



**HAL**  
open science

# Scolarisation des enfants de moins de 7 ans en situation de handicap : étude de prévalence transversale dans les Bouches du Rhône

Benjamin Moheng

► **To cite this version:**

Benjamin Moheng. Scolarisation des enfants de moins de 7 ans en situation de handicap : étude de prévalence transversale dans les Bouches du Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02095447

**HAL Id: dumas-02095447**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02095447>**

Submitted on 10 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté  
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Scolarisation des enfants de moins de 7 ans en situation de handicap :  
étude de prévalence transversale dans les Bouches du Rhône**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 22 Novembre 2018**

**Par Monsieur Benjamin MOHENG**

**Né le 26 août 1988 à Marseille 12<sup>ème</sup> (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE SOCIALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur SAMBUC Roland**

**Président**

**Monsieur le Professeur LEGRÉ Régis**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur THIRION Xavier**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BERNARD Olivier**

**Directeur**



**Scolarisation des enfants de moins de 7 ans en situation de handicap :  
étude de prévalence transversale dans les Bouches du Rhône**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 22 Novembre 2018**

**Par Monsieur Benjamin MOHENG**

**Né le 26 août 1988 à Marseille 12<sup>ème</sup> (13)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**D.E.S. de SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE SOCIALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur SAMBUC Roland**

**Président**

**Monsieur le Professeur LEGRÉ Régis**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur THIRION Xavier**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BERNARD Olivier**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs :**

- \* aux Etudes : Jean-Michel VITON
- \* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- \* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- \* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- \* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- \* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- \* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission :**

- \* 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- \* 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- \* 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- \* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- \* DU-DIU : Véronique VITTON
- \* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- \* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- \* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- \* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- \* Relations Internationales : Philippe PAROLA
- \* Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : \* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service :**

- \* Communication : Laetitia DELOUIS
- \* Examens : Caroline MOUTTET
- \* Logistique : Joëlle FRAVEGA
- \* Maintenance : Philippe KOCK
- \* Scolarité : Christine GAUTHIER

### DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jean-Claude  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur  
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
<b>2007</b>	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine  
PAGANELLI Franck  
PANUEL Michel  
PAPAZIAN Laurent  
PAROLA Philippe  
PARRATTE Sébastien  
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure  
PELLETIER Jean  
PETIT Philippe  
PHAM Thao  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique  
PIQUET Philippe  
PIRRO Nicolas  
POINSO François  
RACCAH Denis  
RAOULT Didier  
REGIS Jean  
REYNAUD/GAUBERT Martine  
REYNAUD Rachel  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth  
*RIDINGS Bernard Surnombre*

ROCHE Pierre-Hugues  
ROCH Antoine  
ROCHWERGER Richard  
ROLL Patrice  
ROSSI Dominique  
ROSSI Pascal  
ROUDIER Jean  
SALAS Sébastien  
*SAMBUC Roland Surnombre*  
SARLES Jacques  
SARLES/PHILIP Nicole  
SCAVARDA Didier  
SCHLEINITZ Nicolas  
SEBAG Frédéric  
SEITZ Jean-François  
SIELEZNEFF Igor  
SIMON Nicolas  
STEIN Andréas  
TAIEB David  
THIRION Xavier  
THOMAS Pascal

THUNY Franck  
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès  
TRIGLIA Jean-Michel  
TROPIANO Patrick  
TSIMARATOS Michel  
TURRINI Olivier  
VALERO René  
VAROQUAUX Arthur Damien  
VELLY Lionel  
VEY Norbert  
VIDAL Vincent  
VIENS Patrice  
VILLANI Patrick  
VITON Jean-Michel  
VITTON Véronique  
VIEHWEGER Heide Elke  
VIVIER Eric  
XERRI Luc

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
FILIPPI Simon

### **PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

BURKHART Gary

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud ( <i>Disponibilité</i> )	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
KERBAUL François (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
*MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre*  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
MICHELET Pierre (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
*ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre*  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
*LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre*  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
CURVALE Georges (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH)  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*  
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*  
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*  
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,**

**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
SEITZ Jean-François (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
LEVY Nicolas (PU-PH)  
MONCLA Anne (PU-PH)  
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
TOGA Caroline (MCU-PH)  
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BOUBLI Léon (PU-PH)  
BRETTELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

#### **IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

#### **MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

#### **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

#### **NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
RACCAH Denis (PU-PH)  
VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

#### **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

#### **OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
HOFFART Louis (PU-PH)  
MATONTI Frédéric (PU-PH)  
*RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre*

#### **HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

#### **MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

#### **MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

#### **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

#### **NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
BRUNET Philippe (PU-PH)  
BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
MOAL Valérie (PU-PH)

#### **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
FUENTES Stéphane (PU-PH)  
REGIS Jean (PU-PH)  
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
GRAILLON Thomas (MCU PH)

#### **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
FELICIAN Olivier (PU-PH)  
PELLETIER Jean (PU-PH)

#### **PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH)  
NICOLLAS Richard (PU-PH)  
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
MARY Charles (MCU-PH)  
RANQUE Stéphane (MCU-PH)  
TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
MICHEL Gérard (PU-PH)  
MILH Mathieu (PU-PH)  
REYNAUD Rachel (PU-PH)  
SARLES Jacques (PU-PH)  
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)  
FABRE Alexandre (MCU-PH)  
OUDIN Claire (MCU-PH)  
OVAERT Caroline (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
LANCON Christophe (PU-PH)  
NAUDIN Jean (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
GIRARD Nadine (PU-PH)  
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
JACQUIER Alexis (PU-PH)  
MOULIN Guy (PU-PH)  
PANUEL Michel (PU-PH)  
PETIT Philippe (PU-PH)  
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
PHAM Thao (PU-PH)  
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre  
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)  
VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
BREGON Fabienne (PU-PH)  
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
BONINI Francesca (MCU-PH)  
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)  
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)  
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)  
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018  
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)  
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
BARLESI Fabrice (PU-PH)  
CHANEZ Pascal (PU-PH)  
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre  
GREILLIER Laurent (PU-PH)  
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre  
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

*À Monsieur le Professeur Roland Sambuc*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury, je vous en remercie infiniment. J'espère mériter ce privilège et être digne de votre confiance.

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre bienveillance, votre gentillesse, votre disponibilité et votre indulgence.

La qualité et la richesse de vos enseignements transmis avec une si belle humanité forcent l'admiration.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de mon profond respect.

*À Monsieur le Docteur Olivier Bernard*

Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail.

C'est une chance pour moi d'avoir pu compter sur vous.

Je vous remercie infiniment.

*À Monsieur le Professeur Xavier Thirion*

C'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres du jury, et je vous en remercie.

Je vous remercie profondément pour votre bienveillance, votre gentillesse, votre disponibilité et vos conseils.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de mon profond respect.

*À Monsieur le Professeur Régis Legré*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury et je vous en remercie.

Je vous remercie de nous faire partager vos réflexions sur ce sujet.

Je vous remercie également de m'avoir sauvé la vie, puis de m'avoir soutenu et encouragé tout au long de mes études.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de mon profond respect.

**Je remercie les enfants et leurs familles ainsi que les soignants** qui ont permis ce travail de thèse.

**Je remercie l'équipe de la MDPH des Bouches-du-Rhône** qui a permis la réalisation de ce travail.

**Je remercie le Professeur Delarque** pour son soutien durant mon internat et mes deux accidents.

**Je remercie le Docteur Jean-Pierre Franceschi** sans qui je ne serai pas là aujourd'hui.

**Je remercie le Docteur Bernard Castelli** et mon kinésithérapeute **Patrice Perroni**.

**Je remercie Élisabeth Jouve** pour son aide précieuse. **Je remercie le Docteur Marine Alessandrini** pour son aide rigoureuse et efficace. Je vous remercie toutes les deux pour vos manifestations de sympathie, votre organisation irréprochable et votre bonne humeur au quotidien.

**Je remercie le Docteur Karine Baumstark** pour ma formation, ainsi que **le Professeur Auquier, le Docteur Julie Berbis, le Docteur Noémie Resseguier, Anderson Loundou, Claire Morando, le Docteur Marie-Christine Rousseau, le Professeur Laurent Boyer, le laboratoire de Santé Publique, le Docteur Michèle Pibarot, le Docteur Paula Poggi, le Professeur Favre, Harmonie Oulie, le Réseau Régional de Cancérologie, le Docteur Dominique Grassineau, le Docteur Karine Ayme, le Docteur Pierre Coatmeur, le Docteur Coralie Porcheto, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, le Docteur Delphine Segond, le Docteur Hélène Weil-Rabaud, Virgine Garibaldi, Virginie Nengbi, le Docteur Samer Aboukaïs, l'Agence Régionale de Santé, le Professeur Bensoussan, le service d'évaluation médicale de la Conception et l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.**

**À Stéphanie,** avec qui je partage ma vie depuis nos 17 ans. Merci pour l'amour que tu me donnes au quotidien. Sans toi, rien n'aurait été possible.

**À mes enfants,**

Capucine, ma princesse, mon soleil, ma joie de vivre,

Arthur, mon enclume, mon fiston, ma fierté,

Je suis heureux d'être votre papa et de tant vous aimer. Vous m'avez donné la force quand parfois je pensais en manquer.

**À mon père,**

Merci d'être mon modèle. Tu as toujours donné le meilleur de toi-même. Tu fais preuve de gentillesse, générosité et amour. Je t'exprime toute ma reconnaissance et je te remercie pour ton soutien dès le commencement de ces années d'études.

**À ma mère,**

Ton amour démesuré, ton éducation et ton écoute attentive m'ont aidé à grandir et restent précieux aujourd'hui et m'ont permis d'en arriver là malgré tout. Je t'en suis reconnaissant et je te remercie de m'avoir soutenu durant ces années d'études.

**À mes deux grands frères,**

Merci pour nos souvenirs d'enfance partagés, merci pour votre soutien. Notre complicité est agréable et précieuse.

**À mon petit frère,**

Merci pour ton soutien à tous les niveaux et pour nos souvenirs d'enfance. Tu es un petit frère au top !

**À mes grands-mères,**

Je pense à vous, vous auriez été fier d'être avec nous.

**À mes beaux-parents,**

Je vous remercie pour votre soutien et votre affection.

**À mes amis et amies,**

Spéciales dédicaces à Alex, Toto, Clem, Rémi, le K, Mass, Scap, Max, Raph, Bénès, Jo, Pablo, Papy choulo, Papa wembo, Bibou, Chnew, Samy, Nano, Doudou, Baptiste, Romain C, Romain M, Adriano, Étienne, Stouf, Aouda, Cécile, Cécilia et Inès.

**À mes couz,**

Antho, Mathieu, Léa, Lau, Mag, Gilles, Hervé, Marine, Ju, Romain, Yann et Guillaume.

**Scolarisation des enfants de moins de 7 ans en situation de handicap :  
étude de prévalence transversale dans les Bouches-du-Rhône.**

Sommaire :

I.	Introduction .....	3
II.	État des lieux .....	5
1.	Le droit à l'école pour tous.....	5
2.	Les missions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.....	6
3.	Les dispositifs d'aide aux familles .....	7
a.	L'allocation d'éducation pour enfant handicapé .....	7
b.	La prestation de compensation du handicap.....	7
c.	La carte d'invalidité.....	8
d.	Les transports spécialisés .....	8
4.	Un parcours de formation personnalisé.....	9
a.	Un établissement scolaire de référence .....	9
b.	Un projet personnalisé de scolarisation .....	10
c.	Une équipe de suivi de la scolarisation .....	10
d.	Des dispenses d'enseignement .....	11
e.	Un enseignant référent.....	11
5.	Le rôle des auxiliaires de vie scolaire.....	12
6.	Aménagements et adaptations de l'éducation nationale.....	13
a.	Adaptations du matériel pédagogique .....	13
b.	Aménagements pour les examens .....	13
c.	Des dispositifs collectifs de scolarisation dans le premier et le second degré : les ULIS .....	14
d.	Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile .....	15
e.	Les unités d'enseignement des établissements médico-sociaux.....	15
f.	La scolarisation des élèves en situation de handicap et l'enseignement à distance.....	16
g.	La scolarisation des élèves hospitalisés ou convalescents.....	16
h.	Les stages en entreprise .....	17
7.	L'accès aux études supérieures .....	17
8.	Spécificités pour la petite enfance .....	18

9.	Spécificités concernant les troubles du spectre autistique .....	19
10.	Les recommandations 2018 du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge concernant la scolarisation des enfants de moins de sept ans en situation de handicap .....	23
III.	Étude.....	25
1.	Titre .....	25
2.	Introduction .....	25
3.	Matériel et Méthode .....	26
a.	Type d'étude.....	26
b.	Critères de la population.....	26
c.	Mode de recueil .....	27
d.	Méthode statistique.....	27
e.	Gestion des données .....	28
4.	Résultats .....	30
a.	Population étudiée .....	30
b.	Type d'AVS et territoires .....	31
c.	Pathologies et déficiences.....	32
d.	Caractéristiques des enfants selon territoire, pathologie et déficience .....	34
e.	Pathologies et déficiences selon le territoire .....	35
f.	Pathologies, déficiences et type d'AVS attribué .....	39
g.	Répartition des attributions d'AVSM et AVSI entre territoires .....	42
5.	Discussion .....	43
6.	Conclusion de l'étude .....	45
IV.	Conclusion.....	46
V.	Bibliographie.....	48
VI.	Annexes .....	51
	Annexe 1 : Proportion des déficiences comprises dans chaque pathologie.....	51
	Annexe 2 : Proportion des pathologies comprises dans chaque déficience.....	52
	Annexe 3 : Caractéristiques des enfants en fonction du territoire .....	53
	Annexe 4 : Caractéristiques des enfants en fonction des pathologies .....	54
	Annexe 5 : Caractéristiques des enfants en fonction des déficiences.....	56
	Annexe 6 : Classifications .....	58
a.	Troubles envahissants du développement (TED) : catégories diagnostiques de la CIM-10 .....	58
b.	Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : critères diagnostiques du DSM-5.....	59
	Annexe 7 : ABRÉVIATIONS .....	61

## I. Introduction

Le droit à l'éducation pour tous les enfants, quel que soit leur handicap, est un droit fondamental. Chaque école a vocation à accueillir tous les enfants quels que soient leur besoin.

