

Centre Technique National d'Etudes et de Recherches
sur les Handicaps et les Inadaptations
2, rue Auguste Comte - BP 47 - 92173 Vanves Cedex

GENESE DES ANNEXES XXIV

Lecture guidée pour accompagner une réforme

Coordination : Evelyne DUPONT-LOURDEL

Préface : Docteur Annick DEVEAU

Institut Régional du Travail Social de Haute-Normandie
BP n° 5 - 76380 CANTELEU

EXTRAIT DU CATALOGUE

- **L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE**
Stratégies et redéploiement
Francine FENET

- **L'ENFANT PLACE, ACTUALITE DE LA RECHERCHE
FRANCAISE ET INTERNATIONALE**
Actes du Colloque international 31/05/89
Coordination : Michel CORBILLON
Co-édition CTNERHI/MIRE/GERIS

- **LE PLACEMENT DES ENFANTS :**
la répétition intergénérationnelle au sein
de l'Aide sociale à l'enfance
Marie ANAUT

- **LA PREVENTION SPECIALISEE EN FRANCE**
forme originale d'action socio-éducative
Coordination : Victor GIRARD

- **LES PERSONNES HANDICAPEES EN FRANCE :**
Données sociales
sous la direction de Annie TRIOMPHE
en collaboration avec Annick BOUNOT, Annick DEVEAU,
Michèle FARDEAU-GAUTIER, Jean-François RAVAUD,
Claude RUMEAU-ROUQUETTE, Dominique VELCHE
Co-édition INSERM/CTNERHI

GENESE DES ANNEXES XXIV

Lecture guidée pour accompagner une réforme

Coordination :

Evelyne DUPONT LOURDEL

I.R.T.S. de Haute-Normandie

Préface de Madame le Docteur A. DEVEAU

Composition du groupe de travail

Evelyne DUPONT LOURDEL, formateur méthodologue
Véronique QUET, directrice adjointe, I.R.T.S.
Frédérique ANGER, formateur en psycho-pédagogie
Isabelle NORMAND, formateur en droit.
Corinne BUISSON, documentaliste

Nous remercions ceux qui nous ont aidés de leurs conseils notamment :

Mme Michèle AUCOUTURIER

Préfecture de la Seine-Maritime
Chargée de mission

M. René BOUCHER,

Directeur Général, I.R.T.S. de Haute-Normandie

Mme le Docteur Annick DEVEAU,

Direction de l'Action Sociale
Sous-Direction de la réadaptation de la vieillesse et de
l'aide sociale,
Conseiller médical

M. Patrick RISSELIN,

Direction de l'Action Sociale
Sous-Direction de la réadaptation de la vieillesse et de l'aide
sociale,
2ème adjoint à la réglementation des établissements pour
mineurs handicapés

Conception de la publication : Gisèle PREVOTEAU
Dactylographie et mise en page : Sylvie CAMBOUR

L'I.R.T.S. de Haute-Normandie a réalisé cette synthèse documentaire afin de constituer un outil : une lecture guidée pour accompagner les réformes en cours.

Ceci a été possible grâce à une mise en synergie de notre service documentaire, de nos bases de données et du service formation, le tout dirigé par Evelyne DUPONT LOURDEL, Responsable du groupe de conception et de qualification des projets de l'I.R.T.S. de Haute-Normandie.

L'original de ce dossier sera mis à jour par le service documentaire dont les éléments d'actualisation pourront être consultés sur minitel 3617 OSIRIS. D'autres dossiers sont produits chaque année par le service documentaire, le laboratoire de recherche, ou le groupe conception et qualification des projets.

Nous remercions le C.T.N.E.R.H.I. d'avoir bien voulu accueillir celui-ci dans ses publications.

*René BOUCHER, Directeur Général
I.R.T.S. Haute-Normandie*

SOMMAIRE

Préface	
Introduction	
Table d'orientation	
I - Généalogie des Annexes XXIV	1
1945 - 1970	
II - Les orientations constituant le contexte de	17
la réforme des Annexes XXIV	
1970 - 1990	
III - Travaux, pratiques et réflexions ayant inspiré	43
la réforme des annexes XXIV	
IV - Guide de lecture des nouvelles annexes XXIV	50
A - Liste des textes portant réforme des annexes XXIV	
B - Grandes lignes et expressions-clés	
V - Index - lexique fondé sur les références juridiques	57
VI - Tableaux de synthèse	63
Conclusion	75
Bibliographie	76

Annexes : les textes de la réforme des Annexes XXIV	85
<i>Nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages.</i>	<i>87</i>
<i>Décret n° 89-798 du 27 Octobre 1989</i>	<i>101</i>
<i>Modification des conditions de la prise en charge des 135</i> <i>enfants ou adolescents <u>déficients intellectuels ou inadaptés</u></i> <i>par les établissements et services d'éducation spéciale</i>	
<i>Modification des conditions de la prise en charge des 153</i> <i>enfants ou adolescents <u>handicapés moteurs</u> par les</i> <i>établissements et services d'éducation spéciale</i>	
<i>Modification des conditions de la prise en charge des 163</i> <i>enfants ou adolescents <u>polyhandicapés</u> par les</i> <i>établissements et services d'éducation spéciale</i>	
<i>Décret n° 88-423 du 22 Avril 1988</i>	<i>175</i>
<i>Circulaire n° 88-09 du 22 Avril 1988</i>	<i>189</i>
<i>Mise en place et organisation des réseaux d'aides 207</i> <i>spécialisées aux élèves en difficulté</i>	

PREFACE

L'accompagnement des familles et la prise en charge des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés viennent d'être redéfinis à travers les textes récents modifiant les conditions d'autorisation des établissements et services les recevant. Cette réforme des annexes XXIV s'est appuyée sur la réflexion, la recherche des professionnels et des associations d'usagers et parfois sur l'évaluation des pratiques. Celle-là ne prendra toute sa valeur que si elle se concrétise dans l'action quotidienne de tous ceux qui sont en contact avec les enfants et les adolescents dont nous défendons les droits où que nous nous trouvions.

Cette réforme n'est pas une révolution culturelle : pas à pas, elle s'inscrit dans l'histoire du secteur, suivant de près les domaines de l'éducation, l'aide sociale à l'enfance, le secteur psychiatrique, la protection de l'enfance. Dans chacun d'eux, on peut constater la même mutation : l'établissement n'est plus seulement un lieu entouré de murs, mais il comprend une équipe chargée de tout mettre en oeuvre pour aider à la réalisation d'un projet individuel pour chaque personne accueillie.

La première phase qui vient de s'écouler depuis la parution des annexes XXIV, 1988-1989 a surtout été marquée par l'élaboration des schémas départementaux, voire régionaux. La deuxième phase devra maintenant porter sur une réflexion-action des uns et des autres pour modifier les pratiques. En effet, la particularité de cette réforme est d'avoir facilité une évolution : les institutions ne peuvent, administrativement se figer au moment de leur agrément, mais au contraire déclencher une dynamique prenant en compte les besoins et les spécificités des jeunes qu'ils accueillent, de leur famille et de leur environnement.

La deuxième étape d'application des nouvelles annexes XXIV sera probablement la plus importante car elle introduira des changements en profondeur dans la vie des établissements, c'est pourquoi, elle doit être accompagnée tant par la formation initiale que par la formation continue des professionnels de terrain, des administratifs, des gestionnaires.

En ce sens, les Instituts régionaux de travail social, comme d'autres structures de formation, ont un rôle déterminant à jouer. Le travail accompli par l'équipe de l'IRTS de Haute-Normandie peut en être un excellent support. En entreprenant de valoriser et d'analyser les travaux réalisés autour de la réforme, notamment la littérature grise, en les replaçant dans l'histoire du secteur, cet ouvrage fournit une grille de lecture passionnante qui démystifie la sécheresse des textes administratifs et permet d'en mesurer l'intérêt.

Que l'équipe de l'IRTS de Haute-Normandie soit remerciée pour ce travail qui permettra sans doute à quelques équipes de "s'approprier" la réforme des annexes XXIV et de changer le quotidien de quelques enfants démunis.

Docteur Annick DEVEAU
Direction de l'Action sociale

INTRODUCTION

Le décret et les circulaires qui constituent "la réforme des annexes XXIV" imposent **le renouvellement des réflexions et des pratiques éducatives à l'égard du handicap**. Toutefois, la seule lecture des textes peut se révéler insuffisante pour en déchiffrer la portée d'ensemble. En effet, la familiarité et l'attention nécessaire à ce type de lecture font parfois défaut du fait d'une "culture juridique historique" lacunaire.

De plus, les interprétations par lecteurs interposés tendent, soit à focaliser les attentes et les appréhensions sur l'un des aspects présents dans tel ou tel texte, soit à submerger le récepteur d'échos et rumeurs mal accordés.

L'extrême densité des textes, ainsi que le poids des termes qui furent successivement en usage dans le cadre réglementaire de l'enfance inadaptée, puis dans les orientations définissant les prises en charge dans les établissements médico-sociaux, expliquent largement ces phénomènes.

L'objet du présent dossier est de faciliter une lecture informée et de resituer cette réforme dans son histoire et sa philosophie.

Depuis à peine moins d'un siècle, l'histoire de l'éducation spéciale porte la marque de **l'évolution des conceptions du handicap** mais s'enracine aussi dans le contexte **des transformations de l'éducation, de la santé et de l'action sociale** (1). De plus, le champ de la pédopsychiatrie, domaine carrefour, secteur contigu de l'éducation spéciale, a provoqué, en cours de période, des bouleversements qui ont modelé les prises en charge de l'enfance et de l'adolescence inadaptées.

Cependant, les préoccupations sanitaires et sociales sont restées présentes tout au long de cette histoire et leur pondération réciproque permet de dater les âges du secteur médico-social. **La réforme des annexes XXIV est le fruit de ces évolutions**, de ces négociations quant à l'aspect des transformations successives des priorités et des contraintes des politiques publiques.

(1) Les tableaux chronologiques, en fin de dossier, éclairent ces évolutions parallèles ou convergentes.

Dans le plan exposé ci-après, nous nous efforçons de disposer les balises qui permettront de se repérer dans cet ensemble. Parmi elles, les modèles successifs de classement du handicap occupent une position dominante, parce qu'ils sont établis en fonction de l'état des travaux scientifiques mais révèlent aussi, dans une certaine mesure, les perceptions idéologiques de leur époque. En effet, les **annexes XXIV** qui régissent toujours les conditions d'agrément des établissements médico-sociaux, définissent les populations susceptibles d'être accueillies. **Leur rédaction a donc été marquée par l'histoire des classifications.**

Notons néanmoins, pour éviter toute erreur de lecture, que les prises en charge du handicap et l'Aide Sociale à l'Enfance constituent des domaines juridiques distincts. Selon que la problématique des "cas sociaux" est centrée sur le milieu ou sur l'appréciation de l'importance et de la "durabilité" des éventuelles difficultés scolaires, selon les pratiques des Commissions Départementales de l'Education Spéciale et des Commissions de Circonscription, se trouve définie l'orientation de la prise en charge. Au cours des années 50, le vocable enfance inadaptée, devenu dominant, a parfois obscurci la question. Toutefois, l'intention du législateur est restée claire tout au long de la période, à savoir de **ne pas médicaliser l'ensemble des problèmes sociaux.**

Par ailleurs, la sédimentation, plus fréquente que souhaitée, des mesures prises depuis un siècle en matière de placement des handicapés, ainsi que le vieillissement de cette population, n'ont pas toujours facilité le **retour vers le milieu ordinaire de vie et de travail.** Ce phénomène a sans doute été renforcé, qui plus est, par une conjoncture économique défavorable à l'insertion professionnelle des handicapés. Ainsi, le risque de consolidation de filières d'exclusion n'est pas non plus étranger à l'effort d'invention prospective dont les nouvelles annexes entendent témoigner.

Notons enfin que les textes de cette réforme sont beaucoup moins ingrats à lire qu'on ne s'y attendrait, notamment les circulaires du 30 octobre 1989, qui peuvent être considérées comme un manuel actualisant la réflexion pédagogique pour les établissements de l'éducation spéciale.

TABLE D'ORIENTATION

Ce livre et le travail qui l'a fait naître ont pour but premier de situer l'actuelle réforme des Annexes 24 dans un contexte historique qui permette d'en appréhender la genèse.

Il peut faire l'objet d'appropriations et d'exploitations variables.

1- Ce peut être d'abord un **outil pédagogique** permettant une approche plus précise du champ juridique qui institue l'éducation spéciale, grâce à une lecture guidée des textes qui ont précédé et suivi la loi d'orientation de 1975.

Au cours des premières "applications pédagogiques" où nous avons mis à l'épreuve ce travail, il nous a été donné de constater combien les professionnels de l'action sociale y faisaient une découverte fondamentale : **le processus complexe de stratification des textes officiels qui ont contribué à la construction de ce secteur d'intervention est en même temps traversé d'une cohérence des options qu'ils signifient.**

Cette première ouverture concerne particulièrement la formation (initiale ou continue) des personnels (éducatifs, sociaux ou médico-sociaux) impliqués dans l'éducation spéciale.

2- **Eclairage à la mise en oeuvre** de la réforme des Annexes 24 ce document permet de situer celle-ci dans le temps, en lui attribuant ses racines, mais aussi en soumettant les textes législatifs ou réglementaires qui l'environnent à une "lecture de concomitance".

Il s'agit d'une sorte d'exégèse, grâce à laquelle chaque institution, établissement ou service, peut reconstruire ses propres liens généalogiques dans l'arborescence de son secteur et de ses prises en charge.

Ainsi ce travail peut-il inspirer et étayer l'**évaluation** qui accompagne nécessairement l'application de ladite réforme.

Les directeurs d'établissement ou de service ainsi que leurs personnels pourraient être, ici, les auteurs d'une lecture "autobiographique".

3- Support d'initiation au champ de l'éducation spéciale, ce document permet d'avoir une vue rapide et globale de l'évolution des textes de loi et réglementaires qui la régissent.

Ainsi peuvent être mises en évidence **l'évolution** des connaissances scientifiques, des préoccupations sociales et des choix éthiques et **l'influence** qu'ils ont exercée dans l'élaboration du droit.

Dans le cadre de travaux de recherche, d'élaboration de mémoire, les chercheurs, les étudiants peuvent ici trouver une sélection commentée et analysée de fragments de textes qui éclaire leurs investigations.

4- Contribution à l'histoire du droit, ce travail peut également être un support pour des travaux d'histoire, de droit ou de sociologie.

Il apporte, dans ce cas, une illustration de **la place du droit** au sein de la conception des structures, de l'élaboration des modes d'intervention sociale, comme une "interface" de légitimation des idées, des connaissances, des représentations et des options morales.

Le document se décompose de la façon suivante :

- Une approche historique, dans le premier et le deuxième chapitre : des extraits de textes juridiques permettent de dégager l'évolution qui a constitué la généalogie des Annexes 24 ainsi que leur contexte. Pour chaque extrait nous avons contribué à une **lisibilité** maximale en soulignant les éléments qui nous apparaissent les plus importants, et nous leur avons adjoint des commentaires.

La chapitre III récapitule le lignage conceptuel et scientifique d'où naquit la reformulation des Annexes 24.

Le chapitre IV établit la liaison entre les textes juridiques précédemment cités et les mots-clés qui constituent l'environnement sémantique du domaine de façon à offrir au lecteur une aide aussi précise que possible et adaptable à des étapes variables de travail. La datation des termes employés y transparait d'un seul regard.

Le chapitre V comporte plusieurs tableaux de synthèse qui permettent notamment de restituer sur une mode synoptique une vue d'ensemble de l'évolution des institutions médico-sociales dans leur contexte, (éducatif et général), ainsi que les points forts de différenciation entre les anciennes et les nouvelles Annexes 24.

La bibliographie, malheureusement limitée par manque de place tente néanmoins de donner quelques éléments directeurs pour appuyer ce travail.

L'IRTS de Haute-Normandie tient à la disposition des lecteurs une bibliographie plus complète.

En ANNEXES se trouvent les textes des Annexes 24 eux-mêmes qui sont le centre de gravitation de ce document : en effet tout ce travail n'aurait guère de sens s'il n'aboutissait pour le lecteur à une appréhension directe et non guidée des textes des Annexes 24 actuelles.

Invitation à une nouvelle approche des textes juridiques, ce travail aura rempli toute la mission que lui donnent ses auteurs, s'il permet une familiarisation au langage juridique et une appropriation des textes qui régissent le quotidien des acteurs de l'action sociale.

CHAPITRE I

GENEALOGIE DES ANNEXES XXIV

1945 - 1970

REPERAGE DES TEXTES DANS LE TEMPS

Repères historiques :

1945

Les établissements de cure et de prévention dans le système de soins

1946

Les conditions d'autorisation des établissements de cure et de prévention

1948

Les premières annexes : un secteur principalement sanitaire

1951

Du médical au médico-social
Une classification aux effets durables

1956

Les premières annexes XXIV proprement dites, une seconde classification historique

1956-1970

Les pratiques éducatives et les pratiques de soins
Emergence du concept d'enfance inadaptée

1970-1973

Intégration des dispositions précédentes dans le code de la Sécurité Sociale

1967

L'annexe XXIV bis

1970

L'annexe XXIV ter

1970

L'annexe XXIV quater

Textes cités :

Ordonnance du 19.10.45

Décret du 20.08.46
et textes ultérieurs
le modifiant

Circulaire du 27.01.48

Circulaire du 08.08.51

Décret du 09.03.56

Idem

- Code de la Sécurité Sociale
- Brochure J.O.
Les établissements privés de cure et de prévention
Edition 1989, Fascicule n° 1064

Décrets du 02.01.67 et 16.12.70

Décret du 16.12.70

Idem

1945 - Les établissements de cure et de prévention dans le système de soins

ORDONNANCE n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

(J. O., 20 octobre 1945)

Le régime

des

assurances

sociales

Cette innovation marque le premier pas dans la voie d'une extension des assurances sociales à l'ensemble de la population. Elle affirme la solidarité de tous les salariés, quel que soit leur gain, en face des risques sociaux.

D'ores et déjà, au surplus, l'on prépare l'extension des assurances sociale à certaines catégories de travailleurs indépendants, artisans et petits commerçants par exemple avec, bien entendu, des modalités appropriées.

ART. 17 - L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements privés de cure et de prévention de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux par une Commission constituée dans chaque région et composée de représentants des caisses de sécurité sociale, de représentants des Ministères du Travail et de la Sécurité Sociale et de la Santé publique, et de représentants du corps médical. Le directeur général de la Santé et de l'Assistance préside cette Commission.

L'autorisation ne peut être conférée qu'aux établissements apportant des garanties techniques au moins égales à celles offertes par les établissements publics de même nature.

Un décret rendu sur le rapport du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du Ministre de la Santé publique détermine les conditions à remplir par les établissements autorisés et les obligations imposées à ces établissements pour l'exercice du contrôle médical des assurances sociales. Il fixe également la procédure applicable à la délivrance de l'autorisation ci-dessus prévue.

Il peut être fait appel des décisions de la Commission régionale devant une Commission nationale, dont la composition et les règles de procédure sont fixées par le décret visé à l'alinéa précédent.

Commentaires de synthèse :

- extension des assurances sociales à l'ensemble de la population
- conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention de toute nature... ce qui englobera plus tard "les annexes XXIV"
- Décret d'application, page suivante.

1946 - Les conditions d'autorisation des établissements de cure et de prévention

La Commission régionale ->

DECRET N° 46-1834 DU 20 AOUT 1946

fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Article premier.

La Commission régionale chargée, en application de l'article 17, 1er alinéa de l'ordonnance du 19 octobre 1945, d'accorder, de refuser ou de retirer aux établissements de soins privés l'autorisation de donner des soins aux assurés sociaux, est composée ainsi qu'il suit :

- Le Directeur départemental de la Santé du département du siège de la Direction régionale de la Sécurité sociale, Président ;
- Le Directeur régional de la Sécurité sociale ou son représentant, Vice-Président ;
- Le Directeur départemental de la Santé, de qui relève le département où est situé le siège de l'établissement intéressé, lorsque ce département n'est pas celui du siège de la Direction régionale de la Sécurité sociale ;
- Deux représentants des organismes de Sécurité sociale, désignés par la Caisse régionale ;
- Un médecin qualifié par ces connaissances particulières de médecine hospitalière, désigné par les syndicats médicaux intéressés ;
- Deux représentants des établissements de soins privés désignés respectivement l'un par les organisations professionnelles les plus représentatives des maisons de santé de la région, l'autre par les organisations les plus représentatives des établissements à but non lucratif de la région ;
- Un médecin-conseil de la Sécurité sociale, désigné par le Conseil d'administration de la Caisse régionale de la Sécurité sociale sur la proposition du médecin-conseil régional.

Des membres suppléants représentant les organismes de Sécurité sociale, les médecins et les établissements de soins seront désignés dans les mêmes conditions.

En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Commentaires

- Ce décret est accompagné de 21 annexes énumérant les établissements visés.
- Il n'y a pas encore, à proprement parler, d'annexe XXIV

1956 - 1966 - 1970 (pour mémoire)

Modifications complémentaires du décret précédent

Le DECRET N° 46-1834 DU 20 AOUT 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention a été modifié par :

- Décret N° 56-396 du 18 Avril 1956,
- Décret N° 66-213 du 2 Avril 1966,
- Décret N° 70-41 du 13 Janvier 1970.

1948 - Les premières annexes : un secteur principalement sanitaire

Circulaire n° 22 SS du 27 janvier 1948 relative aux conditions d'agrément des établissements de soins, modifiée par la circulaire n° 271 SS du 8 septembre 1948.

- L'un des objets de cette circulaire est la publication de nouvelles annexes

Annexe XXII : Établissements pour enfants déficients

Annexe XXIV : Maisons d'enfants à caractère sanitaire

- Pour Indication, le sommaire du Titre IV, intitulé "Personnel", comprend :
 - . le service médical
 - . le service social
 - . le dossier
 - . les professeurs
 - . les moniteurs et monitrices qualifiés
 - . le personnel de service

- Extraits significatifs :

dossier ->

ART. 24. - Chaque enfant doit posséder un dossier comportant :

1° L'observation complète du sujet à son entrée dans l'établissement, ainsi que les résultats de l'enquête sociale et une fiche de renseignements détaillée sur le milieu familial ;

2° L'indication des traitements et des techniques de rééducation qui ont été prévus pour lui ;

3° Les indications de variations de son état physiques (poids, taille, maladies), de son état mental, de son travail à l'école ou à l'atelier.

Ces conditions doivent être transcrites au moins de quinzaine en quinzaine.

Une notation trimestrielle doit résumer les progrès accomplis.

ART. 26. - Des moniteurs et monitrices qualifiés (selon l'âge des enfants, jardinières d'enfants, meneurs de jeux, moniteurs de la jeunesse, etc) seront chargés d'organiser des jeux réglementés, des exercices physiques, individuels et collectifs, des loisirs dirigés.

Tout internat pour enfants déficients doit être pourvu d'un local suffisamment vaste pour la pratique des exercices de gymnastique analytique. Il doit disposer d'un matériel de rééducation neuromotrice et d'agrès.

Tout internat pour enfants déficients comptant plus de 50 pensionnaires doit posséder un plateau Hébert, des piste pour la course et le saut, un terrain de basket-ball et un terrain de volley-ball. Un terrain spécial doit être pourvu pour les très jeunes enfants. Les terrains de sport sont pourvus de douches.

Si l'établissement compte moins de 50 pensionnaires, il peut être dispensé de cet équipement d'éducation physique, mais les enfants doivent pouvoir accéder facilement et rapidement à des terrains de jeux se prêtant à l'éducation physique.

La natation doit pouvoir être pratiquée commodément et fréquemment par les enfants.

<- Moniteurs qualifiés

Commentaires de synthèse

- il s'agit de maisons d'enfants à caractère sanitaire : le secteur est donc médical
- c'est à ce moment qu'apparaît la dénomination "Annexes XXIV"
- dans ce cadre médical, les qualifications de l'éducation spécialisée ne sont pas exigées
- en revanche, les activités physiques - éducatives et rééducatives - ont une place centrale.

1951 - Du médical vers le médico-social : Une classification aux effets durables

Circulaire n° 140 SS du 8 août 1951 relative aux conditions techniques d'agrément de certains établissements sanitaires (non parue au J.O.)

- **Motifs :** . diminution des maladies contagieuses
. Remarques des commissions régionales d'agrément
- Dans cette circulaire, l'annexe XXII porte sur les conditions d'agrément des établissements pour enfants déficients
- Extrait significatif : une classification historique

Les enfants déficients sont considérés comme des malades exprimément

<p>TITRE PREMIER</p> <p>CLASSIFICATION</p> <p><i>Article premier.</i> - Sous la dénomination d'enfants déficients sont comprises les <u>catégories de malades suivants</u> :</p> <p>1° Arriérés profonds, <u>inéducatibles</u> ;</p> <p>2° Malades mentaux jeunes présentant des <u>troubles graves</u> du comportement ;</p> <p>3° Arriérés <u>semi-éducatibles</u> ;</p> <p>4° Enfants présentant des <u>troubles du caractère</u> justiciables d'une rééducation psychotérapique et d'une réinsertion sociale sous contrôle médical ;</p> <p>5° <u>Epileptiques</u> nécessitant des soins médicaux et susceptibles de recevoir une instruction générale et une formation professionnelle sous contrôle médical ;</p> <p>6° Enfants présentant des <u>troubles de la parole</u> ;</p> <p>7° Enfants des catégories 3, 4, 5 nécessitant de plus un traitement orthopédique ;</p> <p>8° <u>Déficients intellectuels éducatibles</u>, justiciables presque exclusivement de mesures pédagogiques et d'apprentissage.</p>

Commentaires

- du médical vers le médico-social, ou plus exactement le médico-éducatif : les déficiences intellectuelles sont prises en compte et qualifiées exprimément de maladies
- cette classification, historique, a servi de base à la ventilation des placements et à la définition des missions des établissements
- les effets de cette classification demeurèrent sensibles au cours des années 70
- la notion d'inéducatibilité provoqua, longtemps après, maints débats et remous

1956 - Les premières "annexes XXIV" proprement dites

Décret n° 56-284 du 9 mars 1956

complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

(J.O. du 25.03.1956)

SOMMAIRE DES ANNEXES

- I. - Conditions administratives.
- II. - Sanatoriums privés pour tuberculose pulmonaire
- III. - Etablissements de soins privés affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire.
- IV. - Hôtels de cure.
- V. - Cliniques phtisiologiques
- VI. - Aériums privés.
- VIII. - Etablissements d'hospitalisation de chirurgie.
- IX. - Maisons de santé obstétrico-chirurgicales
- X. - Maisons de santé aménagées en vue de la pratique obstétricale et de la chirurgie de l'accouchement.
- XI. - Maisons d'accouchement sans possibilités chirurgicales.
- XII. - Etablissements d'élevage des nouveau-nés prématurés.
- XIII. - Pouponnières pour enfants débiles.
- XIV. - Maisons d'enfants à caractère sanitaire (de types permanent).
- XV. - Maisons d'enfants pour cures thermales.
- XVI. - Colonies sanitaires temporaires.
- XVII. - Centres de placement familial.
- XVIII. - Maisons de santé médicales.
- XIX. - Maisons de repos et de convalescence.
- XX. - Maisons de régime.
- XXI. - Maisons de repos accueillant des mères fatiguées ou convalescentes avec leurs enfants âgés de moins de dix-huit mois.
- XXII. - Maisons de réadaptation fonctionnelle.
- XXIII. - Maisons de santé pour maladies mentales.
- XXIV. - Etablissements privés pour enfants inadaptés.
- XXV. - Infirmeries des établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés.
- XXVI. - Etablissements thermaux privés.
- XXVII. - Centres d'études de pneumoconioses.
- XXVIII. - Dispensaires de soins.
- XXIX. - Cliniques dentaires.
- XXX. - Consultations prénatales.
- XXXI. - Consultations de nourrissons.

XXIV ->

Commentaires de synthèse :

- Ce décret complète la législation précédente
- Apparition d'une nouvelle dénomination de l'annexe XXIV
- Il s'agit d'établissements privés.

1956 - Emergence du concept d'enfance inadaptée (*)

Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946, modifié, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés, de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Annexe XXIV - Conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés

- Extrait significatif : une seconde classification historique

<p>TITRE Ier - Classification.</p> <p>Article Ier</p> <p>Sous la dénomination <u>d'enfants mentalement inadaptés</u>, sont comprises les <u>catégories</u> suivantes :</p> <p>1° Enfants présentant des psychoses ou névroses graves et qui se définissent comme des maladies évolutives ;</p> <p>2° Enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle, liée à des troubles neuro-psychiques, exigeant, sous contrôle médical, le recours à des techniques non exclusivement pédagogiques :</p> <p style="padding-left: 20px;">a) arriérés profonds (imbéciles et idiots),</p> <p style="padding-left: 20px;">b) débiles moyens,</p> <p style="padding-left: 20px;">c) débiles légers ;</p> <p>3° Enfants présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement, susceptibles d'une rééducation psycho-thérapeutique, sous contrôle médical ;</p> <p>4° Enfants inadaptés scolaires simples, relevant des techniques purement pédagogiques ;</p> <p>5° Enfants ne présentant pas de troubles caractérisés et dont l'inadaptation tient essentiellement à la déficience du milieu familial.</p>

Commentaires :

- la dénomination "courante" d'enfance inadaptée apparaît pour rendre compte de l'ensemble des déficiences
- cette classification allait se révéler opérationnelle pour la ventilation des prises en charge (voir page suivante)
- la psychiatrie et les différentes modalités psychothérapeutiques entrent en scène
- entrent également en scène les éducateurs
- création du terme "pseudo-débiles"
- parmi les enfants présentant des déficiences à dominante intellectuelle, la classification se fonde principalement sur les tests psychométriques... sans entrer en contradiction avec la classification précédente...
- Cette définition est encore proche d'Esquirol qui opposait idiots, imbéciles et débiles, mais elle est sous-entendue d'une justification pseudo-scientifique avec le Q.I.

(*) Il est réellement apparu en 1944, dans "la nomenclature et classification des jeunes inadaptés" établie par le Dr LAGACHE.

1956 - 1970 - Les pratiques éducatives et les pratiques de soins

1956 (suite) - autres extraits significatifs :

Classification
des inadaptations
et
définition des
prises en charge

->

Article 2.

