (instituts médico-éducatifs), les IMP (Instituts Médico-Pédagogiques) et IMPro (Instituts Médico-Professionnels).

Ils participent à l'éducation, dispensent des soins et une éducation adaptée aux enfants et adolescents de 3 à 20 ans, les tranches d'âge varient selon les établissements. Les IME sont régis par des textes administratifs intitulés de façon générique « annexe XXIV » au [décret n° 89-798 du 27 octobre 1989](#) et la circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989. Ils sont spécialisés selon le type de déficience principale que les enfants et adolescents présentent :

- annexe XXIV : établissements accueillant des enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle ;
- annexe XXIV bis : établissements accueillant des enfants et adolescents présentant une déficience motrice ;
- annexe XXIV ter : établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés ;
- annexe XXIV quater : établissements recevant des enfants et adolescents atteints de déficience auditive grave ;
- annexe XXIV *quinquies* : établissement accueillant des enfants présentant une déficience visuelle grave ou une cécité).

Les IME sont le plus souvent à gestion associative. Les Agences régionales de santé (ARS) exercent un contrôle sur les activités et la gestion administrative et financière. Les établissements sont spécialisés selon le degré et le type de handicap du public accueilli. L'accueil se fait soit en internat, soit en externat, soit en semi-internat et parfois en accueil temporaire.

Les IME mettent en place des unités d'enseignement dans le cadre d'une convention passée entre l'inspecteur d'académie et l'organisme gestionnaire de l'établissement. Chaque établissement construit également un projet pédagogique autour de divers thèmes. Certains établissements proposent des formations professionnelles afin de favoriser l'insertion du jeune dans le milieu professionnel.

Les IME jouent un rôle thérapeutique et rééducatif et proposent des séances de psychomotricité, d'orthophonie, de soutien psychologique. Ils proposent en outre des activités dont le but est de développer l'autonomie de l'enfant, la socialisation, la communication (activités sportives, ateliers menuiserie, jardinage...).

4.2. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)

Anciennement Instituts de rééducation, les Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques sont régis par le décret du 6 janvier 2005, la circulaire du 14 mai 2007, le décret du 2 avril 2009 et les décret et instruction de 2017 sur le fonctionnement en dispositif intégré.

Ce sont des établissements médico-sociaux qui accueillent les enfants et adolescents ayant des troubles d'ordre psychologique.

Extrait du décret du 6 janvier 2005

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques 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 enfants, 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 (...).

La circulaire sus citée donne des précisions sur le public accueilli et les troubles dont souffrent ces enfants : « d'une façon générale, les **ITEP ne sont pas adaptés à l'accueil d'enfants et adolescents autistes ou présentant des troubles psychotiques prédominants, ou des déficiences intellectuelles importantes, qui requièrent d'autres modes d'éducation et de soins, et qui pourraient souffrir de la confrontation avec des jeunes accueillis en ITEP.** »

Les ITEP accueillent des enfants, adolescents et jeunes adultes. Les modalités d'accompagnement sont multiples : internat, semi-internat, internat modulé, accueil de jour et avec un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Depuis 2017, les ITEP peuvent fonctionner en « dispositif intégré » avec les SESSAD.

Décret n°2017-620 du 24-04-2017 - extrait

« Le fonctionnement en dispositif intégré vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SESSAD. Ainsi, la MDPH notifie en "dispositif ITEP" et l'établissement ou le service accueillant l'enfant ou le jeune peut ensuite procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), sous certaines conditions. »

4.3. Les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP)

Les établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés accueillent et accompagnent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie. L'accueil se fait le plus souvent en internat ou en semi-internat. Ils relèvent de l'annexe XXIV ter susvisée.

4.4. Les établissements pour déficients moteurs : les IEM

Les instituts d'éducation motrice (IEM) sont des établissements médico-sociaux qui propose des prises en charge pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice importante afin de les accompagner dans leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

Les IEM relèvent de l'annexe XXIV bis au [décret n° 89-798 du 27 octobre 1989](#). Ces instituts apportent aux enfants ou adolescents une prise en charge adaptée. Notamment dans la formation et l'éducation. En complément, il assure un suivi médical personnalisé en lien avec la déficience motrice. Le mode d'hébergement est flexible. En internat, en semi-internat, en externat, ou en accueil temporaire selon le handicap mais surtout suivant la structure.

Certains IEM Handicap disposent d'un centre de traumatologie ou de réadaptation fonctionnelle. Ces spécialités permettent de travailler sur les infirmités d'origine osseuse et musculaire, congénitale ou nerveuse.

Les IEM proposent, en fonction de la nature et du degré de la déficience :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- la surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage nécessaire ;
- l'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ;
- l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances, le développement d'un niveau culturel optimum, l'éducation physique et sportive ;
- des actions d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale en utilisant autant que faire se peut, les moyens socio-culturels existants.

4.5. Les établissements pour jeunes déficients sensoriels : instituts nationaux de jeunes sourds (INJS), Institut national des jeunes aveugles INJA

Les INJS sont des établissements publics d'enseignement spécialisé pour les jeunes sourds ou malentendants. Ils sont placés sous la tutelle du ministère des solidarités et de la santé et proposent différentes modalités de scolarisation adaptées au projet de chaque élève. L'élève de l'INJS peut être scolarisé :

- au sein de l'INJS, dans l'unité d'enseignement (UE) ;
- au sein d'une école ou d'un établissement scolaire ordinaire, dans une unité d'enseignement externalisée (UEE) en milieu scolaire ordinaire qui dépend de l'INJS.

