

16

Analyse des dispositifs réglementaires de prise en charge en France

Les programmes de prévention, de dépistage et de prise en charge précoce des handicaps d'origine périnatale ciblent la période prénatale et les enfants de 0 à 3 ans. Sur les 750 000 enfants qui naissent chaque année en France, environ 1 500 (2 %) vont présenter un handicap moteur d'origine périnatale qui devra être pris en charge non seulement pendant la petite enfance, mais aussi pendant la période scolaire et à l'âge adulte (Hagberg et coll., 1984 ; Rumeau-Rouquette, 1995).

Selon l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) (tableau 16.1), on peut estimer à 90 223 le nombre de personnes âgées de 5 à 59 ans qui présentaient en 1999 une déficience motrice qui pouvait être rapportée à la période périnatale (IMC ou IMOC)⁴. Cette déficience pouvait être associée ou non à un retard mental ou à d'autres déficiences visuelles ou auditives. Parmi ces personnes, 7 790 vivaient en institution (Combiér et coll., 2001).

Dispositifs réglementaires en France

Les enfants présentant des handicaps d'origine périnatale ne bénéficient pas d'une politique spécifique de prise en charge. Quelle que soit la déficience ou son origine, les enfants handicapés de 0 à 6 ans, comme tous les enfants, relèvent de la protection maternelle et infantile pour la partie dépistage du handicap, prise en charge médico-sociale, modes d'accueil, et des textes législatifs et réglementaires spécifiques aux enfants et adolescents handicapés de moins de 20 ans.

Depuis les lois de décentralisation (1982), la protection maternelle et infantile (PMI) est de la compétence des conseils généraux. L'État conserve tout ce qui concerne la reconnaissance du handicap, l'évaluation du degré d'invalidité et l'attribution des aides financières. Par ailleurs, l'État assure la tutelle

4. IMC : infirmité motrice cérébrale ; IMOC : infirmité motrice d'origine cérébrale ou *cerebral palsy* dans la littérature anglo-saxonne

Tableau 16.I : Estimation du nombre d'enfants d'âge scolaire et d'adultes de moins de 60 ans qui en France présentent une infirmité motrice d'origine périnatale, à partir des données de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID), 1998-1999

	Domicile	Établissements	Total
Garçons	43 424	4 418	47 842
Filles	39 009	3 372	42 381
5-19 ans	25 480	2 469	27 949
20-59 ans	56 953	5 321	62 274
Total	82 433	7 790	90 223

de tous les établissements médico-sociaux qui ne sont pas de la compétence des départements. L'État est aussi chargé de l'orientation des enfants dans les différentes structures. La gestion des dossiers individuels (reconnaissance du handicap par la société, maintien des personnes en milieu ordinaire, orientation vers des structures spécialisées, attribution des aides) a été confiée aux commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), gérées au niveau des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) dans les départements.

Compétence des collectivités territoriales

Les compétences des collectivités territoriales s'exercent au niveau de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du handicap.

Prévention et dépistage du handicap

Les départements sont tenus de mettre en place des consultations de protection maternelle et infantile qu'ils gèrent eux-mêmes ou par voie de conventions passées avec des municipalités, des hôpitaux, des associations, ainsi que des actions de prévention médico-sociale à domicile. Le nombre minimum de consultations à affecter dans les centres, la qualification et le nombre de professionnels sont fixés par décret. Ces consultations et actions à domicile sont ouvertes et offertes à tous, sans conditions de ressources. Elles sont financées par l'impôt, mais les caisses d'assurance maladie remboursent aux départements les actes pratiqués chez leurs ressortissants. Les caisses peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions menées par le département au titre de la PMI.

Les compétences dévolues au département sont exercées sous l'autorité du président du conseil général par le service de PMI. Celui-ci est placé sous la responsabilité d'un médecin dont les qualifications professionnelles sont

Gestion des statistiques sanitaires et définition des politiques de santé

Lors de l'élaboration du premier plan de périnatalité (1971) qui s'était explicitement donné comme objectif une diminution des handicaps d'origine périnatale⁵, on avait constaté une absence de données épidémiologiques les concernant au niveau national. Ceci avait conduit à la mise en place des certificats de santé (CS) des 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois et à l'instauration d'une base de données nationales dont le principe est le suivant :

- le médecin responsable du service de PMI est destinataire des CS remplis lors des examens réglementaires et obligatoires de l'enfant. La gestion et le traitement des données nominatives des certificats de santé sont placés sous sa responsabilité sans qu'il soit soumis à une hiérarchie pour cette activité. Seules des informations anonymes et agrégées seront transmises annuellement au ministère de la Santé ;
- le président du conseil général doit chaque année organiser une réunion où sont analysés, outre les données des CS, des indicateurs sanitaires et sociaux utiles à la détermination des besoins des populations et des actions à entreprendre en matière de PMI (art. R2112-8). Le nombre des enfants présentant un handicap figure parmi les indicateurs cités. Doivent participer à cette réunion « des représentants des établissements de santé et des établissements libéraux, des organismes de sécurité sociale et des services concernés de l'État ».

Prise en charge du handicap dans les centres d'action médico-sociale précoce

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont été créés par la loi d'orientation du 30 juin 1975 pour aider les familles confrontées à l'expérience douloureuse qu'est la naissance d'un enfant handicapé. Ils sont agréés à la fois par les conseils généraux et par l'assurance maladie. Ils ont pour missions le dépistage, le diagnostic et la rééducation des handicaps chez les enfants de moins de 6 ans. Ils peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, de PMI, d'un dispensaire d'hygiène mentale, d'un centre médico-psycho-pédagogique ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints de handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux⁶. Ils assurent également une guidance familiale dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'enfant. Les CAMSP sont soit spécialisés, soit polyvalents avec des sections spécialisées. Ils peuvent être gérés par des associations, certains dépendent directement des conseils généraux. Ils sont financés à 80 % par l'assurance maladie et 20 % par les départements.