La scolarisation des élèves en situation de handicap constitue une priorité nationale. Dans ce domaine, des progrès considérables ont été accomplis depuis la publication de la loi du 11 février 2005 (1) pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi a aujourd'hui treize ans et elle a permis une amélioration significative de la scolarisation des élèves en situation de handicap : le nombre d'élèves scolarisés dans les écoles et les établissements scolaires a connu une augmentation significative, il a été multiplié par deux depuis 2006. Le nombre des élèves bénéficiant d'une aide humaine a été multiplié par quatre sur la même période. En 2016-2017, 300 815 enfants en situation de handicap ont été scolarisés dans les écoles et établissements relevant du ministère de l'Éducation nationale : 172 145 dans le premier degré et 128 670 dans le second degré, soit une augmentation de 7,5% d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire par rapport à l'année 2015-2016 (2).

L'augmentation des moyens d'accompagnement, en particulier grâce au déploiement des auxiliaires de vie scolaire, a permis à un nombre croissant d'élèves d'accomplir leur parcours de formation avec les meilleures chances de réussite. L'analyse et l'évaluation des besoins de chaque élève handicapé doivent s'accompagner de la recherche de la meilleure adéquation avec l'environnement scolaire.

Par l'association étroite des parents à toutes les étapes de la définition du Projet personnalisé de scolarisation de leur enfant, par un partenariat approfondi impliquant l'ensemble des acteurs, par la recherche au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) des réponses les plus adaptées, le devenir scolaire et à terme citoyen de chaque élève handicapé devrait être assuré.

Afin que cette organisation nationale puisse bénéficier à chaque enfant, il est nécessaire que ce travail de coordination puisse s'instaurer dès le plus jeune âge de l'enfant, lorsque la situation

de handicap est repérée. Dans ce contexte, nous souhaitons nous intéresser plus particulièrement à la situation des enfants en situation de handicap âgés de moins de sept ans.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à l'état des lieux actuel de la scolarité des enfants en situation de handicap en présentant les droits de ces élèves, les missions de la MDPH, les dispositifs d'aide aux familles, le projet de scolarisation personnalisé, le rôle des Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS), les aménagements et adaptations de l'éducation nationale, les spécificités pour la petite enfance, les Troubles du Spectre Autistique (TSA) et enfin nous présenterons les recommandations 2018 du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge concernant la scolarisation des enfants de moins de sept ans en situation de handicap.

Dans un second temps, nous présenterons l'analyse comparative des pathologies et déficiences des enfants de moins de sept ans bénéficiant d'un AVS et ayant un dossier à la MDPH des Bouches-du-Rhône.

## II. État des lieux

### 1. Le droit à l'école pour tous

Tout enfant handicapé est de droit un élève. Depuis la loi du 11 février 2005, le handicap est envisagé dans sa dimension sociale : vie publique et privée, inclusion sociale, inclusion scolaire. Deux principes en découlent : l'accessibilité (accès à tout pour tous) et la compensation (mesures individuelles rétablissant l'égalité des droits et des chances).

À l'école, l'accessibilité correspond à l'inscription dans l'établissement scolaire de secteur, qu'on appelle « établissement scolaire de référence ». L'accès est permis grâce aux aménagements et adaptations pédagogiques individuels ou collectifs, l'accès à l'ensemble des locaux et des matériels nécessaires pour leur scolarisation et la mise aux normes des bâtiments scolaires et des équipements culturels et sportifs.

Pour l'élève, le Plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et sert de support à l'ensemble des décisions de compensation prises en faveur d'une personne en situation de handicap : par exemple l'attribution d'une carte d'invalidité ou de priorité. Le Plan personnalisé de compensation comprend un volet scolaire et le Projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Dans les MDPH, l'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de chaque élève en situation de handicap et propose un Projet personnalisé de scolarisation. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) décide des mesures à mettre en place, sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. L'éducation nationale met en œuvre les mesures décidées par la MDPH, le cas échéant en partenariat avec les établissements sanitaires ou médico-sociaux (ESMS) et les collectivités territoriales.

Comme tous les élèves, les enfants en situation de handicap ont des objectifs d'apprentissage. Ces objectifs reposent sur les programmes scolaires en vigueur et le socle commun de connaissances, de compétences et de culture. Le socle définit ce que les élèves doivent avoir acquis à la fin de la scolarité obligatoire.

## 2. Les missions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées

La loi du 11 février 2005 crée un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées : la Maison départementale des personnes handicapées. Celle-ci offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. La MDPH, lieu unique d'accueil des personnes handicapées « exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps ».

La MDPH a huit missions principales. Elle informe et accompagne les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution. Elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un Plan personnalisé de compensation du handicap. Elle assure l'organisation de la CDAPH et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap. Elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la commission des droits et de l'autonomie. Elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées. Elle assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises. Elle organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne un référent pour l'insertion professionnelle. Elle met en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers.

Une équipe pluridisciplinaire est chargée de l'évaluation des besoins de compensation de la personne dans le cadre d'un dialogue avec elle et avec ses proches. Cette équipe peut être constituée de médecins, ergothérapeutes, psychologues, enseignants, spécialistes du travail social, etc. Elle évalue les besoins de compensation de la personne handicapée sur la base de son projet de vie et de référentiels nationaux. La CDAPH prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et du plan de compensation proposé. Elle associe étroitement les parents à la décision d'orientation de leur enfant et à toutes les étapes de la définition de son Projet personnalisé de scolarisation. En cas de désaccord, elle propose des procédures de conciliation. La loi accroît l'obligation pour le service public d'éducation d'assurer la continuité du parcours scolaire en fonction de l'évaluation régulière des besoins de chaque élève par une équipe pluridisciplinaire (3) (4).

### 3. Les dispositifs d'aide aux familles

#### a. L'allocation d'éducation pour enfant handicapé

L'allocation d'éducation pour enfant handicapé (AEEH) est une prestation familiale destinée à aider les parents à faire face aux dépenses liées à l'éducation de leur enfant handicapé. Elle est versée mensuellement par la caisse d'allocations familiales sur décision de la CDAPH. Elle peut être assortie de différents compléments dans le cas de handicaps particulièrement lourds occasionnant des dépenses importantes ou lorsque la présence d'une tierce personne est indispensable auprès de l'enfant. Lorsque l'enfant est accueilli en internat dans un établissement médico-social, les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie et le versement de l'AEEH se trouve alors limité aux « périodes de retour au foyer ». La demande doit être adressée à la MDPH par la famille de l'enfant et doit être accompagnée d'un certificat médical spécifique. L'attribution de cette allocation par la CDAPH dépend du taux d'incapacité permanente fixé par cette commission qui revoit périodiquement le dossier de l'enfant pour suivre son évolution. L'allocation peut être versée dès la naissance de l'enfant et jusqu'à l'âge de vingt ans (5).

#### b. La prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap (PCH) enfant a été ouverte le 1er avril 2008 en application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 article 94 (6). Les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la PCH dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'AEEH et de son complément et qu'ils remplissent les conditions d'accès à la PCH. Il y a alors droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH. La demande doit être adressée à la MDPH et doit être accompagnée d'un certificat médical de moins de 3 mois. Depuis le 1er avril 2008, la PCH est ouverte aux enfants et adolescents handicapés. Jusqu'alors, les demandeurs devaient notamment avoir dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'AEEH pour pouvoir en bénéficier (7).

### c. La carte d'invalidité

La carte d'invalidité procure à son bénéficiaire ou, pour les mineurs, à leurs parents ou aux personnes qui en ont la charge, certains avantages financiers ou matériels destinés à compenser les désavantages dus au handicap. La carte d'invalidité permet ainsi à son titulaire de bénéficier d'une demi part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Pour obtenir la carte d'invalidité, il faut remplir le formulaire Cerfa fourni par la MDPH et l'accompagner d'un certificat médical de moins de 3 mois. Une carte d'invalidité est délivrée à titre définitif ou pour une durée déterminée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 (8) à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80% (9).

### d. Les transports spécialisés

Pour les élèves handicapés, un transport adapté peut être mis en place pour la durée de l'année scolaire. Les frais de déplacement des élèves handicapés scolarisés et qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun en raison de la gravité de leur handicap, médicalement établie, sont pris en charge par le département du domicile des intéressés. Le chauffeur du véhicule agréé a la responsabilité de conduire l'enfant et de venir le chercher à l'intérieur de l'établissement, dans le respect des horaires de classe. Si la famille assure elle-même le transport de l'élève handicapé, elle peut bénéficier d'une indemnisation par les services du conseil départemental sous réserve des mêmes conditions (10).

#### 4. Un parcours de formation personnalisé

La loi renforce le droit des élèves en situation de handicap à l'éducation. Elle assure à l'élève, le plus souvent possible, une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile (11). Elle associe étroitement les parents à la décision d'orientation de leur enfant et à toutes les étapes de la définition de son PPS. Celui-ci 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 (12). Elle garantit la continuité d'un parcours scolaire, adapté aux compétences et aux besoins de l'élève grâce à une évaluation régulière depuis la maternelle jusqu'à son entrée en formation professionnelle ou dans l'enseignement supérieur.

##### a. Un établissement scolaire de référence

Tous les élèves sont inscrits à l'école ou l'établissement scolaire de leur secteur. Celui-ci constitue l'établissement scolaire de référence où tout élève est ordinairement inscrit. Pour un élève en situation de handicap, la scolarisation peut avoir lieu dans une autre école ou un autre établissement scolaire en vue de bénéficier d'un dispositif collectif: Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS); à domicile ou par l'intermédiaire d'un enseignement à distance lors d'une interruption provisoire de la scolarité; dans l'unité d'enseignement d'un ESMS; l'élève handicapé peut alors être inscrit dans une école ou un établissement scolaire, proche de l'établissement spécialisé qui l'accueille.

## b. Un projet personnalisé de scolarisation

Le parcours scolaire de chaque élève en situation de handicap fait l'objet d'un PPS (13). L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH élabore ce projet à partir de l'évaluation des besoins de l'élève. Cette évaluation est conduite en se basant notamment sur les éléments fournis par le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation GEVA-Sco, outil de recueil d'informations normalisé, défini nationalement (14). Ce projet tient compte des souhaits de l'enfant ou de l'adolescent et de ses parents. Le document PPS, qui s'applique sur tout le territoire, est téléchargeable à partir du bulletin officiel du 19 février 2015. C'est sur la base de ce PPS que la CDAPH prend, en fonction des besoins de l'élève, les décisions d'orientation, soit en milieu scolaire ordinaire, soit au sein des unités d'enseignement, soit à temps partagé entre l'unité d'enseignement et l'établissement scolaire. Elle se prononce sur l'attribution d'une aide humaine. Elle se prononce sur un maintien à l'école maternelle. Elle se prononce sur les mesures de compensation de nature à favoriser la scolarité de l'élève handicapé, notamment sur l'attribution d'un matériel pédagogique adapté ainsi que sur les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales nécessaires (15).

## c. Une équipe de suivi de la scolarisation

La mise en œuvre du PPS est régulièrement évaluée par une équipe de suivi de la scolarisation. Elle est composée de toutes les personnes qui concourent à la mise en œuvre du PPS, la présence des parents et la présence de l'enseignant sont indispensables. L'équipe de suivi de scolarisation est réunie par l'enseignant référent au moins une fois par an de sa propre initiative ou à la demande de l'élève, de sa famille, de l'équipe éducative ou du chef de l'établissement médico-social qui l'accueille. Elle exerce une fonction de veille sur le PPS afin de s'assurer que toutes les mesures qui y sont prévues sont effectivement réalisées et d'observer les conditions de cette réalisation. Cette équipe peut si elle le juge nécessaire et avec l'accord de la famille,

faire à l'équipe pluridisciplinaire des propositions d'évolution ou de modification du PPS, notamment de l'orientation de l'élève, qui seront formalisées et transmises par l'enseignant référent sous la forme du GEVA-Sco réexamen.

#### d. Des dispenses d'enseignement

Les élèves qui ont un PPS peuvent bénéficier d'une dispense d'enseignement dans une ou plusieurs disciplines lorsqu'ils ne peuvent en tirer aucun bénéfice. Cette décision, qui peut avoir des conséquences importantes sur le parcours de formation de l'élève, suppose une démarche réfléchie. La dispense d'enseignement n'entraîne pas de dispense des épreuves correspondantes lors des examens. Elle peut donc interdire à un élève une orientation ou une filière si elle concerne une discipline essentielle. Dans tous les cas, avant d'accorder la dispense, le recteur d'académie doit informer la famille de ses conséquences sur le parcours de formation de l'élève.

#### e. Un enseignant référent

Un enseignant spécialisé, du premier ou du second degré, exerce les fonctions d'enseignant référent. Dans un secteur déterminé, il s'assure de la mise en œuvre des Projets personnalisés de scolarisation, il est l'interlocuteur premier de tous les partenaires de la scolarisation des élèves handicapés, en tout premier lieu des parents de ces élèves. Pour ce faire, il réunit et anime les équipes de suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap. Le GEVA-Sco constitue le compte-rendu de ces réunions. Il est transmis par l'enseignant référent à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. L'enseignant référent est également une personne ressource qui apporte son aide et son expertise à l'ensemble des partenaires de la scolarisation des élèves en situation de handicap, notamment les parents de l'élève et les enseignants qui l'accueillent en classe.

## 5. Le rôle des auxiliaires de vie scolaire

Nous nous intéressons ici plus particulièrement au rôle assuré, dans cette perspective d'accompagnement, par les AVS, chargés de l'aide à l'intégration. Les services d'AVS se sont développés à partir de la « rencontre », à la fin des années 1990, de deux préoccupations sociales importantes : développer la scolarisation des enfants en situation de handicap à l'école ordinaire et faciliter l'insertion professionnelle des jeunes (16).

