



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales

Mars 2002

**L'intégration scolaire collective
des enfants handicapés déficients intellectuels
à l'école élémentaire :
Freins et résistances à l'intégration scolaire
à partir de l'exemple du département de la Marne**

Dominique METZGER

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
DÉFINITION CLASSIQUE DU HANDICAP.....	2
NOUVELLE CONCEPTION DU HANDICAP.....	3
1 - EVOLUTION RÉGLEMENTAIRE ET POLITIQUE : LA LONGUE MARCHÉ DE L'INTÉGRATION SCOLAIRE	5
1.1 Du XVIII^{ème} siècle à la loi de 1975.....	6
1.2 Une accélération du processus dans les années 1990.....	10
1.3 Une volonté d'un réel changement de la part des ministères concernés.....	14
1.3.1 L'intégration scolaire : un processus bénéfique à tous les élèves, qu'il faut encourager et développer.....	14
1.3.2 Le plan Handiscol' : un plan d'encouragement à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.....	15
1.3.3 Plan triennal 2001-2003 : une politique globale et soutenue pour garantir l'accès des personnes handicapés à leurs droits.....	18
1.3.4 Douze actions concrètes pour une politique en direction des personnes handicapées.....	18
2 - DISPOSITIF DE L'INTÉGRATION SCOLAIRE.....	19
2.1 Présentation du département de la Marne.....	20
2.2 Les chiffres de l'intégration scolaire pour la rentrée 2001/2002	24
2.3 L'intégration scolaire collective	25
2.3.1 Les CLIS.....	26
2.3.2 La situation des CLIS dans le département de la Marne.....	29
2.4 Le cadrage de l'intégration scolaire.....	33
2.4.1 Le projet individualisé d'intégration scolaire et la convention d'intégration.....	33
2.4.2 L'équipe éducative.....	35
2.4.3 Les enseignants	37
2.4.4 Les collectivités territoriales et locales.....	38
2.4.5 Les commissions	39
2.4.5.1 La CDES.....	39
2.4.5.2 La CCPE : un rôle pivot.....	43
2.5 Soutien et accompagnement.....	47
2.5.1 Les SESSAD	47
2.5.2 Les CMPP	50

2.5.3	Les CAMSP	51
2.5.4	Les CMPE	52
2.5.5	Les RASED	52
2.5.6	Les auxiliaires d'intégration scolaire	53
2.5.6.1	Auxiliaire d'intégration scolaire individuelle	53
2.5.6.2	Auxiliaires d'intégration scolaire collective : aides-éducateurs	54
2.6	Les institutions spécialisés et l'intégration scolaire.....	55
2.6.1	Les différentes institution spécialisées	55
2.6.2	Les IME et l'intégration scolaire	57
3	- DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE	
	L'INTÉGRATION SCOLAIRE : FREINS ET RÉSISTANCES	59
3.1	Des handicaps différents	59
3.2	L'Ecole	60
3.3	Les établissements spécialisés.....	65
3.4	Partenariat – interactions - passerelles	67
3.5	Les Parents	70
3.6	L'enfant handicapé.....	72
3.7	Obstacles juridiques	73
3.8	Evaluation de la politique d'integration scolaire	73
	CONCLUSION.....	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	76

Liste des sigles utilisés

AAH	:	allocation pour adulte handicapé
AES	:	allocation d'éducation spéciale
AIS	:	auxiliaire d'intégration scolaire
CAAPSAIS	:	certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaire
CAF	:	caisse d'allocations familiales
CAMPS	:	centre d'action médico-social précoce
CCPE	:	commission de circonscription pour l'enseignement préélémentaire et élémentaire
CCSD	:	commission de circonscription de l'enseignement du second degré
CDES	:	commission départementale de l'éducation spéciale
CE 1 et 2	:	cours élémentaire 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année
CIH	:	classification internationale des handicapés
CLIS	:	classe d'intégration scolaire
CM 1 et 2	:	cours moyen 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année
CMPP	:	centre médico-psycho-pédagogique
CNCPH	:	comité national consultatif des personnes handicapées
CNDP	:	centre national de documentation pédagogique
CNED	:	centre national d'enseignement à distance
CNEFEI	:	centre national d'études et de formation pour l'enfance inadaptée
COTOREP	:	commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CROSS	:	comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
DDASS	:	directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
DRTEFP	:	direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
EREA	:	établissement régional d'enseignement adapté
FINESS	:	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GAPP	:	groupes d'aide psycho-pédagogique
IA	:	inspecteur d'académie
IEN	:	inspecteur de l'éducation nationale
IEN-AIS	:	inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation et de l'intégration scolaires
IGAS	:	inspection générale de l'action sociale
IGEN	:	inspection générale de l'éducation nationale

IME	:	institut médico-éducatif
IMP	:	institut médico-pédagogique
IMPRO	:	institut médico-professionnel
INSEE	:	institut national de la statistique et des études économiques
IUFM	:	institut universitaire de formation des maîtres
IR	:	institut de rééducation
LEA	:	lycée d'enseignement adapté
MSA	:	mutualité sociale agricole
PMI	:	protection maternelle et infantile
QI	:	quotient intellectuel
RASED	:	réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté
RMI	:	revenu minimum d'insertion
SAAAIS	:	service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAFEP	:	service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SEGPA	:	section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	:	service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SSEFIS	:	service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
TCC	:	troubles de la conduite et du comportement
UPI	:	unité pédagogique d'intégration

L'objectif d'intégration, porté conjointement par le ministère de l'éducation nationale et celui de l'emploi et de la solidarité, s'applique tout particulièrement à l'enfance et à l'adolescence handicapées. De fait, les dénominations officielles de ces publics ont subi des transformations dans le temps, passant de l'enfance anormale, à l'enfance inadaptée, à la notion de handicap aujourd'hui, notion dont l'utilisation est proposée par l'OMS, en référence à des critères censés être précis et mesurables que sont la déficience, l'incapacité et le désavantage social. Cette évolution terminologique, marquée par une atténuation des connotations stigmatisantes, est sans aucun doute la manifestation d'une volonté de porter un autre regard sur des enfants et des adolescents considérés jusqu'alors comme ne pouvant bénéficier des conditions éducatives et scolaires ordinaires en raison des difficultés, maladies ou handicaps ; elle s'accompagne en outre d'une volonté politique clairement affirmée d'assurer à tous l'éducation, priorité nationale dans la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, l'intégration scolaire des jeunes handicapés devant, à ce titre, être largement favorisée.

A cet égard, une bonne compréhension de l'évolution actuelle du secteur de l'éducation spéciale vers ce nouvel objectif rend indispensable l'analyse des conditions institutionnelles et socio-politiques de la constitution des institutions « spécialisées » et de leur développement. C'est ce que nous évoquerons dans une première partie avec toute l'évolution réglementaire, depuis les classes de perfectionnement jusqu'aux étapes législatives plus récentes.

L'objectif d'intégration scolaire énoncé explicitement dans les circulaires de 1982 et 1983 qui complètent la loi du 30 juin 1975, peut sans aucun doute favoriser l'accès du handicapé aux institutions ouvertes à tous et son maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie ; l'inscription du terme intégration dans la législation témoigne indéniablement de la volonté politique d'inscrire la prise en compte de l'altérité dans les pratiques sociales.

Cependant, le concept d'intégration appelle différentes interprétations. L'intégration pratiquée de façon systématisée, peut en effet conduire à la normalisation, voire à la négation du handicap ; ce qui pourrait favoriser du même coup l'abstention pédagogique, psychologique ou thérapeutique avec le risque de conduire à la disparition des espaces indispensables aux aides spécialisées. L'analyse requiert un examen attentif des modalités d'intégration dans les établissements scolaires ordinaires : formes (individuelles ou collectives), durée, conditions techniques, dispositif de soutien et d'accompagnement, ce sera l'objet de notre deuxième partie.

Le handicap altère ou non la scolarité de l'enfant handicapé. S'il n'entrave pas le cursus scolaire, on parle d'intégration réussie sans nécessité de faire appel à des services

spécialisés. Si le handicap compromet une scolarisation normale, génère un échec majeur et aboutit à une entrée en structure spécialisée ou au recours à un service, on parle de démarche d'intégration scolaire ou de ré-intégration scolaire, signifiant le souhaitable maintien ou le nécessaire retour mis ou à mettre en œuvre.

L'exigence politique de scolarisation de tous les enfants quels que soient leurs handicaps ne se réalisera pas sans la ferme détermination de tous les acteurs engagés dans ce processus. C'est une des conditions parmi d'autres, évoquées dans notre dernière partie, à réaliser pour lever les freins et résistances à une intégration scolaire.

En France et en Europe, le handicap, c'est de loin le handicap mental. Nous nous intéresserons à ce type de handicap crucial pour l'école puisque apparemment il rendrait l'apprenant incapable d'apprendre et par conséquent, dans le cadre de l'intégration scolaire collective, aux classes d'intégration scolaire accueillant ce type de handicap (CLIS 1).

Mais avant de poursuivre, il paraît nécessaire de déterminer ce que recouvre la notion de handicap.

Définition classique du handicap

Le terme d'origine anglo-saxonne (hand in cap) vient de l'usage d'égaliser les chances des chevaux dans les courses hippiques en les handicapant de poids supplémentaire. Ce qui est paradoxal, c'est que l'égalité des chances soit devenue par un renversement sémantique, l'inégalité des chances non compensée. Le terme de handicap figure pour la première fois officiellement dans la loi du 23 novembre 1957 relative aux travailleurs handicapés (handicapés signifiant ici infirmes).

Bloch-Lainé en 1967, dans un document de référence, qui servira de point de départ à la loi de 1975, aborde les situations d'inadaptation et de handicap en les situant dans un rapport de causalité. « On dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, de servitudes particulières par rapport à la normale, celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société ». Cette définition du handicap renvoie à la fois à la norme, comme étant écart à la norme, et à la catégorisation : Faiblesses et servitudes peuvent être considérés comme éléments de sémiologie clinique des troubles, et l'état physique, mental ou caractériel préfigure les catégories de handicaps de la loi d'orientation du 30 juin 1975.

Cette loi, en faveur des personnes handicapées, ne définit d'ailleurs pas le handicap ; elle lui donne une acceptation globalisante par son article premier qui désigne les handicapés physiques, sensoriels et mentaux comme concernés par les nouvelles dispositions

législatives. Ce monolithisme sera contesté par les psychiatres inquiets de n'y trouver que la notion de handicap, et non celle de maladie, craignant de ce fait les effets pernicioeux de l'étiquetage.

Nouvelle conception du handicap

Des recherches faites par Wood¹ à partir de 1975, reprises par l'OMS à partir de 1985 et utilisée pour l'élaboration de l'arrêté du 9 janvier 1989, vont permettre d'isoler trois concepts distincts : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

La *déficience* est une perte ou une anomalie portant sur un organe ou une fonction. Elle s'applique à l'*aspect lésionnel* du handicap, elle affecte l'intégrité physique ou mentale temporairement ou définitivement, elle est repérable et mesurable : pertes en décibels pour les déficients auditifs, retards mentaux mesurés en chiffres de QI pour les déficiences de l'intelligence ; Dans certains cas, un type de déficience peut être associé à une autre déficience, on parle alors de handicaps associés ou de polyhandicaps. Ainsi, il arrive qu'une déficience motrice et/ou sensorielle soit associée à une déficience intellectuelle.

L'*incapacité* est l'absence ou la réduction quantitative ou qualitative de la capacité d'agir caractérisant la population normale. Elle correspond à l'*aspect fonctionnel* du handicap et affecte par exemple la possibilité de comprendre le langage oral ou écrit. Comme la déficience, l'incapacité est repérable et mesurable.

Le *désavantage* correspond à l'*aspect situationnel* du handicap et c'est là que s'opère la distinction radicale entre l'ancienne conception qui faisait du handicap une classe de la nosographie et l'actuelle qui relativise cette notion au niveau d'une situation. On parle maintenant essentiellement de handicap de situation ; situation de dépendance physique, de dépendance économique ou de non-intégration sociale.

Pour Wechsler, une population d'individus de même âge se répartit, quelles que soient leurs origines sociales ou culturelles du point de vue de sa capacité à se comporter de façon intelligente, selon le profil de la courbe de Gauss. Il propose le calcul d'un *quotient intellectuel (QI)* pour mesurer si un sujet se trouve au-dessus ou en dessous de la moyenne. Son principal intérêt est de distinguer des épreuves verbales et des épreuves de performance. Un QI de 100 au WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) correspond à la note totale moyenne pour chaque âge et l'écart type est fixé à 15 points de QI. Ce classement permet d'affirmer qu'environ :

- 70 % de la population se situe dans la zone comprise entre 85 et 115 identifiée pour cette raison comme zone normale ;
- 15% se situe au-delà de 115 et représente des sujets d'intelligence supérieure ;

¹ Philippe Wood de l'université de Manchester

- 15% se situe en deçà de 85 dont 13 % entre 70 et 85.

La nouvelle classification de l'OMS fixe les limites de la normale à 70. En dessous de 70, il est distingué plusieurs zones :

- la zone entre 50 et 70 regroupe les sujets présentant un retard mental léger (ex-débilité moyenne) ;
- la zone entre 35 et 49 regroupe les sujets présentant un retard mental modéré (ex-débilité profonde) ;
- la zone entre 20 et 34 pronostique un retard mental sévère ;
- en deçà de 20, on parle de retard mental profond.

Pour Labregere (1981), le handicap est la « somme des frustrations durables qui résultent d'une déficience ou d'une incapacité entraînant l'impossibilité totale ou partielle pour la personne de remplir le rôle qui aurait été normalement le sien ». Il se définit donc par la discordance entre les performances ou le statut d'une personne et ses espérances et perspectives.

L'intérêt de la trilogie – déficience, incapacité, handicap - est de nous inviter à modifier notre regard sur la personne handicapée et ensuite notre action. Il paraît important de penser que la situation de cette personne handicapée ne s'apprécie pas seulement en fonction de ses aspects lésionnels ou fonctionnels mais par rapport également à son environnement familial, son rôle social, à ce qu'elle est capable de réaliser selon qu'elle est dans tel ou tel milieu. Une fois faite l'analyse de ces rapports, l'action porteuse des meilleurs résultats est celle qui conjugue les avantages résultant à la fois de la réduction de la déficience, de l'incapacité et du handicap. Celle de l'incapacité s'effectue essentiellement en milieu spécialisé où toute l'instrumentation est disponible) alors que pour celle du handicap, en tant que désavantage de situation, l'établissement n'est pas à même d'en garantir à lui seul sa réduction.

La classification de Wood retenue au niveau international par l'OMS est en cours de révision.

Les termes négatifs y sont retirés :

- la notion d'incapacité est remplacée par celle d'activité, on parlera de restriction d'activité ;
- la notion de handicap et de désavantage est abandonnée au profit de celle de participation ;
- la notion de déficience est conservée ;
- le terme de maladie est remplacé par celui de santé.

C'est donc à ce niveau de l'action sur le handicap que se situent les *possibilités de l'intégration*. Partielle, elle vient tempérer la ségrégation ressentie en milieu spécialisé et peut fort bien se combiner aux actions techniques de traitement de la déficience et de

l'incapacité. Totale, elle permet de résoudre le problème de la ségrégation mais n'a certainement que peu d'effets sur la correction de la déficience et de l'incapacité. Il faut donc conjuguer le thérapeutique et le social pour qu'il n'y ait pas déséquilibre de l'action globale. Ce qui n'existe pas en milieu spécialisé (le social ordinaire), il faudra le chercher dehors et à l'inverse, ce qui n'existe pas en milieu ordinaire (le thérapeutique), il faudra l'importer sous forme de soutien spécialisé et d'aides médicales et para-médicales, ou éventuellement le chercher dehors. Il conviendra de tout entreprendre pour que la démarche réussisse mais la recherche des meilleurs avantages n'a pas pour effet de supprimer tous les inconvénients ; toute solution humaine est en général une combinaison d'avantages et d'inconvénients. La manière de les traiter pour que l'un ne l'emporte pas sur l'autre est de s'engager dans une démarche de projet.

Étymologiquement, le verbe intégrer viendrait du latin *integrare* qui peut se traduire par faire entrer dans un ensemble plus vaste. Appliqué aux personnes handicapées, il s'agirait alors de leur permettre d'entrer dans une sorte de « melting pot social », avec comme objectif de pouvoir évoluer dans un cadre de vie ordinaire. L'emploi du verbe *entrer* insiste bien sur un mouvement qui fait passer d'un lieu à un autre. Parler d'intégration scolaire, c'est supposer le déplacement d'un enfant jusque là maintenu dans un système d'éducation spécialisé ségrégatif vers une structure scolaire plus ouverte. Il convient donc de savoir si l'intégration scolaire assure bien l'accès de tous les enfants handicapés dans le circuit ordinaire.

La scolarisation en milieu ordinaire est la forme première d'intégration du jeune handicapé car elle intervient dans le premier lieu de socialisation et d'éducation du citoyen. Si elle s'effectue correctement, elle se prolongera d'autant plus facilement par une insertion sociale.

1 - EVOLUTION REGLEMENTAIRE ET POLITIQUE : LA LONGUE MARCHE DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

Notre société s'est depuis plusieurs centaines d'années, soucieuse d'éducation : l'accès au savoir constitue une voie essentielle de l'épanouissement de tout individu. La déclaration des droits de l'homme en 1789 proclame le droit à l'éducation et à la culture pour tous (la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'UNESCO étendra ce droit à l'humanité toute entière en 1948) mais c'est seulement au début du XX^{ème} siècle que s'ébauche le dispositif d'éducation et de soins des personnes déficientes après que l'instruction obligatoire fut instituée par la loi du 28 mars 1882 (elle omet paradoxalement d'évoquer les enfants intellectuellement déficients, seuls les handicaps sensoriels étant

reconnus) et que les contemporains eurent appris à différencier criminels, vagabonds, aliénés adoptant ainsi une approche scientifique du handicap.

1.1 DU XVIII^{ÈME} SIECLE A LA LOI DE 1975

L'enfance anormale

Au XVIII^{ème} siècle prendra fin la cohabitation des aliénés et des handicapés mentaux avec les pauvres, les hors la loi et les sans-logis, dans des hospices, lieux d'enfermement insalubres. Le début du XIX^{ème} siècle voit la naissance de l'asile, structure à vocation thérapeutique qui reconnaît la nécessité de traiter à part la maladie et le handicap mentaux ; la prédominance du corps médical est ainsi établie. Pendant cette période, la majorité des aliénistes lie étroitement l'arriération aux formes sociales que prennent l'inadaptation et la marginalité. Leurs analyses développent une forme de déterminisme social qui s'articule autour de l'enchaînement suivant : pauvreté-marginalité-arriération-atavisme.

A partir de 1882, Bourneville² tente de remédier à la situation déplorable des asiles et d'assurer l'éducation des enfants qu'ils accueillent en plaidant pour l'ouverture de classes adaptées aux anormaux. En effet, son projet thérapeutique repose déjà sur la notion d'intégration car les interactions qu'il organise entre ses groupes relativement hétérogènes tendent à susciter l'épanouissement des potentialités des enfants qui lui sont confiés. Dans ce traitement, l'école occupe donc une place importante. Tant et si bien que la loi du 15 avril 1909 crée des écoles et classes de perfectionnement pour enfants arriérés. Alfred Binet et Théodore Simon définissent des critères d'orientation dans ces classes de perfectionnement. Ce seront les premières tentatives à prétention scientifique de repérage de la déficience intellectuelle. La distinction entre les anormaux médicaux et les anormaux d'école se fait donc sur la base de leur éducatibilité. En fonction de ce critère, ils sont orientés soit vers les hôpitaux, les hospices ou les asiles soit vers les structures annexées à l'école. Cependant, la démarche a souvent conduit à admettre dans les classes spéciales des enfants en échec ou en retard du fait de facteurs externes, sociaux et familiaux principalement, ou en difficulté face aux exigences d'une école mal adaptée.

Le caractère fondamental de cette loi est laisser toute liberté aux communes et aux départements de demander la création de classes ou d'écoles de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques ou autonomes pouvant comprendre un demi-internat ou un internat (article 1^{er}).

Bourneville, Binet et Simon considèrent déjà que les classes spéciales pour arriérés annexées aux écoles primaires ont pour fonction, non d'exclure mais de maintenir dans un

² Désiré Magloire Bourneville est nommé en 1879 médecin de l'hospice de Bicêtre

milieu scolaire ordinaire des enfants qui, en leur absence, auraient été placés à l'asile ou auraient échappés à l'instruction obligatoire. Cependant deux ambiguïtés subsistent :

- cette insertion se fait au moyen d'une exclusion (mise à l'écart en classes de perfectionnement) partielle et temporaire
- l'inertie des pouvoirs publics qui pendant près d'un demi-siècle ne permet pas une réelle prise en charge de ces enfants : 40 classes en 1936, 274 en 1944 (contre 1145 en 1951).

L'enfance inadaptée

Les années 1940 marquent un changement dans le rapport entretenu par la société avec les personnes handicapées passant d'un souci d'éviction et de ségrégation à un souci de protection et d'adaptation : la notion plus fédératrice d'enfance inadaptée émerge. Elle est proposée et adoptée à la suite de la création du conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral le 25 juillet 1943, qui établit la nomenclature et la classification des jeunes inadaptés de Lagache. C'est à ce conseil que l'on doit la loi du 5 juillet 1944 instituant le remboursement aux organismes privés des frais d'entretien et d'éducation des mineurs en danger moral et des enfants anormaux. L'inadaptation permet de transcender en quelque sorte l'ensemble des termes utilisés pour désigner certains enfants en décalage par rapport à la norme sociale, familiale, scolaire ou professionnelle ; il permet d'assigner à chacun d'eux un même facteur commun et universaliste, ce qui facilite le diagnostic et le type de soins.

Après la libération, de puissantes associations à but non lucratif se sont constituées, souvent à l'initiative de parents d'enfants lourdement handicapés, de syndicats d'enseignants, de mutuelles, parfois de collectivités locales, et ont favorisé la création d'institutions spécialisées dans l'éducation d'enfants inadaptés. Ces derniers ne semblaient pas, dans le contexte de l'époque, scolarisables dans les établissements d'enseignement ordinaire publics. La démarche fut plus favorable à une éducation et une scolarisation à part, dispensées par des personnels spécialisés en des lieux séparés de l'école ou des classes ordinaires. La création de la sécurité sociale a constitué de surcroît une puissante source de financement, sur le mode assurantiel, plus rapidement mobilisable que des crédits d'état. Le législateur accompagne cette évolution : le décret du 9 mars 1956 légalise les maisons d'enfants à caractère sanitaire gérées par ces associations et précise les conditions d'autorisation d'établissements privés recevant des enfants handicapés. L'exclusion des enfants handicapés va très rapidement évoluer avec un nombre considérable d'enfants écartés du système scolaire en fonction des nouvelles catégories d'inadaptés qui viennent bousculer et élargir le champ de l'inadaptation. De 1950 à 1970, dans un contexte économique et social favorable, les structures médico-éducatives se multiplient. Cela aboutit à une prise en charge objectivement ségrégative. Mais paradoxalement dans ce contexte

ségrégatif vont se développer des idées qui étayent l'intégration avec ainsi le décret du 18 février 1963 autorisant officiellement les CMPP. Le concept de cure ambulatoire fait son apparition.

En réaction, peu après 1968, une possibilité de rééducation commence à être envisagée par le développement d'une pédagogie d'adaptation pour limiter l'exclusion et permettre à l'enfant inadapté de rejoindre la masse des enfants ordinaires. A partir de 1970, deux types de population vont être distingués. Cette volonté de différencier les élèves handicapés et ceux en difficulté se concrétisera par la création, par une même circulaire du 9 février 1970 des GAPP constitué d'un psychologue et de deux maîtres spécialisés, l'un en rééducation psychopédagogique (RPP) et l'autre en rééducation psychomotrice (RPM), et des classes d'adaptation, qui seront supprimées en 1990, au profit des regroupements d'adaptation ; les élèves restant alors scolarisés dans leur classe d'origine. La circulaire insiste bien sur le passage temporaire dans ces classes de 2 ans maximum d'enfants débiles légers selon leur QI mais pour lesquels d'autres causes circonstancielle ont pu provoquer une détérioration qui peut ne pas être définitive. Passé ce délai, les enfants devraient logiquement réintégrer l'enseignement ordinaire dans des conditions optimales.