En dehors de l'agrément et du financement des CAMSP (dans le cadre des dépenses médico-sociales pour les enfants de moins de 6 ans), aucune autre

5. L'unité de calcul du coût des interventions était « l'année de vie gagnée sans handicap »

6. Annexe XXXII bis ajoutée par le décret n° 76-389 du 15 avril 1976 au décret n° 56-284 du 9 mars 1956

obligation n'est faite aux conseils généraux en matière de prise en charge spécifique des enfants handicapés.

Mode d'accueil des enfants de moins de 6 ans

L'autorisation et la surveillance des modes d'accueil des enfants de 0 à 6 ans, y compris les assistantes maternelles, sont de la compétence des conseils généraux qui autorisent et contrôlent les structures (crèches, jardins d'enfants, haltes-garderies, structures innovantes...). Les garderies périscolaires pour les enfants de moins de 6 ans sont sous le contrôle du médecin responsable du service de PMI. Seules les pouponnières à caractère sanitaire qui hébergent en garde complète des enfants malades, âgés de moins de 3 ans et qui sont classés établissements sanitaires, ne relèvent en aucune sorte de la compétence des conseils généraux et échappent à la surveillance du médecin de PMI.

Bien que le décret du 1^{er} août 2000 considère que les établissements et services qui accueillent des enfants de moins de 6 ans « concourent à l'intégration sociale de ceux de ces enfants ayant un handicap ou atteints d'une maladie chronique », ceci n'a rien de contraignant et les modalités d'inscription, le nombre de places réservées et le type de handicap pris en charge varient en fonction des politiques locales.

Il existe toutefois au niveau des CAF des incitatifs financiers pour que plus de places soient accordées aux enfants handicapés⁷. Par exemple, sont « exclus des nouveaux contrats d'investissement signés par la CAF, les équipements dont la conception, la réalisation et les modalités de fonctionnement (projet socio-éducatif) ne permettraient pas le cas échéant l'accueil d'enfant(s) handicapé(s) ». De même les « contrats enfance » s'attachent à favoriser l'accueil des jeunes enfants handicapés. L'apport financier que représentent ces contrats permet de renforcer les équipes des établissements concernés (Paris⁸, Conseil général de l'Isère⁹).

Interventions de l'État sur les départements

En ce qui concerne les prérogatives de l'État, une Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) a été créée dans chaque département par la loi d'orientation de 1975. Elle est composée de 12 membres et présidée par l'inspecteur d'académie ou le directeur de la DDASS.

7. Circulaire cabinet n° 2000-341 du 19 juillet 2000 relative au fonds d'investissement exceptionnel en faveur de l'accueil de la petite enfance. Ministère délégué à la Famille et à l'Enfance, Bulletin officiel n° 2000-30. <http://www.sante.gouv.fr>

8. Documents de la mairie de Paris : Paris favorise l'accueil en crèche des enfants porteurs de handicap, 4 décembre 2003 ; Visite du CAMSP Rozanoff et de la crèche municipale de la rue Cotte, 8 décembre 2003

9. Contrat expérimental accueil des jeunes enfants ; Caisse d'allocation familiale de Grenoble et de Vienne. Conseil général de l'Isère, janvier 2003. <http://cg38.fr/Commun/DelibArrete/CP/2003/0301/d04CG.htm> (26.01.2004)

La CDES est chargée d'évaluer avec précision la situation de chaque enfant et de déterminer les prises en charge et les aides qui lui conviennent. Ses compétences s'étendent de 0 à 20 ans. Elle peut être saisie non seulement par les parents ou les personnes qui ont la garde de l'enfant, mais aussi par toute personne qui doit s'occuper de l'enfant. Dans tous les cas, les parents doivent être prévenus.

La CDES peut maintenir l'enfant en milieu ordinaire, c'est-à-dire, pour les 3 à 6 ans, l'école maternelle, ou l'orienter vers un établissement médico-social adapté à son handicap. Ces établissements reçoivent les enfants et adolescents de 3 à 20 ans (Monteil, 2004). Elle peut également autoriser, pour les enfants de 0 à 20 ans, l'intervention des services d'éducation spéciale et de soins à domicile. Les décisions prises engagent à la fois les financeurs (organismes de sécurité sociale) et les établissements ou services concernés. Lorsque la décision ne convient pas à la famille, celle-ci peut faire appel.

La CDES se prononce également sur le droit de l'enfant à percevoir une allocation d'éducation spéciale (AES). L'AES est une prestation familiale destinée à aider les parents à faire face aux dépenses liées à l'éducation des enfants qui présentent un handicap entraînant une incapacité reconnue par la CDES d'au moins 80 % ou entre 50 et 80 % lorsqu'ils bénéficient d'une éducation spéciale (Triomphe et Hermange, 2001 ; Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations [CTNERHI], 2004). Elle peut être perçue dès la naissance de l'enfant et jusqu'à l'âge de 20 ans. Elle est versée mensuellement par la caisse d'allocations familiales. Son attribution et son refus ne sont pas définitifs, les dossiers sont revus périodiquement par la CDES pour tenir compte de l'évolution des incapacités.

L'AES peut être assortie d'un complément en cas de handicap particulièrement lourd qui occasionne des dépenses importantes ou lorsque la présence d'une tierce personne est indispensable auprès de l'enfant. On compte 6 catégories de compléments, d'un montant monétaire croissant. L'arrêté du 24 avril 2002 en fixe les conditions d'attribution. Par ailleurs, la CDES peut attribuer, sous certaines conditions, une carte d'invalidité.

Les décisions sont prises pour une période limitée, ce qui permet de revoir régulièrement le dossier. Lorsque les décisions n'entraînent pas de dépenses autres que ce qui a trait à la scolarité, la CDES confie le dossier à la commission de circonscription (CCPE pour l'école maternelle) à laquelle participe le médecin de PMI.

Prise en charge médicale et médico-sociale

On peut distinguer trois niveaux :

- la prévention du handicap ;

- le dépistage du handicap ;
- la prise en charge de l'enfant porteur d'un handicap.

Prévention des handicaps d'origine périnatale

C'est l'objectif des examens systématiques réalisés pendant la grossesse (art. L2122-1) et du transfert antepartum des mères vers des établissements équipés pour pouvoir prendre en charge les grossesses à haut risque et les nouveau-nés très prématurés dès leur naissance. Ceci a été rendu possible par la mise en réseau des établissements d'accouchement (décrets de 1998).