Certains élèves en situation de handicap ont besoin d'être accompagnés pour poursuivre leur parcours scolaire à l'école, au collège ou au lycée. Cet accompagnement peut consister en une aide à la réalisation de certains gestes, certaines tâches de vie quotidienne ou concernant l'accès aux apprentissages. Ce sont des personnels recrutés par l'éducation nationale qui assurent cette mission d'aide humaine, dans le cadre de différents contrats.

La CDAPH peut décider, après évaluation des besoins de l'élève par l'équipe pluridisciplinaire, d'attribuer un temps d'accompagnement pour la scolarisation de l'élève en situation de handicap : c'est l'aide humaine individuelle. Elle sera assurée par la présence d'un auxiliaire de vie scolaire individuel (AVS-I).

Comme l'aide individuelle, l'aide mutualisée est attribuée par la CDAPH, après analyse des besoins de l'élève par l'équipe pluridisciplinaire. L'aide mutualisée peut être apportée simultanément par la même personne à des élèves dont les besoins d'accompagnement ne sont pas soutenus et continus. Il s'agit d'un accompagnement souple qui s'adapte aux besoins ponctuels des élèves. Un auxiliaire de vie scolaire mutualisé est alors attribué à l'enfant (AVS-M).

Les principales activités de la personne chargée de l'aide humaine, qu'elle soit individuelle ou mutualisée, sont définies par la CDAPH. Le GEVA-Sco permet de faire le bilan de la mise en œuvre de cette aide et, le cas échéant, de l'ajuster aux besoins des élèves.

Les personnels chargés de l'aide humaine aux élèves en situation de handicap peuvent désormais être recrutés en qualité d'accompagnants des élèves en situation de handicap

(AESH). Grâce à ce statut, ils peuvent accéder à un contrat à durée indéterminée (CDI) après six années d'ancienneté dans des fonctions d'aide humaine aux élèves en situation de handicap. Ils pourront également s'engager dans une démarche de validation des acquis de l'expérience (VAE) débouchant sur un diplôme relatif à l'accompagnement des personnes (17).

## 6. Aménagements et adaptations de l'éducation nationale

### a. Adaptations du matériel pédagogique

Les matériels qui peuvent faire l'objet d'achat ou éventuellement de location doivent avoir un rôle à visée pédagogique (matériels informatiques notamment, tels que clavier braille, périphériques adaptés, logiciels spécifiques, etc.). Ils répondent aux besoins particuliers des élèves. L'attribution d'un matériel pédagogique adapté relève de la compétence de la CDAPH.

### b. Aménagements pour les examens

Toute personne présentant un handicap tel que défini à l'article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles et candidate à un examen peut déposer une demande d'aménagement des conditions de passation des épreuves de l'examen en adressant sa demande à l'un des médecins désignés par la CDAPH. Ce médecin rend un avis sur la demande, qu'il transmet à l'autorité organisatrice de l'examen (généralement le recteur), qui prend ensuite une décision d'aménagement. Dans tous les cas, il est souhaitable que les aménagements demandés soient en cohérence avec ceux dont l'élève bénéficie tout au long de sa scolarité. Des dispositions particulières sont prévues pour permettre aux élèves en situation de handicap de se présenter à tous les examens organisés par l'éducation nationale dans des conditions aménagées : installation matérielle dans la salle d'examen, utilisation de machine ou de matériel technique ou informatique, secrétariat ou assistance (aide humaine), adaptation dans

la présentation des sujets, temps de composition majoré. De plus, les candidats en situation de handicap peuvent être autorisés à conserver pendant cinq ans les notes des épreuves ou des unités obtenues aux examens, ou à étaler sur plusieurs sessions les épreuves d'un examen. Ils peuvent également demander à bénéficier d'adaptations d'épreuves ou de dispenses d'épreuves, selon les possibilités offertes par le règlement de chaque examen. Ces adaptations ou dispenses d'épreuves ne sont proposées que si les aménagements des conditions de passation des épreuves ne permettent pas de rétablir l'égalité des chances entre les candidats (18), (19), (20), (21), (22),(23).

c. Des dispositifs collectifs de scolarisation dans le premier et le second degré : les ULIS

Les classes ULIS permettent l'accueil dans une école primaire, un collège, un lycée général et technologique ou un lycée professionnel d'un petit groupe d'élèves présentant le même type de troubles et/ou de besoins. Elles ont pour mission d'accueillir de façon différenciée des élèves en situation de handicap afin de leur permettre de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire. Les élèves scolarisés au titre d'une ULIS présentent des troubles des fonctions cognitives ou mentales, des troubles spécifiques du langage et des apprentissages, des troubles envahissants du développement, des troubles des fonctions motrices, des troubles de la fonction auditive, des troubles de la fonction visuelle ou des troubles multiples associés ou maladie invalidante. Les ULIS accueillent des enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre de l'établissement, d'une forme ajustée de scolarisation.

Le projet de l'ULIS peut prévoir l'affectation par l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, d'une personne exerçant les fonctions d'AVS. Son action comme nous l'avons vu, dans la classe ou en dehors de la classe, est destinée à faciliter l'inclusion des élèves en situation de handicap sur l'ensemble du temps scolaire.

#### d. Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont constitués d'équipes pluridisciplinaires dont l'action vise à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ils peuvent intervenir sur tous les lieux de vie de l'enfant et de l'adolescent, y compris l'école ou l'établissement scolaire.

Comme pour les établissements spécialisés, l'orientation dans le service de soins relève d'une décision de la CDAPH et l'ensemble des prestations est financé par l'assurance maladie. Le soutien du SESSAD prend des formes variables selon les besoins de l'enfant. Il peut comprendre des actes médicaux ou paramédicaux spécialisés, des rééducations dans divers domaines : kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, etc. Souvent, l'intervention d'un éducateur spécialisé sera utile. Les soins et les rééducations peuvent également être dispensés par d'autres moyens : services ou consultations hospitaliers, inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (hôpitaux de jour, centres de consultations ambulatoires), CMPP (centre médico-psycho-pédagogique). Dans certains cas, ils peuvent aussi être assurés par des praticiens libéraux (24).

#### e. Les unités d'enseignement des établissements médico-sociaux

Au cours de son parcours de formation, l'élève en situation de handicap peut être orienté, à temps plein ou à temps partiel, dans un établissement médico-social. Les établissements médico-sociaux, publics ou privés, se caractérisent par des spécificités qui permettent de répondre aux besoins des enfants et adolescents handicapés. Ils se composent : des instituts médicoéducatifs (IME) qui accueillent les enfants et les adolescents atteints de troubles des fonctions cognitives ; des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui accueillent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement; des établissements pour polyhandicapés qui s'adressent aux enfants et adolescents présentant des handicaps complexes, à la fois mentaux et sensoriels et/ou moteurs ; des instituts d'éducation

sensorielle (handicaps auditifs et visuels) qui portent des noms variables ; des établissements pour enfants et adolescents présentant un handicap moteur qui sont souvent appelés instituts d'éducation motrice (IEM).

L'orientation vers ces établissements relève d'une décision de la CDAPH. La prise en charge financière est assurée par l'assurance maladie et ces établissements sont placés sous la tutelle des agences régionales de santé (ARS), (25), (26), (27), (28), (29), (30).

#### f. La scolarisation des élèves en situation de handicap et l'enseignement à distance

Le Centre national d'enseignement à distance (Cned) est un établissement public d'enseignement qui propose par divers moyens, une formation scolaire et professionnelle à tous les élèves qui ne peuvent fréquenter physiquement un établissement scolaire. Le Cned peut offrir des solutions adaptées aux enfants et adolescents dont le handicap ou la maladie ne permet pas le suivi d'un enseignement ordinaire. Il propose à partir de l'âge de six ans, des cursus scolaires adaptés. L'inscription au Cned peut résulter soit d'une décision d'orientation de la CDAPH soit d'une demande de la famille, soumise à l'avis de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale. Un soutien pédagogique à domicile par un enseignant rémunéré par le Cned peut être proposé aux élèves de moins de 16 ans. Chaque situation est étudiée au cas par cas par les équipes pédagogiques du Cned.

#### g. La scolarisation des élèves hospitalisés ou convalescents

Des dispositions sont prévues pour permettre aux enfants et adolescents dont l'état de santé rend nécessaire l'administration de traitements médicaux particuliers de poursuivre une scolarité dans des conditions aussi ordinaires que possible. Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) permet de définir les adaptations nécessaires

(aménagements d'horaires, dispenses de certaines activités, organisation des actions de soins, etc.). Il est rédigé en concertation avec le médecin de l'éducation nationale (service de promotion de la santé en faveur des élèves) qui veille au respect du secret médical.

#### h. Les stages en entreprise

Un « parcours Avenir » est proposé à chaque élève, aux différentes étapes de sa scolarité du second degré, afin de lui permettre d'élaborer son parcours de formation. Dans de nombreuses formations professionnelles, les périodes en entreprise font partie intégrante de la formation et doivent être validées pour l'obtention du diplôme. Il est donc indispensable que tous les élèves puissent les effectuer avec les aménagements nécessaires. La prise en charge des trajets entre le domicile de l'élève en situation de handicap et l'entreprise où il accomplit son stage est placée sous la responsabilité de chaque. Pour toutes les aides financières qui pourraient être indispensables aux élèves en situation de handicap engagés dans un parcours de formation professionnelle, il est possible de bénéficier d'une aide de l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH), organisme chargé de collecter les fonds auprès des entreprises qui ne satisfont pas à l'obligation d'embaucher des travailleurs handicapés.

### 7. L'accès aux études supérieures

Les élèves en situation de handicap qui souhaitent poursuivre leur formation dans une classe post-baccalauréat d'un lycée ou d'un lycée professionnel peuvent continuer à bénéficier, dans les mêmes conditions que dans le cycle secondaire, d'un projet individuel d'intégration ou d'un Projet personnalisé de scolarisation. En effet, chaque université a créé un service handicap étudiant et a désigné un responsable de l'accueil et de l'accompagnement des étudiants handicapés dont la mission consiste à coordonner

les expertises nécessaires permettant de répondre à chaque situation individuelle. Le service handicap étudiant, avec les différents services de l'université, mettent en œuvre des actions spécifiques et globales : mise en accessibilité des locaux, y compris restauration et hébergement (dans de nombreuses universités), et des services offerts par l'université ; définition d'un plan d'accompagnement de l'étudiant en situation de handicap pour le suivi des études pouvant comporter :

- des aides pédagogiques : tutorat, soutien, preneurs de notes, interprètes en langue des signes, codeurs en langage parlé complété (LPC),
- des aides techniques,
- des aménagements de parcours personnalisés.

Par ailleurs, le décret 2005-1617 du 21 décembre 2005 prévoit les aménagements des examens et concours de l'enseignement supérieur pour les candidats présentant un handicap. Les aménagements seront notifiés par le président de l'université en fonction des avis du médecin désigné par la CDAPH et de l'équipe plurielle (service handicap, équipe pédagogique et tout expert dont l'avis est nécessaire). Des actions sont également conduites en collaboration avec le service d'insertion professionnelle de l'établissement pour favoriser l'entrée dans la vie professionnelle des étudiants handicapés pendant la formation (stages inclus) et après validation de leur diplôme.

## 8. Spécificités pour la petite enfance

La naissance d'un enfant en situation de handicap représente toujours pour une famille un bouleversement difficile à accepter. Souvent, il n'est pas possible, dès les premiers mois, d'établir un diagnostic précis et donc d'apporter aux parents des réponses satisfaisantes à l'ensemble des questions qu'ils se posent. Il faut concilier cette incertitude avec la nécessité de faire face aux contraintes spécifiques que pose l'arrivée d'un enfant avec des besoins particuliers dans un cadre familial qui n'y était pas préparé. L'inquiétude bien compréhensible des parents et de tous les membres de la famille fait de cette période un moment particulièrement douloureux sur le plan psychologique. Ce sont les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui aident les familles confrontées à cette expérience douloureuse. Les CAMSP peuvent être polyvalents ou

spécialisés dans l'accompagnement d'enfants présentant le même type de handicap. Ils reçoivent les familles qui en font la demande sans avoir besoin d'une orientation par la MDPH. L'aide médico-sociale précoce est destinée à faciliter le dépistage, le diagnostic et la rééducation des enfants âgés de moins de six ans. En fonction du diagnostic, des séances de soins et de rééducation peuvent être proposées une ou plusieurs fois par semaine par des professionnels médicaux et paramédicaux au sein du CAMSP. De plus, les CAMSP recherchent en liaison avec les familles les modalités d'adaptation des conditions éducatives du jeune enfant en situation de handicap en le maintenant dans son milieu naturel. Le but est d'apporter à la famille une aide, des conseils pratiques et l'intervention de personnels spécialisés qui pourront également se rendre à domicile. Dans de nombreux cas, l'enfant suivi par l'équipe d'un CAMSP pourra fréquenter l'école maternelle, à temps plein ou à temps partiel. Cette scolarisation précoce très attendue par les parents est une étape importante car elle représente souvent pour l'enfant sa première expérience de socialisation en dehors de la famille ou du service de soins où il a dû séjourner parfois pendant de nombreux mois. Il importe donc de préparer cet événement pour que soit pleinement réussie cette première approche de l'école. La réunion de l'équipe éducative est l'espace le plus approprié pour préparer cette entrée à l'école maternelle. Si nécessaire l'enseignant référent pourra guider la famille vers la Maison départementale des personnes handicapées, en vue de l'élaboration d'un PPS. Avant l'école maternelle, les enfants suivis par l'équipe d'un CAMSP peuvent être accueillis dans des crèches ou haltes garderies. Les frais de transport liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans dans les CAMSP et les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie (31).

## 9. Spécificités concernant les troubles du spectre autistique

Comme nous le verrons dans l'étude réalisée à partir de données de la MDPH des Bouches du Rhône, le handicap le plus fréquent chez les enfants de moins de sept ans ayant un AVS est représenté par les TSA, anciennement dénommés troubles envahissant du développement (TED).

Les TED ou les TSA regroupent des situations cliniques diverses, entraînant des situations de handicap hétérogènes. Cette diversité clinique peut être précisée sous forme de catégorie (TED) ou sous forme dimensionnelles (TSA). La CIM-10 contient une classification des TED et la classification américaine « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », DSM-5, caractérise les TSA (Annexe 6).