L'institut national des jeunes aveugles (INJA) placé sous la tutelle du ministère des solidarités et de la santé est régi par le décret n° 74-355 du 26 avril 1974.

L'institut national des jeunes aveugles accueille en **externat et internat** de semaine des élèves aveugles et malvoyants, de la **grande section de maternelle à la terminale**, dans l'établissement ou en inclusion scolaire.

4.6. Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Les SESSAD sont des services médico-sociaux, constitués d'équipes pluridisciplinaires. Leur action vise à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents handicapés dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation ainsi qu'à leurs familles. Leur statut, en ce qui concerne la gestion, le financement et le contrôle par les ARS est très proche de celui des établissements. L'orientation pour l'accompagnement d'un SESSAD pour un élève handicapé est décidée par la CDAPH, dans le cadre du PPS. À l'origine, les SESSAD étaient rattachés aux établissements qui les ouvraient. De nombreux SESSAD sont aujourd'hui autonomes, gérés directement par une association.

Leur mission se traduit par :

- des interventions « directes » auprès des enfants (activités éducatives ou de rééducation, visites à domicile, observations et bilans...) ;
- l'accompagnement des familles ;
- des temps de travail institutionnels (réunions de synthèse, d'analyse des pratiques, d'équipe de suivi de la scolarisation...), qui permet d'assurer l'adéquation des prises en charge par le service avec le projet de vie global de l'élève et notamment du PPS ;
- des éléments d'information donnés aux enseignants de l'élève.

L'accompagnement du SESSAD peut comprendre des actes médicaux spécialisés et des rééducations (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie). À noter que le SESSAD n'assure pas les transports de l'enfant.

L'agrément d'un SESSAD définit le public auquel il s'adresse ; selon leur spécialité et selon l'âge des enfants suivis, ces services peuvent porter des noms différents :

- service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour les déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement ;
- service de soins et d'aide à domicile (SSAD) pour le polyhandicap, qui associe une déficience motrice et mentale sévère ou profonde ;
- service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) pour les déficiences auditives et visuelles graves des enfants de 0 à 3 ans ;
- service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS) pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans ;
- service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS) pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans.

Formation – état des lieux et éléments de bilan

SOMMAIRE

1. Le nombre élevé de personnels à former avec des besoins différenciés	1
2. La formation des cadres avec l'institut de hautes études de l'éducation et de la formation (IH2EF) : une volumétrie insuffisante	2
3. La formation des enseignants, un continuum à organiser	3
3.1. La formation initiale des enseignants avec les INSPE	3
3.1.1. <i>La formation continue des enseignants</i>	4
3.1.2. <i>Des besoins croissants pour la formation des formations des enseignants spécialisés avec l'INSEI....</i>	4
3.1.3. <i>Des enjeux renouvelés pour la formation des AESH.....</i>	5
4. Des programmes déclinés dans les plans de formation académiques ou départementaux qui connaissent de fortes disparités territoriales.....	6
5. Des dispositifs coopératifs de formation entre l'éducation nationale et le médico-social.....	7
6. Des ressources documentaires dont l'exploitation pourrait être améliorée : Cap école inclusive / CANOPE et Éduscol	8
7. L'ambition de l'école inclusive appelle un réexamen du cadre de la politique de formation interne de l'éducation nationale	9

De nombreux rapports sur des thématiques scolaires et éducatives concluent leurs préconisations par un appel à une meilleure formation des personnels, notamment des enseignants ; au point de devenir un passage obligé quels que soient les thèmes abordés. À l'évidence, l'évolution requise par l'école inclusive n'échappe pas à ce même constat d'insuffisance, d'autant que ce qui est en jeu pour un acte II est d'assurer l'accessibilité pédagogique.

Une enquête de l'institut Harris en août 2022¹ a montré que si les Français se déclarent majoritairement favorables à une scolarité des élèves en situation de handicap dans des classes ordinaires², ils expriment à 62 % la priorité d'une formation pour les personnels³ et avec le soutien de professionnels spécialisés (64 %).

L'école inclusive présente la double caractéristique de se fonder sur des valeurs et de donner vie à des principes à vocation universelle au sein de l'école républicaine mais aussi de se matérialiser en s'appuyant sur des actions et des dispositifs spécifiques. L'ingénierie de formation est à cet égard essentielle. Elle doit faciliter et accompagner l'appropriation de pédagogies adaptées ; elle est aussi la condition d'une gouvernance territoriale en capacité de coordonner tous les acteurs dans un objectif de réponse aux besoins des élèves à besoins éducatifs particuliers.

Les données figurant dans cette annexe apportent des précisions sur les formations à l'école inclusive des différentes catégories de personne (cadres, enseignants, enseignants spécialisés, accompagnants des élèves en situation de handicap) et montrent une participation encore faible et présentant des disparités territoriales malgré une offre qui s'est réellement étoffée. Le caractère largement facultatif de la formation continue est aussi à ce jour constitutifs de limites à la diffusion de nouveaux savoirs et pratiques. Souscrivant aux observations de la mission IGÉSR-IGF de 2022, la mission convient aussi que le renforcement de la part faite à l'accessibilité sera une nécessité dans toutes les composantes de cette ingénierie. Parallèlement, la mission souligne l'intérêt que présente le développement de formations croisées s'adressant conjointement aux acteurs de l'école mais aussi du secteur médico-social. Il s'agit à la fois de s'enrichir mutuellement des approches issues de culture et de compétences professionnelles distinctes mais aussi d'œuvrer pour une meilleure intégration de dispositifs de coopération et d'une logique de parcours en cours de déploiement.

