



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social et
médico-social public**

Promotion : **2006-2007**

Date du Jury : *décembre 2007*

**Loi du 11/02/2005 et scolarisation
des enfants en situation de handicap
mental et psychique : quelle incidence
sur le fonctionnement des
établissements médico-sociaux ?**

Pauline BELET

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être élaboré sans l'aide précieuse de certaines personnes que je tiens ici à remercier particulièrement.

Monsieur B. Durand, qui, en qualité de directeur du Centre Jean-Marie Larrieu, a été mon maître de stage. Il a su tout au long de ces huit mois me faire partager la richesse du métier de directeur d'établissement médico-social. Son expérience et son analyse du terrain ont grandement alimenté mes réflexions sur le thème de ce mémoire professionnel.

Les professionnels de l'Éducation nationale et du secteur médico-social qui ont accepté de m'accorder un entretien. Chaque rencontre a été l'occasion d'éclairages pertinents et complémentaires sur le sujet traité.

Merci également à tous les membres du personnel du Centre Jean-Marie Larrieu pour leur accueil chaleureux et les nombreux échanges toujours intéressants qui m'ont beaucoup apporté, à la fois humainement et dans le cadre de ce travail.

Enfin, je remercie très sincèrement ma famille et mes amis proches pour leur soutien moral indéfectible et leurs encouragements continus.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction..... | 1 |
| 1 Les grands principes de la loi du 11 février 2005 en matière de scolarisation des enfants handicapés..... | 5 |
| 1.1 Repères historiques sur l'intégration scolaire des enfants handicapés..... | 5 |
| 1.1.1 D'une politique ségrégative à une politique inclusive..... | 5 |
| 1.1.2 Etat des lieux de la scolarisation des enfants handicapés..... | 10 |
| 1.2 Le principe du parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap..... | 14 |
| 1.2.1 Le droit à la scolarisation en milieu ordinaire | 14 |
| 1.2.2 La particularité du parcours des enfants orientés en établissement médico-social..... | 19 |
| | |
| 2 Les incidences de la loi du 11 février 2005 sur les établissements médico-sociaux accueillant des enfants ou adolescents en situation de handicap mental ou psychique..... | 21 |
| 2.1 Les incidences sur la population accueillie | 21 |
| 2.1.1 Des difficultés de mise en œuvre de la loi spécifiques au handicap mental et psychique | 21 |
| 2.1.2 Vers un changement dans la population accueillie | 24 |
| 2.2 Le nouveau rôle des structures médico-sociales : « de la prise en charge à l'accompagnement »..... | 25 |
| 2.2.1 La nécessaire adaptation des pratiques professionnelles médico-sociales | 25 |
| 2.2.2 Les modalités d'adaptation de l'offre aux nouveaux besoins de la population accueillie et leurs conséquences..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 3 Développer les partenariats pour surmonter les difficultés de mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 | 35 |
| 3.1 L'indispensable coopération entre le secteur médico-social et l'Éducation nationale | 35 |
| 3.1.1 Approfondir la formation des enseignants | 35 |
| 3.1.2 Eclaircir le statut des unités d'enseignement..... | 39 |
| 3.1.3 Développer la réciprocité des échanges pour une meilleure efficacité de la prise en charge..... | 40 |
| 3.2 Le partenariat entre les établissements médico-sociaux, la MDPH et les familles..... | 43 |
| 3.2.1 Associer l'ensemble des acteurs à la construction du projet..... | 43 |
| 3.2.2 Rendre réactif et souple le PPS | 45 |
| | |
| Conclusion..... | 47 |
| | |
| Bibliographie | 49 |
| | |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

AVS : auxiliaire de vie scolaire

CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce

CAPA-SH : certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

2CA-SH : certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap

CAAPSAIS : certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaire

CASF : code de l'action sociale et des familles

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CLIS : classe d'intégration scolaire

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique

DDASS : direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ETP : équivalent temps plein

GAPP : groupe d'aide psycho-pédagogique

GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

IME : institut médico-éducatif

IMP : institut médico-pédagogique

ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

IUFM : institut universitaire de formation des maîtres

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

PPS : projet personnalisé de scolarisation

RASED : réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

UPI : unité pédagogique d'intégration

Introduction

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées s'inscrit dans la continuité de la loi de 1975 basée sur le principe de la solidarité nationale. Cette récente loi repose sur le principe du droit à la compensation des conséquences du handicap, permettant pour les personnes handicapées la pleine expression de leur citoyenneté.

Tout d'abord, il est nécessaire de souligner que la loi donne une définition du handicap. En effet, il est inséré dans le Code de l'action sociale et des familles l'article L.114 précisant que « *constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». La notion de handicap est donc considérée dans une acception très large et prenant en considération l'environnement dans lequel évolue la personne ; de plus, est introduite la notion de temporalité : une situation de handicap peut n'être que temporaire, pour autant elle doit être compensée.

Concernant la compensation des conséquences du handicap, elle s'exprime en terme de besoins dans le projet de vie élaboré par la personne handicapée elle-même, celui-ci permettant ensuite la construction d'un plan personnalisé de compensation du handicap. Par ce biais, la personne handicapée se voit placée au centre des dispositifs qui la concernent et se voit proposer une logique de service là où n'existait qu'une logique administrative. C'est à cette fin que la loi a prévu la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), pensées comme des guichets uniques exerçant « *une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap* »¹. Leur rôle est également d'aider à la formulation du projet de vie de la personne handicapée et de verser la nouvelle prestation de compensation. En effet, cette prestation est le volet financier de la compensation du handicap ; celle-ci peut aussi se traduire par une aide humaine ou matérielle permettant le maintien à domicile du

¹ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, titre V chap. II art. 64, Journal Officiel, 12 janvier 2005, p. 2353 et suiv.

bénéficiaire, ou par une aide institutionnelle sous forme d'orientation vers un service ou un établissement spécialisé.

La compensation du handicap vise à permettre aux personnes handicapées de bénéficier dans la mesure du possible d'un cadre ordinaire de vie. Pour les enfants, cela concerne également le cadre ordinaire de la scolarité. Aussi, tout enfant en situation de handicap fait désormais l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS)², qui est un élément du plan personnalisé de compensation validé par la Commission des droits et de l'autonomie de la MDPH. C'est une avancée fondamentale de la loi de 2005 que de reconnaître à tout enfant handicapé le droit à une scolarisation en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile, en vertu du principe de non discrimination. Il est affirmé que les enfants handicapés doivent être des élèves de droit commun, et leur scolarisation en milieu ordinaire devient la norme, là où elle était une exception.

Or, ce profond bouleversement intéresse au premier chef les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des enfants handicapés. En effet, tout enfant ou adolescent orienté par la MDPH vers un établissement de ce type est détenteur d'un projet personnalisé de scolarisation, que l'établissement doit s'efforcer de mettre en œuvre. C'est en ce sens que le parlementaire G. Geoffroy énonce que les institutions médico-sociales doivent passer « *de la prise en charge à l'accompagnement* »³ : c'est une véritable révolution dans leur logique de fonctionnement, une remise en cause de leurs pratiques professionnelles, qui peut aller jusqu'à poser la question de l'avenir de ces établissements.

A ce titre, le rôle du chef d'établissement dans la mise en œuvre de la loi est primordial, d'où l'intérêt professionnel de ce mémoire. La connaissance des grands principes de la loi par le directeur lui est indispensable pour impulser une dynamique de changement au sein des équipes et leur faire prendre conscience des conséquences de la loi en terme d'organisation de la prise en charge.

De plus, de l'implication du chef d'établissement dépend le bon fonctionnement des partenariats indispensables avec les acteurs concourant à la prise en charge du parcours de scolarisation des enfants handicapés : l'Éducation nationale, les MDPH. A ce niveau tout est encore à construire, la coopération entre le monde médico-social et celui de l'enseignement n'étant pas réellement développée, souvent par manque de (re)connaissance mutuelle, et celle avec les MDPH étant toute récente. La promotion de

² Voir annexe II : exemple de PPS utilisé dans le département des Hautes-Pyrénées.

³ GEOFFROY G., *La scolarisation des enfants handicapés*, rapport de mission parlementaire, 1^{er} avril - 30 septembre 2005, p. 8.

la scolarisation en milieu ordinaire des enfants présentant un handicap est largement dépendante de la volonté du directeur d'établissement.

Enfin, ce travail a aussi été guidé par une interrogation relative à l'applicabilité des principes de la loi du 11 février 2005 en matière de scolarisation pour les enfants en situation de handicap mental ou psychique. Les formes que peuvent recouvrir ces deux types de handicap sont multiples. La notion de handicap mental est employée pour désigner les personnes présentant une déficience intellectuelle. Les enfants en situation de handicap mental peuvent être accueillis dans les instituts médico-éducatifs (IME) ; ils sont définis par l'article 1 du Titre 1 de l'annexe XXIV comme « *nécessitant principalement une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, notamment orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité* ». Quant au terme de handicap psychique, il sera utilisé dans ce mémoire pour définir les enfants et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement. Ceux-ci peuvent être pris en charge dans des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP). Selon le décret du 6 janvier 2005⁴, ces établissements accueillent des enfants « *qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé* ». Or, le principe de scolarisation « *en priorité en milieu ordinaire* »⁵ semble plus difficile à mettre en œuvre pour ces populations que pour les enfants présentant un handicap moteur ou sensoriel : en effet, la problématique des enfants en situation de handicap mental ou psychique s'exprime particulièrement dans un contexte scolaire.

L'étude de la scolarisation des enfants en situation de handicap mental et psychique a nécessité plusieurs types d'outils.

En premier lieu, j'ai réalisé un travail d'observation de terrain lors de mon stage de professionnalisation effectué au Centre Jean-Marie Larrieu. Cet établissement médico-social public situé dans les Hautes-Pyrénées comprend trois agréments : un IME

⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, Journal Officiel, 8 janvier 2005, p. 376 et suiv.

⁵ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, art 1, Journal Officiel, 31 décembre 2005, p. 20778 et suiv.

accueillant des enfants et adolescents de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle légère à moyenne avec troubles associés ; un ITEP recevant des enfants et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement âgés de 6 à 20 ans ; un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) prenant en charge ces deux types de populations entre 4 et 18 ans. J'ai pu constater à quel point les questions du projet personnalisé de scolarisation et du partenariat avec l'Éducation nationale sont actuellement prégnantes. A titre d'exemple, j'ai assisté à une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein de la MDPH, à une rencontre entre les membres de la direction du Centre Jean-Marie Larrieu et l'inspecteur d'académie, ou encore à des réunions de bilan d'intégration en école ordinaire d'enfants de l'établissement.

En second lieu, j'ai mené divers entretiens avec des acteurs de la mise en œuvre de la loi de 2005. Ils ont été réalisés sur un mode semi-directif, afin de permettre un échange constructif, et mémorisés sous forme de prise de notes quasi intégrale. Afin de recueillir une vision globale du sujet, j'ai interrogé des personnes appartenant au secteur de l'enseignement (inspectrice en charge de l'adaptation scolaire pour les élèves handicapés, enseignante référente, ou encore enseignant) et d'autres travaillant dans le secteur médico-social, essentiellement pour cette catégorie des agents du Centre Jean-Marie Larrieu.

Enfin, une étude bibliographique a complété le recueil de données. Elle s'est avérée indispensable pour comprendre l'évolution du principe d'intégration scolaire des enfants handicapés, ainsi que pour analyser l'application de ce principe. Une source principale de documentation a été l'étude des textes législatifs et réglementaires, la loi du 11 février 2005 ayant nécessité de nombreux décrets et circulaires d'application. Cependant, une large part a été consacrée également à la lecture d'ouvrages et d'articles relatifs à la scolarisation des enfants handicapés et à l'articulation entre le secteur médico-social et les établissements scolaires.

Il est nécessaire dans un premier temps de comprendre et analyser les grands principes de la loi du 11 février 2005 relatifs à la scolarisation des enfants handicapés, en retraçant l'historique de la notion d'intégration scolaire, puis en expliquant le principe actuel de parcours de scolarisation (1). Il s'agit ensuite d'appréhender les incidences de ces principes sur les établissements médico-sociaux, en terme de répercussions sur la population accueillie et sur le fonctionnement interne de ces établissements (2), avant de voir en quoi le développement de partenariats entre ceux-ci, l'Éducation nationale, les MDPH, et les familles est indispensable pour dépasser les difficultés de mise en œuvre de la loi et assurer une prise en charge de qualité (3).

1 Les grands principes de la loi du 11 février 2005 en matière de scolarisation des enfants handicapés

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose dans son article 19⁶ les grandes orientations concernant la scolarité des enfants en situation de handicap. Ces nouveaux principes ne sont en fait que la suite logique de l'évolution législative et réglementaire dans ce domaine et du changement de mentalités qui l'accompagne. Cette évolution mérite de s'y arrêter un instant, afin de bien comprendre ensuite la notion de parcours de scolarisation telle que définie par la loi.

1.1 Repères historiques sur l'intégration scolaire des enfants handicapés

Des lois de Jules Ferry à celle du 11 février 2005, l'évolution des connaissances scientifiques et donc des conceptions de l'éducation dans le domaine du handicap a induit une progression dans les différentes réponses pouvant être apportées aux enfants handicapés. Les étapes successives dans la prise en considération de ces enfants en matière de scolarisation se traduisent par un changement dans le vocabulaire employé. Ainsi, les enfants « inéducables » sont devenus les enfants « à besoins éducatifs particuliers » : nous verrons par quel biais, puis ce qu'il en est à l'heure actuelle du processus de scolarisation des enfants handicapés, en Europe et au niveau français.

1.1.1 D'une politique ségrégative à une politique inclusive

A) L'enfance dite « anormale »

Dès 1882 et les lois de Jules Ferry instaurant l'école gratuite, laïque et obligatoire, D. Bourneville⁷ plaide pour l'ouverture de classes adaptées pour les enfants considérés comme « anormaux » et jusque là écartés dans des asiles. Cette idée s'appuie sur celle de l'éducabilité de tout individu, et sur le fait que des interactions entre des groupes d'enfants hétérogènes ne peuvent qu'être bénéfiques pour l'épanouissement de leurs potentialités.

⁶ voir annexe I : loi n°2005-102 du 11 février 2005, titre IV, chapitre 1^{er}, articles 19 à 22.

⁷ D. Bourneville est nommé en 1879 médecin de l'hospice de Bicêtre.

C'est dans cette logique que la loi du 15 avril 1909⁸ affirme que l'obligation scolaire doit s'exercer pleinement et permettre l'insertion sociale des enfants « anormaux ». Ainsi sont créées les classes de perfectionnement, s'accompagnant pour certaines d'internat, censées promouvoir l'intégration scolaire de ces enfants en milieu ordinaire. A. Binet et T. Simon définissent des critères d'orientation dans ces classes, sur la base d'une échelle métrique de l'intelligence. Mais ce système qui se veut intégrateur aboutit en pratique à une ségrégation de l'enfance dite anormale, et les classes de perfectionnement génèrent un phénomène d'exclusion. En outre, cette volonté d'intégration n'est pas relayée par les pouvoirs politiques, leur inertie ne permet pas une réelle prise en charge de ces enfants puisque les moyens sont insuffisants, et ce jusqu'au début des années 1940. Ainsi on dénombre 40 classes spécialisées en France en 1936, et seulement 274 en 1944⁹, ce qui ne représente pas un accroissement très rapide.

B) L'enfance inadaptée

Le regard porté sur la situation de l'enfance « anormale » change dans les années 1940, sous le gouvernement de Vichy. En effet, c'est à cette époque qu'est créé le Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral, qui substitue à la notion d'enfance anormale celle d'enfance inadaptée. Ce changement de terme s'explique notamment par l'apparition de nouvelles références en matière de psychiatrie. Sous le vocable « enfance inadaptée » sont entendus de façon très large les groupes de population dérogeant à la norme psycho-médicale, familiale, scolaire ou sociale.

C'est à la Libération qu'un secteur médico-éducatif apparaît parallèlement au système scolaire de l'Éducation nationale, à partir de la constitution d'associations : celles-ci créent des institutions spécialisées dans l'éducation d'enfants inadaptés. On assiste également à la naissance de la profession d'éducateur spécialisé. De 1950 à 1970, le contexte économique et social favorise la multiplication des structures médico-éducatives. L'Éducation nationale laisse la mouvance des associations s'investir dans la prise en charge de l'inadaptation, et le champ même de l'inadaptation s'élargit, écartant du système scolaire un nombre grandissant d'enfants. Progressivement, la prise en charge des enfants inadaptés – qui deviendront par la suite les enfants « handicapés et en difficulté » – devient ségrégative : les institutions ont tendance à développer une logique

⁸ Loi du 15 avril 1909 relative à la création des classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés.

⁹ FUSTER P., JEANNE P., 1999, *Enfants handicapés et intégration scolaire*, Paris : Armand Colin/Masson, 130 p., p. 21.

de filière, de laquelle les enfants ne sortent que rarement. Par ailleurs, dans leur mode de fonctionnement le pédagogique s'efface au profit du thérapeutique.

