



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Rapport à  
monsieur le ministre de l'éducation nationale  
et de la jeunesse  
monsieur le ministre de la santé  
et de la prévention

---

# Acte II de l'école inclusive

## RAPPORT

IGÉSR n° 22-23 107B - août 2023

IGAS n° 2022-114R

**IGÉSR**

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

  
Inspection Générale  
des Affaires Sociales



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

**N° 22-23 107B**

*Inspection générale  
des affaires sociales*

**N° 2022-114R**

## **Acte II de l'école inclusive**

### **RAPPORT**

**Août 2023**

Yannick TENNE  
Laurence LOEFFEL  
Caroline MOREAU-FAUVARQUE  
André CANVEL

*Inspecteur généraux de l'éducation,  
du sport et de la recherche*

Émilie FAUCHIER-MAGNAN  
Hélène FURNON-PETRESCU  
Claude GADY-CHERRIER

*Membres de l'inspection générale  
des affaires sociales*



## SOMMAIRE

Synthèse.....	1
Liste des recommandations.....	5
Introduction .....	9
<b>1. Acte I de l'école inclusive : de réelles avancées .....</b>	<b>10</b>
1.1. Malgré des données statistiques partielles, la scolarisation des enfants et jeunes en situation de handicap apparaît en nette augmentation .....	11
1.1.1. Une scolarisation en milieu ordinaire en progression continue.....	11
1.1.2. Une prédominance des garçons parmi les enfants et jeunes en situation de handicap et des enfants relevant de l'aide sociale surreprésentés dans les ESMS.....	13
1.2. L'éducation nationale s'est fortement structurée pour l'accueil et l'accompagnement des élèves en situation de handicap .....	13
1.2.1. Des ressources humaines émergentes pour l'école inclusive au sein des services départementaux de l'école inclusive .....	14
1.2.2. Des Pôles inclusifs d'accompagnement localisés pour une activité quasi exclusivement dédiée à une gestion complexe des accompagnants aux élèves en situation de handicap (AESH).....	14
1.2.3. Des enseignants référents dédiés au suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap ..	15
1.3. Les coopérations entre médico-social et éducation nationale sont de plus en plus fréquentes pour l'accompagnement des enfants en situation de handicap sur fond de transformation de l'offre médico-sociale.....	16
1.3.1. Des modalités d'accueil dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui évoluent...	16
1.3.2. Une transformation de l'offre médico-sociale qui conduit à une augmentation de l'intervention des professionnels médico-sociaux dans l'école.....	16
1.3.3. L'émergence de pratiques coopératives avec le secteur médico-social pour appuyer la communauté éducative .....	18
1.3.4. Des dispositifs novateurs avec de premiers résultats encourageants mais non concluants.....	20
<b>2. Une évolution dont les limites pointent de nouveaux enjeux.....</b>	<b>25</b>
2.1. Des interrogations majeures sur l'équilibre entre accessibilité et compensation subsistent ..	26
2.1.1. Le circuit d'évaluation du handicap de l'élève tend à privilégier la compensation.....	26
2.1.2. Les ressources internes de l'école inclusive ne sont pas assez tournées vers l'accessibilité .....	29
2.1.3. Les pôles d'enseignements pour jeunes sourds (PEJS) : un dispositif récent, insuffisamment articulé avec le secteur médico-social .....	33
2.1.4. Le recours au matériel pédagogique adapté (MPA), vu comme un outil de compensation, est insuffisant.....	34
2.2. La coopération entre l'éducation nationale et le médico-social est réelle mais encore très disparate .....	37
2.2.1. Des apports du rapprochement entre médico-social et éducation nationale.....	37
2.2.2. Des freins à une coopération fluide .....	38
2.2.3. Des leviers à développer.....	39
2.2.4. Une territorialisation commune entre éducation nationale et médico-social .....	39
2.2.5. Des commissions d'affectation conjointe pour aider à réduire les temps d'attente importants pour un accompagnement médico-social .....	39

2.3.	La formation reste très insuffisante pour répondre aux enjeux.....	40
2.3.1.	<i>Un périmètre large et fragmenté et des besoins à mieux identifier.....</i>	40
2.3.2.	<i>Des passerelles à créer entre les cultures et les compétences.....</i>	41
2.3.3.	<i>Une offre de formation à adapter pour accompagner de nouveaux objectifs.....</i>	42
2.3.4.	<i>La formation à l'école inclusive : un cadre insuffisamment incitatif.....</i>	44
2.4.	Malgré des progrès, la gouvernance et les systèmes d'information ne soutiennent pas assez un pilotage efficient.....	45
2.4.1.	<i>Une gouvernance de l'école inclusive structurée au niveau stratégique, sans échelon opérationnel</i>	45
2.4.2.	<i>Des besoins d'information statistique et d'outils de suivi non satisfaits.....</i>	46
<b>3.</b>	<b>Recommandations pour une école plus inclusive .....</b>	<b>49</b>
3.1.	Garantir l'accessibilité oblige à une profonde évolution de l'organisation de l'école .....	49
3.1.1.	<i>D'indispensables mesures de soutien à l'école inclusive : une nouvelle organisation, les pôles d'appui à la scolarité .....</i>	49
3.1.2.	<i>Des solutions de scolarisation inclusive qui doivent d'abord être proposées par l'école : les modalités de la réponse de premier niveau.....</i>	52
3.1.3.	<i>Une mobilisation ajustée des ressources médico-sociales aux besoins des pôles sur une même échelle territoriale .....</i>	56
3.1.4.	<i>Une gouvernance à compléter .....</i>	58
3.1.5.	<i>Un impératif : renforcer et faciliter l'accès au matériel pédagogique adapté MPA .....</i>	59
3.2.	Au-delà des évolutions organisationnelles, conduire des évolutions ambitieuses au sein de l'éducation nationale en matière de ressources humaines et de systèmes d'information.....	61
3.2.1.	<i>Évolution de l'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap - AESH.....</i>	61
3.2.2.	<i>Un déploiement de personnes ressources au niveau local qui doit s'appuyer autant que possible sur les enseignants spécialisés .....</i>	62
3.2.3.	<i>Améliorer le suivi de la scolarisation et des parcours des enfants et jeunes en situation de handicap et la production de données sur l'école inclusive .....</i>	63
3.2.4.	<i>Systématiser la formation auprès des acteurs selon des modalités plurielles.....</i>	65
3.3.	Ajuster les modalités d'orientation et de prescription d'aide humaine, dans une logique de parcours, pour mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes en situation de handicap .....	67
3.3.1.	<i>Une collaboration renforcée entre les acteurs (MS, EN, MDPH, ARS) pour optimiser les orientations dans une logique de parcours et de solution adaptée pour tous les enfants et jeunes en situation de handicap.. .....</i>	67
3.3.2.	<i>Des modalités de prescription de l'aide humaine favorisant un meilleur équilibre compensation - accessibilité.....</i>	69
3.4.	Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire en s'appuyant sur une réponse médico-sociale renforcée et adaptée.....	70
3.4.1.	<i>L'attribution d'un identifiant national élève (INE) à tous les enfants : plus qu'une mesure symbolique, une ouverture concrète, conforme à la loi de février 2005.....</i>	70
3.4.2.	<i>Favoriser le déploiement du médico-social dans l'école en s'inspirant des expériences récentes innovantes.....</i>	71
3.4.3.	<i>Amplifier la transformation du secteur médico-social et le renforcement de ses moyens pour garantir une réponse adaptée aux besoins de tous les enfants et jeunes en situation de handicap.....</i>	75
	<b>Conclusion.....</b>	<b>77</b>

## SYNTHÈSE

Au moment de préparer la Conférence nationale du handicap (CNH), le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse et la ministre déléguée chargée des personnes en situation de handicap ont, par lettre de mission conjointe du 22 décembre 2022, chargé l'IGÉSR et l'IGAS d'identifier les moyens à mobiliser et les évolutions organisationnelles nécessaires pour la construction d'un acte II de l'école inclusive, en prenant en considération les travaux lancés par le gouvernement.

Dans la perspective de la Conférence nationale du handicap d'avril 2023, la mission a rédigé une note d'étape permettant d'énoncer de premières pistes d'orientations remise aux cabinets en mars 2023.

- **Des progrès dans la scolarisation des enfants en situation de handicap, favorisée notamment par l'évolution du secteur médico-social, la restructuration de l'éducation nationale et leur rapprochement**

Alors que la loi du 11 février 2005 reconnaît à tous les enfants et adolescents le droit d'être inscrit dans un établissement scolaire de droit commun, à la rentrée 2021, plus de 470 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire, en établissement médico-social (EMS) ou en établissement hospitalier, soit une évolution de 21 % depuis 2017. La grande majorité de ces élèves (plus de 409 000) bénéficie d'une scolarité en milieu ordinaire. Cette scolarisation en milieu ordinaire a été soutenue notamment grâce à un recours croissant aux accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH), avec une proportion d'accompagnement mutualisé en nette progression depuis 2017 (70 % du total).

**Le mouvement de structuration de ressources d'appui à l'école inclusive a connu une notable accélération depuis la loi « Pour une École de la confiance » de 2019**, à travers la mise en place des services départementaux de l'école inclusive et des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL).

**À ce jour 4 090 pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) maillent le territoire national et se sont imposés dans leur fonction de gestion de ressources de proximité pour le suivi des AESH, sans pouvoir répondre à l'ensemble des ambitions qui leur a été fixé, faute de ressources suffisantes.** Au sein de l'éducation nationale, les enseignants référents à la scolarisation des élèves en situation de handicap (ERSEH), titulaires d'un diplôme les qualifiant comme spécialisés et déchargés de toute activité d'enseignement, sont dédiés au suivi du parcours scolaire des enfants en situation de handicap. Les réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED), les enseignants spécialisés et les coordonnateurs d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) constituent un appui important et pérenne aux enseignants.

**Le secteur médico-social a profondément modifié ses modalités d'intervention dans les deux dernières décennies, afin de proposer des réponses plus fluides et inclusives.** Ces évolutions se sont traduites dans un premier temps par le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), qui interviennent fréquemment dans les écoles.

Les unités d'enseignement externalisées (UEE) des établissements médico-sociaux, se déploient, avec cependant des différences territoriales marquées et sans atteindre la généralisation à 80 % voulue par le secrétariat d'État à l'horizon 2022. En parallèle, afin de fluidifier le parcours de ces enfants et jeunes et de leur offrir des modalités d'accompagnement diversifiées et évolutives, ces établissements médico-sociaux évoluent vers un fonctionnement en dispositif intégré avec les SESSAD, qui apparaît déjà comme un levier important de l'inclusion par les équipes l'ayant expérimenté.

**Des dispositifs mettant en œuvre des modes de coopération plus intégrés entre médico-social et éducation nationale, avec des approches préventives, sont en cours d'expérimentation.** Les enseignements de certaines expérimentations permettant une inclusion plus forte, une progression des acquis des enfants et une évolution des pratiques enseignantes grâce à l'intégration d'équipes médico-sociales dans les établissements scolaires devront être tirés.

Des pratiques coopératives associant secteur médico-social et éducation nationale émergent aussi pour l'appui à la communauté éducative, même si leur cadrage mérite parfois d'être renforcé, et si le paysage de ces dispositifs se doit d'être clarifié et unifié.

L'observation et l'analyse des différents dispositifs, qu'ils soient du ressort du secteur médico-social ou de l'éducation nationale, ont permis à la mission de constater **la nécessité de proposer une réponse individualisée, face à la grande diversité des situations et des handicaps des enfants.**

- **Les limites de la situation actuelle**

Tout d'abord, **les délais pour obtenir un accompagnement médico-social adapté à l'enfant sont parfois très importants.** De ce fait, l'École est parfois conduite à accueillir par défaut des enfants en situation de handicap sans l'accompagnement médico-social requis. Ces situations, même minoritaires, peuvent mettre en grande difficulté des enseignants, qui se sentent démunis, et conduire à des tensions, ce qui risque de conduire à un rejet de l'école inclusive.

Par ailleurs, **l'École n'apparaît que peu impliquée dans le développement de l'accessibilité, pourtant indispensable pour agir tôt et en amont.** Le développement de l'accessibilité renvoie ici aux mesures mises en place au sein de l'école, en amont d'une éventuelle prescription des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), pour l'évolution de l'environnement de l'enfant, par exemple au travers de pratiques pédagogiques et didactiques.

De nombreux travaux conduits depuis 2005 sur toutes les dimensions de l'accessibilité mais aussi les progrès techniques s'appuyant par exemple sur le numérique permettraient aujourd'hui de prioriser une internalisation de l'accessibilité par l'école alors qu'elle demeure encore perçue comme une dimension externe en raison du cadre de compensation qui en confie la responsabilité aux MDPH. C'est aussi le cas du matériel pédagogique adapté (MPA).

**Si la coopération entre l'éducation nationale et le médico-social, largement plébiscitée par toutes les parties prenantes, est réelle, elle reste encore trop disparate.** Les différences culturelles professionnelles et le manque de temps de concertation sont un frein à ces partenariats qui restent encore trop souvent « personne dépendants ». De même, le manque de disponibilité de locaux dans les établissements scolaires est fréquemment évoqué comme un obstacle à des projets de rapprochement.

La formation des personnels est un autre facteur clé de réussite de l'école inclusive. La mission fait sienne les analyses de la mission IGF-IGÉSR d'avril 2022 qui saluait une formation initiale mieux appréhendée depuis 2020 tout en indiquant des mesures possibles d'amélioration tenant au renforcement des connaissances dans les domaines de l'accessibilité pédagogique, didactique et numérique et au développement de co-interventions entre acteurs de l'éducation nationale et du médico-social. **Le nécessaire renforcement de la formation des personnels de l'éducation nationale a été régulièrement évoqué par les interlocuteurs de la mission tant de l'éducation nationale que du secteur médico-social et par les représentants des familles.**

La mission a par ailleurs porté son attention sur les outils d'échanges et de suivi et sur le pilotage des données, soulignant la nécessité d'un rapprochement des travaux menés par les directions statistiques des deux ministères.

- **Les recommandations de la mission pour mettre en œuvre les orientations de la CNH d'avril 2023 et intégrer la dimension systémique de l'école inclusive**

Au regard des constats posés, une nouvelle évolution de l'organisation de l'école doit permettre de garantir l'accessibilité aux élèves en situation de handicap. Ainsi, **la transformation voulue par la CNH des PIAL en pôles d'appui à la scolarité (PAS), confiant la responsabilité de la réponse de premier niveau à l'éducation nationale, suppose une gouvernance renforcée avec certains moyens nouveaux dédiés, en désignant une direction formée et à plein temps, en veillant à y associer les enseignants référents.** La mise en place des PAS appellera aussi une évolution législative. Un guide d'évaluation des besoins de compensation pour la scolarisation (GEVASco rénové ou nouvelle formule) servirait de support à cette réponse.

Afin d'apporter cette réponse de premier niveau, **chaque PAS devra associer expertises de l'École et du médico-social,** permettant d'identifier les besoins et de proposer des réponses immédiates en renforçant la place et le rôle des familles. Les ressources médico-sociales pourront être mobilisées précocement, dans un cadre unifié intégrant les coopérations déjà existantes. La formalisation d'un cahier des charges spécifique

apparaît un cadre adapté, tout comme l'établissement d'un cadre de conventionnement entre PAS et organisme médico-social porteur de l'équipe. La définition d'une échelle territoriale de proximité conjointe entre éducation nationale et secteur médico-social serait de nature à assurer l'opérationnalité de cette coopération.

Un partenariat avec la MDPH devra garantir la complémentarité de la réponse du PAS avec l'évaluation de la MDPH.

**Compte tenu de l'ampleur de cette évolution, la mission préconise de l'expérimenter dans une dizaine de départements volontaires et de mettre en place un processus de suivi associant les parties prenantes et au premier chef les associations représentant les familles d'enfants en situation de handicap.**

Le matériel pédagogique adapté (MPA) est au cœur des enjeux du rééquilibrage accessibilité/compensation, comme l'a pointé la CNH. **La mission considère que la mise à disposition de matériel pédagogique adapté ne doit plus être réservée aux seuls élèves en situation de handicap mais être accessible à tout élève à besoins éducatifs particuliers** pour lequel l'effet capacitant est évalué. Sans préjudice des compétences de la MDPH en la matière, l'attribution de MPA est partie intégrante de la réponse de premier niveau de l'éducation nationale, avec des formations adaptées. Une augmentation des crédits du programme budgétaire 230 (vie de l'élève) et la redéfinition d'une procédure d'allocation des crédits et de leur utilisation permettraient de renforcer et de faciliter l'accès au MPA.

La CNH propose de regrouper le cadre d'emploi des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) avec celui des assistants d'éducation (AED) pour créer des accompagnants à la réussite éducative (ARé). Afin que cette fusion du cadre d'emploi, qui cible implicitement davantage l'accompagnement mutualisé, ne mette pas fin à l'accompagnement individuel, **la mission préconise de préserver certaines distinctions (fiches de poste) entre ARé mutualisé, d'une part et ARé individualisé d'autre part.** Seuls les ARé individualisés seraient notifiés par la MDPH. Un référentiel de compétences et un plan de formation pour l'ensemble des ARé devront être définis et mis en œuvre.

Les PAS se voyant confier la réponse de premier niveau, la mission estime que pourraient leur être donnés les moyens de décider de manière autonome des attributions des accompagnements mutualisés, sous réserve de leur capacité à mobiliser des moyens d'évaluation adaptés (médecine scolaire, RASED, expertise médico-sociale ...). La notification d'aide humaine individualisée, aide par nature soutenue et continue, resterait du ressort de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Cette mesure suppose une modification des articles L. 351-3 et D. 351-6 du code de l'éducation.

L'une des mesures de la CNH tend au déploiement de professeurs référents. La mission note que le terme de professeur référent induit une certaine confusion avec les enseignants-référents et propose de privilégier celui d'enseignant ressource. Le rôle de ces personnels méritant d'être précisé, la mission propose que soit établie une lettre de mission type (premier degré d'une part et second degré d'autre part) pour définir leurs fonctions, activités et modalités d'interventions, dans un cadre animé par le PAS.

Pour favoriser le partage d'informations et une logique de parcours, répondant à l'ambition de l'école inclusive, les nombreux outils de suivi (application pour la gestion des élèves en situation de handicap - AGESH, livret de parcours inclusif - LPI) pourraient être simplifiés, leurs fonctionnalités optimisées et permettre d'intégrer davantage les échanges avec les familles.

**La formation est un point majeur de réussite de l'acte II de l'école inclusive, comme l'a souligné la CNH qui propose de déployer un plan de formation ambitieux des équipes pédagogiques.** La mission propose ainsi de renforcer la visibilité de l'école inclusive dans les concours de recrutement d'enseignants, de renforcer les formations spécialisées et de proposer un plan de formation continue pluriannuel pour l'ensemble du corps enseignant. Enfin, les formations de proximité, tout particulièrement les formations croisées, associant les personnels de l'éducation nationale et du secteur médico-social, devront être encouragées.

Pour optimiser les orientations dans une logique de parcours et de solution adaptée pour tous les enfants en situation de handicap, il est nécessaire d'institutionnaliser la collaboration entre les acteurs afin de trouver des solutions adaptées à ceux bénéficiant d'un accompagnement médico-social, en étudiant les situations prioritaires. Dans ce but, la mission recommande de systématiser et conforter les commissions d'affectation

partagées entre éducation nationale, agences régionales de santé (ARS), gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) et, MDPH pour l'accompagnement médico-social des enfants et jeunes en situation de handicap.

La CNH propose de déployer 100 projets pilotes d'instituts médico-éducatifs (IME) dans l'École, ce qui emporte des conditions très exigeantes en termes d'espaces à dégager dans les établissements scolaires le plus souvent très difficiles à réunir. **Compte tenu de la transformation en cours de ces établissements vers un fonctionnement en dispositif avec les SESSAD, la mission propose d'élargir l'expérimentation à l'ensemble des ESMS.** Elle préconise également de poursuivre le développement des unités d'enseignement externalisées et d'expérimenter le rapprochement entre celles-ci et les ULIS, avec mise en commun de moyens, en cas de coexistence des deux dispositifs au sein d'une école ou d'un établissement scolaire.

Au-delà, la mission préconise de développer les coopérations d'établissements médico-sociaux avec certains établissements scolaires, répartis de manière à mailler le territoire, dans une logique de plateforme de ressources et **doter chaque établissement scolaire d'un local dédié à l'intervention de cette plateforme pour permettre aux enfants en situation de handicap d'être scolarisés au plus près de leur lieu de vie**, tout en bénéficiant d'un appui médico-social de proximité. Dans cette perspective, la mise en place d'un plan d'aide à l'investissement pour la transformation de l'offre est très attendue.

Si des progrès importants ont été réalisés dans la gouvernance de l'école inclusive depuis la loi sur l'école de la confiance de 2019, **la mission considère que manque à cette architecture une instance nationale plus technique, réunissant administrations et opérateurs, chargée de la déclinaison de la politique d'école inclusive.** Au plan régional, les conventions entre ARS et rectorats devront être généralisées.

Les orientations de la CNH doivent permettre de rendre concret l'ambitieux projet que constitue l'acte II de l'école inclusive. Cela suppose des évolutions majeures, tant du côté de l'éducation nationale que du secteur médico-social. La mission propose une mise en œuvre progressive, avec une phase d'expérimentation de certaines transformations et un suivi associant toutes les parties prenantes. Cette progressivité est aussi de nature à faciliter l'engagement échelonné des moyens budgétaires conséquents nécessaires à ces transformations.

## Liste des recommandations

n°	Recommandation	Autorités responsables	Calendrier
<b>Conduire une profonde évolution de l'organisation de l'école pour renforcer l'accessibilité</b>			
1	Expérimenter dans un premier temps le déploiement des pôles d'appui à la scolarité dans une dizaine de départements volontaires et organiser un suivi du déploiement en associant les parties prenantes	DGESCO, Conseil national de suivi de l'école inclusive	2024-2025
2	Conforter les pôles d'appui à la scolarité avec un cahier des charges national, et désigner comme pilote un personnel d'encadrement à temps plein, avec des moyens administratifs suffisants ; systématiser la mise en place de pôles d'appui à la scolarité interdegrés	DGESCO	2024-2026
3	Associer étroitement les enseignants-référents au pilotage des pôles d'appui à la scolarité et renforcer leurs moyens sur le territoire, avec une cible de 150 à 200 dossiers suivis par enseignant	DGESCO, rectorats, DSDEN	2024-2026
4	Associer les familles aux différentes étapes de la réponse de premier niveau et au suivi de sa mise en œuvre	DGESCO, rectorats, DSDEN	2024
5	Faire du guide d'évaluation des besoins de compensation pour la scolarisation (GEVA-sco) rénové, élargi aux mesures d'accessibilité, le document support de la réponse de premier niveau apportée par le pôle d'appui à la scolarité	DGESCO, rectorats, DSDEN	Mise en œuvre à compter 2024 pour accompagner l'expérimentation PAS
6	Afin de garantir la complémentarité de la réponse de premier niveau du pôle d'appui à la scolarité, axée sur l'accessibilité de la scolarité, et la réponse de compensation de la maison départementale des personnes handicapées, selon les résultats des expérimentations, réviser le cadre juridique (articles L. 351-3, L. 112-2 et D. 351-7 du code de l'éducation) et développer les partenariats entre pôles d'appui à la scolarité (PAS) et maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	DGESCO, DGCS, CNSA rectorats, DSDEN	2025 après expérimentation et lors de la généralisation des PAS et de la réponse de premier niveau
7	Mobiliser les équipes médico-sociales du pôle d'appui à la scolarité pour le conseil, la formation et l'évaluation des situations et unifier l'appui-ressource médico-social à l'éducation nationale en leur sein	DGESCO, DGCS	2024-2026
8	Mettre en place, à l'échelle nationale, un comité technique interministériel pour le déploiement de la politique de l'école inclusive, et généraliser les conventions entre ARS et rectorats	DGESCO, DGCS, CNSA ARS, rectorats	Fin 2023
<b>Accompagner cette réforme organisationnelle par des évolutions de ressources humaines et d'outils</b>			
9	Modifier en profondeur le pilotage des ressources en matériel pédagogique adapté (MPA) et de son attribution. Au plan national, créer un pôle de pilotage du MPA. À l'échelle territoriale, confier aux Pôles d'appui à la	DGESCO, DNE	Préfiguration pôle national début 2024 Compétence PAS suivant calendrier expérimentation

n°	Recommandation	Autorités responsables	Calendrier
	scolarisation la mission d'évaluation fonctionnelle des besoins de MPA		
10	Définir une meilleure procédure d'allocation à l'échelon déconcentré pour l'acquisition de matériel pédagogique adapté et, dans ce cadre, augmenter les crédits du programme budgétaire 230 vie de l'élève.	DGESCO	Accompagner expérimentation en 2024 puis déployer nouvelles procédures à compter de l'exercice budgétaire 2025
11	Établir une distinction entre aide individualisée et aide mutualisée dans le futur cadre d'emploi des accompagnants de réussite éducative et mettre en place un référentiel de compétences.	DGESCO	2026
12	Établir une lettre de mission type (premier degré d'une part et second degré d'autre part) pour définir les fonctions, activités et interventions de l'enseignant ressource. Veiller à sa formation. Prévoir les collaborations et complémentarités avec tous les personnels qui suivent l'enfant en situation de handicap dans un cadre animé par le pôle d'appui à la scolarité.	DGESCO, DGRH, DAF	2024
13	Revoir les droits d'accès aux outils de gestion du livret de parcours inclusif et de l'application de gestion des élèves en situation de handicap pour permettre les interfaces fonctionnelles pour les acteurs de terrain. Développer un applicatif pour la gestion des accompagnants des élèves en situation de handicap / accompagnant à la réussite éducative par les pôles d'appui à la scolarité.	DGESCO, DNE, DEPP	2024 2024-2025
14	Relancer sous l'égide du Conseil national de l'information statistique, un groupe de travail réunissant DEPP, DGESCO, DREES, DGCS et CNSA pour élaborer une feuille de route conjointe du suivi statistique de l'école inclusive incluant les priorités d'enquêtes.	Conseil national de l'information statistique	2024
<b>Déployer un plan ambitieux de formation</b>			
15	Donner une place visible à l'école inclusive dans tous les programmes des concours de recrutement et renforcer les formations spécialisées au Certificat d'aptitude aux pratiques de l'éducation inclusive	DGESCO	2025
16	Mettre en place une formation effective obligatoire de cinq jours sur l'école inclusive avec un plan pluriannuel pour tous les enseignants, sur le modèle des constellations français et mathématiques	DGESCO	2024
17	Systematiser des formations de proximité sur l'école inclusive, à la main des directions des services départementaux de l'éducation nationale et des pôles d'appui à la scolarité, y compris les formations croisées avec le secteur médico-social et les maisons départementales	DGESCO, CNSA, ARS	2024

n°	Recommandation	Autorités responsables	Calendrier
	des personnes handicapées, en mobilisant des financements de l'éducation nationale et du champ médico-social.		
<b>Ajuster le circuit d'évaluation et d'orientation des enfants en situation de handicap</b>			
18	Généraliser les commissions d'affectation partagées pour l'accompagnement médico-social des enfants en situation de handicap entre éducation nationale, Agence régionale de santé, gestionnaires d'établissements ou de services médico-sociaux et maison départementale des personnes handicapées.	DGCS	2024
19	Confier l'attribution des accompagnants à la réussite éducative (ex AESH) mutualisés à l'éducation nationale et, pour ce faire, modifier les articles L. 351-3 et D. 351-6 du code de l'Éducation. En cas de désaccord, autoriser un recours des parents devant la maison départementale des personnes handicapées.	DGESCO, DGCS, DGRH EN	2025 (à la suite des résultats de l'expérimentation des PAS)
20	Pour accompagner l'inclusion scolaire dans ses différentes modalités, en cohérence avec le déploiement de l'INE pour tous les enfants, proposer une évolution de la dotation horaire globale des établissements, avec une possible double comptabilisation <sup>1</sup> , un coefficient majoré <sup>2</sup> des élèves ou une limitation des effectifs dans certaines classes, en fonctions des moyens mobilisables.	DGESCO	2025
<b>Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire en s'appuyant sur une réponse médico-sociale renforcée et adaptée</b>			
21	Élargir l'expérimentation « 100 projets pilotes d'IME dans l'École » à l'ensemble des établissements ou services médico-sociaux, et y inclure l'élargissement des missions de ces établissements ou services médico-sociaux, dans une logique de plateforme territoriale	DGCS, DGESCO	2023-2027 (calendrier CNH)
22	Poursuivre le développement des unités d'enseignement externalisées et expérimenter le rapprochement de classes d'unités d'enseignement externalisées et d'unités localisées pour l'inclusion scolaire co-existantes au sein d'un même établissement	DGCS, DGESCO, DSDEN, ARS	2024
23	Organiser un suivi national quantitatif et qualitatif des temps d'inclusion en classe ordinaire des enfants et jeunes scolarisés dans une unité d'enseignement externalisée des établissements médico-sociaux, ou un dispositif d'unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS).	DGESCO, DGCS, DREES, DEPP	2023

<sup>1</sup> À titre d'exemple, la comptabilisation des élèves d'Ulis dans les effectifs de leur classe de référence.

<sup>2</sup> À titre d'exemple, un enfant en situation de handicap pourrait être « valorisé » pour un effectif de 1,5 ou 2 élèves dans une classe ordinaire.

n°	Recommandation	Autorités responsables	Calendrier
24	Confier au comité départemental de suivi de l'école inclusive le soin de réaliser une carte des unités d'enseignement externalisées, à l'instar de celle des ULIS.	DGESCO, DGCS	2024
25	Confier aux agences régionales de santé l'organisation d'une territorialisation de l'offre médico-sociale, adaptée en fonction des territoires, à articuler avec celle de l'éducation nationale à l'échelle des PAS.	ARS	2024
26	Ajuster les modalités de financement des établissements ou services médico-sociaux dans le cadre de SERAFIN-PH (Réforme pour une Adéquation des financements aux parcours des Personnes Handicapées) aux enjeux de l'école inclusive et adapter les outils pour permettre le suivi de l'activité des plateformes	DGCS, CNSA	2023-2025

## Introduction

Par lettre en date du 22 décembre 2022, signée par le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse et la ministre chargée des personnes handicapées, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche ont été saisies d'une mission conjointe d'expertise auprès de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et de la direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) pour la préparation de l'acte II de l'école inclusive. Il était attendu de la mission d'identifier les évolutions organisationnelles nécessaires et de préciser les moyens RH, juridiques et financiers à mobiliser, en parallèle des groupes de travail préparatoires à la CNH.

Cette mission a été confiée à Yannick Tenne (pilote), André Canvel, Laurence Loeffel et Caroline Moreau-Fauvarque pour l'IGÉSR et Émilie Fauchier-Magnan, Hélène Furnon-Petrescu et Claude Gady-Cherrier pour l'IGAS.

Dans un calendrier contraint par la Conférence nationale du handicap (CNH) prévue pour le printemps 2023, une note d'étape<sup>3</sup> a été adressée aux deux ministres par les inspections générales en date du 20 mars 2023, s'efforçant notamment d'apporter de premiers éléments d'éclairage sur deux sujets :

- le rapprochement du médico-social et de l'éducation nationale ;
- le circuit de l'évaluation et des notifications.

Outre ce calendrier, l'ampleur du champ de la mission était aussi un autre défi ; interroger la structuration de l'école inclusive, la coopération avec le secteur médico-social, la formation des personnels, les circuits d'évaluation des besoins, le cadre d'attribution du matériel pédagogique adapté impliquait non seulement une analyse prospective de chacun de ces sujets mais aussi de tout ce qui interagit entre eux.

La mission a procédé selon trois modalités complémentaires :

- elle s'est appuyée sur une riche documentation et de nombreux travaux menés ces dernières années sur la scolarisation des enfants en situation de handicap. Se faisant, elle a souhaité s'inscrire dans le prolongement des deux précédents rapports des inspections générales de 2018 et 2022<sup>4</sup> afin de conserver une cohérence. L'abondance de travaux antérieurs est aussi l'indice de la complexité des questions ;
- elle a réalisé concomitamment de très nombreux entretiens avec les acteurs de l'école inclusive et du secteur du handicap, notamment associatifs, mais aussi quelques familles, des chercheurs ainsi que des visites de terrain dans les académies de Nancy-Metz, Créteil, Nantes, et Bordeaux, complétées par des auditions à distance avec les instances déconcentrées – ARS, rectorat, MDPH – dans les académies de Lyon, Orléans-Tours, Aix-Marseille, La Réunion et la Guyane. Elle s'est ainsi attachée à regarder les réalités quotidiennes qui donnent à voir les attentes et pistes prometteuses. Elle a conduit certaines investigations en s'appuyant sur l'administration de questionnaires ;
- elle a également eu accès à une partie des travaux des groupes de travail préparatoires à la CNH, animés par les services des deux ministères.

Compte-tenu des délais, la mission n'a pu toutefois rencontrer d'acteurs de l'enseignement privé, ni enrichir ses travaux de l'expérience de l'enseignement agricole, ce qui aurait apporté un éclairage complémentaire utile.

Les annonces de la CNH, par le Président de la République, le 26 avril 2023, ont appelé une nouvelle étape dans le travail de la mission.

Le premier engagement de la CNH concerne l'École pour tous et se décline en douze mesures qui procèdent à la fois d'une prise en compte des progrès réalisés depuis la loi de 2005 mais aussi des limites rencontrées.

---

<sup>3</sup> IGÉSR n° 22-23 107A - mars 2023, IGAS n° 2022-114N.

<sup>4</sup> IGÉSR-IGF (2022). La scolarisation des enfants en situation de handicap. IGAS-IGAENR (2018). Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap.

Afin d'offrir une grille d'analyse prospective pour ces douze mesures la mission a souhaité partager le cheminement qu'elle a suivi en structurant le plan de son rapport autour de trois grandes parties complétées par des annexes.

La première partie du rapport s'attache à faire un état des lieux des avancées depuis la loi de 2005, avec une approche quantitative et qualitative. La mission a souhaité ainsi illustrer la richesse des initiatives pour montrer les évolutions positives des pratiques professionnelles depuis 2005.

La deuxième pointe les limites aux ambitions d'une école toujours plus inclusive. Se faisant, elle en identifie de nouveaux enjeux et repère les freins qui subsistent quant à une scolarité réellement inclusive.

La troisième partie s'efforce de dégager un ensemble de recommandations qui « font système » pour une école inclusive, ne manquant pas d'y intégrer la lecture de chacune des mesures de la CNH, avec les risques ou opportunités que la mission y voit, nonobstant une présentation qui ne suit pas nécessairement l'ordonnement des mesures de la CNH.

En retenant cette déclinaison opérationnelle des différentes mesures, la mission a souhaité répondre à la commande sans s'interdire d'en élargir le champ pour ce qui lui semble être de meilleures conditions de réussite.

Les annexes complètent le texte du rapport sur les aspects suivants :

- un état des lieux statistique de la scolarisation des enfants en situation de handicap ;
- la structuration et les ressources de l'école inclusive au sein de l'éducation nationale ;
- le matériel pédagogique adapté ;
- les dispositifs de coopération entre le secteur médico-social et les écoles et établissements scolaires ;
- un état des lieux de la formation.

Conjointe parce qu'elle interroge deux composantes intriquées dans une même politique publique de l'école inclusive, la mission a conjugué des approches complémentaires pour proposer cette analyse en prise avec les réalités humaines et matérielles. Reste à rappeler que l'école inclusive renvoie aux missions que l'école remplit pour tous ses élèves, dans leur diversité. Scolariser les enfants en situation de handicap, c'est réinterroger les objectifs de l'école mais aussi ses contenus et ses méthodes d'enseignement pour permettre à chaque élève de progresser, développer des compétences d'apprentissage mais aussi d'organisation, d'autonomie et des compétences psycho-sociales. C'est également en conscience de ce questionnement que la mission a souhaité contribuer à la mise en œuvre de l'acte II d'une école inclusive.

## **1. Acte I de l'école inclusive : de réelles avancées**

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, pose une définition structurante du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Depuis cette loi visant à garantir la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, la scolarisation des enfants en situation de handicap est un des axes majeurs de la société inclusive, comme en dispose l'article L. 112-1 du code de l'éducation : « (...) *le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant (...)* ». Le sens donné à cet engagement a été renforcé par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République : « *Le service public de l'éducation reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction (...)* Le droit à l'éducation est garanti à chacun », article L. 111-1 du code de l'éducation.

La loi du 26 juillet 2019 pour une École de la confiance a pour sa part été porteuse d'évolutions majeures du système éducatif à cette fin de scolarisation inclusive<sup>5</sup> (création des pôles inclusifs d'accompagnement localisés, introduction du thème « école inclusive » dans la formation initiale des enseignants, modification du statut des accompagnants des élèves en situation de handicap, renforcement du dialogue avec les familles...).

De fait, l'école inclusive, qui accueille aujourd'hui en milieu ordinaire près de 430 000 élèves en situation de handicap, s'est profondément adaptée et structurée, avec des moyens dédiés.

Une telle évolution n'aurait pas été possible sans le développement de coopérations fortes et innovantes avec le secteur médico-social, à la faveur d'un mouvement de transformation de l'offre qui s'est accéléré et de l'essor de nouvelles modalités d'actions.

## **1.1. Malgré des données statistiques partielles, la scolarisation des enfants et jeunes en situation de handicap apparaît en nette augmentation**

Plusieurs rapports<sup>6</sup> ont mis en exergue les difficultés à disposer de données fiables permettant d'appréhender finement et dans leur globalité les caractéristiques et les modalités de prise en charge des personnes en situation de handicap et leur évolution. La mission ne peut que confirmer ce déficit. Les données disponibles sont disparates tant sur les méthodes que sur les périmètres et souffrent d'un manque de consolidation. Ces limites expliquent certaines différences dans les statistiques figurant dans ce chapitre.

