

Étude de la clientèle des établissements et services médico-sociaux agréés pour l'accueil des enfants et adolescents déficients intellectuels en Bretagne

A Study of Patients Followed by the Medico-social Services of Approved Institutions Caring for Intellectually Deficient Children and Adolescents in Brittany

Ollivier A (*), Eon Y (**)

Résumé

Objectifs : Cette étude a été réalisée en 1997 sur les instituts médico-éducatifs (IME) et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile de Bretagne. Il s'agissait de décrire une population de 3925 enfants et adolescents et vérifier s'ils étaient à leur place dans les structures qui les accueillait.

Méthodes : Les données individuelles ont été recueillies par les équipes institutionnelles et validées par des médecins-conseils des trois principaux régimes d'assurance maladie. L'avis d'un psychiatre a pu être sollicité. Les pathologies ont été classées selon la classification internationale des maladies et les déficiences selon la CIH. Les données ont été exploitées par l'échelon régional du service médical.

Résultats : Un quart de l'effectif a déjà 18 ans et plus en IME. Une étiologie psycho-sociale des troubles est supposée chez 29 % des individus. Les troubles du développement psychologique, du comportement, les névroses et psychoses, sont notablement représentés. Si la déficience mentale est repérée chez 90 % de l'effectif, la fréquence et la sévérité des déficiences comportementales méritent d'être soulignées. À l'opposé, l'absence de déficience intellectuelle au sens de la CIH (QI de 70 et plus) pose la question de l'opportunité de l'orientation CDES.

Conclusions : Les principales recommandations à tirer de cette étude sont l'utilisation d'un outil régional commun d'évaluation du handicap psycho-intellectuel de l'enfant, suffisamment discriminant en matière d'orientation comme de prise en charge, et la mise en œuvre d'une réflexion commune avec les partenaires de l'Éducation nationale pour la prise en charge des enfants non déficients intellectuels mais victimes du « cercle vicieux des troubles d'apprentissage ».

Rev Med Ass Maladie 2000;4:29-35

Mots clés : enfance handicapée, éducation spéciale, enfants déficients intellectuels, établissements médico-sociaux.

Summary

Aims: This study of medico-educational institutions and special education and home-care services in Brittany was undertaken in 1997. It was intended to analyze a population of 3925 children and adolescents and to insure that they were in structures adapted to their needs.

Methods: Data on each individual was gathered by each institution's care-giving team and confirmed by the medical advisors of the three principal health insurance schemes. In addition, a psychiatrist was requested to give his opinion. The patients' disorders were classified according to the CIM 10 and their deficiencies according to the CIH. The resulting data was analyzed by the regional coordination of healthcare's medical service.

Results: One-quarter of the patients in medico-educational institutions were already 18 years old. Psycho-social causes were found in 29% of the study population. In particular, disorders of psycho-social development, behavior, neuroses and psychoses were seen. Although mental deficiency was found in 90% of the institutionalized population, deficiencies in behavior were frequent and severe. On the other hand, the existence of cases without intellectual deficiency as defined by the CIH (IQ of 70 or less) begs the question of whether the Special Education Commission's (CDES) decision to institutionalized these children was justified.

Conclusions: Our main recommendations are:

- to utilize a common, regional evaluation tool for determining psycho-intellectual handicaps in children which is sufficiently discriminating to enable proper orientation and care,
- the need for cooperative discussion with French National Education in order to find better, solutions for children who are not mentally deficient but are rather victims of « the vicious circle of learning difficulties ».

Rev Med Ass Maladie 2000;4:29-35

Key words: handicapped children, special education, mentally deficient children, medico-social institutions, annex XXIV.

* Médecin-conseil, Echelon régional du service médical de Bretagne (CNAMTS), 236, rue de Chateaugiron, CS 84420, 35044 Rennes cedex. E-mail : annick.ollivier@ersm-bretagne.cnamts.fr (pour correspondance).