1. Le nombre élevé de personnels à former avec des besoins différenciés

Une des grandes difficultés que rencontre l'éducation nationale dans le domaine de la formation est le nombre élevé de personnels à former. Dans le cas de l'école inclusive, si on ajoute les AESH, c'est plus d'un million de personnes à considérer. Dès lors, toute initiative pour une formation professionnelle doit envisager une variété de modalités et s'inscrire dans une politique de long terme avec des objectifs quantitatifs fermes et des priorités.

Loin de conduire à une organisation standard en raison de la volumétrie, l'enjeu de l'école inclusive est non seulement de pouvoir mixer différentes actions pour répondre à ces besoins de formation mais aussi apporter un appui efficace aux équipes pédagogiques. La mission a pu constater que certains personnels se sentent confrontés à une complexification croissante de leurs conditions de travail et souhaitent que leurs pratiques soient étayées⁴. En 2013, l'enquête TALIS réalisée par l'OCDE montrait que 40 % des enseignants français ne se sentaient pas préparés à la dimension pédagogique de leur métier (moyenne de 10 % pour les autres pays)⁵. Plus récemment une enquête du CNEC⁶ France faisait « ressortir des différences importantes dans le parcours de formation des enseignants qui découlent de deux conceptions différentes de la formation continue » entre le premier et le second degré. Le caractère obligatoire des formations pour le premier degré, l'aspect « descendant » des formations induit peut-être une moindre implication. Dans le second degré, le volontariat reste la norme et questionne sur l'engagement des personnels à suivre les formations proposées.

¹ Une enquête d'opinion commandée par différentes associations dont la FNASEPH, APF, FCPE, PEEP, trisomie France, etc.

² Avec des différences d'appréciation notable selon le type de handicap : pour les DYS 83 % d'avis favorables alors qu'ils ne sont que 54 % pour les enfants autistes.

³ Avant l'accessibilité du bâti (54%)

⁴ Cf enquête de mars 2023 de l'association écolhuma sur la formation continue des enseignants qui souligne que 50% des enseignants se forment sur internet et sur les réseaux sociaux et que 55 % des enseignants se forment seuls en dehors du temps de travail.

⁵ Pour une analyse plus développée cf. la note d'information n° 20.11 de mars 2020 de l'enquête TALIS de 2018.

⁶ Le parcours de formation des enseignants du premier et du second degré en France, CNEC, février 2021.

Cette différence ne facilite pas l'exigence de continuité que requiert l'inclusion scolaire des ESH. Cette dimension ne peut continuer d'être ignorée par les responsables de la formation continue.

La prise en compte des spécificités du premier et du second degré doit être considérée pleinement. Les enseignants du second degré ont un réel besoin de dispositifs didactiques et pédagogiques en lien étroit avec leurs disciplines, au-delà d'une sensibilisation aux différentes formes de handicap. Il s'agit de leur faire acquérir une nouvelle professionnalité dans un contexte où les conditions d'enseignement se complexifient, nécessitant des adaptations majeures sur les programmes, les progressions, les organisations du travail scolaire, les évaluations des acquis qui impliquent de nouvelles formes de différenciation. La formation ne peut être fondée uniquement sur des réponses spécifiques, même si la caractéristique de chaque ESH devra être prise en compte. La formation doit être celle d'une école inclusive et la formation des personnels induit nécessairement des observations de pratiques et des partages d'expériences.

Ainsi, considérant l'ensemble des personnels concernés par l'école inclusive, différents cas de figure fondent donc l'analyse de l'offre de formation et la réflexion sur ses évolutions possibles.

2. La formation des cadres avec l'institut de hautes études de l'éducation et de la formation (IH2EF) : une volumétrie insuffisante

L'IH2EF, principalement chargé de la formation des chefs d'établissement, des IEN, des IA-IPR, des cadres occupant des emplois dans l'enseignement supérieur, des cadres administratifs, des médecins scolaires et des emplois d'encadrement supérieur et dirigeant, propose plusieurs dispositifs de formation pour l'école inclusive.

- Depuis 2014, la formation d'adaptation à l'emploi des IEN-ASH et des CT ASH représente un volume total de 200h : 100 h à l'IH2EF, 54 h en académie et 30 h en stage. La formation se déroule sur une période de 15 mois dont 4 temps en présence à l'IH2EF et 1 temps à l'INSEI. Seuls les titulaires nouvellement nommés et n'ayant jamais suivi la formation sont éligibles à cette formation. **Chaque année, ce ne sont que 25 cadres qui sont ainsi formés.**
- Depuis 2013, un module de formation de 58 h pour la formation de cadres ressources en académies est ouvert. Cette formation-action qui s'étale sur 8 mois concerne des personnels impliqués dans la mise en œuvre d'un projet académique au service de l'école inclusive. Au-delà des apports de la recherche et de connaissances scientifiques, des temps d'accompagnement et d'échanges favorisent l'émergence du projet qui sera développé. **Actuellement 700 cadres⁷ ont été formés et l'IH2EF compte sur un développement plus important de ce dispositif par les nouvelles EAFC des académies, qui pourront gérer ces formations.** Au regard des enjeux de l'acte II de l'école inclusive, la formation des personnes ressources apparaît en effet comme un volet important. C'est aussi dans ce cadre que peuvent se concevoir des formations entre cadres de l'Éducation nationale afin de construire une meilleure compréhension des continuités à bâtir pour les ESH et des formations inter catégorielles avec les personnels médico-sociaux.
- Depuis 2019, un parcours de 7 h en autoformation pour une sensibilisation concernant l'école inclusive dispense des connaissances historiques, sociologiques et réglementaires afin de se familiariser avec les enjeux de l'inclusion scolaire et les conséquences à retenir dans l'exercice de futures fonctions d'encadrement.