Ainsi, pour réaliser cet état des lieux, la mission s'est appuyée principalement sur des données de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale (DEPP), de la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES). La mission a également utilisé des données publiées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI). Les méthodes de recueil des données et les résultats détaillés des éléments analysés par la mission, comprenant des données départementales, sont colligés dans l'annexe 5.

### **1.1.1. Une scolarisation en milieu ordinaire en progression continue<sup>7</sup>**

À la rentrée 2021, selon la DEPP, à côté des 73 884 élèves en situation de handicap scolarisés en établissements hospitaliers ou médico-sociaux, 409 409 élèves en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire à l'école (soit 3,2 % des élèves des écoles et établissements scolaires). Parmi eux, 10 852 sont en scolarité partagée. Les élèves en situation de handicap sont ceux bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) défini par la maison départementale des personnes handicapées<sup>8</sup>.

Entre 2017 et 2021, le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés âgés de 2 à 30 ans est passé de 390 771 à 472 441, soit un taux de croissance annuelle moyen de 4,2 %. Cette évolution est plus marquée dans le second degré (40,4 % versus 17,3 % dans le premier degré) suggérant que la poursuite d'études d'enfants en situation de handicap s'est améliorée et/ou que davantage de ces jeunes sont reconnus comme tels dans le second degré (tableau 1).

---

<sup>5</sup> Scolarisation inclusive que la loi de 2019 substitue à inclusion scolaire.

<sup>6</sup> Rapport IGAS-IGF. Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement. 2012 - Décision de la défenseure des droits, décembre 2017.

<sup>7</sup> Détail de cette analyse en annexe 5.

<sup>8</sup> Étant précisé que certaines MDPH ne remplissent pas tous les PPS des enfants ou jeunes, qui devraient figurer dans le plan personnalisé de compensation établi.

## Évolution de la scolarisation des élèves en situation de handicap depuis la rentrée 2017

	Année scolaire 2017-2018	Année scolaire 2018-2019	Année scolaire 2019-2020	Année scolaire 2020-2021	Année scolaire 2021-2022	Évolution 2017-2021 (en %)
Premier degré	181 158	185 563	194 494	200 421	212 441	+ 17,3
Second degré	140 318	152 232	166 680	183 619	196 968	+ 40,4
<i>Total milieu ordinaire (A)</i>	<i>321 476</i>	<i>337 795</i>	<i>361 174</i>	<i>384 040</i>	<i>409 409</i>	<i>+ 27,4</i>
Établissements sanitaires	8 086	8 249	7 659	7 826	7 231**	- 10,6
Établissements médico- sociaux	70 272	71 802	69 679	69 677	66 653**	- 5,1
<i>Total établissements spécialisés (B)</i>	<i>78 358</i>	<i>80 051</i>	<i>77 338</i>	<i>77 503</i>	<i>73 884**</i>	<i>- 5,7</i>
<i>Dont scolarisation partagée</i>	<i>9 063</i>	<i>9 826</i>	<i>10 690</i>	<i>10 533</i>	<i>10 852**</i>	<i>19,7</i>
<b>Total (A+B)*</b>	<b>390 771</b>	<b>408 020</b>	<b>427 822</b>	<b>451 010</b>	<b>472 441**</b>	<b>+ 20,9</b>

\*Hors scolarité partagée pour éviter les doubles comptes

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

Source : MENJS - DEPP

La scolarisation des enfants et jeunes en situation de handicap en milieu ordinaire à temps complet devient la règle : durant l'année scolaire 2021-2022, plus des  $\frac{3}{4}$  des élèves en situation de handicap de niveau préélémentaire étaient scolarisés à temps complet, cette proportion passant à près de 95 % en niveau élémentaire.

Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) sont des dispositifs d'appui à la scolarisation des élèves en situation de handicap dans une école, un collège ou un lycée qui maillent le territoire. Dans le premier degré, 5 178 ULIS viennent en appui pour 1,3 % de l'ensemble des élèves de l'enseignement élémentaire, public et privé, avec des différences territoriales marquées (carte 1). Dans le second degré, à la dernière rentrée scolaire, 55 300 élèves en situation de handicap, soit 1,3 % de l'ensemble des élèves de collège, public et privé, étaient scolarisés avec l'appui d'une ULIS. Neuf enfants sur dix bénéficiant d'un dispositif ULIS sont scolarisés à temps complet<sup>9</sup>.

En 2018, selon la DREES<sup>10</sup>, 55 % des enfants et jeunes accueillis en établissement médicosocial (ESMS) sont scolarisés en interne, 9 % en unités d'enseignement externalisée (UEE), 6 % en classe ordinaire et 2,4 % en ULIS. Le mode de scolarisation reste dépendant du handicap. Ainsi, près d'un enfant sur deux présentant une déficience intellectuelle est scolarisé dans l'établissement médico-social. La DREES souligne la lente régression de la proportion d'enfants accueillis dans des ESMS non scolarisés, celle-ci passant de 10 % en 2010, à 8 % en 2018<sup>11</sup>, avec des différences notables selon le type de structure et la nature du handicap. La DEPP estime quant à elle à 17 090 le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en UEE en 2021-2022 (versus 8 381 en 2013-2014), avec toutefois d'importantes disparités territoriales (carte 2).

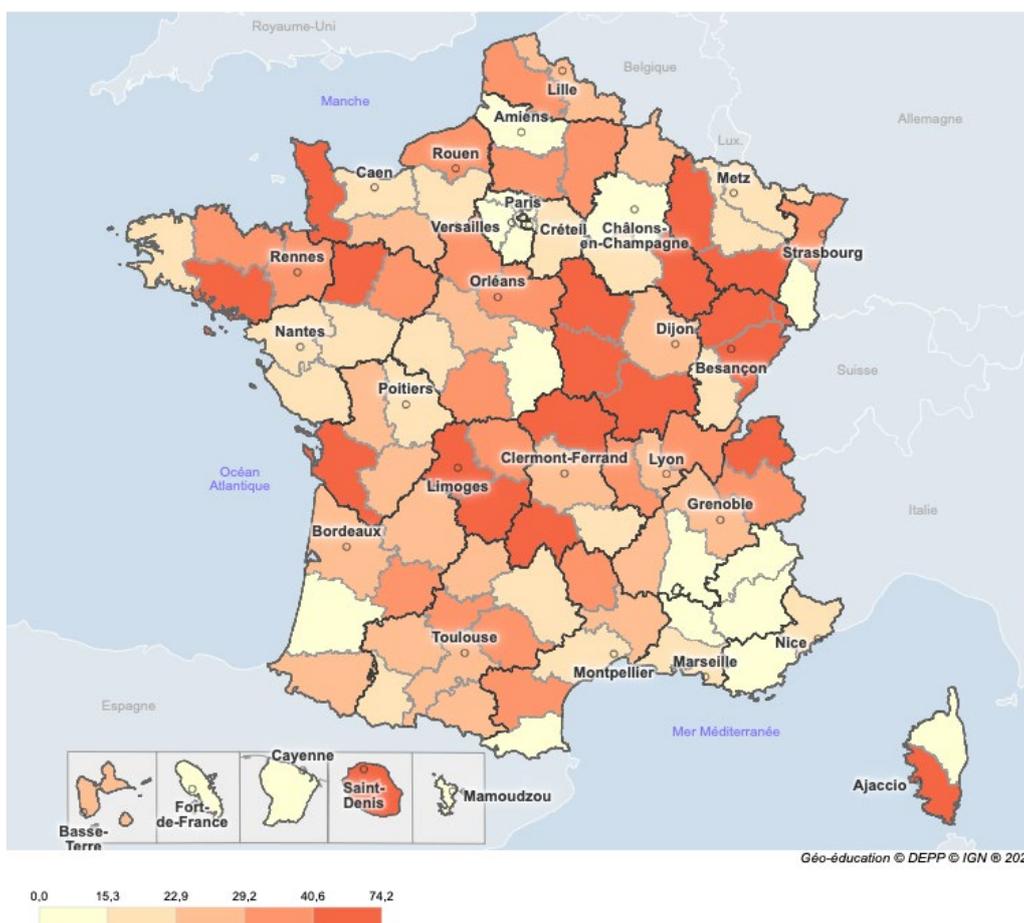
La mission n'a pu avoir accès à des données concernant les temps d'inclusion en classe ordinaire des élèves scolarisés en UEE ou en ULIS.

<sup>9</sup> DEPP et DGESCO : enquêtes n° 3 et 12 relatives aux élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans le premier et le second degrés.

<sup>10</sup> DREES : enquête ES-Handicap 2018, données retravaillées par la mission.

<sup>11</sup> DREES : Études et Résultats, mai 2022, n° 1231.

## Proportion d'élèves accompagnés par des ESMS bénéficiant d'une scolarisation en UEE par département



Source : MENJ - DEPP, carte réalisée par la mission à partir des données traitées issues de la BCP

### 1.1.2. Une prédominance des garçons parmi les enfants et jeunes en situation de handicap et des enfants relevant de l'aide sociale surreprésentés dans les ESMS<sup>12</sup>

Sept enfants et jeunes en situation de handicap sur dix scolarisés sont des garçons. Cette dissymétrie est observée à l'identique dans la population des enfants en situation de handicap accompagnés par un ESMS, avec toutefois des différences marquées selon le type de structure. En 2018, 15 % des enfants et jeunes accompagnés par un ESMS relevaient de l'aide sociale à l'enfance (ASE)<sup>13</sup>.

En 2021, 38 % des enfants en situation de handicap scolarisés, en milieu ordinaire ou en unité d'enseignement d'ESMS y compris en scolarité partagée, présentent des troubles intellectuels et cognitifs, 17 % des troubles du langage et de la parole et 16 % des troubles psychiques. Cette répartition diffère si on ne considère que les enfants scolarisés en EMS (22 % de troubles psychiques et seulement 2 % avec troubles du langage et de la parole).

### 1.2. L'éducation nationale s'est fortement structurée pour l'accueil et l'accompagnement des élèves en situation de handicap

Le mouvement de structuration de ressources d'appui à l'école inclusive a connu une notable accélération depuis la loi pour une École de la confiance de 2019, avec la mise en place de services départementaux de l'école inclusive, des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) et le rôle confirmé des enseignants référents dans le suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap.

<sup>12</sup> Détails en annexe 5.

<sup>13</sup> DREES, enquête ES-Handicap 2018.

L'école inclusive concerne aujourd'hui un large ensemble d'élèves à besoins particuliers, ce qui autorise un questionnement sur le rôle toujours prééminent de la compensation pour les élèves en situation de handicap (accompagnement humain, aménagements et matériel pédagogique adapté qui nécessitent une orientation de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)) au regard de la frontière parfois ténue entre élèves à besoins particuliers et élèves en situation de handicap (voir annexe 6).

### 1.2.1. Des ressources humaines émergentes pour l'école inclusive au sein des services départementaux de l'école inclusive

Dans le contexte de la préparation de la loi pour une École de la confiance (loi n° 2019-791 du 26 Juillet 2019), la circulaire de rentrée 2019<sup>14</sup> a donné instruction aux académies de mettre en place des services départementaux de l'école inclusive (SDEI) sous l'autorité des IA-DASEN.

Détaillée en annexe 6, la compétence de ce service ne se limite pas à l'organisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la politique de scolarisation des élèves en situation de handicap mais **s'étend à l'ensemble des élèves à besoins éducatifs particuliers. Les besoins éducatifs particuliers recouvrent une diversité de problématiques, au-delà du handicap (difficultés d'apprentissage persistantes, troubles du comportement, pathologies chroniques, maîtrise insuffisante de certaines connaissances et compétences).**

**Ce périmètre tout à fait explicite, conforme à une vision qui substitue à « l'inclusion scolaire » la « scolarisation inclusive »,** est signifiant d'un projet porteur d'appui, en amont même de toute qualification d'une situation de handicap. Mais le service n'en a pas moins des attributions tout à fait spécifiques dans l'organisation par l'École de l'accueil des élèves en situation de handicap.

La mission note que les SDEI, désormais installés dans le « paysage » de l'école inclusive, pourraient faire l'objet d'une évaluation nationale pour rendre plus efficaces les services rendus et permettre le partage de bonnes pratiques.

Les missions des cellules départementales d'écoute et de réponse aux parents et des réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED) sont détaillées en annexe 6. De nombreux professionnels jouent un rôle ressource au sein de la communauté éducative : enseignants spécialisés des ULIS, conseillers pédagogiques de circonscription et formateurs adaptation scolaire et scolarisation des élèves en situation de handicap (ASH), professeurs ressources (en général des troubles du spectre de l'autisme et troubles du langage et des apprentissages) ou **accompagnant(e)s des élèves en situation de handicap (AESH) référent(e)s, selon une organisation qui varie entre le premier et le second degré.**

### 1.2.2. Des Pôles inclusifs d'accompagnement localisés pour une activité quasi exclusivement dédiée à une gestion complexe des accompagnants aux élèves en situation de handicap (AESH)

Aujourd'hui 4 090 pôles inclusifs d'accompagnement localisés<sup>15</sup> (PIAL) ont été installés. L'ensemble couvre le territoire national et le dispositif s'est donc imposé dans sa fonction de gestion de ressources de proximité pour le suivi des AESH<sup>16</sup>.

Dispositifs relevant d'un texte législatif puisqu'également créés par la loi pour l'École de la confiance de 2019, après une expérimentation en 2018, les PIAL connaissent une grande hétérogénéité de fonctionnement<sup>17</sup>, avec des modalités géographiques, fonctionnelles, organisationnelles différentes. Plusieurs critères

---

<sup>14</sup> Circulaire n° 2019-088 du 5-6-2019 MENJ DGESCO A1-3.

<sup>15</sup> Aux termes de l'article L. 351-3 du code de l'éducation : « Des pôles inclusifs d'accompagnement localisés sont créés dans chaque département. Ils ont pour objet la coordination des moyens d'accompagnement humain au sein des écoles et établissements scolaires de l'enseignement public et de l'enseignement privé sous contrat. Ils constituent des pôles ressources à destination de la communauté éducative (...) Ces dispositifs visent à mieux prendre en compte les besoins éducatifs particuliers de l'élève en situation de handicap en vue du développement de son autonomie. »

<sup>16</sup> Dans la fiche n° 4 du rapport de 2018 IGAS-IGÉSR l'objectif principal de la création d'un pôle inclusif était le suivant : « permettre une gestion réactive et adaptée des AESH en fonction des besoins de l'élève et de son suivi » (p. 99).

<sup>17</sup> Cf. Bilan des mesures éducatives du quinquennat, Rapport d'information n° 543 (2021-2022) de Annick Billon, Max Brisson, Marie-Pierre Monier fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication du Sénat.

expliquent cet état de fait, au *Vademecum* des PIAL. Ils ne disposent pas de moyens dédiés, hormis une indemnisation complémentaire ou une décharge de service pour les coordonnateurs<sup>18</sup>.

Les PIAL sont principalement dédiés à la gestion au quotidien des personnels chargés de l'aide humaine, dans un contexte de hausse continue du recours à l'accompagnement humain, ce qui augmente d'autant leur charge de travail. Ainsi, entre 2017 et 2021, la proportion d'élèves en situation de handicap bénéficiant d'un AESH a progressé de 9 %, cette augmentation étant portée par l'aide mutualisée. Les ⅓ des enfants élèves en situation de handicap bénéficient d'un accompagnement dans le primaire, ce pourcentage diminuant à 45 % dans le second degré. Le pilotage des PIAL, qui s'ajoute à une activité principale, peine parfois à trouver preneur, en l'absence de moyens spécifiques, à l'exception d'une indemnisation complémentaire ou une décharge de service pour les coordonnateurs<sup>19</sup>.

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

### 1.2.3. Des enseignants référents dédiés au suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap

Depuis la mise en œuvre de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap bénéficie d'une organisation dédiée. Les enseignants référents y ont une place centrale<sup>20</sup>.

La circulaire du 18 août 2016 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap précise les missions de **l'enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés, souvent désigné sous l'acronyme de ERSEH**, et celles de **l'équipe de suivi de la scolarisation. Le développement de la coopération avec le secteur médico-social et l'articulation à assurer avec les MDPH et leurs équipes pluridisciplinaires** en sont un axe explicite. L'enseignant référent<sup>21</sup> qui reste **l'interlocuteur privilégié des familles**, doit veiller notamment à la fluidité des transitions entre les divers types d'établissements que l'élève est amené à fréquenter au long de son parcours. Toutefois, les ERSEH interviennent rarement dans l'élaboration des guides d'évaluation des besoins de compensation de la scolarisation GEVA-sco première demande, cela ne faisant pas partie de leurs missions, même s'ils peuvent être consultés sur certains territoires.

**L'équipe de suivi de la scolarisation**<sup>22</sup> facilite la mise en œuvre et assure le suivi de chaque projet personnalisé de scolarisation. Elle est réunie et animée par l'enseignant référent en tant que de besoin et au moins une fois par an. Elle ne peut se réunir en l'absence de l'élève ou, s'il est mineur, de son représentant légal. La famille peut se faire accompagner ou représenter par la ou les personnes de son choix. Elle comprend l'ensemble des professionnels qui concourent à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Il convient de noter que la circulaire de 2016 ajoute aux outils et documents supports un document de mise en œuvre du PPS avec une version pour chacun des niveaux de scolarisation : maternelle, élémentaire, second degré.

Les ERSEH sont déchargés de toute activité d'enseignement. Ils doivent être titulaires d'un diplôme spécialisé (notamment le certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive depuis 2018 (CAPPEI)).

---

<sup>18</sup> À noter que des nouvelles fonctions d'AESH référents, fonctions indemnisées, ont été mises en place depuis la rentrée scolaire 2020, qui contribuent sur l'ensemble du territoire à mieux accompagner les AESH, en permettant à des pairs expérimentés de leur apporter aide et soutien dans leur pratique (circulaire n° 2019-090 du 5 juin 2019).

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> La circulaire du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi des parcours de scolarisation précisait que l'animation et la coordination des équipes de suivi de la scolarisation qui partagent l'organisation et le suivi de chaque projet personnalisé de scolarisation est confiée aux enseignants référents « *aux fins de rechercher la continuité et la cohérence des parcours* » ; et arrêté du 17 août relatif aux enseignants référents et à leurs parcours d'intervention.

<sup>21</sup> Article D. 351-12 du code de l'éducation.

<sup>22</sup> Article D. 351-10 du code de l'éducation.

En 2022, pour 470 000 élèves en situation de handicap, ce sont 2 200 postes d'enseignants référents en équivalent temps plein qui sont ouverts, soit une moyenne de 215 élèves en situation de handicap à suivre par enseignant référent. Ces postes ne sont pas nécessairement pourvus dans leur totalité<sup>23</sup> ou ne sont pas pourvus par des enseignants spécialisés, soulignant un enjeu d'attractivité.

### 1.3. Les coopérations entre médico-social et éducation nationale sont de plus en plus fréquentes pour l'accompagnement des enfants en situation de handicap sur fond de transformation de l'offre médico-sociale<sup>24</sup>

#### 1.3.1. Des modalités d'accueil dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui évoluent

Comme détaillé en annexe 5, la DREES<sup>25</sup> estime, en 2018, à 108 900 le nombre de places pour enfants en établissement médico-social et à 55 790 le nombre de places en SESSAD, soit des évolutions respectives de 2,1 % et 67 % depuis 2006. Moins d'un quart des enfants et jeunes présentant une déficience intellectuelle sont accompagnés par un SESSAD, 72 % étant en IME. *A contrario*, six enfants sur dix présentant une déficience sensorielle et la moitié de ceux atteint d'une déficience motrice sont suivis par un SESSAD. L'externat reste la première modalité d'accompagnement par les établissements (en moyenne 44 %), cette proportion atteignant 71 % dans les IME<sup>26</sup>.

#### 1.3.2. Une transformation de l'offre médico-sociale qui conduit à une augmentation de l'intervention des professionnels médico-sociaux dans l'école

La loi du 11 février 2005 dispose, en son article 19, que « *l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés. Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence* ». Ce droit est garant du meilleur niveau d'inclusion dans la société et d'une adaptation de leur parcours de formation initiale prenant en compte leur handicap ou leur maladie au travers du projet personnalisé de scolarisation (PPS). Le décret du 2 avril 2009<sup>27</sup> complété par l'arrêté du 2 avril 2009<sup>28</sup> précise par ailleurs les modalités de création d'unités d'enseignement (UE) dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé accueillant ces enfants. Ces UE constituent un cadre juridique de coopération stable entre les ESMS et l'éducation nationale.

Dans le même temps, afin de proposer des réponses plus adaptées permettant de fluidifier les parcours de ces enfants et adolescents en situation de handicap, les modalités d'intervention du secteur médico-social se sont profondément modifiées. Ces évolutions détaillées en annexe 8, se sont traduites par :

- **Le développement de services médico-sociaux :** Les SESSAD<sup>29</sup>, constitués d'équipes pluridisciplinaires, visent à apporter un soutien spécialisé aux enfants et jeunes en situation de handicap (et à leur famille) dans leur milieu ordinaire, y compris dans les locaux des écoles et des établissements scolaires. Les SESSAD constituent une modalité de collaboration fréquente et relativement ancienne entre médico-social et éducation nationale, mais celle-ci n'est pas systématique, comme l'ont montré les visites de terrain de la mission. Ce constat mériterait d'être étayé par des données aujourd'hui manquantes sur l'activité et les modalités d'intervention des SESSAD.

---

<sup>23</sup> Source : DGESCO- enquête ASH - Une moyenne des postes ASH de l'éducation nationale pourvus par des enseignants spécialisés s'établit pour 2022 à 69 %.

<sup>24</sup> Cf. annexes 5 et 8.

<sup>25</sup> DREES : enquête ES-Handicap 2018.

<sup>26</sup> Les autres modalités d'accueil définies par la DREES sont l'internat complet, de semaine, ou séquentiel, l'accueil de jour séquentiel et les prestations sur les lieux de vie.

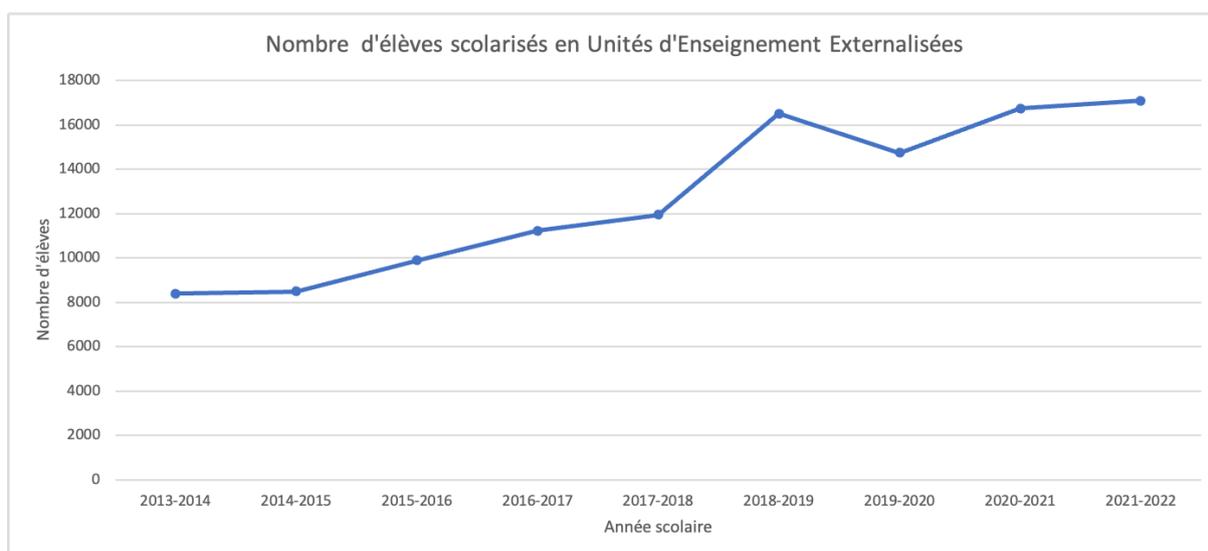
<sup>27</sup> Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009 relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>28</sup> Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation.

<sup>29</sup> Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

- L'évolution des modalités d'intervention des établissements médico-sociaux avec le développement des unités d'enseignement externalisées (UEE) :** elles permettent la scolarisation d'enfants et d'adolescents en situation de handicap dans les établissements scolaires, en restant dans le cadre des établissements médico-sociaux. Depuis 2016, le nombre d'unités externalisées et le nombre d'enfants et d'adolescents qui bénéficient de cette modalité de scolarisation croît progressivement. Les données 2018 de l'enquête quadriennale de la DREES<sup>30</sup> montrent que 9 300 enfants et jeunes de 6 à 15 ans accompagnés par des établissements (soit 8,8 %) fréquentaient une UEE, avec une différenciation en fonction du type d'établissement (22 % en établissement pour jeunes déficients sensoriels, 9 % en IME, et moins de 1 % en institut pour enfants polyhandicapés). La DEPP constate une évolution marquée de la scolarisation en UEE depuis 2013 (graphique 3). Si des progrès ont été accomplis, on ne peut que constater l'écart avec la généralisation à 80 % voulue par le secrétariat d'État à l'horizon 2022, les disparités territoriales restant très marquées<sup>31</sup>.

#### Évolution du nombre d'élèves scolarisés en UEE depuis 2013-2014



Source : données DEPP

Si globalement les acteurs s'accordent sur le bénéfice d'une scolarité « hors les murs » pour les enfants en situation de handicap, les données de la DGESCO<sup>32</sup> montrent une faiblesse des UEE concernant l'affectation des enseignants, qui ne sont pas toujours spécialisés. La part des apprentissages scolaires dans les emplois du temps, la réalité des apprentissages ainsi que de l'inclusion suscitent des interrogations qui justifieraient une évaluation plus approfondie.

Au sein des UEE, ont été développées depuis peu les unités d'enseignement externalisées pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique et pour les enfants polyhandicapés (avec à la rentrée 2022, 286 unités d'enseignement en maternelle - UEMA<sup>33</sup>, 99 unités d'enseignement en élémentaires autisme - UEEA<sup>34</sup>, et 20 UEE polyhandicap). Des éléments de bilan des UEMA<sup>35</sup> mettent en évidence un bon fonctionnement de ces dispositifs, toutefois coûteux en raison d'un taux d'encadrement très élevé (0,7 à 0,8 ETP par enfant), et souffrant d'un développement insuffisant pour proposer une logique de parcours.

<sup>30</sup> Voir les données détaillées en annexe 5.

<sup>31</sup> cf. annexes 5 et 8.

<sup>32</sup> DGESCO A1, mai 2023.

<sup>33</sup> Ces unités prennent en charge des enfants de 3 à 6 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA).

<sup>34</sup> Ces unités proposent une scolarisation à des enfants de 6 à 11 ans présentant des TSA.

<sup>35</sup> Notamment des enquêtes des CREAI à la demande des ARS.

- **Une évolution des établissements médico-sociaux avec le fonctionnement en mode dispositif**

L'objectif de ce mode de fonctionnement est d'introduire de la souplesse dans l'accompagnement des enfants et jeunes en situation de handicap. Le décret d'avril 2017<sup>36</sup> prévoit que les ITEP et les SESSAD accompagnant des enfants ou des jeunes peuvent fonctionner en dispositif intégré (DITEP) dans le cadre d'une convention conclue avec l'ARS, la MDPH, le rectorat et les organismes de protection sociale.

L'équipe de suivi de la scolarisation peut modifier le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) de l'enfant ou de l'adolescent orienté vers un DITEP sans nouvelle notification, permettant ainsi davantage de réactivité dans l'adaptation du parcours scolaire de l'enfant. À ce jour 40 % des ITEP fonctionnent en mode dispositif. Le rapport inter-inspections de 2018<sup>37</sup> jugeait très positivement ce mode d'organisation mais il notait le caractère chronophage et la lourdeur de la transformation et un pilotage national jugé trop contraignant par les acteurs de terrain. Ces propos ont été confirmés par les professionnels du médico-social rencontrés par la mission qui ont souligné l'importance des évolutions organisationnelles et culturelles engendrées par cette évolution majeure<sup>38</sup>.

Le rapport de 2018 susvisé préconisait l'extension du mode dispositif aux instituts médico-éducatifs (IME), évolution qui n'a pas encore été permise par les textes. Des expérimentations de fonctionnement en dispositif d'accompagnement médico-éducatif d'IME (**DIME** ou **DAME**) sont en cours. Les équipes ayant expérimenté ce dispositif le voient comme un levier important de l'inclusion, même si certains tempèrent ces propos, estimant que, pour certains enfants et jeunes, l'établissement reste un atout structurant (prise en charge intégrée, rôle de sas de décompression...). La coordination du parcours des enfants et jeunes reste un élément fort de la réussite du dispositif qui permet également d'augmenter la file active des enfants suivis (avec des ordres de grandeur variant notablement selon les territoires, entre 10 % et 50 %). Au total, ce sont 23 % des établissements pour enfants qui pratiquaient déjà l'accompagnement hors les murs en 2022<sup>39</sup>.

- **Le développement de nouveaux dispositifs médico-sociaux : les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)**

Les PCPE, rattachés à des ESMS, ont pour missions de délivrer des prestations directes en faisant intervenir des professionnels salariés ou libéraux et d'intervenir auprès des familles (guidance parentale), de formaliser un projet individuel d'accompagnement et de coordonner les interventions effectuées. Ils interviennent fréquemment dans les écoles. En 2021, on comptait 246 PCPE, répartis de manière inégale sur le territoire<sup>40</sup>.

### 1.3.3. L'émergence de pratiques coopératives avec le secteur médico-social pour appuyer la communauté éducative

Comme détaillé en annexe 8, deux dispositifs poursuivant un objectif similaire ont été déployés en 2019, l'un sous l'égide du ministère des affaires sociales (**les équipes mobiles d'appui à la scolarisation - EMASco**), l'autre par le ministère de l'éducation nationale (les PIAL renforcés), sans que la complémentarité ni l'articulation entre les deux n'ait été clarifiée. Dès 2020, une note de l'IGÉSR appelait pourtant à une meilleure définition des PIAL renforcés et à une meilleure complémentarité entre les circulaires des deux ministères<sup>41</sup>, à travers la production d'un seul texte de référence, reconnu par les deux ministères.

---

<sup>36</sup> Le décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé donne une base juridique à ce fonctionnement.

<sup>37</sup> IGAENR-IGAS-IGEN, 2018. Évaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension.

<sup>38</sup> Cf. annexe 8.

<sup>39</sup> Données FINESSE retraitées par la mission. Ont été retenus l'ensemble des établissements avec un mode de fonctionnement « accueil de jour & milieu ordinaire », « prestations en milieu ordinaire » ou « tous modes d'accueil et d'accompagnement ».

<sup>40</sup> Chiffres clés de l'autonomie, CNSA.

<sup>41</sup> IGÉSR, mars 2020. École inclusive : suivi de la mise en œuvre – note d'étape n° 3.

- **Les EMASco : une expertise médico-sociale pour conseiller et outiller la communauté éducative**

Le cahier des charges des **équipes mobiles d'appui médico-social** pour la scolarisation des enfants en situation de handicap a été précisé en 2021<sup>42</sup>. En 2022, environ 190 EMASco sont déployées sur le territoire national, financées par les agences régionales de santé. Ces équipes visent à apporter une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative en s'appuyant sur les établissements et services médico-sociaux.

Dans les faits les EMASco interviennent essentiellement pour conseiller et aider les équipes éducatives à gérer une situation difficile avec un enfant en situation de handicap, très majoritairement auprès du premier degré, fréquemment pour des troubles à expression comportementale, pour des troubles du spectre autistique ou, de manière exceptionnelle, pour des enfants sans diagnostic. Les interventions des professionnels dans les classes, qui ne sont pas systématiques, permettent une évaluation fine des difficultés de l'élève et de l'équipe éducative, des temps d'échanges collectifs auprès des équipes et la proposition d'aménagements pédagogiques, voire une suggestion d'accompagnement médico-social (exemple en encadré ci-dessous). Les équipes de petite taille (entre 1 à 4 ETP en général), intègrent des profils variés, avec le plus souvent un binôme éducateur spécialisé/psychologue, et gagnerait à s'appuyer plus systématiquement sur un enseignant spécialisé pour favoriser l'adaptation des recommandations au contexte scolaire et leur acceptabilité par les enseignants. Ainsi, en Guyane, les EMAS fonctionnent avec un support enseignant supplémentaire (coordinateur itinérant qui reste sous l'autorité EN) qui travaille en collaboration avec l'équipe médico-sociale.

**L'EMASco de Meurthe-et-Moselle : déroulé d'une intervention dans un établissement scolaire**

Après la saisine, les professionnels de l'EMASco interviennent en binôme dans les établissements scolaires. Une première rencontre de l'équipe est organisée avec le directeur d'école ou le chef d'établissement, l'enseignant, éventuellement l'AESH ou l'agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM). Puis l'EMASco réalise des observations en classe (de manière séparée pour chacun des membres du binôme), avant de formuler des préconisations à l'équipe pédagogique.

Ces préconisations peuvent porter sur les aménagements pédagogiques (notamment sur les objectifs d'apprentissage), sur l'adaptation des pratiques en fonction des enfants (par exemple, l'isolement de certains enfants avec des problématiques relationnelles, dans certaines situations), ou encore sur l'utilisation de matériels (tels que des casques antibruit, des coussins à picot, des outils de manipulation...). Des matériels peuvent être prêtés par l'EMASco pour que l'équipe éducative puisse les tester.

Sur l'année scolaire 2021-2022, l'EMASco a reçu 71 saisines, dont 58 ont donné lieu à une intervention. L'équipe réalise systématiquement un suivi deux mois après l'intervention.

Même si aucune évaluation scientifique n'a encore été menée, les premiers retours sont très positifs quant aux interventions des EMASco, celles-ci permettant d'apaiser des situations complexes et faisant évoluer les regards et les pratiques des équipes éducatives à l'égard des élèves à besoins particuliers, tout en favorisant le décloisonnement des pratiques. Toutefois, les interventions des EMASco sont fréquemment trop tardives en raison de circuits de saisine trop longs, et la mobilisation des EMASco est très contrastée selon les territoires du fait de la relative méconnaissance de leur existence. À l'inverse, d'autres EMASco relèvent un manque de ressources humaines et une difficulté à couvrir le territoire.

Plusieurs acteurs ont souligné qu'il importait que les interventions directes des EMASco auprès des élèves restent exceptionnelles, au risque d'emboliser leur activité et de limiter leurs interventions préventives, estimant que les missions des EMASco et des SESSAD devaient rester bien distinctes. Le positionnement des EMASco par rapport aux ressources internes de l'éducation nationale n'est pas toujours compris, ce qui peut entraîner des sentiments de concurrence, des réticences des équipes éducatives, ou le sentiment que les ressources médico-sociales suppléent le déficit de certaines ressources de l'éducation nationale (RASED, médecins scolaires, psychologues scolaires, assistants de service social...).

---

<sup>42</sup> Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021.

- **Un risque de confusion entre EMASco, PIAL renforcé et appui-ressource des ESMS ou des plateformes**

**À l'inverse des EMASco, aucun texte n'est venu préciser ni encadrer les PIAL renforcés, dont l'expérimentation a été annoncée en 2019, dans le cadre de la généralisation des pôles inclusifs d'accompagnement localisé (PIAL), et la généralisation annoncée pour la rentrée 2020-2021. Le *vade-mecum* des PIAL précisait alors que le PIAL renforcé bénéficierait de l'appui de professionnels du secteur médico-social coordonné en pôles ressources, et serait encadré par une convention de partenariat précisant les modalités pratiques d'intervention des professionnels.**

Du fait de l'absence de cadrage national, les 854 PIAL renforcés existants en 2022 recouvrent des réalités variées. Dans les départements visités par la mission, les PIAL renforcés s'appuient en réalité sur les EMASco, lorsqu'elles existent sur leur territoire. Ainsi, en Seine-et-Marne, le PIAL renforcé de la circonscription de Nemours s'appuie sur une EMASco. Dans d'autres cas, le PIAL renforcé s'appuie sur une collaboration avec un établissement ou service médico-social sans lien avec une EMASco. C'est notamment le cas en Loire-Atlantique, sur la circonscription d'Ancenis, où le PIAL renforcé repose sur une coopération avec un SESSAD (voir encadré en annexe 8). **Le fonctionnement de ce PIAL renforcé est toutefois très similaire au fonctionnement des EMASco rencontrées par la mission, de sorte qu'il est difficile de distinguer les deux dispositifs.**

**Les autres dispositifs médico-sociaux décrits plus haut (PCPE, dispositifs, plateformes, SESSAD...) peuvent aussi intervenir en appui-ressources des établissements scolaires, ce qui rend le paysage très peu lisible,** en particulier pour les professionnels de l'éducation nationale peu familiers du secteur médico-social. Au-delà du risque de redondance entre dispositifs, ce relatif éparpillement de la fonction d'appui-ressource risque d'en limiter le recours.

#### **1.3.4. Des dispositifs novateurs avec de premiers résultats encourageants mais non concluants**

Plusieurs dispositifs, présentés de manière détaillée en annexe 8<sup>43</sup>, témoignent de modalités de coopération plus intégrées entre médico-social et éducation nationale, avec des approches préventives. Sans que la généralisation de ces dispositifs ne soit envisageable à ce stade, s'agissant d'expérimentations récentes, sans évaluation à ce jour, ou de dispositifs uniques rendus possibles par un historique et un contexte particulier, plusieurs enseignements peuvent d'ores et déjà en être tirés.

##### *1.3.4.1 Les dispositifs d'autorégulation (DAR) : une inclusion permanente d'enfant en classe ordinaire, sans AESH*

**Les dispositifs d'autorégulation (DAR) visent l'inclusion permanente en classe ordinaire, sans aide humaine, d'enfants souffrant de troubles du spectre autistique, grâce à l'intégration d'une équipe médico-sociale au sein de l'école.** Inspirée du Canada, l'autorégulation fait référence à la capacité d'adapter son attention, ses émotions, ses pensées et son comportement pour répondre efficacement aux demandes internes et externes<sup>44</sup>. À la rentrée 2022-2023, environ 50 DAR avaient été développés sur le territoire, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (TND).