Il faut noter, paradoxalement, la création en 1963 des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), autorisée par un décret du 18 février, marquant le concept de cure ambulatoire et prenant le contre-pied de la logique ségrégative alors en place. Dans la même période, deux circulaires du 21 septembre 1965 et du 27 décembre 1967 instituent les sections d'éducation spécialisée (SES) dans les collèges, destinées aux enfants déficients intellectuels légers sortant des classes de perfectionnement ; ceci témoigne de la persistance de l'attitude d'exclusion. Il faut attendre encore quelques années avant que se développe une réelle pédagogie de l'adaptation, impulsée par le politique. En effet, c'est suite à un rapport de F. Bloch-Lainé (alors Premier Ministre) étudiant le « problème général de l'inadaptation des personnes handicapées » et publié en 1969, qu'une circulaire du 9 février 1970 crée à la fois les groupes d'aide psycho-pédagogique (GAPP) à destination des élèves handicapés ayant besoin d'une rééducation particulière, et les classes d'adaptation pour les enfants en grandes difficultés scolaires . Tous deux visent à « *compenser les lacunes de l'élève en l'adaptant ou le réadaptant aux exigences de l'école* »¹⁰. C'est d'ailleurs ce rapport qui servira de référence pour l'élaboration de la loi n°75-534 du 30 juin 1975¹¹, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

C) L'enfance handicapée

La loi de 1975 regroupe sous un vocable commun les infirmes et les inadaptés en posant, sans toutefois le définir, le terme de personnes handicapées. De plus, elle affirme dans son article 1^{er} la nécessité de considérer l'intégration comme une priorité, elle élargit le concept d'obligation scolaire à celui d'obligation éducative en faisant pour cela apparaître la notion d'éducation spéciale, et prévoit l'intégration scolaire comme pouvant revêtir différentes formes en fonction des potentialités de l'enfant.

Suite à cette loi d'orientation donnant priorité au maintien dans l'école ordinaire, de nombreuses circulaires de l'Éducation nationale sur l'intégration scolaire des enfants handicapés s'enchaînent, citons parmi les plus importantes celles du 28 janvier 1982¹² et

¹⁰ FUSTER P., JEANNE P., 1999, *Enfants handicapés et intégration scolaire*, Paris : Armand Colin/Masson, 130 p., p. 23.

¹¹ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Journal Officiel, 1^{er} juillet 1975, p. 6595 et suiv.

¹² Circulaire n°82-048 du 28 janvier 1982 relative à la mise en place d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés.

celle du 29 janvier 1983¹³. La première insiste d'une part sur l'importance de l'insertion sociale permise par l'intégration scolaire, d'autre part sur la nécessaire prise en considération des institutions spécialisées en parallèle du système scolaire ordinaire. Quant à la seconde circulaire, elle est plus technique et aborde les modalités pratiques de mise en œuvre des soutiens et soins spécialisés. Elle souligne la multiplicité de formes que peut revêtir l'intégration scolaire pour les enfants handicapés, laquelle doit en conséquence être envisagée à partir d'un projet éducatif individualisé. Cependant, la traduction en actes de cette priorité intégrative reste modeste.

Puis en 1990¹⁴, les réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED) remplacent les GAPP : c'est l'amorce d'un changement dans la philosophie de l'adaptation scolaire, car ces aides spécialisées sont pensées pour mais aussi avec l'enfant. Celui-ci devient acteur dans la relation d'aide qui lui est apportée. Parallèlement aux avancées dans le champ de la difficulté scolaire, ce mouvement se confirme dans le champ du handicap avec la circulaire du 18 novembre 1991¹⁵ créant les classes d'intégration scolaire (CLIS), qui se substituent aux classes de perfectionnement. Les CLIS organisent une scolarité adaptée pour une douzaine d'élèves, définissant des projets pédagogiques pour le groupe et pour chaque élève. C'est le principe de la pédagogie différenciée, qui implique que non seulement l'enfant doit se conformer aux exigences du système scolaire, mais que ce dernier doit aussi s'adapter à la diversité des individus qui lui sont confiés. En outre, le projet d'école doit inclure le fonctionnement de la CLIS, afin d'assurer à celle-ci une ouverture sur l'extérieur et offrir aux élèves une réelle possibilité d'échange. Les CLIS, confiées à des maîtres titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaire (CAAPSAIS), sont divisées en quatre catégories : les CLIS 1 sont réservées aux enfants ayant un handicap mental, les CLIS 2 un handicap visuel, les CLIS 3 un handicap auditif, et les CLIS 4 un handicap moteur. L'accueil d'un enfant en CLIS suppose, selon la circulaire, que celui-ci soit en mesure « *d'assumer les contraintes et les exigences minimales de comportement qu'implique la vie à l'école* », et qu'une capacité de communication soit acquise ou en voie de l'être. Si la circulaire est très précise sur les modalités d'intégration

¹³ Circulaire n°83-082 du 29 janvier 1983 relative à 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.

¹⁴ Circulaire n°90-082 du 9 avril 1990 relative à la mise en place et l'organisation des réseaux d'aides spécialisés aux élèves en difficulté.

¹⁵ Circulaire n°91-304 du 18 novembre 1991 relative à la scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire ; classes d'intégration scolaire (CLIS).

de ces enfants, il est à noter qu'elle n'évoque pas les enfants manifestant des troubles du caractère et du comportement, pour qui aucun moyen spécifique n'est prévu au sein de l'Éducation nationale.

Parallèlement à ces avancées propres au milieu scolaire, le décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du 9 mars 1956 relatives aux conditions techniques d'autorisation des établissements accueillant des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés, affirme que la prise en charge doit « *tend[re] à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie* ». Concernant les apprentissages pédagogiques, les nouvelles annexes XXIV prévoient que « *les différentes sections peuvent faire appel à la collaboration d'établissements scolaires [...] en passant avec eux une convention portée à la connaissance des autorités académiques et de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale* ». Ainsi, les secteurs médico-social et pédagogique ne sont pas hermétiques mais au contraire sont censés se compléter. Cette idée est reprise dans la circulaire interministérielle n°89-17 du 30 octobre 1989, qui développe également la notion d'adaptation des apprentissages proposés aux potentialités de l'enfant accueilli, en distinguant ce qui relève du handicap et ce qui relève du champ de la difficulté scolaire. Le regard change : soulignant auparavant les déficiences et incapacités, il se tourne désormais vers les capacités et potentialités de la personne.

Par la suite, les textes n'auront de cesse de développer l'intégration scolaire, mise en place à partir d'un projet individuel de formation. En 1995, 2 circulaires datées du 17 mai sont dans cette dynamique : l'une prévoit l'intégration dans les établissements du second degré des adolescents handicapés¹⁶, l'autre crée les unités pédagogiques d'intégration (UPI) pour les élèves de plus de 12 ans présentant une déficience intellectuelle et sortant de CLIS 1, qui sont des classes intégrées dans les collèges ordinaires¹⁷. Une circulaire de 2001¹⁸ étendra les UPI aux autres déficiences.

D) De l'intégration à l'inclusion

En 1999, la circulaire n°99-187 du 19 novembre portant sur la scolarisation des enfants et adolescents handicapés présente celle-ci comme un droit : « *tous les jeunes, quels que*

¹⁶ Circulaire n°95-124 du 17 mai 1995 relative à l'intégration scolaire des préadolescents et adolescents présentant des handicaps au collège et au lycée.

¹⁷ Circulaire n°95-125 du 17 mai 1995 relative à la mise en place de dispositifs de regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap mental : les UPI.

¹⁸ Circulaire n°2001-2035 du 21 février 2001 relative à la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré et au développement des unités pédagogiques d'intégration.

soient les besoins éducatifs qu'ils présentent, doivent trouver dans le milieu scolaire ordinaire la possibilité d'apprendre et de grandir avec les autres ». C'est le terme de scolarisation qui sera repris par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, qui abandonne dans le même temps celui d'éducation spéciale. L'emploi du terme scolarisation introduit la notion de pédagogie et de statut d'élève pour l'enfant handicapé, contrairement à l'intégration scolaire qui renvoie à l'idée d'effort d'adaptation à fournir par l'enfant handicapé. De la même façon, l'intégration renvoyant à l'idée de « *faire entrer un élément dans un tout, en établissant une interdépendance* »¹⁹, il lui est préféré le terme d'inclusion : l'enfant handicapé est alors considéré comme faisant partie du corps social.

La loi du 11 février 2005 pose comme principe la scolarisation en milieu ordinaire de tous les enfants quel que soit leur type de handicap, dans l'établissement scolaire le plus proche du domicile ; celui-ci devient son établissement de référence. La scolarisation des enfants handicapés ne se conçoit plus uniquement dans des systèmes collectifs comme les CLIS ou les UPI, mais s'entend aussi et surtout en terme d'intégration individuelle. Bien sûr, il subsiste pour les parents la possibilité de scolariser leur enfant en établissement médico-social, mais dans tous les cas il s'agit de penser en terme de parcours de scolarisation qui ne soit pas forcément linéaire, et de compensation du handicap la mieux appropriée. C'est ce à quoi faisait référence la députée M-A. Montchamp lors des débats parlementaires de juin 2004, insistant sur le fait que « *les dispositifs médico-sociaux doivent être un plus offert aux élèves* »²⁰ : il ne doit pas s'agir de substitution au système scolaire mais de complémentarité.

Si la France connaît donc un système mixte avec scolarité ordinaire et enseignement spécialisé, dont les liens tendent à se renforcer avec la loi de 2005, il importe de comprendre que cette problématique n'est pas uniquement française, et de savoir que, malgré une volonté commune, les modalités de prise en charge du handicap sont diverses selon les pays européens.

1.1.2 Etat des lieux de la scolarisation des enfants handicapés

A) La scolarisation des enfants handicapés en Europe

En dépit de déclarations internationales comme celle des droits de l'enfant du 10 novembre 1956, celle des droits du déficient mental du 20 décembre 1971 (ONU), ou

¹⁹ CHARLIER M., 2002, « L'intégration des enfants handicapés : où en est-on ? », *Sauvegarde de l'enfance*, vol. 57, n°4, p. 210.

²⁰ Journal Officiel de la République Française, Débats, Assemblée nationale, 4 juin 2004, p. 4470.

encore celle des droits des personnes handicapées du 9 décembre 1975 (ONU), il faut attendre 1996 pour voir apparaître une véritable politique commune aux pays européens en matière de scolarisation des enfants handicapés. En effet, la charte du Luxembourg de novembre 1996, faisant suite à une vaste étude dans les pays de la communauté européenne²¹, pose un certain nombre de principes relatifs à l'accueil des élèves handicapés et à leur éducation²² :

- droit, pour tous, d'accès à l'école ordinaire
- égalité des chances
- droit à la participation sociale
- adaptation de l'école aux besoins de chacun
- rôle essentiel des parents dans un espace de co-éducation
- précocité des interventions et de l'intégration
- pluridisciplinarité et coordination des acteurs du processus d'intégration
- objectif continu : l'autonomie de la personne

Cette charte envisage ensuite des stratégies de mise en œuvre et des propositions d'action pour les États membres. Parmi les principales, les stratégies d'action sont les suivantes :

- approche éducative globale basée sur le respect des besoins, des intérêts et des désirs du sujet ainsi que sur ses capacités
- choix des parents concernant l'enseignement souhaité pour leur enfant
- évaluation précise et permanente des progrès de la personne et des méthodes mises en place
- participation de la personne à son projet
- formation initiale et continue de qualité indispensable pour les enseignants

En cela, la charte du Luxembourg constitue le fondement de la politique européenne en matière d'intégration scolaire des enfants handicapés.

Cependant, l'appréciation de l'éducation spécialisée, et surtout les pratiques, varient d'un pays à l'autre. Les pays européens peuvent être répartis en trois grandes catégories, selon le mode de scolarisation proposé aux enfants déficients ou en très grande difficulté.

²¹ Il s'agit du programme d'action communautaire « Hélios ».

²² LATOUILLE J-J., *Approche européenne des élèves à besoins éducatifs particuliers*, conférence du module 7.3 de la formation CAPA-SH, Toulouse, 8 février 2007.

Tout d'abord les pays à option unique : ce sont ceux dont le système éducatif vise à accueillir la quasi totalité des jeunes présentant un handicap à l'école ordinaire, avec un soutien spécialisé au sein de l'école. Il n'existe donc qu'un seul système scolaire. On peut citer l'Italie, le Portugal, l'Espagne, la Suède ou encore la Norvège. Dans ces pays, la proportion des élèves fréquentant une classe ou établissement spécialisé(e) est très faible, de l'ordre de moins de 1% de la population scolaire. En Norvège par exemple, la plupart des institutions spécialisées ont été fermées, l'idée étant que les élèves doivent apprendre à interagir en acceptant les différences. Cela nécessite de la part de l'enseignant une grande capacité d'adaptation de sa pédagogie, dont tous les élèves bénéficient, qu'ils soient handicapés ou non. En effet, il s'agit de considérer qu'un élève handicapé a des besoins éducatifs particuliers au même titre que n'importe quel élève ; c'est seulement la nature ou le degré de difficulté, et donc d'adaptation nécessaire, qui varie.

Ensuite les pays dans lesquels les options sont distinctes : entendons par là les pays qui proposent soit un enseignement spécial, soit un enseignement ordinaire, avec très peu de passerelles entre les deux secteurs et souvent une législation différente. C'est le cas de la Belgique, des Pays-Bas et de l'Allemagne, où la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire n'est pas ancrée dans les mentalités et dépend uniquement de la bonne volonté des enseignants. Cependant, la tendance à la ségrégation commence, sous la pression des familles, à évoluer vers plus d'intégration.

Enfin, les pays proposant une approche plurielle : ce sont les pays offrant un éventail de possibilités intermédiaires, notamment des classes spécialisées dans des établissements scolaires ordinaires. Les modalités de scolarisation sont multiples et relativement souples. Nous trouvons dans cette catégorie de pays la France, le Danemark et le Royaume Uni.

D'une manière générale, la majorité des pays européens tendent à proposer un système mixte. C'est en ce sens en tout cas qu'évoluent les différentes législations nationales.

B) Les chiffres de la scolarisation des enfants handicapés en France

Chiffrer le nombre d'enfants et d'adolescents en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire n'est pas chose aisée, de par la multiplicité des formes de scolarisation possibles : individuelle ou collective, à temps complet ou à temps partiel. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime dans son

rapport de mars 2007²³ que, tous types de handicaps confondus, ce nombre s'élève à 151 500 pour l'année scolaire 2005-2006, sur un total de 235 400 ayant été scolarisés (soit 64%). Parmi ces 151 500 élèves handicapés, 69% ont bénéficié d'une scolarisation individuelle, et 31% ont été scolarisés dans des classes dédiées aux enfants handicapés (scolarisation dite « collective »).

Ces données font apparaître une nette progression de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap, puisqu'à la rentrée de 1999, seuls 52% d'entre eux avaient été accueillis dans des établissements de l'Éducation nationale. Cette progression s'est poursuivie sur l'année 2006-2007, P. Bas ayant présenté le chiffre de « 160 000 élèves handicapés scolarisés à l'école de tous »²⁴. Cela étant, un tiers des enfants handicapés sont scolarisés uniquement en établissement médico-éducatif²⁵ ou hospitalier. Quant au nombre d'enfants et adolescents soumis à l'obligation scolaire mais qui ne seraient pas scolarisés à l'heure actuelle, la DREES l'estime à environ 20 000 : ils sont soit pris en charge en établissement, bénéficiant de ce fait du soutien des éducateurs, soit à domicile et la plupart en attente d'une solution.

Par ailleurs, la DREES note que la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire diminue avec l'âge : en effet, si 80% des 6-7 ans sont scolarisés en milieu ordinaire, seulement 30% le sont à 19-20 ans. De plus, le nombre d'élèves présentant une déficience intellectuelle diminue avec l'avancée dans la scolarité, et ils sont moins souvent scolarisés à temps plein.

Avec l'application de la loi du 11 février 2005, dont les effets n'ont pas pris leur pleine mesure à la rentrée 2006, il est à prévoir une forte augmentation du nombre d'enfants et adolescents scolarisés en milieu ordinaire. C'est d'ailleurs pourquoi 1000 UPI devraient voir le jour d'ici 2010, soit une création de 200 UPI par an entre 2005 et 2010. Il est en effet important d'offrir un panel de modalités de scolarisation, pour que la continuité de la scolarité soit garantie à chacun comme le prévoit la loi de 2005.

²³ DREES, *La scolarisation des enfants et adolescents handicapés*, mars 2007, Études et résultats, n°564.

²⁴ BAS P., *Loi Handicap du 11 février 2005 : 2 ans après*, conférence de presse du 7 février 2007, III. Favoriser la scolarité des enfants handicapés.

²⁵ La DREES regroupe sous ce terme principalement les établissements accueillant des enfants présentant une déficience psychique ou mentale (72% d'entre eux), un handicap moteur (6%) ou un polyhandicap (8%).