Le nombre d'inscrits depuis sa création – 12 278 – montre l'intérêt de cette formation très courte même s'il convient de relativiser cet indicateur en constatant que les connexions effectives sont plus faibles (6 046). L'IH2EF précise que cette formation est désormais inscrite dans le parcours de formation professionnelle initiale.

- Les conseillers techniques des recteurs bénéficient d'une formation continue de 24 h en présence, dont la moitié dispensée en commun avec 30 conseillers techniques médecins et 120 IEN-ASH

L'INSEI apporte son concours et son expertise scientifique sur l'école inclusive.

⁷ Sur 25 000 cadres environ.

La mission s'est toutefois interrogée sur les motifs du faible développement du partenariat avec l'institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation inclusive (INSEI). Créé en 2005, l'INSEI (ainsi nommé depuis 2023) dispose un effet d'un pôle ressources conséquent, outre ses missions de formation spécialisées (CAPPEI, DDEAS...) pour l'éducation nationale. L'institut pourrait être beaucoup plus engagée sur le déploiement à grande échelle de la formation des personnels d'encadrement du ministère, grâce à un partenariat systématique avec les écoles académiques de la formation continue

La cohérence de l'ingénierie de formation pour les cadres apparaît ainsi limitée par une volumétrie de cadres formés qui peut être jugés trop faible⁸.

Pour certaines catégories de personnels, il faut aussi considérer la difficulté de promouvoir une formation qui reste totalement facultative.

3. La formation des enseignants, un continuum à organiser

3.1. La formation initiale des enseignants avec les INSPE⁹

La loi de 1019 pour une école de la confiance a instauré une obligation de formation à l'école inclusive dans le cadre de la formation initiale obligatoire. Le cahier des charges édicté en application de cette disposition en a fixé la durée à 25 h.

La mission peut reprendre à son compte le constat posé dans le rapport IGF/IGÉSR 2022 dans son annexe 4 : *L'analyse des maquettes des instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation*¹⁰ montre que **les contenus portent à la fois sur les connaissances générales relatives à l'école inclusive (cadre institutionnel et législatif, dispositifs de scolarisation, approches et concepts, enjeux éthiques et sociétaux), la professionnalisation (identification des besoins des élèves, savoirs professionnels, conditions favorables aux apprentissages) et la recherche (psychologie, répercussions sur les apprentissages de certains troubles, avec un focus sur les troubles du neuro-développement). Notant que si les contenus de ces nouvelles formations correspondent bien au cahier des charges fixé, la mission conjointe mentionnait en particulier l'accessibilité pédagogique, didactique et universelle pour le numérique, comme dimensions à développer :**

- renforcer les connaissances dans le domaine de l'accessibilité pédagogique et didactique au sein des enseignements disciplinaires ;
- renforcer les connaissances dans le domaine de l'accessibilité universelle par le numérique ;
- développer des co-interventions et co-conceptions entre formateurs experts disciplinaires et experts de la prise en charge des troubles (médecins, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, enseignants spécialisés, éducateurs etc.).

Ce qui renvoie par ailleurs aussi à la question du nombre d'heures prévues dans ce cadre. En effet, au regard de leur volume (25 h dans le cadre du Master de l'enseignement, de l'éducation et de la formation), elles ne peuvent constituer qu'une première étape de sensibilisation.

Outre cette limite, ces formations ne concernant que les nouveaux enseignants, elles ne sont susceptibles de produire des effets sur le système éducatif que sur un temps long. Il faut aussi noter que si les compétences acquises ne trouvent pas à s'appliquer par une mise en œuvre, une piqure de rappel sera en tout état de cause, nécessaire.

⁸ De plus comme le souligne le directeur de l'IH2EF la formation des personnels de direction est celle des adjoints qui pourront attendre parfois longtemps avant de devenir chef d'établissement. Il peut y avoir une « perte en ligne » des connaissances et des compétences acquises.

⁹ La loi pour « une école de la confiance » prévoit (article L. 721-2 du code de l'éducation) que : « *En ce qui concerne les enseignements communs, un arrêté des ministres chargés de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur précise le cahier des charges des contenus de la formation initiale spécifique concernant la scolarisation des enfants en situation de handicap* ».

¹⁰ Martine Caraglio, présentation du Comité national de suivi de l'école inclusive du 22 novembre 2021.

3.1.1. La formation continue des enseignants

67 % des enseignants du 1^{er} degré et 50 % des enseignants du 2^e degré ont participé à des sessions de formation continue sur l'année scolaire 2021-2022¹¹. Mais un constat plus étayé doit mesurer ce qui relève directement de l'école inclusive. Si la DGESCO indique que l'école inclusive est concernée voire partie intégrante des formations égalité des chances ou lutte contre les discriminations, il conviendrait toutefois d'être en mesure d'identifier et de cibler les formations indispensables pour outiller les personnels enseignants.