** Médecin-conseil, Echelon régional du service médical de Bretagne (CNAMTS).

INTRODUCTION

Les instituts médico-éducatifs (IME) et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), autorisés au titre de l'annexe XXIV au décret du 9 mars 1956 modifié [1], prennent en charge les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle et éventuellement des troubles associés tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines et des maladies chroniques compatibles avec une vie collective.

Cette prise en charge de 0 à 20 ans comprend principalement une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques, psychopathologiques ainsi que le recours autant que de besoin à des techniques de rééducation spécifiques.

L'orientation vers ces structures médico-éducatives incombe aux commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) [2] et la prise en charge financière intégralement à l'Assurance maladie.

L'étude présentée ici s'inscrit dans un triptyque d'études traitant en outre des instituts de rééducation (1996) et des établissements et services pour déficients moteurs, polyhandicapés et sensoriels (1998). Elle a été réalisée en 1997 dans les quatre départements bretons (Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine et Morbihan).

Pour le Service médical de l'Assurance maladie, il s'agissait de dresser un état des lieux centré sur la description des enfants et adolescents ainsi que sur les principaux aspects de leur prise en charge (médicale et paramédicale essentiellement).

Nous souhaitions particulièrement savoir si l'éducation spéciale – telle que définie par le décret du 27 octobre 1989 [3] et par circulaire ministérielle du 30 octobre 1989 [4] – correspondait bien aux besoins des enfants présents.

En d'autres termes, les enfants avaient-ils vraiment leur place au sein des structures qui les accueilleraient ?

MÉTHODES

1. Champ de l'étude

Ont été inclus dans l'étude tous les enfants et adolescents présents un jour donné au cours de la période de mai 1996 à mai 1997 dans les 43 IME et 30 SESSAD des quatre départements de la région Bretagne (Ille-et-Vilaine, Côtes-d'Armor, Finistère et Morbihan), spécialisés dans l'accueil des déficients intellectuels.

Il est nécessaire de préciser qu'au sein des 43 IME précités, on recense 52 places réservées à l'accueil des enfants présentant des troubles du caractère ou du comportement.

2. Recueil des données

Les équipes soignantes de ces institutions, aidées d'un guide de remplissage, ont procédé au recueil des données sur une fiche individuelle pour chaque enfant ($n = 3\ 925$). Ces fiches ont été validées sur place, dans les institutions, par un médecin-conseil (issu des trois principaux régimes d'assurance maladie).

La classification internationale des maladies - X^e révision (CIM 10) a été choisie pour le codage des pathologies, la classification internationale des handicaps (CIH) pour les déficiences.

Dans ce dernier cadre, 8 types de déficience ont été identifiés et chaque déficience a été évaluée selon 4 modalités possibles : absente, légère, importante ou majeure. Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une déficience, le trouble associé « comitativité » a été individualisé et évalué de la même façon.

Après saisie des données au niveau des échelons locaux du service médical du régime général, celles-ci ont été exploitées et analysées par l'échelon régional du service médical du régime général d'assurance maladie (ERSM).

L'avis d'un médecin psychiatre, intervenant régulier en établissement médico-social et consultant auprès de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) d'Ille-et-Vilaine, a été sollicité pour le suivi et la validation globale de l'étude.

La visite des établissements, en vue d'examiner leur conformité, a été réalisée conjointement par les médecins-conseils et les représentants de la Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne (CRAMB) selon une procédure élaborée par les services administratifs.

Outre les textes réglementaires et circulaires précités, l'enquête s'appuyait sur plusieurs autres circulaires, émanant du ministère de la santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [5, 6, 7, 8].

RÉSULTATS

1. Les patients

Le taux d'enfants accueillis varie de 4,7 à 5,9 ‰ selon le département (tableau I).

La prédominance masculine est notée en IME comme en SESSAD. En IME, 45 % des enfants ont 16 ans et plus, et dans plus de la moitié de ces cas 18 ans et plus. 204 « enfants » ont 20 ans et plus.