Chaque dispositif doit accueillir à terme entre 7 et 10 élèves, avec une montée en charge progressive. L'équipe médico-sociale est composée d'éducateurs (2 à 3 ETP), d'un psychologue (à temps partiel) et de rééducateurs à temps partiel (orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute...). Un enseignant supplémentaire, « l'enseignant d'autorégulation » est affecté dans chaque école accueillant un DAR. Cet enseignant, non spécialisé, intervient au sein de l'école, dans les classes, en appui de l'enseignant, pour la mise en œuvre de l'autorégulation (temps d'observation, appui sur certaines activités...).

Il s'agit d'un travail pédagogique et éducatif, mené en collaboration étroite entre professionnels du médico-social et l'enseignant DAR, qui se déploie dans les différents lieux de l'école, le lieu de scolarisation de l'élève en situation de handicap restant une classe ordinaire. D'autres enfants « neurotypiques » ou présentant des troubles des apprentissages, peuvent être accueillis ponctuellement dans la salle d'autorégulation.

<sup>43</sup> Cf. chapitre 1.2.4.

<sup>44</sup> Au Canada, l'autorégulation est mise en œuvre et fait partie des compétences évaluées pour l'ensemble des élèves et non seulement pour les enfants porteurs de TSA.

**La formation et la supervision sont deux éléments essentiels** du dispositif. L'ensemble de la communauté éducative de l'école et les personnels médico-sociaux intervenant dans le dispositif sont formés conjointement avant la mise en route du DAR et durant sa phase de fonctionnement. La supervision, mise en œuvre par un professionnel extérieur à l'équipe, contribue à la montée en compétence et à l'autonomisation progressive des professionnels intervenant dans le cadre du dispositif et favorise la communication entre les acteurs.

**Au-delà des élèves inclus dans le dispositif, cette approche d'autorégulation, globale,** bénéficie à l'ensemble des élèves et des enseignants. **Il s'agit de fait d'un dispositif particulièrement inclusif qui constitue un puissant levier d'évolution des pratiques éducatives d'un établissement.** Cependant, sa mise en œuvre peut s'avérer complexe et coûteuse, du fait de la mobilisation conjointe d'un enseignant et d'une équipe médico-sociale étoffée.

#### Premiers enseignements des visites de deux DAR

Les membres des équipes rencontrées par la mission attestent de l'intérêt du dispositif, au-delà des enfants notifiés. Ils confirment avoir observé des modifications de comportement des enfants et une progression dans les acquis. Une maman rencontrée témoigne des progrès de son fils et des répercussions positives dans le quotidien de la famille : « depuis l'arrivée de R. à l'école, on revit », « on a plus de compliments de la maitresse (...) C'est beaucoup plus facile au quotidien ».

Si le dispositif est jugé positif, les équipes rapportent cependant son caractère chronophage et des difficultés dans sa mise en œuvre. En premier lieu, les deux équipes rencontrées insistent sur l'importance du ciblage des enfants. Les équipes convergent vers la difficulté d'augmenter le nombre d'enfants et la nécessité de limiter le dispositif à 7 à 8 enfants (en deçà du seuil maximal de 10 prévu dans l'instruction).

Si les retours sont en faveur d'une impérieuse nécessité d'associer l'ensemble de l'équipe enseignante dès le lancement du projet de mise en place du dispositif dans leur école, les difficultés d'appropriation par les enseignants de pratiques pédagogiques différenciées et les différences culturelles et organisationnelles entre l'équipe pédagogique et l'équipe médicosociale restent des éléments à prendre en compte. Les formations conjointes, diversement appréciées selon les équipes, ont cependant permis d'amorcer un rapprochement.

Si le cahier des charges prévoit actuellement un enseignant non spécialisé, les observations de la mission la conduisent à réfléchir à l'intérêt que pourrait utilement représenter le positionnement d'un enseignant spécialisé au sein du DAR.

#### 1.3.4.2 D'autres modalités d'intervention, plus intégrées et préventives, en cours d'expérimentation locales

**L'expérimentation d'ULIS renforcée en Meurthe-et-Moselle consiste à intégrer un plateau médico-social** au sein d'une ULIS collège - lycée professionnel constituée **au sein d'un établissement régional d'enseignement adapté (EREA)**. Il ne s'agit pas ici de créer une nouvelle structure mais d'« *agencer autrement pour transformer* » en s'appuyant sur les ressources existantes dans le territoire. Le dispositif concerne des enfants et jeunes de 11 à 20 ans, quel que soit leur handicap, ayant des capacités d'apprentissage scolaires nécessitant un enseignement adapté et ne pouvant être scolarisés à temps plein ; une partie des jeunes accueillis étaient auparavant scolarisés dans un IME. Tous les jeunes sont accueillis en classe ordinaire, selon des parcours individualisés (entre 7 h et 23 h par semaine).

**L'accompagnement des jeunes est assuré par une AESH collective et trois éducateurs spécialisés.** Le plateau médico-social est issu d'une extension de capacité d'un SESSAD. La jeunesse de ce dispositif ne permet pas d'en dresser un bilan. Néanmoins, il réunit de nombreux atouts, en permettant une scolarisation réellement inclusive à ces enfants et jeunes en s'appuyant sur des structures présentes sur l'ensemble du territoire. Le ciblage des élèves est un préalable indispensable qui contribue fortement à la réussite du dispositif.

Dans le **centre de scolarité adapté (CSA) au sein d'un lycée polyvalent de Nantes, l'intégration du plateau technique médico-social d'un SESSAD et d'un internat adapté dans les murs de l'établissement scolaire** est le fruit d'une collaboration de longue date entre l'établissement et une association gestionnaire d'ESMS. Accueillant historiquement des jeunes en situation de handicap physique moteur et sensoriel ou ayant des troubles des apprentissages (dys), le lycée s'est plus récemment ouvert aux jeunes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). L'orientation scolaire à la sortie de collège est réalisée selon des critères

identiques à ceux des autres élèves. De ce fait, tous les élèves du dispositif sont scolarisés en classe ordinaire. **Un plateau technique, mis à disposition par le lycée, leur permet de bénéficier d'une prise en charge médico-sociale dans les locaux.** Enfin, un internat adapté peut accueillir jusqu'à 12 jeunes. À côté de l'équipe médico-sociale, des AESH mutualisées interviennent dans l'accompagnement scolaire et aux gestes de la vie, y compris durant la nuit<sup>45</sup>. La mission a pu mesurer le rôle primordial du coordonnateur du CSA. Installé à proximité des équipes médico-sociales et des AESH et jouissant d'une légitimité auprès des enseignants étant lui-même issu de ce corps, il est un élément déterminant de cette synergie réussie entre acteurs de l'éducation nationale et du secteur médico-social. Ce dispositif permet une réelle inclusion scolaire de jeunes en situation de handicap, en capacité de suivre une scolarité à temps plein en classe ordinaire, comme en attestent leurs résultats scolaires, identiques à ceux des élèves de l'établissement<sup>46</sup>.

**Enfin, une expérimentation de pôle d'accompagnement à la scolarité (PAS)** en Bourgogne-Franche-Comté permet le positionnement d'un professionnel médico-social d'un ESMS (souvent un éducateur spécialisé) au sein d'une ou deux structures scolaires du premier ou du second degré, situées à proximité, pour mieux répondre aux situations d'enfants scolarisés en milieu ordinaire en dépit d'une orientation alternative et de développer une mission de prévention bénéficiant plus largement aux élèves de l'établissement scolaire. L'originalité du dispositif est de faire intervenir les éducateurs dans les classes où sont scolarisés ces élèves, pour **un appui de la classe et de l'enseignant, non de l'enfant en situation de handicap**. Un récent rapport consacré à l'évaluation du schéma régional de santé de la région souligne que « *les acteurs institutionnels sont unanimes sur l'intérêt des PAS, même s'ils disposent de peu de recul encore sur leur fonctionnement* ».

En conclusion, un tableau présenté ci-après constitue une représentation synthétique des principaux dispositifs de collaboration entre éducation nationale et médico-social et apporte quelques éléments financiers.

---

<sup>45</sup> Deux AESH assurent la surveillance de nuit des jeunes accueillis dans l'internat adapté, chaque personnel effectuant une permanence de nuit par semaine.

<sup>46</sup> Depuis la rentrée 2022, le lycée scolarise 52 enfants en situation de handicap sur 1800 élèves, toutes filières confondues.

Caractéristiques des principaux dispositifs de rapprochement entre médico-social et Éducation nationale pour l'accueil des enfants et jeunes en situation de handicap							
Nom du dispositif	Public	Objectifs	Modalités d'intervention	Nombre sur le territoire	Nb d'enfants ou jeunes concernés	Effectifs des encadrants (ETP)	Données de coût
Unités d'enseignement externalisées (UEE)	Enfant et jeunes en situation de handicap accompagnés par des ESMS	Permettre à des enfants scolarisés en EMS de bénéficier d'une inclusion scolaire	Externalisation d'une unité d'enseignement d'un EMS dans les locaux de l'école. Les enfants restent inscrits dans l'EMS	17 090 enfants scolarisés en UEE à la rentrée 2021-2022	Au moins 6 élèves	A minima un enseignant spécialisé et un professionnel éducatif, tous deux salariés de l'EMS	NC Varie selon le CPOM de l'établissement
<i>Dont Unités d'enseignement externalisées pour l'autisme (UEEA et UEEMA)</i>	<i>Enfants et jeunes souffrant de troubles du spectre de l'autisme accompagnés par des ESMS</i>	<i>Permettre à des enfants scolarisés en EMS de bénéficier d'une inclusion scolaire</i>	<i>Externalisation d'une unité d'enseignement d'un EMS dans les locaux de l'école. Les enfants restent inscrits dans l'EMS (à l'exception des élèves en UEEA, qui disposent d'un INE).</i>	<i>286 UEEMA, 99 UEEA (données rentrée 2022)</i>	<i>7 enfants pour les UEEMA 7 à 10 élèves maximum pour les UEEA</i>	<i>Pour les UEEMA : un enseignant spécialisé et une équipe médico-sociale pour un taux de 0,7 ETP par élève  Pour les UEEA : un enseignant spécialisé, un AESHco, un éducateur spécialisé, un accompagnant éducatif et social</i>	<i>280 000 € par UEEMA 140 000 € par UEEA (crédits médico-sociaux de la stratégie nationale pour l'autisme - hors financement des enseignants)</i>
<i>Dont Unités d'enseignements externalisées pour le polyhandicap</i>	<i>Enfant et jeunes polyhandicapés</i>	<i>Permettre à des enfants scolarisés en EMS de bénéficier d'une inclusion scolaire</i>	<i>Externalisation d'une unité d'enseignement d'un EMS dans les locaux de l'école. Les enfants restent inscrits dans l'EMS</i>	<i>20 (donnée rentrée 2022)</i>	<i>« un nombre restreint »</i>	<i>Équipe pluridisciplinaire qui varie selon les besoins des élèves scolarisés ; a minima, un enseignant spécialisé et un ou plusieurs autres professionnels de l'ESMS  + un coordonnateur pédagogique</i>	<i>Variable selon les ARS (entre 50 000 € et 120 000 €) ; crédits spécifiques fléchés dans les circulaires budgétaires médico-sociales ; hors financement enseignants</i>
Dispositifs d'autorégulation	Enfants et jeunes souffrant de troubles du spectre de l'autisme (notifiés)	L'élève en situation de handicap apprend à réguler son comportement, son attention, ses émotions pour réussir son intégration en classe ordinaire, sans aide humaine.	Coopération, au sein de l'établissement scolaire, d'une équipe médicosociale avec l'équipe enseignante pour permettre l'accueil en toute autonomie d'enfants TSA, en inclusion permanente au sein de classes ordinaires	48 en écoles et plusieurs en collèges (nombre NC)	7 à 10 enfants	ESMS : Équipe pluridisciplinaire composée d'éducateurs, de psychologues, de rééducateurs ;  EN : Un enseignant supplémentaire non spécialisé	140 000 € / an pour l'EMS  EN : 1 ETP enseignant (en moyenne 55 000 € annuels)
EMASco	Enseignants et communauté éducative	Dispositif d'appui-ressource : aide à la gestion des situations difficiles, sensibilisation ;	Équipe médico-sociale intervenant dans les établissements scolaires pour soutenir et conseiller les	190	Nombre d'interventions très variable	Équipe pluridisciplinaire (entre 1 et 7 ETP), le plus souvent composée d'un	100 000 à 150 000 € par EMASco (Financement par les ARS sur appels à projet)

		exceptionnellement, intervention directe auprès des élèves	personnels de l'éducation nationale			binôme composée d'un binôme éducateur/ psychologue	
PIAL renforcés	Enseignants et communauté éducative	Appui de professionnels médico-sociaux pour offrir le meilleur accès possible à l'école aux élèves qui relèvent d'un ESMS (l'appui pouvant concerner les élèves sans notification)	Développement de coopérations entre l'école et le médico-social ; mise en relation des enseignants spécialisés, des éducateurs spécialisés et des enseignants du milieu ordinaire ; co-intervention dans une même classe	854	Nb d'intervention très variable	NC	Aucun financement national ; selon les territoires, financements des ARS aux ESMS concernés
PCPE	Toute personne en situation de handicap sans distinction d'âge	Éviter les ruptures des parcours en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés	Rattachés à des ESMS, ils ont pour missions de délivrer des prestations directes interventions	246 en 2021	Nb d'intervention très variable	Équipe pluridisciplinaire variable selon les missions et les prestations spécifiques délivrées (définies par l'ARS)	Variable selon les ARS, de l'ordre de 100 à 150 000 €

Source : mission

## 2. Une évolution dont les limites pointent de nouveaux enjeux

Le Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies a souligné en octobre 2021 les améliorations à l'actif de l'État français pour appliquer la Convention internationale des droits des personnes handicapées qu'il a ratifiée en 2010. Toutefois, il interroge les choix faits par la France et l'invite à faire évoluer les représentations et les dispositifs mis en place<sup>47</sup>.

Dans ce contexte où les institutions internationales<sup>48</sup> enjoignent à la France d'accroître fortement la dynamique d'inclusion des enfants en situation de handicap à l'École, la mission a été confrontée à plusieurs interrogations majeures et liées, pointant les limites de la situation actuelle :

- en dépit de ressources clairement augmentées, l'École peine à organiser et à garantir un niveau d'accessibilité suffisant pour agir tôt et en amont ; cette responsabilité a en quelque sorte paru déléguée aux MDPH ; le plaidoyer grandissant pour l'accessibilité met aussi en cause la « logique quantitative » du « tout aide humaine »<sup>49</sup> dont des travaux de recherche questionnent la part possible d'impact négatif sur l'autonomie de l'enfant ;
- depuis 2005, de nombreux travaux sur toutes les dimensions de l'accessibilité, mais aussi de nombreux progrès techniques s'appuyant par exemple sur le numérique conduiraient aujourd'hui à revoir le positionnement du curseur entre accessibilité et compensation. C'est par exemple le matériel pédagogique adapté (MPA) qui pourrait passer de la qualification de compensation (c'est-à-dire nécessitant une prescription MDPH) à celle d'outil pour l'accessibilité ;
- parallèlement, le constat que 80 % des élèves en situation de handicap n'ont pas le baccalauréat<sup>50</sup> et ont rencontré des problèmes d'orientation scolaire ou professionnelle doit interpeller toute la communauté éducative sur les moyens à mettre en œuvre pour restaurer l'égalité des chances sans toutefois « promettre n'importe quoi » selon les mots d'un acteur de terrain relevant les injonctions paradoxales faites aux enseignants (excellence d'une part, inclusion et différenciation de l'autre) ;
- symétriquement, l'École est parfois conduite à accueillir par défaut des enfants en situation de handicap sans qu'ils bénéficient de l'accompagnement médico-social requis (les listes d'attentes importantes pour un accompagnement médico-social étant un sujet régulièrement évoqué par les interlocuteurs « de terrain » rencontrés par la mission) ; si les situations individuelles très complexes restent heureusement minoritaires, leur maintien risque toutefois de conduire à un rejet de l'école inclusive dans son ensemble.

---

<sup>47</sup> Le Comité évoque ainsi, dans une critique peu nuancée, « le fait que l'État partie n'a pas pris de mesures pour revoir et aligner sur la Convention sa législation et ses politiques nationales, départementales et municipales relatives au handicap, ainsi que ses lois et politiques fondées sur le modèle médical ou une vision paternaliste du handicap, notamment la définition du handicap figurant dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui est axée sur la prévention du handicap et le traitement médical des incapacités, y compris des handicaps psychosociaux et de l'autisme, et le modèle de la "prise en charge médico-sociale", qui perpétue le placement systématique des personnes handicapées en institution ». Il énonce, dans sa recommandation, que tous les élèves en situation de handicap doivent être scolarisés et qu'il conviendrait de considérer notamment les points suivants :

- le transfert de toutes les formes d'éducation à l'éducation nationale et donc une fermeture des établissements médico-sociaux ;
- la révision de la loi de 2005 qui n'apparaît pas pleinement conforme à la convention de l'Organisation des Nations unies (ONU) signée par la France ;
- la résolution des difficultés à réaliser les attentes d'accessibilité.

Pour sa part, le Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe conclut à la violation des droits des personnes en situation de handicap en France, notamment en matière d'éducation, selon un avis du 16 décembre 2022 rendu public le 17 avril 2023. Les deux organismes, tout en prenant en considération les avancées de l'école inclusive en France, soulignent fortement le déséquilibre constant et pérenne entre accessibilité et compensation, plus particulièrement dans l'accueil scolaires des enfants en situation de handicap.

<sup>48</sup> Cf. le rapport du Comité européen des droits sociaux du Conseil de l'Europe du 17 avril 2023.

<sup>49</sup> Rapport Vial du 3 mai 2023. Mission parlementaire sur les modalités de gestion des AESH.

<sup>50</sup> Malgré une part plutôt croissante d'enfants en situation de handicap dans le second degré, signalée dans la partie 1.1.

**Si la mission ne souscrit pas à la perspective d'une fermeture généralisée des établissements, au regard de situations de handicap très différenciées, elle note les espoirs importants désormais placés dans des parcours « sur mesure » à la faveur du développement des dispositifs exposé supra et d'une coopération entre l'éducation et le médico-social encore à soutenir et systématiser.**

Enfin, alors que la scolarisation inclusive est un cap ferme depuis plusieurs années, l'individualisation des réponses qu'elle suppose, en raison de la grande diversité des situations de handicap, invite à porter un regard critique sur les outils d'échanges et de suivi mais aussi sur la qualité et le pilotage des données.

## **2.1. Des interrogations majeures sur l'équilibre entre accessibilité et compensation subsistent**

En posant une définition du handicap, la loi de 2005 a tracé les contours de l'accessibilité : *« l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. Elle garantit l'accompagnement et le soutien des familles et des proches des personnes handicapées. »*

Plusieurs définitions de l'accessibilité sont aujourd'hui proposées ; la mission privilégie : *« L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap en réduisant voire supprimant les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. »*<sup>51</sup>

D'un point de vue sociologique, l'accessibilité est définie comme *« la capacité d'atteindre les biens, les services ou les activités désirés par un individu »*.

Si l'accessibilité est au cœur de la loi de 2005, en ce qu'elle en forme l'objectif et la compensation le moyen, la répartition des rôles et les pratiques institutionnelles tant de l'école que des MDPH ont semblé tracer une ligne de partage mettant face à face ces deux notions. L'accompagnement humain ou le matériel pédagogique constituent actuellement des mesures de compensation prescrites par la CDAPH. L'école applique ces mesures, avec les moyens disponibles, et, ainsi déchargée de la responsabilité de prescrire, s'est insuffisamment investie dans la définition et mise en œuvre d'un environnement capacitant qui est l'enjeu de l'accessibilité.

### **2.1.1. Le circuit d'évaluation du handicap de l'élève tend à privilégier la compensation**

L'accompagnement humain constitue un exemple emblématique d'un recours croissant à la compensation sans évolution des conditions d'accessibilité à l'école et dans un contexte où les enseignants, insuffisamment outillés, peuvent parfois privilégier cet accompagnement.

#### **• Des demandes d'aides humaines toujours en augmentation et un bilan qualitatif qui fait débat**

Comme précisé en partie 1, la croissance importante du nombre d'enfants et de jeunes en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire s'est accompagnée d'une forte hausse du recours à l'aide humaine. Le rapport conjoint IGF-IGÉSR de 2022, souligne que la soutenabilité financière et les besoins de recrutement des AESH constituent des limites du système actuel, tout comme les enjeux de professionnalisation de la fonction et de la qualité de l'accompagnement pour favoriser l'autonomie des enfants en situation de handicap.

**Deux rapports récents<sup>52</sup> ont souligné la dynamique forte de prescriptions d'AESH, devenue le principal moyen de compensation du handicap en milieu scolaire, en pointant plusieurs explications :**

- des facteurs structurels, comme la progression de la poursuite d'études des élèves en situation de handicap dans le second degré et l'augmentation des reconnaissances de situation de

<sup>51</sup> Délégation interministérielle aux personnes handicapées, définition de l'accessibilité. Une démarche interministérielle (septembre 2006).

<sup>52</sup> Rapport IGAS-IGÉSR n° 2018-012R/2018-055 de juin 2018 ; rapport IGF-IGÉSR n° 2021-M-072-02 - 2022-062 d'avril 2022.

handicap, également à la faveur d'un diagnostic de plus en plus précoce de certains troubles comme l'autisme ou certaines formes de troubles dys-, qui devrait être conforté par la scolarisation obligatoire à partir de 3 ans ;

- une demande des familles mais aussi des équipes éducatives ;
- le rapport de 2022 a montré une corrélation inverse entre le nombre de places au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS) – rapportés au nombre d'enfants en situation de handicap – et le recours à l'aide humaine, cependant que le rapport de 2018 pointait que « *l'augmentation forte et continue de la scolarisation en milieu ordinaire des élèves présentant des troubles intellectuels ou cognitifs, des troubles du psychisme et des troubles du langage et de la parole ne s'explique pas par une baisse du nombre de places en établissements spécialisés mais par l'effet du choix de société de l'inclusion scolaire dans un contexte de hausse de prévalence de ces troubles et de leur reconnaissance.* »

Le plan de transformation de l'offre médico-sociale évoqué précédemment, se traduit en principe par la transformation de places d'établissements au bénéfice de services d'éducation spéciale et soins à domicile (SESSAD) et d'équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMASco) déployées depuis 2019. Cette transformation de l'offre devrait permettre d'apporter un appui à davantage d'élèves en ayant besoin, ce qui permet d'éviter le recours à un AESH notifié en solution alternative / par défaut. **De tels effets de substitution ne sont pour l'instant pas vraiment avérés hormis un nombre extrêmement faible de situations ce qui ne tend pas à inverser la courbe de croissance des AESH.**

Au-delà des problématiques liées à cette croissance quantitative, plusieurs rapports<sup>53</sup> soulignent les enjeux en termes de recrutement, de formation, de statut des AESH<sup>54</sup>. Une étude<sup>55</sup> indique en outre que, si l'accompagnement humain présente des avantages pour dépasser une difficulté d'apprentissage ou d'inclusion dans un collectif, l'accompagnement individuel ne facilite pas toujours l'acquisition progressive de l'autonomie, et peut devenir un écran entre le jeune et son environnement en particulier scolaire. Le bilan qualitatif de l'accompagnement mutualisé serait plus favorable, même si à une échelle de proximité, tant les familles des enfants en situation de handicap que les enseignants restent demandeurs de cet accompagnement humain individuel, comme le soulignent plusieurs rapports récents.

**L'éducation nationale est « prescriptrice cachée », à travers la rédaction des guides d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco), qui incluent peu de données d'accessibilité, mais souvent des demandes d'aide humaine, et sur lesquels les MDPH appuient leurs décisions et la rédaction des PPS.**

La place respective des acteurs de l'éducation nationale et du médico-social dans les circuits d'évaluation découlant de la loi de 2005 soulève la question d'un ajustement possible du circuit de notification pour améliorer la qualité de la décision et les délais de sa mise en œuvre. Dans le processus, des difficultés administratives, relationnelles et organisationnelles sont relevées par plusieurs rapports<sup>56</sup> :

- les compétences de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation qui ne sont pas toujours réunies ;
- un rôle de « prescripteur caché » souvent joué par les équipes éducatives, lors de la formalisation du GEVA-sco avec les parents, à travers une demande d'aide humaine formulée dans ce document ;
- une part limitée des dossiers examinés les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)<sup>57</sup> ;
- un risque contentieux ;

---

<sup>53</sup> Au-delà des deux rapports précités, on peut notamment mentionner un rapport récent de la défenseure des droits (août 2022) ainsi que des rapports de la médiatrice de l'éducation nationale.

<sup>54</sup> Marie Toullec-Théry (2019). D'une recherche sur le travail conjoint AESH - enseignants - Vers la mise en œuvre d'une ingénierie coopérative : un moyen pour renouveler les pratiques ? La nouvelle revue - Éducation et société inclusives. INSHEA.

<sup>55</sup> Marie Toullec-Théry (2020). L'AESH, aide ou écran à l'inclusion scolaire ?

<sup>56</sup> Cf. notamment l'ensemble des rapports de la défenseure des droits et de la médiatrice du MENJ.

<sup>57</sup> Environ 1 % de dossiers étudiés par séance et validation par liste sur tableau Excel le plus souvent.

– un déficit d’accompagnement et de dialogue avec les familles.<sup>58</sup>

- **Des inégalités sociales et territoriales**

Dans les entretiens réalisés par la mission la diversité de rédaction des GEVA-sco est largement soulignée, même si dans certains départements, des pratiques coopératives entre MDPH et éducation nationale (le plus souvent via les enseignants référents) pour améliorer la qualité des GEVA-sco ont été rapportées à la mission. On notera que le GEVA-sco première demande est rédigé par une équipe éducative dont le niveau d’appropriation de l’outil est variable, ce qui explique que certains sont considérés comme des bases, voire des substituts de PPS, là où d’autres semblent insuffisants en termes d’évaluation et de préconisations. Cette diversité peut interroger la formation des équipes pédagogiques et éducatives à l’évaluation des conséquences fonctionnelles sur les apprentissages des troubles constatés et aux solutions pouvant être mises en œuvre.

- **Des progrès constatés, notamment dans la coopération éducation nationale/MDPH, mais des interrogations persistantes**

Dans plusieurs territoires visités, de bonnes pratiques de coopération entre MDPH et DSDEN permettent déjà d’améliorer la qualité des évaluations et des orientations des enfants ou des jeunes avec une meilleure intégration des besoins et de l’offre médico-sociale, incluant les possibilités de scolarisation en milieu ordinaire et l’état réel de ces capacités d’accueil.

Certes, un premier facteur structurel de coopération tient à la mise à disposition par l’éducation nationale de référents scolarité auprès des MDPH, qui participent aux évaluations au sein des équipes pluridisciplinaires d’évaluation (EPE). **L’analyse des effectifs mis à disposition par l’éducation nationale montre une hausse nationale de 13 % entre 2019 et 2022 (en ETP), même si cette hausse nationale peut masquer d’importantes disparités selon les départements.** Sur la même période, on note une diminution nette de la proportion d’enseignants spécialisés occupant ces postes, ce qui témoigne également indirectement du turn-over élevé de ces postes. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont rappelé l’attractivité limitée de ces postes de référents scolarité au sein des MDPH pour les enseignants, du fait d’un régime de primes moins attractif<sup>59</sup>. La faible proportion de compétences relevant du second degré a également été déplorée par plusieurs interlocuteurs.

**Le rôle joué par ces enseignants est toutefois diversement apprécié par les services départementaux de l’EN et la « masse de travail » à accomplir par les MDPH ne favorise pas une fluidité** du traitement des situations<sup>60</sup>. La mission note que ces collaborations renforcées s’appuient sur d’autres acteurs, souvent des services des DSDEN et parfois aussi enseignants référents.

Parfois également, l’établissement de calendriers partagés entre les deux institutions, notamment pour les demandes pouvant conduire à des attributions d’AESH, contribue à faciliter la préparation de la rentrée et la mise en œuvre des prescriptions. Le développement de relations de proximité entre les enseignants référents et les EPE comme la participation régulière de professionnels variés de l’éducation nationale aux EPE contribuent aussi aux relations partenariales entre les deux institutions<sup>61</sup>.

Mais ces exemples de coopération ne suffisent pas à répondre aux interrogations persistantes sur l’évaluation.

---

<sup>58</sup> Le rapport Plus simple la vie - 113 propositions pour améliorer la vie des personnes en situation de handicap, réalisé par Adrien Taquet et Jean-François Serres en 2018 soulignait que pour les usagers, la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap était vécue comme un « *réel parcours du combattant, empreint d’un réel déficit d’accompagnement, de démarches complexes et incohérentes, d’incompréhension voire de méconnaissance par les acteurs et d’un profond sentiment de rejet.* »

<sup>59</sup> Le rapport IGF-IGÉSR, La scolarisation des enfants en situation de handicap, en 2022 préconisait d’augmenter l’attractivité de ces postes en appliquant au minimum le régime indemnitaire prévu par le décret n° 2017-964 du 10 mai 2017.

<sup>60</sup> Cf. les avis du CESE : Reste que leur situation, la réalité de leur fonctionnement quotidien, ne leur permet pas de conduire un accompagnement individualisé. En 2017, elles ont été saisies de 4,5 millions de demandes diverses et ont pris 55 000 décisions relatives à l’allocation adulte handicapé (AAH), (p. 9).

<sup>61</sup> Cf. partie 2.3.3 de l’annexe 8.

**En premier lieu – et c’est ce qui fait le plus obstacle à une relation apaisée avec les familles – figurent les délais<sup>62</sup> que demandent l’évaluation, l’analyse et l’orientation d’une situation.** Certaines MDPH ont réalisé des progrès dans le traitement des dossiers, grâce notamment aux outils méthodologiques développés par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) et à la mise en place d’un suivi par indicateurs. La perception des autres acteurs est parfois nuancée ; ainsi, pour un département où le délai de réponse est en principe de trois mois, plusieurs témoignages évoquent des attentes beaucoup plus longues.

En second lieu, certains acteurs de l’éducation nationale ont, à tort ou à raison, l’impression persistante que **c’est l’avis médical<sup>63</sup> qui prime dans les équipes pluridisciplinaires d’évaluation (EPE) au détriment parfois de l’avis pédagogique et éducatif qui pourrait être exprimé dans le GEVA-sco.** Les professionnels d’EPE soulignent qu’au sein des dossiers qui leur sont transmis figurent de nombreux avis de professionnels médicaux ou paramédicaux favorables au recours à un AESH. Dès lors, à cette étape, c’est la qualification médicale d’un trouble qui détermine l’orientation et le choix de la compensation. Ce qui est en jeu dans ce dilemme d’évaluation est l’équilibre que pourrait définir l’EPE entre compensation et accessibilité en fondant des alternatives plus nombreuses à la demande d’accompagnement. Il va de soi que la complexité est grandissante au fur et à mesure du parcours scolaire de l’élève.

Enfin, le dialogue avec les familles qui, dès la formulation de la première demande, ont « intégré » la nécessité d’un accompagnement humain et ne sont pas suffisamment aidées dans les propositions alternatives<sup>64</sup>, n’en est pas facilité.

### **2.1.2. Les ressources internes de l’école inclusive ne sont pas assez tournées vers l’accessibilité**

Le regard que la mission a pu porter sur les dispositifs et ressources dédiées à l’école inclusive au sein de l’éducation nationale, à travers ses nombreuses visites et entretiens, met en lumière une priorité explicable et légitime faite à la mise en œuvre du cadre normatif de compensation. Dans un mouvement de croissance très forte des besoins, cette approche explique *in fine* comment de ce fait l’accessibilité n’a été que peu traitée.

- **Des PIAL centrés sur la gestion des AESH, moins sur le soutien au parcours des enfants en situation de handicap**

Les différents rapports établis par l’IGÉSR dans la mise en place des PIAL soulignent trois points, réitérés, qui perdurent<sup>65</sup> :

- une configuration à stabiliser pour faire des « PIAL de proximité interdegrés » et favoriser une homogénéisation des PIAL ;
- des fonctions de pilotes, co-pilotes, coordonnateurs<sup>66</sup>, enseignants spécialisés mieux définies et reconnues pour améliorer le pilotage et les collaborations ;
- des modalités de pilotages à définir aux différentes échelles territoriales : locales, départementales, académiques.

Le fonctionnement actuel des PIAL montre qu’une attention a été prêtée à certaines de ces recommandations. L’engagement des personnels a permis d’atteindre des modalités de fonctionnement opérationnelles. Toutefois la grande diversité dans la configuration et le fonctionnement demeure. Les PIAL « interdegrés » ne sont pas nécessairement installés partout et même si le développement de PIAL

---

<sup>62</sup> Cf. rapport parlementaire n° 2178 de Mme Dubois et M. Jumel de 2019 sur la Loi de 2005 quatorze ans après et rapport n° 4274 de Mme Dubois (rapporteuse) du 23 juin 2021.

<sup>63</sup> Le CESE a, dans son avis Une école de la réussite pour tous (CESE, 12 mai 2015, Une école de la réussite pour tous, Marie-Aleth Gard), pointé le risque d’une « *médicalisation abusive de l’orientation scolaire.* »

<sup>64</sup> Cf. les avis du CESE : « *rééquilibrer l’action des MDPH au profit des missions d’information, d’accompagnement et de conseil au bénéfice des personnes* », (p. 9).

<sup>65</sup> Cf. École inclusive : suivi de la mise en œuvre Note d’étape n° 2 : Fonctionnement des PIAL : identification des caractéristiques favorisant leur efficacité en vue d’un déploiement, février 2020 ; École inclusive : suivi de la mise en œuvre Note d’étape n° 3 : Fonctionnement des PIAL : premiers constats sur la mise en œuvre des PIAL renforcés, mars 2020.

<sup>66</sup> Les fonctions de coordinateur de PIAL peuvent concerner les directeurs adjoints chargés de SEGPA (DACs) p. 26, Note d’étape n° 2.

« renforcés » est patent<sup>67</sup>, il faut convenir d'un « paysage » multiforme et à l'efficacité relative en fonction des contextes et des situations.

La difficulté est bien celle d'une centration des activités des PIAL sur la gestion des accompagnants AESH, conformément aux missions dévolues ; ce faisant ils obèrent l'effort d'accessibilité qui devient second et n'est plus une préoccupation majeure pour le parcours de scolarité. Même la souplesse relative offerte par le développement des accompagnants d'élèves en situation de handicap dits mutualisés AESHm<sup>68</sup>, n'a pas suffi à orienter les efforts vers une meilleure accessibilité. La mise en œuvre du pilotage au plus près du contexte du territoire et des besoins des élèves en situation de handicap a contribué *volens nolens* à maintenir la préférence pour la compensation en confirmant que les réponses prioritaires passaient par l'accompagnement humain. C'est cette dimension que les « nouveaux PIAL » doivent corriger pour instruire un équilibre entre compensation et accessibilité. De même des améliorations sont attendues pour structurer la gouvernance, des PIAL en l'adossant à des moyens plus nombreux, améliorer la rapidité des réponses aux prescriptions et donner plus de lisibilité à l'organisation territoriale de ces pôles.

Cette réflexion sur les évolutions organisationnelles des PIAL, sur leur définition géographique et fonctionnelle, sur les modalités de pilotage et la constitution des équipes dédiées nourrit les travaux sur les futurs pôles d'appui à la scolarisation. Le Pôle d'appui à la scolarité (PAS) annoncé dans les mesures de la CNH<sup>69</sup> devra considérer comme objectif premier la possibilité d'une approche raisonnée de l'accessibilité à l'École, donc celle d'un parcours cohérent de réussite pour l'enfant en situation de handicap et non plus le seul accompagnement humain.

**Des enseignants référents dont les missions et le positionnement actuel (centré sur l'animation des équipes de suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap) ne favorisent pas suffisamment le développement de l'accessibilité.**

Lors de ses nombreux entretiens de terrain, tous convergents, la mission a pu établir plusieurs constats préoccupants.

Le nombre de dossiers par enseignant référent est souvent supérieur à 200, allant jusqu'à 300. Un récent rapport d'information de l'Assemblée nationale<sup>70</sup> précise que seuls 17 % des enseignants référents suivraient moins de 200 dossiers et préconise une charge limitée à 100 dossiers par enseignant référent (ce qui impliquerait un doublement de leur nombre). Faute de candidatures, de nombreux postes ne sont pas pourvus par des enseignants spécialisés.

Malgré une augmentation régulière des postes ouverts, le niveau d'alerte est élevé, comme en témoignent les échanges de la mission avec les pilotes ou coordonnateurs de PIAL. Si la relation avec les familles est une priorité claire, la préparation des réunions d'équipe de suivi peut pâtir de cette charge tout comme la bonne documentation des outils de suivi. Un enseignant référent aujourd'hui ne peut offrir un appui complémentaire à ses collègues bien que sa compétence et sa formation d'enseignant spécialisé semblent le désigner tout particulièrement pour cela.

Enfin, à l'évidence, le lien avec les MDPH reste insuffisamment développé sauf circonstances particulières et localisées. Il s'ensuit en outre que les enseignants, mis à disposition des MDPH par l'éducation nationale et intégrés aux équipes pluridisciplinaires des MDPH (240 mises à disposition en équivalent temps plein en 2022), gardent peu de liens concrets et quotidiens avec l'éducation nationale et ne sont pas réellement impliqués dans une dynamique d'échanges croisés avec leur administration de rattachement.

- **Des ressources internes insuffisamment mobilisées sur le volet accessibilité**

Les ressources internes sont aussi inégalement réparties entre le premier et le second degré, au bénéfice du premier degré, selon un cloisonnement historique encore souvent à l'œuvre malgré la dynamique

---

<sup>67</sup> 854 à la rentrée 2022, source : DGESCO.

<sup>68</sup> Aujourd'hui la moyenne nationale est de 70 % de prescriptions d'AESHm (mutualisées) et de 30 % d'AESHi (individuelles) avec encore des disparités territoriales.