Le code de l'éducation précise : « L'éducation est la première priorité nationale (32). Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances et à lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière de réussite scolaire et éducative. Il 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 ».

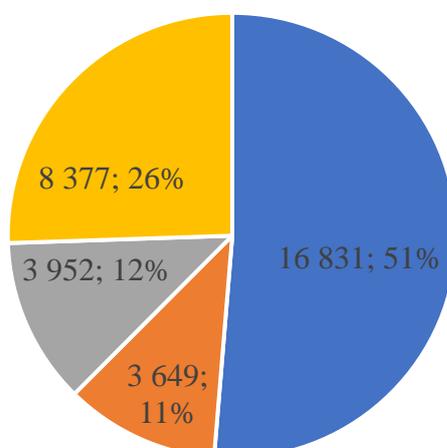
Il se joue, dans l'accès à l'école ordinaire, non seulement la question de l'accès aux apprentissages, mais aussi d'inclusion dans la société, pour le présent et le futur.

La quatrième plan autisme, « stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neurodéveloppement », 2018-2022, prévoit des actions qui visent à approfondir les mesures inscrites dans le cadre du comité interministériel du handicap de septembre 2017 (33). Le plan autisme vise à créer une école plus inclusive. Il s'engage à amplifier l'accès des enfants autistes à l'école par la création de dispositifs variés de scolarisation ; à personnaliser les parcours pour assurer leur continuité jusqu'à l'insertion professionnelle et la participation sociale ; à former les professionnels de l'ensemble du parcours.

Les durées incomplètes de scolarisation des élèves ayant un TSA sont particulièrement élevées en maternelle, tandis que la durée de scolarisation est plus importante en élémentaire. Ces données qui peuvent sembler paradoxales témoignent des difficultés d'inclusion des enfants ayant un TSA dès la maternelle, et de la réorientation d'une partie de ces enfants vers les structures médico-sociales à leur entrée en élémentaire, alors qu'elle s'opère plutôt au moment du collège, voire du lycée pour tous les enfants en situation de handicap (34).

Les modalités de scolarisation des enfants autistes sont variables selon leurs besoins éducatifs particuliers, nécessitant une prise en compte adaptée. Comme l'indique le graphique ci-dessous, une majorité des élèves scolarisés en classe ordinaire bénéficient de l'appui d'une aide individuelle ou mutualisés.

Scolarisation en milieu ordinaire à la rentrée 2016 :  
32 808 élèves présentant des troubles du spectre autistique



- Classe ordinaire et aide individuelle
- Classe ordinaire et aide mutualisée
- Classe ordinaire et sans aide humaine
- Ulis

Si tous les élèves dont les données épidémiologiques (prévalence des TSA correspondant à 1% des naissances) suggèrent qu'ils sont porteurs de TSA, étaient scolarisés à l'école ordinaire, cela impliquerait la scolarisation de 21 000 élèves sur les 3 ans de maternelle. C'est loin d'être le cas. Le nombre actuel sensiblement plus faible d'enfants autistes recensés en maternelle peut s'expliquer par un repérage n'intervenant que dans le courant de ces années maternelles, notamment des petites filles, et par le fait qu'une partie des enfants n'ayant aucune déficience intellectuelle échappe à ce repérage. L'effort déployé à l'école maternelle par l'ensemble des acteurs, conjointement avec le déploiement de la politique de repérage et d'interventions précoces prévu par ce quatrième plan autisme devrait permettre une scolarisation beaucoup plus importante en élémentaire.

Actuellement, le nombre d'élève ayant un TSA en école élémentaire est inférieur à la scolarisation des autres enfants handicapés. Il n'y a que 12 894 enfants scolarisés en élémentaire en 2016, alors que 35 000 enfants de la classe d'âge sont susceptibles d'avoir un TSA.

L'importance de repérer et orienter les élèves vers un diagnostic est certaine. Lorsque le diagnostic n'a pas été posé dans les premières années de vie de l'enfant, l'école peut

être le lieu de repérage des troubles, notamment à l'école maternelle. Les enseignants sont partie intégrante de la première ligne de repérage de ces troubles et ils jouent un rôle essentiel dans ce repérage et la prévention des déficiences ou des troubles.

Le personnel de l'école peut observer ou peut savoir repérer des signes d'alertes pouvant laisser penser à un trouble ou une déficience. Il peut notamment repérer des comportements restreints et répétitifs ou dans le domaine des interactions sociales.

Le repérage précoce offre à l'enfant présentant un TSA, de meilleures chances de développement et de meilleures perspectives d'inclusion sociale. Il doit permettre aux enseignants de proposer des adaptations et des aménagements en attendant le diagnostic en s'appuyant sur l'avis du médecin et du psychologue de l'éducation nationale. Les équipes pédagogiques doivent être informées sur le rôle et les missions des différents professionnels depuis le repérage jusqu'au diagnostic. Le travail en équipe est l'une des conditions de la réalisation d'un dépistage pertinent qui permet la mise en place d'un suivi et d'une guidance pédagogique adaptée. Les évaluations du développement de l'enfant réalisées par les médecins et les psychologues de l'éducation nationale ont pour objectif de définir et d'ajuster les interventions proposées dans le cadre d'un projet personnalisé d'interventions et d'assurer la cohérence du projet.

Deux mesures seront alors mises en œuvre dans le cadre du quatrième plan autisme :

- L'association forte de l'éducation nationale dans la diffusion des nouveaux parcours de soins et d'intervention précoce, avec notamment l'identification des structures de deuxième ligne en charge de la régulation et de la coordination des professionnels ;
- Le renforcement de la formation continue des médecins et des psychologues de l'éducation nationale en développant des actions ciblées sur le repérage et le dépistage avec l'introduction de modules conformes à l'état des connaissances en matière d'autisme. Par exemple des grilles de repérage comme la CHAT (checklist for autism in toddlers) et la CARS (childhood autism rating scale) pourront être proposées à l'enfant par ces professionnels afin de faciliter le repérage de TSA.

Au total, 1,45 millions d'euros seront utilisés sur la durée du quatrième plan autisme pour améliorer la formation de l'ensemble des professionnels de l'éducation nationale, auxquels s'ajouteront 6,1 millions d'euros consacrés à l'accompagnement des enseignants par des professeurs ressources TSA.

## 10. Les recommandations 2018 du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge concernant la scolarisation des enfants de moins de sept ans en situation de handicap

Le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a remis le 29 août 2018 un rapport sur l'accueil et la scolarisation des enfants en situation de handicap de moins de 7 ans. Il indique qu'alors que 60.000 à 70.000 enfants seraient actuellement suivis, 30.000 à 40.000 enfants supplémentaires auraient besoin d'un accompagnement précoce (35). Pour relever ce défi, le HCFEA formule des propositions pour mobiliser davantage les assistantes maternelles, développer les accueils mixtes et diminuer l'accueil à temps partiel, systématiser les projets personnalisés d'accueil ou de scolarisation, s'appuyer sur le périscolaire ou encore soutenir les parents et les fratries. Ce rapport chiffre entre 60.000 et 70.000 le nombre d'enfants de moins de 7 ans aujourd'hui pris en charge à différents titres : AEEH, PPS ou suivis par les CAMSP.

L'HCFEA propose :

- Une prime pour inciter les assistantes maternelles à accueillir des enfants en situation de handicap. Les enfants en situation de handicap de moins de 3 ans sont plus souvent gardés exclusivement par leurs parents (54% contre 32% pour les autres enfants). 24% d'entre eux sont accueillis en crèche, (mais à temps très partiel pour un tiers), et très peu sont gardés par des assistantes maternelles. Pour ouvrir davantage les modes d'accueil individuels et collectifs aux enfants en situation de handicap (le besoin pourrait concerner quelque 10.000 enfants ), le HCFEA propose notamment la mise en place d'une bonification automatique de la prestation de service unique (PSU) pour les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et d'une prime pour les assistantes maternelles qui souhaitent se former à la prise en charge d'un enfant en situation de handicap et qui en accueillent effectivement un. Une autre possibilité serait de réserver des places au sein des crèches familiales, avec des financements majorés.

- L'HCFEA recommande par ailleurs de mettre en place un projet personnalisé d'accueil du jeune enfant (PPAJE) pour formaliser les ajustements nécessités par des besoins spécifiques, avant même l'établissement du diagnostic qui peut prendre du temps. Une autre proposition pour soutenir les professionnels pourrait être la mise en place d'unités mobiles d'appui placées en proximité des services sociaux et de la protection maternelle et infantile (PMI) des départements ou, a minima, d'un référent petit enfance et handicap. Le HCFEA souhaite que les lieux d'accueil mixtes ou adaptés après trois ans puissent se développer comme par exemple

les jardins d'enfants, les classes passerelles, les jardins d'éveil, les lieux d'accueil enfants-parents, etc. Le rapport de l'HCFEA mentionne que des enfants de 4 à 6 ans sont maintenus en crèche à défaut d'une solution de scolarisation. Il invite les acteurs à construire, notamment pour éviter les prises en charges à temps partiel, des parcours hebdomadaires qui maintiennent une continuité éducative et permettent d'intégrer des moments de soin, d'éducation scolaire (en classe ordinaire, individuel ou petits groupes) et d'éducation non scolaire.

-A trois ans, 30 à 40% des enfants en situation de handicap ne seraient pas scolarisés, avec un rattrapage observé à l'âge de 4 ans avec environ 95% des enfants scolarisés, dont 20% à temps partiel. Dès la rentrée 2019, la scolarisation obligatoire à 3 ans devrait impliquer la scolarisation de 1.800 à 2.000 enfants en situation de handicap supplémentaires. L'HCFEA recommande de favoriser une mise en place plus précoce, plus rapide et effective des PPS, pour éviter un contre-effet sur le projet d'inclusion des enfants. 40.000 enfants de 3 à 6 ans seraient concernés actuellement ; 20.000 enfants à accompagner plus tôt pourraient faire l'objet d'un PPS à l'avenir.

-Le HCFEA recommande plus globalement la mise en place d'une convention nationale, impliquant la caisse nationale des allocations familiales, les communes et les départements, l'État et les associations, pour renforcer les actions communes entre écoles et modes d'accueil petite enfance.

-Les autres chapitres du rapport contiennent des propositions visant à soutenir les familles dans leurs rapports avec les services petite enfance et handicap en amont du diagnostic, à aider les parents et notamment les mères à reprendre une activité professionnelle, à prendre en considération les fratries et à développer l'appui aux professionnels et le travail en réseau.

-L'HCFEA insiste sur une recommandation déjà formulée qui consiste à désigner pour chaque enfant un "réfèrent de parcours" pour faciliter la vie des enfants et de leurs parents. Cette fonction pourrait être assumée par un professionnel d'une MDPH, d'un ESMS, d'un CAMSP, d'un SESSAD ou par un réfèrent handicap (d'un pôle ressources handicap départemental, de l'Éducation nationale), ou encore par un agent des services sociaux des départements ou communes en lien avec une unité mobile d'appui et de ressources. Cette nécessité d'une meilleure coordination avait été mis en avant par le rapport des trois inspections générales sur "L'évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap" (36).

### III. Étude

#### 1. Titre

Analyse comparative des pathologies et déficiences des enfants bénéficiant d'un Auxiliaire de Vie Scolaire et ayant un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées dans les Bouches-du-Rhône.

#### 2. Introduction

La loi sur le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée a pour objectif prioritaire de réduire les inégalités de santé, en s'appuyant sur l'école, lieu idéal pour sensibiliser les enfants aux grands enjeux de la santé. La loi précise le cadre et les champs d'application de ces mesures de promotion de la santé qui concernent tous les enfants et les adolescents, dès leur plus jeune âge, quel que soit leur lieu de scolarisation ou leur état de santé (2,37). Les modalités d'octroi de l'aide humaine aux élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire précisent les conditions dans lesquelles une aide humaine est apportée aux élèves handicapés scolarisés dans une classe de l'enseignement public ou d'un établissement sous contrat. Elles distinguent et définissent deux types d'aide humaine en fonction des besoins de l'élève : l'aide individuelle et l'aide mutualisée. L'aide mutualisée, ou Auxiliaire de Vie Scolaire Mutualisé (AVS-M) ou Aide Educative de l'enfant en Situation de Handicap (AESH) mutualisée, est destinée à répondre aux besoins d'accompagnement d'élèves qui ne requièrent pas une attention soutenue et continue. Ces aides sont attribuées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein des MDPH qui se prononce au regard d'une évaluation de la situation scolaire de l'élève handicapé, en prenant en compte notamment son environnement scolaire, la durée du temps de scolarisation, la nature des activités à accomplir par l'accompagnant, la nécessité que l'accompagnement soit effectué par une même personne identifiée, un Auxiliaire de Vie Scolaire Individuel (AVS-I), les besoins de modulation et d'adaptation de l'aide et sa durée (38). Il existe peu d'études concernant les problèmes médicaux rencontrés chez les enfants de moins de sept ans en situation de handicap et scolarisés (39).

L'objectif principal de cette étude est d'explorer si un lien existe entre les pathologies ou déficiences et le type d'AVS attribué à un enfant en situation de handicap et scolarisé dans les Bouches-du-Rhône. Les autres objectifs sont de décrire la population par territoire et par pathologies et déficiences ainsi que l'estimation des prévalences et la répartition des attributions d'AVSM et AVSI entre territoires.

### 3. Matériel et Méthode

#### a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de prévalence transversale, réalisée dans les Bouches-du-Rhône. Le registre de la MDPH nommé DAPHNEE a été utilisé ainsi qu'un autre fichier contenant les pathologies et les déficiences. Ces registres sont déclarés à la CNIL. Après anonymisation et vérification de la base par homogénéisation des formats de données sur Excel, l'export sur SPSS a été réalisé. Une restructuration de la base a été faite afin d'obtenir une ligne par enfant. L'identifiant enfant est un code anonyme créé. Les deux fichiers de données : AVS, pathologies et déficiences ont été fusionnés par identifiant.

#### b. Critères de la population

La population ciblée est celle des enfants scolarisés de 2 à 6 ans et 11 mois ayant eu une attribution d'AVS dans les Bouches-du-Rhône au 2 avril 2015. Pour chaque enfant nous avons extrait de la base de données, l'âge, le sexe, le lieu de résidence et le type d'AVS, individuelle ou mutualisée.