87 % des enfants sont pris en charge dans un IME de leur département de résidence, 9 % dans un IME d'un autre département breton. 4 % des

Tableau I
Taux d'enfants et d'adolescents déficients mentaux accueillis en IME et en SESSAD en Bretagne, en 1997.

Département	Présents en IME	Présents en SESSAD	Total	Population de 0 à 19 ans	Taux d'enfants et d'adolescents accueillis pour 1 000 personnes de 0 à 19 ans
<i>Côtes-d'Armor</i>	543	224	767	128 978	5,90
<i>Finistère</i>	886	227	1 113	214 773	5,18
<i>Ille-et-Vilaine</i>	1 113	142	1 255	228 854	5,48
<i>Morbihan</i>	667	123	790	166 247	4,75
Région	3 209	716	3 925	738 852	5,30

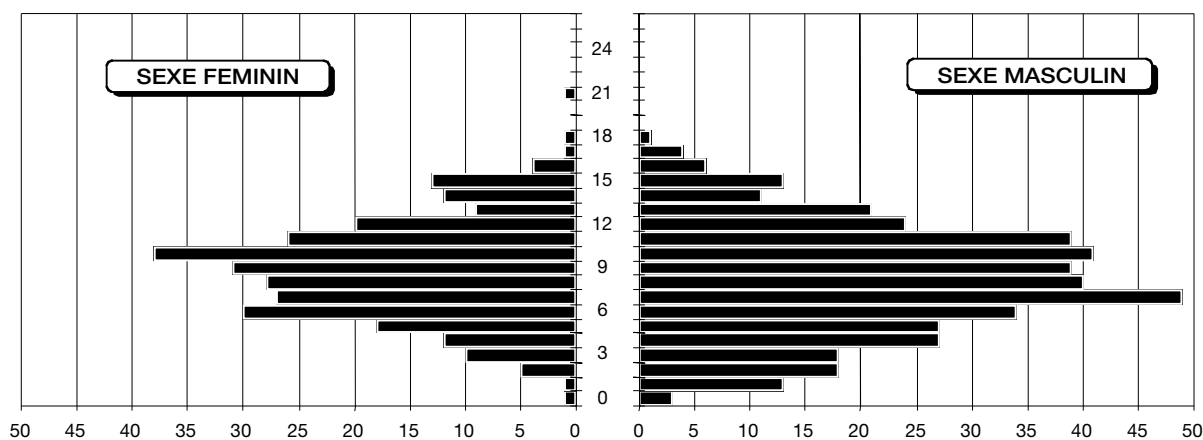


Figure 1. Pyramide des âges des patients accueillis en SESSAD ($n = 716$).

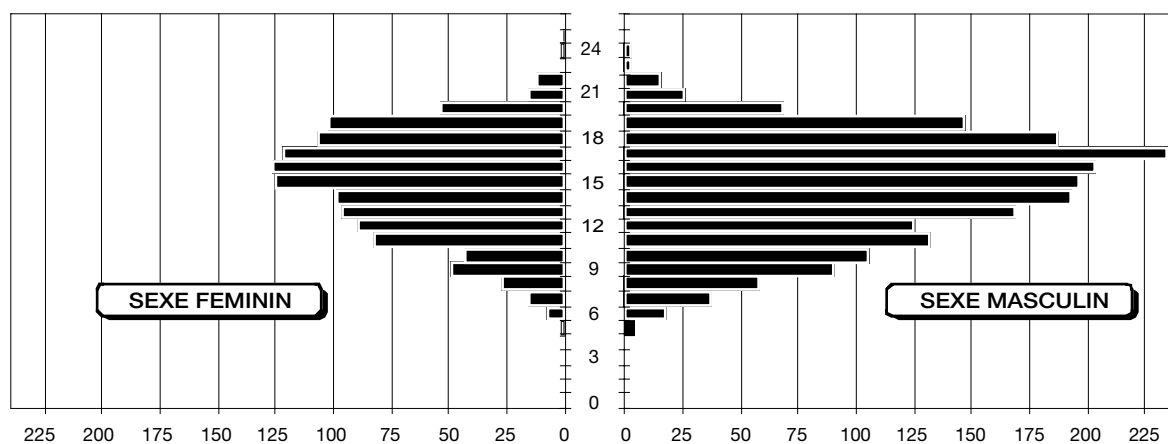


Figure 2. Pyramide des âges des patients accueillis en IME ($n = 3 209$).