Le fonctionnement des GAPP démontrera que la restauration des potentiels d'un enfant procède d'une interaction entre plusieurs facteurs (RPP, RPM, Psychologue scolaire), du travail en équipe des acteurs d'une structure et avec les familles (1^{ère} fois citées comme partenaires dans le texte de 1976).

Certains GAPP ont privilégié le psycho-pathologique, d'autres au contraire se sont repliés sur des prestations exclusivement scolaires. Cet exemple de dysfonctionnement illustre un des problèmes de l'école : celui de sa définition.

L'enfance handicapée

Suite à ces dernières années où dominait l'attitude ségrégative, une attitude qui tend à intégrer dans l'école ordinaire tous les enfants y compris ceux souffrant de handicaps ou de troubles graves semble prendre le pas, du moins au niveau des intentions affirmées. Le vocable intégration n'apparaît pas en tant que tel dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Il trouvera son sens véritable dans les différentes circulaires publiées par la suite mais cette loi annonce les prémises d'une logique de l'action éducative par l'intégration. Elle ne donne pas volontairement une définition juridique du handicap souhaitant ainsi éviter toute rigidité dans la détermination du handicap et toute approche fixiste de celui-ci.

Un rapport de synthèse de l'étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées de Bloch-Lainé publié en 1969 a servi de référence pour la préparation de cette loi d'orientation. Elle représente une étape nouvelle dans de nombreux domaines et le point de rencontre de deux mondes (action sanitaire et sociale et éducation nationale) qui

avaient fonctionné en parallèle, voire en rivalité. Son aboutissement est le fruit d'un travail de réflexion commun. En ce qui concerne plus particulièrement l'intégration scolaire de mineurs handicapés, quelques dispositions sont à relever :

- ✓ la substitution du terme générique de personnes handicapées aux termes d'infirmes et d'inadaptés. Si elle ne définit pas ce qu'est le handicap, elle regroupe pour la 1^{ère} fois les différentes catégories de personnes sous une appellation plus cohérente.
- ✓ l'accès des personnes handicapées à un champ social plus ouvert. L'article 1^{er} garantit sous forme d'obligation nationale, la prévention, le dépistage et les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé. L'article 49 prévoit l'accessibilité aux handicapés des locaux sur le plan des dispositions architecturales aménagées.
- ✓ l'obligation éducative. Il s'agit d'un élargissement de la notion de l'obligation scolaire qui s'étend à l'éducation sous toutes ses formes : Education ordinaire, dit l'article 4, ou à défaut une éducation spéciale. Cette dernière associe les actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et para-médicales et est assurée dans des établissements ordinaires ou des établissements ou services spécialisés.
- ✓ l'intégration comme priorité, « l'action poursuivie assure chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie » (article 1^{er}).
- ✓ l'Etat prend en charge les dépenses d'enseignement soit, de préférence en accueillant dans des classes ordinaires ou dans les classes, sections d'établissements, établissements ou services relevant de l'éducation nationale ou de l'agriculture dans lesquels la gratuité est assurée, tous les enfants susceptibles d'y être accueillis malgré leur handicap (article 5).
- ✓ l'intégration scolaire telle que la prévoit la loi est à la fois une intégration en terme de maximum possible et d'une solution préférentielle à toute autre, mais qui n'exclut pas toute autre forme. Elle repose sur la coexistence de deux réseaux non antagonistes, qui reste toujours d'actualité, distante des solutions de désinstitutionnalisation à l'italienne.
- ✓ l'attribution de moyens pour permettre la réalisation de ces choix. L'éducation nationale prend en charge l'obligation d'enseignement sous forme d'accueil soit en milieu ordinaire soit en milieu spécial, par la mise à disposition de personnels publics ou la contractualisation d'enseignants de statut privé.
- ✓ la rationalisation et l'unification des décisions d'orientation. Elle confie la décision d'orientation à une commission unique, la CDES, et institue ainsi un contrôle administratif des prises en charge.

- ✓ la prévention. L'article 3 élabore l'assise juridique sur laquelle vont pouvoir se développer « les structures d'action médico-sociale précoce.. les cures ambulatoires comportant l'intervention de médecins et de techniciens paramédicaux et sociaux et, si nécessaire, une action de conseil et de soutien de la famille ».

1.2 UNE ACCELERATION DU PROCESSUS DANS LES ANNEES 1990

Textes clés définissant une politique de l'intégration scolaire commune, les circulaires n° 82-2 et 82-048 du 28 janvier 1982 et n° 83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983 sur l'intégration scolaire réaffirment que l'intégration scolaire est une priorité nationale.

La circulaire du 28 janvier 1982 définit une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés en réaffirmant avec force les orientations de la loi de 1975 (7 ans après) en matière d'intégration scolaire dont l'objectif est avant tout l'insertion sociale de l'enfant handicapé avant de le faire bénéficier d'une formation scolaire adaptée. Effacer le sentiment d'indifférence en supprimant les inconvénients de la structure ségrégative, ce changement des mentalités doit correspondre à la mise place d'un nouveau « dispositif institutionnel différencié englobant à la fois le système scolaire et les institutions spécialisées ». D'emblée est donc affirmé le principe de double réseau. L'intégration est à la fois un objectif et une démarche, progressive, à formes multiples mais de manière préférentielle celle de l'intégration individuelle en classe ordinaire. Le texte insiste aussi sur la notion de projet intégratif qui doit être la voie à privilégier pour la complémentarité des interventions et des soutiens pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques.

La circulaire du 29 janvier 1983 est plus technique et précise largement les modalités du soutien et des soins spécialisés. Elle élargit le champ de la population concernée en y incluant les « enfants en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement ». Elle décrit en détail les différentes formes que revêt l'intégration scolaire : intégrations individuelles dans une classe ordinaire, intégrations collectives dans un établissement scolaire où ils peuvent bénéficier du soutien médical, paramédical, social et éducatif ; intégration partielles, individuelles ou par petits groupes, permanentes ou limitées dans le temps. Ces divers types de fonctionnement ne peuvent s'envisager que sur la base du projet éducatif individualisé.

Elle évoque ensuite les moyens en personnels spécialisés et non spécialisés, en locaux, en matériels, en transports. L'importance de la coopération entre l'établissement ordinaire d'accueil et les services spécialisés est soulignée. Parmi les moyens nécessaires, il est précisé que les SESSAD doivent être rattachés à un établissement spécialisé, soit par conversion de moyens soit par extension, l'ouverture d'un SESSAD sans rattachement à un

établissement déjà agréé ne peut qu'être exceptionnelle. Nombreux seront les établissements à tenter et à réussir le redéploiement interne.

La circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 consacrée à l'intégration scolaire voit paraître également le même jour la circulaire n° 91-304 relative aux CLIS et celle relative à la scolarisation des enfants accueillis en établissements à caractère médical, sanitaire ou social. La fonction des CLIS est d'accueillir les enfants handicapés physiques ou sensoriels ou mentaux qui peuvent tirer profit, en milieu ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités. Elle prend appui sur un certain nombre de textes réglementaires qui la précèdent et l'inspirent directement :

✓ *la loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989* dite loi Jospin reconnaît l'hétérogénéité du public scolaire et recommande l'organisation des cycles à l'école primaire en mettant l'enfant au centre du système éducatif. La scolarité est ainsi répartie en trois cycles :

- le cycle 1 des apprentissages premiers couvre la petite, moyenne et grande section de maternelle
- le cycle 2 des apprentissages fondamentaux couvre la grande section, le CP et le CE1
- le cycle 3 des approfondissements couvre le CE2, le CM 1 et 2

Le maître doit gérer l'hétérogénéité en dispensant un enseignement quasiment individualisé qui repose sur les acquis réels et non plus supposés des élèves. Cette répartition doit faciliter l'intégration des jeunes handicapés et lutter efficacement contre les difficultés scolaires. La loi souligne la nécessité de favoriser l'intégration scolaire et sociale des enfants et adolescents handicapés. Elle réaffirme que l'intégration scolaire des enfants et adolescents est d'une importance capitale dans le processus d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées. « L'établissement scolaire auquel s'adressent les parents doit effectuer un examen attentif des possibilités de scolarisation de leur enfant ou leur offrir toutes les informations nécessaires pour envisager, le cas échéant, une autre affectation ». Les dispositions à prendre doivent être différenciées pour mieux répondre à la diversité des situations : les autorités académiques ont à tenir compte dans leur gestion des besoins particuliers résultant des projets d'intégration et des réalisations nécessaires à l'accueil des d'élèves handicapés.

Il faut en outre améliorer l'intervention des personnels enseignants par un réaménagement des formations initiales et continues en vue d'harmoniser les pratiques pédagogiques avec les situations d'intégration.

Cette loi a été abrogée de fait par l'ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000 qui lui substitue les dispositions correspondants du code de l'éducation : article L. 112-1 à 3.

- ✓ *Les décrets du 27 octobre 1989* remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis, ter et quater du 9 mars 1956 relatives aux conditions techniques d'autorisation des établissements accueillant des enfants et adolescents inadaptés. Le décret n°98-798 précise et amplifie les principes du maintien dans le cadre naturel, de scolarisation et de prise en charge ambulatoire. De par sa nature, il va donner un caractère obligatoire à un certain nombre de pratiques, qui s'imposeront aux établissements, notamment pour le projet individuel, la place et le rôle de la famille et la pluridisciplinarité.
- ✓ *Les trois circulaires du 30 octobre 1989* complémentaires aux décrets ci-dessus. Celle relative à la prise en charge des « déficients intellectuels et inadaptés » (ce dernier terme réapparaît mais pour caractériser uniquement les enfants et adolescents ayant des troubles du comportement) détaille longuement la mission d'intégration scolaire des SESSAD spécialisés et leur participation à la politique de prévention de l'exclusion scolaire. Elle indique que la mission traditionnelle d'accueillir les enfants en semi-internat ou en internat, doit être réservé à des cas exceptionnels : « On recherchera chaque fois qu'il n'y aura pas de contre indication, à maintenir l'enfant dans sa famille ». Si l'enfant est accueilli en établissement, le directeur veille à ce que le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique soit « un projet intégré qui évite les ségrégations internes d'enfants, les intolérances individuelles et les clivages professionnels ». La reconnaissance des besoins des enfants handicapés mentaux ou souffrant de troubles du comportement ne peut se limiter à la psychométrie mais doit insister sur « la dynamique évolutive de chaque individu, riche de potentialités parfois insoupçonnés et sur l'importance des interactions entre l'enfant et son environnement familial et social ». Elle introduit le terme et la notion de potentiel d'apprentissage par rapport aux items réussis au meilleur niveau dans un test.

La circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 sur l'intégration scolaire s'inscrit bien dans cette dynamique nouvelle dont la philosophie repose sur l'actualisation des multiples possibilités de l'enfant ou de l'adolescent handicapé scolarisé en classe ordinaire ou en collectif dans une CLIS. L'intégration est un processus dynamique et non un état. Les équipes pédagogiques doivent estimer si les conditions de l'intégration sont remplies et c'est à la commission d'éducation spéciale compétente de proposer à la famille la réponse adaptée aux besoins de l'enfant : accueil dans l'école du quartier, dans une école avec dérogation de secteur ou dans un établissement spécialisé avec éventuellement une intégration scolaire à temps partiel. En aucun cas, la responsabilité de rechercher une solution à la scolarisation ou à l'éducation de l'enfant ou de l'adolescent ne sera laissée à la famille seule. La préférence doit être donnée au secteur ordinaire : les IEN jouant un rôle de conseiller technique et de liaison avec les DDASS.

Les règles des nations Unis pour l'égalisation des chances des personnes handicapées soulignent en 1994 que l'éducation des personnes handicapées doit être délivrée dans un cadre intégré avec le développement de l'accessibilité et des services d'interprétation et de soutien, dans la concertation avec les organisations de personnes handicapées.

La circulaire DAS/RVAS/RV1 n° 99-637 et n° 99-187 du 19 novembre 1999 porte sur la scolarisation des enfants et adolescents handicapés. Elle affirme que :

- ✓ la scolarisation est un droit : « tous les jeunes, quels que soient les besoins éducatifs qu'ils présentent, doivent trouver dans le milieu scolaire ordinaire la possibilité d'apprendre et de grandir avec les autres pour préparer leur avenir d'hommes et de femmes libres et de citoyens. » ;
- ✓ l'accueil est un devoir : « l'intégration scolaire, qui pour être réussie nécessite d'être préparée et soutenue, est un moyen de l'intégration sociale » ;
- ✓ la démarche de l'intégration scolaire est le projet individualisé : la méthodologie est commune aux jeunes scolarisés en intégration, individuelle et collective, et à ceux accueillis dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- ✓ le projet d'intégration doit être évolutif : aucune décision n'est définitive. Etablissements scolaires et établissements médico-sociaux s'inscrivent dans des logiques de continuité et complémentarité, et veillent à éviter toute césure dans les projets d'intégration.

La circulaire n° 99-188 du 19 novembre 1999 porte sur la mise en place des groupes départementaux de coordination handiscol'. Leur mission consiste à coordonner et faciliter les actions des partenaires concernés : services déconcentrés des administrations, collectivités locales, associations de parents et de professionnels, représentants des personnels, afin de s'assurer de la cohérence du dispositif global d'intégration et d'éducation dans le cadre départemental. Ils auront pour charge de réaliser un état des lieux, évaluant les besoins et les ressources permettant d'élaborer à moyen terme un schéma départemental de scolarisation des élèves handicapés.

La circulaire n° 2001-061 du 5 avril 2001 sur le financement de matériels pédagogiques adaptés au bénéfice d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices légères sur le vide juridique laissé par les lois de décentralisation qui faisait que le financement des équipements scolaires ne relevait plus que des autorités politiques locales et de leur bonne volonté. Pourquoi ne s'applique-t-elle pas aux handicapés mentaux ?

1.3 UNE VOLONTE D'UN REEL CHANGEMENT DE LA PART DES MINISTERES CONCERNES

Les conclusions du rapport conjoint IGEN / IGAS présentées lors de la réunion du CNPH le 20 avril 1999 ont permis d'élaborer un plan de scolarisation des jeunes handicapés : le plan Handiscol'. Certaines mesures budgétaires sont venues l'appuyer dans le cadre d'un plan triennal 2001-2003. Il a été complété le 18 juillet 2001 par diverses dispositions favorisant la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

1.3.1 L'intégration scolaire : un processus bénéfique à tous les élèves, qu'il faut encourager et développer.³

Face au constat de l'existence de nombreux obstacles et de cloisonnements systématiques, une mission IGEN / IGAS a été commandée par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'emploi et de la solidarité. Ses principales conclusions étaient les suivantes :

Un processus inégalement développé

Trop souvent, des discontinuités dans le passage d'un niveau de scolarité à l'autre sont observées ; en outre, les modalités d'intégration sont offertes de manière très inégale sur l'ensemble du territoire. Cela suppose pour un trop grand nombre de familles, des démarches longues et éprouvantes.

Une scolarisation accompagnée

Le rapport a largement confirmé le bénéfice qui pouvait être attendu de l'intégration des enfants et adolescents handicapés en milieu scolaire ordinaire, dès lors que cette intégration était soutenue et accompagnée à la mesure des besoins de l'élève, en particulier, grâce à l'intervention des SESSAD.

Un bénéfice partagé

L'élève handicapé intégré améliore considérablement ses chances de développer des apprentissages et de réussir ultérieurement son insertion sociale et professionnelle. Mais pour l'établissement qui l'accueille, les effets positifs sont largement partagés, puisque ce sont tous les élèves qui font, en actes, l'apprentissage de la solidarité et de la citoyenneté.

Maintenir le droit à l'éducation spéciale

L'accueil en établissement spécialisé reste cependant indispensable pour un certain nombre de jeunes, et selon des modalités et des durées variables. Ils doivent alors recevoir un enseignement adapté à leur âge et à leurs possibilités.

³ conclusion du rapport conjoint IGEN / IGAS remis fin mars 1999

1.3.2 Le plan Handiscol' : un plan d'encouragement à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés

Pour répondre aux préconisations émises par le rapport conjoint IGEN / IGAS, vingt mesures ont été arrêtées conjointement par les deux ministères concernés – éducation nationale, emploi et solidarité, à l'occasion du CNCPPH du 20 avril 1999. Cinq axes prioritaires ont été retenus :

Réaffirmer le droit et favoriser son exercice

✓ Publier un texte d'orientation générale

Le droit des enfants et adolescents handicapés a été réaffirmé par la signature d'un texte conjoint des ministères de l'éducation nationale et de l'emploi et de la solidarité, le 19 novembre 1999. Il réaffirme notamment que la scolarité est un droit et l'accueil un devoir.

✓ Revoir et unifier la réglementation

Les deux ministères se sont engagés dans un processus d'unification de la réglementation, afin de faciliter l'exercice des droits. Un groupe de travail a été mis en place fin décembre 2000. Un rapport d'étape, présenté lors du séminaire des IA-DSDEN et des DDASS le 27 novembre 2001, prévoit trois niveaux de préconisations :

- la rédaction de textes d'application pour notamment rappeler quelques obligations, examiner les implications nouvelles consécutives aux évolutions récentes des dispositifs
- la rédaction de textes d'orientation rassemblant des dispositions figurant de façon éparse dans différents textes ou actualisant des dispositions, suite à des évolutions majeures
- l'engagement d'un travail de réflexion permettant, sur des thématiques, soit nouvelles soit anciennes mais nécessitant une approche renouvelée, de rechercher des réponses adaptées.

✓ Diffuser un guide pratique à destination des familles

Un guide à destination des familles a fait l'objet d'une large diffusion (75000 ex). Il rassemble dans un document facilement accessible (auprès des inspections académiques, centres de PMI, DDASS et CDES, associations de parents, conseils généraux) les informations nécessaires aux parents afin de les aider aussi bien dans la connaissance de leurs droits que dans la réalisation de leurs démarches. Il s'agit de favoriser une éducation précoce adaptée et d'éviter les ruptures de prise en charge.

✓ Développer la cellule d'écoute Handiscol'

Mise en place dès janvier 1999 au CNEFEI de Suresnes, le numéro azur de la cellule d'écoute Handiscol' : 0 801 55 55 01 reste disponible. 75 appels par semaine (tarif d'un appel local) ont été reçus, les parents (70 %) et les professionnels peuvent être écoutés et renseignés.

Constituer des outils d'observation

- ✓ *Rapprocher les outils informatiques des deux ministères* : une cellule de travail est en place.
- ✓ *Achever et optimiser l'informatisation des CDES*

Des crédits ont été délégués aux inspections académiques concernées pour achever l'informatisation de l'ensemble des CDES. Par ailleurs, une refonte de l'application informatique OPALES⁴ des CDES afin de disposer d'un outil d'information plus performant, notamment en y apportant de nouvelles fonctionnalités, est en projet ; une première version sera expérimentée puis installée dans les CDES courant 2002. Il est prévu à moyen terme d'informatiser également les CCPE et CCSD.

Améliorer l'orientation et renforcer le pilotage

- ✓ *Améliorer le fonctionnement des CDES*
- ✓ *Installer dans le cadre des CDCPH les groupes départementaux Handiscol'*

Pour accompagner le développement de la politique d'intégration sur l'ensemble du territoire dans un cadre cohérent et concerté, des groupes départementaux Handiscol' sont déjà ou sont en cours d'être installés dans chaque département

- ✓ *Tenir annuellement* au plan national une réunion du CNCPH et au plan régional une réunion des CROSS consacrées à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés

Développer les dispositifs et les outils de l'intégration

- ✓ *Développer des dispositifs collectifs d'intégration*

Le nombre d'UPI pour handicapés mentaux a presque doublé en un an, le réseau des CLIS va être adapté aux besoins.

- ✓ *Développer les dispositifs médico-sociaux d'accompagnement*
- ✓ *Développer et rationaliser les dispositifs d'auxiliaires d'intégration scolaire*

Financés dans le cadre du programme « nouveaux emplois, nouveaux services », deux formes d'intervention sont prévues :

- l'une favorisant l'intégration collective des élèves handicapés dans le cadre du projet élaboré par l'école ; dans ce cas, elle est assurée généralement par un aide-éducateur employé par l'éducation nationale, dans la classe mais aussi en dehors de la classe ;
- l'autre visant plus directement une aide à la personne de l'élève. Dans ce cas, ils sont le plus souvent salariés d'une association, les CDES précisent les modalités de leur action auprès de l'élève. La ministre déléguée à l'enseignement scolaire a signé le 30 avril 1999, une convention avec la FNASEPH et l'association IRIS Initiative afin d'impulser la création de services départementaux d'auxiliaires d'intégration. Cette convention reconnaît et consolide l'action réalisée et favorise le développement de nouveaux

⁴ Outils de Pilotage et d'Administration Locale de l'Education Spéciale

services grâce à l'attribution de 500 emplois jeunes cofinancés par l'Etat et EDF-GDF. Depuis, d'autres entreprises publiques ont également apporté une contribution financière. Ainsi 1300 auxiliaires, très majoritairement sous statut d'emplois jeunes sont en place à la rentrée 2001 dans 31 départements.

Pour faciliter le travail de tous les partenaires concernés, un guide pratique pour la mise en place d'un service d'AIS a été publié en juin 1999 et largement diffusé dans les départements. Des fiches métiers distinguent les deux formes d'intervention prévues.

- ✓ *Promouvoir le pôle Handicap du CNED* : les conditions de mise en œuvre sont à l'étude.
- ✓ *Renforcer le rôle du CNEFEI* et produire des guides pédagogiques pour les enseignants. Le CNEFEI va devenir un établissement d'enseignement supérieur. Un guide destiné aux enseignants intégrant des élèves déficients visuels a été publié par le CNDP et diffusé par le CNEFEI. D'autres seront conçus pour faciliter le travail des enseignants accueillant des jeunes présentant d'autres déficiences sensorielles, motrices ou mentales.

- ✓ *Rechercher des modes de financement pour les matériels pédagogiques spécialisés*

Une dotation de 170 millions de francs sur trois ans permettra de fournir aux élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire un matériel pédagogique adapté et des aides techniques indispensables, particulièrement pour les déficiences sensorielles et motrices.

- ✓ *Rechercher les moyens d'aider les collectivités locales à mettre en accessibilité les établissements* : mesures à l'étude en liaison avec la direction générale des collectivités locales.

- ✓ *Améliorer l'accès à la formation professionnelle et à la qualification professionnelle*

Améliorer la formation des personnels de l'éducation nationale

- ✓ *Développer la formation initiale et continue des personnels enseignants et des personnels de direction du premier et du second degré*

Un module de sensibilisation en formation initiale et un module de scolarisation des handicapés dans la formation des chefs d'établissement. Des stages courts sur site peuvent accompagner la mise en place d'un projet intégratif dans un établissement scolaire. Des formations spécifiques seront mis en place pour les enseignants du second degré accueillant des élèves handicapés.

- ✓ *Sensibiliser les personnels d'inspection aux enjeux et dispositifs de l'intégration scolaire*

Module en place depuis septembre 1999.

- ✓ *Rapprocher les certifications des enseignants pour déficients sensoriels des deux ministères*

Un travail de rapprochement des certifications des enseignants pour déficients sensoriels du ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie et celui de l'emploi et de la solidarité, est actuellement en cours.

1.3.3 Plan triennal 2001-2003 : une politique globale et soutenue pour garantir l'accès des personnes handicapées à leurs droits

A l'appui du plan Handiscol', le premier ministre a présenté au CNCPH du 25 janvier 2000, le plan triennal 2001-2003 pour l'accès des personnes handicapées au milieu de vie ordinaire. Il privilégie deux priorités complémentaires : la création de places dans les établissements spécialisés pour les personnes les plus lourdement handicapées et l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire.

En ce qui concerne le soutien à l'intégration scolaire :

- 300 MF supplémentaires (1 MF pour la Marne) sont affectés au développement des CAMSP et SESSAD ; ces services, qui ont démontré leur efficacité, sont une des clefs de la réussite de la politique d'intégration scolaire.
- 170 MF supplémentaires sont affectés au renforcement du parc de matériels pédagogiques adaptés

En ce qui concerne la modernisation et le renforcement des CDES et COTOREP, sont prévus 15 MF supplémentaires pour les CDES. Elle doit permettre d'offrir un meilleur service aux usagers (délai, accueil..), de faire des évaluations plus précises, moins prédéterminées par l'offre institutionnelle, au plus près des besoins et attentes des personnes, de mieux connaître la réalité du handicap dans notre pays en améliorant l'appareil statistique. Une mission d'appui accompagne cette démarche.