### c. Mode de recueil

Les données médicales ne sont pas informatisées dans la base de données DAPHNEE. Pour chaque patient, les documents médicaux archivés (certificats médicaux et documents associés : bilans neuropsychologiques, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, comptes rendus d'évaluation scolaire, courriers médicaux) ont été analysés par quatre médecins travaillant en binôme, après formation par le médecin codeur de la MDPH. Cette analyse a permis de préciser pour chaque dossier les déficiences présentées et les diagnostics médicaux et de coder ceux-ci selon la classification du GEVA 2008 (40) de la CNSA (caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie) pour les déficiences et de la Classification Internationale des Maladies, 10ème révision (CIM-10) pour les pathologies (Annexe 6).

Le codage effectué par les deux binômes de médecins a été réalisé pour 990 enfants sur 1260. Compte tenu du temps médical mobilisable, il a été décidé de coder 80% des dossiers.

### d. Méthode statistique

Le type d'AVS en fonction des différentes pathologies et déficiences a été étudié ainsi que la différence de répartition des AVS, mutualisés et individuels, au sein des Bouches-du-Rhône. Les pathologies et déficiences ainsi que les lieux de résidence des enfants ont été étudiées en fonction de l'âge et du genre.

Le test T de Student a été utilisé pour les variables quantitatives et le test du Chi-deux pour les variables qualitatives. Le test exact de Fisher a également été utilisé pour les variables qualitatives lorsqu'une cellule avait un effectif théorique inférieur à 5.

## e. Gestion des données

Le découpage géographique de la MDPH a été réalisé :

- [1] Marseille SUD regroupe les arrondissements 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ainsi que les communes d'Aubagne, Auriol, Belcodène, Cadolive, Carnoux, Cassis, Ceyreste, Cuges-les-Pins, Géménos, Gréasque, La Bouilladisse, La Ciotat, La Destrousse, La Penne-sur-Huveaune, Peypin, Roquefort-la-Bédoule, Roquevaire et Saint Savournin.
- [2] Marseille NORD regroupe les arrondissements 2, 3, 4, 5, 13, 14, 15, 16 ainsi qu'Allauch et Plan de Cuques.
- [3] Pays d'Aix regroupe Aix, Beaurecueil, Bouc Bel Air, Cabriès, Charleval, Chateauneuf le Rouge, Eguilles, Fuveau, Gardanne, Jouques, Lambesc, La Roque d'Anthéron, Le Puy Ste Réparate, Le Tholonet, Meyrargues, Meyreuil, Mimet, Peynier, Peyrolles, Puyloubier, Rognes, Rousset, St Antonin sur Bayon, St Cannat, St Estève Janson, St Marc de Jaumegarde, St Paul Lez Durance, Septèmes Les Vallons, Simiane-Collongues, Trets, Vauvenargues et Venelles.
- [4] Pays d'Arles regroupe Arles, Barbentane, Boulbon, Cabannes, Chateaufort, Eygalières, Eyragues, Fontveille, Graveson, le Paradou, Les Baux, Maillane, Mas blanc les Alpilles, Maussane, Mollèges, Noves, Orgon, Plan d'orgon, Port Saint Louis du Rhône, Rognonas, Saint Andiol, Saint Etienne du grès, Saint Martin de Crau, Saint Pierre de Mezaorgues, Saint Remy, Saintes Maries de la Mer, Sénas, Tarascon et Verquières.
- [5] Etang de Berre / Salon regroupe Alleins, Aureille, Aurons, Berre, Carry-le-Rouet, Chateauneuf les Martigues, Cornillon – Confoux, Coudoux, Ensues, Eyguières, Fos, Gignac, Grans, Istres, La Barben, La Fare-les-Oliviers, Lamanon, Lançon, Le Rove, Les Pennes Mirabeau, Mallemort, Marignane, Martigues, Miramas, Mouries, Pélissanne, Port de Bouc, Rognac, Saint Chamas, Saint Mitre les Remparts, Saint Victoret, Salon, Sausset, Velaux, Ventabren, Vernègues et Vitrolles.

Ce découpage correspond à la réalité de terrain pour le fonctionnement de la MDPH. En effet, l'intérêt d'avoir la répartition de ces enfants par territoires permet d'adapter les moyens alloués : la MDPH a développé des pôles territoriaux pour analyser avec les acteurs et par territoire les parcours de prise en charge des enfants.

Le taux de prévalence d'enfants ayant une AVS a été calculé en divisant le nombre d'enfants ayant un AVS des Bouches-du-Rhône par le nombre de naissance domiciliées (2008 à 2012) des Bouches-du-Rhône selon le recensement INSEE 2015 :

- Marseille Sud : 29569 naissances sur les 4 ans
- Marseille Nord : 28496 naissances sur les 4 ans
- Pays d'Aix : 13653 naissances sur les 4 ans
- Pays d'Arles : 8384 naissances sur les 4 ans
- Berre l'étang : 23157 naissances sur les 4 ans.

Ces taux de prévalence ont été calculés pour les 2-7 ans non révolus seulement, car avant l'âge de 2 ans, les enfants ne sont pas encore scolarisés.

## 4. Résultats

### a. Population étudiée

Au 2 avril 2015, 1260 enfants, de 2 à 7 ans non révolus, étaient scolarisés avec une AVS, soit 1,2 % des enfants des Bouches-du-Rhône selon le recensement INSEE 2015. Il s'agissait surtout d'enfants âgés de plus de 3 ans : 29% âgés de 4 ans (n=370), 29% âgés de 5 ans (n=367), 34% âgés de 6 ans (n=425) et seul 8% avaient 3 ans ou moins (n=98). Il existait une majorité de garçons (n=939 ; 75%) quel que soit l'âge. Les filles représentaient 25% des enfants (n=321). Parmi eux, 990 enfants ont eu au moins une pathologie ou une déficience codée par les médecins de la MDPH.

Les AVS de type Individuelle (AVSI) étaient majoritaires et attribuées à 60% des enfants (n=751). Les AVSM concernaient 40% des enfants (n=509). Les enfants avec AVSI sont significativement plus jeunes que ceux avec AVSM et ont un nombre d'heures d'AVS plus élevé. Les caractéristiques des enfants en fonction du type d'AVS sont détaillées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : caractéristiques des enfants en fonction du type d'AVS affecté**

Caractéristiques	Type d'AVS (n=1260)			P
	AVSM (n=509) M ± E.T. ou n (%)	AVSI (n=751) M ± E.T. ou n (%)	Total M ± E.T. ou n (%)	
Age	5,2 ± 0,9	4,8 ± 1,0	5,0 ± 1,0	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>
Nombre d'heures d'AVS	0,2 ± 1,8	15,32 ± 4,8	9,8 ± 8,3	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>
Genre				0,087 <sup>a</sup>
	<i>Filles</i>	143 (44,5)	178 (55,5)	321 (100,0)
	<i>Garçons</i>	366 (39,0)	573 (61,0)	939 (100,0)

M ± E.T. : moyenne ± écart-type ; n (%) : effectif et pourcentage ; p : p valeur ; <sup>a</sup> Test de Chi-deux ; <sup>b</sup> Test T de Student ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

## b. Type d'AVS et territoires

L'analyse du type d'AVS affecté en fonction de la localisation géographique des enfants montrait que les territoires du Pays d'Arles, de l'Etang-de-Berre et de Salon avaient moins d'attribution d'AVSM (tableau 2).

**Tableau 2 : type d'AVS affecté selon la localisation géographique**

Répartition géographique		Type d'AVS (n=1260)			P
		AVSM (n=509) n (%)	AVSI (n=751) n (%)	Total n (%)	
Marseille Sud	<i>Oui</i>	154 (41,8)	214 (58,2)	368 (100,0)	0,528 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	355 (39,8)	537 (60,2)	892 (100,0)	
Marseille Nord	<i>Oui</i>	175 (44,8)	216 (55,2)	391 (100,0)	<b>0,035</b> <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	334 (38,4)	535 (61,6)	869 (100,0)	
Pays d'Aix	<i>Oui</i>	66 (46,2)	77 (53,8)	143 (100,0)	0,148 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	443 (39,7)	674 (60,3)	1117 (100,0)	
Pays d'Arles	<i>Oui</i>	27 (27,3)	72 (72,7)	99 (100,0)	<b>0,007</b> <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	482 (41,5)	679 (58,5)	1161 (100,0)	
Etang de Berre - Salon	<i>Oui</i>	87 (33,6)	172 (66,4)	259 (100,0)	<b>0,013</b> <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	422 (42,2)	579 (57,8)	1001 (100,0)	

n (%) : effectif et pourcentage ; p : p valeur ; <sup>a</sup> Test de Chi-deux ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

Les prévalences par territoire sont détaillées dans le tableau 3.

**Tableau 3 : prévalence des enfants ayant un AVS par territoire**

	<b>AVSM (n=509) n (%) AVSM)</b>	<b>AVSI (n=751) n (%) AVSI)</b>	<b>Sans AVS n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>Prévalence AVS (pour 1000 naissances)</b>	<b>Prévalence AVSM – AVSI (pour 1000 naissances)</b>
<b>Marseille Sud</b>	154 (0,5)	214 (0,7)	29201 (98,8)	29569 (100)	13	5,3 – 7,3
<b>Marseille Nord</b>	175 (0,6)	216 (0,8)	28105 (98,6)	28496 (100)	14	6,1 – 7,6
<b>Pays d’Aix</b>	66 (0,5)	77 (0,6)	13510 (98,9)	13653 (100)	10	4,8 – 5,6
<b>Pays d’Arles</b>	27 (0,3)	72 (0,9)	8285 (98,8)	8384 (100)	12	3,2 – 8,6
<b>Berre- Salon</b>	87 (0,4)	172 (0,7)	22898 (98,9)	23157 (100)	11	3,8 – 7,4

### c. Pathologies et déficiences

Concernant les pathologies et les déficiences des enfants en situation de handicap (n=990) ;

Les 7 pathologies les plus fréquentes étaient :

- Les Troubles Envahissant du Développement (TED) codés en F84 (n=231) représentaient une prévalence de 2,3‰
- Le retard du développement physiologique R62 (n=197) représentait une prévalence de 1,9‰
- Les troubles spécifiques mixtes du développement F83 (n=134) représentaient une prévalence de 1,3‰
- Les autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98 (n=126) représentaient une prévalence de 1,2‰

- Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage F80 (n=55) représentaient une prévalence de 0,5‰
- Le syndrome de Down Q90 (n=44) représentait une prévalence de 0,4‰
- Les troubles du développement psychologique, sans précision F89 (n=31) représentaient une prévalence de 0,3‰.

Les pathologies moins fréquentes étaient les autres affections cérébrales du nouveau-né, les autres affections dégénératives du système nerveux non classées ailleurs, les autres affections du cerveau, les autres affections du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs et qui ont été regroupées en affections cérébrales et du système nerveux (P91 G31 G93 G99), l'épilepsie G40, la paralysie cérébrale G80, la surdité de transmission et neurosensorielle H90, les troubles hyperkinétiques F90, les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires F81, les retards mentaux légers F70 moyens F71 sans précision F79 et graves F72 qui ont été regroupés et les pathologies autres (Autres anomalies des chromosomes non classées ailleurs, Autres strabismes, Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes, Monosomies et délétions des autosomes non classées ailleurs, Troubles du langage non classés ailleurs, Troubles spécifiques de la personnalité, Tumeur maligne de l'encéphale, Tumeur maligne de l'œil et de ses annexes, Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous, etc.) regroupées elles aussi (13,1%).

Les 8 déficiences les plus fréquentes étaient :

- Les troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2) (n=612) avec une prévalence de 6‰
- Les déficiences des fonctions psychomotrices (2.4) (n=514) avec une prévalence de 5‰
- Les déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2) (n=428) avec une prévalence de 4‰
- Les déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9) (n=256) avec une prévalence de 3‰
- Les troubles de la perception ou de l'attention (2.5) (n=158) avec une prévalence de 2‰
- Les déficiences de l'élimination urinaire (6.32) (n=153) avec une prévalence de 2‰
- Les déficiences sévères de la communication (3.1) (n=152) avec une prévalence de 2‰
- Les déficiences de la fonction digestive (6.21) (n=141) avec une prévalence de 1‰

Les déficiences moins fréquentes étaient les troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15), les déficiences intellectuelles non précisées (1.9), les déficiences des émotions ou de la volition (2.3). Toutes les autres déficiences ont été regroupées (n=56).

Le croisement des pathologies et des déficiences a été réalisé (annexes 1 et 2). Les troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (GEVA 2.2) représentaient 91,3% des autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (CIM-10 F98), mais aussi 93,5% des troubles du développement psychologique, sans précision (CIM-10 F89) et 88,3% des troubles envahissants du développement (CIM-10 F84), 81% des troubles hyperkinétiques (CIM-10 F90). Les déficiences des fonctions psychomotrices (GEVA 2.4) représentaient 88,1% des troubles spécifiques mixtes du développement (CIM-10 F83).

A l'inverse, les troubles envahissants du développement (CIM-10 F84) représentaient plus de la moitié (52%) des déficiences sévères de la communication (GEVA 3.1).

#### d. Caractéristiques des enfants selon territoire, pathologie et déficience

L'analyse des caractéristiques des enfants (âge et sexe) selon les territoires, les pathologies et les déficiences a été réalisée (annexes 3, 4, 5). Les enfants de Marseille Sud étaient significativement plus jeunes que ceux des autres territoires alors que les enfants du Pays d'Arles étaient les plus âgés. Il n'y avait pas de différence significative dans la répartition des filles et des garçons au sein des Bouches-du-Rhône.

Les enfants présentant des troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80) ou bien des retards mentaux légers (F70), moyens (F71), sans précision (F79) ou graves (F72) étaient significativement plus âgés et de sexe féminin. Les enfants présentant d'autres troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F98) étaient significativement plus âgés et de sexe masculin. Les enfants présentant un retard du développement physiologique (R62) étaient significativement plus jeunes et de sexe féminin. Les enfants présentant un syndrome de Down (Q90), une surdité de transmission et neurosensorielle (H90) ou des pathologies autres avaient une proportion de

filles significativement plus élevée. Les garçons étaient significativement plus représentatifs dans les TED (F84). Les enfants présentant des troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires (F81) étaient significativement plus âgés.