Appréhender la formation continue des enseignants par le prisme de l'école inclusive ne manque pas non plus d'interroger la pertinence de son caractère facultatif dans le second degré.

3.1.2. Des besoins croissants pour la formation des formations des enseignants spécialisés avec l'INSEI

Compte tenu de leur rôle et de leurs missions, la certification des enseignants spécialisés du premier et du second degré est un vecteur fort de qualité de l'accueil des élèves en situation de handicap, alors que de nombreux postes qui devraient être pourvus par ces enseignants spécialisés ne trouvent pas preneur.

Le certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (CAPPEI), institué par le décret 2017-169 du 10 février 2017, atteste la qualification des enseignants du premier et du second degré appelés à exercer leurs fonctions dans les écoles, les établissements scolaires, les établissements et services sanitaires ou médico-sociaux accueillant des enfants présentant des besoins éducatifs particuliers liés à une situation de handicap, de grande difficulté scolaire ou à une maladie ou dans un établissement relevant du ministère de la Justice.

Cette certification remplace deux certifications instituées par le décret n° 2004-13 du 5 janvier 2004 : le certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA-SH), destiné aux enseignants du premier degré, et le Certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (2CA-SH) destiné aux enseignants du second degré.

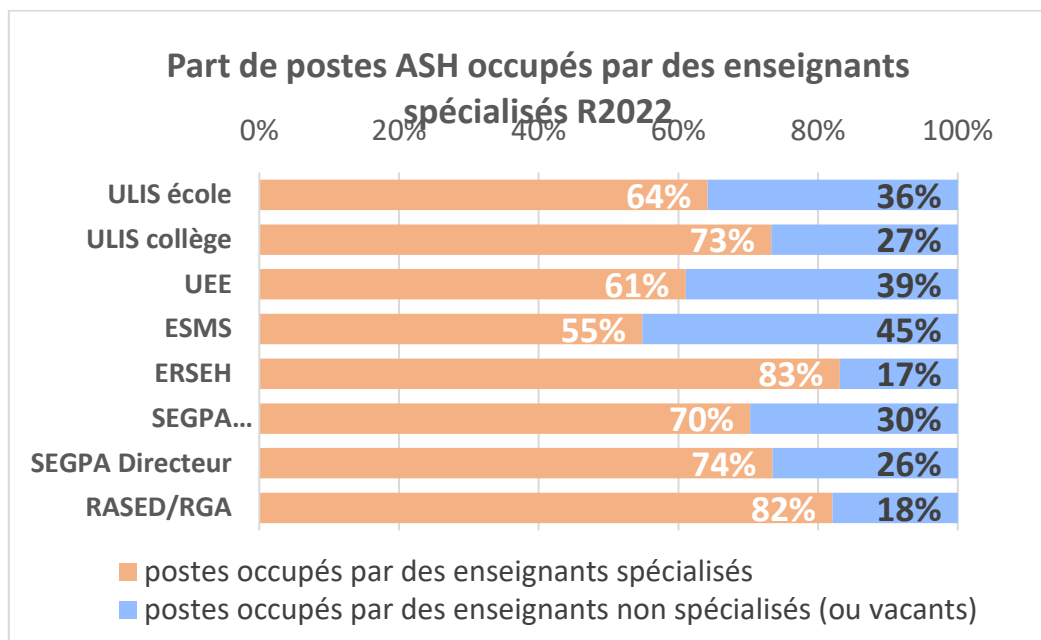
Le CAPPEI permet à un enseignant d'être affecté à titre définitif sur un poste qui relève de l'adaptation scolaire ou de la scolarisation des élèves en situation de handicap. Une évolution essentielle de l'examen du CAPPEI vise à renforcer le positionnement des enseignants spécialisés en tant que personne-ressource auprès de la communauté éducative au service de l'école inclusive, par l'introduction d'une épreuve spécifique dédiée.

La formation préparant au CAPPEI est commune aux enseignants des 1^{er} et 2^d degrés. Cette formation, d'une durée totale de 300 h, comprend un tronc commun de 144 h, deux modules d'approfondissement de 52 h chacun et un module de professionnalisation dans l'emploi de 52 h. Les épreuves du certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive sont ouvertes aux candidats libres. Depuis la rentrée 2021, il est aussi possible de faire valider le CAPPEI par la validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAEP), pour les enseignants exerçant déjà dans l'enseignement adapté ou auprès d'élèves en situation de handicap

(Circulaire du 12 février 2021, Bulletin officiel de l'éducation nationale n° 10 du 11 mars 2021).

Source : Mission IGF/IGÉSR 2022

¹¹ Panorama statistique des personnels de l'enseignement scolaire 2021-2022 – DEPP.



Source : DGESCO 2023

En 2022, 1 990 candidats étaient inscrits au CAPPEI pour 1 590 candidats présents et 1 166 candidats reçus¹² (source DGESCO). L'augmentation prévue des structures (ULIS et UE notamment) suppose une augmentation des candidatures. Ce qui n'est pas aussi évident au vu des évolutions des données¹³.