enfants pris en charge en Bretagne viennent d'une autre région.

La provenance à l'admission est donnée dans le tableau II.

2. Les affections

Les principales données de morbidité sont regroupées dans les tableaux III et IV.

3. Les déficiences (Tableau V)

Près d'un enfant sur 2 présent en IME ou SESSAD présente une déficience intellectuelle légère (QI de 50 à 69 inclus) ; 42 % des enfants présentent une déficience intellectuelle importante ou majeure.

En revanche, 1 enfant sur 10 (397 cas) ne présente pas de déficience intellectuelle au sens de la CIH (QI ≥ 70).

Tableau II
Répartition des situations médico-sociales des enfants ou adolescents avant admission en IME ou SESSAD.

Provenance	Accueil en SESSAD (n = 716)		Accueil en IME (n = 3 209)	
Milieu ordinaire	421	58,8 %	700	21,8 %
Classes spécialisées / EN ^a	85	11,9 %	758	23,6 %
Autres structures médico-sociales (CAMSP, CMPP, IME...) ^b	133	18,6 %	1 065	33,2 %
Psychiatrie infanto-juvénile	47	6,6 %	578	18,0 %
Autres / non renseigné	30	4,2 %	108	3,4 %
Total	716	100 %	3 209	100 %

^a Education nationale.

^b Voir texte.

Tableau III
Répartition des enfants et adolescents accueillis en IME et en SESSAD selon l'affection
(classée par chapitre et code de la classification internationale des maladies X^e révision – CIM 10).

Affections (chapitre et code CIM 10)	En IME	En SESSAD	Total	%
Troubles mentaux et du comportement ^a (Chapitre VF 00 - F 99)	2 845	510	3 355	85,5 %
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Chapitre XVII Q 00-Q 99)	226	168	394	10,0 %
Maladies du système nerveux (Chapitre VI G 00-G 99)	59	23	82	2,1 %
Autres affections	79	15	94	2,4 %
Total	3 209	716	3 925	100 %

^a Voir tableau IV pour détails des affections de ce chapitre.

Tableaux IV
Répartition selon l'affection des enfants et adolescents accueillis en IME et en SESSAD atteints de troubles mentaux
et du comportement (Chapitre V F 00 - F 99 classification internationale des maladies X^e révision – CIM 10).

	IME	SESSAD	Total	%
Retard mental				
Léger	697	143	840	25,0 %
Moyen	360	91	451	13,5 %
Grave/sévère	115	25	140	4,1 %
Troubles du développement psychologique	549	123	672	20,0 %
Troubles psychotiques et troubles de la personnalité	435	15	450	13,5 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels	334	68	402	12,0 %
Troubles névrotiques et troubles de l'humeur	317	35	352	10,5 %
Divers (dont retard mental sans précision)	38	10	48	1,4 %
Total	2 845	510	3 355	100 %

Parmi les autres déficiences rencontrées parmi les 3 925 enfants entrant dans le champ de l'étude, citons :

– les troubles moteurs importants voire majeurs chez 168 enfants ;

– les troubles majeurs du comportement (à rapprocher des 394 diagnostics de troubles envahissants du développement psychologique) ;

– les épilepsies sévères (c'est-à-dire avec au moins une crise hebdomadaire), au nombre de 51,

Tableau V
Répartition des enfants et adolescents ($n = 3925$)
accueillis en IME et SESSAD selon la déficience
(classification internationale des handicaps).