1.2 Le principe du parcours de scolarisation des enfants en situation de handicap

La conception d'un parcours de scolarisation pour chaque enfant ou adolescent handicapé est dorénavant au cœur de son plan de compensation du handicap. Pour mettre en œuvre ce principe, de nouveaux outils et acteurs ont été mis en place, dans un souci toujours présent de faire participer les familles au projet élaboré pour leur enfant.

1.2.1 Le droit à la scolarisation en milieu ordinaire

A) L'inscription

La scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap répond aux trois dimensions de l'intégration : une intégration physique, consistant simplement à se trouver dans le même lieu que ses concitoyens ; une intégration fonctionnelle, c'est-à-dire assumer des actions comparables à celles des personnes « ordinaires », en l'occurrence avoir accès aux apprentissages scolaires ; une intégration sociale, visant à nouer des relations sociales positives avec ses pairs.

C'est dans cet objectif que la loi de 2005 rend obligatoire pour tous cette scolarisation, l'école étant pour l'enfant le premier lieu de socialisation et d'éducation. Sont concernés les jeunes soumis à l'obligation scolaire, c'est-à-dire ceux âgés de 6 à 16 ans. Cependant, un enfant handicapé peut désormais prétendre à être scolarisé en milieu ordinaire dès l'âge de 3 ans, qui correspond à l'âge à partir duquel les établissements scolaires ont une obligation d'accueil. Ces derniers ne peuvent pas refuser une inscription au motif que l'élève présente un handicap.

Ainsi, la loi prévoit dans son article 19 que « *tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou l'un des établissements mentionnés à l'article L.351-1²⁶, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence* ». Cependant, la loi et son décret d'application du 30 décembre 2005²⁷ précisent que l'élève peut être scolarisé dans un établissement scolaire autre que celui de référence, ou dans un établissement de santé ou médico-social, si ses besoins nécessitent « *le recours à un dispositif adapté* ».

²⁶ L'article L.351-1 du Code de l'Éducation établit la liste de tous les établissements d'enseignement.

²⁷ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, Journal Officiel, 31 décembre 2005, p. 20778 et suiv.

Dans l'hypothèse où l'élève ne fréquente pas son établissement de référence (pas de CLIS ou d'UPI dans cet établissement, scolarisation à temps plein en structure médico-sociale, scolarité partagée entre établissement de référence et établissement médico-social impossible pour cause d'éloignement géographique,...), il y est quand même inscrit de façon inactive pour garder un lien symbolique, et sera inscrit administrativement dans l'établissement qu'il fréquente. L'inscription inactive ne compte pas dans les effectifs de l'établissement, mais son directeur en est informé. Le principe de l'inscription inactive, subtilité expliquée dans la circulaire interministérielle du 31 juillet 2006²⁸, est un droit, dans le sens où l'établissement scolaire ne peut la refuser, mais n'est pas une obligation pour la famille si celle-ci n'y voit pas d'intérêt. Les parents doivent seulement être informés de cette possibilité par le directeur de l'établissement ou l'enseignant référent, dont nous allons voir ci-après le rôle. Ce fonctionnement a été conçu à plusieurs titres : pour répondre à la volonté des associations de personnes handicapées de donner à tout enfant le droit à être inscrit dans l'école de son secteur ; pour permettre plus facilement un retour éventuel dans l'établissement de référence au cours de la scolarité ; enfin, c'est un moyen de changer à moyen ou long terme les représentations du monde enseignant sur le handicap.

B) Le projet personnalisé de scolarisation

L'idée principale et novatrice de la loi est de rendre effective l'individualisation de la prise en charge. Pour ce faire elle met en place un nouvel outil, le projet personnalisé de scolarisation (PPS), dont le rôle est de garantir à chaque élève handicapé un parcours de scolarisation cohérent. En effet, le PPS organise la scolarité sous forme de parcours adapté aux besoins de chacun et révisable chaque fois que nécessaire. Outre le déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques à mettre en oeuvre, le PPS définit les actions psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins spécifiques. Il repose sur une évaluation des compétences de l'enfant ou de l'adolescent, effectuée par l'équipe pluridisciplinaire²⁹ de la Maison départementale des

²⁸ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire interministérielle n°DGAS/SD3C/2006-343 et n°MEN/DGESCO/2006-119 du 31 juillet 2006 relative à la scolarisation des élèves handicapés- préparation de la rentrée 2006, Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°31, 31 août 2006.

²⁹ Selon l'article R.146-27 du Code de l'action sociale et des familles, l'équipe pluridisciplinaire « réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle ».

personnes handicapées (MDPH). Pour ce faire, un enseignant référent, qui doit être contacté par les parents, recueille auprès des professionnels concernés (enseignant, psychologue, médecin scolaire, le cas échéant les professionnels médicaux ou paramédicaux prenant déjà en charge l'enfant) tous les éléments permettant à l'équipe de construire un parcours de formation adapté, et les lui transmet. Cet enseignant référent auprès des élèves handicapés est un enseignant spécialisé, dont le secteur d'intervention au sein d'un département est défini par l'inspecteur d'académie. Il assure la permanence des relations avec l'élève et ses parents tout au long du parcours de formation.

Lorsque le PPS est établi, il est envoyé à la famille, qui a quinze jours pour faire parvenir ses observations, puis présenté en Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour validation. A défaut d'accord sur l'orientation de l'enfant entre la CDAPH et les parents ou représentants légaux, ces derniers peuvent faire appel à une personne qualifiée instituée auprès de la MDPH en vue d'une conciliation. En cas d'échec de la procédure de conciliation, il existe également des solutions de recours contentieux contre les décisions de la commission.

Enfin, en fonction de l'orientation prononcée par la CDAPH au vu du PPS et des observations apportées par les parents, le PPS s'impose à l'établissement scolaire de référence, ou à un autre établissement scolaire, et/ou à l'établissement médico-social choisi par les parents sur proposition de la CDAPH.

Il faut savoir que si ce sont les parents qui sont à l'origine de la demande d'élaboration du PPS via l'enseignant référent, cette demande fait souvent suite à une proposition de l'équipe éducative d'une école ou d'un établissement scolaire ayant repéré des difficultés particulières de scolarisation. Dans ce cas, si la famille ne donne pas suite à la proposition de l'équipe éducative de contacter l'enseignant référent ou de saisir directement la MDPH dans un délai de quatre mois³⁰, il revient à l'inspecteur d'académie d'informer la MDPH de la situation de l'élève. Cette dernière prend alors contact avec les parents pour engager une discussion autour du projet de l'enfant.

C) Les différentes modalités de scolarisation

Le PPS peut prévoir de multiples formes d'aménagement de la scolarisation : aménagement d'emploi du temps au sein de l'école ou de l'établissement scolaire, assistance d'un auxiliaire de vie scolaire à temps plein ou partiel, scolarisation au sein d'une CLIS, d'une UPI, scolarité partagée entre établissement médico-social et établissement ordinaire, scolarisation à temps plein dans l'unité d'enseignement d'un

³⁰ Le délai de quatre mois court à compter de la notification du courrier conseillant aux parents cette démarche.

établissement médico-social, etc. Cependant, la loi précise que les ajustements proposés doivent « *favoris[er], chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire* ».

Au cours de l'année scolaire, le projet peut être réévalué en fonction de la dynamique évolutive de l'enfant et de ses potentialités. C'est le rôle de l'équipe de suivi de la scolarisation, équipe qui met en oeuvre le PPS, est chargée de son suivi et de son évaluation. Elle se compose de l'enseignant référent, de la famille, de l'enseignant principal, du chef d'établissement, et selon les cas du psychologue scolaire, de l'assistant social, du directeur d'établissement médico-social,... Cette composition varie en fonction des professionnels concourant à la prise en charge de l'enfant ou adolescent handicapé.

L'équipe de suivi de la scolarisation doit signaler à la CDAPH « *toute difficulté de nature à mettre en cause la poursuite de la mise en oeuvre du projet personnalisé de scolarisation de l'élève* ». Elle propose les aménagements qu'elle estime nécessaires, et saisit la CDAPH dans le cas où le PPS doit être réajusté de façon significative. La demande d'évaluation du projet en cours d'année peut également être à l'initiative de l'élève, de ses parents ou de son représentant légal, de l'équipe éducative de l'établissement scolaire ou du directeur de l'établissement médico-social ou de santé.

En tout état de cause, le PPS est revu annuellement, et cela afin d'éviter toute logique de filière, par exemple entre CLIS et UPI, ou entre établissement médico-éducatif et établissement médico-professionnel. Chaque année, toutes les solutions de scolarisation doivent donc être reconsidérées, tout en gardant un souci de continuité et de cohérence de la prise en charge.

D) Les conditions de réussite de la mise en oeuvre

La réussite d'une scolarisation en milieu ordinaire pour un enfant ou un adolescent présentant un handicap suppose la forte implication de tous les acteurs en présence.

Tout d'abord, le jeune lui-même doit être partie prenante de son projet de scolarisation, et pour cela il est nécessaire que soient prises en compte non seulement ses potentialités, mais aussi sa capacité d'adaptation et sa fragilité émotionnelle. Il faut penser notamment aux jeunes d'ITEP, dont les capacités intellectuelles sont préservées mais pour qui le cadre scolaire représente souvent un lieu de souffrance psychique. La scolarisation dans une classe ordinaire ne pourra être positive que dans la mesure où le jeune aura accepté et se sera approprié le statut d'élève, et où il aura compris l'intérêt des apprentissages.

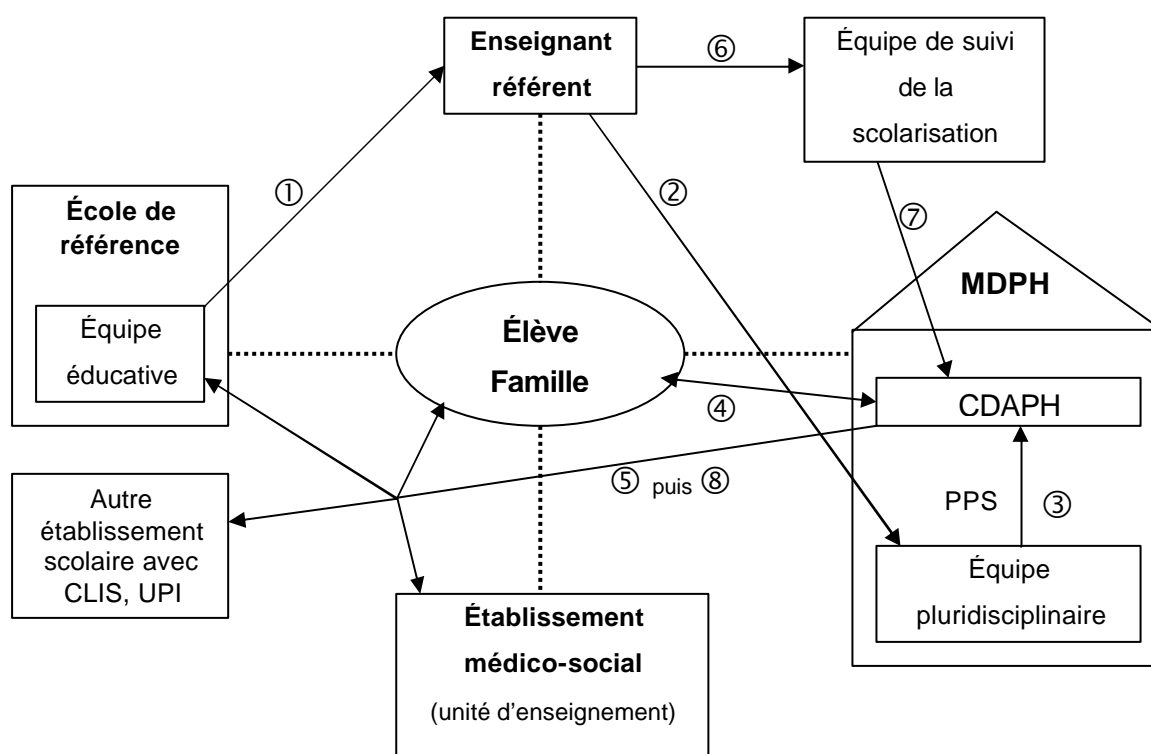
La famille ensuite, est un partenaire essentiel des professionnels : ceux-ci doivent l'informer, l'écouter. C'est le rôle des parents de contacter la MDPH pour demander la constitution d'un PPS pour leur enfant, puis de faire des observations sur le projet qui leur

est présenté. La réévaluation de celui-ci en cours d'année peut également être à leur initiative, comme nous venons de le voir.

En troisième lieu, le corps enseignant doit se mobiliser, accepter d'adapter sa pédagogie et de communiquer avec les autres acteurs de la scolarisation le cas échéant. Le nouveau schéma organisationnel met en avant la complémentarité existant ou devant exister entre les établissements scolaires et les établissements médico-sociaux. C'est la mise en commun de ces différentes ressources qui permet de répondre au plus près des besoins de l'utilisateur, et de lui offrir un parcours de formation modulable. La communication et le partenariat sont essentiels entre les établissements scolaires, médico-sociaux et la MDPH, car de la fluidité de leurs relations dépend la pertinence et la réactivité de leur action auprès de l'utilisateur. Nous l'évoquerons plus longuement en dernière partie de ce mémoire.

Le schéma simplifié ci-après permet de résumer les différentes étapes notées de ① à ⑧ de la mise en place du PPS, et les liens entre les différents acteurs concernés.

- Les traits en pointillés montrent les liens permanents entre l'élève et sa famille et l'ensemble des professionnels.
- Après l'étape ⑧, les étapes ⑥, ⑦ et ⑧ sont répétées autant de fois qu'est nécessaire un réajustement du PPS.



1.2.2 La particularité du parcours des enfants orientés en établissement médico-social

Comme nous l'avons vu précédemment, l'école ordinaire n'est pas la seule habilitée à dispenser un enseignement scolaire aux enfants et adolescents handicapés. En effet, l'article 14 du décret du 30 décembre 2005 prévoit la création d'unités d'enseignement au sein des établissements de santé et des établissements et services accueillant des enfants ou des adolescents qui ne peuvent effectuer leur scolarité dans une école ou un établissement scolaire³¹. Ces unités d'enseignement doivent faire l'objet d'une convention entre l'organisme gestionnaire de l'établissement et l'Éducation nationale, c'est-à-dire entre le préfet de département et l'inspecteur d'académie. Ladite convention doit préciser notamment les caractéristiques de la population accueillie, l'organisation de l'unité d'enseignement, le nombre et la qualification des enseignants qui y exercent, les modalités de coopération avec les écoles ou les établissements scolaires, le rôle du directeur et du responsable pédagogique, et les locaux scolaires prévus.

En outre, le projet pédagogique de l'unité d'enseignement doit constituer un volet du projet d'établissement tel que prévu par la loi du 2 janvier 2002³². Les usagers de l'établissement peuvent y être scolarisés soit à temps partiel, soit à temps plein, en fonction de leur PPS. Les enseignements dispensés au sein de l'unité d'enseignement sont basés sur le programme officiel de l'Éducation nationale : cela est précisé par le décret de 1989 remplaçant les annexes XXIV, ainsi que par le décret de 2005 instituant les ITEP. A chaque enseignant ensuite d'adapter ses pratiques pédagogiques en fonction des potentialités des élèves. Il est important que soit garanti un socle d'apprentissage commun, afin que les références et exigences scolaires soient les mêmes partout, facilitant ainsi de potentiels allers-retours entre unité d'enseignement et classe ordinaire.

Par ailleurs, malgré la généralisation des PPS, une interrogation subsiste quant à la prise en charge des usagers des établissements médico-sociaux déjà accueillis par ceux-ci avant la parution de la loi de 2005 et la création des MDPH. En effet, le travail des membres des équipes pluridisciplinaires et de la CDAPH est aujourd'hui considérable eu égard à tous les PPS à élaborer et à valider pour les enfants et adolescents qui n'étaient jusque là soit pas scolarisés, soit non reconnus en tant que personnes handicapées. Les

³¹ Ce sont les établissements définis à l'art L.312-1-2 CASF comme « *assurant, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation* ».

³² RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel, 3 janvier 2002, p.124 et suiv.

équipes n'ont donc pour la plupart pas le temps de mettre en place des PPS pour les enfants déjà pris en charge en établissement. Pour ces enfants, leur projet de scolarisation est en principe inclus dans le projet individuel interne à l'établissement médico-social, mais ce n'est pas un document pouvant officiellement être reconnu par les enseignants du milieu ordinaire. Cela n'est pas pour faciliter le développement de la coopération entre Éducation nationale et établissements spécialisés, qui a déjà bien du mal à se mettre en marche après des années de clivage entre ces deux secteurs...

Si la loi du 11 février 2005 est une mini révolution au sein du milieu scolaire, il ne faut pas en négliger les effets sur les établissements médico-sociaux, qui voient leur rôle redéfini en fonction de ces nouvelles données, et des difficultés de mise en œuvre apparaître, notamment pour ceux accueillant des enfants ou adolescents présentant un handicap mental ou psychique.