Les catégories d'enfants visées à l'article 1, s'ils ne sont pas traités à domicile, peuvent être placés dans les établissements énumérés ci-après :

- Les enfants de la catégorie 1 sont traités dans des sections d'hôpitaux psychiatriques publics ou privés, faisant fonction de publics ou dans des maisons de santé pour maladies mentales ;

- Les enfants de la catégorie 2a sont traités dans des sections d'hôpitaux psychiatriques publics ou privés ou faisant fonction de publics ou dans des établissements spécialisés publics ou privés ;

- Les enfants de la catégorie 2 b et c sont traités dans des instituts médico-pédagogiques et des instituts médico-professionnels qui peuvent être publics ou privés ;

- Les enfants de la catégorie 3 sont traités dans des instituts de rééducation publics ou privés ;

- Les enfants de la catégorie 4 sont placés dans des établissements scolaires appropriés.

Sont seuls visés dans la présente annexe les enfants appartenant aux catégories 2 et 3 de l'article 1 ci-dessus et les établissements privés correspondants. Ces établissements peuvent fonctionner soit en internat, soit sous diverses formes d'externat et assurer, soit l'observation, soit la rééducation des mineurs.

Le médecin psychiatre assure la surveillance générale de l'établissement au point de vue d'hygiène (locaux, régimes alimentaires, discipline de vie des malades) et, en liaison avec le praticien de médecine générale, la surveillance de la santé physique des sujets et des rééducations pratiquées au centre.

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a pas été prescrit par le médecin psychiatre, le praticien de médecine générale ou un consultant appelé par l'un de ces médecins.

Article 31.

Le médecin psychiatre est assisté d'un psychologue compétent pour la catégorie d'enfants reçus dans l'établissement et possédant une technique prolongée et étendue des examens psychologiques à pratiquer à leur sujet.

Les investigations psychologiques sont établies à la demande du médecin psychiatre et sous son contrôle.

Rôles du
psychiatre et
du psychologue
<-

Apparition
des
éducateurs ->

Article 31.

Les éducateurs ont la responsabilité des enfants en dehors des heures de classe ou d'atelier.

L'établissement doit s'assurer la présence effective d'éducateurs justifiant d'une qualification satisfaisante, à raison d'un pour quinze élèves. Les éducateurs supplémentaires en nombre suffisant doivent être prévus pour assurer le remplacement des premiers aux jours de repos de ceux-ci.

Le dossier

L'admission

Article 39.

L'établissement doit constituer, pour chaque enfant, un dossier comportant nécessairement :

1° Observations complètes du sujet avec examen médical, certificats de vaccination et radioscopie, résultats des examens psychologiques, ainsi que les résultats de l'enquête sociale et une fiche de renseignements détaillés sur le milieu familial ; ces examens et enquêtes doivent normalement avoir été pratiqués par la consultation, le centre spécialisé ou le service hospitalier qui a conseillé le placement de l'enfant et auquel l'établissement doit s'adresser pour obtenir les documents correspondants ; au cas où les examens et enquêtes n'auraient pas été pratiqués avant l'admission de l'enfant, l'établissement doit y faire procéder dès que possible ;

2° L'indication des traitements et des techniques de rééducations qui ont été prévus pour lui ;

3° Les résultats de l'examen d'orientation professionnelle ;

4° Les résultats des examens de tous ordres pratiqués en cours d'année par le médecin spécialiste de l'établissement ;

5° Les indications des variations de son état physique (poids, taille, maladie) de son état mental, de son travail à l'école ou à l'atelier ; ces indications doivent être inscrites au moins tous les mois. Une notation trimestrielle doit résumer les progrès accomplis ;

6° La correspondance avec la famille susceptible d'être examinée par les personnes chargées des inspections ;

7° La décision et les motifs de la sortie, ainsi que l'orientation donnée aux mineurs ;

8° Les résultats de l'enquête faite ultérieurement par le service pendant un délai de trois ans après la sortie définitive du mineur.

Article 40.

La direction établit un emploi du temps des enfants, équilibré, avec, éventuellement, et selon les directives du médecin spécialiste, les modifications adaptées à chaque cas particulier.

Le service doit être organisé de telle façon que les enfants bénéficient constamment dans l'établissement, en dehors des heures de classe et d'atelier, de la présence effective d'éducateur.

Les enfants ne doivent pas être employés au service du personnel de l'établissement.

Les enfants ne doivent être employés aux services généraux que sur avis et sous contrôle médico-pédagogique.

Les sanctions corporelles sont interdites.

Article 45.

L'admission des enfants dans l'établissement ne doit être prononcée par le directeur qu'après accord du médecin psychiatre, sur le vu d'un certificat médical suffisamment détaillé, qui doit faire partie du dossier de demande d'admission ; le psychiatre vérifie que l'enfant ressortit à la ou aux catégories reçues au centre. L'énumération ne peut être une cause de refus d'admission.

La sortie des enfants est également prononcée par le directeur, après accord du médecin spécialiste : ce dernier est tenu de signaler au directeur les enfants dont le maintien au centre ne lui paraît pas justifiée, soit que leur rééducation soit achevée, soit pour toute autre cause, qui devra être mentionnée au dossier de l'enfant.

1970 1973 - Le système de soins et les établissements privés de cure et de prévention. Intégration dans le code de la Sécurité Sociale.

Le Code

CODE DE LA SECURITE SOCIALE

LIVRE Ier

GENERALITES

TITRE VI

**DISPOSITION RELATIVES AUX PRESTATIONS ET AUX
SOINS. - CONTROLE MEDICAL. - TUTELLE AUX
PRESTATIONS SOCIALES**

CHAPITRE II

DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX SOINS

.....

Article L. 162-21

L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements privés de soins de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.

Article L. 162-22

*(Art. 56, III, de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970
et art. 3, III, de la loi n°73-9 du 2 janvier 1973)*

Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-23 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative.

A défaut de convention ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les caisses fixent des tarifs de responsabilité applicables auxdits établissements. Ces tarifs sont homologués dans les mêmes conditions que les tarifs conventionnels.

Commentaire :

Régime conventionnel conformément aux articles L. 162-21, L. 162-22 et L. 162-23

Lire aussi :

La brochure de référence intitulée "Les établissements privés de cure et de prévention" -
Edition 1989 du J.O. - fascicule spécial n° 1064

ANNEXE XXIV

**Conditions techniques d'agrément des établissements privés pour
enfants inadaptés**

*(voir également l'arrêté du 7 juillet 1957 relatif aux conditions
d'installation et de fonctionnement des établissements recevant des
mineurs bénéficiaires du chapitre VI du titre III du code de la famille et
de l'aide sociale, page 307)*

TITRE Ier

CLASSIFICATION

Article 1er

(Décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970)

Sont visés par cette annexe les établissements et organismes dispensant des soins et une éducation spécialisés aux catégories suivantes d'enfants inadaptés :

1. Enfants atteints de déficience à prédominance intellectuelle liée à des troubles neuro-psychiques exigeant, sous contrôle médical, le recours à des techniques non exclusivement pédagogiques :

- a) Arriérés ou débiles profonds ;
- b) Débiles moyens ;
- c) Débiles légers présentant des troubles associés.

2. Enfants présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement susceptibles d'une rééducation psychothérapique sous contrôle médical.

Article 2

(Décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970)

Les catégories d'enfants visés à l'article 1er peuvent être traitées :

1. Dans les établissements énumérés ci-après :

- les enfants de la catégorie 1 sont traités dans des instituts médico-pédagogiques et des instituts médico-professionnels ;
- les enfants de la catégorie 2 sont traités dans des instituts de rééducation ;

2. A domicile, par des services de soins et d'éducation spécialisés si, en raison de leur jeune âge, d'indications particulières ou de contre-indications, ils ne sont pas justiciables d'un placement en internat ou en externat.

1970 - 3ème classification et modalités de prises en charge

Article 3

Les établissements visés à la présente annexe ne peuvent recevoir simultanément les diverses catégories et sous-catégories énumérées aux paragraphes 2° et 3° de l'article 1er que si des sections ayant une autonomie suffisante sont aménagées.

De plus, ces établissements peuvent recevoir, à condition de disposer d'un équipement et d'un personnel adéquats et d'assurer les traitements nécessaires, les mineurs de leur catégorie atteints en même temps que de l'inadaptation définie à l'article 1er qui reste le trouble principal, de troubles de la parole ; ils peuvent, sous les mêmes conditions, recevoir des enfants inadaptés atteints d'épilepsie si, du moins, l'importance ou la qualité des troubles dus à cette maladie ne nécessite pas le placement dans un établissement spécialisé.

Les instituts médico-pédagogiques, les instituts médico-professionnels et les instituts de rééducation peuvent recevoir, après leur traitement dans des centres de traumatologie ou de réadaptation fonctionnelle, les enfants des catégories 2b et c et 3, atteints, en outre, de troubles de psychomotricité ou d'infirmité motrice.

Article 4

Les enfants des catégories 2 b et c et 3 peuvent être confiés soit aux établissements visés à la présente annexe, soit à des centres de placement familiaux spécialisés.

Commentaires :

- en apparence, peu de modifications depuis 1956
- deux catégories (au lieu de cinq en 1956) d'inadaptation justifiant deux modes de placement nettement différenciés.
- en fait, à partir de cette date, les transformations infligées par le législateur débordent largement du cadre des établissements de l'éducation spéciale (voir tableau chronologique à 3 volets en VI)

1966 - Apparition de la notion de vacances pour les enfants placés en établissements

ARRETE DU 4 JUILLET 1966
réglementant les vacances dans certaines catégories d'établissements pour enfants
(Journal officiel du 21 juillet 1966)

Article 1er.

Les vacances accordées dans les limites et les conditions ci-après aux mineurs placés en établissements sont réputées ne pas interrompre l'action ou le traitement mené à leur égard et ne remettent pas en cause les décisions de prise en charge.

Article 2.

Peuvent bénéficier de congés hebdomadaires et de périodes de vacances les mineurs placés en internat, en semi-internat ou en externat dans un établissement d'éducation spécialisée ou placés soit dans un établissement habilité à recevoir des mineurs au titre des articles 375 et suivants du code civil ou au titre de l'ordonnance du 2 février 1945, soit dans un établissement ayant passé convention avec le service d'aide sociale à l'enfance.

Article 3.

La durée théorique des périodes de vacances et le nombre des journées de congé hebdomadaire sont fixés par le règlement intérieur de l'établissement compte tenu de la catégorie et de l'âge des enfants reçus ; le règlement intérieur est sur ce point approuvé par le préfet, après consultation du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées pour les établissements ou sections d'établissements d'éducation spécialisée ; s'il s'agit de mineurs délinquants, cette disposition du règlement intérieur doit être également approuvée dans les conditions prévues à l'article 6 du décret du 16 avril 1946.

Article 4.

Dans le cadre des dispositions du règlement intérieur une décision est prise pour chaque enfant sur l'opportunité de la sortie et la durée des vacances par le directeur de l'établissement après consultation de l'équipe médico-psycho-pédagogique ; en ce qui concerne les mineurs placés au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 et des articles 375 et suivants du code civil, cette décision est subordonnée à l'accord préalable de l'autorité de placement.

A la suite de cet arrêté :

CIRCULAIRE N° 302 DU 30 JANVIER 1967 relative à l'organisation des vacances dans les établissements recevant des mineurs <i>(Non parue au Journal officiel)</i>	CIRCULAIRE N° 80 DU 15 MAI 1968 relative à l'organisation dans les établissements privés pour enfants inadaptés relevant des annexes XXIV et XXIV bis. <i>(Non parue au Journal officiel)</i>
CIRCULAIRE N° 121 DU 18 JUILLET 1968 relative à l'organisation des vacances dans les établissements recevant des mineurs inadaptés. <i>(Non parue au Journal officiel)</i>	

Commentaires : On se préoccupe pour la première fois en matière de droit aux vacances, des besoins des enfants mineurs orientés dans les établissements d'éducation spécialisée. Il n'est fait aucune référence à la famille et à ses droits. Elle sera réintroduite par la circulaire du 30 janvier 1967.

1967

Annexe XXIV bis

ANNEXE XXIV bis

(Décret n° 67-43 du 2 janvier 1967)

Conditions techniques d'agrément des établissements recevant des mineurs infirmes moteurs cérébraux

TITRE Ier

CLASSIFICATION

Article Ier

(Décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970)

Sont visés par la présente annexe les établissements et organismes dispensant des soins et une éducation spécialisés aux mineurs atteints d'une infirmité motrice cérébrale caractérisée par une atteinte motrice consécutive à une lésion cérébrale non évolutive et reconnus aptes à tirer profit de techniques médicales et rééducatives hautement qualifiées.

1970

Annexe XXIV ter

ANNEXE XXIV ter

(Décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970)

Conditions techniques d'agrément des établissements recevant des enfants ou adolescents atteints d'infirmités motrices

TITRE Ier

CLASSIFICATION

Article Ier

Sont visés par cette annexe les établissements ou organismes dispensant des soins et une éducation spécialisés aux enfants ou adolescents atteints d'infirmités motrices incompatibles avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement normal ou adapté ; ils y sont placés, soit après un séjour dans un service de soins, de cure ou de convalescence, soit après examen dans une consultation spécialisée.

Ces infirmités motrices peuvent être congénitales ou acquises et relever d'affections neurologiques centrales ou périphériques, ou être liées à des lésions de l'appareil locomoteur (osseuses, articulaires, ostéo-articulaires, musculaires, etc.).

1970 - Annexe XXIV quater

ANNEXE XXIV quater

(Décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970
modifié par le décret n° 74-465 du 15 mai 1974)

Conditions techniques d'agrément des établissements recevant des enfants ou adolescents atteints de déficiences sensorielles

TITRE Ier - Classification

Article 1er.

Sont visés par la présente annexe les établissements et organismes dispensant des soins et une éducation spécialisés aux enfants et aux adolescents atteints de déficiences sensorielles incompatibles avec des conditions de vie et de scolarité dans un établissement d'enseignement normal ou adapté et nécessitant des soins médicaux et une surveillance médicale constante ainsi que le recours, pour l'acquisition de l'autonomie et des connaissances, à des techniques non exclusivement pédagogiques appliquées sous contrôle médical.

Lire aussi :

"Les réformes des annexes XXIV"
Dossier documentaire
C.R.E.A.I. Midi-Pyrénées - A.N.C.E. Midi-Pyrénées

Ce dossier comprend l'ensemble des textes de référence in extenso et quelques guides de références sous forme de tableaux chronologiques ou de commentaires.

CHAPITRE II

**LES ORIENTATIONS CONSTITUANT
LE CONTEXTE DE LA REFORME DES
ANNEXES XXIV
1970 - 1990**

REPERAGE DES TEXTES DANS LE TEMPS

Repères historiques :

1969- 1972

Remise en cause de la classification en vigueur et premiers jalons d'une nouvelle orchestration de l'action sanitaire et sociale en direction de l'enfance

1972

Bouleversement des schémas antérieurs

1972

"De nouveaux objectifs" de prévention et de traitement

1972

Le bilan diagnostique et ses suites

1972

Des coordinations qu'on n'appelle pas encore partenariats

1975

Droits de la personne handicapée

1975

Le champ des institutions sociales et médico-sociales englobant largement le domaine des annexes XXIV

1982

La politique d'intégration scolaire - une démarche qui trouvera son complément dans la réforme des annexes XXIV

Textes cités :

Directive du 25 mai 1969
(Service unifié de l'enfance)

Circulaire du 16 mars 1972
(champ pédopsychiatrique)

Idem

Idem

Idem

Idem

Loi du 30.06.75
dite loi d'orientation
en faveur des personnes
handicapées

Loi du 30.06.75

Décret n° 78 - 109 du 01.02.78
Accessibilité aux personnes
handicapées.

Circulaire du 28.01.82

REPERAGE DES TEXTES DANS LE TEMPS (suite)**Repères historiques :****1983**

Les applications de cette politique d'intégration et les modalités de coopération induites

1983

Evaluation des besoins, conventions et projets

1986

Handicaps associés, les définitions en usage

1989

Mesures transitoires vers une politique cohérente concernant enfants, adolescents et adultes handicapés ("amendement Creton")

1989

Loi d'orientation sur l'éducation : conséquences sur l'éducation spéciale, une facette de l'éducation dont les usages se diversifieront ?

1990

Préparation de la campagne budgétaire 1990 : orientations nationales prioritaires et restructurations envisagées

Textes cités :

Circulaire du 29.01.83

Idem

Circulaire du 6.03.86

Loi du 13.01.89

et
Circulaire du 18.05.89

Loi du 31.08.89

Circulaire du 11.08.89

1969 - 1972 : Remise en cause de la classification en vigueur relativement aux déficiences intellectuelles et premiers jalons d'une nouvelle orchestration de l'action sanitaire et sociale en direction de l'enfance.

- Une directive prometteuse en son temps :

Directive générale n° 105 du 25 mai 1969 sur l'organisation d'un service unifié de l'enfance au sein des directions départementales de l'action sanitaire et sociale

- Une circulaire longue et détaillée s'appuyant sur les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile :

CIRCULAIRE N° 443 DU 16 MARS 1972

relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

(Journal officiel du 21 avril 1972)

La classification des annexes XXIV soumise à critique

Dans sa rédaction primitive, l'annexe XXIV au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, relative aux conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés, avait établi une classification des enfants mentalement inadaptés. Elle avait distingué en particulier :

- d'une part, ceux qui étaient atteints de maladies évolutives et qui devaient être traités dans des sections d'hôpitaux psychiatriques ou dans des maisons de santé pour maladies mentales ;

- d'autre part, ceux qui étaient atteints de déficience à prédominance intellectuelle liée à des troubles neuro-psychiques et qui étaient justiciables de placement dans des instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels, à l'exception toutefois des plus gravement atteints appelés arriérés profonds.

Cependant un certain nombre de difficultés sont apparues :

Les difficultés émergent de cette classification

Certaines découlaient d'une séparation trop rigoureuse entre maladies et déficience mentale ainsi que d'une catégorisation trop formelle au sein de la déficience mentale. Ceci avait des répercussions sur l'existence de beaucoup d'établissements dont les conditions d'admission et le fonctionnement étaient empreints d'une rigidité incompatible avec la réalité des besoins. Dans d'autres cas, on assistait parfois à la création d'établissements dont l'existence, l'importance ou l'implantation ne répondaient pas toujours à une nécessité. Enfin, on a constaté dans certains cas une dispersion des efforts entrepris, donc un gaspillage de l'équipement et du personnel et cela sans toujours couvrir les besoins les plus urgents.

C'est pourquoi il est nécessaire de promouvoir une action concertée en vue du regroupement dans un même ensemble fonctionnel des différents courants qui se sont manifestés dans le passé.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales avait inauguré en ce domaine une politique de secteur qu'il convient maintenant de développer et d'harmoniser avec les autres "secteurs" d'action sanitaire et sociale intéressant l'enfance et l'adolescence.

Pour parvenir à cet objectif, il importe de bien préciser la raison d'être du secteur psychiatrique et, en particulier, du secteur de psychiatrie infanto-juvénile : celui-ci n'est pas pure entité abstraite et statique mais il se définit par action d'une équipe dans une aire géographique donnée dont la situation, la délimitation sont en rapport direct avec la nature des besoins à satisfaire et des actions à entreprendre.

1972 (suite) - Extraits significatifs

1. des travaux d'appui ->

2. des objectifs explicites ->

La présente circulaire a pour objet :

- d'indiquer les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile dont on doit tenir compte si l'on veut poursuivre une politique efficace ;
- de fixer de nouveaux objectifs : la réalisation dans le cadre de secteurs déterminés, des actions de prévention primaire de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'éducation spécialisée ;
- d'insister sur l'importance du bilan diagnostic ;
- d'envisager d'une manière critique le problème des établissements ;
- d'aborder, enfin, le problème de la continuité de l'action.

Résumé des travaux d'appui

I - LES PROGRES EN MATIERE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

La nosographie traditionnelle distinguait, en les opposant, déficiences mentales, maladies mentales et troubles du caractère, recoupés d'ailleurs à un autre niveau par d'autres catégories, par exemple celle des délinquants ou celle des inadaptés scolaires. C'est ainsi qu'un même enfant pouvait être étiqueté par les uns "caractériel", par les autres "débile mental", par d'autres "inadapté scolaire", par d'autres enfin "délinquant".

On reconnaissait avant tout la masse des déficients de l'intelligence avec, d'une part, les grands arriérés dits inéducables et, d'autre part, les débilés dits semi-éducables et éducatibles. La manière dont on les classait était basée sur la détermination du rapport entre l'âge mental et l'âge réel, obtenu au moyen de tests de niveau intellectuel, c'est-à-dire sur la détermination du quotient intellectuel.

Les psychoses constituaient presque une curiosité médicale digne d'être rapportée dans les publications savantes. Le parti pris de rechercher chez l'enfant des symptômes analogues à ceux connus chez l'adulte faisait des psychoses infantiles une rareté.

Quant aux autres désordres que pouvait présenter un enfant, ils étaient généralement attribués à des "défauts" imputables à des traits caractériels plus ou moins constitutionnels ou à des simples erreurs éducatives.

Cette conception des affections mentales de l'enfant apparaît aujourd'hui simpliste dans certains de ses aspects du fait de l'évolution des connaissances. Sans en faire l'inventaire, on peut dire que la nosographie en psychiatrie infantile a dû être remaniée par la prise de conscience de certaines évidences :

- l'enfant est un être dont la personnalité est foncièrement différente de celle de l'adulte. Il possède une pathologie mentale propre ;
- la personnalité d'un enfant est soumise à une évolution. Elle est en perpétuel remaniement. Elle se modifie suivant son rythme particulier et sous l'action des influences extérieures, qu'elles soient fastes ou néfastes ; c'est ainsi que le milieu ou l'environnement peuvent constituer des facteurs de troubles très importants en influant en particulier sur le développement affectif.

Commentaires :

- Plusieurs étiquetages possibles pour un même enfant
- La notion d'inéducabilité était toujours en vigueur !
- Abord du champ des psychoses

et - surtout -

"La personnalité de l'enfant est en perpétuel remaniement"

1972 - Bouleversement des schémas antérieurs

Conséquences de ces travaux

Les schémas antérieurs s'en sont trouvés bouleversés :

- La notion d'inéducabilité ne peut plus être retenue a priori, car elle ne répond pas toujours à une réalité comme l'ont démontré les actions entreprises dans certains services ;

la signification du quotient intellectuel doit être réenvisagée :

- chez un même déficient intellectuel, et pour un même test, le quotient intellectuel est susceptible de changer dans le temps. Il ne faut donc jamais inscrire à titre définitif un débile mental dans une tranche définie d'une classification quantitative établie d'après le seul quotient intellectuel ;

- un quotient intellectuel inférieur à la normale ne peut à lui seul être l'indice du degré, voire de l'existence d'une débilite mentale irrémédiable ;

- Par opposition aux états d'arriération et de débilite mentale, qui, pour de nombreux auteurs, demeurent dans leur essence des déficits intellectuels, fixés, pris dans la personnalité et d'expression précoce, le champ des troubles évolutifs de la personnalité n'a cessé de s'élargir :

- psychoses infantiles aux aspects cliniques particuliers et divers. Domaine extrêmement complexe aux frontières imprécises et parfois discutées. Elles peuvent revêtir le masque d'arriérations mentales ;

- névroses infantiles dont l'expression clinique peut réaliser une perturbation évidente de la relation avec le monde mais d'autres fois se traduire par des signes d'apparence banale tels qu'une énurésie ou une difficulté d'apprentissage de la lecture ;

- Le problème se complique du fait de l'association possible d'un déficit intellectuel et d'un trouble évolutif de la personnalité. Cette situation rend compte de l'évolution relativement favorable de certaines déficiences intellectuelles lorsqu'on accorde l'attention indispensable aux surcharges psychotiques et névrotiques ;

- En ce qui concerne enfin les enfants considérés comme "caractériels", ils sont envisagés aujourd'hui sous d'autres rubriques : par exemple celles de la névrose, de la prépsychose et, dans les formes moins graves, celles des troubles réactionnels, tels ceux qui sont consécutifs à une difficultés d'adaptation à la scolarité ou à des difficultés socio-familiales.

Commentaires :

- révision de la notion d'"inéducabilité a priori"
- réexamen nécessaire de la signification du Q.I. et, surtout de son utilisation
- champ des troubles évolutifs de la personnalité s'élargissant au détriment des états considérés comme fixés
- troubles associés à prendre en considération
- remise en cause de l'appellation "caractériels"

II. - LES NOUVEAUX OBJECTIFS

La politique de secteur en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales de l'enfance et de l'adolescence vise à améliorer les actions actuellement entreprises dans le domaine de la prévention primaire, du traitement et des mesures d'adaptation socio-éducatives.

B. - Son but

Il consiste à réaliser au mieux l'ensemble des actions préventives, telles qu'elles ont été définies par l'organisation mondiale de la santé :

1° Rappel des différents types de prévention :

a) La prévention primaire concerne l'action à entreprendre pour prévenir l'apparition des troubles. A ce niveau, le psychiatre n'est qu'un consultant. Il doit, en tant qu'expert, coopérer avec tous les spécialistes concernés, qu'il s'agisse de médecins (obstétriciens, pédiatres, médecins des services de la protection maternelle et infantile et de santé scolaire) ou plus généralement de tous ceux dont l'action permet une meilleure adaptation de l'enfant et du milieu dans lequel il vit.

b) La prévention secondaire concerne le dépistage et la lutte contre les maladies mentales avant l'apparition de troubles manifestes.

A ce stade, le psychiatre est un agent de la prévention - responsable du diagnostic - mais l'action à entreprendre n'est pas forcément psychiatrique et il peut être amené à collaborer à une action socio-éducative, particulièrement souhaitable dans les groupes sous-privilegiés.

c) La prévention tertiaire vise, grâce aux effets du traitement, à limiter les séquelles et incapacités consécutives à la maladie. Elle cherche dans la mesure du possible à éviter la chronicité des troubles et leurs conséquences sur la famille. A ce stade, le psychiatre organise l'action à entreprendre et traite les cas dont il a à connaître, au profit des divers organismes sociaux qui ont pu lui signaler les situations pathogènes.

.....

1972 - De nouveaux objectifs de prévention et de traitement (suite)

2° Conditions dont dépend la qualité des actions préventives :

a) Le dépistage précoce des diverses désadaptations et inadaptations. - Réserves faites des consultants directs amenés par leurs parents, il faut citer les enfants pour lesquels une consultation a été demandée par les médecins praticiens, les commissions médico-pédagogiques, le service d'aide sociale à l'enfance, le juge des enfants et d'une façon générale les services sociaux. Le dépistage précoce implique que les liaisons étroites soient assurées à tous ces niveaux et notamment avec les services publics de protection maternelle et infantile et ceux de santé scolaire.

L'apport du pédiatre est indispensable, car l'examen clinique du nouveau-né et du nourrisson nécessite une formation spécifique et une longue expérience.

L'apport du médecin scolaire n'est pas moins essentiel car il est spécialiste du milieu scolaire.

Ceci permet de comprendre la nécessité du travail en équipe pluridisciplinaire.

b) Le diagnostic précoce, qui comporte la réalisation de bilans, diagnostics dont l'étude sera envisagée plus loin.

c) Le traitement et la rééducation précoces, selon les modalités les mieux appropriées à l'état du sujet

Commentaires :

Les objectifs : Formulation en terme d'améliorations attendues

Des références O.M.S. : Les 3 niveaux de prévention

N.B. : la classification internationale des handicaps dont nous tirons ultérieurement l'effet, est liée à ces 3 niveaux. Depuis cette date, les mesures législatives se tiennent entre elles, quel que soit le "secteur visé.

Des idées nouvelles (2) que nous retrouverons sous une autre forme dans la réforme des annexes XXIV : il sera question plus tard aussi d'éducation précoce. (Décret 76.389 du 15 avril 1976 et circulaire n° 669/PME. 2 du 9 juin 1976).

(2) "nouvelles" dans les textes régissant le secteur du handicap

1972 - Le bilan diagnostique et ses suites

III. - LE BILAN DIAGNOSTIC

A. - Ses caractéristiques

Il comporte :

- l'examen psychiatrique clinique du sujet concerné qui inclut l'entretien prolongé avec ses parents et qui est complété, le cas échéant, par les conclusions de médecins appartenant à d'autres disciplines : pédiatrie, audiologie, phoniatry, etc. ;
- l'examen psychologique clinique et psychotechnique ;
- l'étude sociale comportant une investigation approfondie dans le milieu de vie de l'enfant, réalisée par l'assistante sociale en liaison avec toutes les personnes éventuellement concernées, par exemple les éducateurs, les travailleuses familiales, les animateurs socioculturels, etc ;
- s'il y a lieu, l'étude de la situation scolaire (niveau, aptitude, comportement).

Ces différentes approches doivent obligatoirement s'intégrer dans une étude synthétique du cas et tenir compte également, s'il y a lieu, de rapports particuliers, tels ceux qui peuvent être présentés par des éducateurs spécialisés.

B. - Ses moyens

Le bilan diagnostique peut être effectué dans différents cadres institutionnels.

1° Il s'agit avant tout de centres de consultations :

- les dispensaires d'hygiène mentale ;
- les consultations externes des hôpitaux ;
- les centres médico-psycho-pédagogiques.

Il faut signaler enfin que la création de centres dits d'action médico-sociale précoce - c'est-à-dire permettant le dépistage et la prise en charge médico-psycho-éducative précoce de maladies ou déficiences mentales, motrices ou sensorielles - est actuellement envisagée. Leur articulation avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile devra se poser dans les mêmes termes que pour les centres précédents.

2° Mais parfois aussi d'un service de psychiatrie infanto-juvénile, d'un hôpital de jour où sera pratiquée une *observation continue*.

C. - Ses suites

1° La détermination des actions à entreprendre :

Le médecin responsable de l'équipe psychiatrique pourra être amené :

- soit à transmettre un simple conseil aux parents : un avis au médecin traitant ou à un médecin de service public et sous réserve de l'accord de la famille, un avis à la commission médico-pédagogique ou à une autorité judiciaire ;
- soit à prolonger sur place l'action entreprise ;
- soit à conseiller le placement de l'enfant dans une structure scolaire d'adaptation ou d'éducation spéciale. Dans ce cas, il est éminemment souhaitable qu'un psychiatre membre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile participe aux délibérations de la commission médico-pédagogique compétente afin que celle-ci puisse posséder l'ensemble des informations appelées à guider ses choix ;
- soit à orienter vers un cadre plus spécialisé relevant du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et où pourront seulement être entreprises des actions complexes conformes aux besoins du sujet en cause.