Les diplômes de directeurs d'établissements d'éducation adaptée et spécialisée semblent connaître une certaine désaffection¹⁴. À ce propos, il serait intéressant de réviser le contenu des épreuves de l'examen national et de s'assurer de la qualité des préparations proposées dans les académies à celles-ci. La mission note de profondes disparités entre le parcours de formation proposée chaque année par l'INSEI (une année de formation proposée à des personnels sélectionnés par les IA-DASEN qui disposent pour cela d'un congé de formation) et l'absence de toute formation dans certaines académies.

Des dispositifs d'autoformation se sont aussi développés dans le cadre de la stratégie autisme. 2 518 personnes ont ainsi participé au module 1 de la formation « Sensibiliser la communauté éducative à la scolarisation d'un élève avec TSA » et 800 à son module 2.

3.1.3. Des enjeux renouvelés pour la formation des AESH

Le guide national des accompagnants des élèves en situation de handicap¹⁵ publié par la DGRH du ministère ne présente à aucun moment un volet formation. Une formation de 60 h dite d'adaptation à l'emploi est prévue et obligatoire dans le cadre de la prise de poste. Le rapport conjoint IGÉSR-IGF d'avril 2022 notait la sous-exécution des crédits consacrés aux dépenses de formation des AESH et un accès à la formation continue entravé par les applicatifs utilisés dans le cadre de la scission des rémunérations entre celles qui relèvent du Titre 2 et celles qui en sont exclues. On voit ici combien la question de la formation de ces personnels nouveaux dans le paysage de l'éducation nationale reste liée à celle de leur statut mais aussi de la stabilité dans l'emploi. Le rapport formulait aussi la proposition suivante : « *Développer les modules de formation communs entre AESH et enseignants. Néanmoins, si la formation des AESH constitue l'un des facteurs susceptibles de permettre le succès de l'école inclusive, il ne peut être exclu que l'amélioration de leurs conditions d'emploi en soit un autre* ». Compte tenu du lien consubstantiel entre le statut et la professionnalisation, que permet une formation mixte, la mission note avec satisfaction que des arbitrages

¹² Pour mémoire à la rentrée 2022 en ULIS 3 000 personnels ne sont pas spécialisés et sont sur poste.

¹³ En 2021 2400 candidats inscrits, 1910 présents, 1350 reçus. Pour la rentrée 2023, la DGESCO a indiqué à la mission évaluer le nombre d'inscrits au CAPPEI à 1 860 par la voie ordinaire et 840 par la validation des acquis de l'expérience professionnelle (étant constaté un taux non négligeable d'échecs de l'ordre de 40% en 2022).

¹⁴ Une centaine de candidats par an pour un examen qui s'adresse majoritairement à de futurs directeurs de SEGPA. La voie vers la direction d'établissements spécialisés devient plus difficile pour les détenteurs du DDEAS. Le nombre de candidats annuellement en témoigne.

¹⁵ Publication DGRH, MENJ, septembre 2020

récents (juillet 2023) sur la revalorisation de la fonction à la rentrée scolaire 2023 et plus précisément des travaux engagés pour permettre aux AESH de choisir de passer en CDI dès 3 ans d'expérience en CDD devraient contribuer à améliorer l'attractivité et le maintien dans l'emploi ; deux conditions nécessaires pour installer une politique de développement professionnel plus systématique. La transformation prévue par les mesures de la CNH des PIAL en PAS doit s'accompagner d'un plan volontariste et généralisé de formation commune des enseignants et des AESH comme la mission a pu le constater en consultant certains plans de formation d'EAFC. L'intérêt des formations croisées enseignants/AESH a également été soulignée par plusieurs interlocuteurs de la mission.

4. Des programmes déclinés dans les plans de formation académiques ou départementaux qui connaissent de fortes disparités territoriales

Comme cela a avait d'ores et déjà été relevé par le rapport IGÉSR-IGF de 2022, la proportion de formations thématiques dédiées à l'école inclusive varie très fortement selon les académies, dont les déclinaisons de modules d'initiative nationale dans le cadre du programme national de formation. Les niveaux de participation communiqués par quelques académies¹⁶ ne montrent pas non plus un véritable décollage des participations. **La DGESCO fait état de 3 300 personnes en ayant bénéficié.**

Données générales

	Nombre de journées stagiaires qui relèvent des thématiques ASH 58 et 59	Nombre de journées stagiaires qui relèvent d'une thématique	Nombre total de journées stagiaires
année scolaire 2018-2019	67 396,80	635 039,42	994 567,90
année scolaire 2019-2020	49 660,87	490 944,29	653 051,84
année scolaire 2020-2021	40 454,04	438 594,35	665 865,87

Enquête sur le réalisé du 1^{er} degré par académie : Thématique 58 - Formations certificatives ASH + Thématique 59

Autres formations ASH Métropole + DROM

Source : EGIDEII_V1.0 - 15/06/21

	Nombre de journées stagiaires qui relèvent des thématiques ASH 58 et 59	Nombre de journées stagiaires qui relèvent d'une thématique	Nombre total de journées stagiaires
année scolaire 2018-2019	30 455,86	441 936,06	1 256 369,23
année scolaire 2019-2020	24 109,21	343 459,25	733 698,81
année scolaire 2020-2021	13 311,54	332 304,18	584 761,72

Enquête sur le réalisé du 2^e degré par académie : Thématique 58 - Formations certificatives ASH + Thématique 59