1.3.4 Douze actions concrètes pour une politique en direction des personnes handicapées

Le 18 juillet 2001, S. Royal a communiqué le plan en faveur des personnes handicapées, fortement orienté vers l'intégration scolaire, qu'elle a présenté au conseil des ministres. Au-delà des avancées du plan handiscol', il importe avant tout de réaffirmer le droit à la scolarisation et le devoir d'accueillir, en inversant les logiques : tout doit être fait pour que l'accueil devienne naturel et que le non-accueil fasse l'objet d'explications. Il prévoit notamment :

- ✓ *un dispositif d'accueil et d'assistance des familles* et des écoles rencontrant des difficultés pour scolariser un enfant handicapé (informations par voie de presse et/ou installation d'une permanence téléphonique départementale) avec l'appui des CDES.
- ✓ de procéder dans chaque département à un *état des lieux des difficultés rencontrées et des pratiques réussies*

Ces deux mesures sont mises en œuvre par des instructions conjointes des deux ministres éducation nationale et famille-enfance pour la rentrée scolaire pour la rentrée 2001-2002

- ✓ *développer les actions de formation, initiale et continue, auprès des enseignants,*
- ✓ *une affectation progressive des AIS auprès des enfants handicapés : 1000 postes supplémentaires dès 2001 permettant l'intégration scolaire de 2000 enfants environ (le 18 septembre S. Royal a rassemblé les associations du comité d'entente et confirmé la création de ces postes : 583 emplois-jeunes (associations) et 500 aides éducateurs).*
- ✓ *améliorer l'accueil dans les structures spécialisées*

La prise en charge en établissement doit être considérée comme une étape dans un parcours individuel qui demeure évolutif et ouvert à la participation sociale.

Le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale ouvre la possibilité de promouvoir l'innovation, par la diversification des missions et de nomenclature des établissements et services, et la possibilité de mettre en place des réseaux coordonnés de service. Elle prévoit la mise en place de schémas d'équipement social et médico-social du handicap, permettant d'instaurer des contrats d'objectifs et de moyens Etat ou collectivités territoriales / établissement. Elle prévoit de renforcer la participation des usagers et de placer la personne handicapée au centre des dispositifs d'aide ... passant d'une logique de mission à une logique de services.

La modernisation du service public d'évaluation et d'orientation

2 - DISPOSITIF DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

Le système scolaire français pour les enfants handicapés se caractérise par une double orientation : une scolarisation en milieu ordinaire (intégration scolaire) et une scolarisation dans les établissements de l'enseignement spécial. Cette scolarisation se fait dans différents secteurs éducatifs : premier degré - niveau préélémentaire (maternelle) et élémentaire (CP au CM2) mais également classes d'initiation et d'adaptation, second degré et enseignement supérieur.

Pourtant, des enfants déficients peuvent être scolarisés dans les classes spéciales qui dépendent soit du ministère de l'éducation nationale soit du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Pour les établissements de l'éducation nationale, deux types d'enseignement coexistent :

- Les classes spéciales du premier degré et du second degré de l'école ordinaire
- Les classes spécialisées d'établissements spécialisés

Pour les établissements du secteur de la santé, trois réseaux d'enseignement :

- Les établissements médicaux où la scolarisation est assurée dans l'établissement hospitalier et qui regroupent les hôpitaux, les maisons de cure, sanatorium ...

- Les établissements médico-éducatifs dans lesquels la scolarisation est faite à plein temps ou à temps partagé avec l'école ordinaire. Ils ont à leur charge les déficients intellectuels, les troubles du caractère et du comportement, les déficients moteurs et sensoriels...
- Les établissements sociaux et socio-éducatifs qui se répartissent entre les foyers d'aide sociale à l'enfance et les maisons d'enfants à caractère social où la scolarisation peut être assurée soit par l'établissement lui-même soit par l'école ordinaire.

Cette catégorisation n'empêche pas les erreurs d'aiguillage : entre l'échec scolaire et la déficience, entre la déficience et les troubles psychiques, entre les troubles psychiques et les organisations caractérielles réactionnelles. Il est très difficile de tracer des lignes de démarcation.

En préalable à l'exposé du dispositif d'intégration scolaire et nos observations s'appuyant sur les investigations réalisées dans ce département, nous procéderons à une rapide présentation du département de la Marne, en le replaçant dans son contexte régional pour ce qui concerne les enfants et adolescents handicapés.

2.1 PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE LA MARNE

Présentation générale

Placé au 37^{ème} rang des départements métropolitains avec 565 150 habitants, la Marne compte près de 6 900 personnes de plus qu'en 1990, soit un taux d'augmentation annuel moyen de 0,1 %. La Marne, tout comme les autres départements champardennais vieillit mais elle se caractérise par la plus forte proportion de jeunes (33 %) de la région, 80 % des arrivants ont moins de 40 ans. 142 730 habitants sont âgés de moins de 20 ans soit 25,3 % de sa population totale, une population plus jeune que la moyenne régionale.

La population active marnaise a elle aussi augmenté, en particulier les femmes actives, leur taux d'activité a augmenté de 3 points.

Sa densité de population est de 69,25 habitants au Km² contre 52,42 au plan régional et 108 au plan national (source INSEE).

Indicateurs socio-économiques :

	Taux de chômage 4 ^{ème} trimestre 1999	Bénéficiaires du RMI au 1/1/99 pour 1000 personnes de 25 à 59 ans	Bénéficiaires de l'AAH au 1/1/99 pour 1000 personnes de 20 ans et plus	Bénéficiaires de l'allocation de parent isolé pour 1000 femmes de 15 à 49 ans
Marne	9,4	27,0	14,1	10,1
Champagne- Ardenne	10,4	30,1	15,7	11,8
France	10,6	31,5	14,9	10,3

Sources : CAF – MSA - DRTEFP

Depuis 1990, le taux de bénéficiaires de l'AES dans la Marne a progressé de 1 point.

	Taux pour 1000 habitants de moins de 20 ans au 31/12/90	Nombre et taux pour 1000 habitants de moins de 20 ans au 31/12/95		Nombre et taux pour 1000 habitants de moins de 20 ans au 31/12/99	
		Nombre	Taux	Nombre	Taux
Marne	4,9	755	4,8	834	5,8
Champagne-Ardenne	5,7	2054	5,6	2544	7,5
France	6,1	98000	6,4	107200	7,4

Sources : CAF – MSA - DRTEFP

Les enfants et adolescents handicapés en Champagne-Ardenne

Au 30 avril 2000⁵, 3 729 enfants et adolescents domiciliés en Champagne-Ardenne bénéficient d'une orientation de la CDES ; ils constituent 1 % de la population régionale de moins de 21 ans (1 230 résident dans la Marne, et représentent 33 % de la population régionale handicapée de moins de 21 ans).

86 % sont pris en charge par des établissements ou service relevant de l'éducation spéciale de la région, 6 % placés dans un établissement hors Champagne-Ardenne et 8 % en attente de prise en charge.

⁵ une enquête anonyme a concerné chaque jeune champardennais pris en charge le 30 avril 2000 par un établissement ou service relevant des annexes XXIV ; les CDES ont renseigné les fiches des enfants en liste d'attente et placés hors région.

36 % des enfants déficients révèlent une déficience intellectuelle légère et 21 % une déficience intellectuelle moyenne, 10 % des troubles de la conduite et du comportement en tant que déficience principale dont 3 % sévère.

L'absence de déficience secondaire concerne 79 % des jeunes présentant des TCC, 69 % des déficients visuels, 25 % des déficients intellectuels et 20 % des autistes. Il s'agit le plus de TCC ou de déficience du langage et de la parole.

Selon les professionnels du champ médico-social, 44 % des enfants et adolescents pourraient suivre une scolarité en établissement médico-social, elle paraît être le plus souvent proposée aux déficients intellectuels, 12 % seraient aptes à suivre une scolarité intégrée en milieu ordinaire du type CLIS ou UPI, 7 % une scolarité normale (20 % pour les déficients moteurs et 35 % pour les déficients sensoriels). Pour les enfants et jeunes déficients intellectuels, l'intégration en milieu ordinaire est plus souvent proposée aux plus jeunes et la scolarité ou l'apprentissage en établissement aux plus âgés (inverse pour les déficients sensoriels).

Dans une projection à 5 ans, 85 % des enfants et adolescents handicapés scolarisés en établissement relèveraient toujours de ce type de prise en charge (surtout des déficients intellectuels), 11 % pourraient intégrer le milieu ordinaire le plus souvent avec une scolarité adaptée.

50 % de ceux suivant une scolarité intégrée en milieu ordinaire devraient toujours être dans le même cas, 25 % devraient être accueillis en établissement pour y poursuivre la scolarité (33 % pour les déficients intellectuels), 20 % un cursus normal en milieu ordinaire.

Près de 75 % de ceux suivant une scolarité normale ne devraient pas changer (essentiellement déficients sensoriels et TCC), 20 % d'une intégration scolaire en milieu ordinaire et 7 % à une prise en charge en établissement notamment chez les déficients intellectuels.

L'équipement existant dans la Marne

Le taux d'équipement est le rapport entre le nombre de places en structure et le nombre de jeunes de moins de 20 ans pour 1000 habitants dans le territoire concerné. Le taux moyen régional est de 9,6 ‰. Le département de la Marne est le département le moins bien équipé : son taux de 7,3 ‰ est le plus faible de la région. Il rassemble 42 % de la population régionale de moins de 20 ans mais dispose seulement de 32 % des capacités régionales destinées aux enfants et adolescents handicapés.

Le département de la Marne dispose de structures d'accueil pour tout type de déficiences mais il a des taux d'équipement par annexe qui restent inférieurs aux moyennes régionales dans la majorité des cas, sauf pour les structures agréées au titre de l'annexe XXIV bis (déficience motrice). Il est même le plus faible pour l'autisme (0,2 ‰) et les TCC . (0,1 ‰).

	Déficients intellectuels	polyhandicapés	Instituts de rééducation	Déficients moteurs	Déficients sensoriels	SESSAD	Total
Marne	4,82	0,46	0	0,77	0,67	0,90	7,16
Taux régional	6,05	0,35	1,49	0,47	0,60	1,49	9,52
Taux national	4,75	0,28	0,56	0,50	0,79	1,24	8,59

Source FINESS – septembre 2001

Evolution :

En 2000, ont été créées 78 places de SESSAD pour maintenir l'enfant ou l'adolescent dans son milieu de vie familial ou social dont :

- 5 places pour déficients intellectuels,
- 51 places pour enfants présentant des TCC,
- 10 places pour polyhandicapés,
- 12 places pour déficients moteurs.

Des places spécifiques de SESSAD pour enfants présentant des TCC ont permis par l'enveloppe nationale dégagée en 2000, la création de 11 places. Par ailleurs, par redéploiement départemental, 5 places ont été installées en février 2001 sur les 15 autorisées (un financement sera recherché dans le cadre des mesures nouvelles SESSAD attribuées au titre du plan triennal).

Perspectives d'évolution :

Initié par la circulaire DAS RV1/TS2 n° 2000/443 du 11 août 2000, le plan triennal 2001/2003 destiné aux personnes handicapées engage des moyens mais cible des catégories spécifiques de population ou d'équipement qui ne correspondent pas nécessairement aux besoins constatés au niveau local.

Certains d'entre eux, déconcentrés au niveau régional, ont ainsi fait l'objet d'une programmation sur trois ans. Pour la Marne, a été retenue la création de 15 places de SESSAD pour TCC (5 places par redéploiement) et de 10 places de SESSAD pour polyhandicapés.

2.2 LES CHIFFRES DE L'INTEGRATION SCOLAIRE POUR LA RENTREE 2001/2002

Selon S. Royal⁶ lors de la rencontre IEN / DDASS du 27 novembre dernier, « près d'un enfant handicapé sur deux est accueilli en milieu scolaire ordinaire. » Pour elle, le plan Handiscol' a porté ses fruits et il s'agit désormais d'aller encore plus loin pour arriver à une proportion de deux sur trois. « Désormais, ce ne sera pas aux parents de prouver que leur enfant peut être intégré mais à l'école de justifier pourquoi il ne peut pas être inscrit » insiste S. Royal.

Cependant, ces chiffres sont à relativiser compte tenu du manque de statistiques fiables, notamment du nombre d'enfants handicapés déscolarisés, et de la globalisation élèves handicapés - élèves en grande difficulté qu'effectuent certains départements. Un groupe de travail commun aux ministères de l'éducation nationale et de l'emploi et de la solidarité a d'ailleurs été mis en place afin d'élaborer un tableau de bord commun.

Ce qui est certain, ce sont les chiffres, rendus publics deux mois après la rentrée, de l'intégration scolaire collective en France :

	2000/2001	2001/2002	Ecart
Nombre de CLIS	3 037	3 348	+ 10,2 %
Nombre d'UPI	182	292	+ 60,4 %
Nombre d'élèves scolarisés en structures collectives	28 746	32 567	+ 13,3 %

Si on ajoute à ces chiffres ceux de l'intégration scolaire individuelle, plus soumis à réserve, soit environ 40 000 élèves, cela représente environ 70 000 élèves handicapés accueillis en milieu ordinaire par rapport au 75 000 enfants handicapés accueillis en établissement spécialisé.

⁶ Ministre déléguée à la famille et aux personnes handicapées

Dans la Marne, les chiffres de l'intégration scolaire des enfants handicapés communiqués par l'inspection académique de la Marne, font état de :

	2000/2001	2001/2002	Ecart
Nombre de CLIS	8	10	+ 25,0 %
Nombre d'UPI	3	4	+ 33,3 %
Nombre d'élèves scolarisés en structures collectives	100	115	+ 15,0 %

Pour la rentrée 2001/2002, la Marne compte 577 élèves handicapés intégrés (433 en maternelle et primaire, 154 en secondaire) contre 384 il y a 2 ans. Sur ces 577 intégrations scolaires, 462 sont des intégrations scolaires individuelles (83 %) et 115 des intégrations scolaires collectives (17 %).

Leur répartition par déficience montre qu'il s'agit de 391 déficients intellectuels (83 en CLIS1 et 32 en UPI), 46 déficients auditifs, 38 déficients visuels et 102 déficients moteurs. Après le passage en secondaire, on constate pour toutes ces déficiences un léger tassement et une véritable chute pour ceux atteints de déficience intellectuelle.

Le directeur d'école est responsable des intégrations individuelles et collectives dans son établissement.

2.3 L'INTEGRATION SCOLAIRE COLLECTIVE

Comme nous l'avons vu précédemment, deux formes d'intégrations sont possibles : l'intégration individuelle et l'intégration collective.

L'intégration individuelle d'enfants handicapés se fait dans une classe ordinaire lorsque la nature et le degré de leur handicap le permettent et que les conditions de leur accueil sont remplies. Elle peut s'effectuer à temps plein ou à temps partiel. Il peut s'agir d'une intégration directe ou en provenance d'un établissement spécialisé, nécessitant ou non des interventions (permanentes ou non) de spécialistes : SESSAC, CMPP, CMPE, secteur libéral. Elles peuvent être soutenues par l'action pédagogique d'un enseignant spécialisé itinérant.

L'intégration collective, elle, s'effectue dans des classes spécifiques d'élèves handicapés, les CLIS, créées au sein d'établissements scolaires ordinaires.

2.3.1 Les CLIS

Depuis 1991, elles ont remplacé progressivement les classes de perfectionnement et sont de quatre types :

CLIS 1 : classe d'intégration scolaire pour enfants atteints d'une déficience intellectuelle invalidante (trouble cognitif important entraînant de graves difficultés à suivre dans une classe ordinaire et s'accompagnant généralement d'un retard mental) ;

CLIS 2 : classe d'intégration scolaire pour enfants atteints d'une déficience auditive ;

CLIS 3 : classe d'intégration scolaire pour enfants atteints d'une déficience visuelle ;

CLIS 4 : classe d'intégration scolaire pour enfants atteints d'une déficience motrice.

En règle générale, chaque CLIS bénéficie de l'aide d'un SESSAD adapté, selon une convention passée entre l'inspection académique et la DDASS, ou d'un CMPP ou du secteur libéral.

L'élève admis dans une CLIS doit être capable d'une part d'assumer les contraintes et les exigences minimales de comportement qu'implique la vie à l'école, d'autre part, d'avoir acquis ou d'être en voie d'acquérir une capacité de communication compatible avec des enseignements scolaires, les situations de vie et d'éducation collectives. Pour la CLIS 1, les élèves doivent manifester des capacités actuelles ou potentielles suffisantes pour pouvoir tirer un réel profit des modalités de scolarisation spécifiques à la CLIS.

Caractéristiques de la CLIS :

- un effectif d'élèves réduit, au maximum 12 enfants, reconnus handicapés par la CDES, susceptibles de tirer profit d'une scolarité adaptée à leur âge, leurs capacités, la nature et l'importance de leur handicap ;
- un enseignement aménagé et une pédagogie adaptée, assurés par des enseignants spécialisés, titulaires du CAAPSAIS avec des options différentes selon les spécialités ;
- la définition pour chaque élève d'un projet d'accueil individualisé ;
- la définition d'un projet de classe inscrit dans le projet d'établissement.

Cette intégration peut se faire à temps plein ou à temps partiel. Le niveau des acquisitions scolaires n'est pas mentionné mais l'enseignant devra se référer aux programmes normaux, aux compétences à acquérir dans chacun des cycles. La mise en place des cycles à l'école primaire de même que la constitution du projet d'école offrent un contexte qui facilite grandement le fonctionnement des CLIS.

Les objectifs de cette intégration collective sont précisés par les textes réglementaires. La CLIS organise la scolarité adaptée :

- des élèves handicapés qui ne peuvent dans l'immédiat être accueillis dans une classe ordinaire et pour lesquels l'admission dans un établissement spécialisé ne s'impose pas ;

- de certains élèves handicapés pris en charge par un service ou un établissement spécialisé. Dans ce cas, elle doit constituer une transition à la sortie du milieu spécialisé pour la réorientation vers le milieu scolaire ordinaire des élèves, ayant des chances réelles d'y réussir leur projet d'orientation et de formation.

Elle ne doit pas devenir, de fait, une structure ségrégative. L'objectif pédagogique est double :

- acquisitions scolaires fondamentales : lecture, écriture, démarches rationnelles et logiques, connaissance du milieu de vie ...
- socialisation : communication réelle, maîtrise du comportement, différenciation de soi et des autres.

Le maître de CLIS recherche l'actualisation des possibilités de l'enfant, considéré davantage sous l'aspect d'un être capable d'une dynamique évolutive que sous l'aspect de ses seules déficiences. Aussi bien s'agit-il d'un renversement des perspectives, idéologiques certes, mais dont les effets d'attente peuvent être l'opposé de ce qu'ils étaient traditionnellement.

L'intégration de la CLIS dans l'école

L'intégration des élèves de la CLIS dans l'école tout entière est inscrite dans le projet d'école. Les questions concernant la CLIS figurent à l'ordre du jour des séances du conseil d'école et les locaux affectés doivent être intégrés dans l'architecture de l'école. Les maîtres de la CLIS participent au conseil des maîtres de l'école et lorsque certains de leurs élèves sont intégrés à temps partiel en classe ordinaire, au conseil de cycle concerné.

Dans la réalité, les rencontres avec les élèves des classes ordinaires se limitent fréquemment aux entrées et sorties, aux récréations et à la cantine. Il est à craindre que certaines CLIS fonctionnent de façon plutôt fermée et ne saisissent pas la chance qui leur est offerte de faire participer leurs élèves aux activités de décroisement dans l'école. C'est alors comme si on avait déplacé un petit IME de l'extérieur de l'école dans son intérieur mais en conservant son mode de fonctionnement. Cependant, certains enseignants cherchent à favoriser le décroisement en organisant des activités scolaires communes : éducation physique et sportive, piscine, musique, cinéma ou sorties, classes de découverte, préparation et réalisation de la fête scolaire... L'intégration maximale n'est pas toujours possible mais il convient de veiller à une ségrégation minimale. En fonction de son projet individuel, l'élève handicapé sera intégré pour participer à des modules particuliers pendant une période déterminée. L'accueil du jeune handicapé mental sera plus complexe pour une série de séquences portant sur l'expression écrite que pour un cycle d'initiation à la natation.

Le projet d'admission en CLIS suppose :

- ✓ qu'une solution de type intégration individuelle avec soutien d'un maître spécialisé itinérant en classe ordinaire, ne puisse être retenue
- ✓ que l'avis de l'instituteur de la CLIS soit recueilli eu égard au projet pédagogique de la classe
- ✓ que le handicap soit reconnu par la CDES sans pour autant qu'une orientation en institution spécialisée apparaisse indispensable
- ✓ que la CCPE, ou la CDES en cas de prise en charge de nature financière, donne son accord.

L'évaluation du handicap ne se limite jamais à l'appréciation chiffrée de la déficience mais doit placer celle-ci dans son contexte : potentialités de l'enfant dans tous les domaines, possibilités de son entourage.

L'intégration figure comme mission essentielle de chaque type de CLIS.

Des aides spécialisées (rééducation, soins) sont requises chaque fois que nécessaire par un service ou établissement spécialisé type SESSAD ou le secteur libéral ou l'inter-secteur de psychiatrie infantile comme dans le cas d'une intégration individuelle ; rares cependant sont les parents d'enfants handicapés mentaux qui acceptent de faire la démarche volontaire de la cure ambulatoire auprès d'un service psychiatrique, à fortiori quand en plus se conjugue un handicap socio-culturel familial.

Les soutiens spécialisés peuvent être pris en dehors de l'école mais aussi en établissement spécialisé pour les enfants d'établissements intégrés à temps partiel : ils sont présents à la CLIS le matin, et reçoivent les soins et rééducations à l'établissement et le soutien pédagogique à l'école l'après-midi.

Ainsi le dispositif réglementaire se renforce, se complète, prend toute sa signification : tout enfant ou adolescent quelles que soient ses difficultés ou ses handicaps, se voit garantir par la société :

- une scolarité adaptée mais référée à des objectifs communs à tous
- une perspective d'intégration ou de réintégration chaque fois que possible.

Seule une démarche de projet global et individuel, partagé, intégrant les fonctions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques, permet d'assurer sans dérive la mission des CLIS et à condition que le partenariat s'accorde sur ce qui est commun et ce qui est différent. Pour éviter toute dérive, le secrétaire de CCPE pourrait exercer une fonction de pilotage.

2.3.2 La situation des CLIS dans le département de la Marne

En 1991, lorsque paraissent les textes relatifs aux créations de CLIS, et dans la mesure où l'intégration scolaire individuelle des enfants et adolescents handicapés fonctionnait de façon apparemment satisfaisante dans la Marne, l'IA d'alors ne voulut pas créer des structures fermées. Les classes de perfectionnement furent toutes ouvertes progressivement, à l'inverse de certains départements limitrophes qui les transformèrent en appellation CLIS. Aussi, en 1993 et 1994, aucune CLIS n'existait dans la Marne. La première CLIS ouverte dans le département fut une CLIS privée pour enfants trisomiques. En 1993, ne furent créés que des postes d'enseignants spécialisés pour le soutien à l'intégration individuelle dits « CLIS itinérantes ».

Dans la mesure où des intégrations individuelles se déroulaient quelquefois à temps très partiel, une heure par semaine pour certaines, une réflexion sur les CLIS fut entreprise : accueil dans le cadre de projets concertés en fonction des besoins avec des profils définis. Une certaine vigilance devait être apportée quant à leur lieu d'implantation ; ce qui n'a pas empêché que deux d'entre elles se trouvent dans des zones difficiles, facilitant d'autant moins l'acceptation des parents. C'est pourquoi, l'une d'elle va glisser dans une école moins difficile, moins stigmatisante. A la rentrée 2001/2002, la Marne compte 10 CLIS pour 83 élèves scolarisés, soit une moyenne de 8,3 élèves par classe et 4 « CLIS itinérantes ». Toutes les CLIS sont de type 1 et disposent d'un enseignant spécialisé ou en cours de spécialisation, option D ou E ; l'option D est préférée dans la mesure où un nombre important d'élèves est pris en charge par un établissement spécialisé ou aidé par un SESSAD.

La création de ces CLIS se fait à moyens constants, par glissement de postes d'enseignants spécialisés ou de CLAD. En effet, le tableau de bord du personnel spécialisé pour la Marne se situe plutôt vers le haut et le département perd 5 à 600 élèves par an.

Les crédits affectés à la CLIS sont différents des crédits accordés aux autres classes. L'inspection des CLIS est effectuée par l'IEN de circonscription, l'IEN-AIS pour les UPI et les deux IEN pour celle des psychologues scolaires.

Fonctionnement

Les CLIS que nous avons visitées, étaient toutes bien situées dans les aires d'activité ordinaire de l'école, au même titre que les autres classes et sans stigmatisation. L'une d'entre elle possédait deux salles contiguës (travaux acceptés par la municipalité).