2 Les incidences de la loi du 11 février 2005 sur les établissements médico-sociaux accueillant des enfants ou adolescents en situation de handicap mental ou psychique

L'application de la loi de 2005 remet en cause des années de pratiques institutionnelles considérées comme ayant fait leurs preuves et qui semblent « *balayées d'un revers de manche* », comme le regrette un directeur d'IMP³³ considérant que « *l'éducation n'est plus que l'affaire de l'Éducation nationale* ». Cette amertume, liée à un certain sentiment de dépossession des établissements médico-sociaux, trouve son fondement dans l'ampleur et la diversité des incidences qu'induit cette loi sur le fonctionnement des établissements médico-sociaux.

2.1 Les incidences sur la population accueillie

Le changement dans le public des établissements médico-sociaux est la première crainte qui vient à l'esprit des professionnels du secteur lorsqu'on évoque les effets de la loi de 2005. Si cette évolution est naturellement à envisager et entraîne une profonde mutation dans le fonctionnement des établissements, il convient d'abord d'apprécier les incidences de cette loi sur les structures spécialisées dans la prise en charge du handicap mental ou psychique, pour qui de toute évidence l'application des nouveaux principes pose des difficultés particulières.

2.1.1 Des difficultés de mise en œuvre de la loi spécifiques au handicap mental et psychique

A) La capacité d'apprentissage

Concernant la population accueillie dans les IME et dans les ITEP, l'idée de scolarisation en milieu ordinaire peut sembler dans certains cas peu adaptée aux problématiques individuelles rencontrées.

En effet, lors d'un entretien avec un éducateur de l'IME du Centre Jean-Marie Larrieu, celui-ci a souligné le fait que l'accès aux apprentissages est impérativement lié à l'accès au « mieux-être », et doit donc intervenir dans un second temps de la prise en charge, afin que l'enfant ou l'adolescent soit en capacité d'accepter un statut d'élève. A titre d'exemple, il m'a cité le cas d'un jeune adolescent de 14 ans, faisant un blocage complet

³³ Cité in MASCRET A., février 2007, « L'amertume des instituts spécialisés », *Le Monde de l'éducation* n° 355, pp. 48-49.

dans l'apprentissage de la lecture. Or il s'avère que le père de ce garçon est lui-même non-lecteur ; schématiquement, il s'agit donc pour l'adolescent d'accepter de « dépasser » son père avant de pouvoir envisager un quelconque apprentissage. Dans ces conditions, lui proposer voire lui imposer de la classe prématurément revient à lui faire violence, à laquelle il répond par de la violence, verbale et physique.

De même, pour les enfants et adolescents orientés en ITEP par la MDPH, les lieux d'enseignement sont en général synonymes de souffrance psychique. Le décret n°2005-11 du 6 janvier 2005³⁴ définit d'ailleurs la population d'ITEP comme « *présent[ant] des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages* ». C'est pour cette raison qu'ils ont été sortis du système scolaire ordinaire : dès lors, pourquoi et comment envisager une scolarisation pour ces enfants et jeunes pour lesquels l'Éducation nationale ne dispose pas des moyens d'apaisement nécessaires ? Au Centre Jean-Marie Larrieu, les enfants d'ITEP (de 6 à 13 ans) sont tous scolarisés en milieu ordinaire pour l'éducation physique et sportive, et les résultats sont concluants puisqu'on note une bonne intégration sociale de tous les enfants. Pour autant les avis divergent, car si l'enseignante de l'ITEP se félicite de cette réussite en ce qu'« *elle permet de maintenir un contact avec leur pairs* », l'inspectrice de l'Éducation nationale en charge de l'adaptation et de la scolarisation des enfants handicapés (IEN-ASH) sur le secteur estime qu'« *on ne peut pas parler de scolarisation quand les enfants sont intégrés uniquement en sport* ». Les apprentissages scolaires sont en effet limités dans cette matière.

De surcroît, il est reconnu que les enfants présentant des troubles psychiques nécessitent une pédagogie très individualisée. Qu'en est-il lorsqu'ils sont scolarisés dans une classe ordinaire au milieu d'une trentaine d'autres enfants ? Un professeur des écoles accueillant un enfant de l'ITEP dans son cours de mathématiques avouait regretter ne pas avoir le temps de se consacrer suffisamment au suivi de cet élève, qui est en demande constante d'attention particulière pour réussir à s'investir dans le travail. Dans cet exemple, les conditions de scolarisation en milieu ordinaire ne semblent donc ni optimales ni adaptées du fait du grand nombre d'élèves présents dans la classe.

Pour régler la question du manque de moyens des enseignants du milieu ordinaire, un effort a été fait sur la présence des auxiliaires de vie scolaire (AVS) au sein des classes. En octobre 2006, on dénombrait 6228 AVS dans le premier et le second degré, avec une prévision de 9510 en janvier 2007³⁵. Un AVS peut être collectif, c'est-à-dire affecté à une

³⁴ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, Journal Officiel, 8 janvier 2005, p.376 et suiv.

³⁵ BAS P., *Loi handicap du 11 février 2005 : 2 ans après*, conférence de presse du 7 février 2007.

classe spécialisée type CLIS ou UPI, ou individuel dans la mesure où il a été « attribué » par la MDPH à un enfant ou adolescent handicapé dans le cadre de son PPS, en tant qu'élément de compensation du handicap. Il peut intervenir à temps plein ou, et c'est le cas le plus fréquent, à temps partiel. L'AVS a pour rôle d'accompagner les élèves dans la scolarité, c'est un « facilitateur » de la scolarisation de l'élève handicapé au niveau de sa place dans la classe et des tâches à effectuer. Pour cela, une formation obligatoire de 60 heures est prévue pour les AVS, qui bien qu'indispensable s'avère insuffisante. Ces derniers regrettent en outre qu'elle ne soit pas professionnalisante.

Mais la pertinence de la présence d'un AVS auprès d'un élève présentant un handicap mental ou psychique pose question. N'est-il pas illusoire de croire qu'une aide de ce type puisse permettre une scolarisation même partielle en milieu ordinaire, quand l'enfant n'a tout simplement pas la capacité de rester en classe, ce qui est souvent le cas des enfants d'ITEP ? Sans compter le fait que la présence d'un AVS individuel d'une part peut être perçue comme stigmatisante pour l'enfant qui l'a à ses côtés, et d'autre part va à l'encontre de la volonté de développement de l'autonomie des personnes handicapées.

B) Le transport, un frein matériel à la scolarisation en milieu ordinaire

Nous allons voir que la question du transport vers les établissements scolaires des enfants pris en charge en établissement médico-social, qui peut paraître anecdotique, n'est en fait pas anodine sur les modalités de scolarisation.

L'expérience montre que les enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle ou des troubles psychiques ne peuvent supporter des temps de scolarité longs. Pour la population d'ITEP, la durée d'attention ne dépasse bien souvent pas deux heures dans une même journée. Cela ne pose a priori pas de problème majeur d'organisation si ce temps de scolarisation est défini au préalable dans le PPS ou le projet individuel de l'enfant, et que sa prise en charge est organisée en fonction de ce paramètre. Sauf que s'il est prévu que ce bref temps d'apprentissage se fasse dans une école ou un établissement scolaire de l'Éducation nationale, cela nécessite un transport, pris en charge par la structure médico-sociale. Et comme chaque enfant dispose d'un PPS, assurer les transports pour tous, à des horaires différents et dans des établissements différents peut vite devenir un casse-tête pour les équipes médico-sociales qui doivent tout concilier, surtout quand la structure est éloignée du centre ville où se situent les établissements scolaires. C'est ainsi qu'au Centre Jean-Marie Larrieu il a été défini que les temps de scolarité partagée se feraient dans la mesure du possible par demi-journées, ce qui de toute évidence pose une limite à l'individualisation des prises en charge, mais est néanmoins indispensable pour assurer le bon fonctionnement des services.

2.1.2 Vers un changement dans la population accueillie

A) Le changement dans le type de population

Les principes de la loi de 2005 en matière de scolarisation vont à terme entraîner un changement dans les populations accueillies dans les établissements médico-sociaux, notamment les IME. Posée comme une interrogation par de nombreux acteurs du secteur et relevée comme telle par G. Geoffroy dans son rapport de 2005³⁶, cette hypothèse commence à se vérifier. En effet, l'idée est que les enfants et adolescents ayant un handicap léger étant désormais le plus possible scolarisés en milieu ordinaire, les effectifs des établissements médico-sociaux se composeront d'une population plus lourdement handicapée. Lorsqu'un enfant présente une déficience intellectuelle légère, il lui est, en toute logique, proposé en premier lieu une orientation en milieu ordinaire, au sein d'une classe spécialisée si nécessaire et/ou avec un soutien du type CMPP ou SESSAD. Parallèlement à la forte demande de places en CLIS ou UPI, les établissements médico-sociaux ayant un agrément pour handicap léger à moyen vont donc voir leurs effectifs diminuer au profit d'une population au handicap plus lourd.

Le poids du secteur psychiatrique tend déjà à devenir plus prégnant au niveau des nouvelles admissions en établissement médico-social. L'exemple est flagrant au Centre Jean-Marie Larrieu, où l'institut médico pédagogique (IMP) a recensé à la rentrée 2006 5 enfants sortant d'hôpital de jour sur 8 nouveaux admis, et prévoit pour la rentrée 2007 6 nouveaux sortant également d'hôpital de jour, sur un total d'admissions de 7. Ce phénomène de glissement de population se constate également à l'institut médico-professionnel (IMPro), par l'arrivée de certains enfants d'IMP qui étaient auparavant pris en charge en hôpital de jour. Quant à l'ITEP, il accueille de plus en plus d'adolescents médicalisés et nécessitant des consultations psychiatriques régulières. C'est un profond changement, redouté par les équipes qui, malgré un relais avec les professionnels des hôpitaux de jour, ne se sentent pas toujours armées pour répondre à des problématiques d'enfants et d'adolescents relevant de la pathologie. Cependant, cette mutation est inévitable, d'une part parce que l'établissement n'est pas en mesure de refuser une orientation proposée aux parents par la MDPH, d'autre part parce que le risque de sous-effectif est réel si l'établissement ne s'adapte pas aux besoins de la population.

³⁶ GEOFFROY G., *La scolarisation des enfants handicapés*, rapport de mission parlementaire, 1^{er} avril - 30 septembre 2005, p. 8.

B) Le changement dans la façon de penser l'agrément des établissements

Parallèlement à l'évolution des populations accueillies, il faut souligner qu'il est important de repenser les agréments des établissements médico-sociaux. Actuellement, les agréments sont donnés à chaque structure ou service en nombre de places, en fonction des schémas régionaux et départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale. Or ce système doit nécessairement évoluer pour tenir compte des multiples modalités de prises en charge envisageables au regard de la loi de 2005. Le développement des scolarités partagées entre établissements de l'Éducation nationale et établissements médico-sociaux induit un temps d'accueil hebdomadaire plus court au sein de ces derniers. Les institutions pourraient donc en théorie avoir un effectif plus important en terme de nombre de prises en charge en jouant sur la complémentarité des PPS. Cela signifie raisonner non plus en terme de nombre de places mais en terme d'« équivalent temps plein enfant », ce qui permet une réelle flexibilité et une mise en œuvre effective des principes de la loi.

C'est une idée soutenue notamment par P-F. Gachet, chargé de mission pour l'intégration scolaire au sein du Ministère de l'Éducation nationale. Dans le département des Hautes-Pyrénées, la directrice de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) explique également qu'« *il y aura à terme la nécessité d'être plus souple sur les agréments pour jouer sur l'accueil séquentiel et ainsi étayer la scolarité des enfants handicapés* ».

2.2 Le nouveau rôle des structures médico-sociales : « de la prise en charge à l'accompagnement »³⁷

Le véritable bouleversement pour les établissements du secteur médico-social réside dans l'acceptation du rôle d'« outil d'accompagnement » qui est désormais le leur. Celui-ci suppose un ajustement voire une transformation des habitudes de travail au service des projets personnalisés des usagers.

2.2.1 La nécessaire adaptation des pratiques professionnelles médico-sociales

A) L'articulation entre PPS et projet individuel

Nous l'avons vu, le PPS est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et validé en CDAPH après observations des parents. Ensuite, ce PPS est transmis à

³⁷ Ibid, p. 8.

l'établissement scolaire qui convient (établissement de référence ou autre), et celui-ci est tenu de mettre en œuvre son contenu. Dans le cas où l'enfant ou l'adolescent est orienté en établissement médico-social, le PPS doit s'appliquer de la même façon, ce qui implique une redéfinition des pratiques professionnelles. En effet, la prise en charge au sein de l'établissement doit s'articuler autour de ce PPS, nouvel outil dans le secteur médico-social. C'est ce qui fait dire à la directrice de la DDASS des Hautes-Pyrénées que « *les éducateurs doivent s'adapter à l'évolution des réalités professionnelles* ».

Habituellement, les établissements médico-sociaux construisent chaque prise en charge autour d'un document intitulé projet personnalisé d'accompagnement ou encore projet individuel, et ce de façon obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002³⁸ qui précise que doivent être offerts à l'usager « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité* ». Or aujourd'hui, ce projet individuel doit s'élaborer à partir du PPS, qui, outre les actions pédagogiques, prévoit les actions « *psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers [...]* ». En cela on peut dire que le projet individuel, outil interne à l'établissement médico-social d'accueil, a pour mission d'affiner le PPS en traduisant les besoins repérés et inscrits dans celui-ci en objectifs à atteindre.

Cette idée est difficilement acceptée par les équipes pluridisciplinaires des institutions, qui se sentent dépossédées d'une part importante de leur mission. En effet, cela implique, selon l'expression de G. Geoffroy, de « *passer de la prise en charge à l'accompagnement* »³⁹, dans la mesure où l'institution médico-sociale n'est plus considérée comme une fin en soi mais comme un outil complémentaire de la prise en charge, un prestataire de service au regard de la MDPH. Pour les équipes, il s'agit d'admettre que l'évaluation des besoins de l'enfant ou de l'adolescent qui arrive dans l'établissement a été effectuée en amont, et que leur rôle d'observation et d'élaboration du projet individuel s'en trouve considérablement réduit.

De même, il faut souligner la difficulté que représente l'arrivée des PPS dans le secteur médico-social en ce qui concerne le projet d'unité d'enseignement qui y est proposé. Bien qu'envisagée autour des projets individuels, l'unité d'enseignement trouve aussi son sens dans la notion de groupe et de projet collectif. Cette pédagogie par projet va connaître des limites à sa mise en œuvre de par les multiples modalités de scolarisation qui pourront être réunies au sein d'une même classe ; les temps partiels de scolarisation vont

³⁸ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel, 3 janvier 2002, p.124 et suiv.

³⁹ GEOFFROY G., op.cit., p. 8.

entraîner une absence d'unité et de cohésion de groupe, qui rendra ardue la réalisation d'un projet fédérateur sur le long terme.

Cependant, la nouvelle organisation découlant de la loi de 2005 dégage une marge de manœuvre intéressante pour les professionnels des établissements médico-sociaux. Si l'on considère effectivement que tous les enfants orientés en institution ou service médico-social disposent d'un PPS dès le début de l'année scolaire – ce qui suppose que les orientations aient été faites à la fin de l'année scolaire précédente –, cela permet de concevoir des projets de service parfaitement en adéquation avec les besoins des usagers. Des groupes éducatifs peuvent être constitués de manière homogène avec des activités adaptées aux potentialités repérées, de même que des groupes thérapeutiques et des actions pédagogiques. Ainsi peut être évité un premier trimestre un peu chaotique, pendant lequel les équipes procédaient jusqu'ici à la fois à l'observation des usagers en vue d'évaluer leurs besoins et à la mise en place des activités diverses, sans connaître de manière exhaustive ces mêmes besoins.

B) L'importance des écrits professionnels

Il est communément admis que le secteur médico-social n'a traditionnellement pas une culture de l'écrit. En effet, les transmissions d'information étaient couramment effectuées oralement, habitude qui a dû changer avec la loi du 2 janvier 2002 imposant aux établissements et services médico-sociaux de posséder un certain nombre de documents écrits : projet d'établissement, document individuel de prise en charge et contrat de séjour, règlement de fonctionnement,... L'obligation de rédiger des écrits prend une dimension toute particulière au regard de la loi du 11 février 2005 en ce qui concerne la prise en charge des usagers. Comme nous l'avons vu précédemment, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH élabore le PPS à partir des documents fournis par l'enseignant référent, qui ont été donnés à celui-ci par les différents professionnels ayant en charge l'enfant. L'orientation de l'enfant est donc prononcée uniquement au vu des écrits rendus par les professionnels : dès lors, il est impératif que ces écrits soient à la fois complets, clairs, compréhensibles et qu'ils se suffisent à eux-mêmes, en dépit de la difficulté qu'il y a à restituer sur papier l'exhaustivité de la problématique d'un usager.