<sup>69</sup> Cf. partie 3 de ce rapport.

<sup>70</sup> Rapport sur la mise en œuvre des recommandations de la commission d'enquête sur l'inclusion des élèves handicapés dans l'école et l'université de la République. Rapporteur J. Dubois. Rapport du 3 juin 2021.

interdégrés des services départementaux de l'école inclusive. La poursuite de la mutualisation des ressources pour l'accessibilité est donc un enjeu.

Dans le premier degré, la question de la mobilisation des ressources qu'offrent les RASED au bénéfice des élèves en situation de handicap est périodiquement et régulièrement posée.

Auparavant fortement contraints et menacés dans le cadre de la Révision générale des politiques publiques, les effectifs des RASED connaissent une stabilité depuis quelques années<sup>71</sup>. Un précédent rapport de l'IGÉSR s'interrogeait sur la persistance de la distinction entre maître G et maître E, et sur le maintien d'un principe d'intervention le plus souvent en dehors de la classe, qui en limiterait donc la portée inclusive. Ce rapport soulignait que la priorisation de réponses précoces, c'est-à-dire à la maternelle ou dans l'élémentaire, ne devait pas être abandonnée.

Dans le second degré, la réussite de parcours d'élèves en situation de handicap au long d'une scolarité appellera des moyens nouveaux pour favoriser l'appui à la compréhension des troubles et l'acquisition de pédagogies différenciés dans les matières enseignées dans le second degré. L'adaptation des enseignements est plus complexe pour un professeur du second degré, qui peut avoir 120 élèves, dans des configurations variées, quand un enseignant du premier degré a un groupe-classe d'une trentaine d'élèves au maximum.

- **Des plans d'accompagnements nombreux et dont l'architecture est peu lisible**

La circulaire fondatrice du 18 août 2016 relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap établit une distinction entre des réponses dites de droit commun formalisées dans des plans d'accompagnement personnalisés (PAP), programmes personnalisés de réussite éducative (PPRE) et projets d'accueil individualisés (PAI) soit des « *dispositifs qui permettent de répondre aux besoins éducatifs particuliers des élèves ne nécessitant pas de recourir à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)* » et celle faisant appel à des mesures de compensation au titre du handicap.

Sur proposition du conseil des maîtres ou du conseil de classe ou à la demande de la famille, le PAP prévoit des aménagements et des adaptations pédagogiques pour les élèves souffrant de troubles des apprentissages<sup>72</sup> ; à l'initiative du chef d'établissement ou du directeur d'école avec l'appui de l'équipe éducative, le PPRE prévoit des réponses en termes de différenciation pédagogique pour les élèves dont la maîtrise de certaines connaissances et compétences est reconnue comme insuffisante ; un PAI peut être proposé à l'initiative d'un chef d'établissement, d'un directeur d'école ou du médecin scolaire; il suppose un avis médical et prévoit des aménagements de scolarité, un traitement médical et le cas échéant un protocole d'urgence pour les élèves atteints de pathologies chroniques, d'intolérances alimentaires ou d'allergies ; à l'initiative de la famille et de l'équipe éducative, éventuellement appuyée par l'enseignant référent à la scolarisation des élèves en situation de handicap (ERSEH), la formalisation du projet personnalisé de scolarisation (PPS) est la conséquence de la reconnaissance de la situation de handicap par la commission compétente (la CDAPH). Le PPS peut prévoir une orientation ou un accompagnement, des aménagements et adaptations pédagogiques, une aide humaine, l'attribution de matériels pédagogiques adaptés.

Parallèlement, pour les élèves en situation de handicap, au sens de reconnaissance du handicap par la CDAPH, les besoins et actions sont en principe précisés dans le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco) et dans le projet personnalisé de scolarisation auquel peut s'ajouter le document de mise en œuvre dudit PPS. **Le projet personnalisé de scolarisation est obligatoire et ses prescriptions sont opposables, dont l'aide humaine et le matériel pédagogique adapté.** Ce circuit souvent mal respecté (soit le guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-sco) est insuffisamment détaillé pour besoins et solutions d'accessibilité pédagogique, soit le projet personnalisé de scolarisation (PPS) n'est pas rédigé et dont le partage pour la traçabilité sont insatisfaisants est également l'objet de fortes réserves par les acteurs concernés.

La profusion de plans fait l'objet d'une critique d'autant qu'elle ne s'assortit d'aucun suivi statistique de certains d'entre eux, en particulier les plans d'accompagnement personnalisé - PAP. Le besoin de documents

---

<sup>71</sup> D'après les données de la DGESCO, on dénombrait au sein des RASED 5 836 postes d'enseignants chargés de l'aide pédagogique en 2022 (+ 0 % par rapport à 2019), 1 679 enseignants chargés de l'aide relationnelle (+ 1 %) et 3 508 psychologues (+ 1 %).

<sup>72</sup> La mise en place du PAP est subordonnée à l'avis du médecin scolaire, en lien avec les familles et l'enseignant.

totallement distincts pour ces différentes situations mérite d'être interrogé : si les situations décrites sont différentes et les parties prenantes à leur constitution ne sont pas les mêmes, les aménagements scolaires peuvent se ressembler dans nombre de cas. Le rapprochement ou l'unification de certains documents seraient par ailleurs en cohérence avec la priorité d'un suivi centré sur l'enfant et son parcours, englobant toutes les différentes.

Une relative incompréhension accompagne les mécanismes organisant les mesures d'aménagements de concours ou d'examens<sup>73</sup>, qui peuvent être ou non rattachées à l'une des situations précitées, et qui, dans certains cas, en dépit des consignes données par la DGESCO, souffrent d'un manque de continuité avec les aménagements accordés durant la scolarité.

- **Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) : un développement utile, une interrogation majeure**

L'ULIS est un dispositif<sup>74</sup> de l'École mis en œuvre sans engagement conventionnel du secteur médico-social. L'accompagnement par un service, un établissement médico-social ou des professionnels en libéral est toutefois prévu par la circulaire de 2015 et doit faire l'objet d'un conventionnement spécifique<sup>75</sup>.

Reposant sur un enseignant spécialisé généralement en binôme avec un AESH collectif, l'unité localisée pour l'inclusion scolaire n'est pas une classe ; c'est un dispositif d'appui à la scolarisation en classe ordinaire, celle-ci étant la classe de référence des élèves. Cette distinction majeure<sup>76</sup> doit permettre de favoriser l'inclusion des élèves en permettant une scolarisation entre les classes ordinaires et le dispositif ULIS. C'est donc un dispositif qui requiert une dynamique de coopération entre enseignants ordinaires et spécialisés, les enseignants spécialisés coordonnateurs de l'ULIS assurant la fonction de personne ressource auprès des enseignants et des équipes.

L'efficacité de fonctionnement des ULIS peut être relevée localement<sup>77</sup>. Elle explique le choix fait par le ministère d'un développement important des ULIS par des créations en continue ces dernières années<sup>78</sup>. **La mission considère toutefois qu'une évaluation qualitative de ces dispositifs devrait être réalisée notamment pour en mesurer les effets pour les élèves, les implications des équipes pédagogiques, les fonctionnements mis en œuvre.** Cette étude pourrait ainsi interroger le circuit de notification pour les ULIS, leur recrutement et la diversité des dispositifs où la classification établie par le ministère apparaît peu opérante.

Toutefois la mission, dans ses analyses et échanges, a pu mesurer que les effets d'une multiple notification des MDPH (EMS, ULIS, scolarité ordinaire avec accompagnement) modifient la nature du fonctionnement des ULIS, en y orientant par défaut des enfants en situation de handicap, faute de place en EMS. **Ces ULIS, au vu des élèves accueillis, parfois avec des troubles importants, n'arrivent pas à inclure leurs élèves dans de bonnes conditions.** L'hétérogénéité des profils d'élèves dans les ULIS, attestée par les enquêtes 3 et 12 de la DGESCO et de la DEPP, constitue une préoccupation des professionnels et des familles, ainsi que le manque d'enseignants spécialisés susceptibles d'être affectés sur ces postes. L'ULIS devient une classe à part pour certains enfants en situation de handicap sur le modèle des classes d'inclusion scolaire (CLIS)<sup>79</sup>.

Dans ces entretiens, notamment avec des chercheurs et des acteurs de terrain, la mission a souligné cette dérive qui dans une dynamique de développement des ULIS ne devra pas être minorée. La mission préconise,

---

<sup>73</sup> Pour la session de juin 2022 DNB, bac GT, bac pro, BP, CAP, le pourcentage agrégé de demandes d'aménagements des inscrits est de 6,5.

<sup>74</sup> La circulaire n° 2015-129 du 21 août 2015.

<sup>75</sup> Lors de ses déplacements, la mission a pu observer une ULIS TFC comprenant 12 élèves dont 3 ne sont pas accompagnés par des professionnels médico-sociaux.

<sup>76</sup> Cf. annexe 6.

<sup>77</sup> Annexe 6 : « Le dispositif ULIS est de plus unifié à tous les degrés de l'école, ce qui le rend lisible et visible pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la scolarisation et la prise en charge des élèves en situation de handicap. »

<sup>78</sup> À la rentrée 2022, 10 300 ULIS scolarisaient 109 000 élèves sur les 409 000 élèves scolarisés en milieu ordinaire, soit 26,66 %.

<sup>79</sup> Les ULIS se sont substituées aux CLIS en 2015, avec l'ambition de ne plus constituer des classes séparées, mais d'être un dispositif d'appui à l'inclusion en classe ordinaire.

au-delà d'une évaluation globale du dispositif, une réflexion sur le fonctionnement des ULIS, sur leur recrutement, leur classification etc. Le nombre d'ULIS induit que cette réflexion mérite d'être effectuée dans des délais prochains.

### 2.1.3. Les pôles d'enseignements pour jeunes sourds (PEJS) : un dispositif récent, insuffisamment articulé avec le secteur médico-social

Enfin, sur le champ du handicap sensoriel, des pôles d'enseignement pour jeunes sourds<sup>80</sup> sont déployés depuis 2017 par l'éducation nationale pour favoriser la scolarisation de jeunes sourds dans un établissement scolaire ordinaire et les parcours bilingues. Seize PEJS étaient identifiés en 2020<sup>81</sup>. Ils s'appuient sur des ressources diversifiées (enseignants et co-enseignants, interprètes, AESH, personnels de vie scolaire, et personnels médico-sociaux), même si les apports possibles du secteur médico-social mériteraient d'être mieux intégrés, comme le soulignent tant la visite de la mission qu'un rapport récent de l'IGÉSR<sup>82</sup>.

#### Des parcours inclusifs de jeunes sourds grâce à l'appui d'un PEJS

Dans le PEJS visité par la mission, les enseignants comme la famille rencontrée ont souligné que ce dispositif permettait l'inclusion de quatre élèves sourds avec les autres élèves entendants dans des conditions très satisfaisantes, permettant l'épanouissement des élèves et leurs progrès, et favorisant la cohésion sociale au sein de l'établissement scolaire.

D'après les enseignants rencontrés, l'enseignante spécialisée du PEJS joue un rôle très enrichissant pour les accompagner sur leurs pratiques et sur les adaptations à mener pour ces enfants (notamment en termes d'évaluation), ce qui leur permet de mieux percevoir les difficultés des autres élèves. Le faible volume d'élèves concernés tient à la jeunesse du dispositif (ouverture à la rentrée 2022), ainsi qu'à un partenariat encore en construction avec les structures médico-sociales spécialisées du département (centre de l'audition et du langage et institut national des jeunes sourds).

Les compétences d'enseignants spécialisés de ces institutions médico-sociales (notamment en LPC et en LSF) pourraient venir utilement renforcer l'équipe du PEJS et favoriser les parcours en milieu ordinaire, mais l'absence d'équivalence entre l'éducation nationale et le médico-social, concernant les diplômes d'enseignant spécialisé pour les jeunes sourds, limite ces parcours. À défaut de permettre un rapprochement des diplômes, la réglementation récente<sup>83</sup> facilite les mobilités entre l'éducation nationale et le médico-social pour ces enseignants spécialisés. Dans ce cadre, l'INSEI<sup>84</sup> ouvre une nouvelle option du parcours accessibilité pédagogique et éducation inclusive du master PIHA2 pratiques inclusives handicap accessibilité Accompagnement option enseignement et surdité qui ouvre la possibilité de se présenter aux épreuves du certificat d'aptitude de l'enseignement des jeunes sourds (CAPEJS)<sup>85</sup>.

<sup>80</sup> Les pôles d'enseignement pour les jeunes sourds ou PEJS ont été mis en place par la circulaire 2017-011 du 3 février 2017 relative au parcours de formation du jeune sourd : « *Le PEJS est un dispositif qui permet de regrouper dans un secteur géographique donné des ressources nécessaires à l'accompagnement des élèves. Il assure un regroupement d'élèves afin que l'enfant sourd ne se sente pas isolé. Il est constitué d'un ensemble articulé d'établissements scolaires des premier et second degrés, incluant nécessairement un lycée d'enseignement général et un lycée professionnel, au sein desquels des dispositions sont prises afin que le parcours scolaire de l'élève soit assuré dans la langue qu'il a choisie.* »

<sup>81</sup> Donnée DGESCO.

<sup>82</sup> IGÉSR (2021). Les parcours bilingues des pôles d'enseignement pour les jeunes sourds : état des lieux et perspectives. Rapport n° 2021-080, mai 2021.

<sup>83</sup> Arrêté du 28 mars 2023 relatif au diplôme d'État du certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds.

<sup>84</sup> Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation inclusive.

<sup>85</sup> Une mission nationale « enseignement des jeunes sourds premier degré » a été créée par la DGESCO et est assurée par un IEN ASH à temps plein. Ses missions sont l'appui à la politique nationale en faveur de la scolarisation des jeunes sourds, l'accompagnement de la politique de développement des dispositifs et des établissements scolarisant des jeunes sourds, l'évaluation des dispositifs, partage d'expertise avec les académies, CT ASH, IEN ASH, IEN circonscription, l'élaboration / participation aux formations initiales et continues (enseignement de/en LSF, langue française, bilinguisme) et l'accompagnement, conseil, évaluation des professeurs et des équipes dans la mise en œuvre des enseignements.

Le secteur médico-social pourrait également contribuer davantage à la formation des AESH en langue des signes, ces derniers exprimant une demande de formation plus approfondie, au-delà de la maîtrise de la communication de base déjà acquise.

Enfin, le secteur médico-social peut également constituer une ressource pour les soins (les interlocuteurs soulignant la difficulté d'accéder aux soins d'orthophonie dans le secteur) ou pour l'hébergement, en cas d'éloignement géographique.

#### **2.1.4. Le recours au matériel pédagogique adapté (MPA), vu comme un outil de compensation, est insuffisant**

Comme détaillé en annexe 7, en 2022, ce sont 4,3 % des élèves en situation de handicap dans le premier degré et 19,1 % dans le second degré qui bénéficient de matériel pédagogique adapté<sup>86</sup>. L'on peut s'étonner de cette part relativement faible au regard du développement de troubles (TSA, dys-...) dont les besoins corrélés de MPA sont élevés et du développement continu de l'innovation dans ce secteur, notamment en matière d'accessibilité numérique. Le cadre de prescription (compensation) et les circuits d'attribution peuvent expliquer pour une part ce recours sans doute insuffisant. Le taux insatisfaisant de couverture des prescriptions des MDPH malgré une consommation partielle des crédits du programme 230 en est un autre constat paradoxal.

La mise en perspective de ce recours insuffisant au regard des progrès de la connaissance en matière d'accessibilité et de l'accroissement des ressources font l'objet de développements complémentaires (cf. annexe 7).

- **Le MPA : une grande variété d'outils et de vecteurs d'accessibilité**

La notion de matériel pédagogique adapté recouvre aujourd'hui un ensemble varié de biens et usages (par exemple logiciels en grand nombre et pour différents apprentissages, périphériques adaptés, dictaphones, télé-agrandisseurs, dispositifs optiques, etc. mais aussi petits matériaux comme des guide-doigts, des « *time timer* » etc.). Accessibilité physique et accessibilité numérique tendent à converger dans un concept d'accessibilité universelle, s'appuyant sur des technologies en plein développement.

Ainsi les réflexions actuelles pour faire progresser l'école inclusive sont-elles résolument centrées sur les questions d'accessibilité et d'autonomie, en particulier l'accessibilité pédagogique et didactique des enseignements. Le développement de l'accessibilité de l'école suppose des évolutions sur le long terme des pratiques pédagogiques et didactiques :

- ce qui est pensé dès la conception pour l'accessibilité aux élèves en situation de handicap peut bénéficier à tous les élèves, et en premier lieu à ceux à besoins éducatifs particuliers, ce qui diffère sensiblement de la compensation pensée comme une mesure individuelle ;
- la question des outils technologiques, et en particulier des ressources pédagogiques accessibles / adaptées est déterminante pour l'inclusion scolaire.

Aujourd'hui, le développement des technologies numériques constitue à la fois un enjeu et une opportunité pour déplacer l'équilibre entre compensation et accessibilité et tendre vers une accessibilité de l'École pour tous les élèves, également appelée « accessibilité universelle ». Il ouvre des perspectives tant dans l'évolution des pratiques enseignantes que dans les nouvelles modalités d'apprentissage qui pourraient être investies au travers de ces nouveaux usages par tous les élèves et dans la sécurisation des parcours scolaires. Le potentiel de l'intelligence artificielle est aussi désormais à prendre en compte.

- **Un cadre juridique et d'organisation qui fait exclusivement place à la compensation**

À ce jour, ce sont les MDPH qui prescrivent le matériel pédagogique adapté, qui relève de la compensation dans le cadre du décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014 qui a expressément prévu que la CDAPH se

---

<sup>86</sup> Source DEPP : RERS 2022 - France métropolitaine + DROM - Enseignement public et privé

prononce sur l'attribution de matériel pédagogique adapté. Aux termes de l'article D 351-7 du code de l'éducation, le matériel pédagogique adapté (MPA) n'est même attribué que sur notification de CDAPH<sup>87</sup>.

Celui-ci est toutefois attribué et financé par l'éducation nationale. La circulaire DGESCO n° 2016-117 du 8 août 2016 relative au parcours de formation des élèves en situation de handicap a précisé les modalités de mise à disposition du matériel<sup>88</sup>.

Les services départementaux de l'éducation nationale rencontrés par la mission ont souvent fait l'observation que **cet accompagnement ne constitue la plupart du temps pas une alternative à l'accompagnement humain, mais vient s'y ajouter**. Ainsi, à la rentrée 2022, 70 % des élèves du premier degré et 51 % des élèves du second degré ayant une notification de MPA ont également une notification d'aide d'AESH<sup>89</sup>.

Les interlocuteurs rencontrés par la mission évoquent parfois l'inadaptation des matériels fournis ; ils ont surtout insisté sur la nécessité de prévoir **une formation à la prise en main de l'outil pour les enfants et leurs familles**. Une des difficultés actuelles est que son utilisation, n'étant pas pensée en tant qu'usage pour la pratique enseignante, repose sur l'élève : cela nécessite souvent l'appui d'un ergothérapeute en dehors de l'école. Ainsi, si l'enseignant n'est pas formé, il y a un risque que le matériel ne soit pas utilisé ou qu'il y ait besoin d'un recours à un AESH pour aider l'élève à utiliser le MPA. Le recours à du matériel informatique pour les seuls enfants en situation de handicap peut aussi avoir un effet stigmatisant.

S'agissant en outre de prêt, les modalités de récupération pourraient aussi faire l'objet d'un examen complémentaire, au regard de la continuité à assurer entre les différentes étapes du parcours scolaire et de formation (notamment temps de scolarité et examens).

- **Des circuits lourds et des délais d'attribution trop longs**

La circulaire n° 2001-221 du 29 octobre 2001 toujours applicable précise : « *Le bénéficiaire du prêt doit être un élève effectuant sa scolarité dans un établissement scolaire public ou privé sous contrat à l'exclusion des élèves qui sont scolarisés dans les établissements médico-éducatifs.* »

Les délais de mise à disposition, généralement jugés trop longs, jamais inférieurs à 3 mois mais pouvant parfois durer jusqu'à 12 mois, découlent des délais du traitement de demande à la MDPH et des modalités d'attribution par l'éducation nationale, dont le principe connaît en outre des modalités d'application variées dont la mission n'a toutefois pu réaliser un recensement.

Dans certaines académies, une commission d'attribution, au niveau de la DSDEN (cas de la Gironde), statue sur la demande de prêt. Le prêt effectif du matériel dépend de son avis et du budget réservé au MPA et encore disponible. Dans d'autres cas, si les demandes arrivent trop tardivement par rapport aux contraintes du calendrier scolaire (après avril par exemple), les familles sont informées que leur demande risque d'être sans réponse pour la rentrée et peut-être pour l'année scolaire.

---

<sup>87</sup> L'article D. 351-7 du code de l'éducation nationale dispose : « 1° La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées se prononce sur l'orientation propre à assurer la scolarisation de l'élève handicapé, au vu du projet personnalisé de scolarisation élaboré par l'équipe pluridisciplinaire et des observations formulées par l'élève majeur ou, s'il est mineur, ses parents ou son représentant légal. (...) 4° 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. »

<sup>88</sup> « La scolarité d'un élève handicapé peut être facilitée par l'utilisation de matériel pédagogique adapté. Le besoin pour l'élève de disposer de ce matériel est apprécié par l'équipe pluridisciplinaire et cette décision est prise et notifiée par la CDAPH. Ce matériel pédagogique à usage individuel est mis à disposition de l'élève par les académies, dans le cadre d'une convention de prêt, qui concerne notamment des matériels informatiques adaptés (clavier braille, périphériques adaptés, logiciels spécifiques, etc.). Tant que l'élève est scolarisé dans la même académie et si la notification n'est pas échue, il peut conserver le matériel pédagogique adapté qui lui a été attribué.

L'utilisation effective du matériel mis à disposition de l'élève est évaluée à chaque réunion de l'équipe de suivi de scolarisation et détaillée dans le GEVA-Sc. »

<sup>89</sup> Source : enquêtes 3 et 12 Rentrée 2022 ; informations transmises par la DGESCO.

Les formulations des notifications sont très variables : « *il n’y a parfois aucune indication, parfois quelques précisions ou bien un renvoi à la demande de l’ergothérapeute* »<sup>90</sup>.

Si l’éducation nationale n’est pas prescriptrice, elle est financeur, à travers le programme budgétaire 230 vie de l’élève. Sur le montant des crédits, ce sont 23,3 M€ qui sont inscrits pour le MPA au programme 230 dans le projet de loi de finances (PLF) 2023, avec une répartition prévue presque à moitié-moitié entre premier degré (11 365 740 €) et second degré (11 934 260 €).

La mission a eu peu d’informations sur les modalités d’allocation aux services déconcentrés de l’éducation nationale des crédits du programme 230 mobilisés pour le matériel pédagogique adapté. Toutefois, il semble que, en dépit d’une relative sous-consommation<sup>91</sup> constatée de façon répétée au rapport annuel de performance du programme 230, des demandes instruites par les SDEI après notification de la CDAPH puissent, en cours d’année, se heurter à une insuffisance ou indisponibilité des crédits. La conjonction d’une sous-consommation et celle de besoins non satisfaits interroge la procédure d’allocation des crédits. Elle met aussi en relief un calendrier d’exécution budgétaire probablement mal synchronisé avec les prescriptions notifiées au long de l’année scolaire.

Par ailleurs, le développement de ressources numériques accessibles et adaptées est financé par le MENJ, notamment dans le cadre des programmes d’investissement d’avenir (PIA)<sup>92</sup> (voir annexe 7).

- **Un pilotage et des ressources qui semblent dispersées**

La mission a identifié différents opérateurs et acteurs à différents niveaux offrant un recensement des ressources pédagogiques adaptées.

Parmi ceux-ci, la plateforme « Cap école inclusive »<sup>93</sup>, l’Observatoire des ressources numériques adaptées (Orna) de l’INSEI (ex-INSHEA)<sup>94</sup>, ainsi que le dispositif Edu-up, porté par la Direction du numérique éducatif - DNE.

Toutefois, il y a un véritable enjeu de diffusion et d’appropriation de ces ressources par les équipes enseignantes (voir annexe 7).

Sur le plan national, alors que l’accessibilité numérique est centrale pour l’école inclusive, la mission relève que seul un chef de projet numérique et école inclusive au sein du Bureau de l’accompagnement des politiques publiques numériques pour l’éducation et de la formation (TN1) de la Direction du numérique éducatif semble investi de cette compétence.

Elle note toutefois avec intérêt que la stratégie du numérique pour l’éducation 2023-2027<sup>95</sup>, publiée en janvier 2023, comporte un chapitre : « Mettre le numérique au service de l’école inclusive ».

Au niveau des académies, le sujet « accessibilité numérique / ressources numériques pour l’école inclusive » est plus ou moins porté et référencé sur les sites des DANE/DRANE, ainsi que sur des sites des services départementaux.

Certains services départementaux de l’école inclusive ont en outre précisé avoir établi des listes spécifiques et notamment sélectionné les logiciels les plus utilisés par les ergothérapeutes (cas de la Seine-Saint-Denis).

---

<sup>90</sup> Constat de services départementaux rencontrés par la mission.

<sup>91</sup> Parmi les indicateurs de performances du programme 230 figure l’indicateur « Taux de couverture des prescriptions des CDAPH » qui comporte un sous-indicateur relatif aux prescriptions de MPA. Pour 2021, le taux de couverture de 67 %, inférieur aux prévisions, a conduit à revoir à la baisse un objectif d’exécution fixé initialement à 82 % en cible 2022 et à 85 % pour 2025.

<sup>92</sup> Dans les annexes au PLF 2023 du programme 230, il est noté « *en ce qui concerne l’attribution d’équipement, du matériel pédagogique adapté est mis à la disposition des élèves, après avis de la CDAPH. Le MENJ soutient par ailleurs le développement de nombreuses ressources numériques adaptées, accessibles aux élèves à besoins spécifiques et couvrant les divers champs du handicap, notamment dans le cadre du programme investissements d’avenir (PIA).* »

<sup>93</sup> <https://www.reseau-canope.fr/cap-ecole-inclusive>

<sup>94</sup> <https://www.inshea.fr/fr/content/orna-observatoire-des-ressources-numeriques-adaptees>

<sup>95</sup> <https://www.education.gouv.fr/media/120418/download>

Un référencement, une description des ressources disponibles, avec des aides à la prise en main sont disponibles sur certains sites des services départementaux de l'école inclusive<sup>96</sup>.

Hormis la mise à disposition de ressources, l'éducation nationale n'a donc pas développé d'axe de pilotage national du MPA, ce qui peut s'expliquer par le cadre de compensation aujourd'hui en vigueur.

## 2.2. La coopération entre l'éducation nationale et le médico-social est réelle mais encore très disparate

Les dispositifs de coopération entre éducation nationale et médico-social témoignent de nombreux atouts et leviers de réussite, même si leur déploiement est freiné par plusieurs facteurs, détaillés en annexe 8.

### 2.2.1. Des apports du rapprochement entre médico-social et éducation nationale

Les rapprochements entre médico-social et éducation nationale sont largement plébiscités **par les enfants, jeunes et leurs familles** car ils favorisent la scolarisation en milieu ordinaire, l'intégration scolaire, voire, pour les dispositifs les plus aboutis et les situations qui le permettent, l'inclusion scolaire en classe ordinaire. Lors des visites dans les dispositifs spécialisés (DAR, UEEMA, UEEA, PEJS, ULIS renforcée), et en particulier pour les dispositifs récents dédiés aux troubles du spectre autistique, les parents rencontrés ont exprimé leur satisfaction que leurs enfants fréquentent l'école et disposent d'une classe de référence, l'inclusion changeant le regard des autres. Ils ont également souligné les progrès dans les apprentissages de leurs enfants.

**Les enseignants** rencontrés par la mission ont témoigné de l'appui précieux des professionnels médico-sociaux pour l'accompagnement des élèves en situation de handicap, en particulier lorsqu'ils interviennent dans leur classe. Ainsi, dans une unité externalisée accueillant des jeunes avec des déficiences motrices, une enseignante a construit les adaptations pédagogiques avec le coordonnateur de l'UEE et l'éducatrice spécialisée (aménagement des devoirs, mise en place de tiers temps, modalités d'évaluations différenciées...). L'ergothérapeute de l'ESMS l'a aussi accompagnée à l'utilisation de matériels adaptés (tel que la dictée vocale).

Le croisement de regards entre différentes professionnalités permet aux enseignants (ainsi qu'aux AESH) de reconsidérer leurs pratiques, par exemple en s'autorisant plus facilement à adapter les programmes scolaires ou en prenant en considération davantage les compétences psychosociales. Lorsque les rapprochements entre professionnels sont les plus aboutis, les compétences médico-sociales peuvent bénéficier à un nombre important d'élèves de l'école, dans une approche préventive. À titre d'exemple, dans un DAR visité, les ressources d'enseignant, d'éducateur spécialisé et de psychologue bénéficient à un grand nombre d'enfants de l'école, à travers le co-enseignement et l'organisation d'ateliers dans l'espace d'autorégulation pour 90 élèves. La communauté éducative a témoigné d'un apaisement du climat scolaire dans cette école depuis l'installation du DAR.

Pour l'éducation nationale, le rapprochement avec le médico-social peut aussi être une source d'inspiration pour la configuration des bâtiments, à l'instar du collège Charles Guérin à Lunéville, où, conseillé par les professionnels d'un DITEP, le collège a créé un « sas » où les élèves peuvent venir s'apaiser. Dans ce collège, une **dynamique d'inclusion dite inversée** a aussi été lancée, les ateliers pratiques organisés par le DITEP dans le cadre d'une UEE bénéficiant aux jeunes de SEGPA de l'établissement.

Enfin, pour les professionnels médico-sociaux, l'intervention plus fréquente dans les établissements scolaires, y compris au sein des classes ordinaires, conduit à porter une attention plus forte aux compétences scolaires. Le rapport inter inspection de 2014 sur les unités d'enseignement des ESMS avait pointé des temps d'enseignement parfois très limités et des modalités d'enseignements fondées sur le modèle antérieur de l'enseignement primaire.

---

<sup>96</sup> Voir par exemple, le site Réussir son parcours avec un MPA des services de l'école inclusive de l'Ain : <https://mpa-ash01.blog.ac-lyon.fr>, ou celui de la DSDEN du Rhône.

### 2.2.2. Des freins à une coopération fluide

- **La disponibilité des locaux**

Le premier frein aux collaborations mentionné par les acteurs est celui du manque de disponibilité des locaux dans les établissements scolaires. Un IME visité par la mission n'a pu développer d'unité externalisée, faute d'engagement de la commune pour mettre à disposition un local. La mise à disposition de locaux aux établissements ou services médico-sociaux au sein des écoles ou établissements scolaires peut également être remise en cause au gré des priorités du chef d'établissement ou du directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN). La baisse du nombre d'élèves en cours dans de nombreux territoires devrait toutefois redonner des marges de manœuvre pour de telles collaborations.

- **Des partenariats qui demeurent « personne-dépendants », et ce de manière encore plus marquée dans le secondaire**

En second lieu, les partenariats entre médico-social et éducation nationale restent très personne-dépendants, avec pour conséquence des dynamiques parfois fragiles. L'engagement des directeurs d'école ou des chefs d'établissements, mais également celui des inspecteurs de l'éducation nationale chargés de l'adaptation scolaire (IEN ASH) et des inspecteurs de circonscription, est ainsi déterminant pour la création de nouvelles coopérations comme pour leur maintien. Un SESSAD rencontré par la mission a témoigné de la difficulté voire de l'impossibilité de travailler avec certains établissements du second degré qui « *ferment la porte* ». L'adhésion des équipes enseignantes est également essentielle pour le succès de ces partenariats, comme l'illustrent le fonctionnement très différencié des dispositifs d'autorégulation visités par la mission. Les parents d'élèves peuvent également exprimer des réticences à l'installation d'une coopération avec le médico-social, à l'instar du constat fait dans une UEEA visitée par la mission.

Pour les professionnels médico-sociaux, le rapprochement avec l'éducation nationale, et plus globalement le mouvement de transformation de l'offre, fait aussi l'objet d'un engagement variable, dans un contexte de difficultés de recrutement marquées. Ces changements supposent une évolution du mode d'exercice, avec un accroissement des interventions « hors les murs », sur les lieux de vie des personnes accompagnées et l'émergence de nouveaux métiers (coordonnateurs de parcours, référents de parcours, ...) qui suscitent des craintes. L'intervention des professionnels du médico-social dans les écoles conduit par ailleurs à un accroissement des coûts de transport, un travail en équipes plus réduites, et un renchérissement des coûts de personnels, alors que les financements des établissements ne soient toujours adaptés. Même si les familles et les jeunes rencontrés par la mission se sont déclarés le plus souvent favorables à l'accueil en milieu ordinaire, certaines familles peuvent être réticentes à un accompagnement de leur enfant en milieu ordinaire, en lieu et place d'un accueil en établissement, où l'ensemble de la prise en charge est intégré et financé.

- **Des différences de cultures professionnelles qui peuvent rendre plus complexes les partenariats**

En dernier lieu, les cultures professionnelles entre les deux milieux restent bien distinctes (voir schéma en annexe 8, partie 2) : de manière schématique, la culture enseignante repose traditionnellement sur une intervention individuelle auprès d'un collectif d'élèves visant l'acquisition de compétences scolaires, quand la culture médico-sociale s'appuie sur un travail en équipe pluridisciplinaire avec des interventions auprès de petits groupes d'enfants, pour le développement de compétences variées (y compris psycho-sociales). La complémentarité entre les missions d'accompagnement, pour le médico-social, et de transmission, pour l'éducation nationale, n'est pas aisée à établir, ce qui peut faire naître des tensions, incompréhensions ou difficultés de communication entre professionnels. À titre d'exemple, la présence de professionnels médico-sociaux au sein des classes, que ce soit dans le cadre des EMASco ou des DAR, peut être mal vécue par les enseignants, les observations des professionnels médico-sociaux pouvant être perçues comme des jugements.

Dans ce contexte, les enseignants spécialisés (enseignants référents, coordonnateurs d'ULIS ou enseignants ou coordonnateur d'unités externalisées) jouent un rôle d'intermédiation important pour faciliter le rapprochement entre les cultures et le repérage au sein d'organisations institutionnelles complexes et souvent méconnues de part et d'autre. Le facteur temporel est souvent aussi essentiel pour lever les

appréhensions ou les incompréhensions liées aux différences culturelles, et « *petit à petit faire langage commun* », d'après les termes de professionnels exerçant en EMASco.

### 2.2.3. Des leviers à développer

- **De bonnes-pratiques de concertations entre professionnels**

Un premier levier de réussite réside dans l'instauration de pratiques régulières de concertations entre professionnels, avec un dialogue à instaurer entre les équipes en amont de l'installation de dispositifs. Dans les dispositifs visités, ces temps de concertation réguliers étaient le plus souvent informels, pendant les temps de récréation ou au détours de la pause méridienne.

De fait, les différences d'organisation des temps de travail (et plus particulièrement des temps de présence) comme de temporalité des interventions entre éducation nationale et médico-social peuvent rendre l'institutionnalisation de ces temps de concertation délicate. Des professionnels médico-sociaux soulignent les difficultés à mobiliser les professionnels de l'éducation nationale (enseignants comme AESH) en dehors des temps scolaires, pour des temps de rencontre, des réunions de concertation ou des formations, avec des modalités qui peuvent varier selon le premier ou le second degré.

### 2.2.4. Une territorialisation commune entre éducation nationale et médico-social

Pour surmonter les organisations territoriales très différentes des deux secteurs, la détermination d'une territorialisation commune à une échelle infra-départementale constitue un facteur de réussite qui suppose une territorialisation de l'offre médico-sociale. En Seine-et-Marne, la recomposition de l'offre médico-sociale avec des plateformes médico-sociales territorialisées et polyvalentes a été engagée sur le secteur de l'enfance ; en Eure-et-Loir, l'ARS et le rectorat ont arrêté des cartes de sectorisation commune, dans le cadre d'une organisation médico-sociale associant sectorisation, antenne de proximité et responsabilité populationnelle.

Cependant, selon plusieurs ARS rencontrées, la généralisation de ce type d'organisation ne serait pas envisageable ou difficile, certains territoires connaissant de réelles relations de concurrence entre gestionnaires médico-sociaux. Par ailleurs, l'accompagnement de certains handicaps rares, à l'instar des déficits sensoriels, ne se prêterait que difficilement à un maillage aussi fin du territoire.

#### **Les territorialisations de l'éducation nationale**

Dans le premier degré, l'échelle de la circonscription constitue l'unité d'organisation des nombreuses écoles, avec des différences importantes entre circonscriptions urbaines, semi-urbaines et rurales, compte tenu notamment d'un nombre élevé d'écoles de petites tailles. Sans statut juridique, la circonscription oscille entre gestion pédagogique, gestion administrative, accompagnement et contrôle. Les réseaux d'éducation prioritaire (REP) et les territoires éducatifs ruraux (TER) constituent aussi une territorialisation avec les partenaires (notamment les collectivités).

Dans le second degré, le zonage des établissements, dotés d'une personnalité juridique, demeure la géographie prépondérante, avec, là aussi, une diversité selon la taille, la nature des établissements (collège, lycée) ou la filière (professionnelle, technologique, générale).

Les PIAL comme les bassins d'éducation constituent un autre maillage territorial (le plus souvent interdegrés).