Si on s'en tient à une définition simple de l'intégration, l'accueil d'élèves handicapés dans une classe spécialisée d'une école ordinaire, les CLIS semblent répondre à la mission qui leur est confiée. Chez la quasi-totalité des interlocuteurs, l'objectif d'intégration est bien

présent dans les propos comme les écrits. Situé au cœur des préoccupations des uns et des autres, il traduit une bonne compréhension de la vocation des CLIS.

Mais la circulaire de 1991 attribue à ces classes des objectifs beaucoup plus ambitieux : mettre en œuvre des actions d'intégration pour que les enfants *participent, en fonction de leurs possibilités, aux activités d'enseignement des autres classes*. En cohérence avec la place donnée à cette classe dans le projet d'école, cette pratique est évoquée à raison de plus de deux cas sur trois. Elle porte le plus fréquemment sur les activités artistiques, musicales, physiques et sportives, parfois sur les activités d'éveil ou des ateliers de lecture. Les élèves concernés par une intégration en classe ordinaire devant se solder par une participation régulière à des activités d'apprentissage, sont plus rares mais existent et prouvent que certains enfants handicapés mentaux peuvent progresser dans ces activités en même temps que les autres élèves. Le handicap mental est bien souvent présenté comme un obstacle. Dans une CLIS, un projet d'intégration en CE1 d'un élève en français n'a pas abouti en raison de la déstabilisation que cette venue de l'enfant dans sa classe entraînait chez l'enseignant accueillant, une intégration en lecture d'un élève de cette même CLIS en CE2 a pourtant pu être réalisée. D'autres sont intégrés en classe ordinaire en sciences ou géographie. Les essais notamment en lecture ou en mathématiques pour que des élèves handicapés mentaux trouvent leur place dans les écoles ordinaires doivent être valorisés. Cela rejoint les constatations que relevait déjà le rapport de l'IGEN⁷ sur le fonctionnement des CLIS en 1996 en soulignant que le décroisement même généreux ne peut constituer qu'une forme un peu atténué d'intégration véritable.

Une information de l'école accueillante et notamment de ses enseignants est pratiquée au préalable pour la plupart des CLIS rencontrées. Pour la majorité des inspecteurs rencontrés, la *pédagogie pratiquée* dans la CLIS de leur circonscription correspond bien aux orientations de la circulaire du 18 novembre 1991. L'hétérogénéité des élèves de la CLIS, si elle est parfois jugée positive dans la mesure où elle permet une diversification de l'enseignement, constitue aussi une source de difficultés en empêchant un fonctionnement harmonieux du groupe classe. Quelques unes fonctionnent en deux ou trois groupes de niveaux hétérogènes le moins possible. Dans une des CLIS visitées, devant le problème comportemental d'un de ses élèves, par ailleurs suivi par un hôpital de jour, et son incidence sur le plan pédagogique, l'enseignante (en cours de spécialisation) se sentait désarmée. Il faut bien admettre que dans un établissement spécialisé lorsque de tels comportements se produisent, ils sont immédiatement pris en charge, sur place ou dans un lieu approprié par

⁷ Rapporteur : Bernard Gossot

un éducateur ou un thérapeute présents. L'enseignant de la CLIS lui se trouve seul quand ces réactions apparaissent. La présence d'un autre adulte apporterait l'aide attendue aux moments opportuns. Aussi, la CLIS en question va recevoir bientôt l'appui, qu'elle partagera avec une autre CLIS, d'un aide-éducateur.

Pour l'ensemble des CLIS observées, les *origines des interventions* se répartissent entre les SESSAD, les CMPP, les CMP, les hôpitaux de jour et les soins au sein de l'IME pour les enfants en relevant. Deux CLIS possèdent même une convention, l'une avec un CMPE, l'autre avec un hôpital de jour, et le CMPP intervient en priorité pour une troisième.

Lorsqu'un élève bénéficie d'action de services spécialisés, des conventions signées existent entre l'école et les intervenants, les enseignants spécialisés étant invités aux réunions de synthèse de ces organismes. Quand l'équipe d'un SESSAD est composée d'un enseignant spécialisé, ce qui est souvent le cas sauf si le poste n'est pas attribué, sa présence dans le service facilite l'harmonisation entre l'enseignant de la CLIS et les actions de soins. Un effort de coordination vient en appui du fonctionnement de la CLIS.

Les critères de recrutement sont observés de manière rigoureuse pour la majorité d'entre elles. Elles accueillent en effet des enfants atteints de déficience intellectuelle et non des enfants en seules difficultés scolaires. Ce peut être des déficients intellectuels sans troubles associés ou avec troubles associés voire avec troubles du comportement plus ou moins légers. Elles jouent donc le rôle qui leur a été dévolu. Il est à noter que 18 enfants sur les 83 scolarisés en CLIS sont en attente d'IME.

Deux CLIS ouvertes récemment possèdent une convention avec un IME mais elles ne sont pas fermées pour autant, elles accueillent d'autres enfants que ceux de l'IME : 3 pour l'une et 2 pour l'autre.

Un certain manque de CLIS est ressenti notamment là où existe une liste d'attente et où sont recensés des besoins.

L'orientation des élèves à la sortie de la CLIS doit être prévue avec la plus grande clarté. Cela semble être le cas de la majorité des CLIS. Pour l'une d'elles, l'objectif affiché par écrit est de permettre à terme (dans un délai maximum de 2 ans) une sortie des élèves handicapés soit par une réintégration dans le cycle ordinaire, éventuellement en intégration individuelle en cycle 3 ou en collège dont la SEGPA, soit en UPI soit en IME, ce qui n'est pas nécessairement la moins bonne solution pour eux. Les élèves accédant au collège à 12 ans au plus tard (un seul maintien pendant la scolarité primaire), les UPI présentent un fonctionnement comparable aux CLIS, en recherchant la participation la plus active et la plus fréquente possible aux activités des autres classes du collège. L'élève admis en UPI doit se

situer dans une dynamique de progrès lui permettant de poursuivre des apprentissages de nature scolaire. Les SEGPA implantées dans un collège ordinaire, associent un enseignement général et un enseignement professionnel pour des élèves scolarisés dans des classes à effectif réduit. Leur priorité depuis 1989 est d'aider l'élève à s'investir dans un projet à visée professionnelle, susceptible de redynamiser l'ensemble de ses apprentissages et de l'aider à rompre la logique d'échec dans laquelle il a pu s'enfermer. L'effectif théorique est de 96 élèves.

Il faut que les parents notamment soient bien informés que peu d'élèves de CLIS 1 continueront dans l'enseignement ordinaire.

Pour terminer, nous décrivons rapidement le fonctionnement de deux des CLIS visitées, l'une d'elle ayant une convention avec un IME, l'autre pas.

L'exemple de la CLIS de Sézanne

Elle est assurée par un enseignant spécialisé en cours de formation, qui est remplacé par un enseignant non formé pendant ses absences pour formation.

Elle accueille 12 élèves et comprend notamment 2 élèves en attente d'IME. Elle fonctionne en 3 groupes plus ou moins homogènes de niveaux différents. Les élèves sont plus attentifs le matin, et plus difficiles l'après-midi. Ils sont avec les autres élèves en récréation, 2 élèves sont intégrés en classe ordinaire en sciences ou géographie et 4 en sport.

De nombreuses prises en charge interviennent : CMPP, SESSAD, CMPE et rythment l'emploi du temps des élèves.

4 élèves figurent sur la liste d'attente de la CLIS.

L'exemple de la CLIS la cerisaie à Reims

Ouverte suite à des manifestations de parents auprès de l'académie, elle possède une convention avec l'IME et accueille à temps plein 6 élèves dont 3 de l'IME et à temps partiel 5 enfants de l'IME.

Un élève est intégré en lecture en CE2, les élèves partagent les activités patinoire, piscine, récréation, cantine, basket ... avec les autres enfants de l'école. Les enfants de l'IME en intégration partielle sont accompagnés par une éducatrice de l'IME qui est présente au cours des activités menées en classe avec ces enfants. De plus, elle prend ses repas à la cantine de l'école afin de faciliter l'intégration des enfants de la CLIS à l'école et intervenir en cas de problèmes, ainsi que le stipule la convention.

C'est sa deuxième année de fonctionnement, elle n'accueillait la première année que des enfants de l'IME.

Il est tout de même réconfortant de voir ces enfants participer à la vie de l'école et être en contact fréquent avec les autres enfants dans le cadre des actions de décroisement ou divers moments collectifs même s'ils sont plus limités dans les apprentissages scolaires.

2.4 LE CADRAGE DE L'INTEGRATION SCOLAIRE

La réussite de l'intégration scolaire paraît mériter quelque moyen à mettre en œuvre selon une démarche rationnelle et progressive, la méthodologie ne peut en être absente. C'est précisément la démarche de projet qui évitera le recours à la systématisation et à l'érection d'une doctrine, tout comme l'enlisement dans l'utopie.

2.4.1 Le projet individualisé d'intégration scolaire et la convention d'intégration

Le projet individualisé d'intégration est à la fois un aboutissement (il est construit), un engagement (il fixe des objectifs et s'efforce de les contractualiser), un outil d'évaluation (il offre des repères pour percevoir les évolutions, réguler les actions, valider les rôles et les efforts de chacun des acteurs).

C'est un écrit fondamental pour l'intégration scolaire de l'enfant handicapé, individuelle ou collective. Il s'impose aussi dans les établissements spécialisés dont la mission intégrative poursuit une évolution identique.

S'il paraît contraignant dans sa forme, il est *modulable selon les besoins de l'enfant*. Il :

- s'inscrit dans le projet d'école ou d'établissement
- englobe les dimensions à la fois scolaires, éducatives et thérapeutiques de l'intégration
- fixe le rôle de chacun et la complémentarité des interventions des partenaires du projet intégratif de l'élève
- précise les mesures particulières mises en œuvre dans l'école ou à l'extérieur pour permettre de suivre son traitement, tout en suivant une scolarité ordinaire, adaptée ou spécialisée.

Le secrétaire de la CCPE sera invité à participer au travail d'écriture. Son expérience enrichira le propos et impliquera explicitement l'ensemble de la commission.

Partenaires du projet individualisé d'intégration scolaire

La famille

Elle fait la demande d'intégration auprès du directeur d'école, renseigne l'équipe éducative sur la situation de son enfant, ses aptitudes, ses difficultés et ses besoins dans la vie courante. Elle est cosignataire du projet individualisé.

Le directeur d'école

Il réunit l'équipe éducative, élabore le projet individualisé en concertation avec elle et le signe. Il est le garant de son application et veille au respect de l'engagement contractuel des différents partenaires. Il en adresse un exemplaire au président de la CCPE ou de la CCSD et signale aux autorités académiques les actions d'intégration entreprises.

Lorsque le projet individualisé nécessite des moyens appropriés ou la mise en place de soutiens spécialisés, il en avise l'IA et le DDASS pour examen préalable conjoint et recherche les moyens nécessaires en liaison avec les autorités académiques et les collectivités locales. Il établit et communique les bilans d'évaluation du projet individualisé aux familles et aux instances hiérarchiques.

Les enseignants

Il concourt avec l'équipe éducative à la mise en œuvre au sein de sa classe des dispositions particulières destinées à répondre aux objectifs spécifiques pour l'élève au regard de ses besoins, des objectifs de la classe et du projet d'établissement.

Le médecin scolaire

Il détermine l'aptitude de l'enfant à suivre une scolarité ordinaire ou adaptée et donne son avis sur les aménagements susceptibles d'être mis en place ; il est cosignataire du projet individualisé. Il est tenu informé des besoins thérapeutiques de l'élève et de son évaluation médicale par le médecin traitant. Il a un poids important, surtout dans la CCPE, car il représente le pouvoir médical. Il est donc utile de bien l'informer du handicap, de ses potentialités et de ses besoins spécifiques.

Le psychologue scolaire

Il participe à l'élaboration du projet individualisé mais ne dispose de mission spécifique selon les textes.

Les intervenants spécialisés

Il s'agit des personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs, qui, associés aux enseignants, apportent à l'élève handicapé des soins, des rééducations ou des soutiens spécialisés. Ils peuvent exercer en libéral, notamment en l'absence de service spécialisé existant, ils cosignent alors le projet individualisé et la convention d'intégration scolaire.

Les conditions d'intervention sont précisées dans le projet individualisé et dans la convention. Elles peuvent avoir des formes variées répondant à la diversité des modes d'accueil proposés pour chaque enfant et aux circonstances locales.

La convention d'intégration

Les interventions spécialisées sont encadrées par une convention qui garantit, par un accord signé, l'engagement réciproque des différents partenaires du projet intégratif.

A titre indicatif, elle définit et précise au minimum les points suivants :

- Les parties prenantes : l'IA pour une école maternelle ou élémentaire, le représentant de l'organisme assurant le service de soins et soutien spécialisé, les administrations, les collectivités locales, les associations si elles contribuent à l'installation du service ou apportent leur collaboration à son fonctionnement
- Le ou les établissements concernés et les bénéficiaires de ce service intégratif
- Les modalités d'intervention des personnels spécialisés : leurs conditions de travail, lieu d'intervention, fréquence et durée des interventions et des réunions de synthèse
- Les modalités financières : la répartition des charges entre l'établissement scolaire d'accueil et le service spécialisé ; la convention fait état du programme des travaux d'accessibilité éventuellement prévus, du financement envisagé ou obtenu
- Le matériel spécialisé et les appareillages mis à disposition
- La liste des intervenants (en annexe à la convention avec leurs qualifications, leur statut..)
- La durée de la convention : elle peut être soit limitée dans le temps soit à durée indéterminée. Dans ce cas, elle est tacitement reconductible chaque année. Les modifications font alors l'objet d'avenants. Les parties prenantes peuvent dénoncer la convention avec un préavis de 3 mois.

Pour prendre effet, la convention et les avenants doivent recevoir le visa des parties concernées mais elle est effective dès qu'elle est établie.

2.4.2 L'équipe éducative

Définition (art. 21 du décret du 6 septembre 1990 « organisation et fonctionnement des écoles »)

L'équipe éducative est composée des personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève ou d'un groupe d'élèves. Elle comprend le directeur d'école, le ou les maîtres et les parents concernés, les personnels du RASED intervenant dans l'école, éventuellement le médecin chargé du contrôle médical scolaire, l'infirmière scolaire, l'assistante sociale et les personnels médicaux ou paramédicaux participant à des actions d'intégration d'enfants handicapés dans l'école, le secrétaire de CCPE. Le directeur de l'école peut recueillir l'avis des ATSEM.

Elle est réunie par le directeur chaque fois que l'examen de la situation d'un élève ou d'un groupe d'élèves l'exige. Les parents peuvent se faire accompagner ou remplacer par un représentant d'une association de parents d'élèves de l'école ou par un autre parent d'élève de l'école.

Décision de réunion

Elle incombe au directeur et est sollicitée selon les cas par le conseil des maîtres, le conseil de cycle, l'équipe de cycle, la CCPE pour les enfants handicapés, les parents, les médecins, les personnels para-médicaux, l'assistante sociale..

Elle se réunit pour intégrer un enfant handicapé ou examiner la situation d'un élève posant de graves problèmes de comportement ou en grande difficulté nécessitant des prises en charge extérieures à l'école (CMPP...)

Partenaires hors école

Il s'agit de :

- l'assistante sociale qui agit dans le cadre de circonscriptions définies par le conseil général
- le médecin de PMI et le médecin de santé scolaire
- le psychologue scolaire
- les thérapeutes, rééducateurs, psychologues du secteur libéral ou associatif et conventionnel
- le maire ou son représentant dans les cas où le handicap requiert des aménagements matériels et/ou un personnel d'accompagnement
- le directeur ou les personnels spécialisés des établissements accueillant des enfants handicapés (IME, hôpital de jour...) et les personnels des SESSAD participant à des actions d'intégration
- et bien sûr la famille.

Rôle

- élaborer un projet individuel d'intégration, d'aide ou de socialisation
- créer les conditions nécessaires à la contractualisation de ce projet par des discussions contradictoires, des échanges d'informations et de point de vue, la pratique du compromis, la recherche de l'adhésion aux objectifs, l'affichage de la solidarité des membres
- garantir à chacun que ses points de vue seront écoutés et respectés, condition nécessaire à la recherche de solutions qui ne préexistent que rarement.

Conditions d'efficacité

Elle doit être pilotée, les rôles définis, l'écoute mutuelle privilégiée, les travaux imprégnés de la déontologie. Le compte rendu est un relevé de conclusion à valeur de contrat.

2.4.3 Les enseignants

Les enseignants spécialisés sont issus du corps des instituteurs et depuis 1992, du corps des professeurs des écoles. Ils bénéficient d'une formation diplômante qui débouche sur un certificat d'aptitude spécifique, le *CAAPSAIS avec 7 options* :

- ✓ Option A : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents handicapés auditifs
- ✓ Option B : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents handicapés visuels
- ✓ Option C : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents malades somatiques, déficients physiques, handicapés moteurs
- ✓ Option D : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents présentant des troubles importants à dominante psychologique
- ✓ Option E : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des enfants en difficulté à l'école préélémentaire et élémentaire
- ✓ Option F : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des adolescents ou des jeunes en difficulté
- ✓ Option G : enseignants spécialisés chargés de rééducations

Selon l'une des 7 options obtenues, il est possible d'exercer auprès d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes présentant des besoins éducatifs très différents.

Le domaine d'activité de chaque enseignant spécialisé est construit autour de trois missions principales :

- ✓ une mission d'enseignement spécialisé : exercer toutes les missions d'un enseignant en s'appuyant sur les valeurs fondamentales du système éducatif, recherchant pour chacun les conditions optimales d'accès aux apprentissages scolaires et sociaux, dans des contextes professionnels variés ;
- ✓ une mission de prévention des difficultés d'apprentissage et d'intégration sociale et professionnelle ;
- ✓ une mission d'échange et de communication dans le respect d'une éthique professionnelle.

Les possesseurs d'un CAAPSAIS ou équivalent, peuvent occuper *d'autres types d'emplois* après avoir été inscrits sur une liste d'aptitude et réussi un diplôme national : directeur d'établissement, d'école spécialisée, de section ou de service d'éducation spécialisée.

Certains s'orientent vers des responsabilités administratives et pédagogiques à l'échelle d'un département et présentent le concours d'IEN et de sa spécialisation professionnelle IEN-AIS, qui exerce à la fois des missions de gestion administrative et pédagogique d'inspection des personnels.

Les psychologues scolaires sont également des enseignants du premier degré. Ils doivent être titulaires d'une licence de psychologie et reçoivent une formation de niveau 3ème cycle sanctionnée par un examen : le diplôme d'état.

Actuellement, dans la *formation initiale des enseignants*, la place occupée par les informations relatives à la prise en charge des élèves en difficulté et aux démarches d'intégration scolaire des enfants et adolescents déficients sévères reste très modeste.

La formation continue occupe une place souvent réduite, variable cependant car chaque IUFM élabore son plan de formation, qui doit être validé par le recteur d'académie. L'autonomie des IUFM reste considérable conformément à la tradition universitaire en France. Le plan Handiscol' a prévu que ces deux formations soient renforcées.

Le nombre de postes affectés à chaque école est arrêté par l'IA dans le cadre de la carte scolaire. Il dispose d'une enveloppe départementale de postes budgétaires attribués par la centrale en fonction de critères de répartition (département plus ou moins urbain ou rural, nombres d'écoles en ZEP..). Les mesures de carte scolaire traduisent en pratique les choix effectués dans le cadre de la politique départementale en général et dans celui de l' AIS en particulier. Le nombre, la nature, l'implantation des postes spécialisés dépendent certes des ressources du département mais aussi des choix relatifs à une politique d'intégration scolaire, qui ne peut s'élaborer sans que soient noués des partenariats avec d'autres administrations ainsi que les établissements et associations concernées.

2.4.4 Les collectivités territoriales et locales

Les dépenses d'entretien, construction, réparations et fonctionnement des écoles sont assumées par les communes qui rémunèrent les personnels de service, en maternelle notamment. Des dépenses supplémentaires peuvent être consenties pour améliorer l'accessibilité des locaux ou embaucher dans certains cas des personnels de service supplémentaires voire, pour certaines, des AIS, contrat emploi-jeunes, qui aident l'enfant handicapé dans sa vie scolaire quotidienne.

Les mesures d'accompagnement thérapeutiques ou rééducatifs sont financés par l'assurance maladie via les établissements ou services.

Les frais de transport individuels des élèves handicapés vers les établissements scolaires, rendus nécessaires du fait de leur handicap et de l'inaccessibilité des transports publics, sont supportés par le conseil général du domicile des intéressés pour les élèves de plus de 6 ans. Les parents qui assurent eux-mêmes le transport scolaire perçoivent des indemnités kilométriques versées par le conseil général. Les déplacements scolaires dans des véhicules (VSL, taxi, ambulance..) exploités par des tiers, sont financés par le conseil général.

Ont droit à cette prise en charge les élèves handicapés présentant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % sans autre condition ou un taux de 50 % ou plus pour les élèves fréquentant un établissement scolaire ordinaire et bénéficiant d'une rééducation ou de soins au titre de l'éducation spéciale. La CDES apprécie la recevabilité des demandes présentées et transmet ses propositions pour décision. Dans la Marne, le conseil général ne demande pas d'avoir l'AES pour prendre en charge.

Le coût du transport collectif des enfants ou adolescents handicapés se rendant dans les établissements fonctionnant en externat ou semi-internat est inclus dans le prix de journée ou à défaut dans les dépenses d'exploitation.

2.4.5 Les commissions

Les commissions d'éducation spéciale ont un rôle pivot dans l'intégration scolaire, ne serait-ce que celui de garantir les projets d'intégration scolaire.

2.4.5.1 La CDES

Créée par la loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, la CDES est chargée de promouvoir les actions de dépistage, de prévention des handicapés physiques, sensoriels et mentaux pour tous les enfants et adolescents, de la naissance à l'entrée dans la vie active jusqu'à la limite de 20 ans (sauf cas particuliers). Au delà de 20 ans, le relais est pris par la COTOREP.

Les dossiers soumis à la CDES sont en principe transmis par la CCPE ou la CCSD.

Attributions essentielles

- elle reconnaît le handicap et apprécie à l'aide du guide barème, annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, le taux d'incapacité de l'enfant ;
- elle décide de l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale (AES) et éventuellement d'un de ses compléments, versée par la CAF, de la carte d'invalidité voire de la carte européenne de stationnement pour personnes handicapées.

Le montant mensuel de l'AES est fixé à 703 F. Trois compléments non cumulables entre eux peuvent s'ajouter à ce montant :

- un complément de 1^{ère} catégorie (+ 527 F) pour les enfants ayant besoin de l'aide quotidienne mais discontinuée d'une tierce personne pour effectuer les actes courants de la vie ou ceux dont le handicap entraîne des dépenses d'un ordre de grandeur comparable ;
- un complément de 2^{ème} catégorie (+ 1 580 F) pour les enfants dont le handicap nécessite l'aide constante d'une tierce personne ou dont le handicap entraîne des dépenses d'un ordre de grandeur comparable ;

- un complément de 3^{ème} catégorie (+ 5 882 F) pour les enfants qui présentent un handicap exceptionnellement lourd nécessitant des soins de haute technicité. Elle est liée à la cessation d'activité d'un des parents ou en cas de poursuite d'activité à l'embauche d'une tierce personne rémunérée.

Une amélioration des conditions d'attribution des compléments de l'AES est en cours de manière à moduler l'aide apportée aux familles au plus près de leur besoin, notamment pour les cas entraînant des contraintes lourdes de surveillance et de prise en charge. (Annonce faite lors du dernier CNCPH).

- les enfants et adolescents étant soumis à l'obligation éducative, à cet effet, elle peut lui proposer :
 - un projet d'intégration en établissement scolaire ordinaire (avec éventuellement des actions de soutien, des rééducations ou des traitements ambulatoires)
 - une prise en charge par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile
 - une prise en charge en établissements ou services dispensant l'éducation spéciale correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent et en mesure de l'accueillir (IME, IMPRO, IR ...).

La majorité des 2491 dossiers traités en 2000 dans la Marne concerne des demandes d'AES (1030) et des orientations (811).

Important :

Les parents ont la priorité dans le choix de l'établissement, la CDES indiquant le type et la nature de la structure recommandée ;

Les décisions s'imposent aux organismes de prise en charge (aide sociale, assurance maladie) et aux établissements scolaires ordinaires et établissements d'éducation spéciale agréés dans la limite des places disponibles.