Commentaires :

- la dominante de cette réforme est psychiatrique
- le maintien en milieu ordinaire à chaque fois que possible est déjà une ligne de force de cette orientation d'où la place privilégiée, dans cet ensemble de centres de diagnostic et de traitement ambulatoire
- dispensaire d'hygiène mentale
- consultation hospitalière externe
- centre médico-psycho-pédagogique

1972 - Des coordinations qu'on n'appelle pas encore partenariats

Se trouve posé en particulier le problème de la place de l'équipe du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le secteur unifié de l'enfance prévu par la directive générale n° 105 du 25 mai 1969 ayant pour but de coordonner les activités relatives à la protection maternelle et infantile, à la santé scolaire, à l'aide sociale à l'enfance, à la prévention sociale de l'enfance en danger et à l'enfance inadaptée.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, qui ne constitue qu'un des aspects du dispositif général d'organisation psychiatrique, devra s'articuler d'une façon particulièrement étroite avec les institutions déjà intégrées dans le secteur unifié de l'enfance. Sans en être exclu et sans s'y dissoudre, il y occupera une position charnière et y jouera un rôle prépondérant vis-à-vis des enfants mentalement handicapés, en particulier pour toutes les formes évolutives dont on sait qu'elles posent au premier chef le problème de la maladie mentale de l'adulte.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile n'a pas en effet pour seul objet de résoudre des problèmes actuels, mais il a aussi celui de prévenir l'inadaptation de l'âge adulte qui menace de nombreux sujets. Il est donc aussi l'un des éléments du dispositif général de lutte contre les maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, le problème d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents soulèvera généralement des problèmes complexes. Pour les résoudre, il serait extrêmement souhaitable que soit créée, à l'initiative de MM. les préfets (directions de l'action sanitaire et sociale) et en vue de l'étude des programmes départementaux, une commission administrative et technique comprenant en particulier le médecin inspecteur départemental de la santé, le médecin chargé de la santé scolaire et le médecin chargé de la protection maternelle et infantile auprès du département, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale chargé des problèmes de l'enfance, les médecins psychiatres chefs de secteur, des représentants de l'éducation nationale, de la justice et du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées. Il conviendra également que soient associés aux travaux de cette commission les psychiatres privés dont le concours à la politique concertée mise en oeuvre est indispensable.

*Le ministre de la santé publique
et de la sécurité sociale,*
ROBERT BOULIN

*Le secrétaire d'Etat à l'action sociale
et à la réadaptation,*
MARIE-MADELEINE DIENESCH

Les coordinations nécessaires

- 1) . secteur de psychiatrie infanto-juvénile
. service unifié de l'enfant
. structures "dévolues à l'enfance inadaptée"
- 2) pédiatrie : P.M.I., santé scolaire, commissions médico-pédagogiques, éducation nationale, justice, services sociaux,

Commentaires :

Peu de ministères signataires,

mais les effets de cette circulaire furent très visibles dans les dispositifs d'éducation spéciale, mais il s'agissait plutôt d'un état d'esprit présent dans le secteur : la référence juridique précise fut rarement citée en tant que telle.

1975 - Les droits de la personne handicapée

LOI N° 75-534 DU 30 JUIN 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Article premier - La prévention et de dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.

Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics ou privés associent leurs interventions pour mettre en oeuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables.

A cette fin, l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

L'Etat coordonne et anime ces interventions par l'intermédiaire du comité interministériel de coordination en matière d'adaptation et de réadaptation, assisté d'un conseil national consultatif des personnes handicapées dont la composition et le fonctionnement seront déterminés par décret et comprenant des représentants des associations et organismes publics et privés concernés.

Art. 4. - Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative. Ils satisfont à cette obligation en recevant soit une éducation ordinaire, soit, à défaut, une éducation spéciale, déterminée en fonction des besoins particuliers de chacun d'eux par la commission instituée à l'article 6 ci-après.

L'éducation spéciale associe des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et para-médicales : elle est assurée, soit dans des établissements ou par des services spécialisés. Elle peut être entreprise avant et poursuivie après l'âge de la scolarité obligatoire.

Commentaires de synthèse :

- Parmi ces droits, notamment l'éducation, la formation, l'orientation et l'emploi (art. 1)
- Chaque fois que possible, maintien en milieu ordinaire (art. 1)
- L'éducation, obligation nationale
- l'éducation spéciale
 - . déterminée en fonction des besoins individuels
 - . associant actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et para-médicales.
 - . Obligation éducative de 0 à 20 ans, au delà de l'obligation scolaire.

1975 - Le champ des institutions sociales et médico-sociales

LOI N° 75-535 DU 30 JUIN 1975
relative aux institutions sociales et médico-sociales.

CHAPITRE I

Dispositions générales visant à la coordination des institutions sociales et médico-sociales

ARTICLE PREMIER. - Sont des institutions sociales ou médico-sociales au sens de la présente loi tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente :

1° Mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien ;

2° Accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière ;

3° Reçoivent des jeunes travailleurs ;

4° Hébergent des personnes âgées ;

5° Assurent, en internat, en externat, dans leur cadre ordinaire de vie, d'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées.

Chapitre III

Dispositions spéciales aux établissements privés

Art. 10. - L'autorisation est accordée si, compte tenu de tous les éléments de qualité que peut comporter l'établissement dont la création ou l'extension est prévue, l'opération envisagée :

1° Répond aux besoins quantitatifs et qualitatifs de la population, tels qu'ils peuvent être appréciés par la commission nationale ou la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales ;

2° Est conforme aux normes définies par le décret prévu à l'article 4.

Chapitre II

Dispositions communes relatives à la création et à l'extension de certains établissements sociaux ou médico-sociaux

Art. 3. - Les établissements qui dépendent des organismes définis à l'article premier ne peuvent être créés ou recevoir une extension importante qu'après avis motivé de la commission régionale ou, dans certains cas déterminés par voie réglementaire, de la commission nationale des institutions sociales et médico-sociales, s'ils appartiennent à l'une des catégories suivantes :

1° Etablissements recevant habituellement des mineurs relevant des chapitres I et II du titre II du code de la famille et de l'aide sociale et maisons d'enfants à caractère social ;

2° Etablissements médico-éducatifs qui reçoivent en internat et en externat ou en cure ambulatoire des jeunes handicapés ou inadaptés ;

3° Etablissements d'enseignement qui dispensent à titre principal une éducation spéciale aux jeunes handicapés ou inadaptés ;

4° Etablissements d'éducation surveillée ;

5° Etablissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés ;

6° Etablissements d'aide par le travail ;

7° Foyers de jeunes travailleurs.

Un décret déterminera les cas dans lesquels les extensions visées au premier alinéa devront, du fait de leur importance être subordonnées à un avis de la commission régionale ou nationale des institutions sociales ou médico-sociales.

Les dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ne sont pas applicables aux établissements ci-dessus énumérés quel que soit leur objet.

Art. 7. - La commission nationale ou les commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales donnent un avis sur l'opportunité de la création ou de l'extension des établissements visés à l'article 3 en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs de la population et compte tenu des équipements existants ou prévus.

NB - En 1991, la réforme hospitalière a transformé la CRISM en CROSS (Cf. Tableau de synthèse, chapitre 6).

1982 - Politique d'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés

<p style="text-align: center;">CIRCULAIRE N° 82-2 ET 82-048 DU 28 JANVIER 1982 relative à la mise en oeuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés (Non parue au Journal Officiel)</p>
<p>L'intégration vise tout d'abord à favoriser l'insertion sociale de l'enfant handicapé en le plaçant le plus tôt possible dans un milieu ordinaire où il puisse développer sa personnalité et faire accepter sa différence.</p> <p>Elle lui permet ensuite de bénéficier dans de meilleures conditions d'une formation générale et professionnelle favorisant l'autonomie individuelle, l'accès au monde du travail et la participation sociale.</p> <p>Enfin, en élargissant le champ des solutions proposées aux parents, l'intégration leur permet d'exercer plus pleinement leurs responsabilités et d'émettre un choix véritable en matière d'éducation pour leur enfant handicapé.</p> <p>La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 a fait de l'éducation, de la formation et de l'orientation professionnelle des handicapés une obligation nationale qui vise à leur assurer toute l'autonomie dont ils sont capables. Elle indique dans son préambule que les personnes handicapées doivent avoir accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et être maintenues dans un cadre ordinaire de travail et de vie "chaque fois que leurs aptitudes et celles du milieu familial le permettent".</p> <p>Déjà le ministère de l'éducation nationale avait constitué un important réseau de classes et d'établissements spécialisés destinés à répondre aux besoins spécifiques d'enfants et d'adolescents présentant des handicaps divers ou des difficultés d'adaptation aux exigences et aux normes jusqu'ici définies par l'institution scolaire.</p>
<p>Ils vous appartient donc, en fonction d'une appréciation d'ensemble des capacités actuelles et des besoins prévisibles en matière d'accueil, d'éducation et de soins des enfants et adolescents handicapés, de décloisonner le dispositif institutionnel existant dans une perspective d'intégration qui limite les phénomènes d'exclusion ou de ségrégation, en lui assignant prioritairement, mais non exclusivement, un objectif de réinsertion en milieu scolaire ordinaire chaque fois que possible avec, si nécessaire, les soutiens spécialisés pédagogiques et thérapeutiques appropriés.</p>
<p style="text-align: center;">1. L'INTEGRATION EDUCATIVE : UN OBJECTIF ET UNE DEMARCHE</p> <p>Il convient de rechercher, pour chaque cas particulier, la possibilité d'apporter une éducation appropriée faisant appel à la fois aux moyens de l'ensemble des institutions scolaires et des institutions spécialisées de prévention, d'aide psychopédagogique, psychologique ou médicale. L'intervention de ces dernières doit donc être conçue en liaison avec le système scolaire ordinaire. Les commissions départementales et de circonscription de l'éducation spéciale pourront ainsi orienter davantage encore leur pratique dans ce sens. Il est en outre rappelé que toute décision d'orientation, résultant d'une évaluation des possibilités réelles de l'enfant, doit être entendue comme un processus continu révisable en fonction de l'évolution de chaque situation individuelle.</p>

Commentaires :

- la loi de 75 - dite loi d'orientation - , la présente circulaire et la réforme des annexes XXIV constituent un même ensemble.
- à l'ordre du jour, le décloisonnement des dispositifs institutionnels existants pour faciliter l'intégration ... les moyens ne sont pas évoqués
- la phrase-clé de cet ensemble de réformes : "L'intégration éducative : un objectif et une démarche"

1982 - Une démarche qui trouvera son complément dans la réforme des annexes XXIV

2. L'INTEGRATION : UNE ACTION PROGRESSIVE, MAIS RESOLUE ET COHERENTE

La recherche de l'intégration des enfants et adolescents handicapés ne saurait résulter de la mise en place générale et immédiate d'un système définitif succédant à d'autres. Il s'agit d'une démarche qui doit inspirer le fonctionnement de nos institutions et des procédures qui les régissent et se réaliser progressivement avec discernement et souplesse.

L'intégration scolaire peut revêtir des formes multiples car il convient d'offrir des solutions adaptées non seulement à chaque type de handicap mais aussi à la personnalité des enfants, aux différentes étapes de leur évolution, à leurs désirs et à ceux de leurs familles et préparées avec le milieu d'accueil.

Pratiquée sans systématisation, l'intégration aura d'autant plus de chances de réussir, qu'elle résultera un choix clairement exprimé par l'enfant, sa famille et l'enseignant ainsi que d'un projet éducatif aux dimensions à la fois médicale, psychologique et sociale.

c) Apporter une aide à la famille

Il est tout à fait essentiel d'associer la famille et l'enfant à la décision puis à l'élaboration du projet d'intégration et de prévoir des rencontres fréquentes avec l'équipe éducative. Ces contacts répondent au souhait généralement exprimé par les parents d'être davantage associés au processus d'éducation, permettent une connaissance plus globale de l'enfant et peuvent s'inscrire dans un dispositif d'accueil, d'aide à la famille et de guidance parentale.

d) Sensibiliser et informer

Il s'agit ici de l'un des éléments importants de la réussite de l'intégration. Une information sérieuse et claire contribue efficacement à faire tomber les préventions, les résistances et les obstacles psychologiques que provoquent souvent les différentes formes de handicap ou d'inadaptation.

Il est souhaitable qu'une action d'information et de sensibilisation accompagne les actions d'intégration et touche l'ensemble des personnels, y compris les personnels de service et de surveillance, les élèves de l'établissement d'accueil et les familles.

Les associations de parents d'élèves et les associations de parents d'enfants handicapés, dont vous veillerez à obtenir le concours, pourront jouer un rôle tout à fait positif à cet égard.

Mais ce sont surtout les enseignants non spécialisés, appelés à intervenir de plus en plus en faveur d'élèves handicapés, qui verront renforcer leur formation et leur information sur la nature et les conséquences des handicaps de tous ordres, dans une double perspective d'adaptation et de prévention.

L'effort doit à la fois porter sur les formations initiales et sur les actions de formation continue et permanente organisées dans les académies et les départements. Une place grandissante doit être réservée aux problèmes posés par l'intégration. Les différents stages que vous organiserez feront largement appel à la participation simultanée et réciproque de spécialistes de nos deux administrations tant comme intervenants que comme stagiaires.

1982 - Une démarche qui trouvera son complément dans la réforme des annexes XXIV (suite)

Il vous appartient par ailleurs de recenser toutes les opérations d'intégration déjà réalisées, en cours ou projetées pour en assurer le suivi et l'évaluation.

Ces informations doivent contribuer en outre à alimenter la recherche menée dans le domaine du handicap et de l'intégration.

La division de l'éducation spécialisée au ministère de l'éducation nationale et la sous-direction de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale au ministère de la solidarité nationale, seront à votre disposition pour vous aider dans la mise en oeuvre de ces actions en diffusant des informations sur les opérations en cours, en favorisant une réflexion et un effort de recherche sur le thème de l'intégration et en s'efforçant de résoudre les difficultés d'ordre administratif qui se poseraient.

Le ministre de l'éducation nationale
ALAIN SAVARY

Le ministre de la solidarité nationale,
NICOLE QUESTIAUX

Commentaires :

- nécessaire souplesse d'application pour favoriser la mise en place de solutions personnalisées
- Association de la famille et de l'enfant
- au coeur du dispositif, le projet éducatif individuel associe les éducateurs (déjà)
- cette circulaire et la réforme des annexes XXIV constitueront les 2 volets d'une même dynamique d'intégration en milieu ordinaire, d'où l'aide et le soutien nécessaires aux familles.
- Mais deux ministères signataires.

CIRCULAIRE N° 83-4 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

(Non parue au Journal officiel)

La circulaire du 29 janvier 1982 a posé les grandes lignes d'une politique d'intégration des enfants et adolescents handicapés.

Il apparaît nécessaire, d'une part, de préciser la population concernée ou susceptible de bénéficier de soutiens et de soins spécialisés en milieu scolaire et, d'autre part, de rappeler la diversité des formes d'intégration, compte tenu des handicaps, des difficultés et des besoins de chaque enfant, des choix des parents et des moyens pouvant être mobilisés.

Les dispositions envisagées ci-après concernent les enfants et adolescents handicapés ainsi que les enfants en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement, qui peuvent être insérés en milieu scolaire ordinaire, compte tenu de la nature ou de la gravité de leur affection aussi bien que des moyens mobilisables pour les accueillir.

L'intégration scolaire peut prendre des formes différentes :

a) Il peut s'agir d'une intégration individuelle, directe ou consécutive à une période de préparation spécialisée, dans une classe ordinaire soit parce que la situation de l'élève handicapé ne nécessite pas l'intervention permanente de personnels spécialisés, soit parce que la nature et la fréquence souhaitable de cette intervention la rendent possible même dans un établissement scolaire ne disposant pas en permanence de moyens spécialisés ;

b) Il peut s'agir de l'intégration collective d'élèves handicapés en petit nombre dans un établissement scolaire ordinaire où ils bénéficient des moyens susceptibles d'assurer de façon permanente le soutien médical, paramédical, social et éducatif nécessaire. Des regroupements pédagogiques et thérapeutiques peuvent être opérés pour des périodes d'observation et de préparation mais toujours en vue d'une participation progressive, partielle ou totale, aux diverses activités pédagogiques collectives, décloisonnées ou non, et aux activités scolaires normales des classes de l'établissement ;

.....

1983 - Les applications de cette politique d'intégration (suite)

c) Il peut s'agir d'une intégration partielle, individuelle ou par petits groupes, organisée par exemple dans le cadre du projet éducatif d'un établissement ou service spécialisé dont relève l'enfant ou l'adolescent. Cette intégration peut être permanente ou limitée dans le temps et n'intervient que pour une partie seulement des activités de l'établissement scolaire.

Quelles que soient les modalités retenues, un projet éducatif individualisé doit être élaboré en commun par les familles, les enseignants, les personnels spécialisés et les établissements et services spécialisés intéressés.

C'est dans l'intérêt de l'enfant que la décision d'intégration scolaire est prise, après accord des familles et des autres parties concernées :

- en ce qui concerne le type de scolarité, ordinaire ou adaptée lorsqu'il s'agit d'enfants handicapés au sens de la loi d'orientation du 30 juin 1975, par la commission de circonscription de l'enseignement préscolaire et élémentaire ou la commission de circonscription de l'enseignement du second degré, éventuellement la commission départementale de l'éducation spéciale ;

- en ce qui concerne les soutiens et les soins spécialisés, soit par la commission départementale de l'éducation spéciale dans les cas prévus par la loi d'orientation du 30 juin 1975, soit par le service d'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, le centre médico-psychopédagogique ou tout autre milieu médical où est suivi l'enfant.

L'aide personnalisée donnée à l'enfant implique un soutien qui peut être de caractère pédagogique, psychologique, social, médical, paramédical ou technique. Cette aide ne doit pas aboutir à la création de nouvelles structures qui n'utiliseraient pas en priorité les moyens déjà existants.

Commentaires de synthèse :

Déjà tous les éléments des réformes à venir :

- la diversité des formes d'intégration scolaire
- le projet individualisé, pivot des engagements éducatifs et thérapeutiques
- meilleure coordination, ...
- sans création de nouvelles structures

1983 - Les modalités de coopération induites par cette politique d'intégration (circulaire n° 83-4 du 29 janvier 1983)

1.2. Personnels spécialisés non enseignants

Il s'agit des personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs qui, associés aux enseignants dans le cadre d'équipes multidisciplinaires, apportent aux élèves handicapés ou en difficulté des soins, des rééducations ou des soutiens spécialisés.

Il doit être fait appel, en tant que de besoin, soit aux personnels du secteur de l'enfance handicapée et de l'éducation spécialisée, en exercice dans des établissements scolaires spécialisés ou dans les établissements et services médico-éducatifs (1), soit aux équipes d'intersecteur de psychiatre infanto-juvénile, ou plus généralement à tout service agréé pour apporter des soins ou une rééducation à des enfants handicapés, soit au service de santé scolaire en ce qui concerne la prévention, l'accueil et l'observation.

Ces personnels, qui peuvent également être mis à la disposition des établissements scolaires par des administrations, des collectivités locales, des services hospitaliers ou des associations, interviennent auprès des élèves handicapés dans le cadre de conventions passées entre l'établissement scolaire d'accueil et leur organisme employeur qui continue à assurer leur rémunération.

Il peut être envisagé l'intervention des spécialistes auxquels les familles, à leur initiative, ont recours, en particulier lorsque aucun service existant n'est susceptible d'apporter son concours à l'établissement scolaire et que la création d'une nouvelle structure ne se justifie pas, compte tenu par exemple du nombre trop faible d'enfants concernés. Ces spécialistes interviennent dans l'école avec l'accord du directeur ou du chef d'établissement après qu'ont été précisées les conditions de leur participation à la mise en oeuvre du projet éducatif individualisé. Leurs prestations peuvent être prises en charge par l'assurance maladie selon les règles en vigueur.

(1) *Instituts médico-pédagogiques ou médico-professionnels, instituts de rééducation, centres pour infirmes moteurs ou pour infirmes moteurs cérébraux, centres pour déficients sensoriels, centres médico-psychopédagogiques de cure ambulatoire, centres d'action médico-sociale précoce.*

1983 - Les modalités de coopération induites par cette politique d'intégration (suite)

II. - MODALITES DE COOPERATION ENTRE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE D'ACCUEIL ET L'ORGANISME CHARGE D'APPORTER LES SOINS ET LES SOUTIENS SPECIALISES

Il appartient au chef d'établissement scolaire ou au directeur de l'école élémentaire ou maternelle, après consultation des différents conseils, en liaison avec l'organisme prestataire de services, de s'assurer des conditions de bonne organisation de ces activités tenant compte à la fois des exigences de la vie scolaire et des contraintes liées à la nature des interventions spécialisées.

Le chef d'établissement ou le directeur d'école prévoit, en liaison avec les autorités académiques, après avis des commissions paritaires, ou les collectivités locales, les moyens particuliers (personnels, travaux d'accessibilité, matériels, etc.) nécessaires à l'accueil d'élèves handicapés ou en difficulté.

Il s'assure que les enseignants, les personnels spécialisés et les familles sont associés à la détermination des objectifs pédagogiques et thérapeutiques.

Dans le respect des compétences de chacun, il veille à la mise en oeuvre effective du projet éducatif élaboré pour chaque enfant ou groupe d'enfants et assure la coordination des moyens et des interventions pour garantir une bonne cohérence entre les activités scolaires et les actions de soins et de soutiens dispensées au sein de l'école. A ce titre, il préside les réunions de synthèse dont tous les participants sont soumis au secret professionnel.

Il peut se voir confier par l'organisme gestionnaire du service des responsabilités administratives propres à en assurer la bonne marche.

Il signale aux responsables du service apportant les soutiens et les soins spécialisés les difficultés éventuelles, notamment à l'occasion de l'application des dispositions de la convention, afin que soient prises d'un commun accord les mesures nécessaires pour y remédier.

En cas de difficultés sérieuses, et après en avoir saisi les autorités de tutelle, il peut proposer à l'autorité hiérarchique de dénoncer la convention.

Commentaires :

- le concours des personnels de l'éducation spécialisée était déjà prévu... sur la base de la mise en oeuvre des projets éducatifs individualisés
- la notion de projet éducatif, individualisé, dans les textes juridiques, est d'abord apparue à l'occasion de l'intégration en milieu ordinaire... puis dans la réforme des annexes XXIV
- les modalités de coopération dès 1983 furent clairement stipulées

1983 - Evaluation des besoins, conventions et projets

Commentaires de synthèse

- les procédures contractuelles

->

- l'évaluation des besoins

->

- le contenu de la convention : le projet éducatif et thérapeutique

->

- on croirait lire la réforme des annexes XXIV : ces deux réformes constituent un ensemble cohérent

2. Organisation concertée des actions et procédures contractuelles

Les soutiens apportés aux élèves handicapés ou en difficulté au sein d'un établissement scolaire par le personnel d'un établissement ou d'un service spécialisé créent entre ces deux institutions, qui diffèrent par leur nature juridique et leur mode de financement, des rapports complexes qu'il est souhaitable de définir dans le cadre d'une convention.

Cette convention, dont les clauses sont adaptées aux modalités d'intégration choisies, au nombre et à la nature des parties prenantes, doit permettre de fixer avec précision les conditions d'intervention du service et/ou des personnels spécialisés.

Le dispositif conventionnel ne doit pas faire obstacle à la souplesse que requiert la diversité des interventions. En ce qui concerne les actions déjà entreprises, il sera progressivement mis en oeuvre dès lors qu'il n'entrave pas les objectifs que se sont assignés les différents partenaires.

2.1. Evaluation des besoins et programmation coordonnée des moyens

Les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, et les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales procéderont à l'évaluation concertée des besoins et veilleront à organiser d'un commun accord la coordination, à l'échelon du département, des actions et des équipements dont la mise en oeuvre effective sera programmée dans le temps (cf. III-1.3).

2.2. Parties prenantes à la convention

La convention est passée entre d'une part l'inspecteur d'académie, après consultation des comités techniques paritaires, quand il s'agit d'une école maternelle ou élémentaire, ou le chef d'établissement quand il s'agit d'un établissement du second degré, et d'autre part le représentant de l'organisme assurant le service de soins et de soutiens spécialisés.

Peuvent également être signataires de la convention les administrations, collectivités locales, associations ou personnes lorsqu'elles contribuent à l'installation ou apportent leur collaboration au fonctionnement du service.

3. Contenu de la convention

3.1. Projet éducatif et thérapeutique

Les conditions de l'intervention du ou des services chargés des soins et des soutiens spécialisés, de même que la mise en oeuvre individualisée des actions de ces services sont précisées dans un projet englobant à la fois des dimensions scolaire, éducative et thérapeutique. C'est ainsi que dans ce cadre seront définies notamment : les méthodes, la fréquence des interventions, les précisions sur les matériels pédagogiques et de rééducation prévus, l'adaptation du rythme scolaire, les modalités de collaboration entre les enseignants et les personnels spécialisés non enseignants, les modalités de participation des parents, [...]

Les créations de sections d'établissement spécialisées dans le soutien à l'intégration ou de services de soins et d'éducation spécialisés à domicile sont soumises à l'avis de la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales lorsqu'elles constituent une extension importante des établissements auxquels ces sections ou services sont rattachés. Cette disposition modifie celles contenues dans la circulaire du 13 septembre 1978 (chap. III, paragraphe 1, alinéa 318) relative à l'application du décret n° 76-838 du 25 août 1976.

d'ailleurs, le nombre de signataires en témoigne ->

3 signataires :

- Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale
- Ministère de l'éducation nationale
- Ministère de la santé

1989 - Mesures transitoires : vers une politique cohérente concernant enfants, adolescents et adultes handicapés ?

"Amendement CRETON"

Journal officiel du 14 janvier 1989

LOI n° 89-18 du 13 janvier 1989

portant diverses mesures d'ordre social (1)

NOR : SFSX88001351

Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3°) du paragraphe I de l'article L. 323-11 du code du travail, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'éducation spéciale et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

Circulaire DAS/RV 1 n° 89-09 du 18 mai 1989 précisant les conditions d'application de l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 qui complète l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (maintien des adultes handicapés dans les établissements d'éducation spéciale)

NOR : SPSA8910202C

Le Parlement a arrêté, dans le cadre de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, des dispositions destinées à maintenir, temporairement, des jeunes adultes atteints par la limite d'âge réglementaire dans les établissements de l'éducation spéciale.

L'article 22 de cette loi qui complète l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées prévoit que les jeunes adultes handicapés peuvent être maintenus dans les établissements d'éducation spéciale au-delà de l'âge réglementaire s'ils ne peuvent être immédiatement admis dans les établissements pour adultes handicapés désignés par la Cotorep. Dans ce cas, les frais de séjour du jeune adulte sont à la charge de l'organisme ou de la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adultes désigné par la Cotorep.

Cette disposition qui légalise une pratique autorisée par les circulaires du 6 avril 1969 et du 17 novembre 1977 ne remet pas en cause les orientations relatives à l'accueil des personnes handicapées, élaborées depuis l'adoption de loi d'orientation du 30 juin 1975. Elle tend uniquement à pallier pour partie l'insuffisance des structures.

commentaire de synthèse :

Maintien temporaire de jeunes adultes atteints par la limite d'âge dans les établissements de l'éducation spéciale

1989 - Loi d'orientation sur l'éducation - L'éducation spéciale, une facette de l'éducation, dont les usages se diversifieront ?

B.O.E.N. n° 4 du 31.08.89

LOI D'ORIENTATION SUR L'EDUCATION

NOR : MENXB900049L

RLR : 501-0

Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 (1)

(Président de la République ; Premier ministre ; Education nationale, Jeunesse et Sports ; Economie, Finances et Budget ; Fonction publique et Réformes administratives ; Affaires étrangères ; Départements et Territoires d'outre-mer ; Agriculture et Forêt ; Enseignement technique ; Jeunesse et Sports)

Article premier. - L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances.

Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté.

L'acquisition d'une culture générale et d'une qualification reconnue est assurée à tous les jeunes, quelle que soit leur origine sociale, culturelle ou géographique. L'intégration scolaire des jeunes handicapés est favorisée. Les établissements et services de soins et de santé y participent.

Lutter contre l'exclusion scolaire

L'école ne peut négliger aucun élève. Amener 80 p. 100 d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat (niveau IV) ne doit pas dispenser de donner une formation et une qualification satisfaisantes aux 20 p. 100 d'élèves qui ne pourront atteindre ce niveau.

La définition de zones d'éducation prioritaires (ZEP) a répondu à la volonté de prévenir les situations d'échec en apportant à des populations scolaires issues de catégories sociales défavorisées un soin pédagogique tout particulier. Dans ces zones prioritaires, la scolarisation des enfants de deux ans est favorisée.

Les dispositions prises dans les zones d'éducation prioritaires doivent être développées. Les causes de l'échec scolaire des élèves seront analysées et toutes les mesures seront prises pour y remédier, notamment par la pratique de la lecture. Ces mesures comprendront également des actions auprès des familles.

1989 - Loi d'orientation sur l'éducation - L'éducation spéciale, une facette de l'éducation, dont les usages se diversifieront ? (suite)

Un contrat pluriannuel sera passé entre l'école ou l'établissement scolaire et l'autorité académique. Il entraînera la nomination d'un coordonnateur, l'attribution de moyens supplémentaires, une formation spécifique des enseignants et des mesures encourageant la stabilité des équipes pédagogiques.

Parmi les partenaires dont les actions doivent se conjuguer au sein d'un projet éducatif global pour lutter contre l'exclusion, figurent tout d'abord les parents, qu'il faut parfois réconcilier avec l'école, accueillir et instruire s'ils en ressentent le besoin pour mieux suivre leurs enfants. Les collectivités locales, les services relevant d'autres ministères et certaines associations périscolaires en font également partie.

Favoriser les actions médico-sociales et l'éducation pour la santé

La lutte contre les inégalités passe également par le dépistage des handicaps. Ce dépistage entrepris dès l'école maternelle est une obligation essentielle. Le service de santé scolaire, en liaison avec les services de protection maternelle et infantile, y joue un rôle central avec l'ensemble de l'équipe éducative, les médecins de famille, les services sociaux compétents et tous ceux qui sont susceptibles de contribuer à cette action.

La formation des élèves dans le domaine des sciences de la vie, l'éducation pour la santé et la prévention des agressions et des consommations nocives doivent également constituer une préoccupation pour les parents d'élèves, l'équipe éducative et le service de santé scolaire. Le projet d'établissement peut fournir un cadre à leur action. Une priorité dans l'attribution des moyens sera accordée aux établissements des secteurs les plus défavorisés. Les initiatives locales et départementales seront encouragées. Par ailleurs, la formation des personnels enseignants tiendra compte des aspects sanitaires et sociaux de l'action éducative.