### 2.2.5. Des commissions d'affectation conjointe pour aider à réduire les temps d'attente importants pour un accompagnement médico-social

Une des difficultés majeures, source de tensions entre médico-social et éducation nationale, tient à l'accueil à l'école d'enfants ou jeunes en attente de réponse médico-sociale adaptée. En effet, dans l'ensemble des départements visités par la mission, les acteurs rencontrés ont fait état de temps d'attente importants pour l'accompagnement médico-social d'enfants ou jeunes avec une notification de la CDAPH, ce qui conduit à des accueils dans des conditions inappropriées, voire à des déscolarisations partielles ou totales, en l'attente d'un accompagnement médico-social. Ces situations dégradées sont extrêmement préjudiciables aux enfants ou jeunes et à leurs familles, mais elles peuvent aussi placer en grande difficulté les AESH, les enseignants et les écoles dans leur ensemble, comme l'ont souligné les organisations syndicales de professionnels de

l'éducation nationale. **Si les situations très complexes** (concernant notamment des enfants avec des troubles du comportement, susceptibles de violences) **restent heureusement minoritaires, leur maintien risque toutefois de conduire à un rejet de l'école inclusive dans son ensemble.**

Dans plusieurs départements visités par la mission, de premières solutions partagées ont été définies pour répondre à cette problématique, à travers la mise en place de commissions d'affectation partagées. Un travail partenarial entre éducation nationale, ARS et MDPH permet la définition de critères de priorisation des situations. La tenue de réunions régulières de comités de concertation contribue à trouver des solutions d'accompagnement à ces situations prioritaires, grâce à la coopération des établissements et services médico-sociaux. Le bilan de ce mode de fonctionnement est globalement positif, même si le degré de coopération des établissements et services médico-sociaux est jugé variable et que des tensions d'offre particulièrement élevées sur certains territoires limitent les solutions.

### 2.3. La formation reste très insuffisante pour répondre aux enjeux

Si l'instauration de formations initiales à l'école inclusive et le développement d'une offre de formation continue ne permettent encore aujourd'hui que de toucher un nombre restreint de personnels de l'éducation nationale<sup>97</sup>, le développement d'une formation plus systématique, condition de réussite de l'école inclusive, doit prendre en compte des paramètres complexes.

#### 2.3.1. Un périmètre large et fragmenté et des besoins à mieux identifier

- **Des personnels aux besoins différenciés**

Le code de l'éducation nationale pose un principe dans son article L. 112-2<sup>98</sup> : « *les enseignants, personnels d'encadrement, d'accueil, techniques et de service reçoivent au cours de leur formation initiale et continue une formation spécifique concernant l'accueil et l'éducation des élèves en situation de handicap...* ». Il se conçoit aisément que les besoins de ces professionnels sont différents.

Ainsi, la formation des enseignants devra-t-elle prioriser les réponses pédagogiques et didactiques, tout en leur permettant d'identifier des leviers d'accessibilité ou appuis (cadres ressources à solliciter, à l'échelle de la circonscription scolaire pour le premier degré ou du pôle école inclusive des services départementaux, enseignants spécialisés, enseignants référents...).

La prise en compte des spécificités du premier et du second degré doit être considérée pleinement. Les enseignants du second degré ont un réel besoin de dispositifs didactiques et pédagogiques en lien étroit avec leurs disciplines, au-delà d'une sensibilisation aux différentes formes de handicap. Il s'agit de leur faire acquérir une nouvelle professionnalité dans un contexte où les conditions d'enseignement se complexifient nécessitant des adaptations majeures sur les programmes, les progressions, les organisations du travail scolaire, les évaluations des acquis qui impliquent de nouvelles formes de différenciation. La formation ne peut être fondée uniquement sur des réponses spécifiques, même si la caractéristique de chaque enfant en situation de handicap devra être prise en compte. La formation doit être celle d'une école inclusive et la formation des personnels induit nécessairement des observations de pratiques et des partages d'expériences.

Les enseignants sont confrontés dans le quotidien de l'accueil des élèves en situation de handicap à une diversité de situations liées à la multiplicité des troubles et à une formation qu'ils n'ont pas eue ou qui serait insuffisante<sup>99</sup>. Dès lors une double souffrance peut s'exprimer : celle des professionnels de l'éducation qui se sentent impuissants à répondre efficacement aux besoins des élèves, celle des élèves en situation de

---

<sup>97</sup> Cf. annexe 9.

<sup>98</sup> Et la loi pour une école de la confiance dispose aussi (article L. 721-2 du code de l'éducation) que : « *En ce qui concerne les enseignements communs, un arrêté des ministres chargés de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur précise le cahier des charges des contenus de la formation initiale spécifique concernant la scolarisation des enfants en situation de handicap* ».

<sup>99</sup> Cf. rapport IGF n° 2021-M-072-03 / IGÉSR n° 2022-062. Scolarisation des élèves en situation de handicap - avril 2022 : Les nombreuses saisines reçues chaque année par la Défenseure des droits concernent des situations qui sont souvent liées à une formation insuffisante, voire inexistante, et à une absence d'accompagnement des professionnels de l'éducation nationale. (Contribution de la défenseure des droits à la mission relative à la scolarisation des élèves en situation de handicap, 8 mars 2022.)

handicap (et de leurs parents) lesquels ont le sentiment de vivre dans un environnement scolaire hostile ne prenant pas en considération leurs particularités.

Les enseignants spécialisés qui sont donc aussi une ressource – soit directement auprès d'enfants en situation de handicap dans une pratique régulière (ULIS par exemple), soit enseignants référents chargés du suivi de la scolarisation – ont eux-mêmes des besoins de formation, dont le certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'école inclusive (CAPPEI<sup>100</sup>) est l'élément premier, et de mise à jour régulière de leurs compétences. Il faut encore ajouter les accompagnants des élèves en situation de handicap pour la pluralité des besoins des acteurs à former.

La formation des cadres de l'éducation nationale, même si des efforts ont été réalisés au niveau de l'Institut des hautes études de l'éducation et de la formation (IH2EF) en partenariat avec l'INSEI (ex-INSHEA), requiert aussi des compétences de pilotage et de partenariats avec le médico-social supplémentaires.

- **Des réponses pédagogiques au cœur des enjeux de la formation**

Du côté des enseignants, s'ajoute à la difficulté pédagogique un sentiment d'injonction paradoxale : l'excellence scolaire comme objectif ne fait-elle pas obstacle à une inclusion ouverte ? Admettre que les objectifs eux-mêmes peuvent être différenciés sans laisser personne sur le bord du chemin est aussi une posture que la formation doit permettre de nourrir, sans prétendre armer les enseignants sur l'ensemble des troubles repérés et définis. La réponse est idiosyncratique : la formation des enseignants doit penser l'accessibilité pédagogique et didactique dans la continuité des enseignements dispensés et les accompagner de même dans une prise en charge spécifique d'élèves à besoins particuliers. Un enjeu important est aussi de convaincre la communauté éducative que, ce faisant, on ne lui demande en rien de se substituer au médico-social. La mission a en effet pu, lors de ses échanges avec plusieurs organisations syndicales, prendre la mesure d'une très grande méfiance sur ce plan.

Pour les organisations syndicales, quelques craintes, réticences ou attentes (verbatim) :

« (...) soutenir et consolider le développement de compétences professionnelles dans le cadre strict des missions et pas dans l'objectif de se substituer au médico-social (...) »

« (...) la formation comme moyen de culpabiliser les enseignants en leur indiquant leurs manques ? (...) »

« (...) la formation initiale : des apports théoriques et généraux, mais pas sur les manières d'enseigner avec des élèves en situations de handicap (...) »

« (...) l'école a un saut qualitatif à faire ; il faut former l'ensemble des acteurs, du chef d'établissement aux enseignants (...) »

« (...) ne pas tromper les parents sur les objectifs à l'école (...) »

Ce panorama pourtant simplifié montre déjà que l'offre de formation doit en premier lieu être diversifiée, adaptée et accompagner les évolutions des pratiques professionnelles en fonction des conséquences fonctionnelles des situations de handicap. Compte tenu des objectifs, c'est bien un continuum complet de la formation initiale à la formation continue, en intégrant la formation continuée, qui doit permettre d'aller non pas vers une spécialisation forte de tous pour la connaissance approfondie des handicaps mais vers un changement de regard et de pratique professionnelle pour accueillir ces enfants et jeunes à besoins particuliers que sont les élèves en situation de handicap dans la scolarité la plus ordinaire possible. Le personnel de l'éducation nationale doit rester généraliste mais disposer d'un panel le plus large possible de solutions pédagogiques et didactiques pour adapter facilement ses interventions dans la classe à un public présentant des caractéristiques de plus en plus hétérogènes, sans faire fi d'un contexte qui reste fortement contraignant (bâti, programme, examen, organisation du temps scolaire, discipline, ...).

### 2.3.2. Des passerelles à créer entre les cultures et les compétences

L'école inclusive est affaire d'accessibilité pédagogique mais aussi d'accompagnement médico-social. Lors des entretiens réalisés par la mission, la difficulté de « rapprocher » la culture des enseignants et celle des personnels du médico-social a été maintes fois abordée. Les diverses expériences rapportées à la mission soulignent l'intérêt des formations conjointes entre enseignants / personnels médico-sociaux.

<sup>100</sup> Le Certificat d'aptitude professionnelle aux pratiques de l'éducation inclusive (CAPPEI) a été créé par décret du 10 février 2017.

L'enrichissement des différentes postures et approches favorise une différenciation pédagogique et éducative plus importante et mieux maîtrisée. Cette connaissance partagée des enjeux de l'inclusion, notamment ceux liés directement à la scolarité induit des réponses plus pragmatiques aux situations rencontrées dans les écoles et établissements. Les conditions pour une mise en œuvre opérationnelle sont toutefois exigeantes :

- une formation de proximité liée aux enjeux du territoire et aux situations professionnelles rencontrées et vécues par les personnels, voire à des projets concrets ;
- un suivi des formations dans le temps qui permet une adaptation continue des réponses mises en place par les équipes ;
- un respect des caractéristiques des métiers en jeu et des déontologies professionnelles distinctes ;
- une prise en compte délicate des différences importantes des emplois du temps professionnel.

**La mission a noté le fort intérêt rencontré par les rares formations associant enseignants et AESH. De même des formations croisées** qui sont organisées dans certaines régions, découlent de conventionnement entre académies et ARS (cas de la région Auvergne-Rhône-Alpes), et /ou d'actions nouvelles mises en place dans le cadre de formations d'initiatives locales, et pourraient être partie intégrante des partenariats qui se nouent entre l'éducation nationale et le médico-social.

La mission note que la scolarisation s'inscrit dans une continuité de vie pour l'enfant en situation de handicap, qui ne doit pas s'accompagner de rupture entre le temps scolaire et les autres temps. Les formations doivent contribuer à cette continuité en accompagnant des projets innovants.

### 2.3.3. Une offre de formation à adapter pour accompagner de nouveaux objectifs

#### • La formation initiale

La mission fait sienne les analyses de la mission IGF - IGÉSR d'avril 2022<sup>101</sup> qui saluait une formation initiale mieux appréhendée depuis 2020<sup>102</sup> tout en indiquant des mesures possibles d'amélioration :

- le renforcement des connaissances dans le domaine de l'accessibilité pédagogique et didactique au sein des enseignements disciplinaires ;
- le renforcement des connaissances dans le domaine de l'accessibilité numérique ;
- le développement des co-interventions et co-conceptions entre formateurs experts disciplinaires et experts de la prise en charge des troubles (médecins, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, enseignants spécialisés, éducateurs etc.).<sup>103</sup>

Ces pistes constituent sans nul doute une feuille de route cohérente pour la formation initiale des enseignants dans le cadre des INSPÉ.

La durée de ce temps de formation semble également insuffisante. Si le cahier des charges, publié par arrêté du 25 novembre 2020, détaille les objectifs de la formation à la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers, il en limite l'exigence à **25 h (5 jours) dans le cadre du master des métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation - MEEF, organisé à l'université par les INSPÉ.**

---

<sup>101</sup> *Op. cit.* IGÉSR-IGF (2022). La scolarisation des enfants en situation de handicap.

<sup>102</sup> Cf. arrêté du 25 novembre 2020 fixant le cahier des charges relatif aux contenus de la formation initiale spécifique pour les étudiants ou fonctionnaires stagiaires se destinant aux métiers du professorat et de l'éducation concernant la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers.

<sup>103</sup> *Op. cit.* IGÉSR-IGF (2022). La scolarisation des enfants en situation de handicap.

Il est regrettable que cette sensibilisation à une société inclusive ne figure pas à ce jour dans les programmes de préprofessionnalisation qui se développent en licence<sup>104</sup>. Par ailleurs, les formations disciplinaires ne prévoient pas de volet de pédagogie adaptée.

Concernant les personnels de direction, un parcours en autoformation obligatoire pour les candidats aux différentes voies du concours de recrutement des personnels de direction sur l'école inclusive (parcours de 7 h) depuis la rentrée 2019 dit parcours de sensibilisation, conçu par l'IHEF ne concerne évidemment qu'une petite fraction des 17 450 personnels de direction référencés en 2019-2020<sup>105</sup>.

S'agissant de la formation des accompagnants d'élèves en situation de handicap (formation obligatoires d'adaptation à l'emploi<sup>106</sup> d'une durée de 60 h), instaurée par la loi du 26 juillet 2019, il semble prématuré d'en faire un bilan.

- **La formation continue**

Malgré les actions récemment mises en œuvre par l'institut des hautes études de l'éducation et de la formation (IH2EF), la formation des personnels d'encadrement de l'EN<sup>107</sup> est priorisée sur un public spécialisé (CT ASH, IEN ASH, personnels de santé). Or la transition vers une école inclusive ne peut se passer du relais de l'encadrement de proximité, qui a aussi la responsabilité d'en concevoir la mise en œuvre pour emporter l'adhésion des enseignants.

La formation d'adaptation à l'emploi des IEN-ASH et CT -ASH (conseillers techniques - adaptation et scolarisation des élèves en situation de handicap), d'une durée de 200 h, ne concerne qu'environ 25 cadres par an.

S'agissant de la formation des enseignants spécialisés, assurée par les INSPÉ ou par l'INSEI, indispensables à la construction de l'école inclusive, la mission a pu noter lors de ses déplacements que **de nombreuses demandes de formation CAPPEI restent sans suite favorable** et s'est interrogée sur **cet état de fait qui semble découler d'une gestion des CAPPEI directement liée à la programmation des postes et de leurs vacances**. Symétriquement, il semble que le retour d'enseignants spécialisés à des fonctions non spécialisées ne laisse aucune trace quant à la détention des compétences CAPPEI dans quelque outil de gestion...

Depuis de nombreuses années, l'INSEI assure une formation très conséquente (une année pour des personnels de l'éducation nationale mis en congés de formation pour l'occasion) préparant au diplôme de directeur d'établissement d'éducation adaptée et spécialisée (DDEEAS). Si l'examen est présidé par un cadre de l'éducation nationale, la formation est laissée à la discrétion de l'institut alors que le ministère pourrait jouer également un rôle de prescripteur pour s'assurer que ses cadres ont bien reçu une solide formation dans le domaine du pilotage d'une structure dédiée à l'inclusion d'élèves présentant des besoins particuliers. Les directeurs de SEGPA devraient alors être mieux utilisés et valorisés dans le cadre de la mise en place des futurs PAS car ce sont des personnels dotés d'une expertise dans le management scolaire inclusif.

S'agissant de l'intégration de l'école inclusive dans la pédagogie, le caractère facultatif de la formation continue des enseignants est une limite claire.

- **Des initiatives territoriales à développer**

Au niveau académique, la déclinaison de modules d'initiative nationale (MIN) par les académies peut être aussi un facteur de décrochage, entre les acteurs, les degrés, les fonctions... Le rôle des plans académiques de formation est d'autant plus important que des conventions avec l'ARS peuvent prévoir un volet formation conjointe, comme cela a été le cas en Auvergne-Rhône-Alpes. Le déploiement des missions des écoles académiques de formation continue (E AFC) doit inscrire au cœur de leurs priorités ces actions de

---

<sup>104</sup> *Op. cit.* IGF-IGÉSR (2022) (annexe métier) : Ces formations ne concernant que les nouveaux enseignants, elles ne produiront leurs effets sur le système éducatif que sur un temps long. Étant donné leur volume, elles ne constituent qu'une première étape de sensibilisation.

<sup>105</sup> Les personnels de l'éducation nationale en 2019-2020, NI n° 20.50, décembre 2020.

<sup>106</sup> Circulaire N° 2019-90 du 5 juin 2019 relative au cadre de gestion des personnels exerçant des missions d'accompagnement d'élèves en situation de handicap.

<sup>107</sup> Personnels de direction, corps d'inspection pédagogique premier et second degré, cadres administratifs, médecins scolaires.

formation à l'école inclusive. Parallèlement, les formations d'initiatives locales (FIL) constituent indéniablement un volet prometteur pour associer sur un territoire donné tous les acteurs de l'école inclusive, favoriser la recherche de solutions opérationnelles et apparier les cultures professionnelles. Les directions des services départementaux de l'éducation nationale peuvent aussi impulser avec les délégations territoriales des ARS une démarche systématique de formations croisées comme cela a été fait en Seine-et-Marne.

Les accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) constituent le groupe le plus important des personnes ainsi formées (22 %) <sup>108</sup> mais il convient de relativiser ce constat du fait du turnover important de ces agents.

#### **2.3.4. La formation à l'école inclusive : un cadre insuffisamment incitatif**

Au-delà du nombre important de personnels à former, la formation à l'éducation nationale se heurte à trois obstacles majeurs :

- Elle est trop souvent une variable d'ajustement en cas d'absences des enseignants avec la suppression de dispositifs de formation prévus.
- Majoritairement réalisée sur le temps scolaire, elle s'organise dans un calendrier restreint du nombre de jours ouvrables des écoles et établissements.
- Elle prend insuffisamment en considération les besoins et les contraintes différentes du premier et du second degré.

L'absence de définition entre les différents temps pour les personnels enseignants – temps d'enseignement / temps de service / temps de travail, au moins dans le second degré – ne facilite pas les possibilités de réponse quant à l'organisation des moments de formation. La capacité du système éducatif à gérer ce paradoxe – former un maximum de personnels dans un temps minimum – ne peut se résoudre qu'en envisageant une formation qui alterne temps d'enseignement et hors-temps d'enseignement. Cette approche induit immédiatement la question d'une rétribution potentielle.

La mise en œuvre des dispositions du décret n° 2019-935 du 6 septembre 2019 qui a créé une allocation de formation en faveur des personnels enseignants dans le cadre de formations organisées pendant les périodes de vacances scolaires est-elle un levier suffisamment activé ?

Cette alternative à une formation exclusivement sur temps scolaire pourrait permettre un développement de formation inter-catégorielle plus diversifiée, notamment avec le médico-social. Cela implique de repenser en profondeur les ingénieries de formation trop souvent habituées à ne s'adresser qu'à une catégorie de personnel alors que les besoins du terrain s'inscrivent de plus en plus et encore davantage concernant l'inclusion des élèves en situation de handicap en milieu scolaire ordinaire dans un paysage professionnel pluricatégoriel.

Cet enjeu est d'autant plus réel que l'organisation de formations croisées bénéficiant également de financements médico-sociaux, dans le cadre de conventions éducation nationale – agences régionales de santé, doit trouver sa place.

Par ailleurs, le télescopage des priorités dans les formations, parfois en fonction de l'actualité, est devenu un obstacle que les acteurs de terrain soulignent. Pour sa part, la mission note que le programme national de formation 2022-2023 est établi sur six axes dont aucun n'est directement l'école inclusive, laquelle s'intègre à une action « Égalité des chances ». Nonobstant sa compréhension des contraintes d'objectifs, la mission relève en l'occurrence l'absence de message émis sur la priorisation de la formation à l'école inclusive.

Pourtant, tant l'augmentation du nombre d'enfants à besoins particuliers, dont en situation de handicap, que l'ambition affichée par les annonces de la Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, appellent une nouvelle priorisation. En outre, la mission souligne les inquiétudes de la communauté éducative, qui portent

---

<sup>108</sup> Source DGESCO : répartition des inscrits aux modules de formations d'initiative nationale (MIN) pour 2022.

tant sur les besoins des enfants concernés que sur ses capacités à faire, inquiétudes auxquelles une formation agile, accessible et systématisée peut apporter des réponses.

## 2.4. Malgré des progrès, la gouvernance et les systèmes d'information ne soutiennent pas assez un pilotage efficient

La richesse des initiatives s'appuie certes sur une gouvernance améliorée depuis 2019 mais témoigne de cadres encore très expérimentaux et hétérogènes qui seront un enjeu du développement de cette gouvernance. Parallèlement la collecte des données sur l'école inclusive n'est pas unifiée et ne répond pas à des critères d'interopérabilité entre les composantes de l'école inclusive, cependant que les outils de suivi des élèves en situation de handicap font l'objet de fortes réserves à ce jour.

### 2.4.1. Une gouvernance de l'école inclusive structurée au niveau stratégique, sans échelon opérationnel

- À l'échelle nationale, plusieurs instances concourent à définir la politique de l'école inclusive

#### Les instances nationales compétentes en matière d'école inclusive

**Le Comité national de suivi de l'école inclusive**, installé le 17 juillet 2019 par le ministre de l'éducation nationale et la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, réunit les représentants des différents acteurs, État, collectivités territoriales et associations. Chargé de suivre le déploiement de l'école inclusive et d'en identifier les conditions de réussite et les freins, ce comité s'est réuni tous les ans depuis 2019. Réunissant plus de 50 acteurs, il est davantage un lieu de présentation des bilans et d'impulsion d'une feuille de route qu'une instance opérationnelle.

**Le Comité interministériel du handicap (CIH)**, compétent sur l'ensemble du champ handicap, ce qui inclut la scolarisation des enfants et jeunes en situation de handicap, se réunit également à raison d'une fois par an et arrête une feuille de route interministérielle. Le secrétariat général du CIH (SG-CIH) est placé auprès du Premier ministre.

**La Conférence nationale du handicap**, instaurée par la loi du 11 février 2005, est réunie tous les trois ans sous l'autorité du Président de la République, « afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes handicapées ». Quatre CNH se sont tenues : le **11 décembre 2014**, le **19 mai 2016**, le **11 février 2020** et le **26 avril 2023**. La CNH peut être précédée de réunions en groupes de travail. Ses annonces sont préparées et précisées par le Comité interministériel du handicap.

Ces instances permettent de fixer les axes stratégiques de la politique de l'école inclusive en associant les administrations concernées et les parties prenantes (notamment associatives). **Cependant, aucune instance opérationnelle ne réunit régulièrement les administrations concernées** (notamment DGESCO, DGCS, CNSA, DEPP, DREES) **pour travailler à la déclinaison des axes stratégiques de manière concertée entre les administrations**. La mise en œuvre conjointe des dispositifs d'appui à la scolarisation (EMASco et PIAL renforcés), le rapprochement des données des directions statistiques des ministères comme l'élaboration de compromis sur certains textes comme le décret dispositif constituent autant de thématiques qui pourraient être traitées dans une telle instance opérationnelle.

- À l'échelle territoriale, le comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI)

Créé par le décret n° 2020-515 du 4 mai 2020, le comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) est venu remplacer des groupes techniques départementaux ASH qui réunissaient l'éducation nationale, la délégation territoriale de l'agence régionale de santé et la MDPH et a élargi sa composition aux collectivités territoriales, aux établissements et services médico-sociaux et aux usagers. Ses attributions<sup>109</sup> et parties

<sup>109</sup> Art. D. 312-10-13-2 du code de l'action sociale et des familles : « Le comité départemental de suivi de l'école inclusive établit un état des lieux des moyens consacrés à l'école inclusive et à l'accompagnement médico-social des élèves en situation de handicap par les différentes autorités compétentes, ainsi qu'un bilan annuel des résultats qualitatifs et quantitatifs au regard des objectifs et des moyens (...). À partir des données collectées et de l'état des lieux mentionné précédemment, il examine, en vue de leur coordination et d'un maillage territorial cohérent, les programmations et les déploiements nécessaires pour l'accueil, la formation et l'accompagnement des élèves en situation de handicap (...). Le comité départemental de suivi de l'école inclusive encourage le développement des actions de formation croisée en matière d'école inclusive et de coopération. Il en dresse le bilan. »

prenantes lui donnent vocation à être l'instance motrice de l'école inclusive. Le pilote du CDSEI semble dans la plupart des cas être l'éducation nationale.

Dans les territoires visités, les acteurs institutionnels se sont déclarés satisfaits du fonctionnement des CDSEI, même si ce fonctionnement est variable selon les territoires. Le nombre de documents de qualité communiqués à la mission par les DSDEN confirme qu'il s'agit souvent de temps d'état des lieux partagés importants. Toutefois, certains cadres de l'administration notent la dimension parfois formelle des CDSEI, et la nécessité de réunir d'autres instances de concertation bilatérales ou multilatérales. Par ailleurs, **les MDPH estiment être insuffisamment associées au pilotage stratégique de ces instances.**

**Dans la plupart des départements, ces instances stratégiques sont doublées d'échanges techniques réguliers associant délégations départementales des ARS et éducation nationale, en lien avec les commissions d'affectation partagées évoquées précédemment<sup>110</sup>.** Dans certaines régions comme en Auvergne-Rhône-Alpes, l'école inclusive est également portée à l'échelle régionale, avec une convention régionale entre ARS et rectorats, et l'inscription du développement de l'école inclusive comme priorité du schéma régional de santé.

#### **Le pilotage régional de l'école inclusive en Auvergne-Rhône-Alpes**

La voie conventionnelle, empruntée par les académies et l'ARS de la région Auvergne-Rhône-Alpes depuis 2016, leur a permis de se doter d'un comité de pilotage régional, réuni mensuellement, et d'un plan d'actions commun, avec des fiches-actions revues régulièrement (développement des UEE, déploiement des PIAL, réalisation de formations croisées...). Le pilotage départemental est assuré par le comité départemental de suivi de l'école inclusive. Les collectivités locales, non signataires de cette convention, sont intégrées ou associées dans les différentes instances.

Enfin, depuis 2017, des territoires 100 % inclusifs sont expérimentés dans 15 départements<sup>111</sup>, afin d'améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie d'une personne handicapée pour lutter contre les ruptures de parcours. En Gironde, un large panel de parties prenantes est associé à l'élaboration de la feuille de route<sup>112</sup>. S'agissant de l'école inclusive, les axes restent toutefois généralistes, et on peut regretter l'absence d'association ou de participation de l'éducation nationale à la démarche. La démarche Territoire 100 % inclusif mériterait d'être évaluée plus globalement, notamment son articulation avec les autres instances stratégiques locales en matière de handicap, comme le CDSEI sur le champ de l'école inclusive.

#### **2.4.2. Des besoins d'information statistique et d'outils de suivi non satisfaits**

- **L'organisation cloisonnée du suivi statistique des enfants en situation de handicap ne permet pas de disposer d'une vision unifiée et cohérente de l'école inclusive**

Le suivi statistique national de l'école inclusive s'inscrit dans un cadre d'ensemble où l'observation résulte de l'exploitation de données administratives (issues de SI de gestion) et de résultats d'enquêtes déclaratives dont les services statistiques procèdent en tant que de besoin au croisement.

Deux services statistiques ministériels contribuent à cette observation, dans leurs domaines de compétences respectifs. La DREES, pour le ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées met en œuvre tous les quatre ans une enquête statistique sur les établissements et services sociaux et médico-

<sup>110</sup> Cf. partie 2.4.2.

<sup>111</sup> Les Ardennes, la Corse, la Haute-Garonne, la Gironde, les Landes, le Loiret, la Lozère, la Manche, la Marne, la Mayenne, les Hautes-Pyrénées, la métropole de Lyon, la Saône-et-Loire, le Territoire de Belfort et la Seine-Saint-Denis.

<sup>112</sup> En Gironde, où la deuxième feuille de route du territoire 100 % inclusif vient d'être conclue, sous l'égide du conseil départemental, celle-ci associe la MDPH, l'ARS, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), l'université de Bordeaux, la caisse d'allocations familiales (CAF), Pôle emploi et Cap emploi, l'union départementale des centres communaux d'action sociale (CCAS) et la ville de Bordeaux.

sociaux, leur personnel et leurs usagers<sup>113</sup>. La DEPP, pour le ministère de l'éducation nationale, produit annuellement des données tenant aux élèves y compris en situation de handicap, scolarisés en milieu ordinaire ou dans des ESMS. **Le suivi statistique des élèves en situation de handicap concerne ceux scolarisés en milieu ordinaire qui ont un INE et relèvent d'un PPS**, via notamment les enquêtes régulières conduites auprès des enseignants référents<sup>114</sup> des équipes de suivi de la scolarisation. En parallèle, la DEPP mène, avec la même fréquence, une enquête auprès des EMS (enquête 32) permettant de recueillir des données sur les enfants en situation de handicap ne disposant pas d'un INE<sup>115</sup> et accueillis dans ces structures. Depuis la rentrée 2013, la DEPP suit une cohorte d'enfants en situation de handicap<sup>116</sup> et réalise des analyses qualitatives sur des thématiques précises, en particulier sur les apprentissages et habilités scolaires<sup>117</sup>. Les détails sur la nature des données recueillies par ces services, comme la CNSA, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et certains acteurs privés, figurent en annexe 5.

Les données de la DEPP et de la DRESS alimentent la publication annuelle de la CNSA sur l'autonomie<sup>118</sup>. En parallèle, la caisse nationale mène annuellement une enquête auprès des MDPH<sup>119</sup> qui rencontre les mêmes limites que les études susvisées. Cela est d'autant plus dommageable que seules les MDPH ont connaissance de la totalité des enfants en situation de handicap. La CNSA déploie actuellement un système statistique, s'appuyant sur module handicap du portail Via Trajectoire<sup>120</sup>.

La convergence et le croisement des données par les services statistiques nationaux se heurtent aujourd'hui à plusieurs limites.

En premier lieu, l'absence d'INE pour nombre d'enfants en situation de handicap est un problème aussi pour le suivi statistique piloté par la DEPP, dans un cadre très hétérogène<sup>121</sup>. Si le référencement des élèves par INE a beaucoup progressé<sup>122</sup>, les enfants pris en charge dans les EMS restent les seuls à ne pas disposer d'un INE.

**En second lieu, concertation ou échange de données entre DREES et DEPP semblent manquer singulièrement.** Or, par construction, les champs de leurs enquêtes respectives diffèrent : alors que l'entrée de la DEPP est fort logiquement la scolarisation puis l'individualisation des parcours des élèves en situation de handicap à partir du PPS, la DREES s'intéresse aux structures médico-sociales pour étudier les caractéristiques des enfants qu'elles accompagnent. Ainsi, la DEPP n'a pas connaissance des enfants qui ne sont pas ou plus scolarisés en milieu ordinaire<sup>123</sup>. De son côté, la DREES ne dispose d'aucune donnée sur des élèves en situation de handicap non pris en charge par le secteur médico-social. Par ailleurs, ni l'une ni l'autre n'a connaissance des enfants en situation de handicap non scolarisés et non pris en charge par le secteur médico-social. *In fine, aucune de ces deux directions n'est en mesure d'embrasser l'ensemble du champ des enfants en situation de handicap.*

La DREES n'a pas non plus accès à certaines applications administratives de l'éducation nationale en cours de déploiement comme l'**Application de gestion des élèves en situation de handicap**, AGESH (voir ci-dessous).

---

<sup>113</sup> Enquête quadriennale auprès des établissements et services accompagnant des personnes handicapées (ES-Handicap) de la DREES. Remontées de données agrégées des établissements et services médico-sociaux réalisées annuellement par la CNSA.

<sup>114</sup> Des enquêtes, désignées par n° 3 et n° 12 (DEPP / DGESCO), menées annuellement auprès des établissements scolaires, visent à comptabiliser les élèves handicapés scolarisés. En complément, l'enquête n° 32 (DEPP) est menée auprès des établissements médico-sociaux, avec le même objectif.

<sup>115</sup> Hors ceux en scolarité partagée.

<sup>116</sup> Panel de 12 800 enfants en situation de handicap nés en 2001 ou 2005.

<sup>117</sup> Note d'Information n° 19.01, février 2019 : Première évaluation des acquis des élèves en situation de handicap, DEPP.

<sup>118</sup> Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie.

<sup>119</sup> Baromètre des maisons départementales des personnes handicapées.

<sup>120</sup> À noter que les données administratives des SI harmonisés des MDPH ont vocation à alimenter un système national statistique intitulé le Centre de données des SI des MDPH. Les données étant anonymisées dès la sortie, la DREES a été autorisée par le Conseil national de l'information statistique à y accéder dans le cadre d'une procédure type « tiers de confiance ».

<sup>121</sup> À titre d'exemple, la mission note que les enfants en UEMA n'ont pas d'INE à la différence de ceux qui sont en UEEA (ce en raison de textes source et de rattachement distincts pour ces unités).

<sup>122</sup> Inclusion des jeunes scolarisés dans le milieu agricole, les apprentis, puis des élèves scolarisés dans les établissements hors contrat et à domicile.

<sup>123</sup> Hors les enfants de 6 à 16 ans soumis à obligation scolaire accueillis dans des ESMS et non scolarisés (enquête n° 32).

Une autre limite réside dans **des nomenclatures différentes des troubles**. Selon la DEPP, le problème en l'occurrence n'est pas technique. Ses discussions avec la DGESCO ont plutôt mis en évidence les inquiétudes des enseignants-référents à maîtriser des nomenclatures très scientifiques et détaillées.

Enfin, on peut également regretter l'absence d'études visant au suivi de certaines modalités de scolarisation (UEE, UE, ULIS) et à l'évaluation des nombreux dispositifs et mode d'organisation qui se mettent en place. L'absence de mesure et de suivi des temps de scolarisation des enfants en situation de handicap, notamment des temps d'inclusion, est également à déplorer.

Pour toutes ces raisons notamment, en dépit de l'attention méthodologique apportée par chacune des parties à ses travaux statistiques, la connaissance reste fragmentée. La mise en œuvre de l'acte II de l'école inclusive nécessite une connaissance approfondie d'une part de l'offre médico-sociale et scolaire et d'autre part de la situation des enfants en situation de handicap, dans toutes leurs dimensions. L'absence de données fiables couvrant l'ensemble du champ ne permet aux décideurs ni d'appréhender finement les besoins ni de disposer de données robustes sur les résultats des expérimentations (périmètre, coût...), éléments pourtant indispensables à la conduite d'une politique publique.

- **Les outils de suivi des élèves en situation de handicap et de pilotage de l'école inclusive, cloisonnés et répandant à des logiques différentes, suscitent encore beaucoup de réserves**<sup>124</sup>

**Le livret de parcours inclusif (LPI)**, mis en place par le ministère de l'éducation nationale à compter de 2019 rassemble le PPS, le PAP, le PAI et le PPRE mais aussi le GEVA-sco. Il se présente comme un portail sécurisé. Son ambition est d'améliorer les procédures de renseignement et d'édition des plans et projets par l'équipe pédagogique, et la circulation d'information entre l'école et la MDPH autour du PPS via une interface dédiée.

Au sein de l'école, il est prévu que le LPI soit ouvert aux enseignants, chefs d'établissement, IEN, DSDEN. À l'extérieur de l'institution scolaire, son accès aux familles et aux MDPH est planifié, voire en cours d'ouverture.

Plusieurs problèmes ont été signalés à la mission, lors de ses visites de terrain, dont notamment :

- des problèmes d'accès au LPI (dont la DGESCO indique qu'ils sont en cours de résolution) que ce soit au sein de l'éducation nationale ou de la part des MDPH pour l'interface annoncée ;
- un cheminement complexe vers les différents documents ;
- une non-prise en compte de l'historique (un document revu ou nouveau écrase l'ancien) ;
- un mélange de ressources également accessibles par ailleurs et de documents de suivi.

D'une façon plus générale, l'articulation entre GEVA-sco et PPS est mal comprise. De nombreux référents ont indiqué que le GEVA-sco pourrait être complété ou développé, ce qui permettrait notamment de détailler ce qui est mis en place en termes d'accessibilité. Ce foisonnement vient altérer l'alimentation et l'exploitation des données sur le LPI risque de se traduire par une accumulation de données sans lien entre elles. Comme l'indique un personnel rencontré : « *Pour l'accessibilité, il faut développer le GEVA-sco. Les enseignants n'écrivent pas ce qui leur semble évident* ».

Parallèlement, le déploiement d'une autre application – **Application de gestion des élèves en situation de handicap (AGESH)** – est en cours, pilotée par la DGESCO. Elle a vocation à favoriser le suivi des enfants en situation de handicap dans le cadre des équipes de suivi de la scolarisation et à générer des indicateurs de pilotage.

Il est prévu qu'AGESH soit ouvert aux enseignants référents, aux IEN ASH, aux gestionnaires d'accompagnants AESH, aux pilotes de PIAL et aux DSDEN.

Pour AGESH, ce sont de fortes réserves qui ont été exprimées par les enseignants référents auprès de la mission, lors de ses visites de terrain. Notamment, AGESH apparaît comme un outil complémentaire, chronophage, qui ne répond pas aux attentes des acteurs (liens avec PIAL, MDPH, écoles, interface AESH, ...). Son fonctionnement est peu intuitif, les interfaces très complexes et sa plus-value n'est pas perçue (absence

---

<sup>124</sup> Cf. annexe 6.

de possibilité d'exploiter les données issues des enquêtes 3 et 12 de la DEPP / DGESCO). Il nécessite une connexion internet ; or les enseignants-référents qui sont mobiles ne disposent pas toujours d'équipements nomades.

Verbatim

« AGESH est un aspirateur de données, ce n'est pas un vrai logiciel. Et les données sont saisies par les enseignants référents. »

De leurs côtés, les coordonnateurs et pilotes de PIAL rappellent que la **gestion des accompagnants - AESH se fait toujours via de très nombreux tableaux Excel**. Même si la mission ne méconnaît pas le temps nécessaire à la bonne mise en œuvre de systèmes d'information (SI), l'importance des réserves formulées sur les fonctionnalités et les interconnexions de cet ensemble d'applications appelle une prise en compte.

Ni l'architecture ni les droits d'accès très différenciés ne semblent compris et adaptés par les usagers qui sont prévus pour leur utilisation. Les ambitions posées par la CNH d'avril 2023 paraissent aussi de nature à questionner des fonctionnalités qui ne permettent pas encore un suivi informatique satisfaisant du parcours des enfants en situation de handicap.