La CDES peut déléguer certaines de ses compétences à des commissions de circonscription dont les ressorts sont définis par le préfet pour statuer sur le cas d'enfants handicapés domiciliés ou scolarisés dans ces ressorts.

En pratique :

Quand l'enfant est scolarisé en milieu ordinaire, les commissions de circonscription sont compétentes à charge pour elles de transmettre ensuite le dossier à la CDES dans les cas où le placement relève de la prise en charge de l'assurance maladie ;

Quand l'enfant n'est pas scolarisé en raison de son âge ou de son handicap, la CDES est directement compétente.

Composition

Elle est composée de 12 membres titulaires et 12 membres suppléants nommés par le préfet pour 3 ans renouvelable et comprend :

- 3 personnes désignées par l'inspecteur d'académie
- 3 personnes désignées par la DDASS dont au moins un médecin
- 3 représentants des usagers (1 personnes qualifiée sur proposition des associations de parents d'enfants handicapés et 1 personnes qualifiée sur proposition des associations de parents d'élèves, 1 personne ayant des responsabilités dans un ou plusieurs établissements privés accueillant des enfants handicapés sur proposition conjointe du DDASS et de l'inspecteur d'académie)
- 3 représentants des organismes d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales.

Elle est présidée en alternance par l'inspecteur d'académie et le DDASS en personne (règle respectée dans la Marne) et est assistée d'une équipe technique.

La CDES invite les parents de l'enfant en cause ; ils sont entendus avant qu'elle ne statue puis sont informés oralement de la décision par l'assistante sociale. La CDES invite systématiquement tous les parents pour une première orientation, allocation, puis les revoit systématiquement tous les deux ans.

L'équipe technique

Pluridisciplinaire, elle est composée d'un enseignant spécialisé, d'un éducateur spécialisé, d'un psychologue, d'un assistant social, d'un médecin de PMI ou de santé scolaire ou d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste, d'un médecin d'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, d'un médecin conseil de la caisse d'assurance maladie et le cas échéant, du médecin contrôleur de l'aide sociale.

Elle étudie les cas soumis à la CDES, recueille les avis nécessaires et présente la synthèse de ses travaux à la CDES qui statue. Elle peut consulter des spécialistes extérieurs, notamment des directeurs d'établissements spécialisés, et faire procéder à toutes investigations supplémentaires. Elle doit prendre contact, dans tous les cas et selon la forme la plus appropriée avec la famille ou avec les personnes qui ont la charge effective de l'enfant ou de l'adolescent.

Plusieurs équipes techniques peuvent être constituées au niveau d'un département pour tenir compte de l'importance de ce département ou de la nature des handicaps. Trois équipes techniques (Reims, Châlons, Epernay) se répartissent ainsi le département de la Marne.

Il est vivement recommandé à ces équipes techniques d'éviter de renouveler les examens déjà pratiqués ou des enquêtes déjà réalisées récemment, et de prendre contact avec toute personne ayant eu à connaître l'enfant ou l'adolescent.

L'assistante sociale de la CDES de la Marne (1 ETP), entre autres fonctions spécifiques, écoute, aide et accompagne les familles. Ces entretiens, souvent longs, sont l'occasion pour

les familles de poser toutes les questions : problèmes d'intégration scolaire, de culpabilité, de refus de situation, de souffrance de la famille, de l'avenir, du décès des parents et du devenir de l'enfant handicapé. Elle effectue également un travail de médiation entre les parents et les différentes instances administratives. Elle est membre à voix délibérative de deux équipes techniques où elle transmet toutes les informations sociales utiles à l'étude d'un dossier avec bien sûr l'accord de la famille.

Saisine

Elle peut être saisie soit par les parents de l'enfant handicapé ou les personnes qui en ont la charge soit par l'organisme d'assurance maladie ou la CAF soit encore par la DDASS ou par un service médical, enfin par l'une des commissions de circonscription (CCPE ou CCSD).

Dans tous les cas, les parents ou la personne responsable de l'enfant doivent être informés de la saisine de la CDES.

Décisions

La décision doit être motivée et notifiée dans le délai d'un mois aux parents ou aux personnes ayant la charge effective de l'enfant (il est indispensable que cette lettre soit précédée d'un contact personnel avec la famille afin de lui expliquer les motifs des mesures à prendre, l'assistante sociale affectée à l'éducation spéciale et travaillant avec la commission sera particulièrement habilitée pour établir ce contact), à la DDASS, aux organismes de sécurité sociale ou d'aide sociale, aux organismes chargés du paiement de l'AES, éventuellement à l'établissement ou service vers lequel l'enfant est orienté, à la personne, au service ou à l'organisation qui a saisi la commission et toujours à la CCPE ou à la CCSD du ressort de l'enfant ainsi qu'à l'établissement scolaire qu'il fréquente.

La décision indique dans chaque cas le délai de sa révision sans qu'il puisse excéder une durée de 5 ans.

Dans le cadre de l'orientation proposée, le choix de l'établissement spécialisé ou du service adapté est de la responsabilité des familles.

En cas de placement hors département, c'est toujours à la CDES de résidence de la famille qui prend la décision. La CDES du département où est implanté l'établissement d'accueil émet cependant un avis lors du renouvellement de prise en charge.

Aucune orientation par défaut n'est prononcée par la CDES de la Marne. Les enfants sont orientés en fonction des projets des établissements et non de leur implantation géographique. Pour ce faire, les IME vont adresser à la CDES une synthèse de leur projet d'établissement en même temps qu'une disquette recensant les enfants accueillis ; ce qui permettra ainsi à la CDES de disposer d'une liste d'attente en temps réel.

Le nombre d'enfants en attente d'un établissement spécialisé relevant des annexes XXIV (catégorie de notre étude) dans la Marne en novembre 2000, est de :

- 149 déficients intellectuels dont 28 en internat, 106 en semi-internat, 15 en SESSAD
- 21 en TCC dont 16 en internat, 2 en semi-internat, 3 en SESSAD
- 10 pour les autres annexes XXIV.

Recours

Un recours gracieux peut être effectué devant la CDES dans le délai d'un mois après la notification. Ensuite, les décisions de la CDES peuvent faire l'objet d'un recours devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale dans le délai de 2 mois qu'il s'agisse du taux d'invalidité pour l'attribution de l'AES et de ses compléments ou de la carte d'invalidité ou de l'orientation vers les établissements spécialisés.

Ces recours sont dépourvus de tout effet suspensif de la décision sauf lorsqu'il est intenté par la personne handicapée elle-même ou par son représentant légal lorsqu'il s'agit d'un placement en établissement.

Secret professionnel

Tous les membres des commissions, des équipes techniques et des secrétariats sont soumis aux exigences du secret professionnel, médical et social imposés par l'article 378 du code pénal.

Comme nous l'avons vu, la CDES peut déléguer certaines de ses compétences notamment en matière d'intégration scolaire dans le premier degré à des commissions de circonscription : les CCPE.

2.4.5.2 La CCPE : un rôle pivot

La circonscription géographique d'une CCPE correspond à celle de l'inspection de l'éducation nationale de circonscription. Dans certains départements, des commissions distinctes pour l'enseignement préscolaire de celles compétentes pour l'enseignement élémentaire ont été créées.

Attributions

Ses attributions lui sont déléguées par la CDES. Elle est compétente pour les enfants relevant de l'enseignement préscolaire et élémentaire jusqu'à leur entrée dans le second degré :

- ✓ elle propose les orientations en SEGPA à la CCSD ;
- ✓ elle propose les saisines pour l'orientation en établissement spécialisé à la CDES ;
- ✓ elle garantit les projets d'intégration scolaire dans le premier degré ;
- ✓ elle oriente en CLIS quand elles existent ;
- ✓ elle donne un avis sur les maintiens en maternelle.

Elle doit :

- étudier la possibilité d’orienter l’enfant en classe ordinaire en lui apportant les soutiens nécessaires, et prescrire, éventuellement, la nature des rééducations, dans le respect du libre choix des familles ;
- examiner s’il relève d’une classe spécialisée en milieu ordinaire et les soutiens nécessaires à lui apporter ;
- décider s’il relève d’un établissement spécialisé, à temps partiel avec intégration complémentaire en milieu ordinaire, ou à temps plein : le dossier est alors transmis à la CDES.

Elles mettent à profit leur connaissance des besoins des enfants handicapés et du dispositif d’éducation spéciale pour suggérer aux autorités administratives les adaptations et évolutions qu’elles estiment utiles.

Composition

La CCPE est composée de 8 membres titulaires et 8 membres suppléants, nommés par le préfet, pour 3 ans renouvelable :

- 1 inspecteur de l’éducation nationale de la circonscription, président
- 2 personnes désignées par le DDASS dont au moins un médecin
- 2 personnes désignées par l’inspecteur d’académie
- 1 personne ayant des responsabilités dans un ou plusieurs établissements privés accueillant des enfants handicapés, sur proposition conjointe de l’inspecteur d’académie et du DDASS
- 1 personne qualifiée sur proposition d’associations de parents handicapés
- 1 personne qualifiée sur proposition d’associations de parents d’élèves.

La commission peut appeler à participer à ses travaux, à titre consultatif, toutes personnes susceptibles de l’éclairer.

Modalités de fonctionnement

La commission se réunit au moins une fois par mois. Ce rythme en fait varie selon les CCPE. Dans la Marne, une seule CCPE se réunit mensuellement, une autre 8 fois et les autres 4 ou 5 fois par an. Certaines dressent alors un ordre de réunion par thème : orientation en SEGPA, maintien en maternelle, bilan et projet individualisé d’intégration scolaire. Elle constitue un important lieu d’échange.

Les dossiers sont révisés dans un délai d’au moins deux ans, tous les ans pour les CLIS.

Un secrétariat permanent est assuré à plein temps par un instituteur spécialisé. Avec la multiplication des projets d’intégration, les tâches des secrétariats se sont diversifiées et amplifiées. Aux travaux administratifs habituels (traitement du courrier, communications téléphoniques très nombreuses, instruction des saisines, constitution des dossiers,

préparation des séances de plénières) s'est adjointe une véritable fonction de conseil et d'accompagnement dans le domaine de l'intégration scolaire.

Les parents éventuellement accompagnés de leur enfant sont invités et entendus par la commission avant qu'elle ne statue. Elle informe ensuite oralement les parents de sa décision. Cependant, certaines CCPE hésitent à inviter les parents au début de la démarche en équipe éducative, semblant ignorer que plus les parents sont associés tôt à la démarche plus elle a de chance de marcher. Ainsi dans la Marne, les CCPE pratiquent des démarches diverses : certaines invitent les parents dès le début de la démarche, pour d'autres, les parents sont reçus préalablement par le secrétaire et n'assistent donc pas aux réunions, sauf en cas de désaccord.

Equipe éducative et rôle du secrétaire

La constitution des dossiers est assurée par le secrétariat qui, sur instruction du président, après avoir alerté les membres de l'équipe éducative demande à chacun d'exposer son point de vue à l'aide du feuillet relevant de sa compétence. Les accords obtenus sont ensuite mis en forme dans le projet d'intégration scolaire avec l'aide éventuelle du secrétaire de commission. De cette façon, les liaisons entre équipe éducative et CCPE se feront sans problème. Le projet est ensuite présenté à la commission qui donne un point final, un avis de conformité et qui est ainsi mis à exécution à partir de cette ratification. Cette même fonction, le secrétaire l'assure lors des évaluations du projet et des révisions annuelles de l'intégration.

Sa contribution est précieuse autant par ses rencontres avec les acteurs du projet que lors des réunions plénières. Il lui faut une grande connaissance de l'AIS et des textes qui la régissent, un savoir-faire dans les tâches de conception et d'organisation, des capacités de relations et d'animation, de travail en équipe et de la disponibilité. Ils travaillent tous beaucoup en partenariat (CMPP, CMPE, SESSAD..).

Souvent, il sera l'interlocuteur des parents demandeurs pour leur expliquer que l'intégration scolaire n'est en rien la panacée qui peut tout résoudre : elle peut certes résoudre le problème du handicap de situation mais pas celui de la déficience et de l'incapacité. Sur ce plan, l'école n'a aucune vertu surtout s'ils tournent le dos à l'établissement spécialisé et privent l'enfant des soins et aides spécialisés auxquels il a droit. L'intégration est une longue marche qui requiert de leur part un engagement courageux et dont on ne peut garantir le résultat. Il s'agit sans doute plus d'une alternance avec l'établissement spécialisé que d'une alternative.

Aucun dossier ne doit être constitué sans qu'un contact ait été établi avec la famille ou les responsables de l'enfant. Il comprend des informations pédagogiques, médicales, sociales, le rapport de l'examen psychologique, éventuellement des examens complémentaires, et un document de synthèse.

Le secrétaire de la CCPE participe à la réunion, recueille les informations et dresse un compte rendu (c'est le cas pour une seule CCPE de la Marne).

Saisine

La CCPE peut être saisie soit par les parents ou le responsable de l'enfant, soit par l'organisme d'assurance maladie ou la caisse d'allocations familiales, soit encore par le directeur de l'école fréquenté par l'enfant, par la DDASS ou par un service médical, ou enfin par l'une des commissions de circonscription.

Dans tous les cas, les parents ou le responsable de l'enfant doivent être informés de la saisine.

Décisions

La décision est notifiée par le secrétariat dans un délai maximum de 1 mois aux parents ou personnes ayant la charge effective de l'enfant, au DDASS, à l'établissement ou au service dispensant l'éducation spéciale vers lequel l'enfant est orienté, ainsi qu'à le cas échéant, la personne qui a saisie la commission.

Les décisions de la CCPE s'imposent aux écoles maternelles et élémentaires et celles de la CDES s'imposent à la CCPE.

Recours

Si la scolarisation ne semble pas convenable, l'équipe éducative, le directeur, la famille ou tout autre partenaire peuvent à tout moment saisir la CDES ou la commission compétente qui devra alors trouver une solution avec des aménagements complémentaires ou orienter l'enfant vers une autre structure d'accueil :

soit un autre établissement ordinaire plus éloigné mais mieux adapté à ses besoins : architecture, existence d'un réseau local d'aide et de soutien approprié ...

soit un autre mode de scolarisation : classes d'élèves handicapés en milieu ordinaire ou établissement adapté ou médico-éducatif.

Un recours gracieux peut être formé devant la CDES dans le délai d'un mois contre la décision de la CCPE, par toute personne ou organisme intéressé. Ensuite, elles peuvent faire l'objet d'un recours devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale.

En cas de désaccord des familles à une proposition de placement en établissement spécialisé par la commission d'éducation spéciale compétente, l'établissement où l'enfant accomplissait sa scolarité doit continuer à accueillir ce dernier.

Droits de la famille

Elle doit être associée à la préparation des décisions : la recherche d'un accord réel des parents à la saisie de la commission doit être la règle absolue ; ce qui suppose l'existence d'un projet pédagogique et de réunions de concertation avec un véritable dialogue.

Elle est obligatoirement convoquée dix jours avant toute décision. Elle peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix.

Les parents peuvent consulter le dossier de l'enfant dans son intégralité, les informations médicales par l'intermédiaire d'un médecin qu'ils désignent. Le secret professionnel qui s'impose à tous les membres de la commission sert à protéger la famille et ne lui est pas opposable. La famille a le choix des praticiens qui prennent en charge son enfant.

2.5 SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT

L'enfant en intégration scolaire, qu'elle soit individuelle ou collective, a souvent besoin de soutien ou d'accompagnement pour que cette intégration ait les meilleures chances de réussir.

2.5.1 Les SESSAD

La CDES peut considérer que les troubles de l'enfant ne nécessitent pas un retrait du milieu ordinaire et proposer alors à la famille un suivi par un service spécialisé type SESSAD.

Principes de fonctionnement

Ils prennent en charge sur décision de la CDES les enfants et adolescents handicapés pour lesquels une admission en établissement n'est pas encore ou n'est plus envisageable ou souhaitable. Sa mission consiste à aider au maintien de l'enfant dans son milieu naturel. Il intervient de façon plurielle et globale qui se justifie par plusieurs interventions par semaine. Il travaille en liaison étroite avec l'ensemble des autres secteurs de soins, de la santé et de l'action sociale.

Son action est orientée, selon les âges, vers :

- ✓ la prise en charge précoce dès la naissance, comportant le conseil et l'accompagnement des familles et l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures
- ✓ le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psycho-sociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

Le SESSAD œuvre en liaison étroite avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les services hospitaliers, la PMI et les CAMSP, les CMPP.

Différentes dénominations existent selon le type de handicap auxquels ils s'adressent et selon l'association organisatrice :

- le SESSAD ou SSESD concerne les enfants atteints de handicap moteur ou mental ou de handicaps associés

- le SAFEP s'adresse aux enfants déficients sensoriels graves de la naissance à 3 ans
- le SAAAIS porte sur les enfants scolarisés handicapés visuels
- le SSEFIS est destiné aux enfants handicapés auditifs de plus de 3 ans

Ces services relèvent de la tutelle du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Lieux d'intervention

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école...) et dans les locaux du service. Lorsqu'il intervient dans le cadre de l'intégration scolaire, une convention passée avec le chef d'établissement précise ces conditions d'intervention de soutien dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'ensemble.

Modalités de fonctionnement

Le SESSAD peut soit être rattaché à un établissement soit autonome (annexe XXIX). Pour les autres annexes, il est obligatoirement rattaché à un établissement.

Ils fonctionnent selon les cas, sur des principes divers : forfait, paiement à l'acte, budget global. A partir de 2002, ils vont basculer dans le système de tarification par dotation globale financée par l'assurance maladie en application du décret n° 2001-55 du 17 janvier 2001.

Les parents sont saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale. La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.

Qualifications des personnels

- Une équipe médicale (psychiatre, pédiatre et/ou généraliste)
- Une équipe paramédicale sous la responsabilité d'un des médecins
- Des psychologues
- Des rééducateurs divers
- Un ou des enseignants spécialisés

S'il est nécessaire que les SESSAD interviennent en soutien de l'intégration scolaire des handicapés mentaux, il faut qu'ils disposent des moyens pour le faire, pour apporter à l'école le thérapeutique, proposer au moins la rééducation psychomotrice et l'orthophonie. Le reste, suivi médico-psychologique et troubles psychologiques de l'enseignant accueillant, peut être assuré sous une autre forme qui ne nécessite pas une décision CDES : suivi ambulatoire, participation de l'enseignant aux réunions autour du projet (réduire son inquiétude en en parlant).

Quatre SESSAD dans la Marne

Quatre SESSAD s'occupant de déficients intellectuels (34 places) sont installés dans la Marne. Ils sont tous rattachés à un établissement et fonctionneront au 1^{er} janvier 2002 en dotation globale de financement.

Ils *prennent en charge* sur décision de la CDES les enfants et adolescents handicapés pour le soutien à l'intégration scolaire, individuelle ou collective, ou l'acquisition de l'autonomie. actuellement, sont suivis :

- 7 enfants en maternelle dont 4 à temps plein
- 13 enfants en classe élémentaire à temps plein
- 2 enfants en CLIS dont 1 à temps partiel
- 1 enfant à temps plein au collège à temps plein
- 3 enfants en UPI à temps plein
- 5 enfants en SEGPA à temps plein

Trois d'entre eux assurent de plus la prise en charge précoce d'une petite fille d'un an (conseil et l'accompagnement des familles et l'entourage familial de l'enfant, approfondissement du diagnostic, aide au développement psychomoteur initial de l'enfant) d'un enfant en bas âge présentant des handicaps lourds en vue d'un accompagnement vers un établissement spécialisé, d'un jeune adulte vers un CAT ou une ouverture vers l'extérieur pour un enfant trisomique avec cardiopathie complexe le rendant fragile aux infections donc inapte à un milieu collectif.

Ils *travaillent en réseaux* avec leurs partenaires, l'enfant étant au centre d'un dispositif cohérent : secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, services hospitaliers, écoles, PMI, ASE, CMPP, services sociaux... Ils rencontrent régulièrement les CCPE soit parce qu'ils y siègent soit à l'occasion de bilans pédagogiques.

Leurs interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent et dans les locaux du service. C'est ainsi qu'un éducateur accompagne un enfant à l'équitation, la relation à l'animal dans son cas étant très enrichissante pour prendre confiance en lui.

Pour deux SESSAD, une période d'observation est instaurée au bout de laquelle soit un projet individuel est établi soit une réorientation prononcée.

La famille est associée à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, qui peut prendre des modalités diverses à réinventer à chaque situation, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation. Ils peuvent rencontrer tous les professionnels, une visite systématique des locaux est préalable à toute prise en charge. Les premières rencontres sont souvent décisives pour formuler un projet contractuel qui pourra être remis en cause à tout moment par les différents partenaires. Chacun est invité à trouver les meilleures solutions possibles pour renouer le lien social et se maintenir en scolarité, même avec des aides spécifiques, ceci en gardant à l'esprit que l'enfant est englué dans sa problématique, traversé par la culpabilité. Le SESSAD va susciter des questionnements et inviter chacun à donner son avis, l'objectif étant qu'il prenne conscience de l'impasse où il a

abouti et accepte de coopérer pour y trouver remède. Un soutien psychologique lui est apporté également lors de situations difficiles. Le compte rendu des réunions de synthèse figure dans le dossier de chaque enfant.

La famille est plutôt favorable dans l'ensemble à ce type de prise en charge même si pour certaines, le temps de prise en charge est trop court et ne comprennent pas qu'elles doivent faire appel quelquefois à un orthophoniste libéral en plus. C'est un projet de proximité simple à mettre en œuvre pour elle. Toutefois, un travail d'information est à faire sur les SESSAD, la famille au début ayant peur d'être jugée.

Les *personnels sont qualifiés* conformément aux textes réglementaires, le recrutement de psychiatres et d'orthophonistes rencontrant le plus de difficultés : un SESSAD est resté 7 ans sans psychiatre et 4 ans sans orthophoniste. Pour la plupart, il s'agit de personnels de l'IME complété selon les cas d'un enseignant spécialisé, d'une éducatrice, d'orthophoniste, de psychologues ...

La durée moyenne de prise en charge est de 1 H 30 mais peut varier de 1 H à 2 H.

Pour l'ensemble de ces intervenants, l'accent est mis sur la *nécessaire collaboration* avec les différents partenaires. Ainsi, un travail d'échanges entre l'orthophoniste, le psychomotricien et le maître fera qu'il aura le sentiment d'être épaulé, il portera un autre regard sur l'enfant ; ce qui permettra d'augmenter son temps scolaire. Il faut faire attention à ce que le SESSAD, vu comme un faiseur de miracle, n'engendre pas une sorte de délestage du projet scolaire de l'enfant.

Ainsi que le souligne l'un des directeurs de SESSAD rencontrés, le SESSAD est plus un espace transitoire d'élaboration, de réflexion à partir de la problématique de l'enfant que d'un ^{xième} lieu de traitement du handicap.

2.5.2 Les CMPP

Les CMPP (créés par le décret n° 63-146 du 18 février 1963) sont sous tutelle du ministère de l'emploi et de la solidarité et conventionnés par la sécurité sociale. La plupart sont des structures associatives. Souvent, le directeur administratif et pédagogique est issu de l'éducation nationale ; ce peut être l'assurance que les rééducations et les soins dispensés ne négligeront en rien les exigences propres à la scolarité de l'enfant.

Principes de fonctionnement

Ils pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles de comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale.

Ils travaillent en réseau depuis longtemps (tutelle, CCPE, RASED, service de sauvegarde, écoles, intersecteur de pédopsychiatrie) mais de manière plus ou moins institutionnalisée selon les CMPP.

Lieux d'intervention

Le traitement comprend une action sur la famille qui peut recevoir au centre toutes les indications nécessaires à la réadaptation de l'enfant et éventuellement toutes les thérapies lorsque, dans l'intérêt de l'enfant, elles ne peuvent être dispensées ailleurs.

Les consultations de diagnostic et de traitement n'ont lieu que sur rendez-vous. Après un bilan-diagnostic de 6 séances, une proposition de traitement est faite sous la responsabilité du médecin directeur. Il est pris en charge par l'assurance maladie pour un nombre déterminé de séances éventuellement renouvelable.

Les locaux doivent être conformes aux dispositions du décret n° 76-389 du 15 avril 1976.

Modalités de fonctionnement

Les consultations s'effectuent librement auprès du centre. C'est le médecin du CMPP qui décide du type de traitement.