Commentaire de synthèse :

- l'article 1er fait de l'éducation une priorité nationale et renvoie expressément aux dispositions d'Intégration scolaire de 1975 et de 1982.
 - la lutte contre le développement des inégalités prend 3 formes distinctes :
 1. lutte contre l'exclusion scolaire dans les Z.E.P. et partenaires concernés
 2. dépistage précoce et éducation pour la santé
 3. Intégration scolaire et sociale des enfants et adolescents handicapés
- La philosophie de la loi se résume en deux mots : la pédagogie du contrat

L'intégration scolaire et sociale des enfants et des adolescents handicapés

L'accueil des enfants et des adolescents handicapés répond à une exigence exprimée de plus en plus fortement. La priorité en a été affirmée par la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Les principes et les modalités de la politique d'intégration scolaire qui en découle ont été précisés dans les circulaires de 1982 et de 1983, qui demeurent valables. L'intégration scolaire des enfants et des adolescents est d'une importance capitale dans le processus d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées.

C'est pourquoi une large information doit être assurée et de nouveaux rapports doivent s'instaurer entre l'école et les familles d'enfants handicapés. L'établissement scolaire auquel s'adressent les parents doit effectuer un examen attentif des possibilités de scolarisation de leur enfant ou leur offrir toutes les informations nécessaires pour envisager, le cas échéant, une autre affectation.

Les dispositions à prendre doivent être différenciées pour mieux répondre à la diversité des situations : les autorités académiques ont à tenir compte, dans leur gestion, des besoins particuliers résultant des projets d'intégration et des réalisations nécessaires à l'accueil d'élèves handicapés.

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

Les droits et les devoirs des jeunes en formation

Vers un contrat de formation

Les élèves, en tant que bénéficiaires du service public de l'enseignement scolaire, ont des droits et des devoirs. L'exercice de ces droits et de ces devoirs constitue un apprentissage de la citoyenneté.

L'élève doit prendre conscience des liens entre les objectifs pédagogiques que les enseignants lui demandent d'atteindre et la réalisation de son projet d'orientation. Les enseignants ont donc à fixer ces objectifs de manière réaliste, à les expliquer aux élèves et à effectuer avec eux des bilans réguliers. L'élève saura ainsi se situer par rapport aux objectifs qui lui sont assignés et sur quels points il doit faire porter ses efforts.

Il s'agit ainsi d'instaurer dans la formation une véritable pédagogie du contrat.

Circulaire DH/9A n° 306 du 11.08.89 - relative à la préparation de la campagne budgétaire 1990

ANNEXE IV
ORIENTATIONS PRIORITAIRES
DANS LES DOMAINES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX
Liste des orientations prioritaires au plan national

II. Dans le domaine social et médico-social

Les moyens dégagés par redéploiement seront prioritairement affectés aux établissements et services pour personnes âgées et aux établissements pour personnes handicapées, en tenant compte, en ce qui concerne les centres d'aide par le travail, des règles particulières de gestion du budget de l'Etat pour lesquelles des instructions vous parviendront ultérieurement.

Je vous engage toutefois à prendre en compte, pour l'affectation de vos priorités, non seulement le taux d'équipement de votre département, mais également sa structure démographique.

SPS 89/38 [...]

b) Etablissements et services pour personnes handicapées.

Adultes :

Bien que l'existence et la création de maisons d'accueil spécialisées ne soient pas remises en question, il vous appartient de favoriser en priorité le développement des foyers d'hébergement à double tarification.

En tout état de cause, la position de l'administration centrale tend à privilégier la création des foyers à double tarification dès lors qu'elle est gagée par un redéploiement. L'opération de redéploiement national a pu permettre l'ouverture de 780 places d'accueil pour adultes grands handicapés.

Enfants :

La structure démographique des établissements pour enfants et adolescents handicapés démontre depuis plusieurs années la nécessité de prendre en compte l'augmentation du nombre des enfants polyhandicapés.

C'est ainsi que la restructuration des instituts médico-éducatifs devient un passage indispensable vers la création de services pour enfants polyhandicapés.

A cet égard, l'opération de redéploiement national organisée en 1989 a pu permettre de contribuer à la création de 120 places de section pour polyhandicapés en instituts médico-éducatifs.

Ce mouvement doit être encouragé et à terme les instituts médico-éducatifs doivent intervenir dans les trois secteurs :

- celui des enfants polyhandicapés accueillis dans des services spécialisés ;
- celui des enfants et adolescents dont le handicap nécessite le placement en institution : institut médico-éducatif, institut médico-pédagogique, institut médico-professionnel ;
- celui des enfants dont le handicap ne les empêche pas de rester ou de retourner en milieu ordinaire. Il s'agit notamment des enfants scolarisés. L'institut médico-éducatif peut être dans ce cas à l'origine de la création d'un service de soins et d'éducation spécialisée à domicile. L'institut médico-éducatif devient alors facteur d'intégration scolaire.

c) les C.A.T.

La création ou l'extension des C.A.T. est déterminée par le quota de places et les crédits qui seront votés en loi de finances. L'obligation du redéploiement est maintenue.

Commentaires :

- un redéploiement nécessaire... mais quel redéploiement ?
- les besoins : augmentation du nombre des enfants polyhandicapés
- "la restructuration des instituts médico-éducatifs" est clairement finalisée en fonction des données démographiques et des orientations prioritaires au plan national

COMPLEMENT RELATIF AUX HANDICAPS ASSOCIES

Circulaire n° 86-13 du 6 mars 1986

relative à l'accueil des enfants et des adolescents présentant des handicaps associés

S.P. 683 - n° 7533

Extraits significatifs

"Les enfants atteints de handicaps associés graves forment une population complexe dans laquelle il est possible de distinguer :

- les enfants plurihandicapés qui associent de façon circonstancielle deux handicaps : surdité-c civit , handicap moteur et sensoriel, déficience mentale et sensorielle,

- les enfants polyhandicapés atteints d'un handicap grave à expression multiple chez lesquels la déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs, entraînant une restriction extrême de l'autonomie.

- Par ailleurs, on appelle surhandicap s les enfants dont le handicap ou les handicapés originels se cumulent avec des handicaps acquis d'ordre cognitif ou relationnel : par exemple, les handicapés mentaux qui présentent des troubles de la personnalité ou du comportement. Ces handicaps supplémentaires peuvent résulter de la déficience originelle ou être la conséquence d'un environnement socio-familial ou institutionnel mal adapté."

Commentaires

Les modalités de prise en charge qui découlent de ces définitions seront partiellement reprises dans la réforme des annexes XXIV

CHAPITRE III

**TRAVAUX, PRATIQUES ET REFLEXIONS
AYANT INSPIRE LA REFORME
DES ANNEXES XXIV**

Les fragments d'histoire qui précèdent prouvent largement l'impact des courants de pensée contemporains sur les modalités de prise en charge des enfants et adolescents handicapés mais il est rare cependant, dans l'aventure législative, qu'un texte juridique dévoile ses fondements.

Ce fut cependant le cas de la circulaire du 16 mars 1972 qui, remettant en cause la nosographie de l'époque, bouleversa les schémas antérieurs.

C'est encore le cas des principales circulaires du 30 octobre 1989 -circulaires d'application de la réforme des annexes XXIV.

C'est pourquoi nous ne mentionnerons ici que **les repères théoriques et pratiques** qui ne sont pas très apparents ou pas assez visibles dans les textes juridiques de référence.

Comme nous venons de le constater, à son origine, la prise en charge des enfants déficients fut principalement sanitaire et médicale. C'est pourquoi **les vocables d'enfance inadaptée, puis de handicap, furent en leur temps considérés comme des avancées et des ouvertures**, prenant aussi et surtout en compte les données sociales. On aurait pu croire, à l'orée des années 70, que s'équilibraient données sociales, médicales et psychiatriques, et que le temps était venu pour un service unifié de l'enfance, ainsi que pour un prolongement de la prise en charge, si nécessaire, pour les handicapés adultes.

Les lois de 75 organisèrent donc, sur la base des mesures antérieures, les institutions sociales et médico-sociales, ainsi que les commissions et structures d'orientation.

Les annexes XXIV s'inséraient dans cet ensemble.

L'année 75 fut également l'occasion de mettre l'accent sur les droits de la personne handicapée, plutôt négligés antérieurement du fait du caractère volontairement transitoire des mesures concernant l'enfance et l'adolescence inadaptées et du fait, également, du petit nombre de handicapés adultes placés au cours des années 50.

A la logique de classement interne au champ médico-social se substitua une législation d'ensemble relative aux handicapés. De plus, la volonté d'éviter la mise en place de filières d'exclusion à vie contraignit les établissements à l'admission de tranches d'âge prédéfinies.

Cependant, à l'intérieur de l'édifice médico-social, du fait des orientations en chaîne et suite aux contre-coups des crises et restructurations économiques, il devint difficile de sortir du secteur protégé et de trouver une place dans le milieu ordinaire de vie et de travail. **Les textes postérieurs à 1975 portèrent donc sur l'élaboration de modalités nouvelles d'intégration scolaire et sociale** (circulaires de 1982, 1983 pour les plus jeunes).

Par ailleurs, pour nombre d'acteurs, la notion du handicap, enfin dégagée de ses origines strictement médicales, s'opposait au concept de maladie. La pratique des tests psychométriques, à l'occasion des orientations, confirmait cette "image fixée des handicapés".

Or, dans le même temps, **les travaux de l'O.M.S., à l'intérieur du concept de handicap, mettaient en lumière trois niveaux d'analyse**, le niveau de la déficience correspondant au diagnostic médical, le niveau de l'incapacité couvrant difficultés et habiletés manquantes et, enfin, le niveau des désavantages caractérisant les conséquences sur la vie sociale des déficiences et incapacités.

A ces trois niveaux correspondaient trois niveaux de prévention. Le système d'analyse permettait l'identification fine et diversifiée des difficultés -mais aussi des potentialités des enfants et adolescents accueillis dans les établissements médico-sociaux. Le système permettait aussi, mais nous y reviendrons plus tard, la mise en place de dispositifs d'observation sensibles aux dynamiques évolutives de chacun. Fut ainsi revue, une nouvelle fois, la frontière entre maladie et handicap. Deux applications allaient en découler :

- l'informatisation des données médicales recueillies par les C.D.E.S.
- la réforme de l'annexe XXIV qui allait s'inspirer de la philosophie des travaux.

Professionnels de terrain, parents, associations et personnels de l'administration, allaient ainsi refondre les annexes XXIV en tenant compte, outre ce qui précède, des données qui vont être énumérées ci-après - parmi ces "promoteurs", citons E. ZUCMAN, S. TOMKIEWICZ, P. LEGRAND et A. DEVEAU (1)- :

- "l'alourdissement des handicaps" sur le terrain
- Les travaux relatifs à l'épidémiologie des troubles associés
- les recherches françaises et anglo-saxonnes sur l'éducation précoce
- la prise en compte nécessaire des spécificités de l'adolescence
- les évolutions pionnières réalisées (2)
- les travaux d'approfondissement sur les possibilités d'intégration
- le rôle fondateur du projet dans une démarche d'insertion-dynamisation

Ainsi, à la faveur de cette refonte, les auteurs de la réforme ont-ils axé celle-ci en fonction des repères suivants :

1. La primauté des actions de prévention de l'exclusion des enfants en difficulté.

Dans chaque annexe XXIV, les S.E.S.S.D. -Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile- services médiateurs d'intégration, ouvrent des perspectives d'unification des moyens éducatifs et soignants en milieu ordinaire (les moyens sont obtenus par redéploiement).

(1) Nous remercions Mme le Docteur DEVEAU qui a bien voulu nous fournir les éclairages nécessaires

(2) Pour exemples,

- "Les amis de Karen", avenue Denfert Rochereau
- Le centre de l'Ormaille, banlieue parisienne, accessible sur le fichier FINES réalisé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité

2. La conjonction des soins et de l'éducation, tant en milieu ordinaire qu'en "milieu spécialisé", les établissements devenant des plateaux techniques, des lieux de traitements ambulatoires ou des centres d'hébergement si nécessaire.

Il n'est plus question d'inéducabilité et une éducation sensorielle, interactive... -si minime soit-elle- est toujours possible quel que soit le degré de dépendance de l'enfant.

L'expression de secteur médico-éducatif retrouve pleinement son sens.

3. Le développement de l'éducation précoce.
4. La redéfinition de l'éducation spéciale (*) : "sont visés par la présente annexe, les établissements et les services prenant en charge les enfants ou adolescents qui nécessitent 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."
5. L'information, l'aide et le soutien des familles pour que cette éducation précoce soit réalisable et pour que les familles puissent participer aux choix éducatifs concernant leurs enfants (ceci autant qu'elles le désirent).
6. La concentration des moyens au service des plus handicapés - c'est-à-dire les polyhandicapés.
7. La pleine valorisation des apprentissages scolaires de base dans la démarche éducative, notamment la coordination des actions susceptibles de favoriser les acquisitions fondamentales.

(*) Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989, article 1, présent dans l'annexe. Décret portant sur la réforme des annexes 24, 24 bis et 24 ter (J.O. 31.10.1989)

8. La cohérence de la prise en charge globale.

Le projet individualisé pédagogique, éducatif et thérapeutique donne sens à un ensemble d'actions ajustées aux besoins de la personne et facilite une dynamique d'évolution qualitative.

9. Le suivi sur 3 ans de l'accompagnement de l'adolescent à sa sortie en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents (**).

10. Le projet d'établissement, "projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement selon l'article 9" et le projet individuel, "projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé", selon l'article 9, sont les outils de cette convergence facilitant la prise en charge globale. Toutefois, l'établissement est organisé en services et sections distincts faisant l'objet d'arrêtés d'autorisation distincts (Art. 5 et 5.2).

11. L'obligation pour l'établissement de fixer les objectifs.

Il s'agit de modifier le regard porté sur le handicap et de se donner les moyens d'envisager les évolutions possibles, même si des régressions sont tantôt inévitables, tantôt même nécessaires (TOMKIEWICZ).

Il s'agit aussi de dynamiser en permanence les équipes éducatives.

12. L'obligation d'évaluer (en rapport avec l'obligation de définir des objectifs).

L'évaluation n'est pas un jugement de l'utilisateur mais une appréciation plurielle de la pertinence des moyens utilisés. L'analyse est menée par les éducateurs, les parents et les thérapeutes.

(**) Même décret Art. 8

13. Le redéploiement des moyens en fonction des besoins prioritaires reconnus dans les orientations nationales.

En résumé, l'option centrale qui est au coeur des nouvelles annexes XXIV est résolument pluridisciplinaire et tend à faciliter la prise en charge globale de l'enfant, tant en milieu ordinaire qu'en "milieu spécialisé". **Une logique de trajectoire tend à se substituer à une logique de structure.** Cette pluridisciplinarité implique qu'aucun courant, aucune méthode, ne soit privilégié dans l'absolu. En fonction de chaque situation, de chaque difficulté, de chaque moment de la trajectoire, sont choisis par les partenaires, sans exclusive a priori, les moyens qui paraissent appropriés. Pas de recette miracle non plus.

Cette démarche ne fixe désormais plus la destinée de chacun à la mesure de telle performance ou contre-performance, **elle se centre sur la dynamique évolutive et se fonde sur le fait que la personnalité est en perpétuel remaniement.** Cela suppose un système d'observations fines sur lequel s'appuyer pour apprécier les évolutions (1). Cela implique l'abandon de décisions principalement fondées sur le verdict de tests psychométriques ponctuels.

A titre indicatif, et antérieurement à la rédaction des annexes, a été rédigée "une méthode d'appréciation des acquis concernant l'enfant accueilli dans les établissements de services médico-sociaux de l'enfance" à partir de travaux réalisés dans certains établissements.

Ces grilles avaient pour objectif de proposer un canevas utilisable dans les évaluations individuelles. Elles prennent en compte les différents aspects des limitations et des efficacies (ou potentialités) des enfants accueillis dans le domaine des déficiences, de l'autonomie sociale, des apprentissages cognitifs, des loisirs... Elles permettent de recenser les moyens mis en oeuvre (et à mettre en oeuvre) pour favoriser le développement de chaque enfant. Elles pourraient ainsi constituer un outil d'aide à la définition du projet individuel.

(1) B.O. n° 87 - 11 bis

CHAPITRE IV

GUIDE DE LECTURE DES NOUVELLES ANNEXES XXIV

A - LISTE DES TEXTES PORTANT REFORME DES ANNEXES XXIV

Annexes XXIV quater et XXIV quinquies

- Décret n° 88-423 du 22 avril 1988
- Circulaire n° 88.09 du 22 avril 1988

Note de lecture :

Les annexes concernant les handicaps sensoriels ont été réalisées avant que le vocable de réforme des annexes XXIV soit en usage dans le secteur. Par voie de conséquence, ces établissements ont un temps d'avance. Il n'est pas exclu non plus que leur expérience ait éclairé les actes ultérieurs du législateur. C'était peut-être aussi marquer par là la conception du handicap qui se révélerait ultérieurement dominante dans les textes.

Annexe XXIV, XXIV bis, XXIV ter

- Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 (J.O. du 31.10.89)
- Circulaires n° 89-17, n° 89-18 et n° 89-19 du 30 octobre 1989 (B.O. EN n° 45 du 14.12.89)

Ce sont ces circulaires qui pourraient être lues comme des manuels pédagogiques

- Circulaire DH/9B n° 184 du 27 décembre 1989 (SP-3-352 - n° 137)
- Circulaire du 15 décembre 1990 (SP-5-543 - n° 136)
- Circulaire du 23 avril 1990 (B.O.EN n° 19 - 10.05.90)

Autres textes de référence dans le champ du handicap
(à titre complémentaire)

- Circulaire n°86-13 du 6 mars 1986

Relative à l'accueil des enfants et adolescents présentant des handicaps associés.

- B.O.S.N.S. n° 78.18 bis

Enfants déficients intellectuels. Enfants inadaptés. Pour une prise en charge qualitative du handicap.

- B.O.S.N.S. n° 89.19 bis

Enfants déficients moteurs. Enfants polyhandicapés. Pour une prise en charge qualitative du handicap.

- B.O.S.N.S. n° 89.20 bis

Modèles de formulaires normalisés pour la transmission par le département à l'Etat de statistiques en matière d'action sociale et de santé (mise à jour au 1er janvier 1991).

- B.O.S.N.S. n° 87.11 bis

Evolution de l'enfant accueilli dans les établissements et services médico-sociaux de l'enfance "Méthode d'appréciation des acquis"

- Arrêté du 4 mai 1988

relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages

- Programme d'informatisation des C.D.E.S.

L'ensemble de ces textes complémentaires permet d'appréhender l'ensemble des définitions en usage dans le secteur médico-social actuellement. Les citations les plus significatives figureront dans l'index.

Référence annexe éventuellement utile

- Circulaire n° 90.039 du 15 février 1990 (le projet d'école)

En effet, les annexes XXIV imposent aux établissements médico-sociaux de concevoir des projets d'établissement et ce texte de référence pour l'éducation nationale peut alimenter la réflexion, éventuellement.

B - GRANDES LIGNES ET EXPRESSIONS - CLES

a - Décret n° 89.798 du 27.10.89 - annexe XXIV -

1. Dispositions générales - art. 1 à art. 4

- "Education spéciale" - art. 1
- Le projet pédago-éducatif et thérapeutique d'établissement - art. 2
- La famille associée - art. 3
- Place de l'enseignement - art. 4

2. Organisation de l'établissement et du service - art. 5 à art. 9

- La prise en charge globale - art. 9

3. Les personnels - art. 10 à art. 14

- Service social - art. 12
- L'équipe pédagogique et éducative, composition et missions - art. 13

4. Installations - art. 15 à art. 25

5. Fonctionnement de l'établissement - art. 26 à art. 32

- L'admission - art. 27
- Le dossier - art. 29
- Le projet d'établissement - art. 30

6. Centre d'accueil familial spécialisé - art. 33 à art. 47

- Les règles du suivi - art. 34

7. Service d'éducation spéciale et de soins à domicile, S.E.S.S.D. - art. 48 à art. 52

- Education précoce - art. 48
- Soutien à l'intégration scolaire - art. 48
- Lieux de vie - art. 48
- Partenariat - art. 48
- Les conventions avec l'Education Nationale - art. 51

b - Circulaire du 30.10.89

B.O.E.N. n° 45 du 14.12.89

Les objectifs prioritaires très résumés... c'est-à-dire le plan :

1. reconnaître les besoins de l'enfant et de l'adolescent
2. préciser le rôle de la famille
3. développer l'éducation précoce
4. conforter la mission d'intégration scolaire du S.E.S.S.D.
5. prévenir l'exclusion scolaire
6. assurer la cohérence de la prise en charge
7. l'établissement, un lieu où l'on vit

c - Circulaire du 15.12.89 - extraits significatifs complémentaires

- "Maîtriser les dépenses sociales"
- "Moyens aux D.D.A.S."
- "Nécessité de prévenir la constitution de filières tout autant que la chronicisation"
- "Ne pas élargir le recrutement aux enfants en difficulté scolaire"

- "Orienter l'appareil d'éducation spéciale vers le soutien en milieu ordinaire et vers la prise en charge des enfants les plus lourdement atteints"
- "Un travail d'information et d'explicitation des objectifs est engagé (via les D.D.A.S.)"

d - Circulaire du 23.04.90 - extraits significatifs complémentaires

- "Concertations nécessaires"
- "Volonté de maintenir les enfants ou adolescents handicapés dans leur milieu"
- "Réorganisation de l'appareil d'éducation spéciale vers le soutien en milieu ordinaire"

CHAPITRE V

INDEX - LEXIQUE
FONDE SUR LES REFERENCES
JURIDIQUES

Admission

- décret du 27.10.1989 - art. 27

"Annexes"

- liste des annexes en 1956
voir 1ère partie de ce dossier p. 7
- situation en 1989
voir 6ème partie, 1er tableau récapitulatif

Besoins de l'enfant

- circulaire du 30.10.1989 pages 2996 à 2998 (annexes)

Bilan - diagnostic

- circulaire du 16.03.1972
voir 2ème partie de ce dossier p. 25
- en 1989
voir aussi décret du 27.10.1989 - art. 29 (annexes)

Centre d'accueil familial spécialisé

- décret du 27.10.1989 - art. 33.35 (annexes)

Classifications historiques des handicaps et inadaptations

- circulaire du 08.08.1951 - voir 1ère partie de ce dossier p.6.
- décret du 09.03.1956 - voir 1ère partie de ce dossier p. 8.
- décret du 16.12.1970 - voir 1ère partie de ce dossier p. 12.
- voir aussi nosographie
- voir 1ère annexe

Code

- transcription des annexes dans le code de la Sécurité Sociale -
voir 1ère partie de ce dossier p. 11

Débiles éducatibles et semi-éducatibles

- voir nosographie

Déficience intellectuelle ou inadaptation

- décret du 27.10.1989 - annexe XXIV (annexes)

Déficience motrice

- décret du 27.10.1989 - annexe XXIV bis (annexes)

Déficience à prédominance intellectuelle

- voir nosographie

Déficience, incapacité, désavantage

- lire classification internationale des handicaps
- lire aussi l'arrêté du 4 mai 1988 définissant l'usage de cette nomenclature en France

Dépistage

- voir prévention

Dossier de l'enfant - pièces historiques

- circulaire du 27.01.1948 - voir 1ère partie de ce dossier p. 5.
- décret du 9.03.1956 - voir 1ère partie de ce dossier p. 10.
- évolution suivante
 - . voir bilan-diagnostic
 - . voir art. 29 du décret du 27.10.1989 (annexes)

Droit du handicapé

- loi d'orientation du 30.06.1975
- voir 2ème partie de ce dossier p. 27.

Education précoce

- décret du 27.10.1989 - art. 48 (annexes)

Education spéciale - définitions

- loi d'orientation des personnes handicapées
- voir 2ème partie de ce dossier p. 27.
- décret du 27.10.1989 - art. 1 (annexes)

Enfance Inadaptée

- décret du 9.03.1956 - voir 1ère partie de ce dossier p. 8.
- situation en 1970 - voir 1ère partie de ce dossier p. 12.

Equipe pédagogique et éducative

- décret du 27.10.1989 - art. 13 (annexes)

Etablissements médico-sociaux

- voir établissements de cure et de prévention, décret 09.03.1956
- voir aussi loi sociale et médico-sociale du 30.06.1975
- voir 2ème partie de ce dossier p. 28.

Evaluation clinique

- voir bilan diagnostic

Handicaps associés

Les handicaps associés graves comprennent le plurihandicap, le polyhandicap et le surhandicap.

- circulaire du 06.03.1956 - voir 2ème partie de ce dossier p. 42.

Infirmité motrice cérébrale

- décret du 02.01.1967 - voir 1ère partie de ce dossier p. 15

Inéducabilité

- voir nosographie

Infirmité motrice

- décret du 16.12.1970 - voir 1ère partie de ce dossier p. 15.

Intégration scolaire

- définition - voir 2ème partie de ce dossier
- circulaire du 28.01.1982 - voir 2ème partie de ce dossier p. 29.
- circulaire du 29.01.1983 - voir 2ème partie de ce dossier p. 32.

Maladies évolutives

- voir nosographie

Névrose infantile

- circulaire du 16.03.1972 - voir 2ème partie de ce dossier p. 22.

Nosographie traditionnelle antérieure à 1972

- circulaire du 16.03.1972 - voir 2ème partie de ce dossier p.20.

Plurihandicap

- voir 2ème partie de ce dossier p. 42.

Polyhandicap

- voir 2ème partie de ce dossier p. 42.
- voir aussi décret du 27.10.1989 - annexe XXIV ter

Prévention primaire, secondaire, tertiaire

- circulaire du 16.03.1972 - voir 2ème partie de ce dossier p. 23.

Prise en charge globale

- décret du 27.10.1989 - art. 9 (annexes)

Projet éducatif individuel

- 1ère apparition - circulaire du 28.01.1982
- voir 2ème partie de ce dossier p. 30.
- voir 2ème partie de ce dossier p.32, circulaire du 29.01.1983
- voir aussi décret du 27.10.1989 - art. 2 (annexes)

Psychose infantile

- circulaire du 16.03.1972 - voir 2ème partie de ce dossier p. 22.

Quotient intellectuel

- voir nosographie

Service social

rôle actuel dans les établissements médico-sociaux

- décret du 27.10.1989 - art. 12 (annexes)
- ainsi que circulaire du 30.10.1989 (annexes)

S.E.S.D. (service d'éducation spéciale et de soins à domicile)

- décret du 27.10.1989 - art. 49-52 (annexes)
- ainsi que circulaire du 30.10.1989 (annexes)

Suivi éducatif - règles actuelles

- décret du 27.10.1989 - art. 34 (annexes)

Surhandicap

- voir 2ème partie de ce dossier p. 42.