Cette difficulté est d'autant plus grande dans le champ du handicap mental et psychique, où les potentialités sont fluctuantes en fonction de l'état psychique de la personne à l'instant T, contrairement à des personnes présentant une déficience sensorielle ou motrice pour lesquelles les évolutions sont plus linéaires et mesurables. En outre, ces écrits ne doivent pas mentionner de préconisation d'orientation puisque c'est là le rôle de la MDPH ; mais de la lecture des écrits doit découler cette orientation.

On peut alors s'interroger sur la pertinence du format des grilles conçues par la MDPH des Hautes-Pyrénées à destination des équipes des établissements et services médico-sociaux, qui ne laissent que quelques lignes à chaque professionnel pour résumer les potentialités, les difficultés et les besoins de l'enfant. Il ne faudrait pas, au motif du caractère nécessairement synthétique que doivent présenter les écrits, en dénaturer le sens et l'intérêt... Les équipes éducatives, thérapeutiques et pédagogiques du Centre Jean-Marie Larrieu se sont senties quelque peu frustrées et ont pu se demander quelle valeur était attribuée à leur travail, alors qu'en réalité leur regard et leur analyse sont plus qu'indispensables pour la MDPH !

Les écrits des professionnels sont également très importants pour l'équipe de suivi de scolarisation qui se réunit au minimum une fois par an⁴⁰ pour réévaluer le PPS et l'ajuster si nécessaire. Mais dans ce cas la situation est différente, puisque toutes les personnes intervenant auprès de l'enfant peuvent assister à ces équipes de suivi, y compris les personnels de l'établissement médico-social. Une explication verbale peut donc venir étayer les écrits. Reste la question du temps de rédaction de ces écrits, qui n'est pas négligeable. C'est aux chefs de services de prévoir dans les emplois du temps des agents un temps de travail personnel (appelé également temps de référence en matière éducative) qui soit suffisant et proportionnel au nombre d'usagers pris en charge.

2.2.2 Les modalités d'adaptation de l'offre aux nouveaux besoins de la population accueillie et leurs conséquences

A) Une place importante accordée au soin

Dans l'esprit de la loi, les enfants et adolescents handicapés bénéficient donc prioritairement d'une scolarisation en milieu ordinaire. Les orientations en établissement ou service spécialisé ont dès lors deux raisons d'être : soit le handicap présenté est trop lourd ou incompatible avec une scolarité ordinaire, soit il existe un important besoin de soin et d'action éducative qui doit être compensé parallèlement à la scolarité. Le rôle des établissements médico-sociaux (re)devient donc essentiellement thérapeutique.

D'un point de vue de directeur d'établissement, c'est un élément essentiel à prendre en compte dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Le nombre d'équivalent temps plein (ETP) de personnel de soin doit inévitablement être augmenté pour justifier des orientations du public reçu. Il faut savoir qu'un temps plein de personnel médical ou paramédical ne signifie pas une présence directe continue auprès des usagers. Il faut en effet déduire les temps de réunions

⁴⁰ Selon l'article 7 du décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005.

diverses, soit en moyenne 3 heures hebdomadaires de réunion institutionnelle, auxquelles s'ajoutent les réunions en lien avec la scolarité, le temps de travail personnel pouvant aller jusqu'à 4 heures par semaine, et pour les psychologues le temps « FIR » (temps « formation, information, recherche »), qui correspond en théorie à 30% du temps plein. Or, les personnels travaillant à temps partiel ont parfois le même temps de réunion et à peine moins de temps consacré au travail personnel, ce qui diminue d'autant la durée de prise en charge directe auprès de l'utilisateur. Augmenter le nombre d'ETP de personnel de soin favorise donc la continuité de la présence thérapeutique au sein de l'institution.

Cela permet également d'offrir un accompagnement varié proposant des prises en charge individuelles et/ou de groupe, et du personnel de soin diversifié, en jouant sur les spécificités médicales et paramédicales : psychologie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, etc.

L'importance accordée au soin peut aussi se traduire par des formations offertes au personnel déjà en place. Eu égard aux pathologies psychiatriques et forts troubles de la personnalité rencontrés de plus en plus fréquemment chez les enfants et adolescents orientés en établissement, il peut être intéressant de former le personnel de soin mais aussi les éducateurs à ce domaine médical particulier. Cela se justifie d'autant plus quand la présence d'un médecin psychiatre fait défaut dans l'établissement, ce qui est un problème récurrent étant donné la démographie médicale. Bénéficier d'une formation aiderait le personnel éducatif à se sentir plus à l'aise face à ce nouveau public, à dédramatiser l'accompagnement qu'ils doivent assurer et à proposer des actions éducatives en les sachant appropriées. Là encore, c'est au chef d'établissement de veiller à ce que le plan de formation prenne en compte cet élément.

B) Vers le développement des SESSAD

Les SESSAD ont une logique de fonctionnement qui correspond assez bien à l'esprit de la loi de 2005. Ils ont pour mission d'accompagner les enfants et adolescents dans leur environnement naturel à l'aide d'une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique. Les enfants qui bénéficient du soutien d'un SESSAD sont donc scolarisés en milieu ordinaire. Ce service se caractérise par la possibilité pour les professionnels d'intervenir à domicile ce qui, outre le fait de ne pas « traumatiser » ni stigmatiser l'enfant, permet un travail de proximité avec la famille. Les SESSAD, qui accueillent des enfants et adolescents sur orientation de la MDPH, se distinguent en cela des services ambulatoires comme les CMPP ou les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui nécessitent que les parents soient en mesure de prendre l'initiative d'un parcours de soin pour leur enfant.

Au sein de l'Éducation nationale est souhaité un soutien SESSAD quasi systématique pour les enfants de CLIS et UPI. Or il faut éviter les dérives dans ce domaine, et garder à l'esprit que les orientations au niveau départemental doivent être priorisées en fonction des besoins. Ainsi, un enfant pourra bénéficier d'un SESSAD sans être dans une classe spécialisée, et vice-versa.

Il est clairement prévisible que les demandes d'orientation en SESSAD vont se multiplier ces prochaines années, et le nombre de places existantes s'avère déjà insuffisant. La région Midi-Pyrénées illustre bien ce problème, avec 134 places de SESSAD en attente de financement au 31/12/2006, et inscrites sur le programme régional et interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC)⁴¹ couvrant la période 2007-2011.

L'avenir est donc à l'extension des agréments des SESSAD. Ceux-ci étant généralement rattachés à une institution médico-sociale, cette extension peut se faire par deux biais : soit par la création de nouvelles places, soit par le redéploiement des places d'institution en places de SESSAD. En effet, il a été expliqué précédemment que les enfants les plus légèrement handicapés, comme des enfants déficients intellectuels légers, sont désormais scolarisés dans la mesure du possible en milieu ordinaire, ce phénomène entraînant une baisse des effectifs des établissements spécialisés accueillant ce type de population. Transformer certaines places d'institution en places de SESSAD peut donc pallier cette baisse d'effectif. Il faut toutefois être vigilant au fait que, outre des modalités de financement différentes⁴², les besoins en personnel ne sont pas les mêmes en institution ou en SESSAD : cela signifie engager une GPEC préalablement au redéploiement de l'agrément. A titre d'exemple, si l'emploi d'une aide médico-psychologique (AMP) peut se justifier dans le cadre d'un internat, ce n'est pas forcément le cas dans le cadre d'un service ayant pour principale fonction le soutien à la scolarisation.

Par ailleurs, les SESSAD bénéficient d'un accueil favorable de la part des familles, qui acceptent plus facilement que leur enfant soit pris en charge par un service intervenant dans les différents lieux de vie de celui-ci plutôt que dans un établissement spécialisé, que certains ont pu baptiser « école de fous ». Une enquête sur l'action des SESSAD réalisée par la DDASS des Hautes-Pyrénées auprès des familles fait ressortir leur

⁴¹ Le PRIAC est un outil fixant les priorités de financement pour les créations et transformations des établissements pour personnes handicapées ou personnes âgées tarifés par l'État ; c'est un instrument de régulation en ce qu'il tend à diminuer les inégalités de moyens pouvant exister entre départements.

⁴² Voir infra 2.2.2 C)

satisfaction que leur enfant puisse être scolarisé en milieu ordinaire grâce au soutien dont il bénéficie en parallèle. Ainsi cette famille qui explique : « *c'est mieux, et puis elle est dans un cursus normal. Avant, on les parquait dans des classes spécifiques, en pensionnat. Elle n'a pas honte de dire qu'elle est dans une classe normale, elle ne se sent pas handicapée* ». Ou cette autre qui ressent le changement d'attitude de son enfant depuis la mise en place du soutien SESSAD : « *l'année dernière elle ne voulait pas aller à l'école, elle se sentait inférieure. Mais cette année, elle se sent comme les autres et sent qu'elle va y arriver.* »

C) Incidence de l'accueil séquentiel sur le prix de journée

Pour que la scolarisation des enfants handicapés se déroule en priorité en milieu ordinaire, cela exige une souplesse de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. Ceux-ci doivent prendre en compte l'ensemble des PPS des enfants et adolescents qu'ils accueillent, et donc mettre en œuvre, le cas échéant, la scolarité partagée entre établissement scolaire et unité d'enseignement de l'établissement spécialisé. Ce mode de fonctionnement implique que les enfants ne sont présents dans la structure médico-sociale qu'une partie de la journée, voire qu'une partie de la semaine si l'on considère que certaines journées peuvent être passées entièrement dans l'établissement scolaire du milieu ordinaire.

Or, cela pose un problème quant au financement de la prise en charge de l'usager. En effet, les établissements médico-sociaux accueillant des enfants handicapés type IME et ITEP sont financés par un prix de journée. Ce dernier est versé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, et est déterminé en fonction du nombre de journées que l'établissement prévoit de réaliser dans l'année. Son calcul est le suivant : c'est la différence entre la somme des charges d'exploitation (après incorporation le cas échéant du résultat d'un exercice antérieur) et les produits d'exploitation, divisée par le nombre de journées. Les ressources de l'établissement sont ensuite dépendantes du niveau réel de l'activité : un jour d'absence d'un usager signifie une journée non réalisée pour l'établissement, soit autant de prix de journée en moins.

Les SESSAD, eux, sont financés également par l'Assurance Maladie, mais sous forme de dotation globale annuelle. Celle-ci est calculée par la différence entre la somme des charges d'exploitation (après incorporation le cas échéant du résultat d'un exercice antérieur) et les produits d'exploitation.

En pratique, le financement par prix de journée paraît peu adapté à la mise en œuvre de modes de scolarisation partagée. Si un établissement ne compte pas dans ses effectifs un enfant pendant une journée parce que celui-ci est en classe ordinaire, donc

« extra-muros », il ne touchera pas le prix de journée correspondant, alors même que les charges fixes (notamment les charges de personnel) restent identiques que l'enfant soit présent ou non. Une insuffisance de ressources pour la structure médico-sociale risque de se faire rapidement sentir si elle joue réellement le jeu des scolarités partagées, c'est-à-dire de l'accueil séquentiel.

C'est pourquoi une circulaire du 27 octobre 2006⁴³ propose un système de prix de journée modulés en fonction des modes d'accueil, afin d'inciter les établissements médico-sociaux à s'ouvrir aux différents modes de scolarisation. Cette circulaire s'appuie sur le Code de l'action sociale et des familles, qui dans son article R.314-119 modifié par le décret du 23 mai 2006⁴⁴ dispose que les prix de journée peuvent être modulés en fonction du mode de prise en charge. Il s'agit de calculer un prix de journée différent pour chaque modalité d'accueil, en décomposant les coûts de prise en charge en « gammes majeures d'activités ». Ces dernières correspondent aux grandes fonctions que peuvent être amenés à remplir les établissements ou services, à savoir : « gérer », « restaurer » (décomposé en petit-déjeuner, repas du midi, repas du soir), « héberger en semi-internat », « héberger en internat », « accompagnement socio-éducatif », et « soins médicaux, paramédicaux et psychologiques ». La circulaire explique que « *la valeur des prix de journée modulés est obtenue par l'addition des coûts unitaires de chaque gamme majeure d'activité entrant dans la composition de ce prix* ». Ainsi peuvent être calculés un prix de journée semi-internat, un prix de journée internat, un prix de journée internat avec intégration scolaire, etc. Si l'on prend l'exemple du dernier prix de journée cité, il se compose des coût unitaires des éléments suivants : « gérer », « restaurer repas du soir », « restaurer petit déjeuner », « héberger en internat », « soins médicaux, paramédicaux et psychologiques ».

Là où le calcul se complique, c'est qu'un même usager peut dans un même mois correspondre à des prix de journée différents, en fonction de sa prise en charge ! Ou encore, si un enfant a un prix de journée identique pour tous les jours de la semaine, celui-ci peut tout à fait varier à l'occasion de la réévaluation de son PPS. La multiplicité des prix de journée, quoique pertinente en théorie car reflétant l'exacte réalité des prises

⁴³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Circulaire n°DGAS/SD5B/2006-467 du 27 octobre 2006 relative au calcul des prix de journée modulés en fonction des modes d'accueil pour les établissements et services médico-sociaux accueillant des mineurs et jeunes adultes handicapés.

⁴⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2006-584 du 23 mai 2006 relatif à la tarification, au financement et à l'admission provisoire de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux.

en charge, complique donc de toute évidence la gestion budgétaire des établissements et services médico-sociaux.

La deuxième option préconisée par la circulaire du 27 octobre 2006 est la signature d'une convention d'objectifs et de moyens entre l'autorité de tarification et les structures médico-sociales, entraînant le versement d'une dotation globale pluriannuelle. Cette solution laisse une marge de manœuvre plus grande aux établissements et services. Elle permet une souplesse dans les modalités d'accueil, la répartition des charges pouvant se faire sur plusieurs années. De plus, cette dotation pluriannuelle est prévue comme pouvant être commune à plusieurs établissements ou services, pour faciliter les redéploiements de moyens entre ceux-ci, pour des raisons structurelles ou conjoncturelles. Cela va d'ailleurs dans le sens de la circulaire du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la coopération sociale et médico-sociale⁴⁵, qui vise à la mutualisation des moyens entre établissements relevant de la même autorité de tarification et ayant le même financement (Assurance Maladie par exemple). A l'avenir, cette dotation globale pluriannuelle paraît donc l'outil le plus approprié pour la gestion des établissements médico-sociaux, leur permettant d'offrir aux usagers la possibilité d'une prise en charge multiple.

La mise en œuvre des principes de la loi du 11 février 2005 implique donc, nous venons de le voir, de repenser le fonctionnement interne des structures médico-sociales, de la même façon que l'Éducation nationale doit adapter ses pratiques et ses méthodes pédagogiques. Mais scolariser les enfants et adolescents handicapés en milieu ordinaire suppose aussi et surtout une complémentarité entre ces deux secteurs, et plus largement une coordination de tous les acteurs concernés, qui soit au service du parcours de scolarisation de ces élèves.

⁴⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire n°DGAS/SD5B/2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

3 Développer les partenariats pour surmonter les difficultés de mise en œuvre de la loi du 11 février 2005

Le partenariat peut se définir comme la réunion d'acteurs mettant en commun leurs moyens et compétences dans le but d'atteindre un même objectif. En l'occurrence, l'objectif visé est de rendre effective la scolarisation des enfants handicapés en leur offrant à chacun un parcours personnalisé. Aujourd'hui, il est unanimement constaté et regretté de part et d'autre que le secteur médico-social et celui de l'enseignement soient très cloisonnés ; ce sont deux mondes qui se côtoient sans vraiment se connaître. Ce n'est pas une situation qui peut perdurer puisque la volonté d'appliquer les principes de la loi est commune aux deux secteurs, et que ceux-ci ont chacun leurs ressources à apporter. D'autre part, la MDPH a un rôle très important à jouer pour le bon fonctionnement du système, et le partenariat entre cette nouvelle institution et les établissements et services médico-sociaux s'avère également primordial.

3.1 L'indispensable coopération entre le secteur médico-social et l'Éducation nationale

Que la nécessité de travailler différemment soit actuellement reconnue par ces deux acteurs de la prise en charge des enfants et adolescents handicapés est la base pour engager un partenariat effectif. Dès lors, plusieurs préconisations peuvent être formulées sur la mise en place de cette coopération.

3.1.1 Approfondir la formation des enseignants

A) La formation des enseignants du milieu ordinaire

J-M. Lesain-Delabarre, directeur d'études à l'Institut national supérieur de formation et de recherche pour l'éducation des jeunes handicapés et les enseignements adaptés (INS-HEA)⁴⁶, souligne le fait que « *les lois et règlements ne suffisent pas à changer les structures mentales des professionnels ni leurs pratiques* »⁴⁷. Pour s'investir dans un

⁴⁶ L'INS-HEA remplace depuis le décret du 30 décembre 2005 le CNEFEI, Centre national d'études et de formation pour l'enfance inadaptée.

⁴⁷ DESAIN-DELABARRE J-M., « *Enjeux et conditions de la réussite de la scolarisation des enfants malades et en situation de handicap* », intervention dans le cadre de la session de formation continue « *Scolarisation des enfants en situation de handicap* », 23 mai 2007, École Nationale de la Santé Publique.

projet, les acteurs professionnels ont besoin de se représenter le changement de façon pratique, opérationnelle.