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. Il existe des prises en charge en groupe : groupe de parole adolescent, lecture, conte, peinture. Plusieurs personnes (psychiatres et/ou psychologues) sont formées à la thérapie familiale.

Le plateau technique est composé de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de psychothérapeutes, de psychanalystes, de psychiatres, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, de pédagogues et de rééducateurs (orthophonistes, psychomotricien et/ou un éducateur).

La Marne compte trois CMPP, chacun ayant une ou deux antennes. Ils ont tous une activité importante (par exemple 20 000 actes par an pour le CMPP de Reims).

2.5.3 Les CAMSP

Nés il y a une vingtaine d'années (décret n° 76-389 du 15 avril 1976), les CAMSP ont pour raison d'être le dépistage, la cure ambulatoire, la rééducation des tout jeunes enfants (de la naissance à 6 ans) présentant un handicap, quelle qu'en soit la nature, ainsi qu'une guidance parentale en vue d'une adaptation sociale et éducative à leur milieu naturel.

La plupart de ces centres sont polyvalents et placés sous la responsabilité d'un médecin (directeur ou directeur technique). Leur particularité financière est que 20 % du budget annuel de fonctionnement est pris en charge par le département, au titre de la PMI.

Un deuxième CAMSP dans la Marne, autorisé par le CROSS, n'est pas encore installé.

2.5.4 Les CMPE

Ils sont rattachés à un centre hospitalier, ne sont pas conventionnés par la sécurité sociale et sont essentiellement tournés vers l'aspect médical. Ils fonctionnent sous forme d'un service hospitalier, d'un hôpital de jour ou d'une consultation hospitalière ou en dispensaire d'hygiène mentale et n'existent que dans des villes de plus de 20 000 habitants.

Principes de fonctionnement

Les CMPE organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile et prennent en charge des enfants jusqu'à 16 ans environ présentant des difficultés affectives, psychologiques ou familiales.

Certains possèdent une convention avec des CLIS : ils interviennent par exemple au sein même de deux CLIS de la Marne.

Modalités de fonctionnement

Le plateau technique est composé de psychologues, de psychiatres, d'infirmiers psychiatriques, d'assistantes sociales et, autant que de besoin, d'un orthophoniste, d'un psychomotricien et/ou d'un éducateur spécialisé.

2.5.5 Les RASED

La circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990 supprime les GAPP et les classes d'adaptation mais précise les modalités de mise en place et d'organisation des RASED. Placé sous la responsabilité de l'inspecteur de l'éducation nationale, il intervient dans les écoles maternelles et élémentaires. L'ensemble des réseaux implantés dans un département constitue le dispositif départemental d'aide spécialisée pour la réussite scolaire, arrêté par l'IA. Contrairement aux GAPP, il n'est plus rattaché à un groupe scolaire mais à un secteur géographique composé de différentes écoles.

Son objectif est la prévention des difficultés éprouvées par certains élèves à l'école ; il s'adresse à tous les élèves. Les aides spécialisées ne se substituent pas à l'action de l'enseignant, qui peut proposer une pédagogie différenciée à l'élève en difficulté.

Le RASED **est constitué** d'au moins un rééducateur, titulaire de l'option G du CAAPSAIS, chargé de l'aide à dominante rééducative (travail en rééducations individuelles ou en très petit groupe), d'au moins un maître spécialisé, titulaire de l'option E du CAAPSAIS, chargé de l'aide à dominante pédagogique (qui s'exerce en classe ou regroupement d'adaptation) et d'un psychologue scolaire chargé des bilans et suivis psychologiques ainsi que des relations avec l'extérieur.

Jusque là la rééducation était conçue pour, mais sans, l'enfant. Il n'assimile plus passivement un savoir mais devient acteur d'une relation d'aide dont il doit percevoir les enjeux.

L'engagement du RASED dans l'intégration scolaire reste équivoque. L'intégration des jeunes handicapés est l'ultime mission dévolue par la circulaire aux psychologues scolaires ; les interventions spécifiques du maître G sont mis en œuvre « éventuellement auprès d'élèves handicapés », enfin, l'intervention du maître E et l'action de remédiation intrinsèque à la notion d'éducabilité du handicap sont ignorées.

2.5.6 Les auxiliaires d'intégration scolaire

Une aide humaine est souvent nécessaire pour épauler l'enfant afin que le handicap ne soit plus un obstacle à son maintien en milieu scolaire et ne devienne pas un motif d'exclusion.

2.5.6.1 Auxiliaire d'intégration scolaire individuelle

Le rôle de l' AIS consiste donc à aider et accompagner l'élève handicapé pour les actions qu'il ne peut effectuer seul pendant et sur les lieux d'activité scolaire et périscolaires. Il contribue à favoriser sa socialisation et son autonomie et veille à ce qu'il bénéficie de conditions optimales de confort et de sécurité pour étudier.

L' AIS agit en complémentarité et en coordination avec les personnels enseignants, les membres de la communauté éducative et les intervenants médico-sociaux qui concourent à la réalisation du projet intégratif. Sa place est délicate car il ne doit pas faire écran entre l'enfant et ses camarades ni laisser la charge du handicap aux camarades de classe de l'élève. Il doit être membre à part entière de l'équipe éducative.

Les associations de parents d'enfants handicapés se sont efforcées, dans la mesure de leurs moyens et de leurs implantations, de répondre aux besoins en créant des dispositifs d'accompagnement scolaire. Plusieurs associations se sont regroupées au sein d'une fédération nationale pour l'accompagnement scolaire des élèves présentant un handicap (FNASEPH) afin de définir le statut de l' AIS, le cadre institutionnel pour la gestion et le financement de ces services novateurs. Enfin, des solutions diverses étaient mises en œuvre en partenariat avec les collectivités locales, les commissions d'éducation spéciale, les CPAM pour répondre à ces besoins nouveaux et à une demande sociale.

Pour le département de la Marne, une charte a été signée le 5 juillet 2001 entre « CAP intégration⁸ » et l'éducation nationale pour organiser les modalités d'intervention des AIS dans les établissements scolaires. Au niveau national, 500 postes sont d'ores et déjà financés dont 5 pour la Marne. Pour permettre un dispositif opérationnel cette année, la DDASS a octroyé à l'association une subvention de démarrage de 150 000 F.

⁸ Collectif d'associations et de personnes pour l'intégration dans la Marne créé le 31 janvier 2001

14 AIS seront recrutés pour la rentrée 2002, 10 aident actuellement 25 enfants. Ils sont titulaires de BEP petite enfance ou sanitaire et sociale ou BAC + 2. Adhérent à la FNASEPH, « CAP intégration » collabore étroitement avec les partenaires pour pérenniser ces postes, l'objectif étant de parvenir à ce que ces AIS obtiennent une formation qualifiante reconnue par l'Etat et prise en charge par les services publics comme de nombreux postes d'accompagnement sociaux déjà existants.

Les besoins en AIS remontent des CCPE (minoritaires pour les déficients intellectuels) et la CDES décide de leur attribution ; elle avise de sa décision CAP intégration qui étudie la faisabilité de l'action avant que les parents n'en soient informés, afin de ne pas susciter d'espoirs déçus.

Il est important de bien définir le *rôle de l'AIS*, insuffisamment connu des enseignants et des CCPE, de leur confier des tâches précises afin d'éviter que des dérives ne s'installent et que notamment les enseignants ne les utilisent à d'autres tâches. Il ne faudrait pas non plus que l'intégration d'enfants soit conditionnée par la présence d'AIS ou qu'un enfant intégré jusque là sans aide ait absolument besoin d'AIS pour être maintenu, « CAP intégration » est là pour fixer des barrières auprès de la CDES.

2.5.6.2 Auxiliaires d'intégration scolaire collective : aides-éducateurs

La circulaire n° 97-263 du 16 décembre 1997 précise les conditions de recrutement des aides-éducateurs pour l'intégration scolaire des élèves handicapés et les activités qui leur sont confiées dans le cadre des contrats emploi-jeunes.

Leur action de soutien s'exerce en intégration soit individuelle soit collective et se prolonge au-delà du temps scolaire, durant les inter-classes, les repas, les déplacements et les activités éducatives périscolaires organisées dans le cadre scolaire.

Toutes les écoles ont vocation à bénéficier de ces aides à partir des besoins recensés et des projets propres à chaque établissement scolaire, leur demande étant soumise à l'avis de la commission spéciale compétente : CCPE, CCSD, CDES.

La circulaire introduit des conditions favorables à la mise en place d'un véritable dispositif d'aide humaine à l'intégration scolaire répondant aux besoins spécifiques des élèves handicapés. Il appartient donc aux parents et aux associations d'exprimer haut et fort ces besoins auprès des directeurs d'école ou des chefs d'établissement, des IEN et IA, des CDES afin que ce dispositif nouveau remplisse pleinement cet objectif intégratif qu'ils souhaitent.

Ils *sont recrutés* à temps plein (39 H) à durée déterminée (60 mois), éventuellement renouvelable. « Leur professionnalisation constitue un élément de ce dispositif ».

Dans la Marne, 7 aides-éducateurs couvrent 8 structures collectives (cantine, récréation), 3 viennent d'être recrutés.

2.6 LES INSTITUTIONS SPECIALISES ET L'INTEGRATION SCOLAIRE

Les structures d'accueil du secteur médico-éducatif reçoivent en internat ou semi-internat des enfants, adolescents ou jeunes adultes reconnus handicapés par la CDES. Elles sont le plus souvent gérées (80 %) par des associations à but non lucratif (mutuelle, fondation ..).

2.6.1 Les différentes institution spécialisées

A l'exception des dépenses d'enseignement, les dépenses de personnel et de fonctionnement sont financées par la sécurité sociale. Le principe est la fixation d'un prix de journée agréé par les organismes de contrôle, variable selon les établissements en fonction de la nature des ressources humaines, matérielles

Les cinq annexes XXIV actuelles reposent essentiellement sur des textes parus entre 1987 et 1990 (décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 et circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989) et concernent :

- ✓ les enfants et adolescents déficients intellectuels ou inadaptés (troubles du comportement) (Annexe XXIV). Il s'agit :
 - des IME qui accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels ;
 - des IR qui reçoivent des enfants, adolescents et jeunes adultes d'intelligence normale ou subnormale mais présentant d'importants troubles du comportement associés à des retards scolaires massifs.
- Les enfants handicapés mentaux présentant une ou plusieurs déficiences surajoutées peuvent relever de l'annexe XXIV sauf si elles entraînent une restriction extrême de l'autonomie. Les services créés au titre de cette annexe sont dénommés SESSAD.
- ✓ les enfants et adolescents handicapés moteurs (Annexe XXIV bis). Les services sont également dénommés SESSAD.
- ✓ les enfants et adolescents polyhandicapés (Annexe XXIV ter). Les services sont dénommés SSAD.
- ✓ les enfants et adolescents déficients auditifs graves (Annexe XXIV quater). Les services sont dénommés SAFEP ou SEFIS.
- ✓ les enfants et adolescents déficients visuels graves ou atteints de cécité (Annexe XXIV quinquies). Les services sont dénommés SAFEP ou SAAAIS.

Sous la même appellation d'IME, des établissements comprennent :

- Soit seulement une section d'éducation et d'enseignement spécialisés (de 6 à 14 ans environ) couramment appelé IMP ;

- Soit seulement une section d'initiation et de première formation professionnelle (de 14 à 20 ans environ) couramment appelé IMPro ;
- Soit les deux, lesquelles doivent cependant être nettement distinctes. L'usage est de réserver le terme d'IME à ce dernier type d'établissement « complet ».

Les IME disposent d'un internat (de semaine, semi-internat ...) et représentent la très grosse majorité des structures de l'éducation spéciale. Très majoritairement, l'enseignement général est assuré dans les IME par des enseignants spécialisés option D du CAAPSAIS du premier degré (mis à disposition par l'éducation nationale ou maîtres agréés de l'enseignement privé).

Dans les IR, les enfants ou adolescents accueillis ont un fonctionnement psychique souvent gravement perturbé jusqu'à rendre incertains les acquis scolaires et éducatifs. Ils peuvent avoir connu des discontinuités ou carences affectives ou éducatives dans leur petite enfance, avec parfois des placements précoces. Ils peuvent bénéficier de psychothérapies et diverses rééducations, sous le contrôle de médecins psychiatres.

L'orientation vers un établissement médico-éducatif se justifie si les difficultés d'acquisition sont manifestes et touchent à l'ensemble des domaines d'activité de l'enfant, tant dans son développement psychomoteur que dans ses acquisitions cognitives.

La prise en charge des enfants et adolescents handicapés doit passer obligatoirement par « un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement qui précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge » et par un projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique auquel la famille doit être associée autant que possible, tant pour sa mise en œuvre que son suivi régulier et son évaluation.

Le rôle et la place de la famille dans la prise en charge et l'éducation de son enfant sont précisés :

- elle doit être informée régulièrement des progrès de son enfant ;
- elle doit être associée aux différentes phases du projet individuel et doit pouvoir si elle le désire, jouer un rôle actif dans la prise en charge ;
- elle doit être soutenue par un service d'accompagnement.

Les contacts avec la famille doivent être maintenus et favorisés.

L'information des familles notamment peut se faire par :

- le dispositif institutionnel : conseil d'établissement, conseil d'école, réunions de parents, carnets de correspondance, et de liaison,..

- des opportunités plus informelles mais efficaces : fêtes scolaires, portes ouvertes, rencontres impromptues du matin et de soir
- par l'association gestionnaire comme relais d'information : propre média, organisation de soirées thématiques...

Informé, soutenu, associé, trois conditions d'un partenariat bien compris ..

2.6.2 Les IME et l'intégration scolaire

Les annexes XXIV marquent la volonté de maintenir les enfants et adolescents handicapés dans leur milieu chaque fois que cela est possible, de favoriser leur intégration scolaire et d'y faire participer les services de soins et de santé. L'objectif de la prise en charge est de développer l'éducation précoce et de conforter la mission d'intégration scolaire (création de SESSAD), la mission traditionnelle de les accueillir en semi-internat ou en internat doit être réservé à des cas exceptionnels.

Chaque fois que possible, il est fait recours à des *formules d'intégration partielle* intermédiaire entre l'accueil à plein temps dans l'établissement d'éducation spéciale et l'intégration scolaire à temps plein. Le champ éducatif et pédagogique concerne l'enfant déficient intellectuel même profond. Le travail auprès de l'enfant est nécessairement pluridisciplinaire. L'établissement a pour mission d'assurer à la fois une éducation individualisée avec enseignement professionnel et les soins.

Certains établissements spécialisés s'efforcent de *concrétiser les recommandations* des nouvelles annexes XXIV en promouvant une dynamique institutionnelle résolument tournée vers l'intégration. Dans ce cas, leur réorganisation interne permet de dégager un minimum de moyens en personnel et matériel pour soutenir l'intégration de certains de leurs élèves. Cette disposition pallie ainsi le manque de SESSAD.

Les IME de la Marne : scolarisation et intégration scolaire

Neuf IME relevant des annexes XXIV sont installés dans la Marne dont quatre ont développé un SESSAD. D'une capacité totale de 690 places (456 de semi-internat et 234 d'internat), ils accueillent des déficients intellectuels ou inadaptés.

Pour la *scolarisation des enfants et adolescents handicapés*, trois d'entre eux ne disposent pas de classes intégrées, deux ont passé convention avec la CLIS correspondante. Un IME scolarise 39 élèves en interne avec un orthophoniste et un rééducateur. A l'exception de deux, tous les IME intègrent des enfants à l'école ordinaire, essentiellement à temps partiel :

- 30 environ en école élémentaire
- 17 en CLIS dont 3 à temps plein
- 14 en SEGPA dont 4 à temps plein

- 2 en EREA
- 1 en LEA
- 2 en UPI

Deux IME pratiquent une *intégration scolaire individuelle* importante : 17 pour l'IME de Châlons en Champagne et 4 pour l'IME de Sainte-Menehould soit 20 % environ de leur effectif, l'IME de Villers-Franqueux est lui aussi très impliqué vers cet objectif. Quand une intégration devient possible, mesurée notamment par les évaluations CE2, le directeur de cet IME va à la rencontre de l'école, après avoir pris contact avec le secrétaire de la CCPE. La démarche officielle n'est entamée que si l'école ne fait pas d'obstacle à priori. Il l'intègre alors à dose homéopathique puis, après des points réguliers enseignant/éducateur/psychologue, le temps de présence est augmenté. Sauf pour les deux IME ayant une convention avec une CLIS (8 dont 1 autiste dont 3 à temps plein pour l'IME la cerisaie et 6 pour l'IME d'Épernay), les autres pratiquent peu *l'intégration scolaire collective* en CLIS (2 pour l'IME de Sézanne et 1 pour l'IME l'éveil à Reims).

L'IME de Ville en Selve, le plus important en capacité de la région, qui n'avait pas jusque là réalisé d'intégration scolaire, prépare l'intégration scolaire en milieu ordinaire de trois enfants pour la rentrée prochaine.

Peu de ces enfants intégrés bénéficient d'un *soutien SESSAD* (4 élèves intégrés en classe élémentaire et 2 en SEGPA) mais ont celui de l'établissement.

L'IME de Sézanne relève le cas de deux jeunes qui après avoir suivi 2 années en SEGPA, n'ont pu poursuivre une troisième année par manque de places.

L'ensemble des intervenants constate que l'intégration scolaire des enfants présentant des troubles du comportement est plus difficile.

Pour la majorité de ces intervenants, l'objectif *d'intégration scolaire des enfants accueillis en établissement spécialisé dans la proportion de 2/3*, présentée par S. Royal, semble très difficile à réaliser sauf à y mettre des moyens importants, notamment auprès de l'éducation nationale, pour un accueil de cas de plus en lourds, et à revoir les conditions techniques des établissements spécialisés en multipliant les postes d'accompagnement. Ils accueillent déjà pour la majorité d'entre eux des cas lourds et ne craignent donc pas de rester avec ceux-ci si les moyens sont adaptés.

Ils *rencontrent* régulièrement les CCPE soit parce qu'ils y siègent soit à l'occasion de bilans pédagogiques ou de préparation d'une intégration scolaire. Ils rencontrent les maîtres de CLIS régulièrement pour ceux qui ont des enfants intégrés en CLIS. L'IME de Sézanne a

même organisé des échanges entre les élèves de la CLIS et les jeunes de l'IME, des visites de l'IME par les élèves « normaux » ; ils participent ensemble à des spectacles.

Ils regrettent tous un *manque certain de moyens humains et financiers* (par exemple, des personnels supplémentaires pour assurer un accompagnement plus individualisé des enfants de l'établissement intégrés souvent dans plusieurs écoles différentes). Certains souhaitent même, pour ceux qui n'en ont pas, la création de classes en interne pour réappivoiser ces enfants à l'école. Ils soulignent aussi le manque de connaissance des IME par l'école, souvent étiquetés comme « impossibilité de scolariser ».

Pour une intégration scolaire réussie, la majorité des établissements souligne le nécessaire travail en *partenariat* école/IME/parents avec une adhésion de tous au projet et des contacts réguliers.

Le nouvel IME ne s'inscrit-il pas dans une articulation individuel/collectif, principe admis et reconnu de tous mais difficile à organiser. Se pose alors la question du partage des temps de prise en charge, des compétences et des prérogatives dans des dispositifs séparés, éloignés voire cloisonnés et parfois concurrents. Cela pose encore la question de l'adhésion, du bon vouloir des enseignants, des soignants et des équipes éducatives ...

3 - DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTEGRATION SCOLAIRE : FREINS ET RESISTANCES

Comme le notait le rapport IGEN / IGAS de mars 1999, l'intégration scolaire, dans les pratiques, n'apparaît comme un droit mais plutôt comme une tolérance qui n'est pas répandue uniformément dans l'ensemble des établissements scolaires. Elle reste un processus fragile toujours susceptible d'être remis en cause. Le fait qu'il soit soumis à la bonne volonté des directeurs d'établissement ou des enseignants entraîne des ruptures de scolarité des jeunes déjà intégrés.

Il nous a semblé utile de repérer plus en détail les principaux obstacles et les principales résistances à l'intégration scolaire des enfants handicapés en école ordinaire. Ce repérage se doit d'être accompagné d'une réflexion sur les démarches propres à gérer, à divers niveaux, les difficultés mentionnées.

3.1 DES HANDICAPS DIFFERENTS

La spécificité et la lourdeur de certains handicaps sont les premiers obstacles. Doit-on mettre en place des intégrations partielles et momentanées même pour les plus lourdement handicapés, sinon n'est ce pas surajouter au caractère ségrégatif des institutions. Par

ailleurs, l'expérience montre qu'une intégration fut-elle d'une heure par semaine, est toujours bénéfique en fin d'année.

Les réactions provoquées chez tous les partenaires intégrant sont plus induites par la présence d'une déficience intellectuelle que sensorielle ou physique. Il est parfois difficile de distinguer des enfants présentant des TCC de ceux présentant une déficience intellectuelle : les premiers sont souvent orientés par défaut en IME et comptabilisés comme déficients intellectuels alors qu'ils ne le sont pas.

3.2 L'ECOLE

Si l'école doit assurer son efficacité pour 80 % d'une classe d'âge au bac, qu'en est-il des 20 % restants et plus précisément de ces 2 % environ pour lesquels se pose la question de l'exclusion du système ?

Des conditions de travail dégradées

La dégradation des conditions de travail des enseignants (effectifs pléthoriques, violence..) ne leur permet souvent pas d'accueillir dans de bonnes conditions l'enfant handicapé dans la classe ; elle entraîne bien souvent, le refus de l'enseignant devant ce qu'il pressent comme « une charge supplémentaire ». La circulaire de 1983 affirme pourtant que « l'accueil des enfants handicapés ou en difficulté en milieu scolaire nécessite des moyens particuliers ». Il est envisagé un allègement possible de l'effectif de la classe, mais non quantifié, des postes supplémentaires d'enseignants spécialisés, mais il est conseillé de faire appel au personnel existant en organisant différemment sa gestion, et des formations particulières. Certes, l'intention est louable mais l'enseignant est souvent seul dans sa classe, démuni. Il fantasme alors sur un savoir qu'il ne possède pas mais que d'autres selon lui, possèdent. C'est la peur de l'échec, la crainte d'être plus nuisible qu'efficace.

La demande d'intégration

Présentée par les parents à l'école ou par un collègue enseignant de CLIS, elle ébranle fortement l'enseignant qui ne s'y attendait pas, en plus de tous les tracasseries quotidiens : classes surchargées, réclamations des parents, culpabilisation devant l'absence de résultats.... L'information au préalable de l'enseignant n'ayant pas eu lieu, des difficultés d'accueil s'installent : peur du handicap, de comment gérer sa classe, de la surcharge de travail. Un accompagnement est à mettre en place mais il manque d'AIS, pour les déficients moteurs notamment.

En évitant toute sorte de propos blessants, le laisser faire-laisser aller entraîne peu de répercussions sur les parents intégrant et le déroulement de l'action intégrative. Par contre, le forcing coupe court à toutes discussions. A cause de cela, il peut provoquer un retour de

bâton se traduisant par des tentatives d'entraves à l'intégration, de conversion et de découragement des parents à qui il est conseillé de changer d'école ou il est adressé des réflexions déplacées. Cela peut aussi entraîner le fait que si physiquement, l'enfant est là, fonctionnellement il est exclu car il a été imposé à l'école qui n'en a pas voulu. Plus grave, est la présence d'un enfant sans projet d'intégration dans une classe ordinaire.

Obliger les segments éducatifs à s'impliquer dans un processus intégratif n'est peut-être pas la meilleure des solutions pour l'enfant. C'est probablement plus dans un travail préalable de discussion, d'information et de négociation passive que tous les moyens seront donnés aux parents et à l'enfant pour engager le mouvement intégratif dans de bonnes conditions et maintenir sa dynamique.

Des attentes et des objectifs différents

En outre, chacun doit exprimer clairement ses attentes et ses objectifs. De façon générale, la réalité intégrative est perçue de deux manières différentes : une première conforme aux normes et aux valeurs scolaires qui répond aux attentes des enseignants, des directeurs d'école et de certains parents, une seconde avec une autre finalité, celle d'une intégration plus large que la simple intégration scolaire, l'école est définie plus comme un tremplin, le sens assigné à l'objectif d'intégration n'est alors pas identique à celui des enseignants et des directeurs.