Troubles évolutifs de la personnalité

- circulaire du 16.03.1972 - voir 2ème partie de ce dossier p. 22.
- circulaire du 30.10.1989 (annexes)

Trouble du comportement

- décret du 27.10.1989 - annexe XXIV, art. 1, 2ème alinéa (annexes)

CHAPITRE VI

TABLEAUX DE SYNTHESE

VI. 1 - Les annexes XXIV

Coupe comparative 1970 - 1990

1970	1990
<p>Annexe XXIV a) "enfants inadaptés" b) "troubles du comportement" <i>décret n° 70.1332 du 16.12.70</i></p>	<p>Annexe XXIV a) "enfants principalement déficients intellectuels nécessitant une éducation spécialisée" b) "troubles du comportement" <i>décret du 27.10.89</i> <i>circulaire du 30.10.89</i></p>
<p>Annexe XXIV bis "infirmité motrice cérébrale" <i>décret n° 70.1332 du 16.12.70</i></p>	<p>Annexe XXIV bis "déficiência motrice" avec ou sans déficiência associée <i>décret du 27.10.89</i> <i>circulaire du 30.10.89</i></p>
<p>Annexe XXIV ter "infirmité motrice" <i>décret n° 70.1332 du 16.12.70</i></p>	<p>Annexe XXIV ter "polyhandicapés" <i>décret du 27.10.89</i> <i>circulaire du 30.10.89</i></p>
<p>Annexe XXIV quater "déficiência sensorielle" <i>décret n° 70.1332 du 16.12.70</i> <i>modifié par le</i> <i>décret n° 74.465 du 15.05.74</i></p>	<p>Annexe XXIV quater "déficiência auditive grave" <i>décret du 22.04.88</i> <i>circulaire du 22.04.88</i></p>
	<p>Annexe XXIV quinquies "déficiência visuelle" <i>décret du 22.04.88</i> <i>circulaire du 22.04.88</i></p>

VI. 2 - Tableaux chronologiques de synthèse

- A - Chronologie d'ensemble

- B - Les annexes XXIV de 1956 à 1988

- C - Liste des textes régissant le secteur des établissements médico-sociaux à compter de 1982

A - CHRONOLOGIE D'ENSEMBLE

Secteur médico-social	Secteurs voisins	Contexte général
<p>19.10.1945 Ordonnance n° 45-2454 Réorganisation de la Sécurité Sociale</p> <p>20.08.1946 Décret n° 46-1834 fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux</p>	<p>24.07.1889 Loi - Protection de l'Enfance</p> <p>4.11.1894 Décret - établissements scolaires, annexes aux établissements de bienfaisance</p> <p>27.03.1909 Loi relative à la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés</p> <p>17.06.1938 Décret - Loi - Conseil départemental de protection de l'enfance</p> <p>1943 Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral</p> <p>2.02.1945 Ordonnance - Enfance délinquante</p> <p>2.11.1945 Décret - Création de la P.M.I.</p> <p>1945-1948 Textes relatifs à la lutte contre la tuberculose</p>	<p>16.06.1881 Loi - Gratuité de l'enseignement élémentaire</p> <p>28.03.1882 Loi sur l'obligation scolaire 6-12 ans</p> <p>30.10.1886 Loi - Laïcité de l'enseignement</p> <p>1.07.1901 Loi - Liberté d'association</p> <p>25.07.1919 Loi - Enseignement professionnel</p> <p>8.09.1922 Circulaire - Création des écoles de plein air</p> <p>26.04.1924 Loi - Obligation d'emploi des mutilés de guerre</p> <p>19.10.1945 Ordonnance n° 2454 Réorganisation de la Sécurité Sociale</p> <p>1945-1947 Plan Langevin-Wallon</p>

Secteur médico-social	Secteurs voisins	Contexte général
<p>13.09.1947 Décret n° 47 - 1839 modifiant le décret du 20.08.1946</p> <p>27.01.1948 Circulaire n° 22 - SS relative aux conditions d'agrément des établissements de soins, modifiée par la circulaire n° 271 - SS du 8.09.48</p> <p>8.08.1951 Circulaire n° 140 - SS relative aux conditions techniques d'agrément de certains établis- sements sociaux Mot-clé : infirmité</p> <p>9.03.1956 Décret n° 56.284 complétant le décret n° 46 - 1834 du 20.08.46 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux</p> <p><u>L'annexe XXIV fait partie de ce décret</u></p> <p>de 1956 à 1988 : 20 décrets ont complété ce décret (voir page suivante) (voir corps du dossier)</p>	<p>1947 Ouverture du C.N.I.P.S. de Beaumont sur Oise</p> <p>1947 Ouverture du C.M.I.P. Claude Bernard</p> <p>1949 Loi Cordonnier, aide aux aveugles, infirmes et grands infirmes</p> <p>31.12.1951 Loi - Création des Ecoles nationales de perfectionnement transformées en E.R.E.A. par décret du 30.08.85</p> <p>20.05.1955 Décret-Loi - Suppression de la notion de récupérabilité pour la prise en charge assurance maladie</p> <p>7.07.1957 Arrêté - Obligation d'emploi des travailleurs handicapés</p> <p>23.11.1957 Loi - même objet</p> <p>23.12.1958 Ordonnance - Assistance éducative</p> <p>7.01.1959 Décret Protection Sociale de l'enfance</p>	<p>6.01.1959 Réforme de l'enseignement Prolongation de la scolarité</p> <p>7.01.1959 Décret Protection sociale de l'enfance</p> <p>31.12.1959 Loi d'aide à l'enseignement privé</p>

Secteur médico-social	Secteurs voisins	Contexte Général
<p>1964 - 1965 Création Inter groupe "Enfance inadaptée" (Viè plan) 1966-70</p> <p>22.01.64 Arrêté Création C.R.E.A.I. et C.I.E.A.I.</p> <p>21.09.65 Cirulaire Modalités de scolarisation de l'Enfance inadaptée</p> <p>1967-68 Rapport Bloch-Lainé</p>	<p>15.03.60 Cirulaire Sectorisation psychiatrique</p> <p>1964-1965 Création Inter groupe "Enfance Inadaptée" (Viè plan)</p> <p>21.09.65 Cirulaire Modalités de scolarisation de l'Enfance inadaptée</p> <p>1967-68 Rapport Bloch-Lainé</p> <p>27.12.67 Cirulaire Organisation et fonctionnement des S.E.S. (Sections d'Education Spécialisée)</p> <p>25.05.69 - Directive Création du Service unifié de l'Enfance</p>	<p>26.12.60 Protocole Education Nationale complété par cirulaire du 24.08.61 cirulaire du 23.01.73</p> <p>1964-1965 Création Inter groupe "Enfance Inadaptée" (Viè plan)</p> <p>1.04.64 Création des centres régionaux de formation des personnels de l'Education Nationale</p> <p>12.08.64 Arrêté - Décret - Instructions pédagogiques (1)</p> <p>26.10.65 Arrêté - Instructions pédagogiques (2)</p> <p>1967-68 Rapport Bloch-Lainé</p> <p>20.10.67 Arrêté - Instructions pédagogiques (3)</p> <p>27.12.67 Cirulaire Organisation et fonctionnement des S.E.S.</p> <p>1968 Création du Centre National de perfectionnement/professeurs du technique</p> <p>25.05.69 - Directive - Création du Service unifié de l'Enfance</p>

Secteur médico-social	Secteurs voisins	Contexte général
<p>1974 Rapport Lenoir "Les exclus, un français sur 10"</p> <p>30.06.75 Loi sociale et médico-sociale</p> <p>30.06.75 Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et inadaptées</p> <p>30.06.75 Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et inadaptées</p> <p>11.07.75 Loi relative à l'enseignement Loi Haby</p> <p>26.12.76 Décrets d'application de la Loi Haby</p> <p>8.03.78 Décrets d'application de la Loi d'orientation (enseignement privé)</p> <p>24.03.78 Décrets d'application de la Loi d'orientation (enseignement public)</p> <p>8.06.78 Circulaire - modalités d'application de l'art. 5 de la Loi d'orientation</p>	<p>9.02.70 Circulaire Création des C.A.P.P. Création des sections d'adaptation</p> <p>16.03.72 Circulaire Les progrès en matière de pédo-psychiatrie</p> <p>1974 Rapport Lenoir "Les exclus, un français sur 10"</p> <p>30.06.75 Loi sociale et médico-sociale</p> <p>30.06.75 Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et inadaptées</p>	<p>9.02.70 Circulaire Création des C.A.P.P. Création des sections d'adaptation</p> <p>1974 Rapport Lenoir "Les exclus, un français sur 10"</p> <p>30.06.75 Loi sociale et médico-sociale</p> <p>30.06.75 Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et inadaptées</p>

Secteur médico - social	Secteurs voisins	Contexte général
<p>29.01.82 Circulaire Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés</p> <p>29.01.83 2ème circulaire - même objet</p> <p>6.01.86 Loi particulière Action sanitaire et sociale</p>	<p>29.01.82 Circulaire Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés</p> <p>29.01.83 2ème circulaire - même objet</p> <p>31.12.85 Loi sur la sectorisation psychiatrique</p> <p>6.01.86 Loi particulière Action sanitaire et sociale</p> <p>13.03.86 Décret d'application de la sectorisation psychiatrique</p> <p>10.07.87 Loi - Emploi obligatoire des handicapés</p> <p>30.08.87 Arrêté - Création d'un service éducatif auprès des tribunaux pour enfants</p>	<p>2.03.82 Loi/Décentralisation administrative</p> <p>29.01.82 Circulaire Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés</p> <p>29.01.83 2ème circulaire - même objet</p> <p>22.07.83 Lois/Décentralisation Répartition des compétences</p> <p>30.08.85 Création des E.R.E.A. et des E.R.P.D.</p> <p>31.12.85 Loi sur la sectorisation psychiatrique</p> <p>6.01.86 Loi particulière Action sanitaire et sociale</p> <p>13.03.86 Décrets d'application de la sectorisation psychiatrique</p> <p>10.07.87 Loi - emploi obligatoire des handicapés</p> <p>30.08.87 Arrêté - Création d'un service éducatif auprès des tribunaux pour enfants</p>

Secteur médico-social	Secteurs voisins	Contexte Général
<p>22.04.86 Décrets Annexes XXIV quater et XXIV quinquies Etablissements et services pour déficients auditifs, pour déficients visuels</p>	<p>6.10.86 Décrets Habilitation des établissements et services accueillant des mineurs placés par autorité judiciaire</p>	<p>1.12..86 Loi - Instauration du R.M.I. Revenu minimum d'insertion</p>
<p>13.01.89 Loi Maintien d'adultes dans les établissements pour enfants et adolescents (amendement Croton)</p>	<p>10.07.89 Loi Prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et protection de l'enfance</p>	<p>10.07.89 Loi Accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes</p>
<p>10.07.89 Loi Prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et protection de l'enfance</p>	<p>10.07.89 Loi Prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et protection de l'enfance</p>	<p>10.07.89 Loi Prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et protection de l'enfance</p>
<p>10.07.89 Loi d'orientation sur l'éducation</p>	<p>14.03.90 Circulaire Organisation de la Santé mentale Définition d'un politique Commission départementale Schéma départemental</p>	<p>10.07.89 Loi d'orientation sur l'éducation</p>
<p>1989-90 Nouvelles annexes XXIV (voir tableau séparé)</p>	<p>31.07.91 Réforme hospitalière La CRISM devient la CROSS ; Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale</p>	<p>10.07.89 Loi d'orientation sur l'éducation</p>
<p>31.07.91 Réforme hospitalière La CRISM devient la CROSS ; Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale</p>	<p>31.07.91 Réforme hospitalière La CRISM devient la CROSS ; Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale</p>	<p>10.07.89 Loi d'orientation sur l'éducation</p>

B - LES ANNEXES XXIV DE 1956 A 1988

Le décret N° 56-284 DU 9 MARS 1956 complétant le décret N° 46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention a été modifié par :

- 22 JUIN 1959 - Décret N° 59-764
- 18 FEVRIER 1963 - Décrets N° 63-145 et 63-146
- 25 NOVEMBRE 1964 - Décret N° 64-1202
- 11 MAI 1966 - Décret N° 66-302
- 6 JUILLET 1966 - Décret N° 66-514
- 2 JANVIER 1967 - Décret N° 67-42 et 67-43
- 19 MAI 1969 - Décret N° 69-455
- 13 JANVIER 1970 - Décret N° 70-41
- 27 FEVRIER 1970 - Décret N° 70-180
- 16 DECEMBRE 1970 - Décret N° 70-1332
- 15 MAI 1974 - Décret N° 74-465
- 27 JANVIER 1976 - Décret N° 76-92
- 15 AVRIL 1976 - Décret N° 76-389
- 22 AVRIL 1977 - Décret N° 77-483
- 28 JUIN 1977 - Décret N° 77-718
- 20 MARS 1978 - Décret N° 78-429
- 21 JANVIER 1981 - Décret N° 81-41
- 12 JANVIER 1988 - Décret N° 88-33
- 22 AVRIL 1988 - Décret N° 88-423
- 29 AVRIL 1988 - Décret N° 88-504

C - LISTE DES TEXTES REGISSANT LE SECTEUR DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX à compter de 1982

REFORME DES ANNEXES XXIV

Liste des textes régissant le secteur des établissements de l'éducation spéciale

- Circulaires n° 82-2 et 82-048 du 28 janvier 1982 relative à la mise en oeuvre d'une politique d'intégration en faveur des adultes et adolescents handicapés.
- Circulaire n° 83-4 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.
- Circulaire n° 85-3 du 19 février 1985 relative à l'instruction des dossiers d'établissements et de services médico-sociaux pour personnes handicapées relevant de la compétence de l'Etat.
- Circulaire n° 86-13 du 6 mars 1986 relative à l'accueil des enfants et adolescents présentant des handicaps associés.
- Décret n° 89--798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis, XXIV ter au décret du 9 mars 1986 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.
- Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.
- Circulaire n° 89-18 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale.
- Circulaire n° 89-19 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés par les établissements et services d'éducation spéciale.

CONCLUSION

La mise en place d'une réforme requiert une gymnastique toute particulière et complexe :

- d'abord pour l'accepter, il faut la comprendre, la relier à ce qui l'a précédée, et ainsi donner sens à ce qui l'a suscitée.
- ensuite il faut saisir ce qu'elle comporte d'héritages qui assureront le minimum de stabilité sans quoi les institutions perdent leurs assise.
- et appréhender ce qu'elle amène de sang neuf pour être le support d'une redynamisation.

A la lecture des textes juridiques ce n'est pas toujours chose aisée que d'opérer ces distillations sans lesquelles l'alchimie réformatrice ne saurait aboutir.

Nous espérons avoir contribué par ce travail, à donner à voir différemment la réforme des annexes XXIV et à en faciliter l'appropriation pour des mises en oeuvres riches de sens.

BIBLIOGRAPHIE

I - LA REFORME ET SES REPERES

Circulaire d'orientation n° 89-036 du 6 février 1989 : les enseignements généraux et professionnels adaptés

(Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, N° 7, 16 février 1989, p.p. 467-468)

Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990 : La mise en place et l'organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté.

(Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, N° 16, 9 avril 1990, p.p. 1040-1045)

Circulaire n° 90-340 du 14 décembre 1990 : l'organisation des enseignements généraux et professionnels adaptés

(Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, N° 47, 20 décembre 1990, p.p. 2973-2976)

Circulaire n° 91-303 du 18 novembre 1991 : la scolarisation des enfants et adolescents accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire et social

(Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, N° 3, 16 janvier 1992, p.p. 203-212)

Circulaire n° 91-33 du 6 septembre 1991 relative à l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.

(Bulletin Officiel du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, N° 91-39, 17 octobre 1991, p.p. 37-41)

Circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 : Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.

(Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale, N° 3, 16 janvier 1992, p.p. 192-194)

Circulaire N° 91-304 du 18 novembre 1991 : scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire, Classes d'Intégration scolaire (CLIS)
(Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale, N° 3, 16 janvier 1992, p.p. 194-199)

Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.

Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Manuel de classification des conséquences des maladies. - CTNERHI INSERM OMS, Paris : PUF, 1988

CREAI Midi-Pyrénées - ANCE Midi-Pyrénées.

La réforme des annexes XXIV : dossier documentaire. - Toulouse, 1990.

DEVEAU (A.), LEGRAND (P.), Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale.

La classification internationale du handicap dans l'appréciation et la démographie du handicap en France - Solidarité, santé, études statistiques N° 1, Janvier-Février 1989, p.p. 73-80

WAHL (B.), LEGRAND (P.), AVERBOUH (M.), TOMKIEWICZ (S.),

Les annexes XXIV - Cahiers de l'éducation. Pédagogies - informatique N° 2, Janvier-Mars 1990, 56 p.

II - L'EVOLUTION DANS LA CONNAISSANCE DES PUBLICS

AIMARD (P.), MORGON (A.)

L'enfant sourd. Paris, PUF, 1985., 126 p., bibliogr.

BARAT (C.)

L'enfant déficient mental polyhandicapé : quelle réalité, quels projets.

Paris : ESF, 1985. - 283 p.

DAILLY (R.), LEOVICI (S.), MINKOWSKI (A.)

Les déficiences intellectuelles de l'enfant. Toulouse : Privat, 1983. - 465 p., bibliogr.

GIBELLO (B.), LEOVICI (S.)

L'enfant a l'intelligence troublée : nouvelles perspectives cliniques et thérapeutiques en psychopathologie cognitive. Paris : Le Centurion, 1984. - 226 p.

GOUARNE (R.), TAGNANI (C.), VALMALETTE, TERRISSE (C.), MAGADUR (H.), BONHOMMEAU (M.), LABORDE (M.), CEDIAS.

Enfants aveugles ou déficients visuels : être comme les autres, oui, mais par quels chemins ?, Vie sociale N° 2-3, Février-Mars 1986, p.p 67-169, bibliogr.

GUEROULT (C.)

Les enfants IMC, des enfants avant tout. Paris : Fayard, 1987, 153 p.

IDEF

Handicap, famille et société. Paris, 1990, 361 p.

LEPAGE-CHABRIALS (M.), FLAVIGNY (H.), AGMAN (G.), AUTES (M.), RICCO (P.)

Ces jeunes au comportement déviant grave dits "cas lourds" : qui sont-ils ? Quelles sont nos réponses ? Quelle prévention ?, Sauvegarde de l'enfance N°5, Novembre-Décembre 1988, p.p. 391-568.

SALBREUX (R.), VATIER (F.)

L'enfant en difficulté : recueil d'articles. Informations sociales N° 6, 1981, p.p. 2-111.

TOMKIEWICZ (S.)

La demande de l'adolescent. Lien social N° 31, 18 mai 1988, p.p. 4-9.

TRIOMPHE (A.), CAYE (S.), KERLEAU (M.), SENICOURT (D.), MANCIAUX (M.).

Les handicapés de la prime enfance : aspects économiques, sociaux et médicaux. Paris : PUF, 1985. - 213 p.

VIAL (M.)

Les enfants anormaux à l'école. Paris : Armand COLIN, 1990.

ZAFIROPOULOS (M.)

Les arriérés : de l'asile à l'usine. Paris : Payot, 1981. - 271 p.

III - LES INTERVENTIONS EDUCATIVES ET THERAPEUTIQUES ET LES DISPOSITIFS INSTITUTIONNELS

ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE

Quelques réflexions sur l'accompagnement des familles dans le cadre de SSES (Service de Soins et d'Éducation Spécialisée à Domicile). Communautés éducatives N° 60-61, 1er et 2ème trimestre 1987, p.p. 141-147, bibliogr.

BOUCHARD (J.-M.)

Intervention précoce : état de la question. Cahiers du CTNERHI (les) N° 54, Avril-Juin 1991, p.p. 1-11, bibliogr.

BOUCHER (N.), KERNER (G.), PIQUET -A.)

Révélation du handicap de l'enfant et conséquences sur son environnement. Cahiers du CTNERHI (Les) N° 47-48, Juillet-Décembre 1989, p.p. 119-132.

BRUEL (M.), IMBERT (D.), PAULMIER (B.), WENCKER (G.)

La personne polyhandicapée. Revue de l'APAJH (La) N° 31, Septembre 1991, p.p. 2-21.

BRUNELLE (L.)

Pour ou contre une éducation spécialisée ? Revue Française de Pédagogie N° 67, Avril-Juin 1984, p.p. 45-50.

Congrès LOOS, le 23 mai 1990.

Annexes XXIV - Les effets d'application. Bulletin du CREAL Nord-Pas de Calais Numéro hors série, Mai 1990.- 24 p.

DURAND (B.)

L'évolution de la conception et de la place des soins dans la prise en charge des enfants handicapés. Cahiers du CTNERHI (les) N° 47-48, Juillet-Décembre 1989, p.p. 29-35.

EVIN (C.), ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Les techniques éducatives et thérapeutiques de handicap chez l'enfant et l'adolescent. Vanves : CTNERHI, 1989.- 135 p.

FORTEL (G.)

A propos d'éducation précoce. Bulletin régional de liaison - CREA Lorraine N° 3, 1988, p.p. 16-25.

GARNIER (M.)

Au service des enfants "polyhandicapés" le service de soins à domicile. CREA Aquitaine - Informations Février 1988, 8 p.

LAFAY (H.)

L'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés : Rapport au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, au Ministre de l'Education Nationale et au Secrétaire d'Etat chargé de la Santé. Paris : La Documentation Française, 1986.- 131 p.

LAINE (T.)

L'intégration scolaire : la part du rêve et les contradictions de la réalité. Sauvegarde de l'enfance N° 3-4, 1991, p.p. 226-233.

LAMBERT (J-L.)

Transformation de la pédagogie spécialisée à l'heure de l'intégration scolaire. Sauvegarde de l'enfance N° 3-4, 1991, p.p. 278-284.

LANTIER (N.), VERILLON (A.)

Quelles voies pour une intégration scolaire réussie ? Sauvegarde de l'enfance N° 3-4, 1991, p.p. 250-257.

MATHIEU-CABOUAT (S.), TEYSSIE (B.), LALOYE (J.)

L'éducation spéciale des handicapés : institutions et contrats. Paris : LITEC, 1987.- 445 p.

NOT (L.)

Perspectives nouvelles pour l'éducation des débilés mentaux. Toulouse : Privat, 1986.- 169 p., Bibliogr.

OLLIVIER (A.)

Une action médico-psycho-sociale précoce : Pourquoi ? Quand ? Comment ? Cahiers du CTNERHI (Les) Handicaps et inadaptations N° 25, Janvier-Mars 1984, p.p. 20-27.

PARQUET (P.-J.), BURSZTEJN (C.), GOLSE (B.)

Soigner, éduquer l'enfant autiste. Paris : Masson, 1990.- 222 p.

ROCHE (J.)

L'enfant sourd : le droit à la différence. Lien social N° 140, 17 octobre 1991, p.p. 10-12.

ROUQUES (D.-D.)

Thérapie institutionnelle des psychoses infantiles. Paris : Fleurus, 1988. - 250 p.

SALBREUX (R.)

Le jeune enfant handicapé : découverte, accompagnement, orientation, une mission pour les CAMSP. Sauvegarde de l'enfance N° 1, Janvier-Février 1989, p.p. 3-11, bibliogr.

TOMKIEWICZ (S.)

Résistances à l'intégration scolaire. Lien social N° 2, Octobre 1988, p.p 7-15.

TOMKIEWICZ (S.)

Pédagogie et thérapie : à propos de l'annexe XXIV. Réadaptation N° 376, Janvier 1991, p.p. 3-5.

TOMKIEWICZ (S.), ANKER (M.)

L'intégration scolaire des enfants handicapés en France. Sauvegarde de l'Enfance N° 3-4, 1991, p.p. 201-211

VATIER (G.)

Introduction à l'éducation spécialisée. Toulouse : Privat, 1991. - 124 p.

VAYER (P.), RONCIN (C.)

L'intégration des enfants handicapés dans la classe. Paris : ESF, 1987.-
165 p .

ZUCMAN (E.)

Enquête sur l'intégration scolaire 1987-1988. Sauvegarde de l'Enfance
N° 3-4, 1991, p.p. 212-217.

ZUCMAN (E.), N'GUYEN (A.), ZEILLER (B.), ACTIF.

La décision d'orientation d'un enfant difficile. SIR N° 155-156, Avril-Mai
1989, p.p. 5-46.

ANNEXES

LES TEXTES DE LA REFORME

DES ANNEXES XXIV

**NOMENCLATURE DES DEFICIENCES,
INCAPACITES, DESAVANTAGES**

Arrêté du 4 Mai 1988, relatif à la nomenclature des déficiences,
incapacités, désavantages.
Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi

Arrêté du 9 Janvier 1989
Ministère de l'Education Nationale, Jeunesse et Sports.

B.O.M.A.S.
Fascicule spécial n° 88-13bis

B.O.E.N. N° 8 -23/02/89

ARRÊTÉ DU 4 MAI 1988
relatif à la nomenclature
des déficiences, incapacités, désavantages

NOR : ASE18810128A

(Non paru au *Journal officiel*)

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Vu l'arrêté du 19 octobre 1970 portant création de la commission des statistiques de la santé et de l'action sociale et la création en son sein d'un comité des nomenclatures ;

Vu l'avis du comité des nomenclatures,

Arrête :

Article 1^{er}

La nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages est fixée ainsi qu'il est prévu en annexe au présent arrêté.

Elle est utilisée pour décrire les handicaps dans les travaux statistiques et les études.

Article 2

La nomenclature visée ci-dessus est mise à jour après avis du comité des nomenclatures.

Article 3

Le directeur général de la santé, le directeur des hôpitaux, le directeur de l'action sociale, le directeur de la sécurité sociale, le directeur de l'administration générale du personnel et du budget et le chef du service des statistiques, des études et des systèmes de l'information sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de l'emploi et du ministère chargé de la santé et de la famille.

Pour le ministre et par délégation :

Le chef du service des statistiques,
des études et des systèmes d'information,

J.-M. RUCH

Nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages

NOR : MENS8950092A

Arrêté du 9 janvier 1989

(Éducation nationale, Jeunesse et Sports : Évaluation
et Prospective)

A. 20-12-1984 mod.

Article premier. — La nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages est fixée ainsi qu'il est prévu en annexe au présent arrêté. Elle est utilisée pour décrire les handicaps dans les travaux statistiques et les études.

Art. 2. — La nomenclature visée ci-dessus est mise à jour après avis du secrétariat permanent des nomenclatures.

Art. 3. — Le directeur de l'Évaluation et de la Prospective est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère de l'Éducation nationale.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de l'Évaluation et de la Prospective,
J.P. BOISIVON

Présentation générale

La nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages est un lexique permettant de décrire les handicaps.

Inspirée étroitement de la classification internationale des handicaps — CIDH — proposée par l'Organisation mondiale de la santé (1), elle en suit les principes généraux et, en particulier, l'organisation selon trois axes : l'axe des déficiences, l'axe des incapacités, l'axe des désavantages (traduction française du terme anglo-saxon « handicap »).

1) *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies — INSERM — Organisation mondiale de la santé.*

Cette nouvelle nomenclature présentée ici se distingue de la classification internationale des maladies (CIM) : elle analyse les conséquences de ces maladies, conséquences lésionnelles, fonctionnelles ou situationnelles.

I — Objectifs et limites de la nomenclature

La nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages est un langage commun aux collecteurs et aux utilisateurs d'informations statistiques sur les populations handicapées porteuses de déficiences.

Elle a été conçue pour répondre aux besoins de tous ceux qui observent et analysent la situation des personnes handicapées, les équipements et les services qui leur sont offerts, les aides qu'ils perçoivent. Elle doit permettre de répartir en grandes catégories les populations handicapées, notamment celles qui fréquentent ou sont susceptibles de fréquenter les établissements spéciaux, ou celles qui bénéficient de prestations ou d'allocations.

Elle ne s'applique qu'à l'étude d'une population déjà reconnue comme handicapée.

Par contre, elle n'a pas l'ambition de pouvoir servir de barème pour la détermination et l'évaluation du handicap. En effet, elle ne comporte généralement pas d'indication sur la sévérité du handicap ou son évolutivité.

Elle est nécessaire pour améliorer le recueil statistique des informations, leur comparabilité nationale voire internationale. Elle renforce l'intérêt des études épidémiologiques du handicap par l'utilisation d'un langage commun.

II — Présentation de la nomenclature

Les définitions de la déficience, de l'incapacité et du désavantage sont celles qui ont été retenues par l'Organisation mondiale de la santé dans la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.

La déficience est définie par l'OMS comme :

« toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ».

La déficience correspond à l'aspect lésionnel du handicap. Elle peut être un état temporaire ou permanent. Elle n'implique pas forcément que l'individu soit considéré comme malade.

Pour prendre un exemple, un diabète (diagnostic médical CIM) peut se compliquer d'une rétinopathie (CIM) ayant pour conséquence une déficience visuelle, d'une artérite des membres inférieurs ayant pour conséquence une déficience motrice, ou d'un coma, déficience quantitative de la conscience et de la vigilance.

L'arthrose de la hanche peut avoir pour conséquence une déficience motrice.

L'incapacité

« correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel du handicap. Elle s'apprécie avant appareillage ou aide technique.

Ainsi une déficience motrice des membres inférieurs peut être responsable d'incapacités concernant la locomotion (marcher, monter les escaliers ou courir par exemple). Une déficience motrice des membres supérieurs peut engendrer une incapacité concernant la toilette.

Une déficience du langage peut être responsable de l'incapacité de communication.

Le désavantage

« résulte pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) ».

Le désavantage correspond à l'aspect situationnel du handicap. Parmi les désavantages, on relèvera par exemple :

- des situations de dépendance physique comme l'indépendance assistée (par un appareillage),
- des situations de dépendance économique comme l'indépendance précaire (nécessitant un apport financier extérieur),
- des situations de non-intégration sociale comme les relations perturbées, ou l'isolement social.

Pour reprendre les exemples précédents, la déficience motrice des membres inférieurs, responsable d'une incapacité concernant la locomotion, aura pour conséquence une altération de la mobilité, éventuellement de l'indépendance physique (nécessité d'une tierce personne) voire, selon la gravité, un désavantage touchant l'intégration sociale ou l'indépendance économique.

III — Quelques remarques sur l'utilisation de la nomenclature

La nomenclature des déficiences, incapacités, désavan-

tages, offre un langage commun. Elle sert donc de référence mais il va de soi que l'utilisateur a toute liberté pour retenir une version moins détaillée obtenue par agrégation des rubriques élémentaires. L'interprétation des résultats ainsi que les comparaisons seront néanmoins facilitées par l'utilisation d'une terminologie unifiée.

La description du handicap est faite par l'utilisation successive des trois axes. En particulier, le désavantage est clairement envisagé comme la conséquence des incapacités et déficiences. Toutefois, pour bâtir des grilles de dépendance, il suffira d'utiliser le lexique des incapacités.

Il est important de souligner que les divers postes de la nomenclature ne sont pas toujours exclusifs les uns des autres. Par exemple, l'incapacité de marcher implique l'incapacité de courir.

Par ailleurs, un même individu peut être porteur de plusieurs déficiences entraînant plusieurs incapacités et désavantages.

Il appartiendra à chaque utilisateur de déterminer, en fonction des objectifs de l'étude, les règles d'application de la nomenclature (par exemple description de la déficience principale seule ou description de la déficience principale et des déficiences secondaires).

Entre cette nomenclature et la classification internationale des handicaps, il y a quelques différences. En particulier, les troubles de l'orientation figurent uniquement dans les incapacités (alors que la CIOH les décrit à la fois dans les incapacités et dans les désavantages). D'autre part, dans les désavantages, le chapitre relatif aux occupations a été scindé en trois : occupations sans précision, scolarité, travail.

Les déficiences

1. Déficiences intellectuelles

Les déficiences intellectuelles comprennent celles de l'intelligence, de la mémoire et de la pensée.

Les définitions retenues pour les retards mentaux correspondent à celles proposées par l'OMS.

10. Retard mental profond

Personnes susceptibles d'un certain apprentissage en ce qui concerne les membres supérieurs, inférieurs et la mastication.

11. Retard mental sévère

Personnes qui peuvent profiter d'un apprentissage systématique des gestes simples.

12. Retard mental moyen

Personnes pouvant acquérir des notions simples de communication, des habitudes d'hygiène et de sécurité élémentaires, et une habileté manuelle simple, mais qui semblent ne pouvoir acquérir aucune notion d'arithmétique ou de lecture.

On estime généralement qu'un QI entre 35 et 49 correspond approximativement à cet état.

13. Retard mental léger

Personnes pouvant acquérir des aptitudes pratiques et la lecture ainsi que des notions d'arithmétique grâce à une éducation spécialisée.

On estime généralement qu'un QI entre 50 et 70 correspond approximativement à cet état.

18. Autres déficiences intellectuelles

18.1. Déficience de la mémoire

Perte de la mémoire sans que la qualité en soit altérée (amnésie par exemple).

18.2. Déficience du cours de la pensée

Trouble affectant la rapidité et l'organisation de la pensée, la capacité de former des séquences logiques.

18.9. Autres déficiences de l'intelligence

Comprend les pertes des acquis intellectuels (démence par exemple). Ne comprend pas les troubles de l'apprentissage qui sont classés dans les déficiences du langage et de la parole (repérés sous la rubrique 32 « déficience de l'apprentissage »).

19. Déficience intellectuelle (sans autre indication)

Remarque : Les rubriques 18 correspondent à la *perte* d'acquisition quantitative ou qualitative des connaissances (tant dans le contenu que dans l'organisation).

2. Autres atteintes du psychisme

20. Déficience quantitative de la conscience et de la vigilance

Comprend les troubles permanents ou intermittents de la conscience (coma, perte de connaissance, quelle qu'en soit la cause, épilepsie par exemple).

21. Troubles de la perception ou de l'attention

Allération quantitative ou qualitative de l'attention (difficulté à soutenir son attention, ou fausses perceptions par exemple).

22. Troubles des pulsions ; conduites instinctuelles

Accroissement, diminution ou modification des compor-

tements en relation avec les besoins physiologiques (anorexie, boulimie, utilisation de drogues...).

23. Troubles de l'émotion, de l'affect, de l'humeur ou de la volition

Perturbation de l'intensité et de la qualité des sentiments, de la durée, de la stabilité des états affectifs, de la capacité d'avoir des comportements intentionnels et de contrôler ses propres actions.

24. Troubles des fonctions psychomotrices

Comprend les troubles de la rapidité, de la quantité et de la qualité des mouvements volontaires pour un organisme ayant un appareil neurologique moteur intact.

25. Troubles du comportement

Comprend les autres atteintes du psychisme qui n'ont pu être classées dans les rubriques précédentes.

29. Autre atteinte du psychisme (sans autre indication)

Remarque : À l'exception de la catégorie 20, les autres atteintes du psychisme correspondent à une pathologie neuro-psychiatrique dont la répartition en sous-groupes est donnée ici à titre seulement indicatif.

3. Déficiences du langage et de la parole

Déficience des modes de communication (dont la communication orale ou écrite) lorsqu'elle n'est pas due à une déficience intellectuelle.