	Déficience			
	Présente		Absente	
	Légère	Importante		
Intellectuelle	1 893	1 207	428	397
Comportementale	1 259	1 228	537	901
Langage-parole	1 298	760	481	1 386
Auditive	175	50	12	3 688
Visuelle	996	132	35	2 762
Viscérale	670	145	79	3 031
Motricité	697	123	45	3 060
Comitativité	326	102	51	3 446

– les déficiences sévères du langage et de la parole (en rapport avec les différents degrés de déficience mentale).

4. L'avenir des enfants (tableau VI)

Aux yeux équipes soignantes, l'avenir des enfants reste très incertain.

Pour ceux qui séjournent actuellement en SESSAD :

- dans 1/3 des cas les équipes soignantes ne se prononcent pas sur l'avenir des enfants quand ils auront atteint l'âge de sortie ;
- 43 % des enfants devraient être transférés vers des IME (en moyenne après 2 ans de SESSAD) ;
- 13 % devraient être transférés vers des classes spécialisées de l'Éducation nationale.

Tableau VI
Prévisions des équipes médico-éducatives sur le devenir
des enfants et adolescents accueillis en IME ($n = 3209$).

Orientation envisagée	Effectif	%
Centre d'aide par le travail (CAT)	866	27,0 %
Milieu ordinaire ^a	375	11,7 %
Foyer occupationnel	360	11,2 %
MAS ^b / FDT ^c	165	5,2 %
Atelier protégé	96	3 %
Autre structure – annexe XXIV	94	2,9 %
Hôpital psychiatrique	32	1 %
Orientation non renseignée	1 221	38 %
<i>Total</i>	<i>3 209</i>	<i>100 %</i>

^a Dont classes spécialisées de l'Éducation nationale.

^b Maison d'accueil spécialisée.

^c Foyer à double tarification.

Pour les enfants actuellement en IME (tableau IV), plus de la moitié de l'effectif relèvera du milieu protégé à la sortie de l'IME (travail protégé et/ou hébergement).

DISCUSSION

Le nombre d'enfants présents en établissements bretons pour déficients mentaux relevé dans cette étude diffère quelque peu de celui de l'enquête réalisée par le ministère de la Santé – enquête portant sur les établissements et services médico-sociaux, socio-éducatifs et sociaux –, à savoir 3 483 enfants au 1^{er} janvier 1996 [9].

Outre l'accent mis par la pyramide des âges en IME sur la question de l'amendement Creton¹ (204 enfants n'ont déjà administrativement plus leur place dans les IME au moment des enquêtes), cette étude a permis de déterminer, assez finement, grâce à l'utilisation de la CIM 10, les affections à l'origine des déficiences des enfants accueillis après avis des CDES dans les structures visées à l'Annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 de notre région.

Elle contribue ainsi à la connaissance plus globale du handicap de l'enfant dans une région où il n'existe pas de registre spécifique, et peut éclairer le calcul des taux de prévalence des différentes déficiences.

Les fréquences des différentes pathologies (retards mentaux, troubles du développement psychologique, psychoses infantiles) calculées à partir de notre échantillon (3 925 enfants) ont d'ailleurs été reprises par l'Observatoire régional de Bretagne pour une étude prospective des besoins sur la décennie à venir et publiées en novembre 1999 dans le cadre des schémas départementaux de l'enfance handicapée et inadaptée en Bretagne [10].

Elle met aussi l'accent sur la représentation notable des troubles du développement psychologique au sein des pathologies repérées en IME comme en SESSAD (respectivement 20 % et 24 % des troubles mentaux).

De l'approche de l'itinéraire des enfants on retient que plus de la moitié ne bénéficient pas d'une prise en charge coordonnée avant l'entrée en SESSAD. Par ailleurs, l'estimation des orientations à la sortie des IME permet d'anticiper sur des besoins régionaux en places du milieu protégé des adultes.