### 3. Recommandations pour une école plus inclusive

#### 3.1. Garantir l'accessibilité oblige à une profonde évolution de l'organisation de l'école

L'acte II de l'école inclusive appelle une profonde évolution de l'organisation de l'école mais aussi du secteur médico-social et ne saurait se passer de la systématisation des coopérations.

L'attention portée à l'accessibilité doit aussi intégrer les progrès technologiques et de la connaissance qui ouvrent le champ des possibles en matière pédagogique.

##### 3.1.1. D'indispensables mesures de soutien à l'école inclusive : une nouvelle organisation, les pôles d'appui à la scolarité

#### Mesure de la CNH

Transformer les PIAL en « pôles d'appui à la scolarité » (PAS) : les PIAL seront transformés en pôle d'appui à la scolarité et renforcés d'un professeur spécialisé et outillé pour permettre d'assurer :

- l'accueil des familles et le suivi des élèves en situation de handicap ;
- l'évaluation des besoins d'adaptation à la scolarité des enfants ;
- le déploiement et la coordination des solutions : aide technique, aide humaine, accompagnement par des professionnels du médico-social ou de santé.

La transformation des PIAL en PAS est une mesure qui prend en compte l'évolution récente d'un **apport des acteurs du médico-social** sous des formes diversement déployées et efficaces à ce jour. **Il reste toutefois à prendre la mesure des conditions à réunir en termes d'organisation, de ressources humaines et de chaîne des responsabilités**. Un enjeu fort est de favoriser intégration, collaboration, coopération et bonne articulation des ressources.

Les mesures de la CNH prévoient de nouveaux profils professionnels pour appuyer l'école inclusive. Certains sont à identifier au sein du corps enseignant, **les « référents handicap »** dans chaque circonscription et chaque établissement public local d'enseignement (EPL) ; pendant que d'autres vont émerger de la combinaison de statuts existants : les « **accompagnants à la réussite éducative** » (regroupement sous une même appellation des fonctions d'AESH et d'assistants d'éducation) et d'autres, **les « professeurs spécialisés »** à déployer dans chaque PAS.

En tout état de cause, le constat posé par la mission implique de définir la gouvernance du PAS et de la doter en moyens pour créer les conditions d'un pilotage pédagogique, éducatif et administratif du dispositif.

**La mise en place des pôles d'appui à la scolarité (PAS) à partir des PIAL suppose une évolution législative (article L. 351-3 du code de l'éducation), notamment pour leur confier la mise en place d'une réponse de premier niveau.**

**Le pilote du PAS devrait être doté d'une responsabilité administrative et pédagogique et d'une autorité fonctionnelle sur les personnels de l'éducation nationale qui en sont membres. S'agissant des ressources du médico-social, les conventionnements doivent permettre au pilote de coordonner les équipes** avec le professeur spécialisé attribué au PAS, de veiller à l'accueil des familles, à l'évaluation des besoins d'adaptation à la scolarité des enfants et à la mise en œuvre des solutions arrêtées (cf. partie 3.1.3). Il aura aussi à coordonner les enseignants identifiés dans les EPLE et circonscriptions du 1<sup>er</sup> degré (cf. partie 3.2.2), ainsi que les accompagnants à la réussite éducative affectés au PAS. Cette qualité de pilotage et de coordination sera à rechercher et à valoriser dans le choix du pilote du PAS.

Les enseignants référents, qui restent chargés de l'animation des équipes de suivi de la scolarisation, devront être associés étroitement au pilotage du PAS, car ils remplissent déjà une fonction de proximité essentielle pour accompagner le parcours scolaire des élèves en situation de handicap et dialoguer avec leur famille. Ils jouent également un rôle pivot entre éducation nationale et médico-social, avec une connaissance fine de l'offre médico-sociale du territoire, et des relations de proximité avec les MDPH (plus ou moins développées selon les territoires). **L'ensemble de ces compétences seront indispensables aux PAS, mais la participation active des enseignants référents-ERSEH aux PAS suppose d'en renforcer sensiblement les moyens sur les territoires, avec une cible de 150 à 200 dossiers d'élèves en situation de handicap suivis par enseignant-référent, ce qui suppose la création de 150 à 900 emplois**<sup>125</sup>. Enfin, les coordonnateurs d'ULIS devront également être associés aux PAS, eu égard à leur expertise et à leur positionnement au sein des écoles et des établissements.

Pour asseoir son autorité (et les PIAL interdegrés ont montré ce besoin), le pilote du PAS doit appartenir aux corps d'encadrement statutaire (directeur adjoint de SEGPA, personnel de direction, IEN premier degré et/ou ASH) et avoir les attributions d'un directeur de PAS (le titre de directeur pouvant d'ailleurs être intégré à l'intitulé de la fonction). À ce titre il est l'interlocuteur direct des équipes médico-sociales dédiées auprès du PAS, en lien étroit avec les personnels EN dans le contexte territorial du PAS. Il constituera et présidera la commission d'accessibilité du PAS qui déterminera les modalités de réponses aux besoins d'accompagnements en première intention.

Pour favoriser une logique de parcours, la mission préconise aussi de constituer des PAS interdegrés (c'est-à-dire un PAS commun pour le premier et le second degré) en prenant en considération les secteurs des collèges, tout en tenant compte des modalités distinctes de travail et d'organisation entre 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés. Le statut de l'école et des EPLE, la multiplicité des professeurs dans le second degré, les différentes instances (conseil d'école et conseil d'administration par exemple), les niveaux hiérarchiques, sont autant de paramètres qui peuvent modifier les conditions d'échanges et les modalités d'organisation. **Le fonctionnement du PAS doit impérativement appréhender cette différence en établissant des cahiers des charges précis des procédures qu'il envisage dans les réponses de premier niveau.** Cette formalisation est nécessaire et doit être pour les équipes pédagogiques et éducatives un repère dans le fonctionnement. Si au niveau national, il est nécessaire de prévoir un cahier des charges type, il est également souhaitable de laisser aux PAS locaux la possibilité d'en décliner l'application en tenant compte du territoire et de ses réalités. Il faudra par ailleurs prévoir une répartition claire des responsabilités du PAS si celui-ci s'avère interdegrés ainsi que la mission le préconise.

**La gestion des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH) (puis des assistants de réussite éducative - ARé) pourrait être confiée à un membre de l'équipe du PAS.** Une solution plausible serait de proposer cette tâche pour le second degré à des conseillers principaux d'éducation (CPE) dont le référentiel de compétences spécifiques<sup>126</sup> permet une telle extension. Cette organisation pourrait aussi relever d'un

---

<sup>125</sup> Avec l'hypothèse d'une stabilité du nombre d'élèves en situation de handicap (470 000), et indépendamment des différences territoriales qui peuvent exister.

<sup>126</sup> BOEN du 25 juillet 2013 : Organiser les conditions de vie des élèves dans l'établissement, leur sécurité, la qualité de l'organisation matérielle et la gestion du temps.

directeur d'école<sup>127</sup> ou d'un conseiller pédagogique dans le premier degré, voire, en interdégrés d'autres personnels, comme les enseignants référents<sup>128</sup>. Dans tous les cas cette désignation sera prise en compte dans les lettres de mission de ces personnels et valorisée, au travers du PACTE ou d'une indemnité pour mission particulière (IMP) afin de reconnaître la charge de travail induite par ces responsabilités.

Pour faire face aux impératifs de gestion opérationnelle des AESH et demain des ARé, à la diversité des applications mobilisées pour le suivi des élèves en situation de handicap, à la multiplicité des partenariats et aux conventionnements avec le MS, il est impératif de soulager le directeur du PAS de certaines tâches en lui adjoignant un support administratif – type assistant de gestion cadre B – dédié (un mi-temps au minimum).

La mission préconise d'expérimenter la mise en œuvre des premiers PAS dans une dizaine de départements volontaires selon un calendrier précis et un bilan défini avec les différents acteurs (éducation nationale, MDPH notamment). Cette phase d'expérimentation permettra de définir le cahier des charges des PAS en tenant compte des premiers retours de terrain. La généralisation concernera progressivement l'ensemble du territoire à l'issue de 1 ou 2 ans maximum.

Cette phase d'expérimentation devra s'accompagner de la mise en place d'un suivi local et national, associant les parties prenantes (notamment les associations et familles), permettant de capitaliser sur les bonnes pratiques comme d'alerter sur les points de vigilance dans la mise en œuvre de cette nouvelle organisation. Ce suivi pourrait être organisé à l'échelle départementale dans le cadre des CDSEI, à l'échelle nationale dans le cadre du CNSEI.

Au total, le déploiement des PAS, supposera une mobilisation de moyens conséquente, pour l'éducation nationale comme pour le médico-social. Dans le schéma proposé par la mission, le coût approximatif d'un PAS représenterait 250 à 300 000 € :

- un personnel de direction (budget éducation nationale : environ 60 000 à 70 000 €, si on prend comme référence un directeur de SEGPA) ;
- un enseignant spécialisé (budget éducation nationale : environ 55 000 €) ;
- une ressource administrative (budget éducation nationale : environ 20 000 €, en considérant une ressource à mi-temps) ;
- une équipe médico-sociale (financements médico-sociaux : 100 à 150 000 €, selon la référence des EMASco).

L'ensemble de ces coûts ne sont pas des coûts nets. Ainsi, côté médico-social, les financements des EMASco ou de certains PIAL renforcés sont déjà existants.

**Recommandation n° 1 :** Expérimenter dans un premier temps le déploiement des pôles d'appui à la scolarité dans une dizaine de départements volontaires et organiser un suivi du déploiement en associant les parties prenantes.

**Recommandation n° 2 :** Conforter les pôles d'appui à la scolarité avec un cahier des charges national, et désigner comme pilote un personnel d'encadrement à temps plein, avec des moyens administratifs suffisants ; systématiser la mise en place de pôles d'appui à la scolarité interdégrés.

**Recommandation n° 3 :** Associer étroitement les enseignants-référents au pilotage des pôles d'appui à la scolarité et renforcer leurs moyens sur le territoire, avec une cible de 150 à 200 dossiers suivis par enseignant.

---

<sup>127</sup> Circulaire n° 2003-092 du 11-6-2003 relative aux assistants d'éducation, TITRE 1, I – Fonctions des assistants d'éducation : « Dans le premier degré, les assistants d'éducation participent, en appui à l'équipe éducative et sous l'autorité du directeur d'école, à l'encadrement et à l'animation de toute action de nature éducative conçue dans le cadre du projet d'école ».

<sup>128</sup> Une telle organisation est mise en place en Seine-et-Marne, où l'ensemble des coordonnateurs de PIAL sont des ERSEH. Cette option, qui permet une continuité par rapport à leur mission de suivi des situations individuelles, supposerait que le nombre d'enfants en situation de handicap suivis par les ERSEH leur permette d'assurer cette fonction.

### 3.1.2. Des solutions de scolarisation inclusive qui doivent d'abord être proposées par l'école : les modalités de la réponse de premier niveau

#### Mesure de la CNH

Confier la responsabilité de la réponse de premier niveau à l'éducation nationale : l'éducation nationale se voit confier la responsabilité d'assurer la réponse de premier niveau aux besoins des enfants en situation de handicap :

- la détermination et la mise en œuvre des accompagnements pédagogiques ;
- la détermination et l'accès aux matériels pédagogiques adaptés ;
- la mobilisation d'une équipe mobile d'appui du médico-social.

Cette mesure que des travaux précédents<sup>129</sup> mais aussi certaines positions d'associations gestionnaires rencontrées par la mission semblaient déjà évoquer suppose une coopération renouvelée entre les équipes pédagogiques, les professionnels du médico-social et les familles. Elle suppose également un bouleversement profond des pratiques aujourd'hui ancrées de recours systématique à l'aide humaine par les saisines des MDPH.

La formulation d'une réponse de premier niveau pose un ensemble de questions concernant :

- le champ des élèves concernés ;
- les compétences d'évaluation ;
- la participation des familles ;
- le document servant de support à la réponse de premier niveau ;
- l'articulation avec les compétences de la MDPH ;
- l'accès au matériel pédagogique adapté (cf. ci-dessous 3.1.5).

#### • Plusieurs scénarios pour le périmètre de la réponse de premier niveau

La mesure de la CNH mentionne la responsabilité de l'éducation nationale pour assurer une réponse de premier niveau aux besoins des élèves en situation de handicap. **S'il est légitime que les mesures de la CNH ciblent en premier lieu les enfants en situation de handicap, la mission considère que la réponse de premier niveau doit s'adresser plus largement aux élèves à besoins éducatifs particuliers.** L'enjeu n'est pas seulement de rééquilibrer accessibilité et aide humaine dans la prise en charge des élèves en situation de handicap, mais aussi plus largement à développer les mesures d'accessibilité de l'école, en amont d'une saisine de la MDPH.

Cette réponse en effet suppose une évaluation des besoins des élèves, en amont des notifications MDPH. Sur le versant des apprentissages comme sur le versant de la socialisation, **peut être considéré comme un élève à besoins éducatifs particuliers dans cette approche tout élève :**

- atteint de pathologies chroniques, d'intolérances alimentaires ou d'allergies ;
- souffrant de troubles des apprentissages ;
- dont la maîtrise de certaines connaissances et compétences est reconnue comme insuffisante ;
- reconnu en situation de handicap.

À chacune de ces catégories correspond un plan ou un projet formalisant la réponse à ces besoins éducatifs particuliers : le projet d'accueil individualisé (PAI) pour la première catégorie d'élèves, le plan d'accompagnement personnalisé pour la deuxième (PAP), le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) pour la troisième et le projet personnalisé de scolarisation (PPS) pour la quatrième catégorie<sup>130</sup>.

<sup>129</sup> Rapport A. Taquet, JF. Serres et DITP. Plus simple la vie - 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap. Voir réflexion p. 284.

<sup>130</sup> Cf. annexe 6, partie 8.

Aujourd'hui, la formalisation du plan d'accompagnement personnalisé (PAP) et du projet personnalisé de réussite éducative (PPRE) sont à l'initiative de l'éducation nationale seule.

Dans la nouvelle organisation, deux scénarios peuvent être envisagés concernant le périmètre de cette réponse de premier niveau.

**Dans un premier scénario, la réponse de premier niveau ne concernerait pas les élèves qui font l'objet d'un PAI ou d'un PPRE.** Pour ces élèves, serait alors conservé le circuit d'accompagnement et de remédiation existant, le premier, pour des raisons évidentes de sécurité des élèves concernés, le second, parce que les élèves reconnus en difficulté, voire en grande difficulté dans la maîtrise de certaines connaissances et compétences scolaires, font l'objet d'une remédiation pédagogique et didactique considérée comme suffisante, sans recours à des mesures adaptatives spécifiques, au moins dans un premier temps.

Dans ce premier scénario, la nouvelle organisation concernerait les élèves pour lesquels un PAP et un PPS apparaissent comme la réponse adaptée à leurs besoins. Bien qu'il ne s'agisse pas du même profil d'élèves, la frontière peut être tenue entre des troubles pour lesquels des réponses en termes d'accessibilité s'avèrent adaptées, au moins dans un premier temps, et ceux dont les professionnels (de l'éducation nationale ou du médico-social ou les deux) perçoivent assez vite qu'ils requièrent la reconnaissance d'une situation de handicap pour pouvoir bénéficier de mesures de compensation.

**Un second scénario consisterait à cibler l'ensemble des enfants pour lesquels ont été détectés des besoins éducatifs particuliers par la communauté éducative,** la famille ou les institutions et relèverait de cette réponse d'accessibilité par l'école, sans préjudice de la reconnaissance de sa situation de handicap.

**Ce second scénario** fait de l'école inclusive une dimension intégrée, en ne renvoyant plus les élèves en situation de handicap à une catégorie très à part. Pour certains troubles, il offre une réponse adaptée aux besoins en ne créant pas une orientation systématique vers la MDPH. En contrepartie, ce scénario est plus exigeant en termes de pilotage et de moyens pour le PAS, et suppose une intégration plus forte des moyens au sein des PAS, avec une association plus étroite des RASED et des personnels de santé scolaire, qui jouent un rôle central pour la mise en place des PAP et PPRE.

- **La composition de l'équipe d'évaluation**

Cette mesure pose la question des compétences disponibles pour évaluer au sein de l'éducation nationale, et par voie de conséquence, celle de la place de l'expertise médico-sociale dans la construction de cette réponse de premier niveau.

Il appartient au Pôle d'appui à la scolarité (PAS) de structurer dès sa mise en place une équipe disponible et efficace pour présenter une évaluation fondée sur des compétences multiples et complémentaires. **Sous sa responsabilité, l'équipe d'évaluation des besoins en vue de la réponse de 1<sup>er</sup> niveau doit associer les ressources des personnels de l'éducation nationale et l'expertise de professionnels médico-sociaux.** Du côté de l'éducation nationale, cette équipe pourrait mobiliser le directeur ou la directrice du PAS (fonction à créer), l'IEN ASH, l'enseignant référent en charge du suivi des élèves en situation de handicap, l'équipe du RASED (psychologue scolaire, enseignants spécialisés chargés des aides à dominante pédagogique et relationnelle), les personnels régulièrement associés aux équipes éducatives du premier degré, infirmière scolaire, médecin scolaire, assistant de service social, le professeur ressource en appui de la scolarité affecté à l'établissement ou à la circonscription du premier degré (fonction à créer). **La mission recommande d'associer à cette évaluation l'équipe mobile d'appui à la scolarisation du médico-social** (cf. partie 3.1.3). L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de premier niveau doit en effet être une équipe de proximité. Avant toute formalisation d'un dossier, **elle devra de préférence avoir mené des observations de l'élève concerné dans la classe.** L'évaluation en vue de la réponse de premier niveau doit être une évaluation concertée, le fruit d'un croisement des regards.

L'objectif est d'identifier des besoins et de proposer des réponses immédiates : matériel adapté, accompagnement mutualisé, adaptation pédagogique. L'enjeu est de faire de l'accessibilité le cœur de cette réponse.

Les difficultés rencontrées par les services de santé scolaire, et plus spécifiquement par la médecine scolaire, ainsi que la composition inégale des RASED constitueront des obstacles pour une mise en œuvre homogène

de la réponse de premier niveau sur les territoires. À court terme, les PAS devront adapter la composition des équipes d'évaluation pour tenir compte de ces ressources inégales, renforçant les partenariats locaux pour remédier aux déficits. À moyen terme, les PAS devront pouvoir s'appuyer sur des services de santé scolaire et des RASED renforcés, avec des missions et un positionnement revisités, comme les travaux récents l'ont préconisé<sup>131</sup>. La mise en œuvre des PAS, et plus largement l'acte II de l'école inclusive, doit ainsi impérativement conduire à une politique ambitieuse pour ces deux institutions.

- **La participation des familles doit être renforcée et garantie**

La nouvelle organisation doit voir renforcés la place et le rôle des familles. Le tout premier enjeu de cette réponse de premier niveau est en effet pédagogique. Il faut être en capacité d'expliquer aux familles les principes et les objectifs de ce premier circuit d'évaluation des besoins de leur enfant, leur proposer une approche de l'accessibilité mettant en évidence l'intérêt de leur enfant. Les familles doivent impérativement être associées au processus d'évaluation ; leur adhésion à la réponse de premier niveau est en effet nécessaire. L'objectif est de se défaire peu à peu des représentations attachées à l'exclusivité de l'aide humaine et pour cela, engager un dialogue au sein d'espaces bien identifiés.

La cellule départementale d'écoute et de réponse aux parents et responsables légaux créée par la circulaire de rentrée 2019<sup>132</sup> est l'un de ces espaces. Déclinaison départementale de la cellule nationale « Aide handicap école », cette cellule pourrait voir renforcées ses missions d'information par des apports sur les différentes modalités de l'accessibilité et les réponses qu'elles permettent d'organiser. Cette perspective engage un changement de posture, de regard sur l'enfant en situation de handicap et la construction d'un point de vue commun.

Les équipes éducatives dans le premier degré sont un autre espace où traditionnellement la place des parents de l'enfant concerné est de droit.

La proposition de la CNH de création d'un enseignant ressource affecté à chaque circonscription et à chaque établissement scolaire pourrait également bénéficier au renforcement d'un dialogue de proximité avec les familles.

Dans la réponse de premier niveau, le rôle des familles se situe à un double niveau : elles participent à l'évaluation des besoins de leur enfant comme à la formulation du plan d'accompagnement.

Les familles doivent enfin être informées de la possibilité de saisine de la MDPH. Apporter une réponse de 1<sup>er</sup> niveau centrée sur l'accessibilité et à partir de l'évaluation des besoins, ne peut en effet préjuger de la qualification d'une situation de handicap qui relève des compétences de la MDPH et de la CDAPH, dans le cadre en vigueur depuis la loi de 2005. Elle ne vise pas davantage à y faire obstacle.

- **Le document servant de support à la réponse de premier niveau : vers un GEVA-sco Nouvelle formule opposable ?**

La réponse de premier niveau formulée en amont d'une éventuelle notification peut être formalisée au sein d'un PAP. Toutefois, dans un objectif de suivi et de traçabilité du parcours scolaire, **il apparaît opportun qu'un unique document serve de support à la formulation de toutes les décisions prises aux différentes étapes de l'inclusion de l'élève ; ce document pourrait être un GEVA-sco rénové intégrant des mesures d'accessibilité et pas seulement de compensation.** Celui-ci pourrait être renommé *Guide d'évaluation des besoins d'accessibilité ou de compensation en matière de scolarisation* et désigné comme GEVA-sco Nouvelle formule. Ce GEVA-sco Nouvelle formule, intégré au LPI, devra décrire l'ensemble des mesures et adaptations envisagées, avec les échéances de bilan et de révision du plan.

L'intégration de mesures d'accessibilité devrait également être réalisée au sein des autres plans existants (PAP, PPRE, PAI), ce qui pourrait être l'occasion de réfléchir à une plus grande unification de ces différents documents, dans le cadre du LPI.

---

<sup>131</sup> Voir par exemple, concernant les RASED, le rapport IGÉSR, février 2021, L'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des effets des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté et, concernant la santé scolaire, le récent rapport de l'Assemblée nationale, La médecine scolaire et la santé à l'école, mai 2023.

<sup>132</sup> Circulaire n° 2019-088 du 5 juin 2019.

La mise en œuvre des mesures d'accessibilité dans le cadre du GEVA-sco Nouvelle formule devra faire l'objet d'un suivi régulier dans le cadre du PAS, en étroite concertation avec les familles. L'équipe de suivi de la scolarisation, dont l'enseignant référent, intégré aux pôles d'appui à la scolarité, est l'animateur, pourrait être chargée de ce suivi. Le professeur ressource nouvellement affecté à la circonscription ou à l'établissement scolaire en lien avec l'enseignant référent, prévoit des rendez-vous réguliers avec les familles pour accompagner les évolutions de la situation de l'élève et les adaptations nécessaires si besoin. Le pôle d'appui est informé de ces bilans et peut intervenir en cas de nécessité auprès de l'école ou l'établissement. Un regard des professionnels du médico-social ayant contribué à l'évaluation des besoins est dans ce cadre, souhaitable.

La mise en place d'une réponse de premier niveau, avec des prescriptions concrètes d'accessibilité, conduit à s'interroger sur l'opportunité d'en faire un droit opposable des familles, juridiquement encadré, à l'issue d'échanges concertés et d'un consentement recueilli. Une telle disposition aurait l'avantage de confirmer le rôle important des familles dans la détermination du parcours scolaire de leur enfant. Elle favoriserait, outre la nécessité du dialogue, une recherche conjointe de solutions tout à fait concrètes entre la famille et l'éducation nationale. Enfin, elle aurait le mérite de poser clairement les objectifs de la scolarisation en milieu ordinaire en y associant dès le départ les familles.

Cependant, la mise en œuvre immédiate d'une telle opposabilité semble délicate, compte tenu de l'ampleur des changements organisationnels qui seront nécessaires pour l'éducation nationale. **Le risque serait aussi de minorer les mesures d'accessibilité inscrites dans les GEVA-sco Nouvelle formule, par crainte de recours juridiques.** La mission préconise donc d'étudier le développement d'un droit opposable à l'accessibilité à l'issue du déploiement d'une réponse de premier niveau dans les académies. Une telle étude pourrait dresser un bilan du déploiement de la réponse de premier niveau et définir le contour des mesures qui pourraient être rendues opposables.

**Recommandation n° 4 :** Associer les familles aux différentes étapes de la réponse de premier niveau et au suivi de sa mise en œuvre.

**Recommandation n° 5 :** Faire du guide d'évaluation des besoins de compensation pour la scolarisation (GEVA-sco) rénové, élargi aux mesures d'accessibilité, le document support de la réponse de premier niveau apportée par le pôle d'appui à la scolarité.

- **L'articulation de la réponse de premier niveau avec les compétences de la MDPH**

Donner à l'école la possibilité d'apporter une réponse rapide ne signifie à l'évidence pas déposséder la MDPH de ses compétences à cet égard. **C'est plutôt d'un glissement de frontière entre accessibilité et compensation et d'une montée en compétence de l'école qu'il est question.** À cet égard, pour les enfants pour lesquels l'orientation vers la MDPH est une forte probabilité, le développement du dialogue entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les équipes des PAS sera un vecteur de bon fonctionnement. Cette coopération est aussi le gage d'un dialogue avec les familles qui doivent être associées à ces étapes.

Comme auparavant, seule la MDPH dans son étude du dossier pourrait accorder une reconnaissance de handicap nécessitant des mesures de compensation. Reste que la responsabilité de l'équipe qui a mené l'évaluation et formulé la réponse de premier niveau est indéniable puisque son appréciation peut la conduire à orienter l'élève vers la MDPH. La présence en son sein ou à ses côtés de professionnels du médico-social doit permettre de l'outiller. Rassurante pour les familles, cette possibilité de préconiser une orientation vers la MDPH doit être formalisée, sur le fondement d'une évaluation rigoureuse des besoins. Le fait que l'évaluation de la MDPH est globale, tenant aux aménagements scolaires mais aussi à l'octroi de prestations financières (notamment l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé), devra être précisé.

Il y aurait donc une complémentarité à mieux organiser entre les deux niveaux de l'évaluation des besoins afin de converger sur les meilleurs choix en termes de parcours de scolarité des élèves en situation de handicap. L'objectif est aussi de développer progressivement entre les acteurs une confiance partagée sur des solutions d'accessibilité.

Cette complémentarité entre les deux niveaux de réponses pourrait être organisée selon les principes suivants :

- en cas de doute sur une situation individuelle à laquelle l'équipe médico-sociale du PAS n'a pu répondre et besoin d'une réponse médico-sociale renforcée (SESSAD, accompagnement par un établissement, scolarisation dans une UEE...), un échange serait organisé entre le PAS et MDPH ;
- avec l'accord de la famille, le PAS pourrait transmettre un dossier à la MDPH, dans une logique « Dites-le nous une fois », sans que ceci ne se substitue entièrement à la saisine de la MDPH par la famille ;
- la MDPH s'appuierait (comme aujourd'hui) sur le GEVA-sco Nouvelle formule pour étudier les dossiers. Les mesures contenues dans le GEVA-sco Nouvelle formule gagneront à alimenter le PPS. Les mesures prescrites par la MDPH seront mises en œuvre par le PAS ;
- à l'inverse, si la MDPH reçoit un dossier qui n'a pas été étudié par le PAS et que cette situation pourrait donner lieu à la mise en place de mesures d'accessibilité avant d'éventuelles mesures de compensation elle peut renvoyer les familles vers une réponse de premier niveau pour la mise en place d'adaptations pédagogiques, de MPA, ou d'un accompagnement mutualisé.

Cette complémentarité suppose une évolution du cadre juridique, notamment des articles L. 351-3<sup>133</sup>, L. 112-2<sup>134</sup> et D. 351-7<sup>135</sup> du code de l'éducation. Elle gagnerait aussi à être organisée dans le cadre de partenariats entre PAS et MDPH. Le cas échéant, des instances de coordination régulière entre MDPH et PAS pourraient être mises en place. Le développement de ces relations partenariales serait facilité par la désignation de référents territoriaux ou par une présence infra-territoriale de la MDPH, à l'instar de la MDPH de Meurthe-et-Moselle qui délocalise des EPE dans le nord du département.

**Recommandation n° 6 :** Afin de garantir la complémentarité de la réponse de premier niveau du pôle d'appui à la scolarité, axée sur l'accessibilité de la scolarité, et la réponse de compensation de la maison départementale des personnes handicapées, selon les résultats des expérimentations, réviser le cadre juridique (articles L. 351-3, L. 112-2 et D. 351-7 du code de l'éducation) et développer les partenariats entre pôles d'appui à la scolarité (PAS) et maison départementale des personnes handicapées.

### 3.1.3. Une mobilisation ajustée des ressources médico-sociales aux besoins des pôles sur une même échelle territoriale

#### Mesure de la CNH

Déployer des équipes mobiles médico-sociales pour favoriser la scolarisation : pour accompagner l'éducation nationale dans la démarche d'accueil et de scolarisation des élèves, des équipes mobiles médico-sociales seront déployées et pourront intervenir directement dans l'école. Elles seront utilisées à la demande des pôles d'appui à la scolarité.

À la lumière des constats dressés précédemment sur les EMASco et les PIAL renforcés (partie 1.3.2), **plusieurs préconisations peuvent être formulées sur les ressources médico-sociales** qui pourront être mobilisées par les pôles d'appui à la scolarité.

**Les missions de ces équipes devraient être centrées sur le rôle d'appui-ressource auprès de la communauté éducative afin de renforcer l'accessibilité de l'école, tout en contribuant à l'évaluation de premier niveau par les PAS.**

<sup>133</sup> L'article L. 351-3 du code de l'éducation définit les compétences des PIAL.

<sup>134</sup> L'article L. 112-2 du code de l'éducation mentionne l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, qui alimente le projet personnalisé de scolarité, support des modalités de déroulement de la scolarité.

<sup>135</sup> L'article D. 351-7 décrit les décisions d'orientation de la CDAPH en matière de scolarisation.

Les ressources médico-sociales devraient être mobilisées prioritairement sur des prestations « indirectes »<sup>136</sup>, dans une logique de renforcement de l'accessibilité de l'école, mais aussi de subsidiarité par rapport aux interventions directes des SESSAD ou des PCPE. Les interventions directes auprès d'élèves ou jeunes notifiés et en attente d'un accompagnement médico-social devraient à ce titre rester exceptionnelles, comme pour les EMASco. Les missions de ces équipes pourraient donc être les suivantes.

**Une mission principale de conseil et d'aide aux équipes éducatives à gérer une situation difficile avec un enfant en situation de handicap**, première demande des équipes éducatives auprès des EMASco. Les observations *in situ* des élèves, dans les classes (et/ou dans les temps périscolaires) devraient être encouragées, tout comme les interventions conjointes avec des ressources de l'éducation nationale (avec des enseignants spécialisés, enseignants coordonnateurs d'UEE, enseignants référents, mais aussi enseignants des RASED, psyEN ou personnels de santé scolaire), pour favoriser l'adaptation de l'expertise médico-sociale au contexte scolaire, et plus globalement pour favoriser le décloisonnement des pratiques.

**Une mission supplémentaire de contribution à l'évaluation de premier niveau réalisée par les PAS**<sup>137</sup>, pour mieux évaluer les besoins (à ce titre les compétences d'un ergothérapeute devront pouvoir être mobilisées) et identifier les situations qui nécessitent une saisine de la MDPH. Les observations de terrain réalisées par ces équipes pour la mission d'appui à la gestion de situations difficiles pourront utilement contribuer à cette évaluation. Ceci suppose l'intégration régulière d'une expertise médico-sociale au sein des PAS. Il reviendra aux PAS de cibler la mobilisation des ressources médico-sociales dans le cadre de ces commissions, pour que l'intervention dans les écoles et établissements scolaires reste leur principale mission, et afin de ne pas créer de doublons avec l'évaluation pluridisciplinaire telle qu'elle est réalisée par les MDPH.

**Des missions préventives, telles que des séances de sensibilisation et des formations-actions** auprès des enseignants, des accompagnants-AESH, ou plus largement auprès des communautés éducatives et des personnels périscolaires. Dans certains PIAL renforcés, l'organisation de formations continues avec le médico-social est impulsée, à l'instar de La Réunion, où les interventions de professionnels médico-sociaux dans les formations CAPPEI et dans les formations continues auprès des AESH sont fréquentes. L'organisation de permanences des personnels médico-sociaux dans les collèges pourrait également être encouragée, l'expérience des EMASco soulignant leur intérêt, si elles sont bien conçues et ciblées<sup>138</sup>, pour atteindre et sensibiliser les enseignants du second degré.

- **Un circuit de saisine court et une communication renforcée favoriseront les interventions précoces des équipes médico-sociales**

Pour la mobilisation des ressources médico-sociales relevant du PAS, le circuit de saisine devra être court, en veillant à la complémentarité des interventions du médico-social avec celle des ressources internes de l'éducation nationale.

La connaissance de ces ressources médico-sociales par les enseignants et équipes éducatives est également essentielle pour favoriser un recours efficace et notamment leur mobilisation précoce. Celle-ci est d'autant plus importante auprès des enseignants du second degré, comme en témoigne l'expérience des EMASco. Le rôle des IEN ASH, des IEN de circonscription (pour le premier degré) comme des chefs d'établissement (pour le second degré) comme des futurs directeurs de PAS est déterminant sur ce point.

---

<sup>136</sup> Au sens de la nomenclature Serafin. Les prestations directes correspondent aux prestations de soins et d'accompagnement, tandis que les prestations indirectes sont les fonctions de pilotage, de fonctions support, de communication et de coopération avec le territoire et de transports.

<sup>137</sup> Cette mission d'évaluation pourrait venir en substitution de la mission d'appui-conseil auprès des MDPH des EMASco, au demeurant très peu réalisée par les EMASco (cf. annexe 8).

<sup>138</sup> Les retours des EMAS soulignent l'intérêt de permanences dans les établissements secondaires, en particulier après une première intervention de l'EMAS dans l'établissement. Les permanences gagnent à être situées à proximité de la salle des professeurs (sans y être intégrées). La communication du chef d'établissement est également essentielle. Source : compte-rendu du séminaire des EMAS de Centre-Val de Loire.

- **Les équipes médico-sociales des PAS qui se substitueront aux PIAL renforcés et aux EMASco, s'appuieront sur les ESMS de proximité pour disposer de ressources spécialisées et préciser le rôle que chaque acteur peut jouer**

Comme on l'a vu précédemment, l'absence d'un cadre d'action commun entre PIAL renforcés et EMASco comme le développement concomitant, sur certains territoires, d'un appui-ressource par des ESMS ont conduit à un système complexe et peu lisible. La création des PAS constitue donc une opportunité pour clarifier l'organisation de la fonction d'appui-ressource auprès de l'éducation nationale.

Lorsqu'un PIAL renforcé ou une EMASco préexiste sur le territoire du futur PAS, celui-ci devra constituer la base de l'équipe médico-sociale du PAS. De même, si un ESMS a développé une fonction d'appui-ressource à proximité du PAS, celle-ci devra être privilégiée. Ces ressources de proximité n'empêcheront pas la mobilisation d'expertises plus spécifiques (par exemple pour l'autisme, les déficits sensoriels, etc.), le cas échéant à l'échelle départementale, à l'instar de ce que réalise l'EMASco de Meurthe-et-Moselle.

La définition, souple et intégrant les réalités de terrain, d'une échelle territoriale conjointe entre éducation nationale et médico-social apparaît ici un préalable. La création des PAS constitue de ce point de vue une occasion pour définir une échelle territoriale de proximité conjointe entre les deux secteurs (d'autant plus si les PAS interdegrés sont favorisés, la territorialisation étant actuellement distincte entre premier et second degré à l'éducation nationale, (cf. encadré en partie 2.2.3.). Côté médico-social, cela suppose toutefois une structuration territoriale beaucoup plus forte qu'actuellement (voir préconisation sur ce point au 3.5.3).

Si l'intégration des équipes médico-sociales dans les PAS est possible dans le cadre réglementaire existant, elle suppose un renforcement conséquent des ressources médico-sociales

Comme les PIAL renforcés et les EMASco, les équipes médico-sociales des PAS peuvent être développées dans le cadre réglementaire existant. La formalisation d'un cahier des charges spécifique, élaboré conjointement par les deux ministères en s'inspirant de celui des EMASco, apparaît un cadre adapté, tout comme l'établissement d'un conventionnement entre PAS et organisme médico-social porteur de l'équipe médico-sociale, à l'instar du fonctionnement des PIAL renforcés, pour préciser les modalités de mobilisation de l'équipe par le PAS.

Le déploiement d'une équipe médico-sociale dans chaque PAS supposera de compléter la couverture territoriale par rapport aux 200 EMASco et 850 PIAL renforcés existants (qui recouvrent par ailleurs des réalités opérationnelles et territoriales très distinctes), d'autant que les PIAL renforcés ont été développés sans financement spécifique. Plutôt qu'une phase d'appel à projet, qui tend à émietter les financements, l'intégration des financements dans le cadre des CPOM des ESMS, sur la base d'une organisation territoriale sectorisée de la fonction-ressource à l'échelle territoriale, apparaît préférable, en veillant à ce que les montants en jeu le permettent<sup>139</sup> afin de favoriser la pérennité de la fonction et la cohérence de l'organisation médico-sociale. L'évolution de la tarification, dans le cadre des travaux Serafin-PH, devrait permettre cette prise en compte de missions particulières. L'entrée en vigueur de cette nouvelle tarification est actuellement prévue en 2025 pour les établissements et services du champ de l'enfance.

**Recommandation n° 7 : Mobiliser les équipes médico-sociales du pôle d'appui à la scolarité pour le conseil, la formation et l'évaluation des situations et unifier l'appui-ressource médico-social à l'éducation nationale en leur sein.**

#### **3.1.4. Une gouvernance à compléter**

Des progrès importants ont été réalisés dans la gouvernance de l'école inclusive depuis la loi école de la confiance de 2019, associant aussi l'ensemble des acteurs du secteur (voir partie 2.4.1) au plan national (comité national de suivi de l'école inclusive) et au plan territorial (comité départemental de l'école inclusive). La mission considère toutefois que manque à cette architecture une instance plus « technique » au plan national, réunissant administrations et opérateurs pour la déclinaison de la politique d'école inclusive.