Consigne : lorsqu'il est difficile de faire la part entre les troubles du langage et les troubles de la parole, on retiendra par convention « troubles du langage » ;

Déficience du langage (rubriques 30, 31, 32)

30. Déficience sévère de la communication

Comprend le mutisme, les aphasies.

31. Troubles du langage écrit et oral

Comprend les déficiences de l'expression verbale, de la compréhension du langage écrit et verbal, de l'utilisation verbale voire gestuelle (langue des signes). Ne comprend pas les déficiences de l'apprentissage du langage codées en 32.

32. Déficience de l'apprentissage du langage écrit ou parlé

Comprend les troubles instrumentaux ou cognitifs (difficultés dans la compréhension ou l'utilisation du langage parlé ou écrit se manifestant par des troubles de l'attention, de la pensée, de la lecture, de l'écriture, de l'orthographe).

Ne comprend pas les troubles intellectuels (classés en 1 « déficiences intellectuelles »).

Déficience de la parole (rubriques 33 et 34)

La parole est la faculté ou l'action d'exprimer sa pensée par le langage articulé.

33. Déficience de la voix

Comprend les difficultés à articuler (dysarthries), les troubles de l'intonation ou de l'intensité de la voix. Ne comprend pas les troubles du langage (classés en 30, 31 ou 32).

34. Déficience de l'élocution

Comprend les troubles concernant la fluidité de l'élocution (bégaiement par exemple), son débit (trop rapide ou trop lent), sa cohérence.

Ne comprend pas la dérive des idées (qui relève des « autres déficiences du psychisme » classées en 2). Ne comprend pas les troubles du langage (classés en 30, 31 ou 32).

38. Autres déficiences du langage et de la parole

39. Déficience du langage et de la parole (sans autre indication)

4. Déficiences de l'appareil auditif

En cas de déficience auditive asymétrique on classera la déficience en fonction du côté le moins atteint.

40. Déficience profonde bilatérale du développement de l'ouïe et perte auditive bilatérale profonde

Supérieure ou égale à 90 Db.

41. Déficience auditive sévère

Comprise entre 71 et 90 Db inclus. Aucune parole perçue.

42. Déficience auditive moyenne

Comprise entre 41 et 70 Db (zone d'intensité de la parole normale).

43. Déficience auditive légère

Comprise entre 20 et 40 Db. Les éléments de la parole courante ne sont pas tous identifiés.

44. Autres déficiences de l'audition et de la perception vocale

45. Acouphènes

Sensation auditive sans rapport avec les bruits extérieurs (bourdonnements...).

46. Déficience de la fonction vestibulaire et de l'équilibration

Troubles de l'équilibre liés à une atteinte de l'oreille interne ou du cervelet.

48. Autres déficiences de l'appareil auditif

Ne comprend pas les autres déficiences de l'audition et de la perception vocale, classées en 44.

49. Déficience auditive (sans autre indication)

5. Déficiences de l'appareil oculaire

50. Déficience visuelle profonde des deux yeux

Acuité visuelle, pour chaque œil inférieure à 0,05 (ce seuil correspond à la définition de la cécité). Comprend l'absence des deux yeux.

51. Déficience visuelle profonde d'un œil avec vision faible de l'autre œil

Acuité visuelle d'un œil inférieur à 0,05. Acuité visuelle de l'autre œil inférieure à 0,3 et supérieure ou égale à 0,05.

52. Déficience visuelle modérée des deux yeux

Acuité visuelle inférieure à 0,3 et supérieure ou égale à 0,05 pour chaque œil.

53. Déficience visuelle profonde d'un œil, l'autre étant normal

Acuité visuelle inférieure 0,05 pour l'un ; Acuité visuelle supérieure ou égale à 0,8 pour l'autre ; Comprend l'absence d'un œil, l'autre étant normal.

54. Autres déficiences de l'acuité visuelle

55. Déficience du champ visuel

58. Autres déficiences des fonctions visuelles

Comprend notamment les déficiences de la vision des couleurs. Ne comprend pas les « autres déficiences de l'acuité visuelle » classées en 55.

59. Déficience de l'appareil oculaire (sans autre indication)

6. Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles

60. Déficience de la fonction cardio-respiratoire et anomalies cardio-respiratoires

61. Déficience des fonctions digestives

62. Déficience des fonctions hépatiques

63. Déficience des fonctions rénales (insuffisance rénale)

64. Déficience de l'élimination urinaire

Comprend notamment l'incontinence urinaire

65. Déficience des fonctions de reproduction

66. Déficience métabolique ou enzymatique

Sans autre expression majeure dans le domaine mental, sensoriel ou moteur.

Comprend notamment la phénylcétonurie.

67. Déficience immuno-hématologique

Comprend notamment l'hémophilie, le SIDA...

68. Autres déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles

69. Déficience viscérale, métabolique, nutritionnelle (sans autre indication)

7. Déficiences motrices

70. Déficience motrice de la tête ou du tronc

71. Déficience motrice par absence complète ou incomplète d'un ou de plusieurs membres

Comprend notamment les amputations

72. Déficience motrice par absence d'un ou plusieurs segments distaux des membres (doigt, main, pied)

73. Absence ou déficit de la mobilité volontaire des quatre membres

Comprend notamment la quadriplégie

74. Absence ou déficit de la mobilité des membres inférieurs

Comprend notamment la paraplégie

75. Déficience de la mobilité volontaire des membres supérieurs et inférieurs homolatéraux

Comprend notamment l'hémiplégie

76. Déficit de la force musculaire des membres inférieurs

77. Absence ou déficit de la motricité d'un ou des deux membres supérieurs

78. Déficiences complexes de la motricité (mouvements anormaux) et autres déficiences motrices

79. Déficience motrice (sans autre indication)

8. Déficiences esthétiques

80. Déficience esthétique du visage

81. Déficience esthétique de la tête ou du tronc

82. Déficience esthétique d'un ou de plusieurs membres

83. Anomalies des organes génitaux externes

84. Anomalies des orifices de l'appareil digestif

88. Autres anomalies esthétiques

89. Déficience esthétique (sans autre indication)

Remarque : Dans les enquêtes statistiques du ministère des Affaires sociales, l'utilisation de cette rubrique n'est pas envisagée.

9. Déficiences liées à des causes générales

90. Déficience due à une taille anormale

Comprend notamment le nanisme

91. Déficience due à un poids anormal

Comprend notamment l'obésité

92. Douleurs chroniques

93. Déficience due à une atteinte des sensibilités

Comprend notamment l'insensibilité congénitale à la douleur

94. Déficience liée à une sensibilité anormale aux traumatismes

95. Déficience liée à une sensibilité particulière aux agents toxiques ou médicamenteux

96. Limitation d'activité liée à la grossesse (1)

98. Déficiences généralisées d'origines diverses

99. Déficience liée à des causes générales (sans autre indication)

(1) Cette rubrique a été prévue dans la nomenclature car elle permet de distinguer nettement cette situation passagère et généralement non pathologique, des déficiences liées justement à une pathologie ou à un accident.

Dans les enquêtes statistiques, son utilisation n'est pas envisagée.

Les incapacités

1. Incapacités concernant le comportement

10. Incapacité concernant la conscience de soi

Difficulté à construire, à maintenir ou à orienter son propre schéma corporel ainsi que sa continuité dans le temps.

Trouble du comportement dû à des troubles de la conscience ou du sens de l'identité ou à de la confusion.

11. Incapacité en rapport avec l'orientation dans le temps et l'espace

Perturbation de la capacité de localiser correctement les objets extérieurs, les événements et de se situer soi-même dans le temps et dans l'espace.

12. Autre incapacité concernant l'identification d'autrui ou des objets

Difficulté à identifier correctement les personnes et les objets.

13. Incapacité concernant la sécurité personnelle

Difficulté à éviter les événements mettant le corps en danger, soit par auto-destruction, soit par incapacité à se protéger d'un danger extérieur.

14. Incapacité de comprendre, d'interpréter et de faire face à la situation

Ne comprend pas l'incapacité d'assurer sa propre sécurité dans des situations particulières, bien que ces dernières aient été correctement analysées (classée en 13).

15. Incapacité concernant l'acquisition de connaissances scolaires, professionnelles ou autres

Perturbation générale de la capacité d'apprendre. Ne comprend pas les incapacités provenant des troubles de la communication (classées en 2.) ou autres incapacités : locomotion, utilisation du corps dans certaines circonstances (classées en 3).

16. Impossibilité concernant les rôles familiaux

Impossibilité d'assumer son rôle familial (à l'égard du conjoint, des enfants et des parents), de participer aux activités familiales (repas, ménage, loisirs).

17. Incapacité concernant les occupations

Difficulté à organiser ou à participer à des activités scolaires, professionnelles ou de loisir par absence de motivation, par difficulté à coopérer avec d'autres ou à planifier correctement les activités.

18. Autres incapacités concernant le comportement

Comprend notamment l'incapacité de gérer ses revenus et son patrimoine.

19. Incapacité concernant le comportement (sans autre indication)

2. Incapacités concernant la communication

20. Incapacité concernant la compréhension du langage oral

21. Incapacité concernant la compréhension du langage écrit

22. Autres incapacités concernant la compréhension du langage

Difficultés concernant l'utilisation de signes (langue des signes), de gestes ou de mimiques pour communiquer en l'absence de communication orale. Ces incapacités sont liées aux fonctions extralinguistiques ou sublinguistiques.

23. Incapacité concernant la réalisation du langage oral

Difficultés à exprimer la pensée par le langage, à produire des messages verbaux audibles et à transmettre le sens du message par la parole.

24. Incapacité concernant la réalisation du langage écrit orthographique

25. Autres incapacités concernant l'expression du langage

Difficulté à s'exprimer par mimiques, langue des signes, Braille, communication non verbale, à l'exclusion des incapacités d'origine motrice.

26. Incapacité concernant l'écoute

Incapacité d'écouter quelqu'un parler par exemple.

27. Incapacité concernant la vision

Difficulté dans la vision des grandes formes ou dans la vision fine notamment.

28. Autres incapacités concernant la communication

29. Incapacité concernant la communication (sans autre indication)

3. Incapacité concernant la locomotion

30. Incapacité de marcher

31. Incapacité de franchir les obstacles ou de monter les escaliers

Comprend notamment l'incapacité de marche en cas d'irrégularités du terrain.

32. Incapacité de courir

33. Autres incapacités concernant les différents types de marche**34. Incapacité de changer de position**

Se lever du lit, du fauteuil, de la chaise
Se coucher, s'asseoir
Changer de position au lit.

35. Incapacité de s'agenouiller et incapacité de s'accroupir**36. Incapacité concernant la posture**

Se mettre et rester dans certaines positions

38. Autres incapacités concernant l'utilisation du corps

- Difficulté à maintenir les relations appropriées entre les différentes parties du corps
- Difficulté à se déplacer, tout en manipulant des objets
- Difficulté concernant le contrôle des mouvements des pieds

Ne comprend pas l'incapacité de déplacer les objets (classée en 46)

39. Incapacité concernant la locomotion (sans autre indication)

Remarque : Les rubriques ne sont pas exclusives les unes des autres.

4. Incapacités concernant les manipulations**40. Incapacité concernant le doigt****41. Incapacité concernant la préhension**

Difficulté à prendre et à serrer les objets

42. Incapacité de ramasser un objet

Ne comprend pas l'incapacité de s'agenouiller ou de s'accroupir (classée en 35) et l'incapacité de tenir un objet (classée en 41).

43. Incapacité de maintenir un objet

Difficulté à immobiliser un objet en le tenant

44. Incapacité d'atteindre un objet**45. Incapacité concernant le fonctionnement du membre supérieur**

Incapacité de pousser ou de tirer un objet

46. Incapacité de déplacer les objets

Ne comprend pas la difficulté à se déplacer en manipulant des objets (classée en 38)

48. Autres incapacités concernant les manipulations**49. Incapacité concernant les manipulations (sans autre indication)****5. Incapacités concernant les soins corporels****50. Incapacité concernant la continence**

50.1. Troubles de l'excrétion urinaire contrôlés

50.2. Troubles de l'excrétion urinaire non contrôlés

50.3. Troubles de l'excrétion fécale contrôlés

50.4. Troubles de l'excrétion fécale non contrôlés

51. Incapacité concernant l'hygiène personnelle

51.1 Incapacité concernant la toilette complète

Comprend l'incapacité de faire une toilette complète, de se laver le corps y compris le dos et de se sécher.

51.2. Autre incapacité concernant l'hygiène corporelle

Comprend l'incapacité de se laver le visage, les cheveux, de se couper les ongles, de se raser, de se laver les dents...

51.3. Incapacité de mettre ses vêtements

Ne comprend pas l'incapacité de mettre des chaussettes, des bas, des chaussures (classée en 51.4.)

51.4. Autre incapacité concernant l'habillement

Comprend l'incapacité concernant les chaussettes, bas, chapeau, gants... les chaussures (y compris mettre les lacets)

Ne comprend pas l'incapacité de mettre les vêtements (classée en 51.3.)

52. Incapacité concernant la nutrition

52.1. Incapacité concernant les gestes qui précèdent l'absorption de nourriture

Tels que se servir, couper la viande, tenir ses couverts, tartiner...

52.2. Incapacité concernant l'absorption des repas

Tels que porter les aliments à la bouche, mastiquer, avaler, porter un verre à la bouche, déglutir.

58. Autres incapacités concernant les soins corporels**59. Incapacité concernant les soins corporels (sans autre indication)**

6. Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches

60. Incapacité concernant les transports

Moyen de transport personnel ou en commun.

61. Incapacité concernant les moyens de subsistance

Faire les courses, la cuisine, la vaisselle.

62. Incapacité concernant les activités domestiques

Faire les lits, le ménage, la lessive, donner des soins aux personnes à charge.

63. Incapacité d'agir sur l'environnement

Fermeture des portes, fenêtres, verrous...
Manipulation des allumettes, des robinets.

68. Autres incapacités concernant les activités quotidiennes

Utilisation du téléphone, manipulation de l'argent, manipulation du journal...

69. Incapacité concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches (sans autre indication)

7. Incapacités révélées par certaines situations

70. Incapacité liée à la dépendance vis-à-vis de traitements continus nécessaires à la survie

Comprend notamment la dépendance vis-à-vis d'un équipement permettant d'assurer artificiellement la survie grâce à des moyens d'action ou des soins particuliers.

ex. : respirateur, dialyse, stimulateur cardiaque, valves et prothèses, greffe d'organe, régime alimentaire particulier.

71. Incapacité concernant la résistance physique

Comprend notamment l'incapacité de maintenir une position (rester assis, rester debout), l'intolérance à l'effort.

72. Incapacité liée aux conditions climatiques

Comprend notamment l'intolérance à la température (au chaud, au froid), aux ultra-violets, à l'humidité, aux variations importantes de la pression barométrique.

73. Incapacité liée à l'intolérance au bruit

74. Incapacité liée à l'intolérance à la lumière artificielle

75. Incapacité liée à l'intolérance aux contraintes de travail

Comprend l'incapacité à supporter le rythme et autres aspects des contraintes de travail.

Ne comprend pas l'incapacité concernant les occupations (classée en 17).

76. Incapacité concernant l'intolérance à d'autres facteurs de l'environnement physique

Comprend notamment l'intolérance à la poussière, à d'autres allergènes, la sensibilité anormale à des agents chimiques, à d'autres toxiques, la sensibilité anormale aux radiations ionisantes (par exemple à la suite de l'exposition à des radiations dans les limites normales de sécurité).

78. Autres incapacités révélées par certaines situations

Comprend notamment la réduction globale de l'activité liée à une fragilité générale ou à une sensibilité anormale aux traumatismes.

79. Incapacité révélée par certaines situations (sans autre indication)

Les désavantages

1. Indépendance physique

Définition : l'indépendance physique est la capacité d'un individu à poursuivre habituellement une existence indépendante.

11. Totalement indépendant

12. Indépendance assistée

L'indépendance physique est obtenue grâce à un appareillage ou à une aide technique ou à des modifications de l'environnement de l'individu. Ne comprend pas l'indépendance physique obtenue grâce à des appareillages mineurs non déterminants en ce qui concerne l'indépendance (classée en 21. Tout à fait mobile).

13. Dépendance dans certaines situations

Difficulté dans la satisfaction de besoins personnels mais sans beaucoup dépendre des autres.

14. Dépendance vis-à-vis d'une assistance de fréquence limitée

Dépendance vis-à-vis d'autrui pour satisfaire des nécessités de fréquence limitée (courses, travaux ménagers).

15. Dépendance vis-à-vis d'une assistance de fréquence rapprochée

Assistance nécessaire : plusieurs fois par jour, voire disponibilité permanente d'un tiers.

16. Dépendance vis-à-vis de soins continus

Des soins spéciaux sont nécessaires en permanence.

2. Mobilité

Définition : la mobilité est la capacité d'un individu de se mouvoir efficacement dans son environnement.

21. Tout à fait mobile

Comprend aussi les personnes utilisant des appareils-aides mineurs non déterminants en ce qui concerne l'indépendance.

22. Réduction variable de la mobilité selon les conditions atmosphériques, les saisons

23. Mobilité déficiente

La capacité de se déplacer n'est pas altérée mais le déplacement est plus lent, plus difficile.

24. Mobilité réduite

La capacité de se déplacer est réduite sans toutefois se limiter au simple voisinage.

25. Mobilité limitée au simple voisinage

26. Mobilité limitée au lieu d'habitation

27. Mobilité réduite à la chambre ou au fauteuil

28. Réduction totale de mobilité

3. Occupations

Définition : l'occupation est la capacité d'un individu d'occuper d'une façon générale son temps comme les personnes de son sexe, son âge et sa culture.

Pour analyser plus précisément le désavantage dans le cadre de la scolarité ou du travail on utilisera les rubriques 4. « scolarité » et 5. « travail » décrites ci-après.

31. Occupé de façon normale

32. Occupé de façon intermittente

33. Difficultés liées à l'occupation

Réduction de la capacité d'assumer une occupation habituelle.

34. Adaptation de l'occupation

Incapacité d'assumer une occupation habituelle mais l'individu est capable d'avoir une occupation autre ou une occupation adaptée à plein temps.

35. Réduction quantitative de l'occupation

Limitation quantitative du temps que l'individu est capable de consacrer à son occupation.

36. Réduction qualitative de l'occupation

Limitation dans le type d'occupation assumé par l'individu.

37. Confinement de l'occupation

Limitations à la fois dans le type d'occupation et dans le temps que l'individu peut y consacrer.

38. Pas d'occupation ou impossibilité d'avoir une occupation qui ait un sens

4. Scolarité

41. Scolarité normale

42. Scolarité intermittente

Comprend notamment la scolarité entrecoupée par des séjours hospitaliers.

43. Dispensé de certaines activités

Non participation à certaines activités scolaires ou de formation professionnelle. Scolarité et formation professionnelle normale mais à temps partiel dans la journée ou la semaine.

44. Scolarité et formation professionnelle assistées

Aides techniques

45. Scolarité et formation professionnelle associant une pédagogie normale pour partie du temps et le recours à des techniques spécialisées pour l'autre partie.

46. Scolarité et formation professionnelle nécessitant uniquement des techniques spécialisées

47. Pas de scolarité possible

5. Travail

51. Travail normal

52. Travail intermittent

53. Travail en milieu ordinaire mais nécessitant un aménagement du poste de travail

54. Travail en milieu ordinaire mais nécessitant un aménagement de sa durée journalière

55. Travail en milieu ordinaire mais nécessitant la présence d'une tierce personne

56. Restriction qualitative du travail

57. Travail nécessitant le recours à un environnement spécialisé avec rendement diminué

58. Travail nécessitant le recours à un environnement spécialisé sans possibilité de rendement

59. Pas de travail possible.

6. Indépendance économique

61. Aisance

L'existence de déficiences ou d'incapacités n'altérant en rien les revenus, salariaux ou patrimoniaux, et permettant de faire face sans difficultés à tous les besoins et activités économiques de soi-même et de sa famille.

62. Autonomie, auto-suffisance économique, y compris pour ses charges familiales

Au prix d'une réduction dans le bien-être antérieur à la survenue d'une déficience, d'une incapacité, par suite d'un changement de vie, d'activité professionnelle, etc. ou bien au prix d'une différence appréciable par comparaison avec une personne ou un ménage ayant une situation identique, et dépourvu de toute déficience.

63. Autosuffisance individuelle (sans charges familiales)

Au prix d'une vie ajustée à ses seuls besoins individuels, ne permettant ni prise en charge familiale, ni expansion des activités.

64. Indépendance précaire

N'être autonome (économiquement) que grâce à un apport financier extérieur provenant de la collectivité ou de la famille.

65. Dépendance économique

Être économiquement dépendant intégralement, avec inactivité économique.
Comprend également l'endettement progressif.

7. Intégration sociale

71. Bonne intégration sociale

72. Participation inhibée

73. Participation réduite dans certains cas

74. Participation diminuée en général

75. Pauvreté des relations et relations très limitées

76. Relations perturbées

77. Impossibilité de relation avec autrui

78. Isolement social.

DECRET N° 89-798 DU 27 OCTOBRE 1989

REPLACANT LES ANNEXES

(au décret du 9 mars 1956)

XXIV - Enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles.

XXIV bis - Enfants et adolescents présentant des déficiences motrices.

XXIV ter - Enfants et adolescents polyhandicapés

B.O.S.S.P.S. N° 89-18bis/89

DÉCRET N° 89-798 DU 27 OCTOBRE 1989

remplaçant les annexes XXIV, XXIV *bis* et XXIV *ter* au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés

NOR : SPSA8901937D

(Journal officiel du 31 octobre 1989)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment son article L. 162-21 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des personnes handicapées ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu le décret n° 46-1834 du 20 août 1946, et notamment son article 6 ;

Vu le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,

Décète :

Article 1^{er}

Les annexes XXIV, XXIV *bis* et XXIV *ter* prévues au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, modifié par les décrets n° 67-43 du 2 janvier 1967, n° 70-1332 du 16 décembre 1970, n° 78-429 du 20 mars 1978 et n° 88-33 du 12 janvier 1988 sont remplacées par les trois documents annexés au présent décret :

1° Une annexe XXIV en ce qui concerne les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés ;

2° Une annexe XXIV *bis* en ce qui concerne les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice ;

3° Une annexe XXIV *ter* en ce qui concerne les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.

Toutefois, demeurent en vigueur les normes quantitatives minimales d'encadrement ci-après, prévues pour différentes catégories de personnels des établissements ou services :

1° Pour la nouvelle annexe XXIV, les dispositions des articles 30, 32 (alinéa 1), 34 (alinéa 2) et 63 (alinéa 2) de l'ancienne annexe XXIV ;

2° Pour la nouvelle annexe XXIV *bis*, les dispositions des articles 28 (alinéa 2), 30 (alinéa 1) et 31 de l'ancienne annexe XXIV *bis*, complétées par les dispositions de l'article 4 (alinéas 1 et 3) de l'ancienne annexe XXIV *ter*.

Article 2

Les établissements ou services agréés au titre de l'annexe XXIV *bis* abrogée doivent, dans un délai maximum de deux ans à compter de la date de publication du présent décret, déposer une demande d'autorisation au titre de la nouvelle annexe XXIV *bis* instituée par le présent décret, conformément aux dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 susvisée.

Les établissements ou services agréés au titre de l'annexe XXIV ou de l'annexe XXIV *ter* abrogée doivent déposer cette demande d'autorisation au titre des nouvelles annexes correspondantes, dans un délai maximum de trois ans à compter de la date de publication du présent décret.

Article 3

Les dispositions de l'article 12 des annexes XXIV *quater* et XXIV *quinquies* au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié, sont abrogées et remplacées par un article 12 ainsi rédigé :

« Article 12

« Sauf dispositions contraires comprises dans le corps de la présente annexe, les dispositions suivantes de l'annexe XXIV au présent décret s'appliquent aux établissements concernés :

- « - Titre Ier, article 4 ;
- « - Titre II, articles 7 et 8 ;
- « - Titre III, articles 10, 12 et 14 ;
- « - Titre IV, articles 15 à 25 ;
- « - Titre V ;
- « - Titre VI. »

Article 4

A l'article 6 de l'annexe XXIV *quater* au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié, remplacer :

« ... dans un délai de cinq ans à compter de leur affectation dans l'établissement ;

« L'action de ces instituteurs concerne l'enseignement et son soutien : »
par :

« ... dans un délai de cinq ans à compter de leur affectation dans l'établissement ;

« L'action de ces instituteurs concerne l'enseignement et son soutien. »

Article 5

A l'article 2 de l'annexe XXIV *quinquies* au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié,

remplacer :

« ... éducation précoce, préélémentaire, secondaire et technique. »

par :

« ... éducation précoce, préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique. »

Article 6

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale et le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, chargé des handicapés et des accidentés de la vie, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et entrera en vigueur dès sa publication.

Fait à Paris, le 27 octobre 1989.

MICHEL ROCARD

Par le Premier ministre :

*Le ministre de la solidarité, de la santé
et de la protection sociale,*
CLAUDE ÉVIN

*Le secrétaire d'Etat
auprès du ministre de la solidarité, de la santé
et de la protection sociale, chargé des handicapés
et des accidentés de la vie,*
MICHEL GILLIBERT

ANNEXE XXIV

Conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés

I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Sont visés par la présente annexe les établissements et services prenant en charge les enfants ou adolescents qui nécessitent 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.

Sont en premier lieu visés les établissements (instituts médico-pédagogiques ; instituts médico-professionnels) et services prenant en charge les enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle. Cette première catégorie d'établissements et de services accueille également ces enfants ou adolescents lorsque leur déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines, et des maladies chroniques comptatibles avec une vie collective.

Sont également visés par la présente annexe les établissements (instituts de rééducation) et services, distincts des précédents, prenant en charge des enfants ou adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité.

Article 2

La prise en charge tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle.

Elle tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle.

La prise en charge peut concerner les enfants ou adolescents, selon leur niveau d'acquisitions aux stades de l'éducation précoce, de la formation préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique.

Elle comporte :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou adolescent ;
- les soins et les rééducations ;

- la surveillance médicale régulière, générale ainsi que de la déficience et des situations de handicap ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimum ;
- des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge.

Article 3

La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.

L'équipe médico-psycho-éducative de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les six mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent.

Chaque année les parents sont destinataires d'un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent.

Les parents sont saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.

Article 4

Les établissements visés à la présente annexe satisfont aux lois et règlements en vigueur relatifs à l'enseignement.

II. - ORGANISATION DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE

Article 5

L'établissement peut comporter les sections suivantes :

- une section d'éducation et d'enseignement spécialisés assurant les apprentissages scolaires, le développement de la personnalité et la socialisation des enfants. La pratique éducative s'appuie sur les méthodes actives ;
- une section d'initiation et de première formation professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels ou pour les adolescents présentant des troubles du comportement. Les objectifs, les contenus, les certifications sont communs à tous les élèves. Les enseignements adaptés aux adolescents qui en sont les bénéficiaires, sont dispensés dans le cadre des programmes publiés par les ministères de l'éducation nationale ou de l'agriculture.

Pour orienter chaque élève vers l'activité qu'il est le mieux à même d'exercer, compte tenu de ses aptitudes propres, l'établissement s'assure le concours de services d'orientation.

Cette première formation professionnelle est réalisée en liaison étroite avec le milieu professionnel.

- une section pour les jeunes déficients intellectuels ou présentant des troubles du comportement avec handicaps moteurs ou sensoriels associés. Des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques particulières définies individuellement en fonction des besoins

propres à chaque enfant ou adolescent sont intégrées au sein d'une telle section et s'effectuent éventuellement en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés si nécessaire. Cette section comporte des personnels répondant aux conditions requises par la prise en charge. Les locaux et les équipements sont aménagés en conséquence.

Les sections destinées aux enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles avec ou sans handicaps associés ou aux enfants ou adolescents présentant principalement des troubles du comportement sont distinctes. Elles comportent une prise en charge spécifique.

Pour une part de leur action, ces différentes sections peuvent faire appel à la collaboration d'établissements scolaires ou d'autres organismes sanitaires ou sociaux en passant avec eux une convention portée à la connaissance des autorités académiques et de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

Article 6

Toutes les fois que cela est possible, les enfants ou adolescents demeurent hébergés dans leur famille. Ils sont, chaque fois que possible pris en charge à temps partiel ou à temps plein dans un établissement scolaire ordinaire.

L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat et en internat. Dans ce dernier cas, il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère, dans des internats gérés par d'autres organismes, dans la limite du nombre total de lits autorisés, ou dans des centres d'accueil familial spécialisé.

Article 7

Dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique global, des transferts de l'ensemble ou partie de l'établissement peuvent être organisés sous la responsabilité du directeur. Un arrêté précise les conditions dans lesquelles ces transferts sont organisés.

Article 8

L'établissement ou le service assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas, il apporte son concours aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale.

Cet accompagnement court sur une durée minimum de trois ans.

Article 9

La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent est globale. L'ensemble des personnels mentionnés aux articles 11, 12 et 13 y participe dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé. Le directeur de l'établissement, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, en assure la cohérence et la responsabilité d'ensemble, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse.

III. - LES PERSONNELS

Article 10

Le directeur a la responsabilité générale du fonctionnement de l'établissement ou du service.

Il doit être apte physiquement, moralement et professionnellement à assurer la garde et l'éducation d'enfants et d'adolescents ainsi que le bon fonctionnement d'un établissement.

Il doit en outre apporter la preuve, d'une part de sa connaissance particulière des déficiences dont les jeunes reçus dans l'établissement sont atteints, et d'autre part, soit de l'exercice pendant cinq années au minimum d'une activité professionnelle dans un établissement ou service de jeunes handicapés, soit de l'exercice pendant deux ans aux moins des fonctions de directeur d'un établissement scolaire comportant une ou plusieurs classes ou sections d'éducation spéciale publiques ou privées sous contrat.

Il doit enfin posséder la qualification qui est requise par les textes en vigueur pour diriger un établissement donnant un enseignement de même nature et de même degré que l'établissement qu'il est appelé à diriger ou la qualité de docteur en médecine ou bien être titulaire d'un diplôme ou certificat de capacité qualifiant pour l'exercice des professions d'éducateur spécialisé, d'éducateur technique spécialisé, de jardinière d'enfants spécialisée ou d'éducateur de jeunes enfants, d'assistant de service social, de conseiller en économie familiale et sociale, d'ergothérapeute, d'infirmier, de kinésithérapeute, d'orthoptiste, d'orthophoniste, de puéricultrice, de psycho-rééducateur, de psychologue scolaire ou de psychologue muni d'un des titres exigibles pour leur recrutement dans les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

Lorsque le directeur ne possède pas les titres de capacité exigés par les textes en vigueur en matière d'enseignement, la responsabilité pédagogique des classes fonctionnant à l'intérieur de l'établissement est confiée à un enseignant justifiant de la possession de ces titres de capacité.