Pour JM. Lesain-Delabarre, cette représentation du changement repose sur trois critères⁴⁸ :

- le coût de l'effort, à savoir « *combien de temps pour mettre en place le changement, et pour quel résultat ?* ».
- l'instrumentalité : « *quel est le changement proposé ?* ». Il s'agit d'anticiper les obstacles et les bouleversements pour combattre les inquiétudes et donc favoriser l'adhésion.
- la congruence : « *quelle est le degré de convergence entre la représentation que le professionnel se fait de son métier et ce qu'on lui propose de mettre en place ?* ». Plus le degré de convergence est élevé, plus l'acceptation du changement sera naturelle.

Aussi est-il indispensable que la notion de handicap soit abordée au cours de la formation initiale de tous les enseignants, du premier comme du second degré, afin que soient dépassés les appréhensions et les a priori liés à la méconnaissance du sujet.

Une enseignante me confiait n'avoir reçu aucun enseignement sur l'accueil des élèves handicapés lors de sa formation initiale. Il s'avère qu'avant la loi de 2005, le contenu de la formation initiale dans ce domaine variait d'un institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) à l'autre. Un rapport conjoint de l'Inspection générale de l'Éducation nationale et de l'Inspection générale des affaires sociales datant de 1999⁴⁹ fait ressortir qu'à cette date, dans 5 IUFM aucune formation sur l'accueil des élèves handicapés n'était prévue, dans 17 IUFM elle était prévue sous forme de modules obligatoires (d'une durée moyenne de 10 heures) mais uniquement pour les professeurs des écoles, dans 7 IUFM cette formation s'étendait aux professeurs des collèges et lycées et aux professeurs des lycées professionnels, de façon obligatoire dans deux cas, optionnelles dans les autres, et enfin, dans 2 IUFM cette formation avait lieu sous forme de conférences communes aux professeurs des écoles et professeurs des collèges et lycées.

Concernant la formation continue, si des stages sont proposés aux enseignants du premier degré, ils sont inexistantes pour les professeurs du second degré.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ IGAS, IGEN, 1999, *Scolariser les jeunes handicapés*, rapport conjoint présenté en mars 1999, Paris : La documentation française, 143 p.

La loi du 11 février 2005 remédie à cette inégalité en disposant dans son article 19 que « *les enseignants et les personnels d'encadrement, d'accueil, techniques et de service reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'accueil et l'éducation des élèves et étudiants handicapés, et qui comporte notamment une information sur le handicap [...] et les différentes modalités d'accompagnement scolaire* ». Cette volonté est reprise dans le cahier des charges de la formation des maîtres en IUFM⁵⁰ dans son article 3, rendant obligatoire une « *initiation à la prise en charge des élèves en situation de handicap* ».

Il est évidemment difficile d'enseigner de façon théorique et générale le domaine du handicap, puisque par définition chaque handicap est différent et tout enfant unique, mais une sensibilisation des enseignants est néanmoins indispensable. Elle passe d'abord par l'apprentissage de pédagogies adaptées et spécifiques. Ensuite, il pourrait être envisagé d'y associer le personnel des établissements spécialisés et du milieu sanitaire, afin que la formation soit enrichie de manière concrète. Il est essentiel que les futurs membres du corps enseignant aient une vision claire du milieu médico-social et de ses moyens et ressources, afin de pouvoir, le cas échéant, savoir si un élève en difficulté en relève ou non. C'est souvent par manque de (re)connaissance du milieu spécialisé – « *les établissements médico-sociaux ont une image négative* », m'a témoigné une enseignante – que des élèves sont orientés tardivement vers le secteur médico-social après réunion d'une équipe éducative au sein de l'école, alors qu'une prise en charge médico-sociale précoce est toujours plus profitable.

B) La formation des enseignants spécialisés

Depuis septembre 2004, deux nouveaux cursus de formation spécialisée ont été mis en place, remplaçant le CAAPSAIS. Il s'agit du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA-SH), et du certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (2CA-SH) pour les enseignants du second degré, qui sont des formations alternant théorie et pratique de la classe.

Les titulaires de ces diplômes sont amenés à exercer soit dans les classes spécialisées des établissements scolaires ordinaires, soit dans les unités d'enseignement

⁵⁰ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 19 décembre 2006 portant cahier des charges de la formation des maîtres en institut universitaire de formation des maîtres, Journal Officiel, 28 décembre 2006, p.19743 et suiv.

des établissements médico-sociaux, comme prévu par le décret du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV⁵¹ et plus récemment par celui du 6 janvier 2005⁵² pour les ITEP.

Cependant, la dernière enquête sur le sujet de la Direction de l'enseignement scolaire, datant de 2003, laisse apparaître un différentiel entre les besoins en enseignants spécialisés et les ressources humaines : à cette date, 21% des emplois étaient occupés par des personnels non spécialisés, avec un pic en CLIS (39%). Il est également surprenant et inquiétant de savoir que certains personnels ont parfois des postes en établissement spécialisé avant même leur formation initiale ! En effet, il arrive que des futurs professeurs des écoles inscrits sur liste complémentaire après le concours de l'IUFM soient envoyés en poste un an avant la formation, quel que soit le poste. Ce fut le cas pour une enseignante en poste au Centre Jean-Marie Larrieu, déplorant le fait d'être arrivée en ITEP « *sans aucune notion de pédagogie, et encore moins de notion sur le handicap psychique* ».

Pour ces enseignants, l'alternance est indispensable à la bonne appréhension des spécificités du métier. Il s'agit d'apprendre à travailler au sein d'une équipe, à ne pas voir systématiquement son travail gratifié par une progression continue des apprentissages, à composer avec les problèmes psychologiques des enfants,... Le chef de service de l'ITEP du Centre Jean-Marie Larrieu a insisté lors de notre entretien sur l'importance que les enseignants puissent assister aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire. Ces rencontres permettent d'échanger sur les difficultés rencontrées et d'apprendre la façon de les dépasser en fonction de la problématique de chaque enfant, de reconnaître le rôle de l'enseignant, et d'envisager des projets fédérateurs entre le pédagogique, l'éducatif et le thérapeutique.

Or, le statut des enseignants spécialisés ne prévoit qu'une heure de réunion hebdomadaire comprise dans les 27 heures de service pour ceux ayant en charge des élèves de niveau préscolaire et élémentaire, et deux heures en plus des 24 heures de service pour ceux ayant comme public des élèves de plus de 14 ans qui reçoivent une formation pré-professionnelle ou professionnelle. Ce quota s'avère largement insuffisant lorsque l'enseignant souhaite assister non seulement aux réunions pluridisciplinaires mais aussi aux synthèses des enfants et aux équipes de suivi de la scolarisation... Pour un

⁵¹ MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter, Journal Officiel, 31 octobre 1989, p. 13583 et suiv.

⁵² MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, Journal Officiel, 8 janvier 2005, p. 376 et suiv.

véritable travail de collaboration, le temps consacré aux rencontres inter-professionnelles gagnerait à être augmenté.

3.1.2 Eclaircir le statut des unités d'enseignement

Le décret du 30 décembre 2005⁵³ prévoit dans son article 14 la constitution des unités d'enseignement au sein des établissements médico-sociaux, « *afin de satisfaire aux obligations qui incombent au service public de l'éducation [...] et pour assurer la continuité des parcours de formation des élèves présentant un handicap* ». Pour autant, ce décret ni aucun autre à l'heure actuelle n'est venu définir le statut de ces unités et des enseignants qui y travaillent, comme cela avait été le cas après la loi du 30 juin 1975, où un décret du 24 mars 1978⁵⁴ était venu préciser qu'il s'agissait d'une mise à disposition de l'Éducation nationale.

Aujourd'hui, chaque établissement médico-social correspond à un numéro d'école fictif, et les enseignants sont affectés sur ces postes par l'inspecteur d'académie après le mouvement, comme n'importe quel poste du milieu ordinaire. Il en découle que les enseignants exerçant en milieu spécialisé restent sous l'autorité hiérarchique de l'inspecteur d'académie, et sont en même temps sous l'autorité administrative du directeur d'établissement, qui peut cependant être dégagé du rôle de directeur pédagogique selon la circulaire n°91-303 du 18 novembre 1991. Cette autorité administrative du chef d'établissement ne lui confère aucun pouvoir en matière de gestion des horaires puisque, comme nous venons de le voir, le quota d'heures à effectuer est fixé par l'Éducation nationale. Cela induit un manque de souplesse évident quant aux rencontres possibles avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Une enseignante d'ITEP m'expliquait devoir prendre sur son temps personnel pour pouvoir faire du lien avec les éducateurs et préparer les projets de groupe. Manque de souplesse également en ce qui concerne l'élaboration des emplois du temps individuels des enfants pris en charge, dont le caractère personnalisé se heurte aux contingences de présence du personnel enseignant.

⁵³ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, Journal Officiel, 31 décembre 2005, p. 20778 et suiv.

⁵⁴ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°78-441 du 24 mars 1978 relatif à la mise à disposition des établissements spécialisés pour enfants handicapés des maîtres de l'enseignement public, Journal Officiel, 30 mars 1978, p. 1369.

L'absence de statut clair des enseignants des établissements spécialisés, l'inadéquation entre leurs obligations en terme de quota d'heures à effectuer et leur mission au sein de l'établissement, et l'investissement personnel que ces postes requièrent, impliquent un manque de motivation de ces personnels à venir y travailler. En conséquence, ce sont souvent les professeurs des écoles sortant juste des IUFM qui y sont affectés, sans que ce soit un choix de leur part. Cette affectation imposée fait que les enseignants ne restent pas longtemps sur le poste, et on assiste à un très fort «turn-over» des enseignants dans les établissements médico-sociaux. L'absence de fidélisation, de stabilisation de ces personnels nuit au travail d'équipe qui pourrait s'instaurer sur plusieurs années. Chaque année, l'équipe éducative doit s'habituer à un nouveau mode de fonctionnement de l'enseignant, lui laisser un temps d'adaptation au secteur médico-social en l'accompagnant, repenser les projets,... autant d'ajustements préjudiciables à une bonne prise en charge de l'utilisateur, et qui n'auraient pas lieu d'être si un même enseignant restait plusieurs années sur un même poste.

Enfin, il faut noter que le développement rapide des CLIS et des UPI n'est pas sans conséquence sur les unités d'enseignement des établissements médico-sociaux. En effet, les inspecteurs d'académie sont amenés à redéployer les moyens en enseignants spécialisés en direction de l'Éducation nationale et au détriment du secteur médico-social. Là encore, cela nuit à l'accompagnement que celui-ci peut proposer aux usagers puisque les établissements voient leurs postes d'enseignants diminuer régulièrement, ce qui augmente inévitablement le nombre d'élèves par classe. Ce fait corrobore l'idée que les institutions doivent se recentrer sur leur mission de soin.

3.1.3 Développer la réciprocité des échanges pour une meilleure efficacité de la prise en charge

Pour offrir aux enfants et adolescents handicapés mentaux ou psychiques non pas une scolarisation sous forme de filière, mais une trajectoire réellement modulable, jouant sur les allers-retours entre milieu ordinaire et milieu médico-social, des passerelles doivent exister entre les deux. Ce décroisement est essentiel pour assurer aux élèves handicapés les modalités de scolarisation qui leur sont les mieux adaptées.

A) Jouer sur la complémentarité des milieux scolaire et médico-social

Il est important de veiller à ne pas tomber dans l'excès qui consisterait à dire, sous couvert de la nouvelle loi, que tous les enfants doivent être systématiquement scolarisés en milieu ordinaire pour éviter au maximum d'être pris en charge en établissement spécialisé, quitte à recréer un système de filière à travers les CLIS et UPI. Il ne doit pas

être honteux qu'un enfant au cours de sa scolarité passe par un IME ou un ITEP ! Au contraire, l'apport nécessaire et complémentaire des établissements médico-sociaux doit être connu et reconnu afin que les enfants et adolescents puissent en bénéficier au moment opportun au cours de leur scolarité.

Concernant les classes spécialisées au sein des établissements scolaires ordinaires, on peut citer un éducateur spécialisé, déclarant de façon assez radicale : « *enlevons tout ce qui est CLIS et UPI : c'est déplacer le problème, remettre tous les jeunes ensemble et stigmatiser* ». Or ce qui est stigmatisant, c'est qu'il n'y ait pas de lien au sein de l'école ou du collège où elles se trouvent, entre ces classes spécialisées et les classes ordinaires. Outre les projets collectifs communs à ces classes, le fait qu'un PPS puisse prévoir une alternance entre une scolarisation en UPI et une scolarisation en classe ordinaire facilite les passerelles et les liens entre élèves.

Dans le même ordre d'idée, le Centre Jean-Marie Larrieu fonctionne depuis de nombreuses années avec un système de classes dites « délocalisées ». En 1997, un premier partenariat a été signé entre l'établissement, la DDASS, l'Éducation nationale et la mairie de la ville de Bagnères-de-Bigorre sous forme de convention, afin d'instaurer au sein d'une école primaire la classe de l'ITEP du Centre Jean-Marie Larrieu, offrant ainsi aux jeunes une socialisation en milieu ordinaire. Aux dires du chef de service, ce fonctionnement, « *pas toujours facile mais globalement positif* », a permis de « *poser un autre regard sur les jeunes qui avaient une étiquette handicap* ». La présence quotidienne de l'enseignant et des enfants de l'ITEP a favorisé le développement des échanges entre enseignants, d'où a germé l'idée d'intégrations individuelles, basées sur la souplesse et le principe d'allers-retours entre classe délocalisée et classe ordinaire. L'expérience montre que les enfants de l'ITEP sont bien acceptés par les autres et que des liens se créent notamment pendant les récréations : l'intégration n'est donc pas uniquement physique, mais également sociale.

Puis en 1999, l'expérience est renouvelée pour les adolescents de l'ITEP (13-16 ans) au sein d'un collège de Bagnères-de-Bigorre. Leur problématique étant plus exacerbée en milieu scolaire que les plus jeunes enfants, le principe de la classe délocalisée a moins bien fonctionné, dans la mesure où les intégrations individuelles étaient beaucoup plus compliquées à mettre en oeuvre. Cependant, fort de ces expériences, le chef de service de l'ITEP estime tout à fait nécessaire que dans toute école proche d'un établissement spécialisé accueillant des enfants en situation de handicap mental et psychique soit réservée une classe pour un travail en partenariat, la proximité spatiale étant de toute évidence un facteur déterminant pour créer des passerelles. Les conventions sont à cet égard un outil sûr et efficace pour une réelle coopération et un véritable engagement des deux parties.

Faciliter les échanges entre milieu scolaire et secteur médico-social doit se faire par un esprit d'ouverture permanent et réciproque. Ainsi, des échanges d'infrastructures sont tout à fait envisageables et pourtant peu pratiquées entre établissements scolaires et médico-sociaux. Des équipements sportifs comme des supports éducatifs et culturels pourraient être utilisés à la fois par des élèves de l'école ordinaire et par ceux d'un IME ou d'un ITEP : un mur d'escalade, un terrain de football ou une cuisine pédagogique sont des outils appropriés pour tous, et c'est un moyen indéniable de créer des échanges et d'abolir les préjugés. Il est tout aussi intéressant d'imaginer des jeunes d'ITEP venant faire du sport sur le terrain d'un collège que d'envisager des enfants d'école primaire utilisant les locaux de l'IME pour un atelier cuisine ! De même, le décroisement entre les deux secteurs peut passer par l'organisation de projets pédagogiques communs, rencontres sportives et autres, dans un souci d'ouverture d'esprit aussi bien des enseignants que des élèves. La loi du 11 février 2005 promeut d'ailleurs ces relations dans son article 22, qui complète l'article L.312-15 du Code de l'Éducation en ces termes : « *les établissements scolaires s'associent avec les centres accueillant des personnes handicapées afin de favoriser les échanges et les rencontres avec les élèves* ».

B) L'importance du rôle de l'enseignant référent

La garantie d'un parcours de scolarisation ajusté aux besoins spécifiques de l'élève ne peut exister que par l'implication de tous les acteurs au moment de l'élaboration et de la réévaluation du PPS. Les textes le prévoient, puisque d'une part l'enseignant référent doit demander aux équipes des établissements médico-sociaux leurs écrits professionnels si l'enfant est pris en charge par celui-ci au moment de l'élaboration du PPS, et que d'autre part l'équipe de suivi de la scolarisation tient compte des renseignements que peuvent fournir les professionnels médico-sociaux lors de l'évaluation du PPS⁵⁵. Le rôle de l'enseignant référent est en la matière primordial, puisqu'il est de son initiative d'inviter les professionnels aux réunions de suivi. La circulaire de l'Éducation nationale du 17 août 2006⁵⁶ le précise bien en notant que l'enseignant référent « *favorise l'articulation entre les actions conduites par les équipes pédagogiques des établissements scolaires, des*

⁵⁵ Article 8 du décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 : « *Le cas échéant, elle [l'équipe de suivi de la scolarisation] fait appel, en lien avec le directeur de l'établissement de santé ou médico-social, aux personnels de ces établissements qui participent à la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent* ».