<sup>139</sup> Voir infra (3.5.2) le cadre juridique des appels à projet.

La feuille de route sur l'école inclusive définie en 2022 par la DGCS, la DGESCO et le ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse prévoyait la mise en place d'un comité technique national composé de représentants des familles désignés par le conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), des organismes gestionnaires, des ARS, de l'EN, de la CNSA, de l'**association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées**, du MENJ, de l'Association des maires de France (AMF) et de Départements de France (DF) en charge de réfléchir notamment aux évolutions à conduire dans le champ réglementaire. Cette instance, qui n'a pas été réunie à ce jour, constituerait un renforcement bienvenu de la gouvernance. Des échanges réguliers associant DGESCO, DGCS et CNSA devraient également être organisés.

Enfin, au plan régional, les conventions entre ARS et rectorats devraient également être généralisées, à l'instar de la démarche d'Auvergne-Rhône-Alpes, en cohérence avec le projet régional de santé.

**Recommandation n° 8 :** Mettre en place, à l'échelle nationale, un comité technique interministériel pour le déploiement de la politique de l'école inclusive, et généraliser les conventions entre agences régionales de santé et rectorats.

### 3.1.5. Un impératif : renforcer et faciliter l'accès au matériel pédagogique adapté MPA

#### Mesure CNH

Renforcer l'accès au matériel pédagogique adapté - Un fonds sera créé à l'éducation nationale pour le soutien en matériels pédagogiques adaptés. Cela permettra d'apporter une réponse rapide pour faciliter la scolarité des élèves, sans être obligé de passer par les MDPH.

Le matériel pédagogique adapté est au cœur des enjeux du rééquilibrage accessibilité / compensation.

Les travaux sur l'accessibilité en tant qu'environnement capacitant prennent en compte tout ce qui peut y contribuer, ce qui inclut en premier lieu le matériel pédagogique adapté.

Pour que l'école puisse être également prescriptrice, et notamment en première réponse, plusieurs conditions doivent être réunies :

- il faut qu'elle soit en capacité de procéder en proximité à l'évaluation fonctionnelle des besoins ;
- il faut qu'elle soit en capacité de mettre en face les ressources disponibles en termes de matériel pédagogique adapté et d'être attentive aux évolutions de l'offre, ce qui relève plutôt d'une mission mutualisée ;
- il faut que les familles et les enseignants soient parties prenantes de ce processus ;
- il faut qu'elle dispose de l'organisation matérielle et fonctionnelle permettant d'assurer une mise à disposition rapide.

Cette organisation pourra se décliner au plan territorial.

Dès lors que l'éducation nationale devient prescriptrice, elle va fonder sa prescription sur son appréciation fonctionnelle de besoins dans le cadre de la relation pédagogique. Le curseur n'est plus alors la situation de handicap – l'éducation nationale ne fait pas de diagnostic de nature médicale sur une situation de handicap – mais bien les besoins évalués et l'« effet capacitant » du matériel adapté. La mission considère que la mise à disposition de matériel pédagogique adapté ne doit plus être réservée aux seuls élèves en situation de handicap. Au Danemark, comme le note le chercheur Serge Ebersold lors d'un entretien avec la mission, les appuis pédagogiques ne sont pas délivrés au regard d'une reconnaissance officielle de handicap, mais au regard d'objectifs pédagogiques et de projets d'établissement. Un des enjeux est moins de les coupler avec des reconnaissances officielles qu'avec des objectifs pédagogiques ou des objectifs de politique d'établissement. Dans son rapport de 2021, la médiatrice de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur note qu'il existe de nombreux outils pédagogiques pour les dys, lesquels n'y ont pas accès dès lors qu'ils restent relevant d'un PAP.

Donner à l'école la possibilité d'apporter une réponse rapide ne signifie à l'évidence pas déposséder la MDPH de ses compétences à cet égard. C'est plutôt d'un glissement de frontière entre accessibilité / compensation et d'une montée en compétence de l'école qu'il est question. À cet égard, pour les enfants en situation de

handicap et ceux pour lesquels l'orientation vers la MDPH est une forte probabilité, le développement du dialogue entre l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les équipes des PAS sera un vecteur de bon fonctionnement et le gage d'un bon dialogue avec les familles qui doivent être associées à ces étapes (cf. partie 3.1.1). On notera aussi que certains matériels peuvent relever d'un autre acteur (mobiliers spécifiques, etc.)

Mais il y a bien un enjeu de pilotage, qui nécessite une stratégie nationale. Plusieurs objectifs doivent être fixés concernant notamment l'accessibilité numérique :

- couvrir l'ensemble des besoins en ressources numériques ;
- favoriser la diffusion et l'appropriation de ces ressources par les équipes enseignantes ;
- conforter le rôle des pouvoirs publics et acteurs (EN, ESRI, MS, collectivités territoriales) dans le soutien au développement et au déploiement de l'accessibilité numérique (identification des besoins, appel à projets ou appels d'offre coordonnés etc.).

L'introduction de ce matériel dans le paysage pédagogique quotidien constituerait aussi une mini révolution culturelle. En effet, d'une part les enseignants ne sont pas toujours à l'aise avec l'usage des outils numériques : les données de l'enquête TALIS de l'OCDE en 2018, indiquent que, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le développement de compétences numériques à l'appui de l'enseignement est l'un des domaines générant le plus de besoins de formation<sup>140</sup>. D'autre part, cet usage peut être vécu comme de nature à modifier la relation « descendante » entre les enseignants et les « enseignés » : aussi, en moyenne en France, 36 % des enseignants laissent « fréquemment » ou « toujours » les élèves utiliser le numérique pour des projets ou travaux en classe, ce qui est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE participant à TALIS (53 %). Enfin, son développement invite aussi à réfléchir la notion d'égalité, voire de « triche » possible. Aussi, certains logiciels qui peuvent être autorisés en classe pendant la scolarité d'un élève ne le sont pas forcément pour la passation des examens nationaux au motif du risque de rupture d'égalité qu'ils engendrent en créant une surcompensation (par exemple, des logiciels tels que « Antidote » et « Word-Q » pour les élèves dys-)<sup>141</sup>. Cela peut conduire à des recours devant les juges administratifs<sup>142</sup>. « Assurer la continuité des aménagements entre la scolarité et les examens et concours » est un des points relevés dans le rapport 2021 de la médiatrice de l'éducation nationale.

La prescription directe par les PAS dans le cadre de la réponse de premier niveau devra inclure les formations de prise en main pour toutes les parties prenantes. Les académies pourraient organiser un recensement de toutes les ressources complémentaires permettant aux PAS de mobiliser des compétences pour l'évaluation fonctionnelle des besoins en MPA (exemples : centres de ressources autisme, instituts jeunes sourds, jeunes aveugles, FabLab, etc.) et organiser des formations régulières des enseignants référents et enseignants spécialisés sur les MPA. La mission invite aussi à développer la mise à disposition de matériel pédagogique adapté pour tous les élèves à besoins éducatifs particuliers pour lesquels l'effet capacitant est évalué.

Au plan financier, la mission s'interroge sur la mise en place d'un « fonds » prévue par la CNH. D'une part ce questionnement porte sur les objectifs poursuivis. Un objectif premier est sans doute de favoriser la disponibilité de crédits en nombre plus élevé, tout comme la simplification des circuits et la réduction des délais. Ainsi, l'on peut considérer que, dans le cadre du programme 230, une claire amélioration de la procédure d'allocation des crédits et de leur utilisation serait une réponse, avec des délégations de crédits précoces et significatives, des exemptions de réserve de précaution et des capacités de réallocation rapide.

---

<sup>140</sup> L'enquête internationale de l'OCDE sur l'enseignement et l'apprentissage (TALIS) est une enquête internationale à grande échelle sur les enseignants, les chefs d'établissement et les environnements d'apprentissage dans les collèges.

[https://www.oecd.org/education/talis/TALIS2018\\_CN\\_FRA\\_fr.pdf](https://www.oecd.org/education/talis/TALIS2018_CN_FRA_fr.pdf). Ses conclusions montrent que, en France, bien que 50 % des enseignants en moyenne aient participé à des activités de formation continue incluant « l'utilisation des TICE » au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, la formation à « l'utilisation des TICE » est un domaine où 23 % des enseignants rapportent un besoin élevé de formation continue (contre 18 % pour l'OCDE en moyenne)

<sup>141</sup> Voir par exemple, le *Guide relatif aux aménagements d'examen, Session 2023*, rédigé par la direction des examens et concours du rectorat de Lyon : <https://ash-ain.circo.ac-lyon.fr/spip/spip.php?article641>

<sup>142</sup> Le tribunal administratif de Nantes par sa décision du 25 février 2022 / n°1905749 a donné raison à un élève et sa famille en annulant la décision du recteur de l'académie de Nantes du 20 mai 2019 de refus du correcteur orthographique « Antidote » au baccalauréat.

D'autre part, un fonds budgétaire<sup>143</sup>, au sens de la LOLF, ne lui semble pas être le support adéquat à la prescription de MPA par l'éducation nationale dans le cadre d'une réponse de premier niveau. À ce jour le financement du MPA relève de l'État ou des collectivités territoriales pour des besoins qui semblent bien distincts.

Toutefois, soulignant le faible taux de couverture des prescriptions de MPA, la mission note que la recherche des conditions propres à assurer une meilleure couverture et la mise en œuvre d'une capacité propre de prescription par l'école devrait en tout état de cause augmenter le besoin financier.

**Recommandation n° 9 :** Modifier en profondeur le pilotage des ressources en matériel pédagogique adapté (MPA) et de son attribution. Au plan national, créer un pôle de pilotage du MPA. À l'échelle territoriale, confier aux pôles d'appui à la scolarisation la mission d'évaluation fonctionnelle des besoins de MPA.

**Recommandation n° 10 :** Définir une meilleure procédure d'allocation à l'échelon déconcentré pour l'acquisition de matériel pédagogique adapté et, dans ce cadre, augmenter les crédits du programme budgétaire 230 vie de l'élève.

## **3.2. Au-delà des évolutions organisationnelles, conduire des évolutions ambitieuses au sein de l'éducation nationale en matière de ressources humaines et de systèmes d'information**

### **3.2.1. Évolution de l'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap - AESH**

#### **Mesure de la CNH**

Réformer le cadre d'emploi des AESH en créant le métier d'accompagnant à la réussite éducative : il sera proposé de regrouper le cadre d'emploi des AESH avec celui des AED autour du métier d'accompagnant à la réussite éducative (ARé). Cela permettra :

- de consolider les conditions d'emploi des AESH auprès des établissements ;
- d'offrir un passage à temps plein et une évolution professionnelle ;
- de permettre une prise en charge sur les temps périscolaires ;
- d'éviter la démultiplication des accompagnants dans la même classe.

Cette mesure prend place dans une organisation où l'accessibilité, via la réponse de premier niveau, est une priorité pour l'école inclusive.

L'idée que les assistants d'éducation (AED) puissent participer à l'accueil d'élèves en situation de handicap n'est pas nouvelle<sup>144</sup>. Cette fusion de cadre d'emploi, outre qu'elle permet une évolution significative du nombre potentiel d'accompagnants, favorise une réponse plus immédiate dans sa réalisation

Plusieurs réserves doivent toutefois être notées :

- les AED, présents dans le second degré, le sont très peu dans le premier<sup>145</sup> ;
- la fusion du cadre d'emploi n'implique pas de facto que les missions confiées aux deux fonctions seront au quotidien similaires. La « culture » des deux fonctions est installée et le constat fait de l'application de la loi de 2003 minore sensiblement le rôle des AED dans l'inclusion des élèves en situation de handicap même si dans certains cas ils ont pu y participer ;
- les missions vie scolaire laissent en réalité peu de latitudes sur des temps d'AED notamment dans les EPLE où les problématiques de harcèlement scolaire, d'indiscipline et d'absentéisme sont des sujets majeurs d'intervention ;
- l'articulation du fonctionnement des ARé entre le PAS, l'école et les services de la vie scolaire pour l'EPLE, appelle des choix d'organisation. À tort ou à raison, les conseillers principaux

<sup>143</sup> Un fonds budgétaire, créé par loi ou décret, accueille des recettes affectées à des dépenses.

<sup>144</sup> Cf. loi du 30 avril 2003 et annexe 6, partie 5.

<sup>145</sup> Il existe des AED en préprofessionnalisation dans le premier degré. Voir la circulaire n° 2019-156 du 6 novembre 2019.

d'éducation, chargés de la vie scolaire et organisant à ce titre le travail des AED, avaient peu à connaître des élèves en situation de handicap jusqu'alors.

La mission note que le passage à ce cadre d'emploi devrait toutefois permettre un passage des AESH à un temps plein<sup>146</sup>, toutefois pas nécessairement souhaité par tous les intéressés. S'il offre des opportunités non négligeables d'interventions, les équilibres entre les différentes tâches seront à trouver et à établir.

Cette fusion du cadre d'emploi cible implicitement davantage l'accompagnement mutualisé. Or le développement nécessaire de l'accessibilité, même s'il sous-tend un recours moins systématique à l'accompagnement individuel, n'y met pas fin. Cette distinction doit être toujours opérationnelle. Aussi dans la construction d'un cadre d'emploi unique, la mission propose de préserver certaines distinctions (fiches de poste) entre assistants de réussite éducative, ARé collectifs<sup>147</sup> ou mutualisés et assistants de réussite éducative, ARé individualisés (ex AESHi), notifiés par la MDPH<sup>148</sup>.

Parallèlement, il conviendrait d'engager des travaux en vue de permettre des temps complets aux personnels en accompagnement individualisé (par exemple continuités temps scolaire / hors temps scolaire en lien avec les collectivités).

Une réflexion pourrait aussi être engagée pour favoriser la présence d'ARé auprès de collectifs d'élèves (par exemple au sein d'une classe) qui pourrait se substituer aux attributions individuelles, pour favoriser la coopération pédagogique entre ARé mutualisé et enseignant.

**Recommandation n° 11 : Établir une distinction entre aide individualisée et aide mutualisée dans le futur cadre d'emploi des accompagnants de réussite éducative et mettre en place un référentiel de compétences.**

Les évolutions relatives au circuit d'attribution des AESH, futurs ARé, sont décrites en partie 3.3.2.

### **3.2.2. Un déploiement de personnes ressources au niveau local qui doit s'appuyer autant que possible sur les enseignants spécialisés**

#### **Mesure de la CNH**

Déployer des professeurs référents dans les établissements : dans chaque circonscription en primaire et dans chaque établissement au secondaire, un professeur sera nommé référent handicap et accessibilité pédagogique. Cet enseignant, formé, sera à la disposition de tout élève en situation de handicap. Il appuiera également l'équipe pédagogique de l'établissement.

En premier lieu, la mission note que le terme de « professeur référent » induit une certaine confusion avec les enseignants-référents qui suivent notamment les équipes de suivi de la scolarisation et propose de privilégier celui d'enseignant ressource.

En second lieu, elle s'interroge sur la nature des missions principales proposées par la CNH. En effet, deux orientations sont évoquées dans la mesure : l'aide aux élèves et l'accompagnement des équipes. La mission considère que la fonction principale de ce nouveau personnel doit être une aide aux équipes pédagogiques et éducatives<sup>149</sup>. Que cet enseignant soit un enseignant spécialisé, formé et reconnu, serait une plus-value dans le dispositif général de la scolarité des élèves en situation de handicap. Ainsi, lorsqu'un enseignant spécialisé est en poste dans les établissements (coordonnateur d'ULIS, professeurs de SEGPA, voire coordonnateur d'UEE), celui-ci gagnerait à être désigné enseignant ressource. Il convient aussi qu'il soit

<sup>146</sup> Actuellement les AESH interviennent à 62 % d'un temps complet.

<sup>147</sup> Les AESH collectifs interviennent dans les ULIS.

<sup>148</sup> Sur ce sujet voir : Propositions pour une évolution de l'aide humaine à l'école accessibilité / compensation : Agents d'accessibilité (septembre 2021) rédigé par la FNASPEH.

<sup>149</sup> Cf. livres et articles de Marie Toullec-Théry. L'école inclusive est particulièrement aux prises avec la diversité des comportements face aux apprentissages et le risque est « *de se centrer sur l'individu, de négliger les effets limitants du milieu* », Desombre et al., (2013), « *mais aussi d'engendrer une stigmatisation via une individualisation à outrance* » (Zay, 2012). « *Plus qu'une réponse individuelle, il s'agirait d'agir sur les situations d'enseignement-apprentissage (...) C'est la qualité des situations d'apprentissage et la différenciation pédagogique qui primeraient* », conférence de consensus, CNESCO, 2017.

formé pour connaître les matériels adaptés et les ressources afin d'aider les équipes dans leur utilisation, rassurer les parents et favoriser ainsi une accessibilité opérationnelle et immédiate.

Ainsi reformulée, c'est d'ailleurs une mesure accueillie favorablement par certains acteurs rencontrés par la mission<sup>150</sup>. La possibilité d'un appui pédagogique au plus près des réalités quotidiennes de scolarisation de l'élève en situation de handicap est attendue par les parents comme par les associations. Cette création peut répondre à la fois à ces attentes et doit être un moyen de conforter l'accueil des enfants en situation de handicap par les équipes pédagogiques qui se trouvent parfois démunies dans une accessibilité immédiate.

L'ajout d'un enseignant ressource au sein des circonscriptions et des établissements nécessitera une relation à construire avec les autres personnels associés au PAS (coordonnateur ULIS, enseignants-référents, ARé) pour définir le champ de ses interventions. Sous la condition d'une réduction du nombre de dossiers de ces derniers, on peut imaginer que les enseignants référents pourraient animer le réseau de ces nouveaux enseignants-ressource.

Au-delà d'une précision indispensable concernant leur dénomination, il sera utile d'analyser les liens que ces « professeurs ressources » pourraient avoir avec d'autres intervenants auprès des élèves : AESH, coordonnateurs d'ULIS, enseignants d'UE, équipe médico-sociale, etc. Pour éviter toute confusion ou malentendu une lettre de mission type devra être établie pour préciser le positionnement au sein du PAS, lister les fonctions attendues de l'enseignant-ressource, les complémentarités à construire avec les intervenants et intégrer les nécessaires temps de coordination.

Cette mesure est porteuse d'une accessibilité plus opérationnelle<sup>151</sup> mais la distinction d'une présence entre un « professeur ressource » par établissement et un par circonscription appellera notamment des précisions. Y-a-t-il une différence d'intervention et de fonction entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> degré ? Dans le premier degré les relations avec le RASED et les pôles ressources, les coordonnateurs d'ULIS ou les enseignants d'unités externalisées, voire les conseillers pédagogiques qui souvent sont des ressources importantes sur le sujet pour les équipes pédagogiques, seront à préciser et définir. C'est moins le cas pour le second degré où le rôle de l'enseignant ressource, s'il est défini prioritairement pour un accompagnement des enseignants, devra s'articuler avec un coordonnateur d'ULIS et les AESH. Cela induit aussi de clarifier le moyen en poste ou en décharge horaire des personnels qui seraient sollicités pour cette fonction. Enfin la mission souligne qu'il existe un risque que de la multiplication des fonctions d'appui à l'inclusion scolaire soit vecteur de confusion et de dilution des responsabilités. Un organigramme fonctionnel type, bien lisible par tous, devra être élaboré.

**Recommandation n° 12 :** Établir une lettre de mission type (premier degré d'une part et second degré d'autre part) pour définir les fonctions, activités et interventions de l'enseignant ressource. Veiller à sa formation. Prévoir les collaborations et complémentarités avec tous les personnels qui suivent l'enfant en situation de handicap dans un cadre animé par le pôle d'appui à la scolarité.

### **3.2.3. Améliorer le suivi de la scolarisation et des parcours des enfants et jeunes en situation de handicap et la production de données sur l'école inclusive**

- **Les outils de suivi et de gestion**

L'ambition de l'école inclusive comme la rareté des ressources humaines soulignent l'urgence à disposer d'applicatifs de gestion et de suivi qui soient pour tous les acteurs vecteurs de meilleurs échanges et de partage d'information pour la communauté éducative, de meilleures définitions de parcours pour les élèves

---

<sup>150</sup> Cf. réponse de l'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (ANCREAI) à la mission dans une note transmise le 18 avril 2023 : « *les ressources pour permettre l'adaptation de la pédagogie aux besoins particuliers de certains enfants existent. Pour autant, l'absence d'une ressource identifiable et mobilisable pour le corps enseignant constitue un frein au recours à ces différentes pédagogies, dont la mise en œuvre au sein d'une classe pourrait profiter à toute ou partie des élèves.* »

<sup>151</sup> Dans un entretien avec le comité interministériel du handicap il est évoqué qu'actuellement un référent sur l'accessibilité pédagogique fait défaut et qu'une création de ce type d'emploi rassurerait ; la mesure répond à cette réflexion (entretien du 31 janvier 2023)

en situation de handicap et, ceci n'étant pas un point à négliger, de gain de temps grâce à des récupérations automatiques de données, également pour limiter de répétitives actions de saisie.

La dimension trop chronophage de la gestion quotidienne des AESH au sein des PIAL et avec les IEN obère la possibilité de consacrer plus de forces à l'accessibilité pédagogique, aux parcours et au dialogue avec les familles. L'attractivité des fonctions de pilote ou de coordinateur de PIAL en est impactée. Par ailleurs, ce ne sont pas moins de six SI qui sont utilisés pour la gestion administrative (RH et paye notamment) des AESH<sup>152</sup>.

Alors que l'ambition du Livret de parcours inclusif est de favoriser échanges d'information et mise à disposition de ressources, sa finalité serait également mieux comprise s'il apparaissait plus clairement que les différents plans qu'il est susceptible d'englober (PAP, PPRE, PAI, GEVA-sco) ne sont qu'une seule et même expression d'une proposition adaptative de scolarisation qui permet une traçabilité du parcours scolaire et médical des élèves en situation de handicap ou des élèves à besoins éducatifs particuliers au long de son développement.

Au-delà, le nombre d'outils de suivi pourrait gagner en simplification, et se prêter mieux aux échanges avec les familles, dont le consentement est essentiel à la réussite de l'inclusion scolaire de chaque élève.

Le récent déploiement de l'outil AGESH est encore vécu comme une obligation d'effectuer de nouvelles opérations de saisie, bien que son objet soit de limiter les actions répétitives d'enquête et de saisies<sup>153</sup> ; les droits d'accès totalement distincts entre LPI et AGESH interrogent particulièrement la mission.

De plus, la mise en place des PAS et de leurs nouvelles compétences appelle un réexamen de cette architecture. L'association des services statistiques à ce travail permettrait d'assurer un meilleur lien entre ces outils de suivi et la qualité des données administratives.

Enfin, la question du secret partagé autour de la définition des troubles pourrait à nouveau être posée. En effet, organiser l'accessibilité pédagogique en serait ainsi mieux assuré. La condition intangible doit évidemment rester l'accord de la famille ou des responsables légaux de l'enfant en situation de handicap. Cela implique la responsabilité du directeur de PAS qui devrait pouvoir définir les niveaux d'autorisation d'accès à ces différentes applications de gestion du parcours de l'élève en situation de handicap aux membres de la communauté éducative concernée. Il ne s'agit pas de plus partager l'information mais de mieux la partager. Il conviendrait ainsi d'élargir le cadre du décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 qui permet les échanges d'information strictement nécessaires à la prise en charge d'une personne, entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social et notamment envisager dans la perspective d'une école inclusive et de réponse de premier niveau, l'addition de la catégorie « personnels du service public de l'éducation » à la liste de l'article R. 1110-2 CSP, aux côtés des « autres professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge. »<sup>154</sup>

**Recommandation n° 13 :** Revoir les droits d'accès aux outils de gestion du livret de parcours inclusif et de l'application de gestion des élèves en situation de handicap pour permettre les interfaces fonctionnelles pour les acteurs de terrain. Développer un applicatif pour la gestion des accompagnants des élèves en situation de handicap / accompagnant à la réussite éducative par les pôles d'appui à la scolarité.

- **Le suivi statistique**

Lors de ces travaux d'état des lieux, la mission a pu faire le constat des difficultés autour des échanges de données entre DREES et DEPP.

Faute d'outils standardisés de suivi d'activité efficaces, fiables et exploitables, tant du côté éducation nationale que médico-social, DEPP et DREES mettent en œuvre des enquêtes périodiques qui mobilisent très

---

<sup>152</sup> Rapport IGÉSR-IGF 2022, *op. cit.*

<sup>153</sup> Ainsi la DGESCO a pu préciser à la mission : « AGESH n'étant pas utilisé par toutes les académies, les données des enquêtes 3 et 12 sont toujours collectées via l'application "HAND" hébergée par la DEPP. Les ERSEH peuvent saisir les données individuellement pour chaque élève ou bien charger un fichier csv contenant l'ensemble des données.

L'application AGESH facilite la collecte de données puisqu'elle permet aux ERSEH de mettre à jour les informations sur l'ensemble des élèves qu'ils suivent puis de générer automatiquement les fichiers csv des enquêtes (un fichier pour le 1<sup>er</sup> degré, un fichier pour le 2<sup>nd</sup> degré). Ces fichiers doivent ensuite être obligatoirement chargés sur l'application HAND des enquêtes. »

<sup>154</sup> Cf. Rapport n° 2018-055 IGEN-IGAENR-IGAS. Évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap.

fortement les équipes de terrain, parfois de manière redondante. L'impossibilité pour ces services de réaliser une validation des remontées et à identifier finement les non-répondants fragilise les résultats.

Interrogés par la mission, DEPP et DREES indiquent avoir débuté, sans l'avoir menée à terme, une réflexion commune sur la possibilité d'appariement de leurs bases respectives. La mission estime quant à elle nécessaire la reprise de ces travaux communs afin de trouver des points de convergence ou tout au moins de complémentarité permettant de disposer de données intégrant l'ensemble des enfants et jeunes en situation de handicap, scolarisés ou non, accompagnés ou non par un ESMS.

La mission estime urgent que les producteurs publics de données puissent converger sur la production conjointe ou coordonnée de données rendant compte de toutes les dimensions de l'école inclusive. L'attribution d'un INE à tous les enfants constitue à ce titre une opportunité. Les acteurs privés, en particulier l'ANCREAI, pourront être concertés et, en tout état de cause, pourront bénéficier de ces travaux, via l'ouverture des données.

Ces travaux pourraient aussi bénéficier de l'appui de l'inspection de l'INSEE.

Ces réflexions devront inclure la question des systèmes d'information. L'objectif de SI fiables doit aussi s'accompagner d'une meilleure interopérabilité ou a minima de possibilité de croisement automatisés entre l'éducation nationale et le médico-social de façon à optimiser le pilotage et le suivi des parcours, mais aussi l'anticipation des besoins et le pilotage de l'offre.

**Recommandation n° 14 :** Relancer sous l'égide du Conseil national de l'information statistique, un groupe de travail réunissant DEPP, DGESCO, DREES, DGCS et CNSA pour élaborer une feuille de route conjointe du suivi statistique de l'école inclusive incluant les priorités d'enquêtes.

### 3.2.4. Systématiser la formation auprès des acteurs selon des modalités plurielles

#### Mesure de la CNH

Déployer un grand plan de formation des équipes pédagogiques : un grand plan de formation sera initié dès la rentrée prochaine et déployé dans chaque académie à la rentrée 2024 pour permettre aux équipes pédagogiques de mieux jouer leur rôle dans l'accompagnement des enfants et l'adaptation de la pédagogie.

La mission souligne que les enjeux de ce nouvel acte de la formation sont de réussir :

- une adéquation entre une maîtrise de l'enseignement et la diffusion des apprentissages à tout élève, moyennant une pédagogie adaptée. La prise en compte des spécificités et des différences du premier et du second degré doit être explicite dans les mesures à prendre ;
- une professionnalisation forte des personnes ressources qui seront notamment amenées à se prononcer sur la réponse de premier niveau à des besoins d'accessibilité, incluant une bonne connaissance des matériels pédagogiques adaptés. Ainsi, le développement des compétences spécialisées, dont la mission a pu noter le besoin, tant au regard des données fournies par la DGESCO, que de ses visites de terrain doit être un objectif fort ;
- une évolution des métiers des accompagnants des élèves en situation de handicap vers un rôle d'aide à l'accessibilité notamment pédagogique ;
- une coopération systématisée et régulière des personnels de l'éducation nationale et du médico-social, qui pourrait aller jusqu'à la mise en place de mobilités professionnelles. Cela semblait aussi l'une des ambitions du diplôme de directeur d'établissement d'éducation adaptée et spécialisée (DDEAS) piloté par l'éducation nationale.

À l'instar de ce que l'éducation nationale a pu faire pour les plans mathématiques et français dont les résultats positifs peuvent être mesurés, un plan d'envergure nationale pourrait être prévu, sous le même format des constellations organisées<sup>155</sup> pour les deux plans, afin de favoriser non seulement l'appropriation

<sup>155</sup> Un objectif de 20 % des enseignants par an formés et un étalement total sur 6 ans permet de couvrir l'ensemble des effectifs.

de connaissances et de pratiques pédagogiques, mais aussi de réaliser des observations croisées d'enseignement et de partages de pratiques.

En effet, l'éducation nationale doit clairement donner le signal d'une priorisation de l'école inclusive dans la formation. Cette disposition signifie, notamment pour le premier degré, de ne pas consacrer les temps de formation exclusivement aux apprentissages fondamentaux, de choisir les priorités par territoire, en fonction des contextes. Il reste que cette mesure doit aussi interroger les modalités pour le second degré. Il est aussi proposé de faire évoluer la formation continue des personnels enseignants et éducatifs du second degré pour rendre son cadre plus incitatif en tenant compte de trois paramètres concurrents : les identités disciplinaires, les temps scolaires, la pluralité des acteurs.

Compte tenu de l'apport indéniable de formations croisées entre l'éducation nationale et le médico-social, il faut aussi conforter la possibilité pour les directions des services départementaux et les PAS d'en avoir l'initiative. Il s'agit notamment d'accompagner la structuration des organisations et la complémentarité des compétences, de développer les apports mutuels et d'ouvrir des formations-actions pour les projets ; de telles formations croisées pourront également concerner le matériel pédagogique adapté et l'accessibilité numérique.

Des cartographies des formations disponibles, sur la base d'un plan de formation annuel des cadres tant de l'éducation nationale que du médico-social sur l'école inclusive porté par l'IH2EF, l'INSEI, les EAFC, les ARS, la direction de l'encadrement, seraient utiles.

La mission note par ailleurs qu'une évaluation spécifique des formations à l'école inclusive pourrait être prévue et réalisée après la mise en place de cette nouvelle architecture.

Ainsi, le plan de formation annoncé pourrait s'articuler autour des quatre axes suivants :

- **Donner une place visible à l'école inclusive dans tous les programmes des concours de recrutement**

Dans la formation initiale<sup>156</sup> des professeurs, serait intégrée et développée la prise en compte, dans toutes les disciplines, des adaptations pédagogiques, didactiques et éducatives, incluant aussi l'accessibilité numérique, pour bâtir l'école inclusive, et le fléchage des temps de stages sur la mise en pratique dans des dispositifs de scolarisation inclusive.

- **Créer un cadre incitatif pour la formation continue à l'école inclusive en instaurant un continuum de formation entre formation initiale continuée et continue pour l'ensemble de la communauté éducative**

Dans ce cadre, la possibilité de proposer une formation effective sur l'école inclusive de cinq jours massés pour chaque enseignant, selon un plan pluriannuel sur le modèle des constellations mathématiques et français qui prévoit la formation des enseignants en dehors du temps scolaire<sup>157</sup> et avec une rémunération à établir, serait à envisager.

- **Systématiser des formations de proximité, modules d'initiative locale à la main des DSDEN et des PAS (dont formations croisées EN-MS / enseignants / AESH) en mobilisant des financements de l'éducation nationale et du médico-social (financés par la CNSA ou par les organismes de formation continue).**

- **Développer l'acquisition de compétence spécialisées (CAPPEI, formations action TSA et TND...) pour plus de personnes ressources**, notamment au sein des écoles et établissements afin d'envisager une possible certification de compétences tout au long de la vie et mieux ouvrir la voie à des passerelles professionnelles entre les métiers de l'éducation nationale et ceux du médico-social en favorisant ainsi les co-interventions et co-conceptions entre formateurs experts disciplinaires et experts de la prise en charge des troubles (médecins, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, enseignants spécialisés, éducateurs etc.).

---

<sup>156</sup> Aujourd'hui seulement 25 h de formation prévue et il faudrait que les enseignants des INSPÉ soient en possibilité de le faire dans leur discipline.

<sup>157</sup> Cf. Rapport n° 359 (2013-2014), déposé le 12 février 2014 Sénat : sur le fondement de l'article L. 912-1-2, qui prévoit, non sans ambigüité, que « lorsqu'elle correspond à un projet personnel concourant à l'amélioration des enseignements et approuvé par le recteur, la formation continue des enseignants s'accomplit en priorité en dehors des obligations de service d'enseignement et peut donner lieu à une indemnisation ».

La mission estime que la formation des enseignants à l'école inclusive ne peut rester de nature facultative. Une programmation sur plusieurs années doit permettre de surmonter la difficulté du nombre de personnels à former.

En termes budgétaires, le coût prévisionnel devra inclure les formateurs et l'indemnisation des enseignants s'ils sont formés pendant des période de vacances scolaires.

**Recommandation n° 15** : Donner une place visible à l'école inclusive dans tous les programmes des concours de recrutement et renforcer les formations spécialisées au Certificat d'aptitude aux pratiques de l'éducation inclusive.

**Recommandation n° 16** : Mettre en place une formation effective obligatoire de cinq jours sur l'école inclusive avec un plan pluriannuel pour tous les enseignants, sur le modèle des constellations français et mathématiques.

**Recommandation n° 17** : Systématiser des formations de proximité sur l'école inclusive, à la main des directions des services départementaux de l'éducation nationale et des pôles d'appui à la scolarité, y compris les formations croisées avec le secteur médico-social et les maisons départementales des personnes handicapées, en mobilisant des financements de l'éducation nationale et du champ médico-social.

### **3.3. Ajuster les modalités d'orientation et de prescription d'aide humaine, dans une logique de parcours, pour mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes en situation de handicap**

#### **3.3.1. Une collaboration renforcée entre les acteurs (MS, EN, MDPH, ARS) pour optimiser les orientations dans une logique de parcours et de solution adaptée pour tous les enfants et jeunes en situation de handicap**

En premier lieu, **le déploiement des PAS supposera une articulation renforcée avec les MDPH du territoire**, pour s'assurer de la complémentarité entre réponses de premier niveau par l'éducation nationale et réponses relevant de la compensation par la MDPH (cf. partie 3.2.2). Les PAS pourront utilement bénéficier de l'expertise de la MDPH pour identifier les situations qui relèvent d'un besoin de compensation (notamment si des compétences médicales apparaissent nécessaires pour affiner l'évaluation, et que les ressources locales de médecine scolaire ne permettent pas de répondre aux besoins du PAS). Les PAS pourront également bénéficier de temps de partage, voire de formations, de la MDPH en matière de matériel pédagogique adapté, compte tenu de l'expertise que les équipes pluridisciplinaires notamment les ergothérapeutes peuvent avoir acquis en la matière (connaissance du matériel, des logiciels, etc.). De manière identique, les personnels des MDPH pourraient bénéficier des compétences pédagogiques et didactiques des enseignants afin de mieux appréhender les environnements scolaires (en particulier pour le second degré) ; notamment si des compétences dans ces domaines sont nécessaires pour ajuster au mieux la nature compensatoire de la mesure.

**Les PAS gagneraient à établir des relations régulières et de proximité avec les MDPH** (notamment à travers les enseignants référents) pour échanger sur les critères d'évaluation et de priorisation, sur les modalités de remplissage des documents (GEVAco Nouvelle formule). La participation de professionnels du PAS aux EPE est également à encourager, de même que les formations croisées, visites ou journées portes ouvertes entre les institutions. Ces relations de proximité entre PAS et MDPH seraient facilitées par la désignation de référents territoriaux ou par une présence infra-territoriale de la MDPH, à l'instar de la MDPH de Meurthe-et-Moselle qui délocalise des EPE dans le nord du département.

Au niveau départemental, l'élaboration de calendriers partagés entre éducation nationale et MDPH constitue également une pratique de nature à améliorer le circuit d'évaluation et d'orientation des enfants, en particulier pour l'accompagnement humain.

En second lieu, **la concertation entre l'éducation nationale, les ARS, les gestionnaires d'ESMS et, le cas échéant, les MDPH, mériterait d'être institutionnalisée** pour trouver des solutions adaptées aux enfants en situation de handicap bénéficiant d'un accompagnement médico-social, en étudiant les situations prioritaires

sans solution d'accompagnement. Ces commissions d'affectation partagées<sup>158</sup>, développées de manière disparate sur le territoire<sup>159</sup>, sont limitées par les capacités d'accueil des établissements, mais aussi par une coopération inégale des établissements et services médico-sociaux. L'inscription réglementaire de ces commissions (par exemple à l'article D. 312-35 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux admissions), serait de nature à les systématiser, et à en améliorer le fonctionnement avec une participation effective des ESMS. Une autre option consisterait à généraliser ces commissions par voie de circulaire, même si ce levier juridique serait moins contraignant vis-à-vis des établissements médico-sociaux.

En tout état de cause, ces commissions devraient s'articuler avec les groupes opérationnels de synthèse (GOS) mis en place par les MDPH pour élaborer les plans d'accompagnements globaux (articles L. 114-1-1 et L. 146-8 du CASF), dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous ». Ces commissions pourraient constituer une déclinaison des GOS sur le champ de l'enfance, dont le pilotage opérationnel serait assuré conjointement par les MDPH, l'éducation nationale et les ARS.