Autres formations ASH Métropole + DROM

Source : EGIDEII_V1.0 – 15 juin 2021

¹⁶ Les données ici communiquées sont indicatives et ne relèvent pas d'un recensement systématique que la mission n'a pu réaliser

Quelques données par académies : Créteil, Lyon, La Réunion, Nancy-Metz

Les données transmises par les académies, suite à l'enquête réalisée par la mission, soulignent plusieurs points qu'il convient de cerner :

- la diversité des réponses témoigne d'une différenciation des politiques académiques mais aussi de la difficulté de recenser les mêmes éléments pour un questionnement commun. Les distorsions entre les données nationales transmises par la DGESCO et les données académiques collectées par la mission suggèrent un besoin de consolidation nationale à réactualiser ;
- le nombre de personnels susceptibles d'être formés annuellement souligne l'ampleur du travail à accomplir pour diffuser les principes et les outils de l'école inclusive. La question du choix entre public désigné et inscription libre soulève les priorités que chaque académie se donne : quel personnel former en priorité ?
- la nécessité de bâtir pour l'école inclusive une priorité de formation qui doit rester pérenne indépendamment des autres priorités est à envisager nationalement et académiquement.

Quelques éléments ont retenu l'attention de la mission

On reste étonné des écarts importants entre les académies pourtant de taille très différente ce qui ne manque pas d'interroger sur la fiabilité des systèmes de décomptes utilisés par les EAFC pour faire des extractions thématiques. Il faut donc être extrêmement prudent sur les interprétations sur les chiffres annoncés.

Par contre on peut noter des marqueurs qui permettent de repérer des points communs et des aspects divergents d'une académie à l'autre. Sans parler de profils de formation, une enquête plus fouillée aurait sans doute permis de montrer des volontés territoriales à l'œuvre dans la mise en œuvre de la formation des personnels du second degré sur les thèmes de l'inclusion scolaire des ESH et des EBEP.

Ce qui est commun :

- ce sont, à l'écrasante majorité, des personnels de l'EN formés par des personnels de l'EN ;
- le format des formations est principalement, de proximité et en présentiel, c'est-à-dire au plus près des environnements professionnels des stagiaires dans un lien direct avec les formateurs ;
- il existe une relative stabilité de l'offre de formation d'une année à l'autre.

Ce qui diffère :

- la mixité des profils (enseignants, cadres etc.) des publics stagiaires diffère d'une académie à l'autre. Pour trois académies elle concerne approximativement la moitié ou plus des actions de formation ; pour la quatrième le quart ;
- le choix de la formation est majoritairement contraint pour trois académies. La quatrième s'inscrit en rupture avec une majorité de stagiaires ayant délibérément choisi la formation.

5. Des dispositifs coopératifs de formation entre l'éducation nationale et le médico-social

L'évolution souhaitable du cadre de formation interne de l'éducation nationale devrait aussi faire place à une coopération sur la formation avec le médico-social. Des dispositifs prometteurs se sont développés depuis 2019, freinés toutefois par la crise sanitaire. Quelques bons exemples retiennent l'attention de la mission :

En Centre-Val-de-Loire, Eure-et-Loir, des formations croisées qui s'appuient sur des dispositifs d'accompagnement médico-éducatif.

Les DAME euréliens sont autorisés depuis 2019, avec un agrément qui précise : « L'IME, dénommé dispositif d'accompagnement médico-éducatif (DAME) « Borromei Debay » de Mainvilliers est autorisé à fonctionner, pour une capacité totale de 92 places pour l'accompagnement de personnes présentant soit une déficience intellectuelle, soit des troubles du spectre autistique, en accueil temporaire, en accueil de jour et/ou accompagnement en milieu ordinaire.

Le DAME de Mainvilliers est également autorisé à assurer une mission de centre ressource auprès des acteurs du territoire d'intervention du DAME. Il assure dans ce cadre une mission de formation, d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'autres établissements ou services en vue de l'accueil de ces publics, ou auprès d'utilisateurs directement. »

En Auvergne-Rhône-Alpes, des actions conjointes dans le cadre d'une convention entre les services académiques de l'éducation nationale et l'agence régionale de santé

Outre l'EN et l'ARS, deux associations sont parties à la convention : la Ligue de l'enseignement et Préventions et soins, porteurs d'ESMS. Signée le 29 mai 2019, la convention d'une durée de 3 ans renouvelable, prévoit (article 2 sur les modalités de la coopération) :

- des actions de sensibilisation et de formation des personnels des écoles, collèges et lycées ;
- l'organisation de formations communes entre les personnels de l'éducation nationale et les personnels des deux associations.

Pour la mise en œuvre de la convention sur ce volet, l'ARS a mobilisé 400 000 €.

En Nouvelle Aquitaine, Gironde, sur un PIAL à Gradignan

Astuce : formation express in situ des AESH nouvellement nommées, mis en place par la directrice. Lorsqu'une nouvelle AESH est recrutée sur son PIAL, celle-ci va passer une semaine en immersion dans le dispositif ULIS et bénéficie de l'expérience de l'AESH-co et de la coordonnatrice ULIS, avant d'accompagner les ESH. Un petit stage express, mais qui, au final, permet de diminuer le nombre de démission.