L'enseignant comprend davantage l'intégration comme étant d'ordre scolaire alors que les textes parlent d'intégration sociale et éducative. C'est pourquoi cette politique se trouve largement ratifiée en maternelle et plus problématique en primaire et secondaire. L'école maternelle fonctionne en effet à partir de larges directives alors que les autres unités fonctionnelles sont légiférées par instructions officielles rigoureuses concernant les apprentissages. L'école doit se départir d'une certaine idée de la socialisation de l'enfant passant seulement par le vecteur de l'acquisition des savoirs scolaires et dans les seuls espaces formels de l'école mettant en scène enfant et adulte. Le jeune handicapé a des compétences, il s'agit de mettre en place les conditions qui vont l'amener à les révéler et à les accroître.

Compte tenu de ce qui précède, certains enseignants se disent déçus par les effets de leur action sur l'évolution de l'enfant handicapé qu'ils accueillent. L'école doit s'attendre à l'existence d'un décalage entre les attentes de chacun des partenaires éducatifs et le rôle qu'ils envisagent de donner à l'école mais aussi à l'exacerbation d'attitudes de retrait ou de désintéressement, encore plus dans le cas d'une déficience mentale.

Des moyens insuffisants

Les enseignants revendiquent des moyens même si cette réclamation peut jouer comme mécanisme de défense contre l'angoisse. L'absence au moins au départ, de moyens

financiers supplémentaires a rendu difficile la prise de décisions importantes en terme de formation ou de recrutement de personnels, de politiques d'équipement ou d'aménagement des locaux. Une intégration à la hauteur des ambitions politiques affichées nécessite un transfert vers l'école des moyens et compétences nécessaires.

Il faut développer le *dispositif d'AIS*, leur nombre étant insuffisant pour répondre à tous les besoins. Ces services doivent relever de l'Etat qui ne doit pas déléguer comme actuellement son obligation de service public à des associations privées. Le rôle d'aide-éducateurs doit être éclairci dans l'éducation nationale : ils sont plus à la disposition de l'école que d'un enfant. Leur présence ne doit toutefois pas s'imposer pour chaque enfant ou conditionner son intégration.

Le *manque de CLIS et le fonctionnement de celles qui existent* constitue aussi un obstacle à l'intégration. Par exemple, à Montmirail, 15 élèves environ sont intégrés individuellement faute de CLIS. La création de ces CLIS est en effet soumise à la carte scolaire et ont souvent lieu par glissement de postes spécialisés ; ce qui limite cette création.

Les élèves qu'elles reçoivent, surtout pour les CLIS 1, doivent être des déficients intellectuels et non des enfants en difficulté scolaire exclusivement (anciennes classes de perfectionnement). Mais, dans la réalité du terrain, les distinctions ne se repèrent pas avec autant de clarté. Entre l'échec scolaire et la déficience, entre la déficience et les troubles psychiques, entre les troubles psychiques et les organisations caractérielles rédactionnelles ..., il est très difficile de tracer des lignes de démarcation. Facteurs sociaux, psychologiques, organiques s'intriquent et dessinent des personnes singulières susceptibles d'évoluer vers des avenir différenciés.

Les CLIS doivent s'ouvrir sur l'école et intégrer à temps partiel certains de leurs élèves dans les classes ordinaires. Si elles le réalisent plus ou moins facilement pour des activités musicales ou sportives, l'intégration pour des activités d'apprentissage est beaucoup plus difficile. Là l'enseignant spécialisé se heurte aux mêmes obstacles rencontrés que pour l'intégration individuelle ailleurs. Ainsi, un projet d'intégration au CE1 d'un élève de CLIS n'a pu aboutir, l'enseignant étant déstabilisé à l'idée de l'avoir dans sa classe

Le maintien en classe ordinaire ou en CLIS dans l'attente de places en établissement spécialisé est parfois difficile, la place de l'enfant n'est alors pas bien située dans le système scolaire alors que des enfants d'IME pouvant intégrer ne le peuvent pas faute de moyens.

Des enfants scolarisés en CLIS voient leur cursus stoppé en primaire car un dispositif identique côté collège (*UPI*) *n'existe pas en assez grand nombre*. En effet, les élèves accèdent au collège à 12 ans au plus tard (un seul maintien pendant la scolarité primaire) et les UPI, une des voies offertes aux élèves de CLIS 1 après 12 ans, manquent.

Il faut éviter la surprotection ce qui risquerait d'enclaver un peu plus dans un système clos et provoquer l'exacerbation de sa différence

Une formation des enseignants insuffisante

Compte tenu du niveau de compétence élevée que supposent l'individualisation des programmes d'études, le suivi de l'enfant dans les établissements intégrés, une formation des enseignants mais aussi des directeurs d'école, des inspecteurs de secteur généraux et spécialisés s'impose ; la formation actuelle étant à l'évidence insuffisante et empirique.

J. Lang a annoncé récemment qu'il prévoit la généralisation, dès la rentrée prochaine, d'un module de sensibilisation aux handicaps dans tous les IUFM et au volet départemental marnais du plan de formation, des périodes de formation sont prévues en début d'année scolaire, quand une situation se présentera, car les enseignants ne sont intéressés que lorsqu'ils y sont confrontés : « l'intégration, c'est pour l'autre ».

Une baisse des vocations d'enseignants spécialisés

La formation au CAPSAIS nécessite un investissement personnel et financier, qu'elle s'effectue en alternance, en cours d'exercice ou par correspondance, et l'emploi n'apporte que quelques points d'indice supplémentaires.

Les effectifs d'enseignants spécialisés sont en baisse ; les vocations se raréfient à l'école primaire. De moins en moins d'enseignants sont attirés par la spécialisation et leurs remplacements deviennent difficiles à assurer ; ce sont souvent de jeunes professeurs inexpérimentés qui se retrouvent affectés dans les classes d'adaptation.

Un manque d'information sur le handicap

Un manque d'information sur le handicap, de lieu d'écoute ou de rencontre a aussi été relevé notamment parmi les enseignants, les personnels d'école. Aussi, le groupe Handiscol' de la Marne a acté la mise en place de journées annuelles d'information sur l'intégration scolaire avec l'IUFM, l'IEN-AIS mais aussi les autres partenaires. Il faut en effet occulter le poids des représentations du handicap et de la maladie pour les adultes et les élèves ordinaires en démythifiant le handicap par des présentations et explications claires.

Tentation de dégageement de l'équipe éducative

L'école véhicule les contradictions de la société qui la contient : malgré sa vocation affirmée d'accueillir et éduquer tous les enfants (mission de l'école laïque et républicaine), elle n'a souvent ni la volonté ni les moyens d'accueillir les enfants déficients. Les déclarations humanistes dissimulent mal des valeurs sociales antagonistes telles que productivité, rentabilité et compétitivité. Lorsqu'un établissement scolaire est confronté aux besoins spécifiques d'un élève handicapé, l'équipe éducative a la tentation de se décharger sur un établissement prévu pour ce type de handicap, mieux préparé et doté pour répondre à ses besoins, s'exonérant ainsi de son devoir d'accueil de tous les enfants en prenant en compte la diversité des situations qui s'offrent à elle. Certains enseignants sont restés dans la logique de 1909 « les enfants différents vont ailleurs, il existe des établissements pour eux », réflexion entendue encore récemment par un IEN.

Des problèmes, dérives et dysfonctionnements de l'équipe éducative peuvent aussi faire entrave au projet d'intégration :

- ✓ dérive du pouvoir institutionnel : un participant s'assimile à une institution et entend que son point de vue prévale dans tous les cas
- ✓ dérive des finalités : le projet, l'enfant, le but de l'intégration sont perdus de vue.
- ✓ dérive dans le déroulement : opposition de principe interdisant tout compromis ou émergence d'un consensus qui, dans les faits, n'existe pas et constitue une stratégie d'évitement
- ✓ dérive dans la définition du projet et de son évaluation par rapport à des normes existantes, scolaires ou sociales : il ne fait alors que stigmatiser l'échec.

Le handicap dans sa dimension psychologique

Les capacités d'accueil de l'enseignant à l'enfant handicapé font que les handicaps les mieux tolérés sont la débilité légère, l'amblyopie et les moins tolérés la surdité profonde, les troubles graves de la personnalité..(caractère déroutant des réactions imprévisibles, agressivité, graves problèmes de communication...). L'intégration reste tributaire de la bonne volonté des enseignants. Ainsi, tel enseignant rencontré au sein d'une école ordinaire, portait aux toilettes un enfant handicapé alors que d'autres refuseraient de le faire, car ne faisant pas partie de leurs attributions ou par peur du problème de la responsabilité en cas d'accident : la chute d'un enfant handicapé peut en effet pousser les parents à attaquer l'école pour manque de précaution.

L'intégration à temps partiel : un sas d'attente

La mise en place d'un projet d'intégration à temps partiel à partir de 1985 est peut être due à l'avantage offert de :

- ne pas précipiter les choses
- ne pas proposer une intégration à temps complet alors que l'enfant et l'école n'ont ni les moyens ni les capacités pour l'assumer
- pour ces enfants intégrés à temps partiel, l'école se présenterait comme un sas d'attente où leurs déficits sont en quelque sorte mis à l'épreuve des faits. En cas d'expérience concluante, le passage à temps complet pourra s'envisager.

L'octroi de moyens supplémentaires et de formations spécifiques ne garantit pas pour autant la modification du milieu d'accueil, déstabilisé car intégrer, c'est transformer ses enseignements, bouleverser ses certitudes professionnelles, écouter et impliquer les parents. Le volet socio-éducatif du projet d'école est un espace privilégié pour développer l'intégration notamment dans les écoles où l'environnement est implicitement ou explicitement peu favorable à cette dimension.

3.3 LES ETABLISSEMENTS SPECIALISES

Le placement en institution spécialisée constitue un pas symbolique, parfois irréversible, de l'autre côté de la frontière de la normalité et engage le jeune handicapé à devoir faire ses preuves, après coup, et à plus ou moins long terme, d'autant plus difficilement que le terrain social n'est pas prêt à le reconnaître et l'accepter.

Des moyens techniques et pratiques spécialisés

Un établissement spécialisé possède une technicité rarement rencontrée sur le site d'accueil pour certains handicaps très lourds ou avec déficiences sensorielles majeures notamment. Les compétences de ces professionnels constituent un indispensable accompagnement éducatif et médical, une des voies possibles de reconversion de ces établissements.

Des réticences du milieu institutionnel à l'intégration scolaire

Un établissement spécialisé a vocation à réduire le handicap donc à réintégrer dès que possible. Une équipe doit voir dans sa capacité à effectuer des intégrations une source objective de satisfaction. Le départ des meilleurs ne doit pas être vécu comme une perte pour l'établissement mais comme une reconnaissance positive de l'action de l'équipe pluridisciplinaire.

L'intégration soulève une crainte pour les personnels de l'établissement de ne pas maîtriser les enfants intégrés devenus plus remuants. Il s'agira de rassurer ces enfants mais aussi de leur rappeler le respect des normes institutionnelles.

Par ailleurs, la *maîtrise des dépenses de santé* implique qu'étendre les pratiques d'intégration scolaire ne peut se faire sans modifier substantiellement les modalités d'intervention des établissements spécialisés. La transformation en SESSAD ne peut s'effectuer sans modifier l'organigramme des personnels : crainte de perte d'emploi, d'alourdir leurs tâches par l'accueil des cas les plus lourds, de travailler en dehors (crèche, domicile, école), différences de statut avec les enseignants « fonctionnaires »...

Certains établissements peuvent ne pas voir de valeur surajoutée aux CLIS par rapport aux classes internes des IME. Or, l'avantage des CLIS est qu' :

- il n'existe pas de ratios d'encadrement scolaire comme en IME
- en IME, les enfants ne bénéficient pas toujours d'un nombre suffisant d'heures de scolarité. Selon les IME, ce nombre peut être aussi trop important.
- elle peut être une solution intermédiaire choisie par les parents après négociation avec la CDES
- elle a moins d'effets de ségrégation qu'en IME
- elle admet ses meilleurs élèves en intégration individuelle.

Le souhait d'intégration d'enfants d'IME

Lorsque l'enfant a déjà effectué un parcours en établissement spécialisé, ce sont souvent les professionnels qui, en partenariat avec les familles, vont proposer une intégration scolaire. La *demande* peut émaner de l'utilisateur lui-même dans le cas où l'institution pratique l'intégration scolaire pour 5 à 10 % de la population, le climat étant alors favorable à l'émergence d'un tel souhait. Elle peut aussi être due à l'ensemble de l'équipe ou à l'un de ses membres à l'occasion d'une réunion de synthèse.

Dans tous les cas, la procédure d'intégration d'un enfant d'IME vers le milieu ordinaire, requiert un large *consensus* avec l'accord du jeune handicapé, de la famille (souvent enthousiaste), de l'équipe institutionnelle, des tutelles et surtout de l'équipe de l'établissement d'accueil. Il s'obtient grâce à une communication importante orale et écrite.

L'intégration sera-t-elle totale ou partielle : 4/5 jours ou moins ou un minimum d'une demi-journée ? Compte tenu de la fragilité émotionnelle des jeunes de l'IME, il faudra *adapter la procédure d'intégration* à chaque enfant. Dans tous les cas, elle sera progressive et parfois rapide pour éventuellement aboutir à une intégration totale en moins d'un trimestre. L'élève intégré doit faire preuve d'une capacité d'adaptation importante. Il faut que l'objectif soit explicite, compris par l'élève et qu'il bénéficie d'un soutien attentif. Il convient de démarrer le plus prudemment possible.

Le principe du prix de journée coïncide mal avec les nécessités d'une démarche intégrative.

Des établissements spécialisés perçus comme protecteur

Les enfants qui cumulent des déficiences personnelles relativement importantes et des difficultés sociales et économiques sont ceux qui bénéficient le moins de l'intégration. Il est en effet plus simple pour des familles en situation précaire que leurs enfants puissent recevoir dans un même lieu, l'établissement spécialisé, les soins et l'éducation.

Après l'intégration scolaire, l'enfant se heurte aux difficultés d'intégration extra-scolaire (loisirs, culture, sport...), complémentaire, car tous deux participent activement à la construction du savoir être. Là encore, le soutien éducatif de l'établissement ou service spécialisé chargé de l'accompagnement du jeune handicapé rassure ces nouveaux partenaires facilitant d'autant son intégration.

Des orientations en établissements spécialisés non réellement justifiées

L'effet d'offre qu'opèrent certains établissements par la qualité et la pluridimensionnalité de leur prise en charge, encourage des orientations que ne justifieraient pas a priori la nature des perturbations de l'enfant. C'est le cas pour le traitement de nombre de problèmes d'origine sociale (précarité socio-économique entraînant fragilité psycho-familiale, isolement, maltraitance, ...) qui devient traitement médico-social et enferme la situation dans la filière du handicap, ce qu'il faut absolument éviter (nouvelle annexe 24).

Avenir des établissements spécialisés

Des établissements ayant adopté la ségrégation minimale, tentent aussi l'intégration par d'autres voies que scolaires : des actions culturelles et sportives ont lieu extra-muros (piscine, sport..) où les jeunes, handicapés et non handicapés, se côtoient et interagissent entre eux. En parallèle, elle met ses propres installations à disposition du public extérieur.

Des établissements reconvertissent une partie de leur moyen en SESSAD. Cette coexistence a pour effet rompre la routine de la logique de placement systématique et de dynamiser l'équipe en se mettant en question, de se former à des savoirs nouveaux... et aussi de ne pas perdre des emplois.

Des établissements inscrivent leurs actions dans une politique interactive avec l'éducation nationale. Il est en effet intéressant de confronter et conjuguer ses compétences professionnelles, ces interactions les faisant sortir de leurs introversions respectives, mais aussi de déségréguer les logiques institutionnelles.

On peut aller plus loin et jeter de véritables passerelles entre secteurs : scolarisation par demi-journée en CLIS pour un enfant d'IME, activités sportives et culturelles communes entre école ordinaire et IME, jumelage entre écoles, pratiquer en quelque sorte un parrainage entre polyhandicapés « fragiles » et jeunes de classe ordinaire ... délocalisation d'une classe d'un IME en milieu scolaire ordinaire à condition de ne pas se contenter de simple intégration physique et spatiale mais d'interactions entre les élèves (convention sur le plan administratif).

3.4 PARTENARIAT – INTERACTIONS - PASSERELLES

Le partenariat est un maître mot qui envahit de plus en plus le discours social ambiant. Il implique un changement de mentalité et doit se construire à l'épreuve du temps, des personnes et des situations.

Des références et compétences partagées

Pour réussir l'intégration, enthousiasme et bonne volonté ne suffisent pas, une formation minimale est nécessaire. Il faut favoriser la création d'instances et des temps de formation communs entre professionnels de différentes origines. Dans ce cadre pourra s'élaborer des références et des compétences partagées et en premier lieu, celles permettant de mettre en synergie les ressources que représentent les savoir-faire de chacun.

Le dialogue n'est pas spontané, il est à construire : il est indispensable de proposer un espace commun de réflexion et de communication, important aussi de faire connaître les démarches intégratives qui ont réussi.

La redéfinition de l'identité professionnelle des personnels des deux secteurs est obligatoire dès lors qu'ils doivent pouvoir explicitement situer leurs objectifs propres et percevoir leurs

complémentarité avec ceux d'autres professionnels. Le travail en coopération s'accommode mal de la confusion des rôles.

Se compléter au lieu de se combattre : les établissements spécialisés ont besoin des CLIS et de leurs lieux d'intégration individuelle pour dé-ségréguer partiellement et corriger la logique d'exclusion. Les CLIS et les classes ordinaires ont besoins des établissements spécialisés et de leurs SESSAD pour intégrer le thérapeutique et une partie de l'éducatif dans le projet d'intégration.

L'intégration scolaire : un processus non figé

En matière d'intégration scolaire, une attention particulière doit être accordée à la négociation et à la pertinence des stratégies mises en œuvre pour atteindre des objectifs éducatifs précis. Il faut prendre soin d'appréhender l'intégration scolaire chaque fois en terme de processus, jamais figé.

Il peut arriver que malgré tout, la scolarisation de l'enfant en milieu ordinaire ne lui soit plus profitable, soit que ce dernier stagne trop longtemps soit qu'il régresse. C'est à l'enseignant d'intervenir auprès des parents afin de leur signifier qu'il est désormais temps pour eux d'orienter l'enfant vers un institut spécialisé, qui viendrait en totale complémentarité avec l'école. L'intérêt est de capitaliser tous les acquis que lui aura permis de faire l'école ordinaire. C'est dans l'élaboration d'une action éducative commune et par les apports de ces deux types d'établissements éducatifs que l'enfant pourra parvenir à une véritable intégration sociale. La vraie question qui se pose est pour cet enfant, quelle est la solution qui convient le mieux ? Si à un moment donné, la réponse pertinente passe par une prise en charge institutionnelle, cela signifie pour lui qu'il ne risquera pas d'être intégré, peut-être oublié au fond d'une classe ordinaire, au nom d'une idéologie.

L'engagement d'une action éducative cohérente et d'un souci de maintien plus ou moins prolongé de l'enfant dans l'école est alors nécessaire. De la sorte, chaque segment institutionnel pourra réactiver et développer ces compétences vers un niveau suffisant pour autoriser cette fois-ci le maintien de l'enfant à l'école ordinaire, à condition que l'enfant soit porteur d'une compétence scolaire élémentaire et d'un niveau d'élaboration intellectuelle et comportementale suffisant pour assurer sa pleine participation scolaire.

Une multiplicité de partenaires

Les associations, le DDASS et l'éducation nationale doivent marcher la main dans la main. Du fait de la multiplication des intervenants, une réflexion est à l'étude sur l'établissement d'une seule convention d'intégration pour tous les partenaires.

La décentralisation des décisions et la déconcentration administrative des compétences ôtent aux autorités centrales une partie du pouvoir en ce qui concerne l'application d'une politique d'intégration scolaire, par des responsables locaux plus ou moins sensibilisés à cette problématique et qui les conduit en outre à travailler avec de nombreux partenaires.

Des relations secteur éducation nationale / secteur emploi et solidarité

Un enfant handicapé a des *besoins spécifiques qui évoluent* en fonction de multiples critères. Il peut avoir besoin d'un AIS quelques années, puis de retourner quelques mois dans une institution spécialisée. Il est important que les deux ministères apprennent à se parler pour imaginer ensemble des formules mixtes. Il peut n'être scolarisable qu'à mi-temps et suivre le reste des cours grâce à l'enseignement à distance. Tout est possible, l'important étant avant tout de rester attentif aux besoins de l'enfant et de se donner les moyens d'y répondre.

Les relations entre l'IA et le DDASS sont fonction de la personnalité de chacun et de leur engagement réciproque en faveur de l'intégration scolaire. De celles-ci, dépendra la plus ou moins bonne mise en œuvre du dispositif départemental (à l'extrême, un IA peut bloquer la création de CLIS ou un DDASS celle de SESSAD). Dans la Marne, l'IA et le DDASS sont ressentis par l'ensemble des professionnels rencontrés, chacun comme deux personnes très à l'écoute et prêtes à s'engager. Des réunions régulières sont programmées, des informations échangées et des travaux menés conjointement : élaboration d'une grille de besoin des AIS, *groupe départemental Handiscol'*. Ce groupe constituera au sein du CDCPH dont la création prochaine est prévue par voie de décret, la commission en charge de la scolarisation des handicapés. Pour la Marne, il a été constitué le 29 mars 2000 et comporte deux groupes de travail, qui se sont réunis en 2000 et 2001 : l'un sur l'intégration scolaire et l'autre sur les services médico-sociaux, intégration professionnelle et tableau de bord.

Sa mission première consiste à coordonner et faciliter les actions des différents partenaires et s'assurer de la cohérence du dispositif global d'intégration et d'éducation. Présidé conjointement par l'IA et le DDASS, il réunit les représentants des deux services de l'Etat, des collectivités locales, des associations de parents d'enfants handicapés, des fédérations de parents d'élèves, des personnels des établissements scolaires et spécialisés, le secrétaire de la CDES.

La dernière assemblée générale a eu lieu le 6 décembre 2001. Au cours de celle-ci, a été présenté notamment le bilan de l'intégration scolaire en France et dans la Marne. Elle s'est clôturée par une remise de matériels pédagogiques adaptés tels qu'une table échançrée inclinable, une loupe, des émetteurs ou une ergotable à des élèves handicapés moteurs et sensoriels. Le matériel financé par l'éducation nationale (360 000 F) est mis à la disposition des élèves durant leur scolarité selon une convention de mise à disposition signée entre l'IA et les parents.

3.5 LES PARENTS

Les parents ont à se réapproprié cet enfant qui n'est pas l'enfant idéal qu'ils avaient projeté. Ils doivent passer par une période de deuil et de réparation plus ou moins longue, plus ou moins facilitée par la qualité de l'écoute et des conseils des professionnels du handicap qu'ils rencontreront.

Collaboration ou refus des familles

Les familles collaborent ou se rétractent sur des positions de refus :

- selon la manière dont elles acceptent les difficultés de leur enfant, il est toujours douloureux pour les familles d'entendre cette réalité. La blessure narcissique qu'elle provoque peut mobiliser toute la série des mécanismes de défense qui vont du déni pur et simple à la recherche d'un coupable responsable (l'enseignant, l'école voire la société entière). Paradoxalement, plus les problèmes sont lourds, plus elles arrivent à prendre en charge la situation avec réalisme, si ce n'est sans douleur, et se montrent disponibles à l'écoute des solutions qui leur sont offertes
- selon la représentation qu'elles ont de l'éducation spéciale, nourrie d'images positives ou négatives que développent les structures spécialisées environnantes
- selon qu'il existe un passé douloureux de placement ou de scolarité intégrée de la part des parents
- selon que l'enfant se trouve en IME après un espoir vain de parcours scolaire, la proposition d'une intégration valorise alors l'expérience IME, l'enfant et la famille.

Dans tous les cas, il faut bien leur expliquer la situation et ses conséquences dans le respect de la souffrance et du temps. Ce pourra être le rôle de l'assistante sociale de la CDES ou du secrétaire de la CCPE

Les parents face à des choix paradoxaux

La volonté d'intégration des parents est souvent mise en échec par des réalités locales et environnementales préjudiciables au développement harmonieux et global de leur enfant handicapé. Ils se trouvent face à des choix paradoxaux : placer l'enfant dans un milieu pauvre en sollicitations et fermé, souvent loin de sa famille, mais théoriquement pensé et conçu pour lui ou le maintenir dans un milieu ordinaire, très peu disposé à comprendre et à répondre à ses difficultés spécifiques ?

- d'un côté, on le conforte dans ses manques et sa fragilité en lui apportant les soins nécessaires et des conditions d'apprentissage en principe adapté à ses besoins
- de l'autre, on l'oblige peu ou prou à gommer et nier plus ou moins complètement sa déficience afin de se mouler dans le monde de la normalité, au risque d'échouer.