Les enfants présentant des troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2) étaient significativement plus souvent de sexe masculin. Les enfants présentant des troubles de la perception ou de l'attention (2.5), des déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9) ou des troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15) étaient significativement plus âgés. Les enfants présentant des déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2) ou une déficience de la fonction digestive (6.21), de l'élimination urinaire (6.32) ou bien des déficiences autres étaient significativement plus jeunes. Les enfants présentant des déficiences des fonctions psychomotrices (2.4) avaient une proportion significativement plus élevée de filles. Les enfants présentant des déficiences intellectuelles non précisées (1.9) étaient significativement plus âgés et de sexe féminin.

#### e. Pathologies et déficiences selon le territoire

Concernant la répartition géographique de ces pathologies et déficiences au sein des Bouches du Rhône, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée (tableaux 4 et 5).

Cependant, au niveau des pathologies, les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage, les autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, l'épilepsie, les troubles hyperkinétiques et les retards mentaux légers, moyens, sans précision et graves, avaient une proportion plus élevée au Pays d'Arles (8%). Le Pays d'Aix avait une proportion moins élevée de TED et plus élevée de troubles spécifiques mixtes du développement.

Tableau 4 : répartition des pathologies en fonction du territoire

Pathologies	Territoires				
	Marseille Sud (%)	Marseille Nord (%)	Pays d'Aix (%)	Pays d'Arles (%)	Berre – Salon (%)
Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage F80	6,2	5,6	4,3	<b>12,0</b>	3,0
Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98	11,6	11,5	12,1	<b>21,3</b>	13,4
Retard du développement physiologique R62	19,6	20,9	19,0	17,3	20,3
Syndrome de Down Q90	6,9	4,4	2,6	4,0	2,5
Trouble du développement psychologique, sans précision F89	4,7	2,5	2,6	4,0	2,0
Troubles envahissants du développement F84	25,0	24,0	<b>15,5</b>	20,0	25,7
Troubles spécifiques mixtes du développement F83	9,8	14,3	<b>20,7</b>	10,7	14,4
Affections cérébrales et système nerveux P91 G31 G93 G99	2,5	1,9	1,7	2,7	2,0
Épilepsie G40	1,8	1,2	2,6	<b>5,3</b>	4,0
Paralysie cérébrale G80	2,2	2,2	4,3	1,3	2,0
Surdité de transmission et neurosensorielle H90	3,3	2,2	2,6	0,0	5,0
Troubles hyperkinétiques F90	2,5	1,9	2,6	<b>4,0</b>	1,0
Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires F81	2,5	3,4	1,7	1,3	1,0
Retards mentaux légers F70 moyens F71 sans précision F79 et graves F72	1,1	,9	1,7	<b>8,0</b>	2,5
Pathologies autres	14,5	11,5	14,7	16,0	11,9

Les déficiences du langage ou de la parole non précisées étaient les moins représentées au Pays d'Aix (19,8%) à l'inverse du Pays d'Arles où elles ont la proportion la plus élevée (36%). La proportion des déficiences sévères de la communication était plus élevée à Marseille Sud à l'inverse du Pays d'Arles qui avait la plus faible. La déficience de l'élimination urinaire avait une proportion plus élevée au Pays d'Aix. La proportion de déficiences intellectuelles non précisées était plus élevée dans le territoire de Berre – Salon tandis que les déficiences des émotions ou de la volition avaient une proportion plus élevée au Pays d'Arles.

Tableau 5 : répartition des déficiences en fonction du territoire

Déficiences	Territoires				
	Marseille Sud (%)	Marseille Nord (%)	Pays d'Aix (%)	Pays d'Arles (%)	Berre – Salon (%)
Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2)	59,1	64,5	60,3	62,7	61,9
Troubles de la perception ou de l'attention (2.5)	12,7	18,7	19,8	14,7	14,4
Déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2)	41,7	45,2	45,7	41,3	41,6
Déficiences des fonctions psychomotrices (2.4)	53,6	48,3	56,0	45,3	55,4
Déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9)	25,4	25,2	<b>19,8</b>	<b>36,0</b>	27,2
Déficience sévère de la communication (3.1)	<b>19,2</b>	14,6	11,2	<b>8,0</b>	16,3
Déficience de la fonction digestive (6.21)	13,0	12,5	17,2	14,7	16,8
Déficience de l'élimination urinaire (6.32)	14,5	13,1	<b>20,7</b>	16,0	17,3
Troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15)	2,5	3,1	1,7	0,0	1,5
Déficiences intellectuelles non précisées (1.9)	,7	2,2	3,4	0,0	<b>5,0</b>
Déficience des émotions ou de la volition (2.3)	1,8	3,7	4,3	<b>5,3</b>	5,0
Autres déficiences	7,2	5,0	6,0	5,3	4,5

## f. Pathologies, déficiences et type d'AVS attribué

Chez les 990 enfants scolarisés en situation de handicap, des liens entre leurs pathologies ou leurs déficiences et le type d'AVS qui leur était attribué, existaient. L'ensemble des résultats est détaillé dans les tableaux 6 et 7.

Un AVSM était le plus souvent attribué lors de pathologies comme les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (58%) ainsi que les troubles spécifiques mixtes du développement (56%) et les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires (74%).

Un AVSI était le plus souvent attribué pour les TED (78%).

Tableau 6 : type d'AVS affecté selon les pathologies des enfants

Pathologies	Type d'AVS (n=990)			P <sup>a</sup>
	AVSM (n=374) n (% path.) (% AVSM)	AVSI (n=616) n (% path.) (% AVSI)	Total	
Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage F80	32 (58,2) (8,6)	23 (41,8) (3,7)	55	<b>0,002</b>
Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98	48 (38,1) (12,8)	78 (61,9) (12,7)	126	0,937
Retard du développement physiologique R62	80 (40,6) (21,4)	117 (59,4) (19,0)	197	0,360
Syndrome de Down Q90	11 (25,0) (2,9)	33 (75,0) (5,4)	44	0,074
Trouble du développement psychologique, sans précision F89	13 (41,9) (3,5)	18 (58,1) (2,9)	31	0,628
Troubles envahissants du développement F84	50 (21,6) (13,4)	181 (78,4) (29,4)	231	<b>&lt;0,001</b>
Troubles spécifiques mixtes du développement F83	75 (56,0) (20,1)	59 (44,0) (9,6)	134	<b>&lt;0,001</b>
Regroupement affections cérébrales et système nerveux P91 G31 G93 G99	4 (19,0) (1,1)	17 (81,0) (2,8)	21	0,074
Épilepsie G40	10 (41,7) (2,7)	14 (58,3) (2,3)	24	0,691
Paralysie cérébrale G80	7 (30,4) (1,9)	16 (69,6) (2,6)	23	0,462
Surdité de transmission et neurosensorielle H90	7 (24,1) (1,9)	22 (75,9) (3,6)	29	0,124
Troubles hyperkinétiques F90	7 (33,3) (1,9)	14 (66,7) (2,3)	21	0,671
Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires F81	17 (73,9) (4,5)	6 (26,1) (1,0)	23	<b>&lt;0,001</b>
Regroupement retard mentaux léger F70 moyen F71 sans précision F79 et grave F72	7 (36,8) (1,9)	12 (63,2) (1,9)	19	0,932
Regroupement pathologies autres	43 (33,1) (11,5)	87 (66,9) (14,1)	130	0,236

n (%) : effectif et pourcentage ; p : p valeur ; <sup>a</sup> Test de Chi-deux ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

Concernant les déficiences, un AVSM était le plus souvent attribué pour les troubles de la perception ou de l'attention (53%).

Un AVSI était le plus souvent attribué lorsqu'étaient diagnostiquées des déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (57%), des déficiences sévères de la communication (76%), des déficiences de la fonction digestive (80%) et des déficiences de la fonction urinaire (83%).

**Tableau 7 : type d'AVS affecté selon les déficiences des enfants**

Déficiences	Type d'AVS (n=990)			P <sup>a</sup>
	AVSM (n=374) n (% déf.) (% AVSM)	AVSI (n=616) n (% déf.) (% AVSI)	Total	
<b>Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2)</b>	221 (36,1) (59,1)	391 (63,9) (63,5)	612	0,169
<b>Troubles de la perception ou de l'attention (2.5)</b>	84 (53,2) (22,5)	74 (46,8) (12,0)	158	<b>&lt;0,001</b>
<b>Déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2)</b>	185 (43,2) (49,5)	243 (56,8) (39,4)	428	<b>0,002</b>
<b>Déficiences des fonctions psychomotrices (2.4)</b>	207 (40,3) (55,4)	307 (59,7) (49,8)	514	0,093
<b>Déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9)</b>	94 (36,7) (25,1)	162 (63,3) (26,3)	256	0,685
<b>Déficiência sévère de la communication (3.1)</b>	36 (23,7) (9,6)	116 (76,3) (18,8)	152	<b>&lt;0,001</b>
<b>Déficiência de la fonction digestive (6.21)</b>	28 (19,9) (7,5)	113 (80,1) (18,3)	141	<b>&lt;0,001</b>
<b>Déficiência de l'élimination urinaire (6.32)</b>	26 (17,0) (7,0)	127 (83,0) (20,6)	153	<b>&lt;0,001</b>
<b>Troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15)</b>	6 (27,3) (1,6)	16 (72,7) (2,6)	22	0,304
<b>Déficiences intellectuelles non précisées (1.9)</b>	6 (26,1) (1,6)	17 (73,9) (2,8)	23	0,242
<b>Déficiência des émotions ou de la volition dont : (2.3)</b>	9 (25,0) (2,4)	27 (75,0) (4,4)	36	0,107
<b>Regroupement autres déficiences</b>	15 (26,8) (4,0)	41 (73,2) (6,7)	56	0,081

n (%) : effectif et pourcentage ; p : p valeur ; <sup>a</sup> Test de Chi-deux ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

### g. Répartition des attributions d'AVSM et AVSI entre territoires

Des différences dans les types d'AVS ont été observées selon le territoire. Le Pays d'Aix et le territoire de Berre – Salon avaient significativement moins d'AVS par rapport à Marseille Nord (11% et 21% versus 31%,  $p=0,005$  et  $p=0,01$  respectivement).

Le Pays d'Arles et le territoire de Berre – Salon avaient significativement moins d'attribution d'AVSM par rapport à Marseille Sud (27% et 34% versus 42%,  $p=0,03$  et  $p=0,048$  respectivement).

Le pays d'Arles et le territoire de Berre – Salon avaient significativement moins d'attribution d'AVSM par rapport à Marseille Nord (27% et 34% versus 45%,  $p=0,0007$  et  $p=0,004$  respectivement).

Le Pays d'Arles et le territoire de Berre – Salon avaient significativement moins d'attribution d'AVSM par rapport au Pays d'Aix (27% et 34% versus 46%,  $p=0,007$  et  $p=0,04$  respectivement).

## 5. Discussion

Un AVSM était le plus souvent attribué lors de pathologies comme les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage ainsi que les troubles spécifiques mixtes du développement et les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires. En effet, le handicap entraîné par ces pathologies peut être considéré comme moins lourd ou plus ciblé, ou ne nécessitant pas une attention soutenue et continue permettant ainsi une prise en charge mutualisée adaptée aux besoins de l'enfant.

Un AVSI était le plus souvent attribué pour les TED, pathologie la plus fréquente (41), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'accompagnement individuel était nécessaire, plusieurs des grands axes du développement étant altérés, notamment la socialisation. L'autisme renvoie à une catégorie de troubles neurodéveloppementaux recouvrant des situations cliniques diverses, entraînant des situations de handicap hétérogènes appelant des réponses variées.

Cette diversité peut être précisée sous forme de catégories ou sous forme dimensionnelle. La classification internationale des maladies (CIM-10), classification de référence en France, retient l'acception « Troubles envahissants du développement » (TED) et décline ainsi huit catégories : autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et trouble envahissant du développement, sans précision. Depuis quelques années néanmoins, et en particulier depuis la publication du DSM5 en 2013, l'idée que ces catégories sont de simples variantes d'une même pathologie et donc le continuum d'un même trouble, le trouble du spectre de l'autisme (TSA), s'est développée. Le terme « trouble du spectre de l'autisme » (TSA) tend ainsi à se substituer à celui de TED.

Pour les déficiences, un AVSM était le plus souvent attribué pour les troubles de la perception ou de l'attention et ceci peut être dû au fait que ces derniers s'expriment de façon répétitive mais ponctuelle.

Un AVSI était le plus souvent attribué lorsqu'étaient diagnostiquées des déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral, des déficiences sévères de la communication, des déficiences de la fonction digestive et des déficiences de la fonction urinaire. En effet, le point

commun de ces déficiences semble être la sévérité du handicap qu'elles entraînent en situation scolaire, que ce soit sur le plan cognitif ou sur plan organique.

Un AVSM était le plus souvent attribué lors de pathologies comme les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage, or, ces troubles avaient la proportion la plus élevée au Pays d'Arles qui avait le moins d'attribution d'AVSM.

Un AVSI était le plus souvent attribué pour les TED. Dans le Pays d'Aix qui était le territoire ayant le rapport AVSM/AVSI le plus équilibré, ces troubles avaient la proportion la moins élevée, alors que les troubles spécifiques mixtes du développement avaient la proportion la plus élevée, un AVSM étant le plus souvent attribué lors de ces troubles spécifiques mixtes du développement. Tout ceci justifiait donc l'équilibre du rapport AVSM/AVSI au Pays d'Aix.