6. Des ressources documentaires dont l'exploitation pourrait être améliorée : Cap école inclusive / CANOPE et Éduscol

Le ministère a développé avec Éduscol un potentiel de ressources accessibles important et pertinent. Les deux sites mettent à disposition des documents de réflexion sur les différents domaines intéressants l'école inclusive et favorisent une auto-formation de qualité. Ils offrent aussi des indications sur des pratiques d'enseignement différencié en fonction des situations, des contextes et des troubles que les personnels peuvent rencontrer.

Cet effort de ressources est à souligner. Toutefois l'ergonomie, la « masse » des ressources disponibles, la multiplicité des points d'entrée, ne facilitent pas une circulation aisée dans les arborescences proposées et les personnels peuvent « se perdre » dans le flot d'informations. Il serait approprié de penser une liaison entre des formations dispensées auprès des personnels (notamment enseignants et AESH) et l'utilisation de ces ressources dans un processus d'alternance entre auto-formation et formation. Il faudrait également que ces ressources disponibles soient réellement valorisées lors des actions de formation en les adaptant autant que faire se peut aux besoins exprimés par les personnels. De plus, leurs mises à jour sont insuffisamment assurées, certaines ressources obsolètes continuant d'être accessibles alors même qu'elles ne répondent plus à l'évolution des cadres réglementaires ou des pratiques à privilégier.

Il serait pertinent, en s'appuyant sur le rapprochement entre le médico-social et l'éducation nationale, de penser un site de ressources commun où les personnels pourraient trouver des indications réglementaires, des données susceptibles d'être utiles, des outils et des exemples de pratiques autour de la création d'une communauté École inclusive.

Dans une complémentarité des ressources le ministère de l'éducation nationale en collaboration avec le réseau CANOPE a créé une plateforme de ressources pédagogiques pour les enseignants du premier et du second degré afin de répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves. Elle permet un accompagnement de formation par une mise à disposition d'outils nécessaires à un accueil réussi des élèves. Elle a été réalisée par des enseignants et se veut une approche pragmatique d'une accessibilité rendue possible par divers moyens.

La plateforme comporte quatre grandes rubriques :

- Observer ;
- Aménager et adapter ;
- S’informer ;
- Trouver de l’aide.

Elle met à disposition pour évaluer et s’informer sur les besoins des élèves des outils dédiés qui s’articulent avec des propositions de fiches pédagogiques (par téléchargement) qui répondent aux besoins identifiés afin de permettre à l’enseignant d’adapter et d’aménager son enseignement. L’enseignant peut aussi bénéficier d’une carte interactive pour trouver les personnes ressources les plus proches de son lieu d’exercice professionnel. Enfin des ressources audiovisuelles complètent les ressources pédagogiques. Elles ont vocation à informer et à approfondir les connaissances des enseignants afin de mieux répondre aux besoins éducatifs particuliers de leurs élèves¹⁷.

7. L’ambition de l’école inclusive appelle un réexamen du cadre de la politique de formation interne de l’éducation nationale

Pour les cadres comme pour les enseignants, la mission souligne que l’ambition de l’école inclusive pourrait aussi conduire à réinterroger le caractère facultatif actuel de la formation continue, hormis pour les publics dits « désignés » en raison de missions particulières qu’ils vont exercer. La question d’une formation élargie à l’accueil des élèves à besoins éducatifs particuliers dont en situation de handicap, obligatoire et conséquente, ne peut donc être évacuée.

Cette remarque appelle aussi l’attention sur des régimes de formations distincts entre enseignants du premier degré et du second¹⁸ pour envisager de les rapprocher dans des orientations communes. Ainsi, il existe une obligation de formation continue pour le premier degré¹⁹ mais non pour le second degré. Outre la question de cette obligation, c’est aussi le choix des thématiques qui devrait faire l’objet de priorisations par l’éducation nationale. L’enquête de l’observatoire Ecolhuma²⁰ indique que 80 % des enseignants sont à l’initiative de leur développement professionnel et donc que seulement 20 % prennent part à des activités proposées ou imposées par l’institution.

Il faut ajouter à ces questionnements la considération d’une quasi non-prise en compte à ce jour des efforts de formation dans le parcours et la carrière des intéressés.

Avec l’école inclusive il apparaît nécessaire de formaliser une formation qui prend en considération les parcours individualisés et propose ainsi des dispositifs qui sont en adéquation avec les exigences institutionnelles et les expertises développées par chaque enseignant.

De même si le partage des savoirs sur le handicap est bien appréhendé dans les contenus des formations dispensées, la question de l’accessibilité pour les ESH²¹ serait à renforcer pour permettre une approche qui ne soit pas seulement organisationnelle, matérielle ou compensatoire. Des temps de formation communs en académies avec les enseignants et les AESH pourraient être un moyen simple de mesurer pour les cadres les enjeux de la scolarisation des ESH et le parcours à considérer dans le temps scolaire et le hors temps. La période où les personnels de direction sont d’abord des adjoints pourrait favoriser cette formation inter catégorielle dans un dispositif académique et sur des formations localisées au plus près des écoles et établissements.

¹⁷ Lien d’accès : <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive.html>

¹⁸ *Op. cit* : Le parcours de formation des enseignants du premier et du second degré en France, CNESCO, février 2021.

¹⁹ Même s’il convient de considérer que l’évolution des formations avec la loi Rilhac permet une plus grande souplesse pour les enseignants et les directeurs.

²⁰ *Op cit* : enquête de mars 2023 de l’association ecolhuma sur la formation continue des enseignants.

²¹ Notamment celle des adaptations pédagogiques pour les apprentissages.