Par les appréciations des avantages et des inconvénients de ces deux options, par les connaissances et les compétences qu'ils acquièrent au travers des choix qu'ils doivent faire

dans l'intérêt de leur enfant, par leur recherche de conseils auprès des professionnels qui envisagent des manières nouvelles de questionner leur pratique, par leurs échanges et leurs réflexions avec les associations de personnes handicapées, les parents concourent et sont souvent à l'origine de l'invention de nouvelles conduites sociales, créant ainsi des conditions propices à l'amélioration des rapports humains et bénéfiques à la société toute entière.

Réticences des parents vis à vis des soins

Pour les parents, les soins gênent la scolarité et empêchent l'enfant de progresser. En cas de réticence avérée, un point de situation de l'enfant est alors réalisé plus tôt (plus d'une fois par an) et un travail avec les parents entrepris pour les amener à quitter leur surprotection ou leur déni du handicap.

Des temps d'intégration trop courts

Les parents souhaitent toujours des temps d'intégration plus importants mais l'école ne peut souvent pas assurer plus. Pour la maman d'un petit autiste intégré en CLIS à raison de 45' par semaine, ce temps paraissait trop insignifiant pour être profitable à son enfant. Aussi, s'est-elle battue pour l'augmenter : elle est parvenue à obtenir 3 fois 45' par semaine puis 3 fois 1 H 30 par semaine. Cette maman s'impliquait beaucoup, elle avait assisté à des cours ouverts aux parents d'autiste sur l'autisme, afin de mieux comprendre comment son enfant fonctionne. Elle s'étonnait d'ailleurs de ne pas avoir été invitée à la dernière équipe éducative et de ne pas avoir rencontré la secrétaire de CCPE depuis au moins 4 ans. Elle a écrit en protestation à l'IA.

Des parents frustrés dans leurs attentes

Certains parents ont un sentiment de frustration lorsqu'ils prennent conscience du décalage entre leurs attentes et la réalité des actions menées au sein de l'école.

Certains d'entre eux vivent une intégration comme un retour à la normale, une scolarité normale ; aussi, ne comprennent-ils pas ou refusent-ils inconsciemment de comprendre, que l'enfant ne progresse pas comme les autres ou qu'il faille envisager pour lui une intégration en CLIS voire une scolarisation en établissement spécialisé.

Une redéfinition de la place et du rôle des parents

Une telle redéfinition n'est pas nécessaire si les textes sont bien appliqués : les parents sont invités aux réunions et devront être considérés comme des partenaires dignes de confiance dans un dialogue d'où l'idée de négociation ne doit pas être exclue. Leur présence apporte des informations sur les aspects de la vie de l'enfant en dehors de l'école où il est confronté à autrui dans un environnement non spécialisé.

Sinon, ce serait priver les parents d'une nécessaire confrontation avec les partenaires, d'une possibilité de synthétiser les diverses informations en collectif, avec l'aide et l'appui de professionnels ; ce serait les empêcher d'accéder à plus de lucidité devant la déficience.

Il s'agit davantage de chercher à leur permettre de voir clair entre divers choix possibles, avec l'aide du psychologue scolaire de l'équipe éducative.

La participation des parents à l'établissement spécialisé l'oblige à redéfinir ses missions et ses modalités de prise en charge en stimulant le passage du projet éducatif et thérapeutique au projet d'intégration.

Un soutien et des aides financières insuffisantes

La désinstitutionnalisation de l'enfant handicapé implique en conséquence, son maintien à domicile et a pour corollaire un transfert de sa prise en charge, parfois très lourde, sur les familles.

Le coût pour ces familles n'est pas évalué : accompagnement et soutien psychologique, aides humaines et techniques, prise en charge de cures de remise en forme, aménagement de temps de travail avec complément de rémunération....

3.6 L'ENFANT HANDICAPÉ

Pour l'enfant handicapé, imprégné très tôt du désarroi familial lié à sa déficience qui le met en position de flotter dans une sorte de nulle part familial, dans ce climat oppressant que chacun au sein de sa famille tente de réguler à sa manière, il lui est difficile de prendre racine. Comme tout enfant, il a besoin pour se développer d'un environnement affectif lui fournissant une sécurité de base et le confirmant dans son droit à occuper une place en tant que sujet digne d'estime.

Les parents, premiers éducateurs, sont porteurs du projet de vie de leur enfant et l'importance du contexte affectif constitue un puissant moteur positif ou négatif à toutes actions mises en œuvre pour compenser le handicap et assurer à l'enfant sa place dans le monde des bien-portants.

En l'absence d'un sentiment de légitimité acquis très tôt et d'un minimum de cohérence autour de lui, il est malaisé pour lui de se développer harmonieusement en devenant un sujet autonome et responsable de ses choix fondamentaux. La manière dont les parents et les proches appréhendent le handicap et le vivent, a beaucoup d'impact sur le désir de vivre et de s'intégrer des jeunes handicapés.

Sa volonté d'arriver à un objectif qu'il s'est fixé est importante : ainsi, un petit garçon victime de maltraitance, intégré à temps plein en CLIS (le mercredi, à l'IME), a fait beaucoup de progrès, s'est ouvert ... car il veut absolument apprendre à lire ; une orientation en SEGPA est maintenant envisageable.

En sens contraire, des parents étaient très demandeurs de CLIS pour leur enfant. Au bout de 15 jours, il n'a plus voulu y aller ; il était en état de souffrance, en-dehors du milieu protecteur de l'IME. L'expérience d'intégration a dû s'arrêter là

3.7 OBSTACLES JURIDIQUES

La loi de 1909 a institué les classes de perfectionnement. De droit, une loi, votée par les représentants de la nation, ne peut être abolie que par une autre loi. Les CLIS, remplaçant ces écoles ont été créées par une circulaire du 18 novembre 1991. Une circulaire n'a qu'une valeur administrative et n'est pas opposable à une loi. Nombre de responsables, de tous niveaux, se sont engouffrés dans cette brèche ... d'autant que l'effectif des classes de perfectionnement est de 15 (12 pour une CLIS). De fait, ces classes existent toujours dans certains départements ou certaines circonscriptions.

La loi de 1975 comme tous les textes ultérieurs maintiennent la possibilité d'une éducation spéciale hors milieu scolaire ordinaire. La circulaire du 19 novembre 1999 ne saurait, elle non plus, modifier une loi votée d'autant qu'elle ne propose aucun moyens nouveaux.

Un simple texte de portée générale permet à la CDES de juger de l'opportunité de l'accompagnement de l'élève en intégration scolaire par un AIS. Cela nous a été souligné à plusieurs reprises lors de nos visites.

Pour ces trois cas, le groupe de travail chargé conformément au 20 mesures présentées lors du CNPH du 20 avril 1999 de la relecture et de la révision des textes concernant l'intégration scolaire notamment, pourrait opportunément clarifier ces points.

3.8 EVALUATION DE LA POLITIQUE D'INTEGRATION SCOLAIRE

De nombreux pays se sont dotés d'organismes permanents d'évaluation de leur politique (Italie, Royaume Uni, Canada). Il est urgent que la France se donne elle aussi les moyens d'évaluer.

En attendant, des évaluations individuelles d'intégrations scolaires reposent sur l'étude :

- ✓ de ses effets sur l'enfant : comportement évoluant positivement sur les deux plans de la personnalité, appartenance à un groupe et acquisitions de comportements sociaux similaires à ceux de la classe (à condition que le projet les ait pris en compte comme objectif à atteindre)
- ✓ de ses effets sur son environnement social et les relations qu'il entretient avec lui :
 - évaluation interne par rencontre trimestrielle de l'équipe pour faire le point de l'avancement du projet individuel avec les parents ;
 - évaluation externe par le secrétaire de la CCPE.

Le handicap en tant que lieu de surgissements de potentiels cachés et d'émergence de ressources inexploitées, offre à la société la chance de réévaluer la hiérarchie de ses valeurs et de redéfinir les enjeux de la vie de l'humanité.

Pourtant, au terme de cette étude sur l'intégration scolaire des enfants handicapés en école élémentaire, le constat principal qui apparaît est qu'actuellement, cette intégration repose encore trop souvent sur la bonne volonté des enseignants et que le combat des parents reste le levier indispensable. Cependant, l'école prépare les citoyens de demain : intégrer aujourd'hui les enfants handicapés, c'est leur assurer demain le meilleur devenir ; c'est aussi projeter dans l'avenir une société plus solidaire et contribuer au progrès social.

La volonté d'attribution d'une citoyenneté semble régir aujourd'hui l'intégration scolaire des enfants handicapés. Plutôt que de se focaliser sur la dominante économique, l'intégration scolaire paraît plus préoccupée par la poursuite d'objectifs insistant sur la composante sociale de l'individu. L'intégration scolaire constitue une première étape de l'intégration sociale : la citoyenneté commence par le respect de la différence, et l'école, le collège, le lycée doivent permettre aux enfants et adolescents d'apprendre à vivre ensemble. Un enfant élevé à l'école avec un enfant handicapé, qui lui aura porté son fauteuil, s'en souviendra plus tard et aidera peut-être à changer le regard de la société.

Une prise en charge digne des handicapés requiert de la part des parents et de la société une disposition d'esprit, des convictions fortes et des efforts constants, alliés à des moyens adaptés, des compétences et des actions volontaristes. Atteindre la meilleure qualité possible de prise en charge constitue peut-être également la meilleure réponse à apporter à la jurisprudence Perruche : un arrêt de la cour de cassation accordait en novembre 2000 une indemnité à un adolescent, Nicolas Perruche, lourdement handicapé par une rubéole non décelée de sa mère. La cour de cassation a récemment confirmé l'indemnisation des parents de deux nouveaux enfants trisomiques. Afin de mettre fin à la jurisprudence Perruche, un amendement adopté le 13 décembre par la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, subordonne expressément à une faute médicale l'indemnisation d'un handicap. Une proposition de loi déposée par M. Mattei et qui sera examinée début janvier stipule, elle, que « nul n'est recevable à demander une indemnisation du fait de sa naissance ». Pour reprendre ce que déclarait à cette occasion, S. Royal : « Si une question éthique est posée, c'est celle de faire plus et mieux pour l'accueil et l'intégration de la différence ».

Pour cela, il faut dynamiser le partenariat en passant d'une logique de filière à une logique de réseaux de prise en charge, favoriser le décloisonnement ; les diverses structures doivent coexister pour répondre aux différentes étapes de l'évolution d'un enfant présentant un handicap mental. L'intégration doit être réfléchie, préparée avec tous les intervenants. Tant

qu'il n'est pas en souffrance, l'enfant a droit à une éducation dans le milieu le moins ségrégatif possible. Mais, il ne s'agit pas pour autant d'une intégration à tout prix ; le modèle inclusif de la banalisation laisse en effet craindre un arrêt des aides et une indifférence aux différences. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, l'intégration, devenue obligatoire, a bien failli conduire à la fermeture des établissements spécialisés qui effectuaient de véritables miracles, notamment dans la prise en charge des autistes.

Enfin, comme le soulignait M. Bisson-Vaivre, inspecteur de l'académie de Reims, « il ne suffit pas de décréter pour triompher », il faut aussi convaincre notamment les milieux scolaires et les parents. Les moyens se mettent peu à peu en place pour que le placement en milieu spécialisé devienne l'exception.

Bibliographie

BONJOUR P., LAPEYRE M., CATTEAUX A. et al. *Handicaps et vie scolaire – l'intégration différenciée*. Lyon : Chronique Sociale, 1994. 183 p. L'essentiel – Pédagogie Formation.

COUSERGUE C. / ed. *Guide de l'intégration scolaire de l'enfant et de l'adolescent handicapés*. Paris : Dunod, 1999. 288 p. Guides.

DELABARRE JM. *Le guide pratique de l'adaptation et de l'intégration scolaire*. Paris : Nathan, 1996. 252p. Les repères pédagogiques.

FUSTER P., JEANNE P. *Enfants handicapés & intégration scolaire*. Paris : Armand Colin/Masson, 1996. 128 p. Formation des enseignants, série enseigner.

GILLIG JM., LAFAY H. *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*. Paris : Dunod, 1999. 258 p. Enfance.

LESAIN-DELABARRE JM. *L'adaptation et l'intégration scolaires. Innovations et résistances institutionnelles*. ESF éditeur, 2000. 180 p. Actions sociales / Société.

MEGE-COURTEIX MC., LESAIN-DELABARRE JM. *Intégration, scolarisation, accueil des jeunes handicapés ou en grande difficulté en France. Memento pratique*. Suresnes : Editions du Centre national de Suresnes, 1998/11. 126 p. Politiques et Institutions éducatives.

ZAFFRAN J. *L'intégration scolaire des handicapés*. Paris : L'Harmattan, 1997. 219 p. Technologie de l'action sociale.

BELMONT B., VERILLON A., AUBLE JP. Marginalisation, intégration. Pour intégrer les enfants handicapés dans les classes ordinaires : quelles collaborations ? *Nouvelle revue de l' AIS (LA)*, 1999, n° 8, pp. 186-197.

BONY A., REDING V., LEROUX M. Europe et intégration. *Nouvelle revue de l' AIS (LA)*, 6 Mars 2000, n° 10, pp. 6-81.

BOURDON P. Marginalisation, intégration. Elèves handicapés à l'école : de l'intégration à la scolarisation. *Nouvelle revue de l' AIS (LA)*, 1999, n° 8, pp. 175-185.

COURAULT S., SARZIN I. Un plan triennal pour l'autonomie des handicapés. *Actualités sociales hebdomadaires*, 28 Janvier 2000, n° 2151, pp. 5-6.

GAILLARD F. Auxiliaire d'intégration scolaire. *Actualités sociales hebdomadaires*, 13 Avril 2001, n° 2210, pp. 25-26.

GATEAUX-MENNECIER J. L'intégration : l'empire des mots, le discours des faits. *Nouvelle revue de l' AIS (LA)*, 1999, n° 8, pp. 27-51.

GOSSOT B., BREANT P., GIOLITTO P. et al. Classes d'intégration scolaire : le rapport de l'inspection générale de l'éducation nationale. *UNAPEI – Cahiers de l'éducation, du travail et de l'habitat*, 1999, n° 12, pp13-58.

GUTTMAN C. Quelle école pour les handicapés ? Le débat sur leur intégration dans les écoles ordinaires est loin d'être clos. *Courrier de l'UNESCO*. Janvier 2001, pp. 14-15.

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Textes de référence

Annexe n° 2 : Méthodologie

Annexe n° 3 : Schéma régional de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée de Champagne-Ardenne

Annexe n° 4 : Questionnaire adressé en octobre 2001 aux IME de la Marne accueillant des enfants handicapés présentant une déficience intellectuelle

Annexe n° 1

Textes de référence

- ▣ Loi d'orientation 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées et Loi 75-535 sur les institutions sociales et médico-sociales
- ▣ Loi d'orientation sur l'éducation 89-486 du 10 juillet 1989

- ▣ Textes relatifs aux conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents atteints de déficience (annexe XXIV renouvelées) : Décrets 88-423 du 22 avril 1988 et 89-798 du 27 octobre 1989 ; Circulaires 88-09 du 29 avril 1988 et 89-17 du 30 octobre 1989
- ▣ Arrêté du 9 janvier 1989 relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages

- ▣ Circulaire 82-2 et 82-048 du 28 janvier 1982 sur la mise en œuvre d'une politique d'intégration pour enfants et adolescents handicapés
- ▣ Circulaire 83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983 sur la mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement
- ▣ Circulaire 91-33 du 6 septembre 1991 relative à l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés
- ▣ Circulaire 90-091 du 23 avril 1990 et 91-302 du 18 novembre 1991 relative à l'éducation spécialisée et intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés
- ▣ Circulaire 91-304 du 18 novembre 1991 relative à la scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire – Classe d'intégration scolaire (CLIS)
- ▣ Circulaire 99-187 du 19 novembre 1999 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés
- ▣ Circulaire DAS/RVASRV1 99-638 et DESCO 99-188 du 19 novembre 1999 relative à la mise en place de groupes départementaux de coordination Handiscol
- ▣ Circulaire 2001-061 du 5 avril 2001 relatif au financement de matériels pédagogiques adaptés au bénéfice d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices

Annexe n° 2

Méthodologie

L'étude sur site présentée ici ne se prétend pas exhaustive. D'une part, une vingtaine de journées seulement a pu être réservée aux investigations sur le terrain et aux recherches complémentaires de documentation. D'autre part, les différentes prises de contact avec les partenaires concernés n'ont pas toujours pu aboutir à des entretiens ou visites compte tenu des agendas chargés des uns et des autres et du calendrier du stage d'exercice professionnel pendant lequel se déroule les investigations pour le mémoire.

Le thème choisi est proche des préoccupations de l'inspecteur d'académie de Reims et du DDASS de la Marne dont les services se rencontrent régulièrement, notamment dans le cadre de la mise en place récente d'AIS, et il constitue un des volets du schéma régional de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée, arrêté en juin 2001. Ce contexte a favorisé des rencontres avec l'ensemble des partenaires et une position intéressante d'observateur lors de réunions diverses ou de débats sur ce thème, à l'occasion notamment de l'assemblée générale du groupe départemental Handiscol'. Il a permis également de rencontrer des parents d'enfants handicapés intégrés à temps partiel ou à temps plein en CLIS ou en classe ordinaire mais aussi des secrétaires de CCPE, qui jouent un rôle pivot dans le dispositif d'intégration scolaire.

Des informations ont été également recueillies lors de visites de CLIS, de SESSAD et d'IME ou d'entretiens avec des représentants de l'éducation nationale : IEN-AIS et IEN de circonscription mais aussi lors d'une enquête que nous avons lancée auprès des IME et SESSAD concernés du département. Il est à noter que cette enquête a eu un taux de réponse de 100 %.

Le résultat de ce travail apporte un témoignage sur les pratiques de la Marne en matière d'intégration scolaire et plus particulièrement d'intégration scolaire collective.

Annexe n° 3

Le schéma régional de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée de Champagne-ardenne

L'idée d'un schéma régional de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée est née d'une volonté forte des partenaires, exprimée dès 1997, au regard d'un paysage médico-social régional extrêmement contrasté : taux d'équipement disparates, systèmes d'information peu renseignés, diversité des pratiques des CDES dans l'orientation des jeunes handicapés.

Il a pour ambition de placer l'enfant et sa famille au cœur du dispositif et de promouvoir une politique d'intégration la plus large possible. Il n'est pas un outil de planification régionale mais une démarche régionale cohérente ayant pour objet de proposer un cadrage consensuel validé dont les propositions et les recommandations alimenteront les schémas départementaux prévus par la réforme de la loi de 1975. Ces schémas en seront les véritables vecteurs opérationnels.

Signé en juin 2001, il émet *49 recommandations* parmi lesquelles, nous ne retiendrons ici que celles concernant l'intégration en milieu scolaire ordinaire. Le schéma réaffirme que la *mise en œuvre de l'intégration scolaire est une priorité* :

Recommandation 7 : l'intégration scolaire se déroule en milieu ordinaire et ne se confond pas avec le détachement de postes d'enseignants, avec création de classes au sein même des établissements médico-sociaux. Sa mise en œuvre repose sur deux éléments fondamentaux : le projet individuel et la convention d'intégration.

Recommandation 8 : toute structure ou service médico-social œuvrant dans le domaine du handicap des enfants et adolescents, décline dans son projet d'établissement, de façon lisible, les actions d'intégration qu'il entend développer.

Recommandation 9 : la coordination entre les actions d'intégration scolaire en milieu ordinaire et l'offre médico-sociale sera organisée à l'occasion des travaux des groupes départementaux handiscol'.

Recommandation 10 : dans le cadre des travaux handiscol', le recours aux auxiliaires d'intégration devra être précisée et développé, de même que les conditions de leurs interventions (nombre, formation, financement). Une réflexion régionale sera conduite sur ce thème à partir des travaux départementaux.

Recommandation 11 : un programme régional d'actions de formation et d'information sur l'intégration scolaire destiné aux enseignants, aux professionnels du médico-social et des CDES sera élaboré et mis en œuvre en collaboration avec les quatre DDASS et l'académie.

Concernant les SESSAD :

Recommandation 15 : le jeune est orienté de façon privilégiée et en première intention vers une prise en charge de type SESSAD dès lors que son bilan en CDES permet d'envisager son maintien en milieu de vie et/ou scolaire ordinaire.

Recommandation 16 : chaque SESSAD dispose, par agrément, d'un projet de service pour la mise en œuvre de la prise en charge ambulatoire des jeunes qui lui sont confiés.

Recommandation 17 : l'augmentation de l'offre de places en SESSAD d'ici 5 ans constitue une priorité.

Recommandation 25 : favoriser en priorité dans le projet individuel, l'intégration en milieu scolaire ordinaire des jeunes déficients intellectuels légers. Cette action devrait constituer une des priorités des travaux handiscol'.

Annexe n° 4

IME

Nombre d'enfants (agrément) :

Association gestionnaire :

Classes en interne (enseignant E.N)

Nombre :

Nombre d'enfants scolarisés :

Temps complet :

Temps partiel :

Classes intégrées dans un groupe scolaire

Nombre :

Nombre d'enfants scolarisés :

Temps complet :

Temps partiel :

Enfants en intégration dans une classe d'un groupe scolaire

Nombre :

Nombre d'enfants scolarisés :

Temps complet :

dont

Classe ordinaire :

CLIS :

SEGPA :

UPI :

Temps partiel

dont

Classe ordinaire :

CLIS :

SEGPA :

UPI :

Variation du nombre d'enfants scolarisés en CLIS ces trois dernières années :

Combien d'enfants scolarisés bénéficient d'une prise en charge en SESSAD ?

en classe ordinaire :

en CLIS :

en SEGPA-UPI :

Nombre annuel de réunions du conseil d'établissement :

Intégration scolaire :

Quels contacts avez vous
avec les CCPE ?
avec l'éducation nationale, notamment les CLIS ?

Quelle forme prend votre collaboration avec les CLIS ?

Que pensez vous de la politique d'intégration scolaire menée en France ?

Quels sont les conditions de réussite ? les éléments facilitateurs à l'intégration scolaire ?

Quels sont les obstacles ? Quelles difficultés rencontrez vous ?

Accueillez vous des enfants que vous ou la famille auraient souhaité scolariser à l'extérieur de l'établissement et qui n'ont pu en bénéficier ? Si oui, pourquoi ? et dans quelles conditions pourraient-ils l'être ?

A ce sujet, que pensez-vous de la déclaration de Mme Royal au Figaro (juillet 2001) selon laquelle 2/3 des enfants placés dans les établissements spécialisés pourraient être intégrés à l'école ?

Ne craignez vous pas d'être « condamné » à accueillir les cas les plus lourds ?

Autres réflexions et commentaires :

METZGER

Dominique

Mars 2002

INSPECTEURS DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Promotion 2000-2002

L'intégration scolaire collective des enfants handicapés déficients intellectuels à l'école élémentaire : Freins et résistances à l'intégration scolaire à partir de l'exemple du département de la Marne

Résumé :

La loi d'orientation du 30 juin 1975 présente l'objectif de l'intégration scolaire en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés, comme prioritaire et crée les commissions d'éducation spéciale. L'intégration scolaire collective en CLIS se met en place progressivement depuis 1991. Un plan d'intégration scolaire, le plan Handiscol', a été arrêté dès 1999 et conforté régulièrement depuis. Une circulaire du 19 novembre 1999 rappelle notamment que la scolarisation est un droit ; l'accueil, un devoir ; la démarche de l'intégration scolaire, le projet individualisé ...

La volonté politique d'intégration scolaire est constamment réaffirmée avec force, la scolarisation de près d'un enfant handicapé sur deux en milieu scolaire ordinaire pour la rentrée scolaire 2001-2002 est annoncée. Pour autant, il apparaît, à travers l'exemple du département de la Marne, que si le nombre d'intégrations scolaires, individuelles ou collectives, à temps plein ou à temps partiel, avec ou sans mise en place de soutiens spécialisés, progresse, des obstacles subsistent encore.

Ces freins et ces résistances proviennent aussi bien de l'école, des établissements spécialisés ou de la qualité des relations entre les partenaires impliqués dans le dispositif, que des parents, de l'enfant handicapé lui-même ou d'un manque d'évaluation de la politique d'intégration scolaire en France.

Mots clés :

Enfants handicapés, déficience intellectuelle, intégration scolaire, historique, école, IME, SESSAD, partenariat, parents, Marne, France.

L'École Nationale de la Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.