Dépistage des handicaps d'origine périnatale

Seule une prise en charge précoce des nouveau-nés qui présentent une déficience motrice, visuelle ou auditive avant que les lésions ne se soient fixées peut améliorer le pronostic, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce (Anaes, 1999 et 2002).

Enfants à haut risque

Les enfants qui ont été hospitalisés en période néonatale et qui sont à très haut risque de handicap vont être adressés dès leur sortie à une consultation spécialisée assurée par l'hôpital ou à un centre d'action médico-sociale précoce. Le nombre des consultations, la nature et le nombre des examens complémentaires sont définis au cas par cas, selon les besoins de l'enfant. Leur financement relève de l'assurance maladie.

Enfants à bas risque

Pour tous les autres enfants, un premier bilan est obligatoirement fait dans les 8 premiers jours de vie en général à la maternité. Il peut comporter, dans un certain nombre d'établissements, un dépistage de la surdité (Anaes, 1999). Une plaquette d'information sur la nécessité de dépister tôt les troubles visuels et auditifs, destinée aux parents, a été insérée dans les carnets de santé distribués pour chaque enfant à la naissance (art. L2132-1).

Après la sortie de la maternité, la surveillance du développement de l'enfant et le dépistage des déficiences sont assurés par les pédiatres et les médecins généralistes, qu'ils exercent en cabinet de ville ou en PMI. Des campagnes de sensibilisation et de formation des médecins au dépistage précoce des handicaps d'origine périnatale ont été menées par les conseils généraux en direction des médecins de PMI et par certaines universités. La campagne « handicap-agir tôt » organisée par l'Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP), dans le cadre des actions de formation continue (Bremond, 2001 ; Rolley et coll., 2001), s'adresse à toutes les personnes susceptibles de prendre en charge des enfants.

272 Cette campagne peut être appuyée par les conseils généraux et les conseils

départementaux de l'Ordre des médecins (Breau, 2004). Certains conseils généraux ont mis en place des actions de sensibilisation et d'information de l'ensemble des professionnels et de la population en éditant des plaquettes ou en créant un site Internet.

La législation prévoit 20 examens obligatoires de la naissance à 6 ans révolus. Les examens des 9^e et 24^e mois doivent être des bilans complets et, comme celui fait dans les 8 premiers jours à la maternité, donner lieu à l'établissement d'un certificat de santé (art. L2132-2 ; R2132-1 ; R2132-2 ; R2132-3). Ces examens, en plus de l'appréciation du développement somatique et psychomoteur, doivent comporter un examen de la vue où l'on recherche la présence d'un strabisme ou d'un nystagmus ainsi qu'un examen auditif avec l'analyse de la présence ou de l'absence de réaction à des stimuli sonores. La circulaire ministérielle de 1977 recommande l'emploi de jouets sonores étalonnés pour le dépistage auditif. Si nécessaire, des examens complémentaires ou des consultations spécialisées peuvent être demandés. Lorsqu'un handicap est suspecté chez un enfant, celui-ci peut être adressé soit à un spécialiste de ville ou hospitalier, soit à un CAMSP (art. L343-1 et L343-2)¹⁰. Les résultats de ces bilans doivent être consignés dans le carnet de santé de l'enfant.

Le médecin qui examine l'enfant lors de ces bilans est tenu, quel que soit son mode d'exercice (PMI, libéral, hospitalier...), de remplir le CS fourni à la naissance avec le carnet de santé et de le renvoyer sous 8 jours, sous pli fermé et confidentiel, au médecin responsable du service de PMI du département de résidence de l'enfant (art. L2132-3 ; art. R2132-3). Depuis le 25 septembre 2003, les médecins généralistes, comme les pédiatres, perçoivent une majoration de leurs honoraires dénommée « forfait pédiatrique » pour effectuer ces bilans des 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois et remplir les CS correspondants. Ce forfait, comme les 20 consultations obligatoires et les examens complémentaires demandés lors des bilans, sont pris en charge à 100 % par les caisses d'assurance maladie.

Prise en charge des handicaps d'origine périnatale

Selon le handicap et les moyens disponibles, l'enfant peut être pris en charge en ville, à l'hôpital ou par un service spécialisé.

Centres d'action médico-sociale précoce

Les parents peuvent être orientés vers un CAMSP par leur médecin traitant, un pédiatre libéral, un médecin hospitalier ou de PMI, la crèche, la maternelle. Cette orientation ne relève pas de la CDES.

10. Code de l'action sociale et des familles (partie législative), chapitre 3 : centres d'action médico-sociale précoce

Après un premier bilan, l'enfant pourra soit être adressé à un autre service, soit être pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire du centre. Cette équipe est composée des médecins (pédiatre, psychiatre, médecin de rééducation fonctionnelle...), du personnel paramédical (kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, psychologue...), d'une assistante sociale et d'éducateurs spécialisés qui travaillent en complémentarité. La prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire s'effectue sous forme de cures ambulatoires. L'enfant se rend au centre quelques demi-journées par semaine, mais comme l'ensemble des actions doit favoriser l'insertion du jeune enfant dans son milieu familial et social, certains personnels peuvent se rendre à domicile.

Une des interventions des CAMSP est de rechercher, en liaison avec les familles, les modalités d'adaptation des conditions éducatives du jeune enfant handicapé qui permettront son maintien dans son milieu naturel. L'équipe favorisera l'intégration des enfants, d'abord dans des structures d'accueil de la petite enfance, puis en collaboration avec la CCPE à l'école maternelle.

La double vocation des CAMSP, médico-sociale (guidance familiale) et médicale (prévention et traitement), induit un financement conjoint des départements au titre de la PMI (20 %) et de l'assurance maladie (80 %). La dotation globale annuelle est arrêtée conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

La prise en charge par le CAMSP concerne les enfants de 0 à 6 ans. Elle est gratuite pour les familles. Toutefois, le remboursement des frais de transport, hors dotation globale, relève de la décision des médecins conseils.

Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés

À partir de 3 ans, l'enfant peut être orienté par la CDES vers un établissement médico-social adapté à son type de déficiences (tableau 16.II). On distingue les établissements pour enfants déficients intellectuels, pour polyhandicapés, pour déficients moteurs, des instituts de rééducation pour les enfants qui présentent des troubles du comportement mais qui ont des capacités intellectuelles normales, des instituts d'éducation sensorielle pour déficients visuels, pour déficients auditifs et pour enfants à la fois sourds et aveugles (Monteil, 2001).

Il existe différents types de prise en charge dans ces établissements : l'internat qui concerne les enfants qui dorment en établissement, l'externat qui concerne les enfants qui ne fréquentent les établissements que dans la journée (Monteil, 2001).

Parmi ces structures, plus de huit sur dix sont gérées par des associations. Elles sont cofinancées par l'assurance maladie, sous forme d'un prix de journée, et par l'État au titre de l'Éducation nationale (Monteil, 2004).

Tableau 16.II : Enquête ES Établissements d'éducation spéciale : statistique réalisée au 01-01-1998 (d'après Monteil, 2001)

	Nombre de structures	Nombre de places	
		Internat	Total
Établissements pour enfants déficients intellectuels	1 194	26 774	73 518
Établissements pour polyhandicapés	132	2 090	4 057
Établissements pour déficients moteurs	125	3 621	7 767
Instituts d'éducation sensorielle pour déficients visuels	33	1 232	2 235
Instituts d'éducation sensorielle pour déficients auditifs	87	3 178	7 606
Instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles	18	872	1 936
Instituts de rééducation	345	10 558	16 880

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 (psychologues, médecins, rééducateurs...) dont l'action vise à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents handicapés de 0 à 20 ans. Ces services interviennent non seulement au domicile de l'enfant mais aussi sur ses lieux de vie. Pour les enfants de moins de 3 ans qui présentent des handicaps sensoriels, les SESSAD prennent le nom de services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP).

Leurs interventions peuvent comprendre des actes médicaux et de rééducation. Toutefois, ces soins peuvent être dispensés par d'autres services (hôpital, CAMSP, praticiens libéraux), les SESSAD assurant une prestation complémentaire.

Comme les établissements médico-sociaux, ces services sont majoritairement gérés par des associations ; ils sont agréés par l'État et financés par l'assurance maladie. La dotation globale annuelle de financement est fixée par le préfet (DDASS). Comme pour les établissements spécialisés en dehors des CAMSP, l'admission dans le service dépend d'une décision de la CDES. La totalité de la prise en charge est financée par l'assurance maladie.

Pouponnières à caractère sanitaire

Les pouponnières médicalisées pour les enfants de 0 à 3 ans, comme les maisons à caractère sanitaire (4-17 ans), peuvent prendre en charge en internat et pour une durée limitée des enfants qui présentent des handicaps lourds. Ces structures sont classées en établissements sanitaires. De ce fait, l'admission ne relève pas des CDES. Les procédures sont donc plus souples que pour l'éducation spécialisée. Ces établissements qui conjuguent des actions sanitaires, pédagogiques et éducatives, dans lesquels l'admission est décidée sur avis médical, en lien avec la famille et pour une durée de prise en

charge limitée à 2 ans, semblent répondre à un réel besoin. Toutefois, le nombre de places sur l'ensemble de la France est limité d'autant que ces structures accueillent parfois des enfants orientés uniquement pour des motifs sociaux et certaines maisons à caractère sanitaire pallient une carence en établissements médico-sociaux, notamment pour l'accueil d'enfants poly-handicapés de moins de 6 ans.

Intégration de l'enfant en crèche

La crèche est souvent le premier lieu de socialisation des enfants en dehors de la famille. Parce qu'il y a peu de structures différenciées pour les enfants handicapés, l'admission se fait selon les procédures définies par le gestionnaire de l'établissement, sans qu'il y ait besoin d'un accord de la CDES.

Le projet éducatif de l'enfant s'élabore en collaboration avec les professionnels qui ont en charge son handicap (CAMSP, SESSAD, libéraux). Ceux-ci peuvent d'ailleurs intervenir à la crèche. Si on envisage l'admission de l'enfant à l'école maternelle à sa sortie de crèche, celle-ci se fera en concertation avec le directeur de l'école et la CCPE, l'avis de la CDES étant obligatoire pour cette admission. L'avis de la CDES sera également obligatoire pour l'orientation de l'enfant vers un établissement spécialisé.

Il est rare de trouver un établissement spécialisé qui puisse accueillir l'enfant dès l'âge de 3 ans. Depuis le décret du 1^{er} août 2000, l'enfant pourra être maintenu en crèche jusqu'à 6 ans. Toutefois, il n'est peut-être pas souhaitable de poursuivre au-delà de 4 ans, sauf si le projet pédagogique l'a prévu, car les auxiliaires de puériculture ne sont pas formés pour s'occuper d'enfants plus âgés et le mobilier, de même que les jeux éducatifs, deviennent très vite inadaptés.

Les enfants de 3 à 6 ans peuvent être admis, selon les mêmes modalités, dans les haltes-garderies et les jardins d'enfants.

Les modes d'accueil de la petite enfance bénéficient d'un triple financement : la CAF, les collectivités locales et les parents. Les participations familiales sont fixées en fonction d'un barème établi par la CNAF et tiennent compte des ressources de la famille et de sa composition. Le montant de la prestation de service unique (PSU) est versé par la CAF pour les enfants de moins de 4 ans, les caisses des régimes spéciaux reversant à la CAF les sommes correspondant à leurs ressortissants (Carrez, 2003). Le solde correspond à la participation des collectivités locales et à d'autres produits.

Selon une estimation faite en 2001 sur le plan national, pour les crèches collectives, les participations moyennes des différents financeurs (CAF, collectivités locales et parents) étaient respectivement de 28 %, 31 %, 34 % auxquels il faut ajouter 7 % de ressources diverses, pour un prix de revient moyen par jour et par enfant de 59,15 € (Voix, 2003).