⁵⁶ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Circulaire n°2006-126 du 17 août 2006, *Elèves handicapés : mise en œuvre et suivi du projet personnalisé de scolarisation*, Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°32, 7 septembre 2006.

services ou établissements de santé et médico-sociaux, et les autres professionnels intervenant auprès de l'élève [...] Il favorise les échanges d'informations entre ces partenaires ». En d'autres termes, c'est lui qui assure la cohérence des actions, et pour cela il doit être le garant de la bonne communication entre les partenaires de la prise en charge : il est le lien entre les différents acteurs de la mise en œuvre du PPS. Selon P-F. Gachet, « *l'enseignant référent concrétise la notion de guichet unique* » souhaitée par la loi de 2005, puisqu'il a une mission d'interface et de porte-parole entre les multiples intervenants.

Mais en parallèle, pourquoi ne pas envisager que l'enseignant référent soit convié aux réunions internes à l'établissement, pour mieux appréhender la problématique d'un jeune ? Cela faciliterait sa connaissance du milieu médico-social et favoriserait les échanges spontanés avec les équipes. Sa présence à ces réunions internes semble d'autant plus justifiée lorsqu'il s'agit d'un enfant dont le PPS prévoit une scolarisation majoritairement intra-muros, c'est-à-dire dans l'unité d'enseignement de l'établissement médico-social. C'est l'occasion de faire un lien direct et de pouvoir pour les divers professionnels apporter oralement des précisions sur la prise en charge menée ou à réajuster. De plus, étant l'interlocuteur direct des parents, il est intéressant que l'enseignant référent puisse évoquer avec eux l'éventualité d'une prise en charge médico-sociale en connaissance de cause et non sur la représentation qu'il se fait de ces établissements.

3.2 Le partenariat entre les établissements médico-sociaux, la MDPH et les familles

La construction du plan de compensation du handicap d'un enfant, dont fait partie le PPS, nécessite une entente entre ceux qui pensent le projet, ceux qui le mettent en œuvre et ceux qui le vivent.

3.2.1 Associer l'ensemble des acteurs à la construction du projet

La loi du 11 février 2005 est centrée autour de la notion de choix de vie par la personne handicapée. En matière de scolarisation des enfants, cela se traduit par une place prépondérante laissée aux parents ou au représentant légal de l'enfant handicapé dans le processus de construction et de mise en œuvre du PPS. Ce sont eux, en effet, qui doivent faire la démarche de saisir la MDPH⁵⁷ ; puis la proposition de PPS élaborée

⁵⁷ Avant l'existence des MDPH, c'est le directeur d'école qui saisissait la commission de circonscription compétente. Aujourd'hui, il a seulement le pouvoir d'informer la MDPH d'une situation particulière mais ne peut la saisir directement pour demander la constitution d'un PPS.

par l'équipe pluridisciplinaire doit obligatoirement leur être transmise pour observations ; enfin, les parents ont la possibilité d'être entendus par la commission, assistés d'une tierce personne qualifiée s'ils le souhaitent.

La MDPH et les établissements médico-sociaux ont un rôle d'écoute et de conseil à remplir auprès des familles, afin de les guider dans leurs choix et dans leurs démarches. Si, pour certaines familles, la liberté d'initiative qui leur est laissée a été parfaitement comprise et utilisée à bon droit, pour d'autres elle est soit inconnue, soit source d'inquiétudes. Très souvent cependant, les parents d'enfant orienté en ITEP sont soucieux que celui-ci soit scolarisé en partie à l'école ordinaire, et acceptent difficilement cette sortie du système scolaire traditionnel. Le principe de la classe délocalisée permet à cet égard de satisfaire les attentes des parents, qui estiment qu'ainsi les enfants d'ITEP ne sont pas « ghettoïsés ».

Il est important de faire comprendre aux parents ce que peut apporter à leur enfant un passage dans un établissement spécialisé au cours de sa scolarité, et ce qui peut être envisagé en partenariat avec l'Éducation nationale. Pour ce faire, il est indispensable que les professionnels de la MDPH connaissent exactement le fonctionnement des établissements médico-sociaux du département. De même que pour les enseignants référents, une rencontre régulière au sein des structures dans lesquelles ils orientent les enfants paraît recommandée.

La circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux ITEP⁵⁸ insiste sur cette connaissance des établissements que doivent avoir les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la CDAPH. Ainsi, cette circulaire estime que les ITEP doivent « *particip[er] à l'amélioration de l'évaluation et de l'orientation au sein des MDPH* » en indiquant qu'« *il est souhaitable que des professionnels exerçant en ITEP puissent être consultants de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH* », afin de garantir une orientation la plus juste et adaptée possible. Ce qui est valable pour les ITEP l'est évidemment pour les professionnels des IME. C'est d'ailleurs ce qui se fait dans les Hautes-Pyrénées, puisque deux psychologues du Centre Jean-Marie Larrieu, travaillant à la fois à l'IME et à l'ITEP, se relayent pour assister aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, éclairant ainsi de leur regard d'expert de terrain les situations d'enfant examinées. Sans connaître nominativement les dossiers, il est incontestable que leur analyse professionnelle des problématiques rencontrées est un atout pour assurer l'orientation qui soit la meilleure pour l'enfant en situation de handicap.

⁵⁸ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire interministérielle n°DGAS/DGS/SD3C/SD6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

3.2.2 Rendre réactif et souple le PPS

La loi de 2005 et son décret d'application du 30 décembre 2005 prévoient que l'équipe de suivi de la scolarisation peut proposer en cours d'année à la CDAPH tout réajustement du PPS qu'elle estime nécessaire, en plus de l'évaluation annuelle systématique. Les expériences de scolarisation partielle en milieu ordinaire ont montré qu'effectivement les temps de classe doivent être augmentés progressivement au long de l'année scolaire, le nombre de matières suivies également : la révision du PPS nécessite donc d'être régulière. Mais surtout, cette révision doit intervenir rapidement après que l'évolution des besoins ou des potentialités de l'enfant ait été repérée.

Or, le fait que le dossier doive passer en commission pour tout réajustement entrave considérablement la réactivité possible et la souplesse de mise en oeuvre. Prenons l'exemple des enfants d'ITEP scolarisés en école primaire : au départ ils ont tous été scolarisés en sport, et c'est par des échanges informels entre enseignants que pour quelques-uns d'entre eux ont été essayées des intégrations en mathématiques ou dans une autre matière. C'est la connaissance de l'enfant au quotidien qui permet d'ajuster son projet au plus près de ses potentialités, quitte à revenir en arrière immédiatement si l'expérience d'intégration dans telle ou telle classe ne s'avère pas concluante. Le chef de service de l'ITEP comme les enseignants redoutent que le nouveau système ne rigidifie les relations de partenariat, et regrettent le fait que les membres de la commission qui valident le PPS et ses modifications ne connaissent pas les enfants et les adolescents dont il est question. Idée ainsi formulée : *« intégrer sur dossier, je n'y crois pas », étant donné qu'« en matière de problématique des jeunes, rien n'est figé, tout est en perpétuelle évolution ».*

Il est donc à souhaiter que le fait de devoir passer par la MDPH n'empêche pas la spontanéité des ajustements qui se font actuellement. Il serait nécessaire qu'une certaine marge de manœuvre soit laissée aux professionnels des établissements médico-sociaux et de l'Éducation nationale en matière d'ajustement de PPS.

Un accord avec la MDPH pourrait permettre la mise en place d'une procédure simplifiée pour les réévaluations en cours d'année qui ne sont pas des modifications trop importantes. Cela éviterait un passage en commission qui induit des délais dommageables pour tous : l'élève en premier lieu, mais aussi les enseignants, qu'ils soient spécialisés ou non, voire les autres élèves. Il faut savoir, en effet, que la fréquence des CDAPH varie d'un département à l'autre, parfois elles sont seulement mensuelles, d'où une attente importante du traitement des dossiers.

Cette procédure simplifiée pourrait être envisagée dans la mesure où la démarche inclut la recherche de l'accord parental, et l'information de tous les partenaires de la prise en charge au sujet des changements effectués dans la mise en oeuvre du PPS.

Conclusion

La loi du 11 février 2005, dont personne ne semble contester la générosité et le bien-fondé des principes, exige des remises en question pour de nombreux professionnels, notamment en ce qui concerne le champ de la scolarisation des enfants handicapés. La mise en place des parcours de scolarisation individualisés suppose la forte implication et la coordination des actions de tous les acteurs de la prise en charge, dans le secteur de l'enseignement comme dans le secteur médico-social.

Pour les établissements médico-sociaux, la mise en application des principes de la loi entraîne un bouleversement de leur fonctionnement, aussi bien au niveau interne qu'externe, avec le nécessaire développement de partenariats avec l'Éducation nationale, les MDPH et les familles.

Après l'analyse des incidences de la loi sur ces établissements, et plus particulièrement sur ceux accueillant des enfants et adolescents en situation de handicap mental et psychique, il apparaît que leur rôle demeure indispensable en parallèle du circuit ordinaire de l'Éducation nationale. En effet, tous les enfants ne sont pas en mesure de tirer bénéfice d'une scolarisation en milieu ordinaire et certains ne peuvent supporter d'y être scolarisés à temps plein. L'accompagnement proposé par les établissements spécialisés est complémentaire, et leurs moyens, notamment thérapeutiques, permettent une offre plus large. Les institutions médico-sociales doivent donc être comprises comme une valeur ajoutée proposée au cours d'un parcours de scolarisation. Elles ont également un rôle important à jouer en matière de promotion de la scolarisation en milieu ordinaire, de par l'esprit d'ouverture dont doivent faire preuve chef d'établissement et équipes médico-sociales.

Cela nécessite de leur part de savoir s'adapter au public accueilli, d'être réactif et d'accepter de remettre en cause leurs pratiques professionnelles, en gardant toujours à l'esprit que c'est l'utilisateur et sa problématique qui restent au cœur des préoccupations. C'est ce même souci d'adaptation et de souplesse dans les habitudes professionnelles qu'il faudra retrouver au sein de l'Éducation nationale, accompagnée des moyens humains et matériels nécessaires.

La scolarisation des enfants et des adolescents handicapés demeure encore aujourd'hui, deux ans après la parution de la loi, un sujet qui inquiète les professionnels ; cependant, c'est à force de la mettre en œuvre par une concertation permanente des acteurs concernés qu'elle deviendra naturelle, et que le regard de la société sur le handicap pourra changer.

Je finirai par ces mots de Sénèque qui nous invitent à engager le changement malgré le caractère ambitieux de la tâche qu'il reste à accomplir :

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles ».

Bibliographie

Ouvrages :

- BELMONT B., VERILLON A., 2003, *Diversité et handicap à l'école. Quelles pratiques éducatives pour tous ?*, Institut National de la Recherche Pédagogique et Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, 216 p.
- DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE, 2007, *Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés*, [en ligne], disponible sur Internet : <http://www.education.gouv.fr>
- FUSTER P., JEANNE P., 1996, *Enfants handicapés et intégration scolaire*, Paris : Armand Colin/Masson, 130 p.
- GILLIG J-M., 2006, *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*, Paris : Dunod, 241 p.
- LOUIS J-M., RAMOND F., 2006, *Scolariser l'élève handicapé*, Paris : Dunod, 272 p.
- ZAFFRAN J., 1997, *L'intégration scolaire des handicapés*, Paris : L'Harmattan, 219 p.

Mémoires :

- DIDIER D., 2005, *Diversifier les modes d'intervention de l'IMP pour accompagner la scolarité en milieu ordinaire*, mémoire de CAFDES option Enfance, École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 97 p.
- DONTENWILLE C., 2005, *Vers le retour en milieu scolaire ordinaire des adolescents sortant d'ITEP, étude descriptive dans le département du Bas Rhin*, mémoire de Médecin Inspecteur de Santé Publique, École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 98 p.
- METZGER D., 2002, *L'intégration scolaire collective des enfants déficients intellectuels à l'école élémentaire : freins et résistances à l'intégration scolaire à partir de l'exemple du département de la Marne*, mémoire d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales, École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 94 p.

Articles de périodique :

- CHARLIER M., 2002, « L'intégration des enfants handicapés, où en est-on ? », *Sauvegarde de l'enfance*, vol. 57, n°4, pp. 210-217
- CORMIER H., 26 mars 2004, « Déficience intellectuelle : le long chemin de l'intégration scolaire », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2352, pp. 35-36
- DEVOLDÈRE R., avril 2006, « Dossier : La scolarité des élèves handicapés mentaux », *Réadaptation*, n°529
- FLOC'H B., février 2007, « Le handicap fera-t-il changer l'école ? », *Le Monde de l'éducation*, n°355, pp. 44-46
- GAGNEUX M., SOUTOU P., mai 2000, « Instituts de Rééducation : un rapport de l'IGAS », *Journal du Droit des Jeunes*, n°195, pp. 27-30
- MASCRET A., février 2007, « L'amertume des instituts spécialisés », *Le Monde de l'éducation*, n°355, pp. 48-49
- ROETS D., juillet-août 2006, « La mise en œuvre du droit à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°4, pp. 731-738

- « Dossier Juridique : Scolarisation des enfants handicapés », 24 juin 2004, *Travail Social Actualités*, n° 1026, pp. 13-18
- « Dossier : La loi du 11 février 2005 », 22 septembre 2006, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, supplément au n° 2470, pp. 7-11 et pp. 90-97

Textes législatifs et réglementaires :

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°78-441 du 24 mars 1978 relatif à la mise à disposition des établissements spécialisés pour enfants handicapés des maîtres de l'enseignement public, *Journal Officiel*, 30 mars 1978, p. 1369
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, *Journal Officiel*, 31 décembre 2005, p. 20778 et suiv.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Décret n°2006-583 du 23 mai 2006 relatif aux dispositions réglementaires du livre III du Code de l'Éducation, *Journal Officiel*, 24 mai 2006, p. 7616 et suiv.

- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 19 décembre 2006 portant cahier des charges de la formation des maîtres en institut universitaire de formation des maîtres, Journal Officiel, 28 décembre 2006, p.19743 et suiv.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Circulaire n°2001-035 du 21 février 2001, Scolarisation des élèves handicapés dans les établissements du second degré : le développement des unités pédagogiques d'intégration (UPI), Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°9, 1^{er} mars 2001
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Circulaire n°2002-111 du 30 avril 2002, Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves, Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°19, 9 mai 2002
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire interministérielle n°DGAS/SD3C/2006-343 et n°MEN/DGESCO/2006-119 du 31 juillet 2006 relative à la scolarisation des élèves handicapés - préparation de la rentrée 2006, Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°31, 31 août 2006
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Circulaire n°2006-126 du 17 août 2006, Élèves handicapés : mise en œuvre et suivi du projet personnalisé de scolarisation, Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°32, 7 septembre 2006
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE. Circulaire n°2007-11 du 9 janvier 2007, Préparation de la rentrée 2007, Bulletin Officiel du ministère de l'Éducation nationale n°3, 18 janvier 2007
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire interministérielle n°DGAS/DGS/SD3C/SD6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis
- MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter, Journal Officiel, 31 octobre 1989, p. 13583 et suiv.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de

fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, Journal Officiel, 8 janvier 2005, p. 376 et suiv.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire n°DGAS/SD5B/2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Circulaire n°DGAS/SD5B/2006-467 du 27 octobre 2006 relative au calcul des prix de journée modulés en fonction des modes d'accueil pour les établissements et services médico-sociaux accueillant des mineurs et jeunes adultes handicapés
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Journal Officiel, 1^{er} juillet 1975, p. 6595 et suiv.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel, 3 janvier 2002, p.124 et suiv.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel, 12 janvier 2005, p. 2353 et suiv.

Rapports et conférences :

- BAS P., *Loi handicap du 11 février 2005 : 2 ans après*, conférence de presse du 7 février 2007, III. Favoriser la scolarité des enfants handicapés
- DEFRANCE M., *La scolarisation des enfants et adolescents relevant des ITEP*, communiqué de presse du 23 mars 2007, Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE)
- DESAIN-DELABARRE J-M., « *Enjeux et conditions de la réussite de la scolarisation des enfants malades et en situation de handicap* », intervention dans le cadre de la session de formation continue « Scolarisation des enfants en situation de handicap », 23 mai 2007, École Nationale de la Santé Publique
- DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE, *Répondre aux besoins éducatifs des élèves handicapés : quels choix en Europe ?*, conférence-débat, mai 2004, disponible sur Internet : <http://www.eduscol.education.fr/rencontres-desco/>

- DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), *La scolarisation des enfants et adolescents handicapés*, mars 2007, Études et résultats, n°564
- GEOFFROY G., *La scolarisation des enfants handicapés*, rapport de mission parlementaire, 1^{er} avril - 30 septembre 2005, disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- GEOFFROY G., *Réussir la scolarisation des enfants handicapés*, rapport de mission parlementaire, 27 avril – 26 octobre 2006, disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- IGAS, IGEN, 1999, *Scolariser les jeunes handicapés*, rapport conjoint présenté en mars 1999, Paris : La documentation française, 143 p.
- LACHAUD Y., *L'intégration scolaire des élèves en situation de handicap*, rapport de mission remis au ministère de l'Éducation nationale en octobre 2003
- LATOUILLE J.-J., *Approche européenne des élèves à besoins éducatifs particuliers*, conférence du module 7.3 de la formation CAPA-SH, Toulouse, 8 février 2007

Sites Internet consultés :

- <http://aire-asso.com> [visité le 19/04/07]
- <http://www.education.gouv.fr> [visité régulièrement]
- <http://eduscol.education.fr> [visité régulièrement]
- <http://www.handicap.gouv.fr> [visité régulièrement]
- <http://scolaritépartenariat.chez-alice.fr> [visité le 2/04/07]

Liste des annexes

Annexe I : titre IV de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, chapitre 1^{er}, articles 19 à 22.