**Recommandation n° 18 : Généraliser les commissions d'affectation partagées pour l'accompagnement médico-social des enfants en situation de handicap entre éducation nationale, agence régionale de santé, gestionnaires d'établissements ou de services médico-sociaux et maison départementale des personnes handicapées.**

Plusieurs interlocuteurs de la mission se sont aussi déclarés favorables à une évolution du droit d'admission des directeurs d'établissements médico-sociaux. Dans les faits, cette liberté d'admission est d'ores et déjà cadrée par l'autorisation de l'établissement, et des évolutions importantes du cadre juridique des autorisations des établissements et services médico-sociaux entreront en vigueur prochainement (détail dans l'encadré ci-après). Ces évolutions conduisent à élargir les autorisations vers une moindre spécialisation des établissements et services et une plus grande polyvalence, et à limiter les motifs de refus d'accueil par les d'établissements ou à obliger les établissements à motiver leurs refus. Certaines de ces dispositions seront effectives en 2024.

À ce stade, la mission privilégie donc une évolution de l'organisation territoriale du médico-social, présentée infra.

#### **Les évolutions du cadre législatif des établissements et services médico-sociaux en 2022**

Le rapport sur la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux<sup>160</sup> soulignait l'extrême segmentation des autorisations des structures qui accueillent ou accompagnent des personnes en situation de handicap. Cette segmentation, source de complexité pour les personnes handicapées, leurs aidants, les gestionnaires et les autorités publiques, peut motiver un refus d'accueil dans un établissement qui dispose pourtant des compétences et des capacités nécessaires. Une première réponse systématique a été apportée en 2017 par une nomenclature réglementaire simplifiée et opposable des autorisations, mais elle n'est applicable qu'aux autorisations nouvelles ou modifiées postérieurement à son édicton et n'était pleinement mise en œuvre que pour 20 % des capacités installées en 2021. À la suite des recommandations de l'IGAS, l'article 135 de la loi dite 3DS<sup>161</sup> a complété cette évolution réglementaire, en appliquant directement la nomenclature de 2017 aux autorisations préexistantes, à compter de février 2024, tout en les modifiant sur trois points :

- il supprime les restrictions liées à la présence de « troubles associés » : pour près de 30 % des capacités d'accueil et d'accompagnement, la mention « sans trouble associé », conduisaient en effet à interdire l'accueil ou l'accompagnement d'une personne présentant plusieurs handicaps – par exemple un handicap mental et un handicap sensoriel ;

<sup>158</sup> Voir présentation en partie 2.2.4 et exemples en annexe 8 (partie 2.2.3.2).

<sup>159</sup> Le comité de suivi de l'école inclusive du 30 juin 2020 avait annoncé la mise en place dans chaque département d'une commission d'affectation spécifique réunissant les acteurs de la scolarisation et leurs partenaires, avec une cellule de veille repère, en amont de la rentrée, pour les élèves sans affectation, et la proposition de solutions partenariales de scolarisation. Les visites de la mission montrent qu'elles ne sont pas encore développées dans tous les départements.

<sup>160</sup> IGAS, 2021. Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

<sup>161</sup> Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

- il supprime également les restrictions liées à la gravité du handicap, qui concernent quelque 10 % des capacités existantes ;
- dans les structures dédiées aux jeunes, il relève à 20 ans toutes les bornes d'âge plafonds comprises entre 16 et 20 ans, qui concernent 11 % des capacités : ces plafonds, qui ne peuvent être justifiés par un projet pédagogique particulier, créent une discontinuité entre l'ancien seuil de l'obligation scolaire et le seuil légal de 20 ans au-delà duquel le maintien dans la structure est a minima garanti par la loi dans l'attente d'une place disponible dans un ESSMS principalement dédié aux adultes.

Enfin, la question pourrait se poser d'une extension à d'autres dispositifs des commissions de pilotage des dispositifs liés à l'autisme (UEEMA, UEEA, DAR), qui associent l'éducation nationale en amont des orientations pour le ciblage des profils d'élèves. Un bilan du fonctionnement de ces commissions mériterait d'être dressé, notamment quant à l'articulation avec les EPE ou aux modalités d'association des familles. Parallèlement, leur expérimentation pour d'autres UEE pourrait également être conduite. Une généralisation de telles modalités de fonctionnement supposerait toutefois une adaptation des textes relatifs aux compétences des CDAPH.

### **3.3.2. Des modalités de prescription de l'aide humaine favorisant un meilleur équilibre compensation - accessibilité**

Les différentes mesures de la CNH et de la mission<sup>162</sup> organisent, par une réponse de 1<sup>er</sup> niveau, par la mise en place du PAS et la création des ARé, une possible cohérence institutionnelle et pragmatique d'un équilibre nouveau entre compensation et accessibilité. Mais pour que cet ensemble forme système il est pertinent de statuer sur quelques impératifs de fonctionnement pour éviter des contradictions ou des blocages.

Si la création d'une réponse de premier niveau par les PAS pour créer les conditions d'une réponse plus immédiate au besoin des élèves est mise en œuvre, la conséquence, au-delà du ciblage des élèves concernés, pourrait être de donner au PAS les moyens de décider de manière autonome des attributions des accompagnements mutualisés (ARé-m). C'est le PAS qui en fonction des besoins évalués de l'élève proposerait les accompagnements, leur durée, leur adaptation et évolution.

Ainsi, si la notification d'aide humaine individualisée, aide par nature soutenue et continue, resterait du ressort de la CDAPH, l'attribution des ARé mutualisés relèverait de l'éducation nationale et serait prévue dans le GEVAsco Nouvelle formule. Celle-ci serait organisée par le PAS, dans le cadre de la réponse de premier niveau.

Cette mesure suppose une modification des articles L. 351-3 et D. 351-6 du code de l'éducation. Elle conduirait à intégrer le rôle des ARé mutualisés au sein des mesures d'accessibilité, et permettrait une attribution plus rapide. Il conviendra de veiller à ce que cette évolution ne conduise pas à une diminution du volume d'heures d'accompagnement mutualisé. Par ailleurs, en cas de désaccord, un recours pourrait être formé par les parents devant la MDPH, garantissant ainsi une analyse pluridisciplinaire des besoins de l'enfant.

Pour aider à la détermination de cette distinction entre aide individualisée et mutualisée, un référentiel national déterminant les conditions et les critères d'un accompagnement continu et soutenu doit être élaboré. Ce référentiel permettrait de mieux expliciter la frontière entre une réponse de 1<sup>er</sup> niveau apportée par l'école et incluant une aide mutualisée et des besoins ne se limitant au demeurant pas aux temps de scolarisation et appelant la mise en place de mesures de compensation hors ces temps scolaires. Il précisera l'opposabilité de ces droits.

**Recommandation n° 19 :** Confier l'attribution des accompagnants à la réussite éducative (ARé ex-AESH) mutualisés à l'éducation nationale et, pour ce faire, modifier les articles L. 351-3 et D. 351-6 du code de l'éducation. En cas de désaccord, un recours pourrait être formé par les parents devant la maison départementale des personnes handicapées.

---

<sup>162</sup> Cf. chapitres 3.1.1, 3.1.2 et 3.2.1 du rapport.

### 3.4. Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire en s'appuyant sur une réponse médico-sociale renforcée et adaptée

#### 3.4.1. L'attribution d'un identifiant national élève (INE) à tous les enfants : plus qu'une mesure symbolique, une ouverture concrète, conforme à la loi de février 2005

##### Mesure de la CNH

Attribuer un numéro INE pour tous les enfants : tous les enfants disposeront d'un numéro « identifiant national élève », y compris pour les enfants scolarisés en établissements spécialisés. Cela permettra à chaque enfant d'être identifié comme élève et d'être suivi dans sa scolarité.

Pour la mission, cette mesure est évidente, cohérente avec l'article 19 de la loi du 11 février 2005 qui prévoit l'inscription de tout enfant handicapé dans un établissement scolaire de référence<sup>163</sup>, et pertinente pour la cohérence du suivi de la scolarisation des enfants et jeunes en situation de handicap. La conséquence de cette mesure est de permettre un suivi précis, objectif, de la scolarité des enfants en situation de handicap et donc de leur parcours scolaire. Cela permettra également de recenser les élèves déscolarisés.

La DGESCO expertise cette possibilité en s'appuyant sur le modèle de la loi du 24 août 2021<sup>164</sup> pour l'instruction en famille qui a permis de doter les enfants concernés d'un INE. On peut toutefois convenir que ce qui a pu se mettre en place pour les enfants instruits en famille peut l'être pour des enfants repérés et connus dans des établissements relevant du médico-social. La principale difficulté semble être celle du rattachement d'un enfant scolarisé dans le secteur médico-social à un établissement scolaire, ce qui a pour effet une évolution potentielle de ses effectifs et une anticipation d'une scolarité future.

À l'instar de pays (Italie) qui ont mis en œuvre cette mesure, une limitation du nombre d'élèves dans les classes recevant des élèves en situation de handicap pourrait ainsi être mise en œuvre, dans l'esprit de la limitation du nombre d'élèves dans les classes dédoublées en éducation prioritaire : son impact sur les progrès des élèves pourrait faire l'objet d'un suivi sur des cohortes. Le nombre d'accompagnants présents dans une classe pourrait aussi être intégré à ce suivi. Il ne s'agirait pas de proposer uniquement un coefficient multiplicateur mais bien d'adapter les conditions d'accueil pour faciliter l'inclusion des élèves et le travail des enseignants dans la classe en fonction des besoins.

La mission précise toutefois ne pas avoir documenté les conséquences en emplois de cette mesure ni son incidence financière. Toutefois, sa mise en œuvre pourrait être facilitée par la baisse globale des effectifs d'élèves scolarisés qui est régulière dans le premier degré depuis plusieurs années et qui gagne désormais l'enseignement secondaire.

L'autre impact non négligeable de cette mesure est, d'une part, d'ouvrir la possibilité de croisement entre les données statistiques de l'éducation nationale et du médico-social afin de fiabiliser une meilleure connaissance statistique et, d'autre part, de conforter le socle de bases de données afin de disposer d'indicateurs de pilotage plus robustes (cf. partie 3.2.5).

De manière indirecte mais subséquente cette mesure pourrait permettre de prendre en compte les élèves en situation de handicap accueillis selon diverses modalités dans les effectifs d'une école ou d'un EPLE afin de favoriser les conditions et les modalités de scolarisation. L'augmentation continue du nombre d'élèves en situation de handicap suppose que cette approche soit clairement définie pour favoriser l'idée d'une école inclusive qui ne peut se bâtir sur une implication professionnelle attendue des équipes pédagogiques et éducatives sans interroger les conditions de celle-ci.

**Recommandation n° 20** : Pour accompagner l'inclusion scolaire dans ses différentes modalités, en cohérence avec le déploiement de l'INE pour tous les enfants, proposer une évolution de la dotation horaire globale des

<sup>163</sup> Codifié à l'article L. 112-1 du code de l'éducation.

<sup>164</sup> Loi n° 2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République.

établissements, avec une possible double comptabilisation<sup>165</sup>, un coefficient majoré<sup>166</sup> des élèves ou une limitation des effectifs dans certaines classes, en fonction des moyens mobilisables.

**Ces différentes mesures s'inscriraient dans un cadre validé par le DASEN ou le conseil d'administration de l'établissement, en lien avec leur projet.**

### 3.4.2. Favoriser le déploiement du médico-social dans l'école en s'inspirant des expériences récentes innovantes

#### Mesures de la CNH

Déployer 100 projets pilotes d'IME dans l'école : afin de permettre aux enfants en situation de handicap une scolarisation à l'école et dans de bonnes conditions, 100 projets pilotes permettant l'intégration physique d'instituts médico-éducatifs au sein des murs de l'école d'ici la fin du quinquennat.

Afin de soutenir l'éducation nationale, il est proposé d'autoriser et de créer les conditions pour permettre la coopération et l'intervention des professionnels de santé directement dans les murs de l'école (ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, etc.).

L'objectif de cette mesure forte de la CNH est, à terme, et progressivement, de permettre à tout enfant en situation de handicap d'être scolarisé en milieu ordinaire avec une prise en charge médico-sociale adaptée à son handicap sur le lieu de sa scolarisation, réalisant ainsi les conditions optimales d'une inclusion.

La mission ne peut qu'adhérer à cet objectif. Des visites de terrain<sup>167</sup> lui ont permis de mesurer l'intérêt pour les enfants et adolescents d'un tel système intégré qui permet une meilleure coordination entre acteurs de l'éducation nationale et équipe médico-sociale et évite à l'élève des déplacements longs, fatigants, grevant les temps scolaires et les temps de vie de l'enfant. Plusieurs territoires mènent des réflexions sur la possibilité de telles expérimentations. Ainsi, l'ARS de La Réunion a fait état à la mission de discussions avec le rectorat pour l'ouverture d'un IME dans une école de l'est de l'île. Il s'agit d'une création *ex nihilo*, dans un contexte de sous équipement. Le département de la Somme, en s'appuyant sur la sous-occupation de certains collèges, a d'ores et déjà fait acte de candidature comme territoire pilote de l'expérimentation de 100 projets.

Plusieurs interlocuteurs de la mission ont évoqué des difficultés d'accès de professionnels libéraux (en particulier orthophonistes et psychologues) à certains établissements, alors que les soins à prodiguer entraînent dans le cadre du PPS. En effet, cet accès ne peut se faire que dans le cadre d'une convention de coopération conclue entre le professionnel de santé et l'IEN, dans le premier degré, le chef d'établissement dans le second degré. Sa mise en œuvre est soumise à l'appréciation de l'IEN ou du chef d'établissement<sup>168</sup> et réclame un délai<sup>169</sup>. La mesure de la CNH concernant l'intervention des professionnels de santé dans les murs de l'école répond pour partie à cette difficulté. La présence de l'équipe médico-sociale dans l'établissement scolaire pourra apporter une solution à nombre de ces situations, dans la mesure où ces professionnels libéraux pourront conventionner avec le gestionnaire de la structure médico-sociale (ce qui est un mode de fonctionnement très fréquent, par exemple dans le cadre des PCPE), qui en endosse dès lors la responsabilité. Leurs interventions dans l'établissement scolaire ne sont alors plus soumises à contractualisation individuelle avec l'établissement.

Cependant, atteindre cet objectif nécessite que soient préalablement réunies des conditions tenant d'une part aux infrastructures et d'autre part à la disponibilité de moyens médico-sociaux au sein d'un établissement scolaire. Enfin, il convient de s'assurer que ces modalités de prise en charge constituent l'accompagnement le mieux adapté au handicap de l'enfant et de l'adolescent et le plus à même de répondre à ses souhaits et à ceux de sa famille. Ainsi, des représentants de parents d'enfants en situation de handicap

<sup>165</sup> À titre d'exemple, la comptabilisation des élèves d'Ulis dans les effectifs de leur classe de référence.

<sup>166</sup> À titre d'exemple, un enfant en situation de handicap pourrait être « valorisé » pour un effectif de 1,5 ou 2 élèves dans une classe ordinaire.

<sup>167</sup> En particulier au lycée des Bourdonnières de Nantes et à l'EREA du Val-de-Briey, cf. paragraphe 2.2 et annexe 8.

<sup>168</sup> Certains interlocuteurs ont rapporté à la mission des cas de refus d'un chef d'établissement.

<sup>169</sup> Le circuit de signature côté éducation nationale prévoit une validation par la direction de l'académie.

ont indiqué à la mission que certains enfants présentant des handicaps très sévères ne pouvaient être scolarisés en dehors de leur institut, ou uniquement sur des temps très partiels.

Il convient également de s'assurer de la continuité du suivi médico-social et de garantir l'accès des enfants en situation de handicap aux locaux de l'ESMS, y compris durant les vacances scolaires. En effet, les ESMS n'ont généralement pas le même nombre de journées d'ouverture que l'éducation nationale. Ils ouvrent 210 jours par an, alors que les écoles et établissements sont ouvertes 36 semaines (soit environ 180 jours).

**La question du bâti est primordiale et devra être gérée en étroite collaboration entre d'une part les collectivités locales, payeurs, et, d'autre part, l'éducation nationale et le gestionnaire de l'IME.** Comme la mission a pu le constater lors de visites dans des établissements ayant mis en œuvre ce rapprochement, si ces aménagements tiennent dans un premier temps à garantir l'accessibilité de l'ensemble des locaux (ascenseurs, toilettes, rampes, bandes de guidage pour aveugles), ils doivent également prévoir la mise à disposition d'espaces supplémentaires dédiées prioritairement aux élèves en situation de handicap (« SAS Oxygène » « espace Bulle », salles de soins contiguës à la classe, parking pouvant accueillir des véhicules aménagés...). Par ailleurs, l'intégration dans les locaux de l'établissement de l'activité médico-sociale (salle de rééducation, de psychomotricité, bureaux dédiés aux consultations des professionnels du champ médico-social, bureau du coordonnateur), voire d'un internat adapté<sup>170</sup>, demande des espaces importants avec des contraintes très fortes en termes de normes.

La mission préconise que l'évaluation de l'expérimentation envisagée sur 100 sites comporte un volet listant précisément les aménagements réalisés dans l'établissement. Cette évaluation pourra servir de base à l'élaboration d'un cahier des charges national définissant les aménagements minimaux nécessaires à l'« accueil globalisé » (scolaire et médico-social) des enfants en situation de handicap. Un volet financier de cette évaluation permettrait aux collectivités locales de réaliser un plan de montée en charge et de budgétiser les travaux nécessaires à ces rapprochements.

Par ailleurs, en application de la loi de 1975<sup>171</sup> puis de la loi de 2009 dite « HPST »<sup>172</sup> toute création, transformation ou extension d'un ESMS ne peut se faire sans autorisation préalable, dans le cadre d'un appel à projet élaboré par les ARS<sup>173</sup>. Les exceptions dans le champ ici concerné, introduites par un décret de juillet 2010<sup>174</sup> puis par la loi du 27 juillet 2019, concernent les opérations de regroupement n'entraînant pas d'extension ou une extension minimale et ne faisant appel à aucun financement public et les projets de transformation qui n'entraînent pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service. Si l'ESMS concerné ne répondait pas à l'une de ces exceptions, il entrerait toutefois dans la catégorie des projets expérimentaux ou innovants qui répondent à un cahier des charges allégé. Il conviendra d'associer étroitement et très en amont l'ARS pour clarifier ce point et prendre en compte les délais d'une éventuelle procédure d'appel à projet.

Côté médico-social, la mesure de rapprochement de la CNH est centrée sur les IME. Ce choix est cohérent compte tenu de la prépondérance de ces structures au sein de l'offre médico-sociale destinée aux enfants et adolescents (cf. annexe 5, tableau 18). Toutefois, si le périmètre des IME est large<sup>175</sup>, il ne couvre pas l'intégralité du champ du handicap. Par ailleurs, dans la suite du décret d'avril 2017 créant les DITEP<sup>176</sup>, de nombreux IME expérimentent un mode de fonctionnement en dispositif (DAME, DIME, cf. chapitre 1.2 et annexe 8) avec des résultats qui, à ce stade, sont encourageants. Un décret entérinant cette évolution est

---

<sup>170</sup> Ce qui nécessite de prévoir, en complément des locaux d'internat proprement dit, des espaces de vie intérieurs (organisation d'ateliers manuels...) et extérieurs (espaces verts, terrains de sport...).

<sup>171</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>172</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>173</sup> Une modification de cette procédure a été apportée par le décret n° 2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>174</sup> Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation.

<sup>175</sup> Les IME accueillent, selon leur spécialisation des enfants en situation de handicap présentant des déficiences intellectuelles, motrices, sensorielles ou polyhandicapés.

<sup>176</sup> Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

d'ailleurs attendu d'ici la fin de l'année. Les ITEP/DITEP comme les SESSAD accueillent des enfants et adolescents ayant des caractéristiques pouvant être différentes en termes de handicap<sup>177</sup> ou de lourdeur de celui-ci. De nombreux SESSAD interviennent d'ores et déjà dans des écoles ou établissements scolaires. La mission a pu constater que certains ESMS<sup>178</sup> disposent d'infrastructures conséquentes, comportant par nature les aménagements nécessaires à l'accessibilité des élèves en situation de handicap, en mesure d'accueillir un établissement scolaire ordinaire, pratiquant ainsi une inclusion inversée. **l'expérimentation pourrait-elle être élargie à tout établissement ou service médico-social (dispositifs intégrant un IME, DITEP, SESSAD) satisfaisant des critères prédéfinis dans le cahier des charges susvisé. Elle pourrait inclure des expériences d'inclusion inversée.**

Dans l'établissement susvisé visité par la mission, c'est un SESSAD qui est lié par convention au lycée. Ce SESSAD, fonctionnant depuis plus de 30 ans dans cette configuration et reconnu comme tel au-delà de la région, suit 12 élèves du lycée<sup>179</sup>. Il intervient auprès de 26 autres enfants et adolescents non scolarisés dans ce lycée. Les installations coûteuses du lycée (bassin de balnéothérapie...), surdimensionnées pour les 12 élèves du lycées pris en charge, sont ainsi mises à disposition d'autres enfants et jeunes du secteur géographique.

Ce fonctionnement, de type plateforme, mérite d'être expertisé. En effet, compte tenu de la taille réduite de certains établissements et du nombre restreint d'élèves concernés, il n'est pas envisageable de mobiliser des équipes médico-sociales dans chaque école, collège et lycée. *A contrario*, il n'est pas toujours pertinent, en particulier pour des raisons de distance et de difficultés d'accès, de regrouper les enfants en situation de handicap dans des écoles ou collèges disposant d'un ESMS en leur sein. Par ailleurs, certains enfants en situation de handicap sont porteurs de handicaps demandant des expertises particulières (déficits sensoriels, polyhandicapés...) non disponibles dans tous les ESMS. La plateforme pourrait intervenir dans la mobilisation de l'intervention de ces expertises auprès d'élèves en situation de handicap lorsque celles-ci ne sont pas disponibles dans le territoire. Il serait opportun d'envisager qu'à terme chaque établissement scolaire soit doté d'un lieu et d'un équipement de base permettant à la plateforme d'intervenir sur site. Cette obligation pourrait être rendue opposable aux établissements, selon un calendrier prenant en compte la faisabilité (baisse des effectifs des élèves, nouvelle construction...). Elle serait formalisée par une convention entre la plateforme et l'IEN de circonscription pour le premier degré, le chef d'établissement pour le second degré. **Développer des coopérations d'établissements médico-sociaux avec certains établissements, répartis de manière à mailler le territoire, dans une logique de plateforme de ressources et doter chaque établissement d'un local dédié à l'intervention de cette plateforme** permettrait à des ESH d'être scolarisé au plus près de leur lieu de vie, tout en bénéficiant d'un appui médico-social de proximité.

Cet élargissement du champ de l'expérimentation en embrassant davantage de structures médico-sociales, dans une logique de plateforme, serait de nature à favoriser la prise en charge médico-sociale des élèves en situation de handicap en proximité de leur lieu de vie et de scolarisation.

**Recommandation n° 21 : Élargir l'expérimentation « 100 projets pilotes d'IME dans l'École » à l'ensemble des établissements ou services médico-sociaux, et y inclure l'élargissement des missions de ces établissements ou services médico-sociaux, dans une logique de plateforme territoriale.**

Au-delà de la présence, sous différentes formes, des ESMS dans les murs des établissements scolaires, il convient de s'intéresser aux conditions de scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap. À côté des classes ordinaires, les ESH peuvent être scolarisés, soit avec l'appui d'un dispositif adapté propre à l'éducation nationale, les ULIS, soit dans des unités d'enseignement internes ou externes des établissements médico-sociaux (UEI et UEE). La mission a pu constater une certaine convergence dans les profils des enfants accueillis en ULIS et en UEE, qui interroge sur la coexistence de ces deux entités, en particulier dans un même établissement. Dans ce dernier cas, **un rapprochement de ces classes, avec mise en commun de moyens (éducateurs spécialisés côté UEE, AESH collectif côté ULIS) pourrait être**

<sup>177</sup> Les ITEP en charge prennent très majoritairement des jeunes ayant des troubles du psychisme.

<sup>178</sup> Institut des sourds de la Malgrange implanté à Jarville (54).

<sup>179</sup> Lycée qui scolarise 1 800 élèves dont 50 reconnu en situation de handicap.

**expérimenté.** Ce rapprochement pourrait être l'occasion d'expérimenter un basculement progressif des UEE vers l'éducation nationale, comme a pu le préconiser le CNCPH<sup>180</sup>.

Si les enquêtes de la DEPP et la DREES permettent d'appréhender le temps global de scolarisation, la mission n'a pu obtenir de données consolidées tenant aux temps d'inclusion en classe ordinaire de ces élèves scolarisés tant en UEE qu'en ULIS. Les emplois du temps d'élèves transmis par des établissements ou ESMS rencontrés par la mission attestent d'une grande variabilité des temps d'inclusion et des matières concernées, y compris au sein d'une même classe (cf. annexe 8). Ce constat vaut pour les unités d'enseignement internalisées des ESMS (UEI). Afin d'évaluer le degré d'inclusion des élèves de ces dispositifs, il conviendrait d'organiser **un suivi national quantitatif et qualitatif de l'accueil de ces enfants et jeunes en classe ordinaire.**

Plusieurs interlocuteurs de la mission issus du secteur médico-social ont évoqué des difficultés dans la mise à disposition (ou la prorogation de celle-ci) de locaux permettant l'implantation d'une UEE. Côté éducation nationale, la mission a pu entendre les difficultés pour des établissements d'accueillir ou de maintenir une UEE, alors que les élèves de cette unité ne disposant pas d'un INE ne sont pas comptabilisés dans leurs effectifs. Afin de pallier ces difficultés et de permettre un déploiement d'UEE sur l'ensemble du territoire, il est primordial que **ces élèves disposent d'un INE et soient rattachés à une classe de référence.**

À ce jour, en application des articles D. 351-17 et suivants du code de l'éducation et de l'arrêté d'avril 2009<sup>181</sup>, chaque ouverture d'UEE fait l'objet d'une convention signée entre le directeur général de l'ARS, le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie et l'organisme gestionnaire. Le modèle de convention a été diffusée par l'instruction de juin 2016<sup>182</sup>. Cette convention est révisée tous les trois ans mais toute partie peut la résilier à tout moment, sous réserve de respecter un préavis de six mois, la résiliation prenant effet à compter de la fin de l'année scolaire en cours. Afin de stabiliser le parcours des élèves en situation de handicap en UEE, il conviendrait de **faire évoluer cette convention en supprimant la possibilité pour l'éducation nationale d'y mettre fin unilatéralement, hors circonstances exceptionnelles dûment motivées.**

Plus largement, afin de garantir une couverture territoriale la plus large, les lieux d'implantation des UEE devraient faire l'objet d'une concertation entre éducation nationale, ARS, collectivités territoriales, MDPH et organismes gestionnaires. **Le comité départemental de suivi de l'école inclusive créé en 2020<sup>183</sup> qui réunit l'ensemble de ces acteurs, pourrait être force de proposition pour les implantations dans le département,** permettant ainsi d'apporter des réponses au plus près des besoins des enfants et adolescents en situation de handicap. L'objectif stratégique d'une couverture territoriale, avec la création d'UEE dans une école ou un établissement scolaire pour l'ensemble des ESMS, pourrait ainsi être fixé aux CDSEI, à l'instar de la carte des ULIS arrêtée annuellement par le recteur.

**Recommandation n° 22 :** Poursuivre le développement des unités d'enseignement externalisées et expérimenter le rapprochement de classes d'unités d'enseignement externalisées et d'unités localisées pour l'inclusion scolaire co-existantes au sein d'un même établissement.

**Recommandation n° 23 :** Organiser un suivi national quantitatif et qualitatif des temps d'inclusion en classe ordinaire des enfants et jeunes scolarisés dans une unité d'enseignement externalisée des établissements médico-sociaux ou un dispositif d'unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS).

**Recommandation n° 24 :** Confier au comité départemental de suivi de l'école inclusive le soin de réaliser une carte des unités d'enseignement externalisées, à l'instar de celle des ULIS.

---

<sup>180</sup> Contribution du Conseil national consultatif des personnes handicapées relative à la coopération, assemblée plénière du 23 septembre 2022.

<sup>181</sup> Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation.

<sup>182</sup> Instruction no DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016 relative au cahier des charges des unités d'enseignement externalisées des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

<sup>183</sup> Décret n° 2020-515 du 4 mai 2020 relatif au comité départemental de suivi de l'école inclusive.

### 3.4.3. Amplifier la transformation du secteur médico-social et le renforcement de ses moyens pour garantir une réponse adaptée aux besoins de tous les enfants et jeunes en situation de handicap

#### Mesures de la CNH

Développer l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes : 50 000 solutions nouvelles seront créées pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs proches, en permettant notamment un rattrapage dans les territoires où l'offre est insuffisante (jeunes adultes en établissements pour enfants, personnes handicapées vieillissantes, enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, personnes polyhandicapées, personnes avec autisme sévère et personnes avec troubles psychiques).

Généraliser l'accompagnement en plateformes de services : les établissements médico-sociaux devront s'engager à se transformer en plateformes de services, et mettre ainsi fin à la logique d'établissements fermés, d'abord les établissements pour enfants puis ceux pour adultes.

Mettre en place un plan d'aide à l'investissement pour la transformation de l'offre : le soutien nécessaire pour massifier et soutenir la transformation de l'offre se traduira par un plan d'aide à l'investissement de la CNSA de 500 M€ sur la période.

S'agissant de l'offre médico-sociale, trois mesures très attendues par les acteurs ont été annoncées lors de la CNH.

Premièrement, la création de nouvelles solutions d'accompagnement médico-social est particulièrement bienvenue, compte tenu des tensions fortes en matière d'offre rapportées dans la grande majorité des départements visités, et des listes d'attente importantes, notamment pour l'accompagnement par les SESSAD, les IME et les établissements pour polyhandicap. Le renforcement de l'offre pour les jeunes adultes apparaît nécessaire, compte tenu de la persistance dans les établissements pour enfants de jeunes de plus de 20 ans en application de l'« amendement Creton », ce qui se traduit par des taux de sortie très faibles dans certains établissements, limitant d'autant les possibilités d'admission. La répartition des solutions pourra s'appuyer sur les données de la CNSA consolidant les données des MPDH sur les listes d'attentes.

En deuxième lieu, la généralisation de l'organisation en plateformes de services (ou dispositifs) se traduira par la mise en œuvre du décret « dispositifs » pour les IME, ce qui constitue une mesure réglementaire très attendue pour accompagner les établissements et services ayant expérimenté ce mode d'organisation. Elle contribuera indirectement à l'augmentation de l'offre d'accompagnement car l'expérience des DITEP comme les expérimentations de DIME ou DAME montrent que ce mode de fonctionnement se traduit par une augmentation de la file active des organismes. En Seine-et-Marne, l'organisation en plateforme se traduit par une hausse de 20 % des capacités des établissements et services concernés<sup>184</sup>.

Au-delà de l'organisation en plateforme, l'organisation territoriale des ESMS mériterait d'être renforcée. De nombreux acteurs de l'éducation nationale s'expriment en faveur d'une responsabilité populationnelle des ESMS, à l'instar de l'organisation de la psychiatrie, permettant de garantir l'accompagnement de l'ensemble des enfants et jeunes en situation de handicap par un acteur médico-social sur une zone territoriale donnée. Une telle organisation, souhaitable dans l'absolu, ne paraît pas envisageable à court terme sur l'ensemble du territoire, compte tenu des disparités de l'offre médico-sociale, des enjeux de sécurité et de qualité de l'accompagnement des personnes, des limites capacitaires posées par les autorisations, de la responsabilité des ESMS (dirigeants et salariés).

Les relations parfois encore concurrentielles entre ESMS sur certains territoires, héritage d'une organisation historique relativement autonome et segmentée, doivent également être considérées.

Pour autant, les agences régionales de santé ont une responsabilité essentielle pour définir une organisation médico-sociale territorialisée, en consultant les organismes médico-sociaux, et en concertation étroite avec l'éducation nationale et les collectivités. L'organisation des PAS constitue ainsi l'occasion de définir une territorialisation conjointe entre médico-social et éducation nationale, à l'instar de l'Eure-et-Loir. Pour le médico-social, la mission préconise la définition de zones prioritaires d'intervention pour les ESMS, comme en Seine-et-Marne, esquissant une responsabilité territoriale, et permettant d'assurer une couverture

<sup>184</sup> Données de l'ARS retraitées par la mission.

territoriale de l'ensemble du département. Ce maillage fin du territoire ne pourra toutefois pas concerner certains handicaps plus rares, à l'instar du polyhandicap ou des déficits sensoriels.

Le renforcement de l'organisation territoriale des ESMS constitue un préalable à l'élaboration d'une sectorisation conjointe avec l'éducation nationale (cf. partie 3.1.3 et annexe 8).

### **La territorialisation de l'offre médico-sociale en Seine-et-Marne**

La délégation départementale porte depuis plusieurs années une démarche de territorialisation de l'offre médico-sociale. Cette démarche passe par la définition de zone prioritaire d'intervention pour chaque établissement et service et vise les objectifs suivants :

- ne plus avoir de « zone blanche », c'est-à-dire de zone pour lesquelles aucun établissement n'envisage de réaliser des admissions car il estime qu'elle est trop éloignée de son lieu d'implantation ;
- faire que les ESMS se sentent responsables d'un territoire ;
- réduire les temps des déplacements des personnes accompagnées et des professionnels ;
- faciliter les partenariats par un travail sur une zone cohérente et respectant les zones d'intervention des acteurs sectorisés (secteur de psychiatrie, DAC, PAT, etc.).

À titre d'illustration :

- un travail de cartographie de l'offre a été réalisé avec les 3 DITEP de Seine-et-Marne et une zone d'intervention prioritaire a été définie pour chacun des trois dispositifs sur la base de cette cartographie tenant compte des circonscriptions de l'éducation nationale ;
- dans le cadre des projets de plateforme, il est demandé aux opérateurs de joindre au projet une liste des communes pertinentes d'intervention (tenant compte de la distance par rapport au lieu d'implantation et des autres opérateurs présents à proximité).

*Extrait d'une note de la DT ARS IDF relative à la transformation et à l'évolution de l'offre d'établissement et service médico-social, 2023.*

La mise en place d'un plan d'aide à l'investissement pour la transformation de l'offre est également très attendue, des ARS et des gestionnaires d'ESMS. Ces derniers ont notamment souligné les limites du développement des UEE réalisé à coût constant jusque-là (à l'exception des UEEMA, UEEA et UEEP), Le plan d'aide à l'investissement gagnerait à pouvoir être mobilisé pour financer des projets d'école inclusive, par exemple l'aménagement de salles au sein des établissements scolaires pour les interventions de professionnels médico-sociaux, ou encore des projets d'évolution du bâti des ESMS pour une inclusion inversée.

Au-delà, une réforme importante de la tarification des ESMS (dite Seraphin-PH) se dessine, avec une entrée en vigueur en 2025 pour les établissements et services pour enfants. Cette réforme, qui s'appuie sur une nomenclature des besoins et des prestations, vise à établir un référentiel et une convergence tarifaires dans le financement des ESMS<sup>185</sup>, et faciliter le financement des parcours des personnes accompagnées. Selon la mission, cette réforme doit accompagner les transformations de l'offre médico-sociale vers l'école inclusive, à travers :

- une incitation financière à l'inclusion scolaire et aux prestations « hors les murs », avec un financement renforcé des transports ;
- la valorisation des coopérations, notamment à travers le financement des temps de coordination, qui sont essentiels pour les rapprochements avec l'éducation nationale ;
- un financement de la fonction d'appui-ressource des ESMS (en tant que prestation indirecte) ;
- une expérimentation de financement de responsabilité populationnelle.

Plusieurs de ces principes sont d'ores et déjà actés dans l'expérimentation en cours, mais devront encore être précisés ou confirmés.

<sup>185</sup> Les études de coût montrent que les financements actuels des ESMS sont actuellement très variables selon les territoires, pour une même population ou une même nature de services.

Cette réforme très attendue doit aussi s'accompagner une adaptation des outils de suivi des établissements et service, en fonction de la transformation des établissements et services vers un fonctionnement en plateforme ou dispositif. Or, jusque-là, le développement des DITEP ne s'est pas accompagné du développement d'un outil de suivi de leur activité (suivi de la file active, de l'activité « dans les murs » vs « hors les murs », de l'activité d'appui - ressource, des temps de coordination, etc.) ce que regrettent les ARS rencontrés, les outils existants (FINESS, Resid ESMS, outil des MDPH) n'étant pas conçus pour un suivi fin de l'activité des ESMS. Sur ce point, les travaux de l'ARS Île-de-France, en lien avec le CREA, méritent d'être soulignés, avec deux indicateurs de suivis testés par des opérateurs médico-sociaux.

**Recommandation n° 25 :** Confier aux agences régionales de santé l'organisation d'une territorialisation de l'offre médico-sociale, adaptée en fonction des territoires, à articuler avec celle de l'éducation nationale à l'échelle des PAS.

**Recommandation n° 26 :** Ajuster les modalités de financement des établissements ou services médico-sociaux dans le cadre de Serafin-PH (Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) aux enjeux de l'école inclusive et adapter les outils pour permettre le suivi de l'activité des plateformes.

## Conclusion

Le déploiement de l'acte II de l'école inclusive suppose une profonde évolution conjointe de l'organisation de l'école et du secteur médico-social. Des jalons importants ont été posés par la Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, dont le déploiement suppose un plan d'action ambitieux, cadencé et progressif et dont la réalisation est conditionnée à un engagement de moyens conséquents pour les deux secteurs. Le recours aux expérimentations et leur suivi dans un cadre organisé seront à prévoir.

Une démarche progressive et un accompagnement volontariste seront nécessaires. En effet, la poursuite du mouvement d'inclusion des enfants en situation de handicap à l'école requiert d'importantes évolutions culturelles, tant pour l'éducation nationale que pour le médico-social. L'appui des compétences médico-sociales au sein des écoles, dont les bénéfices réels ont été soulignés, viendra conforter l'évolution systémique qu'appelle l'acte II de l'école inclusive.