Aides financières spécifiques

Les enfants handicapés ouvrent droit, comme tout autre enfant, aux diverses prestations versées par les caisses d'allocations familiales. Selon l'importance de leur handicap, ils peuvent bénéficier d'aides supplémentaires. Pour l'allocation d'éducation spéciale et la carte d'invalidité, le taux d'incapacité qui ouvre les droits est fixé en référence au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées.

Allocation d'éducation spéciale et complément

Tout enfant handicapé âgé de 0 à 20 ans et à la charge de ses parents au sens des prestations familiales ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale. Elle est accordée, sans conditions de ressources des parents, à tout enfant dont le taux de handicap est au moins égal à 80 % ou compris entre 50 et 80 % s'il fréquente un établissement d'éducation spéciale ou s'il a recours à une éducation spéciale, une rééducation ou des soins à domicile pratiqués au titre de l'éducation spéciale dispensée notamment en établissement de soins ou en établissement scolaire classique, par un service de soins à domicile. Son montant mensuel correspond à 32 % de la base de calcul des allocations familiales. Des compléments à l'AES peuvent être accordés si l'enfant a recours à une tierce personne ou occasionne des dépenses particulièrement coûteuses. Il existe 6 catégories de compléments, d'un montant croissant de 1 à 6. Celles-ci ont été définies par décret. La détermination de la catégorie dont relève l'enfant se fait à partir du lien qui existe entre la situation de handicap du jeune et la nécessité d'un recours à une tierce personne ainsi que l'obligation de dépenses supplémentaires pour la ou les personnes qui assument la charge de l'enfant.

Afin d'apprécier ce qui est effectivement en rapport avec la situation de handicap, les éléments présentés sont analysés et comparés à la charge habituellement assumée pour tout enfant du même âge non atteint de déficience. Pour ce faire, les CDES disposent d'un outil méthodologique commun, annexé à l'arrêté du 24 avril 2002 relatif aux conditions d'attribution des 6 catégories de complément.

Les différents compléments d'AES ne sont pas cumulables. Les demandes peuvent être déposées auprès de la CAF ou de la Mutualité sociale agricole (MSA). L'AES et ses compléments sont versés par la CAF après décision de la CDES, au minimum pour 1 an, au plus pour 5 ans. En cas de désaccord, des recours peuvent être déposés. Le placement d'un enfant en internat n'ouvre pas droit à l'AES.

Carte d'invalidité

La carte d'invalidité est délivrée par le préfet, sur la demande des parents, après instruction du dossier par la CDES, lorsque le taux d'incapacité reconnu est au moins égal à 80 %. Cette carte, qui a un caractère national,

est valable sur tout le territoire français. Elle permet de bénéficier d'un certain nombre d'avantages relatifs à la fiscalité, aux transports, au stationnement.

Bilan du dispositif réglementaire en France

Pour répondre au moins quantitativement aux besoins de la population des enfants présentant un handicap d'origine périnatale, ce dispositif réglementaire doit permettre d'estimer les besoins et d'évaluer l'offre de structures et de services disponibles.

Estimation des besoins

Il s'agit de connaître le nombre d'enfants handicapés, la nature et la gravité des déficiences.

Certificats de santé

Bien que, pour mieux connaître la prévalence des handicaps liés à la période périnatale et ajuster les politiques de santé, la loi ait prévu depuis 1973 la mise en place d'une base nationale de données, la qualité médiocre du remplissage des certificats de santé et leur faible taux de réception par les médecins responsables des services de PMI (environ 70 % pour ceux des 9^e et 24^e mois) font que les données sont inutilisables (Bouée et Coulomb, 2000). Ceci ne veut pas dire que les bilans ne sont pas faits, ni qu'ils sont mal faits. Une des principales causes à cette situation est que certains médecins refusent de transmettre des données médicales nominatives à des services médico-sociaux qui utilisent ces informations à des fins de prévention individuelle, en sélectionnant des enfants dits « à risque » à partir de critères médicaux ou sociaux pas toujours consensuels (avis de la CNIL).

Par ailleurs, un recueil d'information auprès des conseils généraux montre que la réunion annuelle de tous les acteurs concernés, visant à analyser les indicateurs de santé des populations d'âges PMI (art. R2112-8), n'a pas été mise en place ou ne fonctionne pas de manière systématique.

Données des CDES

Les seules statistiques disponibles en routine à l'échelon national sont celles des CDES, mais le traitement des données par type de handicap ne permet pas de repérer ceux d'origine périnatale. De plus, les enfants connus de la CDES ne représentent que la partie des enfants handicapés pour qui les parents ont fait une demande auprès de cet organisme. Ils sont d'autant moins nombreux qu'ils sont plus jeunes.

278 Pendant l'année 1997-1998, les enfants de moins de 3 ans représentaient 10 % des nouveaux inscrits à une CDES, soit 3 600 enfants. Compte tenu du

nombre annuel de naissances en France (750 000) et de la prévalence attendue des handicaps lourds (9 pour mille), on peut estimer que les CDES connaissent moins de 30 % des enfants de cette tranche d'âge (Sahut d'Izarn, 1999).

Enfants pris en charge dans les établissements et services médico-sociaux

Des enquêtes dites « ES » sont faites régulièrement auprès de tous les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées. Les modes d'accueil de la petite enfance en sont exclus. Depuis 1983, les informations portant sur la clientèle n'ont été recueillies que tous les 4 ans (Monteil, 2004). Les enquêtes ES décrivent par année d'âge le nombre d'enfants et adolescents pris en charge par les services et établissements médico-sociaux sous tutelle de l'État. Pour les CAMSP, on ne dispose que du nombre global d'enfants concernés. Tous les enfants recensés ont été orientés par la CDES, sauf pour les CAMSP (Woitrain et Ruault, 2000). L'enquête ES 87 a montré qu'au 31 décembre 1987, les enfants de moins de 3 ans pris en charge par les services et établissements pour enfants handicapés étaient au nombre de 2 295 et représentaient 2 % des effectifs, les 3 à 5 ans étaient 3 fois plus nombreux (4 393 et 6 % des effectifs) (Triomphe et Bounot, 1991). Ils étaient 241 âgés de moins de 3 ans et 2 521 de 3 à 5 ans dans les établissements médico-sociaux d'éducation spéciale, soit respectivement 0,2 % et 2,3 % des effectifs, au 31 décembre 1992 (tableau 16.III) (Deveau et coll., 1995).