Article 11

L'établissement s'assure des services d'une équipe médicale, paramédicale, comprenant notamment :

- un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence ;
- un pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l'établissement, un médecin généraliste.

Sous la responsabilité de l'un de ces médecins, l'équipe médicale et paramédicale :

- veille à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents ;
 - assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille ;
 - assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux,
- un psychologue ;

- un infirmier diplômé d'Etat ;
- des rééducateurs divers selon les besoins des enfants (notamment kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens...).

En fonction des besoins de l'établissement : un médecin ayant une compétence particulière en neurologie, en ophtalmologie ou en audiophonologie, en rééducation et réadaptation fonctionnelle...

Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.

Il est pratiqué au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi que des examens autant que de besoin en fonction de l'évolution de l'enfant.

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

Article 12

Tout établissement comporte un service social confié à un assistant de service social.

Article 13

L'établissement s'assure le concours d'une équipe pédagogique et éducative comprenant, selon l'âge et le besoin des enfants :

- des enseignants assurant la formation scolaire et professionnelle des enfants ou adolescents par des actions pédagogiques adaptées et dont la rémunération est prise en charge par l'Etat dans le cadre de l'application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975. Ils sont recrutés dans les catégories suivantes :
 - instituteurs spécialisés, titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaire (C.A.P.S.A.I.S.) ;
 - professeurs d'enseignement général et de première formation professionnelle.

En outre, il est fait appel à des professeurs d'éducation physique et sportive titulaires des diplômes requis.

Lorsqu'elle existe, la section de formation professionnelle comporte des professeurs d'enseignement technique ou professionnel titulaires des diplômes requis. Elle peut en outre faire appel à des éducateurs techniques spécialisés.

Elle peut également solliciter le concours d'artisans locaux ou d'ouvriers qualifiés présentant les qualités indispensables pour ces fonctions :

- des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants et adolescents, recrutés dans les catégories suivantes :
 - éducateurs spécialisés ;
 - éducateurs de jeunes enfants ;
 - moniteurs-éducateurs.

Cette équipe peut être complétée, selon les besoins, par le recours à des aides médico-psychologiques.

Article 14

Chacun des membres des équipes médicale, pédagogique et éducative possède les diplômes d'Etat ou les équivalences reconnues nécessaires à l'exercice de ses compétences.

IV. - INSTALLATIONS

Article 15

Tout établissement accueillant des enfants comporte des terrains de jeux. Tout internat comporte des espaces verts suffisants.

Lorsqu'il est situé en milieu rural, le terrain d'assiette de l'établissement est calculé sur la base de deux hectares pour cinquante lits. Ce terrain doit bénéficier d'un environnement sain et agréable et de communications faciles avec les villes avoisinantes.

Les locaux techniques (cuisine, buanderie, ateliers d'entretien...) sont installés en fonction des besoins.

La construction des locaux est conçue de façon à favoriser la vie en petits groupes relativement autonomes.

Les diverses activités devront s'effectuer, autant que possible, dans des lieux distincts et clairement identifiables par les enfants ou adolescents.

Les enfants disposent d'une salle de jour distincte de leurs chambres.

Article 16

Dans les établissements mixtes, les enfants de chaque sexe ont des chambres différentes à partir de l'âge de six ans.

Les enfants peuvent être logés en chambres collectives ou particulières.

La surface des chambres individuelles est d'au moins 9 mètres carrés.

Les chambres collectives comprennent au maximum 4 lits et une surface d'au moins 5 mètres carrés par lit.

La disposition des chambres préserve une intimité suffisante pour les enfants ou adolescents ; à cet effet, ils disposent des aménagements usuels existants dans un environnement familial (armoire, placard, porte-serviette, armoire de toilette, etc.).

Article 17

D'une manière générale, les lieux d'accueil de l'enfant doivent présenter un aspect familial.

Dans le restaurant d'enfants, l'espace est aménagé de manière à permettre la prise des repas en petits groupes.

Article 18

Des locaux en nombre suffisant et de dimension appropriée sont prévus pour l'ensemble des activités (enseignement, pédagogie, salle de réunion, bibliothèque de documentation, dépôt d'archives, formation professionnelle, rééducation, sport, etc.).

Article 19

Les locaux réservés au personnel, y compris les toilettes, sont séparés de ceux réservés aux enfants ou aux adolescents.

Les locaux rendus nécessaires par l'application du droit du travail sont prévus dans l'établissement.

Article 20

L'établissement se conforme en ce qui concerne l'incendie et la sécurité aux règlements en vigueur, notamment dans les établissements scolaires et les établissements accueillant du public.

Il se conforme aux lois et règlements en vigueur en matière d'accessibilité.

Article 21

L'eau est potable, en quantité suffisante et régulièrement contrôlée conformément aux dispositions du décret n° 89-3 du 3 janvier 1989 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine.

Article 22

Les toilettes sont réparties à proximité des chambres, des salles à manger et des lieux de réunion ; elles sont en nombre suffisant, y compris à l'extérieur. En outre, elles sont pourvues de portes susceptibles d'être ouvertes de l'extérieur en cas de nécessité.

Article 23

Des lavabos à eau courante individuels sont installés à proximité des chambres et des salles à manger.

Une installation de douches est exigée, à raison d'un poste de douches pour six. L'établissement comporte également des baignoires.

Même lorsqu'il fonctionne en externat il est équipé de salles de bain ou douches en nombre suffisant.

Toutes les pièces d'eau sont pourvues de sols antidérapants. Toutes les installations d'eau, accessibles aux enfants ou adolescents sont pourvues de dispositifs destinés à éviter à ceux-ci d'être ébouillantés.

L'établissement veille à la propreté du linge.

Article 24

L'établissement se conforme aux lois et règlements applicables en matière d'hygiène et de sécurité.

Article 25

L'établissement comporte :

1° Un cabinet médical, précédé d'une salle d'attente, doté de tous les instruments nécessaires ;

2° Une salle de soins distincte du cabinet médical si celui-ci est utilisé toute la journée. Une réserve de pharmacie y est constituée dans un placard fermant à clé.

Tout établissement est doté d'une infirmerie de deux ou trois chambres individuelles.

Lorsque l'établissement fonctionne en internat, l'infirmerie comporte une salle commune de jour pour les enfants malades qui peuvent se lever, une pièce pour la toilette des malades et une chambre pour l'infirmier de garde.

Des locaux sont prévus pour les rééducations individuelles et les activités de groupes.

Un registre de l'état sanitaire mentionne tous les accidents ou incidents survenus, ainsi que les hospitalisations effectuées.

V. - FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Article 26

Avant son entrée en fonctions, tout membre du personnel est soumis à un examen général comportant notamment :

- une radiographie ou une radiophotographie pulmonaire à moins qu'un cliché datant de moins de deux mois ne puisse être fourni ;
- une épreuve cutanée à la tuberculine.

En outre, les agents sont tenus de subir chaque année un examen clinique à la suite duquel le médecin du travail peut prescrire les investigations complémentaires qu'il juge nécessaires.

Article 27

L'admission des enfants ou adolescents dans l'établissement, consécutive à la décision d'orientation de la commission d'éducation spéciale, est prononcée par le directeur.

Dans le cas où cette admission ne peut être prononcée, et après avis de l'équipe médico-éducative, le directeur est tenu d'en informer immédiatement la commission d'éducation spéciale en vue de rechercher avec elle une prise en charge mieux adaptée au cas de l'enfant ou adolescent.

L'énurésie ne peut être une cause de refus d'admission. L'établissement ne peut non plus refuser de recevoir des enfants épileptiques.

Sur proposition de l'équipe médico-éducative, le directeur saisit la commission d'éducation spéciale du cas des enfants pour lesquels une autre orientation paraît justifiée.

La sortie des enfants ou adolescents est prononcée par le directeur après intervention de la décision de la commission d'éducation spéciale.

Article 28

Sauf contre-indication expresse notifiée par le médecin traitant, les enfants satisfont aux obligations vaccinales prévues par la loi, complétées le cas échéant par les vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons.

Article 29

L'établissement constitue et conserve pour chaque enfant ou adolescent, dans le respect des règles de droit régissant le secret professionnel et la conservation des documents, un dossier comportant outre les informations d'état civil :

1° Les résultats des examens et enquêtes qui ont motivé la décision d'orientation prononcée par la commission d'éducation spéciale.

2° Une autorisation écrite des parents ou tuteurs permettant la mise en œuvre de traitements urgents qui peuvent être reconnus nécessaires par les médecins de l'établissement.

3° Le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé défini par l'établissement pour l'enfant ou l'adolescent pris en charge.

4° Le compte rendu des réunions de synthèse consacrées à l'enfant ou adolescent.

5° Le compte rendu régulier des acquisitions scolaires et de la formation professionnelle.

6° Les résultats des examens pratiqués en cours d'année par les médecins de l'établissement, ainsi que de la surveillance régulière du développement psychologique, cognitif et corporel de l'enfant ou adolescent.

7° La décision et les motifs de la sortie établis par la commission d'éducation spéciale, ainsi que l'orientation donnée aux enfants ou adolescents.

8° Les informations dont dispose l'établissement sur le devenir du jeune pendant un délai de trois ans après la sortie définitive.

Article 30

Après concertation menée avec l'ensemble des personnels placés sous son autorité, le directeur propose au conseil d'administration un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et de l'évaluation de leurs résultats ; ce projet d'établissement, adopté par le conseil d'administration, est conforme à la réglementation et porté à la connaissance de la tutelle.

Ce projet comporte notamment la définition d'un emploi du temps des enfants ou adolescents, bien équilibré avec, éventuellement, et selon les directives des équipes médicales, pédagogiques et éducatives, les modifications adaptées au projet individuel défini pour chaque enfant ou adolescent.

Afin notamment de faciliter le maintien des liens familiaux, le règlement de fonctionnement de l'établissement détermine les périodes de vacances ; il précise en outre les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou dans l'établissement les conditions de visite des parents.

Article 31

L'établissement ne peut imposer aux enfants ou adolescents une tenue vestimentaire visant à les distinguer collectivement tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du centre.

Les enfants ou adolescents ne sont pas utilisés pour effectuer les tâches incombant normalement au personnel de l'établissement ; ils ne peuvent être employés aux services généraux que dans le cadre du projet individuel et sous la surveillance des équipes médicales, pédagogiques et éducatives.

Les sanctions corporelles sont interdites.

Article 32

Dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique, les enfants ou adolescents demeurent sous le contrôle du personnel de l'établissement.

Un registre des présences est tenu quotidiennement sous la responsabilité du directeur.

Dans le cas d'un établissement fonctionnant en internat, une surveillance de nuit adaptée est organisée.

La direction de chaque établissement doit contracter une assurance générale couvrant les risques d'implantation et de fonctionnement, notamment au bénéfice de ses pensionnaires, lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par la loi n° 46-2426 du 20 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

VI. - CENTRES D'ACCUEIL FAMILIAL SPÉCIALISÉ

Article 33

Les enfants ou adolescents peuvent être hébergés dans des centres d'accueil familial spécialisé, conformément aux dispositions de l'article 6.

Le centre d'accueil familial spécialisé a pour but de mettre à la disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur propre entourage.

Article 34

Le centre d'accueil familial spécialisé ne peut être créé et géré que par des établissements autorisés au titre de la présente annexe et des annexes XXIV *bis*, *ter*, *quater* et *quinquies*, ainsi que par des centres médico-psychopédagogiques et des centres d'action médico-sociale précoce.

Le directeur de l'établissement auquel est rattaché un centre d'accueil familial spécialisé assure la gestion du centre.

Un centre d'accueil familial spécialisé ne peut recevoir que les catégories d'enfants ou d'adolescents dont l'organisme gestionnaire s'occupe effectivement.

Le suivi de l'enfant ou de l'adolescent est assuré par l'équipe médicale, psychologique, éducative et pédagogique de l'établissement ou du service de rattachement.

Article 35

Les dispositions des titres I^{er}, II, III et V susvisés s'appliquent lorsque les enfants ou adolescents sont hébergés en centre d'accueil familial spécialisé.

CHAPITRE I^{er}

Dispositions relatives aux familles d'accueil

Article 36

Les centres d'accueil familial spécialisé veillent à ce que le suivi médical et social de l'enfant ou de l'adolescent soit convenablement assuré ainsi que sa scolarité.

Ils évitent la dispersion géographique.

Article 37

Les familles d'accueil sont agréées conformément aux dispositions du décret n° 78-474 du 29 mars 1978 portant application de l'article 123-1 du code de la famille et de l'aide sociale et relatif à l'agrément et à la formation des assistantes maternelles.

De plus le centre d'accueil familial spécialisé communique à l'autorité de tutelle les noms et adresses des familles auxquelles il recourt ainsi que le nombre d'enfants ou d'adolescents qu'elles reçoivent.

Article 38

Le nombre d'enfants ou d'adolescents placés dans une même famille ne peut être supérieur à trois. Les enfants ou adolescents sont logés dans le même domicile que la famille d'accueil et dans des chambres distinctes.

CHAPITRE II

Dispositions relatives aux décisions de placement

Article 39

Le choix de la famille d'accueil d'un enfant ou adolescent placé dans l'établissement par la commission d'éducation spéciale, sous réserve des dispositions de l'article 37 ci-dessus, est prononcé par le directeur après avis de l'équipe médicale, éducative et pédagogique de l'établissement et après observation des réactions de l'enfant ou adolescent mis en présence de son nouveau milieu.

Il est tenu compte, autant que possible, des opinions et convictions du milieu familial de l'enfant ou adolescent au moment du choix de la famille d'accueil.

Article 40

Les familles d'accueil signalent à la direction du centre toute difficulté surgissant soit dans l'état de santé de l'enfant ou de l'adolescent, soit dans son comportement scolaire, familial ou social.

En cas de difficultés entre l'enfant ou l'adolescent et la famille d'accueil, le directeur de l'établissement peut décider le placement de l'enfant ou de l'adolescent dans une autre famille.

Article 41

La direction du centre constitue, pour chacune des familles éducatrices, un dossier indiquant notamment les possibilités d'accueil dont elle dispose, les enfants ou adolescents reçus par elle, la durée de leur séjour, les incidents éventuels durant le placement.

Article 42

Les informations nécessaires à la connaissance de l'enfant ou de l'adolescent sont transmises à la famille d'accueil ; celle-ci est soumise au secret professionnel dans les mêmes conditions que le personnel de l'établissement de rattachement.

La famille d'accueil participe à l'élaboration du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé et apporte toute information intéressant la vie de l'enfant ou de l'adolescent ; elle participe aux réunions de coordination. Ces réunions ont un caractère de périodicité et doivent avoir lieu au moins une fois par trimestre.

CHAPITRE III

Dispositions relatives au personnel et au fonctionnement du centre

Article 43

Le centre s'assure le concours permanent d'un personnel qualifié.

A cet effet, il dispose d'un personnel technique comportant au moins une assistante sociale ou un éducateur.

Des visites de la famille d'accueil sont prévues autant que de besoin et au minimum une fois par trimestre.

Article 44

L'organisme gestionnaire passe un accord avec un médecin proche de la famille d'accueil pour le traitement des affections intercurrentes. Une convention particulière est passée avec les établissements appropriés afin de permettre, en cas de besoin, l'hospitalisation rapide des enfants ou adolescents.

En outre, chaque fois que l'état de l'enfant ou de l'adolescent le requiert, il est fait appel au concours, à titre de consultants, de médecins spécialistes.

Chaque famille d'accueil informe la direction du centre du nom du médecin auquel il a été fait appel en cas d'urgence.

Article 45

L'établissement ou le service veille à ce que des liaisons s'établissent entre la famille légale et la famille d'accueil.

Article 46

L'établissement ou le service contracte une assurance garantissant les accidents survenant à l'enfant ou à l'adolescent ou provoqués par lui.

Article 47

Les parents de l'enfant ou de l'adolescent donnent leur accord au placement dans une famille d'accueil et aux éventuelles réorientations.

VII. - SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE ET DE SOINS A DOMICILE

Article 48

Il peut être créé un service d'éducation spéciale et de soins à domicile rattaché à l'établissement ; ce service peut être également autonome.

Son action est orientée, selon les âges, vers :

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

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent (domicile ; crèche ; école...) et dans les locaux du service.

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile œuvre en liaison étroite avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile et les centres d'action médico-sociale précoce, les centres médico-psychopédagogiques...

Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Article 49

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile comprend une équipe médicale et paramédicale telle que définie à l'article 11 ci-dessus.

Il comprend également des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants ou adolescents.

Il comprend en tant que de besoin un ou des enseignants spécialisés.

Article 50

Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile est autonome, la direction en est assurée par un directeur possédant les qualifications et les aptitudes requises à l'article 10 et exerçant la responsabilité dans les conditions définies à l'article 9.

L'un des deux médecins mentionnés à l'article 11 assure :

- l'application du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents ;
- en liaison avec le médecin de la famille, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents.

Article 51

Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile intervient dans le cadre de l'intégration scolaire, une convention passée avec, selon les ordres d'enseignement, l'inspecteur d'académie ou le chef d'établissement scolaire précise les conditions d'intervention du service dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'ensemble.

Elle précise également les modalités d'intervention des personnels spécialisés (lieux, durée, fréquence, réunions de synthèse...); lui est annexée la liste des personnels enseignants et spécialisés appelés à intervenir auprès des enfants ou adolescents, avec leurs qualifications et statuts.

Article 52

Chaque section ou service fait l'objet d'un arrêté d'autorisation dans les conditions prévues par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée sus-visée.



Conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice

I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Sont visés par la présente annexe les établissements et les services qui prennent en charge des enfants ou adolescents dont la déficience motrice nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, l'éducation spécialisée, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

Article 2

La prise en charge peut concerner les enfants ou adolescents déficients moteurs aux stades de l'éducation précoce, de la formation pré-élémentaire, élémentaire, secondaire (enseignement général, professionnel et technologique).

Elle comporte, en fonction de la nature et du degré de la déficience :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;
- la surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage nécessaire ;
- l'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ;
- l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances, le développement d'un niveau culturel optimum, l'éducation physique et sportive ;
- des actions d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale et utilisant autant que faire se peut les moyens socio-culturels existants.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge.

Article 3

La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.

L'équipe médico-psycho-pédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les trois mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent.

Chaque année les parents sont destinataires d'un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent.

Les parents sont saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.

Article 4

Les établissements visés à la présente annexe satisfont aux lois et règlements en vigueur relatifs à l'enseignement.

II. - ORGANISATION DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE

Article 5

L'établissement peut comporter :

- Une section d'éducation et d'enseignement spécialisés prenant en charge l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité et assurant, en liaison avec la famille, une éducation et un enseignement adapté à des enfants qui ne peuvent momentanément ou durablement être pris en charge par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Pour une part de son action, cette section peut faire appel à la collaboration d'établissements scolaires ou d'autres organismes en passant avec eux une convention portée à la connaissance de l'autorité de contrôle.

- Une section d'initiation et de première formation professionnelle dont l'objectif est la préparation à l'un des diplômes délivrés par l'Etat, conformément aux programmes publiés par les ministères de l'éducation nationale et de l'agriculture, et compte tenu d'une progression adaptée des enseignements, lorsque cela est nécessaire.
- Une section d'éducation pour les jeunes déficients moteurs avec handicaps associés (déficience visuelle, auditive, déficience intellectuelle légère ou moyenne, troubles du comportement). Des actions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant et adolescent sont intégrées au sein d'une telle section et s'effectuent éventuellement en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés si nécessaire.

Cette section comporte des personnels répondant aux conditions requises par la prise en charge. Les locaux et les équipements sont aménagés en conséquence :

- Une section de préparation à la vie sociale pour des adolescents qui, en raison de la gravité de leur déficience motrice, ne pourraient envisager une insertion professionnelle même en milieu de travail protégé.

Pour une part de leur action, ces différentes sections peuvent faire appel à la collaboration d'établissements scolaires ou d'autres organismes sanitaires ou sociaux en passant avec eux une convention portée à la connaissance des autorités académiques et de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

Article 6

Toutes les fois que cela est possible, les enfants ou adolescents demeurent hébergés dans leur famille. Ils sont, chaque fois que possible, pris en charge à temps partiel ou à temps plein dans un établissement scolaire ordinaire.

L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat ou en internat. Dans ce dernier cas, il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère, dans des internats gérés par d'autres organismes, dans la limite du nombre total de lits autorisés, ou dans des centres d'accueil familial spécialisé.

Article 7

L'établissement assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas, il apporte son concours aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale.

Cet accompagnement court sur une durée minimum de trois ans.

Article 8

La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent est globale. L'ensemble des personnels mentionnés aux articles 9 et 10 y participe dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé. Le directeur de l'établissement, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, en assure la cohérence et la responsabilité d'ensemble, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse.

III. - LES PERSONNELS

Article 9

L'établissement s'assure les services d'une équipe médicale, paramédicale et psycho-sociale travaillant en liaison avec les enseignants et les éducateurs et comprenant au moins :

- un médecin spécialiste de rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- un pédiatre, pour tout établissement prenant en charge des enfants.

L'un de ces deux médecins :

- veille à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents ;
- assure, en liaison avec les autres médecins attachés à l'établissement, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec le médecin de famille du jeune déficient moteur ;
- assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.

Ainsi que des membres des professions suivantes :

- infirmier ; kinésithérapeute ; ergothérapeute ; orthophoniste ;
- psychologue ;
- assistant de service social.

En fonction des besoins de l'établissement :

- des médecins qualifiés spécialistes ou compétents notamment : en psychiatrie, chirurgie orthopédique ou traumatologie, neurologie, urologie... ;
- des auxiliaires médicaux (audio-prothésistes, pédicures, podologues) ;
- des appareilleurs ;
- des aides soignantes ;
- des auxiliaires de puériculture ;
- des psychomotriciens ;
- des orthoptistes ;
- des rééducateurs divers.

Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.

Une convention est passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation susceptible d'intervenir dans des délais rapprochés.

Il est pratiqué au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi que des examens autant que de besoin en fonction de l'évolution de l'enfant.

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

Article 10

L'établissement s'assure également les services d'une équipe éducative et enseignante, comprenant, selon l'âge ou le développement des enfants, des membres des professions suivantes :

- éducateurs spécialisés ;
- éducateurs de jeunes enfants ;
- moniteurs éducateurs ;
- aides médico-psychologiques ;

- éducateurs techniques spécialisés ;
- instituteurs spécialisés titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaire (CAPSAIS), option C ;
- professeurs d'enseignement général et professeurs de lycée professionnel ;
- professeurs d'éducation physique et sportive, titulaires des diplômes requis ;
- éducateurs sportifs et moniteurs sportifs lorsque ces personnels existent déjà au sein de l'établissement.

IV. - INSTALLATIONS

Article 11

La surface des chambres individuelles des enfants ou adolescents est l'au moins 10,5 mètres carrés.

Les chambres collectives comprennent au maximum 4 lits, pour une surface d'au moins 10 mètres carrés par lit.

L'écart entre chaque lit est de 1,5 mètre au moins.

Les fenêtres des chambres et de l'ensemble des locaux sont situées à une hauteur permettant notamment aux jeunes handicapés en fauteuil roulant de bénéficier constamment d'une vue sur l'extérieur.

Article 12

Le mobilier des chambres et le matériel des locaux sont accessibles, sans danger et facilement utilisables par les enfants ou adolescents.

Le matériel devra, dans toute la mesure du possible, se rapprocher du matériel normalement utilisé par les enfants non handicapés ; toutefois il peut être parfois nécessaire de l'adapter à chacun des problèmes individuels rencontrés par les enfants ou adolescents.

Article 13

Les lavabos, en nombre suffisant, sont pourvus de robinets spéciaux accessibles aux jeunes infirmes et munis de dispositifs leur garantissant l'équilibre.

Une baignoire ou une installation de douches avec siphon de sol est exigée à raison d'une pour au plus quatre enfants. La baignoire comporte une main courante ; un dégagement assez grand est prévu dans la pièce pour une aide éventuelle et l'utilisation de matériel de portage.

L'établissement prévoit un espace suffisant pour l'installation de tables de change.

Des toilettes adaptées et accessibles pour tout type de handicap, sans aide pour un certain nombre d'entre elles et avec aide pour d'autres, sont installées, à raison d'un bloc-toilettes commun pour quatre enfants ou adolescents.

Article 14

L'établissement dispose de portes à ouverture automatique aux points d'accès principaux.

Les couloirs utilisés par les enfants ou adolescents sont les plus spacieux possibles, ne comportent aucune piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles et sont constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol.

Les murs sont protégés par des pare-chocs et des revêtements adaptés et sont munis de mains courantes.

Des installations de soulève-malades, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmierie.

L'établissement dispose d'un matériel d'oxygénothérapie et d'aspiration ; le personnel soignant reçoit la formation nécessaire à son utilisation sous la responsabilité d'un médecin de l'établissement en cas d'urgence et dans l'attente de l'intervention des services spécialisés.

Article 15

L'établissement comprend des salles destinées aux activités de groupes ainsi que des salles adaptées aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents pris en charge, notamment des installations de balnéothérapie.

V. - SERVICE D'ÉDUCATION SPÉCIALE ET DE SOINS A DOMICILE

Article 16

Il peut être créé un service d'éducation spéciale et de soins à domicile rattaché à l'établissement ; ce service peut être également autonome.

Son action est orientée, selon les âges, vers :

- la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, le traitement et la rééducation qui en découlent, le développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;
- le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent (domicile ; crèche ; école ; collège ; lycée...) et dans les locaux du service.

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile œuvre en liaison étroite avec les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile et les centres d'action médico-sociale précoce.

Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Article 17

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile comprend une équipe médicale et paramédicale telle que définie à l'article 9 ci-dessus.

Il comprend également des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants ou adolescents.

Il comprend en tant que de besoin un ou des enseignants spécialisés.

Article 18

Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile est autonome, la direction en est assurée par un directeur possédant les qualifications et les aptitudes requises à l'article 10 de l'annexe XXIV et exerçant la responsabilité dans les conditions définies à l'article 8 de la présente annexe.

L'un des deux médecins mentionnés à l'article 9 assure :

- l'application du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents ;
- en liaison avec le médecin de famille et au besoin avec les services hospitaliers, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents.

Article 19

Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile intervient dans le cadre de l'intégration scolaire, une convention passée avec, selon les ordres d'enseignement, l'inspecteur d'académie ou le chef d'établissement scolaire précise les conditions d'intervention du service dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'ensemble.

Elle précise également les modalités d'intervention des personnels spécialisés (lieux, durée, fréquence, réunions de synthèse...) ; lui est annexée la liste des personnels enseignants et spécialisés appelés à intervenir auprès des enfants ou adolescents, avec leurs qualifications et statuts.

Article 20

Chaque section ou service fait l'objet d'un arrêté d'autorisation dans les conditions prévues par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée sus-visée.

VI. - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21

A titre dérogatoire, sont maintenues les autorisations des établissements et services implantés dans les villes universitaires et qui accueillent des étudiants présentant des conditions fonctionnelles ou neuromotrices rendant impossible le suivi d'études universitaires dans des conditions normales.

Mis à part les établissements existants spécialement conçus pour collégiens, lycéens et étudiants, ces établissements et services, géographiquement distincts des établissements d'éducation spéciale, peuvent accueillir des jeunes adultes jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

Ils concourent à l'intégration universitaire et culturelle de ces étudiants. A cette fin ils passent convention avec les autorités universitaires en vue de préciser les obligations réciproques des services.

Article 22

Sauf dispositions contraires, comprises dans le corps de cette annexe, sont applicables aux établissements et services les dispositions suivantes de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 :

- titre II, article 7 ;
 - titre III, articles 10, 12, 13 et 14 ;
 - titre IV, articles 15 à 25 ;
 - titre V ;
 - titre VI.
-

ANNEXE XXIV *ter*

Polyhandicapés

Conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés

I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Sont visés par la présente annexe les établissements et services qui prennent en charge des enfants ou adolescents présentant un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.

Article 2

La prise en charge concerne les enfants ou adolescents polyhandicapés à tous les stades de l'éducation.

L'action de l'établissement ou du service comporte :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant, notamment dans la révélation des déficiences et des incapacités, la découverte de leurs conséquences et l'apprentissage des moyens de relation et de communication ;
- l'éveil et le développement des potentialités selon des stratégies individualisées ;
- un enseignement adapté pour l'acquisition de connaissances ;
- l'amélioration et la préservation des potentialités motrices, notamment par l'utilisation de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et également par l'utilisation d'aides techniques ;
- la surveillance et le traitement médical ;
- la surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthétiques ;
- l'enseignement des différents actes de la vie quotidienne en vue de l'acquisition du maximum d'autonomie ;
- l'éducation nécessaire en vue du développement optimal de la communication ;
- la découverte du monde extérieur ;

- des actions tendant à découvrir et à développer la personnalité et la capacité à vivre en groupe.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge.

Article 3

La famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre et à son suivi.

L'équipe médico-psycho-éducative de l'établissement ou du service fait parvenir aux familles, au moins tous les six mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent.

Chaque année les parents sont destinataires d'un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent.

Les parents sont saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.

Article 4

Les établissements visés à la présente annexe satisfont aux lois et règlements en vigueur relatifs à l'enseignement.

II. - ORGANISATION DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE

Article 5

L'organisation générale de l'établissement permet de prendre en charge l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année. A cet effet l'établissement maintient auprès des enfants ou adolescents le personnel nécessaire.

L'établissement peut accueillir temporairement des enfants ou adolescents qui ne peuvent être continuellement gardés par leur famille, soit dans le cadre du projet thérapeutique et éducatif individuel, soit en cas d'urgence.

Les enfants ou adolescents sont répartis en petits groupes de vie.

Article 6

Toutes les fois que cela est possible, les enfants ou adolescents poly-handicapés demeurent hébergés dans leur famille.

L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat ou en internat. Dans ce dernier cas, il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère, dans des internats gérés par d'autres organismes, dans la limite du nombre total de lits autorisés, ou dans des centres d'accueil familial spécialisé.

Article 7

La prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent est globale. L'ensemble des personnels mentionnés à l'article 8 y participe dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé. Le direc-

teur de l'établissement, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, en assure la cohérence et la responsabilité d'ensemble, ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse.

III. - LES PERSONNELS

Article 8

L'établissement s'assure le concours d'une équipe médicale, paramédicale, psychosociale et éducative comprenant au moins :

- un médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelles,
- un pédiatre.

L'un de ces deux médecins :

- veille à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif pour les enfants ou adolescents ;
 - assure, en liaison avec les autres médecins attachés à l'établissement, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec les médecins habituels de la famille ;
 - assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux ;
- un psychiatre.