La proportion des déficiences sévères de la communication était plus élevée à Marseille Sud, qui avait une bonne dotation en AVSI, à l'inverse du Pays d'Arles qui avait la plus faible proportion de ces déficiences alors que ses AVSI étaient presque trois fois plus nombreux que ses AVSM. Ceci peut s'expliquer par le fait que, malgré tout, les enfants du Pays d'Arles avaient des proportions élevées de pathologies ou déficiences nécessitant un AVSI, ou bien par le fait que le statut même d'AVSI était plus adapté au territoire du Pays d'Arles. En effet, ce territoire étant très vaste (2200 km<sup>2</sup>) pour une population de 160 000 Arlésiens, il devait être plus difficile de mettre en place une organisation mutualisée avec un AVSM pour plusieurs enfants en même temps et au même endroit que de répartir plusieurs AVSI pouvant se déplacer entre les écoles, les établissements médico-sociaux et les domiciles des familles (42).

La déficience de l'élimination urinaire avait une proportion plus élevée au Pays d'Aix qui était doté d'un peu plus d'AVSI malgré son rapport AVSM/AVSI équilibré.

Il pourrait être intéressant, par la suite, d'évaluer la part des enfants n'intégrant pas le dispositif d'accompagnement scolaire par rapport à la population d'enfants effectivement prise en charge (43).

## 6. Conclusion de l'étude

Un AVS-M était le plus souvent attribué lors de pathologies comme les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage ainsi que les troubles spécifiques mixtes du développement et les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires. Pour les déficiences, un AVS-M était le plus souvent attribué pour les troubles de la perception ou de l'attention. Le handicap entraîné par ces pathologies et déficiences peut être considéré comme moins lourd ou plus ciblé, ou ne nécessitant pas une attention soutenue et continue permettant ainsi une prise en charge mutualisée adaptée aux besoins de l'enfant.

Un AVS-I était le plus souvent attribué pour les pathologies TED ou TSA. Un AVS-I était le plus souvent attribué lorsqu'étaient diagnostiquées des déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral, des déficiences sévères de la communication, des déficiences de la fonction digestive et des déficiences de la fonction urinaire. Le point commun de ces pathologies et déficiences semble être la sévérité du handicap qu'elles entraînent en situation scolaire, que ce soit sur le plan cognitif ou sur plan organique, nécessitant une prise en charge individuelle.

Cette étude ne parle pas des enfants en situation de handicap et scolarisés ne bénéficiant pas d'aide éducative ainsi que des enfants en situation de handicap n'ayant pas fait de démarche auprès de la MDPH.

Ce type d'analyse et de recueil de données peut être intéressant pour les MDPH, notamment si le recueil se fait au niveau national et de manière régulière.

## IV. Conclusion

La scolarisation des élèves en situation de handicap constitue une priorité nationale. La petite enfance est une période importante pour l'orientation et la scolarisation.

Le diagnostic précoce et la scolarisation des enfants atteints de TSA représentent des priorités de santé publique. Dans l'étude réalisée à partir des données de la MDPH des Bouches-du-Rhône, un AVS-I était le plus souvent attribué auprès des enfants atteints de TED ou TSA, pathologie la plus fréquente. Un AVS-I était le plus souvent attribué lorsqu'étaient diagnostiquées des déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral, des déficiences sévères de la communication, des déficiences de la fonction digestive et des déficiences de la fonction urinaire. Le point commun de ces pathologies et déficiences semble être la sévérité du handicap qu'elles entraînent en situation scolaire, que ce soit sur le plan cognitif ou sur le plan organique ; elles nécessitent alors une prise en charge individuelle.

Un AVS-M était le plus souvent attribué lors de pathologies comme les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage ainsi que les troubles spécifiques mixtes du développement et les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires. Concernant les déficiences, un AVS-M était le plus souvent attribué pour les troubles de la perception ou de l'attention. Le handicap entraîné par ces pathologies et déficiences peut être considéré comme moins lourd ou plus ciblé, ou ne nécessitant pas une attention soutenue et continue permettant ainsi une prise en charge mutualisée adaptée aux besoins de l'enfant.

L'augmentation des moyens d'accompagnement, en particulier grâce au déploiement des AVS, a permis à un nombre croissant d'élèves d'accomplir leur parcours de formation avec les meilleures chances de réussite. L'analyse et l'évaluation des besoins de chaque élève handicapé doivent s'accompagner de la recherche de la meilleure adéquation avec l'environnement scolaire.

L'association étroite des parents à toutes les étapes de la définition du projet personnalisé de scolarisation de leur enfant, un partenariat approfondi impliquant l'ensemble des acteurs, la recherche au sein des MDPH des réponses les plus adaptées, devraient permettre une amélioration du devenir scolaire, professionnel, social et à terme citoyen de chaque élève en situation de handicap.

Afin que cette organisation nationale puisse bénéficier à chaque enfant, il est nécessaire que ce travail de coordination puisse s'instaurer dès le plus jeune âge de l'enfant, lorsque la situation de handicap est repérée.

L'étude réalisée ne présentait pas les enfants en situation de handicap et scolarisés ne bénéficiant pas d'aide éducative ainsi que les enfants en situation de handicap n'ayant pas fait de démarche auprès de la MDPH. Ce type d'analyse et de recueil de données pourrait être intéressant pour les MDPH, notamment si le recueil se fait au niveau national et de manière régulière.

## V. Bibliographie

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
2. La scolarisation des élèves en situation de handicap. Ministère de l'Éducation nationale [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale. Disponible sur:  
<http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap.html>
3. Code de l'action sociale et des familles - Article L146-7. Code de l'action sociale et des familles.
4. Code de l'action sociale et des familles - Article R146-27. Code de l'action sociale et des familles.
5. Code de la sécurité sociale - Article L541-1. Code de la sécurité sociale.
6. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
7. Code de l'action sociale et des familles - Article L245-1. Code de l'action sociale et des familles.
8. Code de l'action sociale et des familles - Article L146-9. Code de l'action sociale et des familles.
9. Code de l'action sociale et des familles - Article L241-3. Code de l'action sociale et des familles.
10. Code de l'éducation - Article R213-13. Code de l'éducation.
11. Code de l'éducation - Article D351-4. Code de l'éducation.
12. Code de l'éducation - Article D351-5. Code de l'éducation.
13. Arrêté du 6 février 2015 relatif au document formalisant le projet personnalisé de scolarisation mentionné à l'article D. 351-5 du code de l'éducation.
14. 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).
15. Code de l'éducation - Article D351-7. Code de l'éducation.

16. Belmont B, Plaisance É, Vérillon A. Accompagnement et intégration scolaire. *Contraste*. 2006;(24):247- 66.
17. Code de l'éducation - Article D351-16-1. Code de l'éducation.
18. Code de l'éducation - Article D351-27. Code de l'éducation.
19. Code de l'éducation - Article D351-28. Code de l'éducation.
20. Code de l'éducation - Article D351-29. Code de l'éducation.
21. Code de l'éducation - Article D351-30. Code de l'éducation.
22. Code de l'éducation - Article D351-31. Code de l'éducation.
23. Examens et concours de l'enseignement scolaire [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur:  
[http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=91832](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91832)
24. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-55. Code de l'action sociale et des familles.
25. Code de l'action sociale et des familles - Article L311-1. Code de l'action sociale et des familles.
26. Code de l'éducation - Article D351-17. Code de l'éducation.
27. Code de l'éducation - Article D351-18. Code de l'éducation.
28. Code de l'éducation - Article D351-19. Code de l'éducation.
29. Code de l'éducation - Article D351-20. Code de l'éducation.
30. Établissements [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur:  
<http://www.education.gouv.fr/cid24428/mene0903289a.html>
31. Code de la santé publique - Article L2132-4. Code de la santé publique.
32. Code de l'éducation - Article L111-1. Code de l'éducation.
33. Admin S. Comité interministériel du Handicap, 20 septembre 2017 [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2017 [cité 13 sept 2018].

Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-du-handicap-du-20-septembre-2017>

34. DICOM\_astreinte. Stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 : changeons la donne [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2018 [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/focus/l-autisme/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022/article/strategie-nationale-pour-l-autisme-2018-2022-changeons-la-donne>
35. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. HCFEA. Rapport du Conseil de l'enfance et de l'adolescence « Accueillir et scolariser les enfants en situation de handicap, de la naissance à 6 ans et accompagner leur famille » - Adopté le 5 Juillet 2018.
36. Rapport sur l'évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap | INSHEA [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <http://inshea.fr/fr/content/rapport-sur-l-evaluation-de-laide-humaine-pour-les-9-18-ans-en-situation-de-handicap>
37. Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de l'enfance et de la famille 2016-2020, Département des Bouches du Rhone.
38. Décret n° 2012-903 du 23 juillet 2012 relatif à l'aide individuelle et à l'aide mutualisée apportées aux élèves handicapés. 2012-903 juill 23, 2012.
39. Vigan E. Parce que les MDPH peuvent être des observatoires. Avril 2013.
40. Geva L. Présentation de la démarche. 2008;60.
41. de Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, Gaudart J, Richardson A, Soffer M, et al. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. Arch Pédiatrie. sept 2015;22(9):932- 42.
42. Belmont B, Plaisance E, Vérillon A. Les auxiliaires à l'intégration scolaire des enfants en situation de handicap. Conditions de travail et développement de compétences professionnelles. ALTER - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap. 1 oct 2009;3(4):320- 39.
43. Jimeno M-T, Bourdais-Mannone C. Incidence des troubles du comportement et Planification, Incidence of behavior disorders and regional planning. J Gest Déconomie Médicales. 2012;30(5):332- 45.

## VI. Annexes

### Annexe 1 : Proportion des déficiences comprises dans chaque pathologie

% compris dans chaque pathologie		Déficiences											
		Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2)	Troubles de la perception ou de l'attention (2.5)	Déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2)	Déficiences des fonctions psychomotrices (2.4)	Déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9)	Déficiência sévère de la communication (3.1)	Déficiência de la fonction digestive (6.21)	Déficiência de l'élimination urinaire (6.32)	Troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15)	Déficiences intellectuelles non précisées (1.9)	Déficiência des émotions ou de la volition (2.3)	Autres déficiences
Pathologies	Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage F80	49,1	23,6	32,7	38,2	52,7	18,2	5,5	7,3	1,8	5,5	0,0	0,0
	Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98	91,3	19	27,8	36,5	29,4	5,6	7,1	6,3	0	0	7,1	4,0
	Retard du développement physiologique R62	51,8	16,8	45,7	65	38,1	13,7	25,4	30,5	0	2	2,5	2,0
	Syndrome de Down Q90	20,5	6,8	20,5	59,1	50	9,1	38,6	40,9	0	18,2	0,0	2,3
	Trouble du développement psychologique, sans précision F89	93,5	19,4	64,5	38,7	12,9	25,8	9,7	9,7	0	0	3,2	3,2
	Troubles envahissants du développement F84	88,3	11,3	48,5	39,8	20,8	34,2	16	18,2	3,5	1,7	6,5	2,2
	Troubles spécifiques mixtes du développement F83	63,4	18,7	61,2	88,1	18,7	14,9	7,5	9,7	3,7	0,7	3,0	1,5
	Affections cérébrales et système nerveux P91 G31 G93 G99	28,6	9,5	38,1	76,2	19	9,5	23,8	28,6	14,3	0	0,0	4,8
	Épilepsie G40	20,8	33,3	16,7	62,5	45,8	0	16,7	8,3	0	8,3	4,2	8,3
	Paralysie cérébrale G80	17,4	8,7	30,4	60,9	13	4,3	8,7	8,7	0	4,3	4,3	21,7
	Surdité de transmission et neurosensorielle H90	20,7	6,9	34,5	17,2	37,9	13,8	6,9	6,9	0	3,4	0,0	13,8
	Troubles hyperkinétiques F90	81	47,6	28,6	57,1	28,6	4,8	0	0	9,5	0	9,5	0,0
	Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires F81	52,2	34,8	47,8	39,1	39,1	0	4,3	4,3	4,3	0	0,0	0,0
	Retards mentaux légers F70 moyens F71 sans précision F79 et graves F72	57,9	10,5	47,4	63,2	31,6	15,8	15,8	21,1	0	15,8	0,0	5,3
	Autres pathologies	30	13,1	27,7	38,5	22,3	4,6	12,3	10	1,5	3,1	0,8	21,5

## Annexe 2 : Proportion des pathologies comprises dans chaque déficience

% compris dans chaque déficience		Pathologies														
		Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage F80	Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98	Retard du développement physiologique R62	Syndrome de Down Q90	Trouble du développement psychologique, sans précision F89	Troubles envahissants du développement F84	Troubles spécifiques mixtes du développement F83	Affections cérébrales et système nerveux P91 G31 G93 G99	Épilepsie G40	Paralyxie cérébrale G80	Surdité de transmission et neurosensorielle H90	Troubles hyperkinétiques F90	Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires F81	Retards mentaux légers F70 moyens F71 sans précision F79 et graves F72	Autres pathologies
Déficiences	Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2)	4,4	18,8	16,7	1,5	4,7	33,3	13,9	1,0	0,8	0,7	1,0	2,8	2,0	1,8	6,4
	Troubles de la perception ou de l'attention (2.5)	8,2	15,2	20,9	1,9	3,8	16,5	15,8	1,3	5,1	1,3	1,3	6,3	5,1	1,3	10,8
	Déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2)	4,2	8,2	21	2,1	4,7	26,2	19,2	1,9	0,9	1,6	2,3	1,4	2,6	2,1	8,4
	Déficiences des fonctions psychomotrices (2.4)	4,1	8,9	24,9	5,1	2,3	17,9	23	3,1	2,9	2,7	1,0	2,3	1,8	2,3	9,7
	Déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9)	11,3	14,5	29,3	8,6	1,6	18,8	9,8	1,6	4,3	1,2	4,3	2,3	3,5	2,3	11,3
	Déficience sévère de la communication (3.1)	6,6	4,6	17,8	2,6	5,3	52,0	13,2	1,3	0,0	0,7	2,6	0,7	0,0	2	3,9
	Déficience de la fonction digestive (6.21)	2,1	6,4	35,5	12,1	2,1	26,2	7,1	3,5	2,8	1,4	1,4	0	0,7	2,1	11,3
	Déficience de l'élimination urinaire (6.32)	2,6	5,2	39,2	11,8	2	27,5	8,5	3,9	1,3	1,3	1,3	0	0,7	2,6	8,5
	Troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15)	4,5	0	0	0	0	36,4	22,7	13,6	0,0	0	0,0	9,1	4,5	0	9,1
	Déficiences intellectuelles non précisées (1.9)	13	0	17,4	34,8	0	17,4	4,3	0,0	8,7	4,3	4,3	0	0,0	13	17,4
	Déficience des émotions ou de la volition (2.3)	0	25	13,9	0	2,8	41,7	11,1	0,0	2,8	2,8	0,0	5,6	0,0	0	2,8
	Autres déficiences	0	8,9	7,1	1,8	1,8	8,9	3,6	1,8	3,6	8,9	7,1	0	0,0	1,8	50,0