Tableau 16.III : Nombre d'enfants de moins de 5 ans admis dans les établissements d'éducation spéciale au 01-01-1992 (France entière) d'après l'enquête ES 91 (Deveau et coll., 1995)

	< 3 ans	3-5 ans	0-5 ans
Garçons	135	1 461	1 596
%*	0,2	2,2	2,4
Filles	106	1 060	1 166
%*	0,3	2,5	2,8
Total	241	2 521	2 762
%*	0,2	2,3	2,6

* par apport à l'effectif global des 0-20 ans

Au 1^{er} janvier 1996 (Woitrain et Ruault, 2000), 3 414 enfants de moins de 6 ans étaient pris en charge par un SESSAD, soit 28,1 % des effectifs (tableaux 16.IV et V). Parmi ceux-ci, 824 avaient moins de 3 ans et 1 543 n'étaient pas scolarisés. Les enfants de moins de 6 ans représentaient 2,4 % (2 619 enfants) du total des enfants et adolescents qui fréquentaient les établissements d'éducation spéciale ; parmi ceux-ci, 253 avaient moins de 3 ans. Sur ces 2 619 enfants, 340 vivaient en internat, 85 dans des familles d'accueil. Les enfants d'âge préscolaire étaient proportionnellement moins

nombreux dans les instituts de rééducation et les établissements pour déficients intellectuels. Cette même enquête recensait 14 162 enfants pris en charge dans 208 CAMSP répartis sur le territoire, mais leur répartition par type de déficience n'est pas connue. Si on additionne, alors qu'il y a des redondances, l'ensemble des enfants connus des établissements d'éducation spéciale, des CAMSP et des SESSAD, on peut penser qu'on connaît au mieux 50 % des enfants qui présentent un handicap grave (prévalence attendue de 9 pour 1 000 naissances).

Tableau 16.IV : Répartition des enfants de moins de 6 ans dans les services et établissements médico-sociaux au 01-01-1996 (d'après Woitrain et Ruault, 2000)

Établissements	Répartition des enfants par âge			
	0-3 ans	0-5 ans	0-20 ans	% d'enfants de 0 à 5 ans
SESSAD	824	3 414	12 134	28,1
Sourds et aveugles	22	117	1 454	8
Déficients auditifs	66	520	6 593	7,9
Déficients visuels	20	89	2 337	3,8
Déficients moteurs	43	510	7 583	6,7
Polyhandicapés	16	266	2 515	10,6
Instituts de rééducation	5	117	15 068	0,8
Déficients intellectuels	81	1 000	72 559	1,4
Total	253	2 619	108 109	2,4

Tableau 16.V : Répartition des enfants de moins de 6 ans en milieu scolaire et lieux de vie

Enfants non scolarisés	1 543
Internat	340
Externat	2 194
Famille d'accueil	85
Total	2 619

En 2001, la part représentée par les enfants de moins de 6 ans dans les établissements d'éducation était toujours très inférieure à 10 % pour toutes les catégories d'établissements, et, comme en 1996, très faible dans les instituts de rééducation et les établissements pour déficients intellectuels (Monteil, 2004).

Enquête Handicaps, incapacités, dépendance

L'enquête HID (Mormiche, 2003), qui devrait permettre de connaître la prévalence des personnes handicapées quel que soit leur âge, est centrée sur

les incapacités. Elle n'a pas été conçue comme une enquête épidémiologique qui permettrait de rapporter le handicap à une classe étiologique définie.

Le point d'entrée n'est pas la maladie causale, mais l'incapacité. La première question était : « Quelle difficulté, infirmité, ou autre problème rencontrez-vous dans la vie de tous les jours ? », la seconde : « Quelle est l'origine de la déficience déclarée ? » À partir des propos recueillis, l'enquêteur codait, en utilisant une liste de codes prédéfinis, la nature de la déficience (43 codes) et son origine (17 codes, dont « 21 : une complication de la grossesse et de l'accouchement »).

Chaque personne pouvait déclarer plusieurs déficiences de causes différentes. Pour effectuer un dénombrement des individus, lorsqu'on s'intéresse à une catégorie précise de handicap – ici ceux d'origine périnatale –, on est dans l'obligation de privilégier une cause et de ne pas tenir compte des autres lorsqu'il en existe plusieurs pour le même individu. Or, comme il s'agit d'une enquête rétrospective faite à partir de données déclaratives, sans aucune possibilité de vérification, il n'est pas toujours facile d'affirmer ou d'infirmier l'origine périnatale du handicap (Combié et coll., 2001).

Par ailleurs, dans cette enquête, toutes origines du handicap confondues, il y a peu d'enfants de moins de 6 ans (tableau 16.VI). Ils sont au total 291 (31 vivaient en institution, 260 chez leurs parents). Les coefficients qui permettent les estimations nationales sont pour certains très élevés. Si l'effectif national estimé de 386 enfants de moins de 6 ans qui vivraient en institution est du même ordre de grandeur que celui obtenu dans les enquêtes faites dans les établissements sous tutelle de l'État, celui de 263 662 enfants handicapés de moins de 6 ans paraît surévalué (6 % des 0 à 6 ans). Celui de 40 908 (9 pour mille) qu'on obtient en ne retenant que les deux groupes (Mormiche, 2003) qui présentent les incapacités les plus graves devrait plus se rapprocher de la réalité. Mais cette fois-ci, on sous-estime le nombre d'enfants atteints (tableau 16.VI). Comme la fourchette (263 662 *versus* 40 908) est importante, cette enquête ne permet pas de faire une estimation correcte du nombre d'enfants handicapés de moins de 6 ans.

Enfin, l'échantillonnage de l'enquête HID et son mode de tirage au sort ont été élaborés pour pouvoir obtenir des estimations nationales. Hormis pour quelques départements qui ont financé un échantillonnage spécifique pour avoir des données locales qui soient représentatives, on ne peut décliner les résultats ni au niveau des départements ni à celui des régions.