Le contexte psychosocial a pu être évoqué dans la genèse des troubles pour plus d'un quart des situa-

1. *Cet amendement permet la prise en charge des frais de séjour de jeunes adultes maintenus au-delà de 20 ans en IME, faute de places dans les établissements pour adultes handicapés (paragraphe 1 bis ajouté à l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, par la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social) JO du 14 janvier 1989*

tions et cet élément laisse augurer des difficultés de collaboration de la famille au projet médico-éducatif individualisé de l'enfant tel que prévu par les textes de 1989.

Une des surprises de cette étude a été de constater que 10 % des enfants en IME et SESSAD, spécialisés dans la prise en charge des déficients mentaux, ne présentaient pas de déficience mentale ni même de troubles notables du comportement pour une part d'entre eux (même en tenant compte des 52 places dédiées pour l'ensemble des 43 IME aux enfants avec troubles du caractère et du comportement – voir chapitre *Méthodes* – cette proportion reste importante). La présence de ces enfants en IME ou SESSAD se discute donc et il serait probablement préférable qu'ils soient pris en charge par des structures alternatives, à déterminer en fonction de l'existence et de l'importance des troubles du comportement.

Leur situation dans le champ de l'éducation spéciale prête à discussion et leur prise en charge nous paraît pouvoir prioritairement relever d'autres partenaires en particulier l'Éducation nationale. Ceci serait en conformité avec l'esprit d'une politique nettement intégrative telle qu'elle est affirmée dans les circulaires interministérielles du 19 novembre 1999 [7, 8] ; le soutien médicalisé ambulatoire (par les centres médico-psycho-pédagogiques – CMPP – ou les intervenants libéraux) pourrait se justifier parallèlement.

La prise en charge institutionnelle doit se recentrer sur les cas les plus complexes. Certains de ces enfants aux facultés intellectuelles préservées souffrent essentiellement de troubles d'apprentissage (19 % en IME, 37 % en SESSAD).

Dans le dossier spécifique que la revue du Haut comité de la santé publique consacre aux troubles d'apprentissage de l'enfant [11], la question du placement parfois inopportun de ces enfants en IME est abordée en référence à une étude de « clientèle » des établissements médico-sociaux de la Gironde.

On peut penser, à l'instar des auteurs de ce dossier, que ces enfants et adolescents non déficients intellectuels sont dans une large mesure des victimes du « cercle vicieux des troubles d'apprentissage » [12]. La négligence à l'âge préscolaire de ces troubles les a conduits inéluctablement à l'exclusion scolaire et à l'orientation, en désespoir de cause, vers l'éducation spéciale en fin de cycle primaire, et ce, d'autant plus que le contexte familial était problématique.

Notre étude nous donne l'occasion de rappeler que la question du dépistage précoce est essentielle. Le travail en réseau avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, la protection maternelle et infantile (PMI), les centres d'action médico-sociale pré-

coce (CAMSP), CMPP et SESSAD nous paraît nécessaire pour optimiser les moyens déjà en place, non seulement dans un souci économique mais avec celui surtout de l'efficacité du dépistage et de la prise en charge. Des solutions originales restent encore sans doute à trouver pour certains troubles avérés en dehors du champ de l'éducation spéciale et au sein du dispositif d'intégration de l'Éducation nationale.

Bien que ne constituant pas une enquête épidémiologique à proprement parler, cette étude a permis d'éclairer un travail de l'Observatoire régional de la santé de Bretagne sur l'analyse des besoins en vue de l'élaboration des schémas de l'enfance handicapée.

D'une manière générale, les constats de l'Assurance maladie ont été intégrés au sein de ces schémas qui viennent d'être publiés ; certains ont déjà connu une résolution avec en particulier la requalification d'institut médico-éducatif en institut de rééducation (IR), ou la création de sections d'IR au sein d'IME.