### Annexe 3 : Caractéristiques des enfants en fonction du territoire

Caractéristiques						
Territoires		Age	<i>P</i>		Genre	<i>P</i>
		M ± E.T.			n (%)	
Marseille Sud	<i>Oui</i>	4,8 ± 1,0	<b>0,003<sup>b</sup></b>	Filles	98 (30,5)	0,570 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	5,0 ± 0,9		Garçons	270 (28,8)	
Marseille Nord	<i>Oui</i>	4,9 ± 1,0	0,590 <sup>b</sup>	Filles	94 (29,3)	0,443 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	5,0 ± 1,0		Garçons	297 (31,6)	
Pays d'Aix	<i>Oui</i>	5,1 ± 0,9	0,108 <sup>b</sup>	Filles	38 (11,8)	0,760 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,9 ± 1,0		Garçons	105 (11,2)	
Pays d'Arles	<i>Oui</i>	5,2 ± 0,8	<b>0,021<sup>b</sup></b>	Filles	26 (8,1)	0,904 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,9 ± 1,0		Garçons	73 (7,8)	
Etang de Berre - Salon	<i>Oui</i>	5,0 ± 0,9	0,239 <sup>b</sup>	Filles	65 (20,2)	0,936 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,9 ± 1,0		Garçons	194 (20,7)	

M ± E.T. : moyenne ± écart-type ; n (%) : effectif et pourcentage ; *p* : *p* valeur ; <sup>a</sup> Test de Chi-deux ; <sup>b</sup> Test T de Student ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

## Annexe 4 : Caractéristiques des enfants en fonction des pathologies

Caractéristiques						
Pathologies		Age M ± E.T.	P		Genre n (%)	P
Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage F80	<i>Oui</i>	5,1 ± 0,7	<b>0,002<sup>b</sup></b>	Filles	23 (8,9)	<b>0,008<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	32 (4,4)	
Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence F98	<i>Oui</i>	5,0 ± 0,8	<b>0,005<sup>b</sup></b>	Filles	12 (4,7)	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	114 (15,6)	
Retard du développement physiologique R62	<i>Oui</i>	4,7 ± 0,9	<b>0,015<sup>b</sup></b>	Filles	65 (25,2)	<b>0,015<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,9 ± 0,9		Garçons	132 (18,0)	
Syndrome de Down Q90	<i>Oui</i>	4,6 ± 1,0	0,054 <sup>b</sup>	Filles	18 (7,0)	<b>0,024<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	26 (3,6)	
Trouble du développement psychologique, sans précision F89	<i>Oui</i>	4,7 ± 0,8	0,322 <sup>b</sup>	Filles	4 (1,6)	0,099 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	27 (3,7)	
Troubles envahissants du développement F84	<i>Oui</i>	4,8 ± 0,9	0,458 <sup>b</sup>	Filles	39 (15,1)	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	192 (26,2)	
Troubles spécifiques mixtes du développement F83	<i>Oui</i>	4,9 ± 0,8	0,456 <sup>b</sup>	Filles	39 (15,1)	0,398 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	95 (13,0)	
Regroupement des affections cérébrales et système nerveux P91 G31 G93 G99	<i>Oui</i>	5,0 ± 0,8	0,408 <sup>b</sup>	Filles	7 (2,7)	0,454 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	14 (1,9)	
Épilepsie G40	<i>Oui</i>	4,9 ± 0,9	0,598 <sup>b</sup>	Filles	9 (3,5)	0,237 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	15 (2,0)	
Paralysie cérébrale G80	<i>Oui</i>	4,8 ± 1,0	0,854 <sup>b</sup>	Filles	9 (3,5)	0,154 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	14 (1,9)	

Surdité de transmission et neurosensorielle H90	<i>Oui</i>	4,8 ± 0,8	0,800 <sup>b</sup>	Filles	15 (5,8)	<b>0,003<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	14 (1,9)	
Troubles hyperkinétiques F90	<i>Oui</i>	5,1 ± 0,5	0,059 <sup>b</sup>	Filles	4 (1,6)	0,618 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	17 (2,3)	
Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires F81	<i>Oui</i>	5,3 ± 1,2	<b>0,011<sup>b</sup></b>	Filles	2 (0,8)	0,088 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	21 (2,9)	
Regroupement des retards mentaux légers F70 moyens F71 sans précision F79 et graves F72	<i>Oui</i>	5,3 ± 0,8	<b>0,032<sup>b</sup></b>	Filles	10 (3,9)	<b>0,014<sup>c</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	9 (1,2)	
Regroupement des autres pathologies	<i>Oui</i>	4,8 ± 1,0	0,562 <sup>b</sup>	Filles	45 (17,4)	<b>0,019<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	85 (11,6)	

M ± E.T. : moyenne ± écart-type ; n (%) : effectif et pourcentage ; p : p valeur ; <sup>a</sup>Test de Chi-deux ; <sup>b</sup>Test T de Student ; <sup>c</sup>Test exact de Fisher ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

## Annexe 5 : Caractéristiques des enfants en fonction des déficiences

Caractéristiques						
Déficiences		Age M ± E.T.	P		Genre n (%)	P
Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles (2.2)	<i>Oui</i>	4,8 ± 0,9	0,695 <sup>b</sup>	Filles	118 (45,7)	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	494 (67,5)	
Troubles de la perception ou de l'attention (2.5)	<i>Oui</i>	5,0 ± 0,8	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	Filles	42 (16,3)	0,921 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	116 (15,8)	
Déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (3.2)	<i>Oui</i>	4,7 ± 0,9	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	Filles	103 (39,9)	0,215 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	325 (44,4)	
Déficiences des fonctions psychomotrices (2.4)	<i>Oui</i>	4,8 ± 0,9	0,718 <sup>b</sup>	Filles	149 (57,8)	<b>0,030<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	365 (49,9)	
Déficiences du langage ou de la parole non précisées (3.9)	<i>Oui</i>	5,0 ± 0,9	<b>0,001<sup>b</sup></b>	Filles	75 (29,1)	0,186 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	181 (24,7)	
Déficience sévère de la communication (3.1)	<i>Oui</i>	4,8 ± 0,9	0,421 <sup>b</sup>	Filles	37 (14,3)	0,618 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	115 (15,7)	
Déficience de la fonction digestive (6.21)	<i>Oui</i>	4,5 ± 0,9	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	Filles	39 (15,1)	0,679 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,9 ± 0,9		Garçons	102 (13,9)	
Déficience de l'élimination urinaire (6.32)	<i>Oui</i>	4,4 ± 0,9	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>	Filles	42 (16,3)	0,689 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,9 ± 0,9		Garçons	111 (15,2)	

Troubles cognitifs sans retard mental, troubles des acquisitions et des apprentissages (1.15)	<i>Oui</i>	5,1 ± 0,5	<b>0,040<sup>b</sup></b>	Filles	4 (1,6)	0,471 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	18 (2,5)	
Déficiences intellectuelles non précisées (1.9)	<i>Oui</i>	5,3 ± 0,8	<b>0,020<sup>b</sup></b>	Filles	14 (5,4)	<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	9 (1,2)	
Déficience des émotions ou de la volition (2.3)	<i>Oui</i>	5,0 ± 0,6	0,125 <sup>b</sup>	Filles	5 (1,9)	0,120 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	31 (4,2)	
Regroupement des autres déficiences	<i>Oui</i>	4,5 ± 1,0	<b>0,007<sup>b</sup></b>	Filles	20 (7,8)	0,116 <sup>a</sup>
	<i>Non</i>	4,8 ± 0,9		Garçons	36 (4,9)	

M ± E.T. : moyenne ± écart-type ; n (%) : effectif et pourcentage ; p : p valeur ; <sup>a</sup>Test de Chi-deux ; <sup>b</sup>Test T de Student ; seuil de significativité à 5%, résultats significatifs en gras.

## Annexe 6 : Classifications

### a. Troubles envahissants du développement (TED) : catégories diagnostiques de la CIM-10

Les troubles envahissants du développement (F.84) sont classés dans la CIM-10 parmi les troubles du développement psychique. Huit catégories de TED sont identifiées :

- F84.0 Autisme infantile, caractérisé par un développement altéré, manifeste avant l'âge de 3 ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants :
  - Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques,
  - Altérations qualitatives de la communication,
  - Comportement au caractère restreint, répétitif et stéréotypé ;
- F84.1 Autisme atypique (en raison de l'âge de survenue, de la symptomatologie, ou les deux) ;
- F84.2 Syndrome de Rett ;
- F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance ;
- F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés ;
- F84.5 Syndrome d'Asperger ;
- F84.8 Autres troubles envahissants du développement ;
- F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision.

## b. Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : critères diagnostiques du DSM-5

Le trouble du spectre de l'autisme est classé dans le DSM-5 parmi les troubles neurodéveloppementaux. Les critères diagnostiques sont les suivants :

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :

1. déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle,
2. déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales,
3. déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante).

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents :

1. caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage,
2. intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés,
3. intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but,
4. hyper- ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel, social, scolaire (professionnel ou dans d'autres domaines importants).

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

Spécifier si :

-Avec ou sans déficit intellectuel associé ;

-Avec ou sans altération du langage associée ;

-Associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ;

-Associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ;

-Avec catatonie.

## Annexe 7 : ABRÉVIATIONS

AEEH	Allocation d'Éducation pour Enfant Handicapé
AESH	Accompagnants des Élèves en Situation de Handicap
AGEFIPH	Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
AVS-I	Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle
AVS-M	Auxiliaire de Vie Scolaire Mutualisé
CAMSP	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CHAT	Checklist for Autism in Toddlers
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10ème révision
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
Cned	Centre national d'enseignement à distance
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
EAJE	Établissements d'Accueil du Jeune Enfant
ESMS	Établissements Sanitaires ou Médico-Sociaux
GEVA	Guide d'Évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
HCFEA	Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge
IEM	Instituts d'Éducation Motrice
IME	Instituts Médicoéducatifs
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ITEP	Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques
LPC	Langage Parlé Complété
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap

PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPAJE	Projet Personnalisé d'Accueil du Jeune Enfant
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PSU	Prestation de Service Unique
SESSAD	Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
TED	Trouble Envahissant du Développement
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.**

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera**. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés**. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission**. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**



**RÉSUMÉ :** La loi sur le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée a pour objectif prioritaire de réduire les inégalités de santé, en s'appuyant sur l'école, lieu idéal pour sensibiliser les enfants aux grands enjeux de la santé. Les modalités d'octroi de l'aide humaine aux élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire distinguent et définissent deux types d'aide humaine en fonction des besoins de l'élève : l'auxiliaire de vie scolaire individuelle (AVS-I) et l'auxiliaire de vie scolaire mutualisée (AVS-M). L'objectif principal de cette étude de prévalence transversale est d'explorer si un lien existe entre les pathologies ou déficiences et le type d'AVS attribué à un enfant de moins de 7 ans, en situation de handicap, inscrit à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et scolarisé dans les Bouches-du-Rhône durant l'année 2015. Le registre de la MDPH nommé DAPHNEE a été utilisé ainsi qu'un autre fichier contenant les pathologies et les déficiences. Ces registres sont déclarés à la CNIL. Un AVS-M était le plus souvent attribué lors de pathologies comme les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (58%) ainsi que les troubles spécifiques mixtes du développement (56%) et les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires (74%). Un AVS-I était le plus souvent attribué pour les troubles envahissant du développement (78%). Concernant les déficiences, un AVS-M était le plus souvent attribué pour les troubles de la perception ou de l'attention (53%). Un AVS-I était le plus souvent attribué lorsqu'étaient diagnostiquées des déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral (57%), des déficiences sévères de la communication (76%), des déficiences de la fonction digestive (80%) et des déficiences de la fonction urinaire (83%). Le point commun des pathologies et déficiences nécessitant un AVS-I plutôt qu'un AVS-M semble être la sévérité du handicap qu'elles entraînent en situation scolaire, que ce soit sur le plan cognitif ou sur le plan organique.

**Mots-clés :** **auxiliaire de vie scolaire, scolarisation, handicap et petite enfance.**

**ABSTRACT:** The law on the deployment of a health education pathway from kindergarten to high school has as its primary objective the reduction of health inequalities, relying on school, an ideal place to sensitize children about the major health issues. The arrangements for granting human assistance to students with disabilities in mainstream schools, distinguish and define two types of human assistance according to the pupil's needs: the individual school life assistant (AVS-I) and the shared school life assistant (AVS-M). The main objective of this cross-sectional prevalence study is to explore whether a link exists between pathologies or impairments, and the type of AVS attributed to a child under 7 years old, disabled, enrolled in the MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées – “Departmental House for the Disabled”) and enrolled in school in the Bouches-du-Rhône over the year 2015. The MDPH registry named DAPHNEE was used, as well as another file containing pathologies and deficiencies. These registers are declared to the CNIL. An AVS-M was most often attributed to pathologies such as specific disorders of speech and language development (58%) as well as specific mixed disorders of development (56%) and specific disorders of the development of school acquisitions (74%). An AVS-I was most often attributed to pervasive developmental disorders (78%). Regarding impairments, an AVS-M was most often attributed to perception or attention disorders (53%). An AVS-I was most often attributed to diagnosed impairments in written or oral language learning (57%), severe communication impairments (76%), impaired digestive function (80%) and deficiencies in urinary function (83%). The common point of the pathologies and deficiencies requiring an AVS-I, rather than AVS-M, seems to be the severity of the handicap they cause in school, either on the cognitive or on the organic level.

**Keywords:** **Educational auxiliary, special needs teaching assistant, schooling, disability and early childhood.**