Autres sources de données

Toutes les associations disposent de statistiques qui leur sont propres, mais il s'agit de données qui concernent leurs adhérents et les personnes qui fréquentent les établissements dont ils sont gestionnaires. Elles sont difficilement extrapolables au niveau national.

Tableau 16.VI : Estimation à partir des données de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID) du nombre d'enfants de moins de 6 ans qui, en France, présentent un handicap

	Nombre d'enfants enquêtés			Estimation nationale		
	Institutions	Ménages	Total	Institutions	Ménages	Total
Total des dossiers, toutes origines et déficiences confondues						
< 1 an	3	6	9	30	6 394	6 424
1 an	2	49	51	13	49 639	49 652
2 ans	6	47	53	50	53 187	53 237
0-2 ans	11	102	113	94	109 220	109 313
3 ans	1	51	52	19	57 551	57 570
4 ans	5	58	63	82	48 420	48 501
5 ans	14	49	63	192	48 086	48 278
3-5 ans	20	158	178	293	154 056	154 349
Total	31	260	291	386	263 276	263 662
Handicaps les plus lourds*, toutes origines et déficiences confondues						
< 1 an	3		3	30		30
1 an	2	10	12	13	3 769	3 782
2 ans	6	15	21	50	5 437	5 488
0-2 ans	11	25	36	94	9 206	9 299
3 ans	1	22	23	19	9 138	9 157
4 ans	5	34	39	82	14 305	14 386
5 ans	14	27	41	192	7 873	8 065
3-5 ans	20	83	103	293	31 316	31 609
Total	31	108	139	386	40 522	40 908

* Groupes 5 et 6 de l'enquête HID

Définition des groupes (enquête HID auprès des personnes vivant à domicile, Dictionnaire des codes, Juin 2000) : Les personnes « HID » ont été classées dans les différents groupes en fonction de leurs réponses à l'enquête dite de filtrage « VQS » associée au recensement de 1999.

Groupe 2 : Personnes déclarant une difficulté quelconque

Groupe 3 : Personnes déclarant « avoir un handicap » ou « avoir demandé une reconnaissance » ou souffrir d'une « limitation d'activité » ou dépendre d'une aide humaine ou souffrir de plusieurs autres difficultés

Groupe 4 : Personnes déclarant « avoir un handicap » ou « avoir demandé une reconnaissance », et personnes déclarant souffrir d'une « limitation d'activité », déclaration appuyée par les items d'aide humaine ou technique ou plusieurs autres

Groupe 5 : Personnes déclarant « avoir un handicap » ou « avoir demandé une reconnaissance », déclaration fortement appuyée par d'autres items

Groupe 6 : Personnes déclarant avoir obtenu une « reconnaissance de leur handicap » (plus, pour les moins de 16 ans : enfants et adolescents inscrits dans une classe ou un établissement spécialisé)

Évaluation de l'offre de structures et services disponibles

282 Les structures et services disponibles sont les CAMSP, les établissements d'éducation spécialisée, les services à domicile et les autres modes d'accueil.

CAMSP

Il existe une grande disparité entre les départements en ce qui concerne le nombre de CAMSP. Certains n'en disposent même pas. Par exemple, en 1996, sur les 202 CAMSP recensés en métropole, 24 étaient situés dans la région Centre et seulement 14 en Île-de-France. Le nombre d'enfants pris en charge était respectivement de 1 779 et 1 481. Même si cet exemple montre qu'à l'évidence il existe un déficit de places en Île-de-France, cette sous-capacité d'offre paraît générale, car les professionnels et les gestionnaires de certains centres s'inquiètent d'avoir à gérer des files d'attente de plus en plus longues.

Il semblerait pour certains (Salbreux, 2002) que le double mode de financement des CAMSP retentisse sur la création et le fonctionnement de ceux-ci, car les CAMSP peuvent avoir à négocier autant de conventions qu'il y a d'organismes et parfois de départements concernés, ce qui les soumet à la production de nombreuses justifications auprès de plusieurs administrations.

Par ailleurs, la répartition géographique des CAMSP sur l'ensemble du territoire montre que, sauf pour les habitants des agglomérations où ils sont implantés, ces établissements peuvent difficilement être considérés comme des structures de proximité.

Établissements d'éducation spécialisée et services à domicile

Que ce soit pour les services ou pour les établissements, il existe une grande disparité d'offre entre les régions, et un déficit de places qui génère des flux interrégionaux et des placements à l'étranger.

Toutefois, comme ces services prennent en charge les enfants jusqu'à 20 ans et qu'on ne dispose pas de la ventilation des places en fonction de l'âge, pour évaluer le déficit de structures et de services spécifiques à la petite enfance, il faudrait connaître le nombre d'enfants handicapés exclus du système, ou qui ont été placés loin du domicile de leurs parents. Lors du sondage réalisé auprès des départements, certains ont signalé que des enfants de plus de 6 ans continuent, faute de place, à être pris en charge dans les CAMSP, diminuant ainsi l'offre d'accueil des moins de 6 ans. Cette pratique risque de nuire aux missions premières des CAMSP (diagnostic, dépistage précoce et guidance) si ceux-ci les délaissent au profit de la prise en charge d'enfants lourdement handicapés.

Modes d'accueil

Les informations recueillies à partir d'un questionnaire envoyé aux services départementaux montrent qu'il y a peu de lieux d'accueil de la petite enfance qui ont des places réservées aux enfants handicapés. L'intégration se fait en général en milieu ordinaire (crèches collectives, haltes-garderies, assistantes maternelles), au cas par cas avec un projet spécifique pour chaque enfant. Certains départements ont mis en place des équipes pluridisciplinaires qui participent à l'évaluation des situations et au soutien des personnels qui ont

en charge ces enfants. Certains établissements ont même élaboré des chartes qui définissent les conditions minimales nécessaires pour garantir un accueil de qualité aux enfants handicapés. Dans cette enquête, aucun département n'a noté de problème d'intégration de ces enfants. Toutefois, ils signalent diverses difficultés, que ce soit pour les structures (formation des personnels, prise en charge financière des surcoûts découlant de ces accueils – en particulier les vacations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens –) ou pour les parents (prise en charge des frais de transport lorsque la zone géographique est étendue, frais d'acquisition de matériel pour la crèche et pour la maison).