Annexe II : modèle de projet personnalisé de scolarisation utilisé dans le département des Hautes-Pyrénées.

Annexe I

TITRE IV

ACCESSIBILITÉ

Chapitre Ier

Scolarité, enseignement supérieur et enseignement professionnel

Article 19

I. - Au quatrième alinéa de l'article L. 111-1 du code de l'éducation, après les mots : « en difficulté », sont insérés les mots : « , quelle qu'en soit l'origine, en particulier de santé, ».

II. - Au troisième alinéa de l'article L. 111-2 du même code, après les mots : « en fonction de ses aptitudes », sont insérés les mots : « et de ses besoins particuliers ».

III. - Les articles L. 112-1 et L. 112-2 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 112-1. - Pour satisfaire aux obligations qui lui incombent en application des articles L. 111-1 et L. 111-2, le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés.

« Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

« Dans le cadre de son projet personnalisé, si ses besoins nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un autre établissement mentionné à l'article L. 351-1 par l'autorité administrative compétente, sur proposition de son établissement de référence et avec l'accord de ses parents ou de son représentant légal. Cette inscription n'exclut pas son retour à l'établissement de référence.

« De même, les enfants et les adolescents accueillis dans l'un des établissements ou services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans l'un des établissements mentionnés au livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique peuvent être inscrits dans une école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du présent code autre que leur établissement de référence, proche de l'établissement où ils sont accueillis. Les conditions permettant cette inscription et cette fréquentation sont fixées par convention entre les autorités académiques et l'établissement de santé ou

médico-social.

« Si nécessaire, des modalités aménagées d'enseignement à distance leur sont proposées par un établissement relevant de la tutelle du ministère de l'éducation nationale.

« Cette formation est entreprise avant l'âge de la scolarité obligatoire, si la famille en fait la demande.

« Elle est complétée, en tant que de besoin, par des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales coordonnées dans le cadre d'un projet personnalisé prévu à l'article L. 112-2.

« Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire a été décidée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles mais que les conditions d'accès à l'établissement de référence la rendent impossible, les surcoûts imputables au transport de l'enfant ou de l'adolescent handicapé vers un établissement plus éloigné sont à la charge de la collectivité territoriale compétente pour la mise en accessibilité des locaux. Cette disposition ne fait pas obstacle à l'application de l'article L. 242-11 du même code lorsque l'inaccessibilité de l'établissement de référence n'est pas la cause des frais de transport.

« Art. L. 112-2. - Afin que lui soit assuré un parcours de formation adapté, chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé a droit à une évaluation de ses compétences, de ses besoins et des mesures mises en oeuvre dans le cadre de ce parcours, selon une périodicité adaptée à sa situation. Cette évaluation est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Les parents ou le représentant légal de l'enfant sont obligatoirement invités à s'exprimer à cette occasion.

« En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire. Le projet personnalisé de scolarisation constitue un élément du plan de compensation visé à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles. Il propose des modalités de déroulement de la scolarité coordonnées avec les mesures permettant l'accompagnement de celle-ci figurant dans le plan de compensation. »

IV. - Après l'article L. 112-2 du même code, il est inséré un article L. 112-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 112-2-1. - Des équipes de suivi de la scolarisation sont créées dans chaque département. Elles assurent le suivi des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, prises au titre du 2° du I de l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles.

« Ces équipes comprennent l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en oeuvre du projet personnalisé de scolarisation et en particulier le ou les enseignants qui ont en charge l'enfant ou l'adolescent.

« Elles peuvent, avec l'accord de ses parents ou de son représentant légal, proposer à la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles toute révision de l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent qu'elles jugeraient utile. »

V. - 1. Après l'article L. 112-2 du même code, il est inséré un article L. 112-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 112-2-2. - Dans l'éducation et le parcours scolaire des jeunes sourds, la liberté de choix entre une communication bilingue, langue des signes et langue française, et une communication en langue française est de droit. Un décret en Conseil d'Etat fixe, d'une part, les conditions d'exercice de ce choix pour les jeunes sourds et leurs familles, d'autre part, les dispositions à prendre par les établissements et services où est assurée l'éducation des jeunes sourds pour garantir l'application de ce choix. »

2. L'article 33 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales est abrogé.

VI. - Le chapitre II du titre Ier du livre Ier du code de l'éducation est complété par un article L. 112-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 112-4. - Pour garantir l'égalité des chances entre les candidats, des aménagements aux conditions de passation des épreuves orales, écrites, pratiques ou de contrôle continu des examens ou concours de l'enseignement scolaire et de l'enseignement supérieur, rendus nécessaires en raison d'un handicap ou d'un trouble de la santé invalidant, sont prévus par décret. Ces aménagements peuvent inclure notamment l'octroi d'un temps supplémentaire et sa prise en compte dans le déroulement des épreuves, la présence d'un assistant, un dispositif de communication adapté, la mise à disposition d'un équipement adapté ou l'utilisation, par le candidat, de son équipement personnel. »

VII. - Le chapitre II du titre Ier du livre Ier du même code est complété par un article L. 112-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 112-5. - Les enseignants et les personnels d'encadrement, d'accueil, techniques et de service reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'accueil et l'éducation des élèves et étudiants handicapés et qui comporte notamment une information sur le handicap tel que défini à l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles et les différentes modalités d'accompagnement scolaire. »

Article 20

I. - Après l'article L. 123-4 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 123-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 123-4-1. - Les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en oeuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études. »

II. - Le sixième alinéa de l'article L. 916-1 du même code est ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, des assistants d'éducation peuvent être recrutés par l'Etat pour exercer des fonctions d'aide à l'accueil et à l'intégration des élèves handicapés dans les conditions prévues à l'article L. 351-3, ainsi que pour exercer des fonctions d'accompagnement auprès des étudiants handicapés inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur mentionnés aux titres Ier, II, IV et V du livre VII du présent code et pour lesquels une aide a été reconnue nécessaire par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 21

I. - L'intitulé du chapitre 1er du titre V du livre III du code de l'éducation est ainsi rédigé : « Scolarité ».

II. - L'article L. 351-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 351-1. - Les enfants et adolescents présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant sont scolarisés dans les écoles maternelles et élémentaires et les établissements visés aux articles L. 213-2, L. 214-6, L. 422-1, L. 422-2 et L. 442-1 du présent code et aux articles L. 811-8 et L. 813-1 du code rural, si nécessaire au sein de dispositifs adaptés, lorsque ce mode de scolarisation répond aux besoins des élèves. Les parents sont étroitement associés à la décision d'orientation et peuvent se faire aider par une personne de leur choix. La décision est prise par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, en accord avec les parents ou le représentant légal. A défaut, les procédures de conciliation et de recours prévues aux articles L. 146-10 et L. 241-9 du même code s'appliquent. Dans tous les cas et lorsque leurs besoins le justifient, les élèves bénéficient des aides et accompagnements complémentaires nécessaires.

« L'enseignement est également assuré par des personnels qualifiés relevant du ministère chargé de l'éducation lorsque la situation de l'enfant ou de l'adolescent présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant nécessite un séjour dans un établissement de santé ou un établissement médico-social. Ces personnels sont soit des enseignants publics mis à la disposition de ces établissements dans des conditions prévues par décret, soit des maîtres de l'enseignement privé dans le cadre d'un contrat passé entre l'établissement et l'Etat dans les conditions prévues par le titre IV du livre IV.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les enseignants exerçant dans des établissements publics relevant du ministère chargé des personnes handicapées ou titulaires de diplômes délivrés par ce dernier assurent également cet enseignement. »

III. - L'article L. 351-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles désigne les établissements ou les services ou à titre exceptionnel l'établissement ou le service correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent en mesure de l'accueillir. » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « dispensant l'éducation spéciale » sont supprimés ;

3° Au deuxième alinéa, les mots : « établissements d'éducation spéciale » sont remplacés par les mots : « établissements ou services mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

IV. - L'article L. 351-3 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « la commission départementale de l'éducation spéciale » sont remplacés par les mots : « la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles » ;

2° Dans le même alinéa, après la référence : « L. 351-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

3° Le deuxième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Si l'aide individuelle nécessaire à l'enfant handicapé ne comporte pas de soutien pédagogique, ces assistants peuvent être recrutés sans condition de diplôme. Ils reçoivent une formation adaptée. » ;

4° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Ils exercent leurs fonctions auprès des élèves pour lesquels une aide a été reconnue nécessaire par décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. Leur contrat de travail précise le nom des écoles et des établissements scolaires au sein desquels ils sont susceptibles d'exercer leurs fonctions. »

Article 22

L'article L. 312-15 du code de l'éducation est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'enseignement d'éducation civique comporte également, à l'école primaire et au collège, une formation consacrée à la connaissance et au respect des problèmes des personnes handicapées et à leur intégration dans la société.

« Les établissements scolaires s'associent avec les centres accueillant des personnes handicapées afin de favoriser les échanges et les rencontres avec les élèves. »

Annexe II

Maison Départementale des Personnes Handicapées des Hautes Pyrénées

Tél. 05.62.56.73.50 - Fax : 05.62.56.73.46 - mdph65@cg65.fr



En application de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, du décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, de la circulaire n°2006-126 du 17 août 2006 sur la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation est proposé :

PROJET PERSONNALISÉ DE SCOLARISATION (PPS)

Suite à la demande formulée le par M.....Mme
(père , mère , représentant légal , élève majeur) pour :

ELEVE CONCERNE(E)

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Nom | Prénom |
| Date de naissance | N° de dossier MDPH |

FAMILLE – REPRESENTANTS LEGAUX

| | Mère | Père | Organisme de tutelle |
|--------------|------|------|----------------------|
| Nom – Prénom | | | |
| Adresse | | | |
| N° tél. | | | |

| | |
|----------------------------|--------------------------------|
| Nom de l'assuré(e) : | Organisme payeur : |
| | N° de sécurité sociale : |

LIEU DE VIE DE L'ENFANT

| |
|------------------------|
| Nom – Prénom |
| Adresse - N° tél. |

LIEUX DE SCOLARISATION

| Etablissement de référence Inscription active <input type="checkbox"/> inactive <input type="checkbox"/> | Etablissement(s) scolaire(s) fréquenté(s) | Unité d'enseignement |
|--|--|----------------------|
| Nom | | |
| Adresse | | |
| Tél. | | |
| Directeur/ Chef d'établissement | | |

ENSEIGNANT REFERENT

| |
|------------------------|
| Nom – Prénom |
| Adresse |
| Téléphone - mail |

Le PPS définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

PROPOSITIONS DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

ORIENTATION

| | |
|---|------------------------------|
| CLIS <input type="checkbox"/> | UPI <input type="checkbox"/> |
| et préconisations | |
| | |
| Secteur médico-social : | |
| Régime : Internat <input type="checkbox"/> 1/2 Internat <input type="checkbox"/> Internat aménagé <input type="checkbox"/> SESSD <input type="checkbox"/> | |
| Autre : | |

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION

| |
|---|
| Etablissement(s) proposé(s) |
| Fréquentation |
| ▪ <u>L'élève est présent dans l'établissement scolaire :</u> |
| à temps partiel <input type="checkbox"/> nombre de demi-journées..... dont en présence de l'AVS |
| à temps plein <input type="checkbox"/> dont en présence de l'AVS |
| ▪ <u>L'élève est présent dans l'unité d'enseignement :</u> |
| à temps partiel <input type="checkbox"/> nombre de demi-journées..... |
| à temps plein <input type="checkbox"/> |
| Transport scolaire : Coordonnées |
| Domicile- établissement scolaire..... |
| Etablissement scolaire-soins (pendant le temps scolaire) : |
| Aménagement, équipement/ matériel spécifique (si nécessaire) |
| |
| |
| |
| Suivi du PPS |
| Date de la 1 ^{ère} Equipe de Suivi de la Scolarisation..... |
| Date de révision du projet par l'EPE |

OBSERVATIONS EVENTUELLES DE LA FAMILLE

| |
|---|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Date et signature :</p> |
|---|

NOTIFICATION DE LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE

| |
|--|
| |
|--|

Liste des dispositifs du département des Hautes Pyrénées :

| Education Nationale : | |
|---|--|
| <p>Classes d'Intégration Scolaire (écoles élémentaires) CLIS 1 (élèves présentant des troubles cognitifs importants) : Ecole J.J. Rousseau, J.Verné, Voltaire et St. Joseph (privée), TARBES Ecole Pierre Guillard, VIC EN BIGORRE Ecole Lamartine Circonscription, AUREILHAN Ecole Pic du Midi HAGNERES de BIGORRE Ecole Honoré Auzan, LOURDES Ecole Las Moulies, LANNEMEZAN CLIS 4(élèves présentant une déficience motrice) : Ecole Jean Moulin, TARBES</p> | <p>Unités Pédagogiques d'Intégration (collèges) Collège Dessix, TARBES Collège Val d'Arros, TOURNAY Collège Pierre Mendès-France, VIC EN BIGORRE</p> |
| Secteur médico-social : | |
| <p>Centre « Lagarrigue », 25 rue Jean Larchier 65000 TARBES, 05 62 44 05 50 : 1 institut thérapeutique éducatif et pédagogique, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Centre Médico-Socio-Educatif «Le Bérol », 3 route de Pontacq 65100 LOURDES, 05 62 94 11 83 : 1 institut thérapeutique éducatif et pédagogique, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile, 1 service d'aide à l'intégration des enfants déficients auditifs ITEP Sainte Marie, 22 rue du Sacré Cœur, 65100 LOURDES, 05 62 41 40 30 : 1 institut thérapeutique éducatif et pédagogique, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Institut d'Education Motrice «Adolphe Pédébidou », 65190 TOURNAY, 05 62 35 79 00 : 1 Institut d'Education Motrice, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Institut Médico-Educatif St. Michel de Biscays, 8 rue des trois Archanges, 65100 LOURDES, 05 62 42 36 06 : 1 Institut médico-éducatif</p> | <p>Institut Médico-Pédagogique Notre Maison «Château d' Urac », 65320 BORDERES sur ECHEZ, 05 62 44 22 22 : 1 institut médico-éducatif, 1 institut médico-professionnel, 1 institut thérapeutique éducatif et pédagogique, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Centre Jean-Marie Larrieu, 65710 CAMPAN, 05 62 91 32 50 : 1 institut médico-éducatif, 1 institut médico-professionnel, 1 institut thérapeutique éducatif et pédagogique, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Centre Médico-Professionnel Roland Chavance, 65700 LASCAZERES, 05 62 98 35 51 : 1 institut médico-éducatif, 1 institut médico-professionnel, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Institut Médico-Educatif «Les Hirondelles », 74 av. d'Azereix, 65000 TARBES, 05 62 51 78 78 : 1 institut médico-éducatif, 1 service éducatif de soins spécialisés à domicile Institut Médico-Educatif Joseph Fergues 12 rue des Pyrénées, 65000 TARBES, 05 62 93 16 36 : 1 institut médico-éducatif</p> |
| Secteur sanitaire public : | |
| <p>CMPP Consultation Médico Psycho Pédagogique « Lagarrigue » 8 Rue Lagarrigue 65000 TARBES, 05 62 44 05 55</p> <p>Consultation Médico Psycho Pédagogique, Centre Médico-Socio-Educatif «Le Bérol », 3 route de Pontacq 65100 LOURDES, 05 62 94 11 83</p> | <p>CMP Consultation Médico Psychologique 1 Rue T. Gaulier 65000 TARBES, 05 62 51 22 22</p> <p>Centre Médico Psychologique « Les Lucioles » 64 Avenue Maréchal Juin 64100 LOURDES, 05 62 94 88 22</p> <p>Consultation Médico Psychologique « La Marelle » 22 Rue des Pyrénées 65200 BAGNERES de BIGORRE, 05 62 91 01 02</p> <p>Consultation Médico Psychologique « Les Tillouls » 34 Boulevard des Tillouls 65300 LANNEMEZAN, 05 62 50 11 20</p> <p>Consultation Médico Psychologique, 11 Place du Corps Franc Pommies 65500 VIC BIGORRE, 05 62 31 60 00</p> |