Ce travail a aussi été l'occasion de prendre conscience des insuffisances générales dans la connaissance des populations enfantines déficientes tant d'un point de vue épidémiologique que de l'analyse de leurs besoins.

Les estimations varient d'une source à l'autre comme les modalités de repérage par les CDES.

Ainsi il nous paraît urgent d'utiliser sur une même région un outil commun d'évaluation des déficiences de l'enfant, outil informatisé, partagé par les CDES, les établissements et les partenaires institutionnels et suffisamment discriminant pour permettre aux uns et aux autres :

- d'orienter avec pertinence les enfants ;
- de fixer les missions des établissements en fonction des populations recrutées ;
- d'approuver les projets d'établissement soumis au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale ;
- d'évaluer la qualité de prise en charge.

Cet outil pourrait s'inspirer de la fiche individuelle qui a servi au recueil des données de cette étude et d'une étude similaire menée dans la région des Pays de Loire.

Si un observatoire médico-social régional – comme celui mis en place par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes en 1993 – devait voir le jour en Bretagne, l'Assurance maladie, par sa connaissance globale du dispositif sanitaire (psychiatrie, soins de suite et réadaptation), médico-social et ambulatoire (CAMSP, CMPP, soins de ville...) offert aux enfants déficients sur la région, s'y inscrirait alors comme partenaire potentiel.

La réflexion collégiale en cours sur la région Bretagne à l'occasion de l'élaboration des schémas départementaux de l'enfance handicapée a déjà permis des échanges fructueux dans ce sens.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement les médecins-conseils de l'assurance maladie (régime général, mutualité sociale agricole et assurance maladie des professions indépendantes) qui ont contribué à la réalisation de cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Décret n° 56-284 du 9 mars 1956, modifié par les décrets n° 67-43 du 2 janvier 1967, n° 70-1332 du 16 décembre 1970, n° 78-429 du 20 mars 1978 et n° 88-33 du 12 janvier 1988.
2. Sahut D'Izarn C. *Activité des CDES en 1997-1998*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Paris : Etudes et résultats 1999 ; n° 25.
3. Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés du cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et de services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et de services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et de services prenant en charge des enfants ou adolescents poly-handicapés. JO 31 octobre 1989.
4. Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale et ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports.
5. Circulaires n° 89-18 et n° 89-19 du 30 octobre 1989 relatives à la modification des conditions de prise en charge des enfants ou adolescents handicapés par les établissements et services d'éducation spéciale. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale et ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports.
6. Circulaire CAB n° 044/90 du 2 février 1990 relative à la révision des normes d'agrément des établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.
7. Circulaires DAS/RVAS/RV n° 99-637 (Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale – Bulletin officiel n° 50 du 5 janvier 2000) et DESCO n° 99-187 du 19 novembre 1999 (Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Bulletin officiel n° 42 du 25 novembre 1999) relatives aux orientations générales en faveur du travail de scolarisation des enfants et adolescents handicapés.
8. Circulaires DAS/RVAS/RV n° 99-638 (Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale – Bulletin officiel n° 50 du 5 janvier 2000) et DESCO n° 99-188 du 19 novembre 1999 (Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Bulletin officiel n° 42 du 25 novembre 1999) relatives à la mise en place des groupes Handiscol.
9. Ministère de la santé. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI). *Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés*, Paris : Documents statistiques du SESI, n° 280 ; 1997
10. Observatoire régional de la santé de Bretagne (ORSB). *Analyse des besoins en Bretagne : étude épidémiologique*. Rennes ; 1999.
11. Vaivre-Douret L, Tursz A. (coordonné par). *Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? ADSP – Actualité et Dossier en Santé Publique 1999;26:23-66.*
12. Vaivre-Douret L, Castanégra L. *L'ampleur du problème*. In : *Les troubles d'apprentissage chez l'enfant. Un problème de santé publique ? ADSP – Actualité et Dossier en Santé Publique 1999;26:24-9.*