Les dérogations d'âge, lorsqu'elles sont nécessaires, sont données par le médecin responsable du service de PMI. Toutefois, celles-ci ne devraient plus être nécessaires puisque le décret du 1^{er} août 2000 prévoit un accueil occasionnel dans les crèches des enfants de 3 à 6 ans.

Par ailleurs, certains départements, dans le cadre d'une politique en faveur de l'enfance handicapée, versent des subventions aux gestionnaires d'établissements qui accueillent ces enfants pour permettre une adaptation des structures ou le recrutement de personnel supplémentaire.

En conclusion, les lois de décentralisation ont obscurci la vision qu'on pouvait avoir de la réglementation qui sous-tend la politique de prise en charge des très jeunes enfants handicapés. Si la partie qui relève de la compétence de l'État (reconnaissance du handicap, orientation, attribution des aides financières) est connue et visible, celle qui relève des conseils généraux l'est moins, d'autant qu'il s'agit de prévention, de dépistage et d'accueil du tout-petit en milieu « ordinaire », qui sont les missions habituelles du service de PMI qui est rarement reconnu comme compétent en matière de handicap. Cette vision restrictive de ses attributions est amplifiée par le fait que les seules statistiques nationales facilement accessibles concernent les établissements et services qui relèvent des compétences de l'État.

Par ailleurs, l'absence de données épidémiologiques fiables, tant au niveau national que départemental, rend difficile toute estimation des besoins. Il en va de même de l'évaluation de l'offre disponible pour la prise en charge des handicaps d'origine périnatale chez les enfants d'âge préscolaire. Toutefois, à la lecture de la documentation produite par les différents acteurs, on peut affirmer qu'il existe un déficit important de places, et ce, dans toutes les structures.

BIBLIOGRAPHIE

- 284 ANAES (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ).
Évaluation clinique et économique du dépistage néonatal de la surdité permanente
par les otoémissions acoustiques. Juin 1999

ANAE (AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ). Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie. Octobre 2002

BOUÉE S, COULOMB S. Examens systématiques de dépistage chez l'enfant. Étude pour le centre d'expertise collective de l'INSERM (Réf 2000-117). CEMKA EVAL, 2000 : 23 p

BRÉART G, RUMEAU-ROUQUETTE C. Infirmité motrice cérébrale et asphyxie périnatale chez l'enfant né à terme. *Arch Pediatr* 1996, 3 : 70-74

BREAU F. La campagne « handicap : agir tôt ». *Bulletin du conseil départemental des médecins de la Seine-Saint-Denis* 2004, 8 : 10

BREMOND M. Campagne « Handicap : agir tôt » FMC Tours, 2001.
<http://www.med.univ-tours.fr/fmc/Pages/JS2001bremond.html>

CARREZ G. Rapport fait au nom de la commission des finances de l'économie générale et du plan sur le projet de loi de finances pour 2004 (n° 1093). Annexe n° 26. Fonction Publique, réforme de l'État et aménagement du territoire. Assemblée nationale 2003, 1110

COMBIER E, LE VAILLANT M, RAVAUD JF, LETOURMY A, FARDEAU M. Analyse socio-économique de l'institutionnalisation des personnes présentant des déficiences motrices d'origine périnatale. Rapport de recherche. Convention APF-CERMES n° 9904, Février 2001

CTNERHI (CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS), DREES (DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES). Le handicap en chiffres. Février 2004 : 70 p

DEVEAU A, TRIOMPHE A, WOITRAIN E. Les enfants, adolescents et adultes handicapés dans les établissements médico-sociaux. In : Personnes handicapées en France. Données sociales 1995. INSERM-CTNERHI 1995 : 35-79

HAGBERG B, HAGBERG G, OLOW I. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. IV. Epidemiological trends 1959-1978. *Acta Paediatr Scand* 1984, 73 : 433-440

HANDISCOL. Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés. Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie 1999.
<http://www.education.gouv.fr/handiscol/famille.htm>

MONTEIL C. Les enfants handicapés en internat en 1998. *Études et Résultats* 2001, 106

MONTEIL C. Établissements et services pour enfants handicapés en 2001. *Études et Résultats* 2004, 288

MORMICHE P. L'enquête « Handicaps, incapacités, dépendances » : apports et limites. *Rev Fr Affaires Soc* 2003, 1-2 : 13-29

ROLLEY S, MENAGAUX C, MICHEL JF, TORTUYAUX L. Dépister au plus tôt. Centre universitaire d'enseignement du journalisme. Strasbourg 2001-2002.
<http://mcsinfo.u-strasbg.fr/article.php>

RUMEAU-ROUQUETTE C. Les handicaps de l'enfant et du jeune *In* : Les personnes handicapées en France. Données sociales. INSERM/CTNERHI 1995 : 17-34

SAHUT D'IZARN C. L'activité des commissions départementales d'éducation spéciale. Davantage d'orientations vers les services de soins à domicile. Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Études et Résultats* 1999, 25

SALBREUX R. La mission des Centres d'action médico-sociale précoce inclut-elle le concept de qualité de vie ? *In* : La qualité de vie pour tous. Actes du IV^e congrès de l'AIRHM, 2002 : 407-425

TRIOMPHE A, BOUNOT A. La prise en charge institutionnelle. *In* : Les personnes handicapées en France. Données sociales. INSERM-CTNERHI 1991 : 71-89

TRIOMPHE A, HERMANGE C. Droits des personnes handicapées en France. *Éditions Balise* 2001 : 313 p

VOIX I. La politique de l'enfance et de la jeunesse. Les caisses d'allocations familiales. Association des maires de France, novembre 2003. <http://amf.asso.fr>

WOITRAIN E, RUAULT M. Établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés. Activité, clientèle, personnel. Série chronologique : 1985 à 1998. *Documents statistiques* 2000, 7