Ainsi que des membres des professions suivantes :

- kinésithérapeute ;
- ergothérapeute ;
- psychomotricien ;
- orthophoniste ;
- orthoptiste ;
- infirmier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant ;
- éducateur spécialisé, moniteur éducateur, éducateur de jeunes enfants et éducateur technique spécialisé ;
- éventuellement, instituteur spécialisé ;
- aide médico-psychologique ;
- assistant de service social ;
- un psychologue.

En fonction des besoins des enfants et des équipes de l'établissement :

- d'autres médecins qualifiés spécialistes ou compétents ;
- un diététicien ;
- d'autres auxiliaires médicaux ;
- des rééducateurs divers.

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

Le concours demandé à ces médecins spécialistes permet l'examen complet de tous les enfants une fois par semestre et une surveillance médicale régulière.

Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.

Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec des établissements hospitaliers, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, des services de dépistage et de diagnostic, des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psychopédagogiques, d'autres établissements ou services d'éducation spéciale ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

En particulier, une convention est passée avec un établissement hospitalier possédant un service de réanimation susceptible d'intervenir dans des délais rapprochés.

IV. - INSTALLATIONS

Article 9

La surface des chambres individuelles des enfants ou adolescents est d'au moins 10,5 mètres carrés.

Les chambres collectives comprennent au maximum 4 lits pour une surface d'au moins 10 mètres carrés par lit.

L'écart entre chaque lit est de 1,5 mètre au moins.

Les fenêtres des chambres et de l'ensemble des locaux sont situées à une hauteur permettant notamment aux jeunes handicapés en fauteuil roulant de bénéficier constamment d'une vue sur l'extérieur.

Article 10

Le mobilier des chambres et le matériel des locaux sont accessibles, sans danger et facilement utilisables par les enfants ou adolescents.

Le matériel devra, dans toute la mesure du possible, se rapprocher du matériel normalement utilisé par les enfants non handicapés ; toutefois il peut être parfois nécessaire de l'adapter à chacun des problèmes rencontrés par les enfants ou adolescents.

Article 11

Les lavabos, en nombre suffisant, sont pourvus de robinets spéciaux accessibles aux jeunes infirmes et munis de dispositifs leur garantissant l'équilibre.

Une baignoire ou une installation de douches avec siphon de sol est exigée à raison d'une pour au plus quatre enfants. La baignoire comporte une main courante ; un dégagement assez grand est prévu dans la pièce pour une aide éventuelle et l'utilisation de matériel de portage.

L'établissement prévoit un espace suffisant pour l'installation de tables de change.

Des toilettes adaptées et accessibles pour tout type de handicap, sans aide pour un certain nombre d'entre elles et avec aide pour d'autres, sont installées, à raison d'un bloc-toilettes commun pour quatre enfants ou adolescents.

Article 12

L'établissement dispose de portes à ouverture automatique aux points d'accès principaux.

Les couloirs utilisés par les enfants ou adolescents sont les plus spacieux possibles, ne comportent aucune piste de marche ou de circulation avec des difficultés ou des obstacles et sont constitués de matériaux permettant l'adhérence au sol.

Les murs sont protégés par des pare-chocs et des revêtements adaptés et sont munis de mains courantes.

Des installations de soulève-malades, fixes ou mobiles, sont prévues dans les locaux de rééducation, dans certains sanitaires et dans l'infirmierie.

L'établissement dispose d'un matériel d'oxygénothérapie ; le personnel soignant reçoit la formation nécessaire à son utilisation, en cas d'urgence, sous la responsabilité d'un médecin de l'établissement, et dans l'attente des services spécialisés.

Article 13

L'établissement comprend des salles destinées aux activités de groupes ainsi que des salles adaptées aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents pris en charge, notamment des installations de balnéothérapie.

V. - SERVICE DE SOINS ET D'AIDE A DOMICILE

Article 14

Il peut être créé un service de soins et d'aide à domicile rattaché à l'établissement.

Son action est orientée vers :

- d'une part, la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à six ans, comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et le développement psychomoteur initial de l'enfant ainsi que le développement de la communication ;
- d'autre part, pour l'ensemble des enfants et adolescents, le soutien aux acquisitions de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux et psychosociaux adaptés.

Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant (domicile, crèche, etc.) et dans les locaux du service.

Le service de soins et d'aide à domicile œuvre en liaison étroite avec les services hospitaliers, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les services de dépistage et de diagnostic, les centres d'action médico-sociale précoce, les centres médico-psycho-pédagogiques, les autres établissements ou services d'éducation spéciale ou les intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Des conventions peuvent être passées pour certaines prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Article 15

Chaque section ou service fait l'objet d'un arrêté d'autorisation dans les conditions prévues par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée sus-visée.

VI. - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 16

Sauf dispositions contraires comprises dans le corps de cette annexe, sont applicables aux établissements et services les dispositions suivantes de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989:

- titre II, article 7 ;
- titre III, articles 10, 12 et 14 ;
- titre IV, articles 15 à 25 ;
- titre V ;
- titre VI.



**MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS OU ADOLESCENTS DEFICIENTS INTELLECTUELS OU
INADAPTES PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'EDUCATION
SPECIALE**

Circulaire du 30 octobre 1989

B.O.E.N N° 45-14/12/89

Modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale

NOR : MENE8950566A

RLR : 516-1

Circulaire du 30 octobre 1989

(Éducation nationale, Jeunesse et Sports : Écoles, Lycées et Collèges ; Solidarité, Santé et Protection sociale : Action sociale ; Handicapés et Accidentés de la vie).

Texte adressé aux recteurs, aux préfets de région - directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (pour information) - aux préfets de département - directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (pour exécution) - et aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation nationale.

Depuis l'introduction du texte primitif de l'annexe XXIV au décret de 1956, de nombreux événements ont marqué le secteur de l'enfance handicapée ou inadaptée.

C'est en premier lieu l'introduction de conditions d'agrément spécifiques pour les établissements pour handicapés moteurs ou déficients sensoriels et la réforme intervenue en 1970.

Il s'agit également de la mise en place de la sectorisation psychiatrique et singulièrement en 1972 de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.

C'est le vote de la loi d'orientation de 1975 qui a prévu le droit à l'éducation pour les enfants handicapés quelle que soit la nature de leur handicap.

C'est enfin l'intervention des circulaires du 29 janvier 1982 et du 29 janvier 1983 relatives à l'intégration scolaire.

Le changement de cadre législatif, le changement des pratiques des équipes médico-éducatives, la façon même d'appréhender le handicap ou l'inadaptation des enfants, le souci de plus en plus pressant d'un nombre croissant de familles de garder près d'elles leurs enfants rendaient nécessaire une modification des textes régissant les conditions d'autorisation des établissements.

C'est la raison pour laquelle non seulement les textes afférents à la prise en charge des handicapés physiques et sensoriels ont été modifiés mais également le texte de base que constitue l'annexe XXIV en même temps qu'elle régit la prise en charge des enfants déficients intellectuels ou inadaptés.

I. Reconnaître les besoins de l'enfant ou de l'adolescent

Deux types d'établissements ou de services pourront être autorisés au titre de l'annexe XXIV du décret de 1956.

D'une part, ceux qui accueillent des enfants principalement déficients intellectuels nécessitant une éducation spécialisée.

D'autre part, ceux qui accueillent des enfants et adolescents ayant des troubles du comportement.

Pour ceux des enfants qui présentent essentiellement une déficience intellectuelle, l'évaluation clinique va au-delà des tests psychométriques. Elle insistera sur la dynamique évolutive de chaque individu, riche de potentialités parfois insoupçonnées et sur l'importance des interactions entre l'enfant et son environnement familial et social.

L'abord plus précoce des retards ou des dysharmonies dans le développement des enfants a montré que les troubles évolutifs de la personnalité étaient plus fréquents qu'on l'imaginait il y a quelques décennies, et que même dans les cas d'éventuelle atteinte cérébrale, il n'y avait pas de parallélisme entre celle-ci et le niveau intellectuel.

On sait que les psychoses infantiles, considérées à l'époque comme une catégorie assez exceptionnelle, sont

plus fréquentes qu'on l'imaginait alors ; elles peuvent prendre des modes d'expression très divers, dont celui d'une déficience intellectuelle profonde, en même temps que des tableaux de psychose infantile chez des enfants et adolescents d'intelligence normale peuvent d'une certaine manière « se cicatrifier » sur un mode déficitaire. De même, des dysharmonies évolutives précoces non traitées peuvent aboutir à des organisations de type déficitaire.

Par ailleurs, des organisations névrotiques dans lesquelles l'inhibition est au premier plan peuvent prendre l'allure d'obtusité intellectuelle sévère, obérant tout apprentissage scolaire.

Aussi la constatation d'une déficience intellectuelle, au sens de l'OMS, justifie-t-elle une évaluation clinique.

Inversement, le diagnostic médical n'est indicatif que de la cause de la déficience intellectuelle et n'autorise pas à faire l'économie de l'évaluation complexe des capacités cognitives et interactives de l'enfant qui seule permet de déterminer les besoins spécifiques d'éducation.

En tout état de cause, le repérage de la déficience intellectuelle ne saurait s'effectuer uniquement sur des tests psychométriques et encore moins sur un seul d'entre eux. L'intelligence ne pouvant plus être considérée comme une fonction et une capacité univoque, il est indispensable de consacrer du temps et des moyens à l'évaluation des capacités et limites cognitives de chaque enfant avant toute orientation et de renouveler cette évaluation au cours de l'évolution. L'observation continue, l'usage de *plusieurs* types de tests psychométriques (tests verbaux et de performance, échelles de capacités sociales...) doivent être conjugués avec des entretiens et des tests de personnalité dès lors que l'on cherche à faire leur juste place aux différents axes des fonctions cognitives : déficiences de logique, mémorisation, perception, communication, intérêt, attention... dont l'association chez chaque enfant est originale et doit servir de base à la construction d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé.

On considérera que l'item réussi au meilleur niveau dans les épreuves psychométriques est indicatif du potentiel d'apprentissage qu'il s'agit de rendre effectif par l'éducation et les rééducations et thérapies spécialisées.

Toute décision d'orientation doit donc être précédée d'un bilan clinique approfondi comprenant, outre la dimension psychopathologique, un examen somatique permettant de repérer les déficiences associées. Ce bilan est effectué par une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin et comprenant notamment un psychiatre d'enfants.

C'est au regard de cette évaluation que des mesures pourront être proposées en fonction du gradient thérapeutique ou pédagogique nécessaire et de l'environnement familial.

L'orientation par la commission d'éducation spéciale vers un établissement médico-éducatif ne se justifie qu'en réponse à une telle analyse de besoins. Elle ne peut être acceptée que dès lors que les difficultés d'acquisitions sont manifestes et touchent à l'ensemble des domaines d'activité de l'enfant tant dans son développement psychomoteur que dans les acquisitions cognitives.

Ainsi le seul retard dans l'une ou l'autre des acquisitions scolaires, s'il n'est pas aggravé de troubles ou déficiences associées, ne saurait justifier un placement en institut médico-pédagogique.

Par contre, une prise en charge ambulatoire pratiquée selon les cas par un service d'éducation spéciale et de soins à domicile, un centre médico-psycho-pédagogique ou le secteur de psychiatrie infanto-juvénile peut contribuer à maintenir en milieu ordinaire ces enfants ou adolescents.

On retiendra, de plus, que la déficience mentale, ou son niveau, ne peut plus être considéré de manière univoque comme un état définitif, fixé, sur lequel un simple apprentissage limité et adapté suffirait.

Pour ces enfants, l'axe prédominant du projet consiste à prendre en compte le retard mental et donc à faciliter les acquisitions et en particulier le développement d'une autonomie maximale, l'apprentissage notamment de la lecture et des notions élémentaires de calcul comme moyen de communication et d'autonomie.

Quant au second groupe d'enfants ou d'adolescents présentant des troubles du comportement, il s'agit le plus souvent d'enfants d'intelligence normale ou quasi normale, dont l'échec scolaire sévère se confirme pourtant au cours des ans, tandis que se développent des troubles du comportement. Il n'est pas rare que ces enfants ou adolescents aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans leur petite enfance avec parfois des placements précoces ; il peut arriver qu'un juge des enfants ait déjà été saisi à leur propos.

Il importe toutefois de noter que l'objet des établissements et services relevant de l'annexe XXIV n'est pas d'accueillir des enfants en difficulté sociale, sauf dans le cas où, éventuellement du fait de ces difficultés, ces enfants présentent des déficits ou des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ou d'un projet thérapeutique défini par l'article premier de cette annexe.

Ces raisons expliquent la grande prudence qui devra être de règle avant de décider d'une orientation de tels enfants vers un établissement relevant de l'annexe XXIV. Il arrive en effet fréquemment que les troubles du comportement ou de la personnalité (par exemple, refus des tests) masquent les aptitudes intellectuelles des enfants ou des adolescents.

On relèvera par exemple que des décalages pourront

exister entre des épreuves verbales effondrées et des tests de performance réussis dans la zone de normalité.

Par ailleurs l'existence d'une autonomie sociale et de vie quotidienne bien acquise en regard d'un retard des acquis cognitifs doit également faire mettre en doute une déficience intellectuelle supposée, en particulier chez les enfants issus de milieux défavorisés, ou maniant mal la langue française, ou sujets à placements itératifs.

En outre l'orientation systématique des enfants en difficulté sociale, et de ce fait en difficulté scolaire, vers les établissements relevant de l'annexe XXIV, plutôt que de leur apporter le soutien dont ils ont besoin, risquerait d'encourager des solutions de retrait vis-à-vis de la société dans son ensemble.

Le projet individuel doit être alors l'occasion de reconstruire un projet personnel avec l'intéressé, et non pas être simplement la sanction d'un rejet à la fois scolaire et familial.

C'est ainsi que l'institut de rééducation se doit d'être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ou l'adolescent ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap.

II. Préciser le rôle de la famille dans la prise en charge

La loi d'orientation de 1975 a rappelé que le pouvoir de décision en matière de choix d'établissement appartenait à la famille. Il importe aujourd'hui de rappeler que le rôle de la famille ne se borne pas à manifester ce choix, mais s'exerce dans le cadre de la prise en charge.

Suivant en cela l'orientation qu'ils avaient prise dès 1988, les pouvoirs publics ont tenu à inscrire, dans les textes régissant les établissements et services, le rôle et la place de la famille.

1. La famille doit être informée

Cette information vise les divers aspects de la prise en charge et de l'éducation, tout en sachant que certaines prises en charge thérapeutiques, telles que la psychothérapie, impliquent le respect du secret de l'enfant.

La famille doit être régulièrement tenue au courant de l'état de santé de l'enfant, de ses acquisitions scolaires et autres, de ses activités.

Il est rappelé que tout fait relevant de la responsabilité parentale doit être porté à la connaissance des parents.

2. La famille doit être associée

Elle doit en effet, chaque fois qu'elle le désire, jouer

un rôle actif dans la prise en charge. Elle doit donc être associée aux différentes phases du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, c'est-à-dire à son élaboration, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.

Pour autant, elle ne peut se substituer au thérapeute ou lui être assimilée.

3. La famille doit être soutenue

L'annexe XXIV fait figurer parmi les missions de l'établissement ou du service l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant.

En particulier dans la prime enfance, il peut être intéressant de recourir, lorsque la prise en charge par un centre d'action médico-sociale précoce ne paraît pas plus indiquée, à l'intervention d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile au titre de l'éducation précoce.

4. Les contacts avec la famille doivent être maintenus et favorisés

On recherchera, chaque fois qu'il n'y aura pas de contre-indication, à maintenir l'enfant dans sa famille.

L'internat devra être réservé aux cas exceptionnels, et en particulier à ceux dans lesquels la famille n'est pas en mesure, compte tenu de sa situation ou de l'extrême lourdeur des handicaps, ou désireuse d'accueillir l'enfant ou l'adolescent, ou à ceux dans lesquels il est souhaitable qu'une distanciation avec le milieu familial intervienne, ou encore dans les cas où la famille demande à être temporairement relayée.

La préférence sera donnée aux formules d'externat, de semi-internat ou de services à domicile.

Les implantations d'établissements ne devront pas être effectuées trop loin des lieux d'habitation de la plupart des familles et, pour cette raison, on pourra préférer des implantations urbaines. De manière générale, l'établissement se donnera pour objectif de faciliter tant les visites des parents que les retours des enfants dans leur foyer. Quand ceux-ci s'avèrent particulièrement difficiles, des solutions alternatives seront organisées.

La commission départementale de l'éducation spéciale devra veiller à ce que dans la mesure du possible les placements d'enfants ne se traduisent pas par des éloignements importants.

5. Lorsqu'il n'existe pas de famille en mesure de s'occuper de l'enfant ou de l'adolescent, l'établissement ou le service informeront les personnes qui d'une manière ou de l'autre remplissent leur rôle de substitution (tuteurs, service de l'aide sociale à l'enfance).

III. Développer l'éducation précoce des enfants handicapés mentaux

La prise en charge de l'enfant handicapé mental doit être adaptée dès le départ à ses besoins, à ses problèmes, à ceux de sa famille. La prise en compte des difficultés parentales est indissociable de l'aide à apporter à l'enfant.

A. Nécessité de l'aide aux parents

Les déficits, les troubles peuvent être reconnus dès la naissance ou très précocement. Ils sont encore aujourd'hui trop souvent accompagnés d'un pronostic exempt de proposition dynamique.

La souffrance parentale peut induire un dysfonctionnement de la relation affective avec l'enfant qui pourra éventuellement se traduire selon le cas par des attitudes de surprotection ou au contraire des réactions de rejet. Dans certains cas ces attitudes entraîneront une demande d'hypermédicalisation, ou à l'opposé une revendication strictement éducative excluant toute approche médicale ou psychologique.

Les professionnels doivent tenir compte de l'existence et de l'intensité de ces réactions pour situer les problèmes de l'enfant dans son cadre familial.

Le travail de prise en charge précoce accompli au sein de centres d'action médico-sociale précoce ou de services d'éducation spéciale à domicile tend alors à recréer une dynamique familiale en vue :

- d'apporter les explications nécessaires, d'ouvrir des perspectives d'avenir ;
- de modifier le sentiment d'échec dans la relation filio-parentale en vue de permettre l'intégration de l'enfant dans sa propre famille ;
- de conseiller les parents par exemple en les amenant à réduire les ruptures par rapport au mode de vie antérieur.

Il contribue également à soutenir les parents dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes auprès de l'enfant.

B. Le travail auprès de l'enfant sera nécessairement pluridisciplinaire

Les difficultés auxquelles se heurte l'enfant proviennent à la fois de sa symptomatologie mais également de sa situation affective.

Il faut donc très souvent répondre à la fois à la présence de troubles neuro-moteurs, de troubles métaboliques et immunologiques, à l'existence éventuelle de troubles somatiques ainsi qu'à des retards psychomoteurs, à des difficultés intellectuelles ou à des problèmes individuels et familiaux.

L'action de l'équipe médico-éducative est présentée à l'enfant sous la forme la plus active possible. L'enfant doit garder un temps de jeux ; le jeu libre ne doit pas perdre sa propre finalité au profit d'un objectif purement éducatif.

L'enfant devra être placé dans des situations exploratrices et manipulatrices sources de plaisir dans les jeux qui lui permettront de découvrir et de mobiliser ses potentialités.

Seront ainsi créées les occasions :

- d'une relation réciproque entre parents et enfants,
- de communications non verbales,
- de reconnaissance du babillage,
- d'acquisition de connaissances non linguistiques (identification des objets regardés et verbalisés)
- de pré-conversation ;

Les actions de soutien technique prennent toute leur valeur lorsqu'elles sont resituées dans une perspective de développement de la personnalité, d'investissement social et d'acquisition de l'autonomie. La famille, les crèches, les jardins d'enfants, l'école maternelle sont d'abord sollicités. Les interventions spécialisées sont réalisées le plus possible sur le mode ambulatoire. On évitera chaque fois que possible, avant l'âge de six ans, l'accueil en établissement ou en structure spécialisée.

L'éducation précoce, enfin, se donnera pour objectif de préparer l'enfant à l'entrée à l'école.

IV. Conforter la mission d'intégration scolaire du service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Les établissements et services médico-éducatifs constituent l'une des modalités de soutien à l'intégration scolaire d'enfants malades ou handicapés ; les institutions du secteur psychiatrique infanto-juvénile, les centres médico-psychopédagogiques, les praticiens libéraux, en constituent d'autres qui selon les cas peuvent se révéler nécessaires et œuvrent en coopération selon la nature des troubles.

Dans ce cadre, il y a lieu de préciser et de renforcer cette forme particulière de soutien à l'intégration scolaire que sont les services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Le titre VII de l'annexe XXIV organise ces services et leur confie explicitement une mission de soutien à l'intégration scolaire.

Il s'agit là de l'inscription dans le droit positif des principales dispositions de la circulaire du 29 janvier 1983 relative à la mise en place des actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration scolaire.

Ce renforcement juridique était d'autant plus nécessaire que l'intervention des services tend à devenir désormais un mode d'intervention répandu des équipes médico-éducatives.

Le choix entre autonomie du service ou en liaison organique avec un établissement s'effectuera selon les meilleures opportunités.

Le rattachement à l'établissement facilite l'acquisition de l'assise technique et professionnelle nécessaire ainsi que les contrats entre établissements médico-social et scolaire pour une intégration scolaire individualisée. Il permet également d'assurer la continuité de la prise en charge de l'enfant au fur et à mesure qu'on le fait évoluer vers une intégration de plus en plus accentuée ou le recours au plateau technique de l'établissement spécialisé.

L'autonomie se justifie lorsqu'aucun établissement n'existe à proximité ou lorsque les établissements en place n'ont ni la vocation ni le désir de s'adjoindre un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Un service autonome peut également être créé lorsque les familles manifestent la volonté d'éviter pour leurs enfants le rattachement à un établissement. Enfin l'autonomie du service facilite la mise en œuvre effective de l'intégration scolaire par des techniques éducatives plus adaptées et la réalisation d'initiatives innovantes.

S'ils sont autonomes, ils doivent être dirigés par un directeur possédant les qualifications et aptitudes requises et assurés du concours d'un médecin responsable de l'équipe médicale et paramédicale capable de veiller à l'application du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents.

Le service comportera une équipe médicale et paramédicale suffisamment étoffée, les personnels éducatifs nécessaires ainsi qu'un ou des enseignants spécialisés.

Son action se développera dans le cadre d'une continuité avec l'ensemble des intervenants sanitaires et médico-sociaux concernés par l'enfant de sorte qu'il n'en résulte ni rupture ni contradiction thérapeutiques.

Les modalités de la coopération avec les établissements scolaires d'accueil feront toujours l'objet de conventions ou de contrats avec les autorités responsables de l'Éducation nationale.

La direction départementale des Affaires sanitaires et sociales en reçoit communication.

La prise en charge des frais de transport liés à la mise en œuvre des actions d'intégration scolaire est effectuée conformément aux dispositions réglementaires y afférentes.

V. Prévenir l'exclusion scolaire des enfants ou adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement n'exigent pas l'accueil en établissement spécialisé

La visée préventive de cette action exige une coopération des personnels spécialisés et de l'école prenant en compte le contexte familial, social et culturel de l'enfant ou de l'adolescent.

Le repérage précoce de ces difficultés, la recherche de solutions adaptées ne doivent pas conduire à proposer immédiatement une orientation vers un établissement ou un service médico-éducatif.

Le rôle que peuvent jouer les personnels spécialisés et notamment de santé est essentiel dans l'évaluation individuelle d'un enfant en difficulté. Les difficultés scolaires doivent alors être situées par rapport à la souffrance de l'enfant, à la dimension psycho-pathologique de celle-ci et à la place qu'il occupe dans son environnement familial et social.

Les différents modes d'interventions spécialisées doivent être envisagés tant dans le secteur sanitaire que médico-social, voire social.

Une coopération doit donc s'engager entre les enseignants et les personnels spécialisés respectant les responsabilités, les compétences et l'indépendance technique de chacun.

Elle permettra :

- d'informer les enseignants et les familles, dans le respect du secret médical, afin notamment de lever les obstacles s'opposant apparemment à l'intégration d'un enfant ;

- de proposer aux enseignants, dans le cadre de groupes pluridisciplinaires, une réflexion leur permettant notamment de reconnaître les multiples modalités selon lesquelles s'expriment chez l'enfant une souffrance, un manque, une incapacité, un conflit, une plainte et de les rapporter à leur véritable signification ;

- de pratiquer un soutien individualisé des enfants qui doivent alors pouvoir bénéficier des soins et des rééducations leur permettant de suivre la meilleure scolarité possible.

La complémentarité des équipes se double à ce stade de la complémentarité des lieux tant pour la dispense des soins que pour les rencontres interdisciplinaires de synthèse.

En effet, certains examens, certaines thérapies sont réalisables à l'école, d'autres ne le sont pas. Les décisions en ce domaine seront prises en commun, en fonction des critères psychopathologiques et pédagogiques, à partir d'un échange approfondi entre les ensei-

gnants, les médecins, les personnels sociaux et para-médicaux et les parents afin de retenir toutes les données du problème dans chaque cas particulier.

De même, pour les rencontres entre enseignants et personnels spécialisés l'endroit le mieux adapté ne saurait être fixé préalablement de façon arbitraire ; c'est affaire de cas, de circonstance, de disponibilité des personnes concernées. Il convient de marquer ici l'écart entre le temps individualisé de l'évaluation clinique ou de la thérapie, le temps scolaire avec ses rythmes propres, les temps collectifs institutionnalisés.

Les aides modulées aux parents constituent un aspect important du travail entrepris, les modes et les lieux de rencontre avec les familles exigent la même discrimination et la même souplesse.

En tout état de cause, l'orientation de l'adolescent vers un institut de rééducation ne doit être envisagée qu'après une étude du cas prenant en compte les différentes solutions possibles, aussi bien dans le secteur sanitaire que médico-social, préalablement à la saisine de la commission d'éducation spéciale. Autant que possible, on utilisera la variété des modes d'intervention du secteur médico-éducatif (service d'éducation spéciale et de soins à domicile ; externat ; internat) pour maintenir si possible un lien avec l'école ordinaire. La déclinaison de ces différentes formes d'intervention doit permettre de s'adapter à l'histoire individuelle de l'enfant qui peut comporter des alternances de régression et de progression. Elle permet de garder une continuité dans la liaison avec l'école allant de l'intégration totale et soutenue par le service d'éducation et de soins à domicile à l'enseignement spécialisé en internat et permettant de ménager des retours, selon le succès de la prise en charge, à des intégrations plus effectives.

Rappelons que le *caractère individuel* de toute décision d'orientation qui doit résulter d'une évaluation des possibilités réelles de chaque enfant entendue comme un processus continu révisable, l'intégration n'étant pas une fin en soi mais un moyen parmi d'autres de favoriser son évolution.

VI. Assurer la cohérence de la prise en charge

La prise en charge par l'établissement ou le service est une prise en charge d'ensemble qui doit présenter une grande cohérence.

Elle s'adresse à l'enfant dans son unité et dans l'ensemble de ses besoins à l'égard des apprentissages cognitifs et de vie sociale, de sa dynamique personnelle (attente, motivation, goûts et refus) et de sa vie de relation.

Elle requiert l'intervention de professionnels de différentes origines dont il importe qu'ils gardent leur spécificité. Non seulement l'exercice des responsabilités médicales, pédagogiques et éducatives est plein et entier, accompli conformément aux règles propres à ces

professions, mais l'intervention de chacun doit s'effectuer selon ses particularités sans que l'on aboutisse à faire de l'équipe médico-éducative un agrégat d'emplois polyvalents et interchangeable. Au contraire, l'enfant doit être en mesure d'identifier les rôles particuliers de chacun, les variétés qu'ils introduisent dans le rythme de ses journées. Pour autant, les clivages professionnels doivent préserver le caractère d'ensemble de l'action médico-éducative.

Le directeur est garant de la cohérence de cette action d'ensemble réunissant des interventions spécifiques. Il préside les réunions de synthèse prévues à l'article 9. Il coordonne les activités de l'établissement, dans le respect des compétences professionnelles de chacun. Il prépare, avec l'équipe médico-éducative, le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique global de l'établissement qui doit être adopté par ses instances responsables (conseil d'administration). Ce projet est un projet intégré qui évite les ségrégations internes d'enfants, les intolérances individuelles (exclusion des enfants les plus perturbateurs ou les plus régressés) et les clivages professionnels.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel est défini pour chaque enfant. Il est par nature révisable et fait l'objet d'un suivi par l'équipe médico-pédagogique. Il tient compte du fait que le parcours de l'enfant est individualisé et peut comporter des passages d'une institution à une autre (école, secteur médico-social, secteur sanitaire...).

Périodiquement, et au moins chaque année, une évaluation pluridisciplinaire de l'évolution de l'enfant est dressée par l'équipe médico-éducative. Elle permet notamment d'établir le bilan pluridisciplinaire prévu à l'article 3 de l'annexe XXIV.

A. Les enfants et adolescents doivent être éduqués

1. La pédagogie est nécessairement adaptée à la personnalité de l'enfant, à ses goûts, à ses rythmes

L'éducation de tout jeune enfant doit éveiller son intérêt. Autant que possible, elle doit correspondre à ses capacités, à ses goûts, aux données de son histoire, de son milieu de vie. Elle doit toujours éviter de se résumer en l'acquisition purement mécanique de comportements.

L'éducation en établissement d'éducation spéciale ne peut être qu'individualisée. Elle est, en effet, motivée par rapport à l'école ordinaire par la nécessité de répondre à des besoins spécifiques complexes qu'à en l'occurrence permis de révéler une évaluation approfondie et périodiquement renouvelée. Le rythme des acquisitions, en particulier, sera propre à chaque enfant.

L'éducation spéciale a pour but de répondre, après les avoir reconnus, aux besoins communs à tout enfant. Elle doit tenir compte des différentes étapes qui modulent le développement de l'enfant. En particulier, l'édu-

cation des adolescents doit tenir compte de leurs aspirations à l'autonomie et à la maîtrise des risques.

L'éducation en institut médico-éducatif et en institut de rééducation est de surcroît amenée à répondre à des besoins spécifiques.

Les pédagogies employées sont actives et individualisées, déployées en petits groupes. Elles conjuguent apports cognitifs et apprentissage d'une vie responsable dans une société.

Des pédagogies spécifiques sont employées selon les besoins :

- pédagogies concrètes, sensorielles ;
- pédagogies de compensation des carences d'environnement ;
- pédagogies intriquées avec la rééducation des troubles instrumentaux ;
- pédagogie assistée par ordinateur.

Grâce à des actions de formation continue, toutes ces méthodes doivent être connues des instituteurs spécialisés comme de l'ensemble des équipes éducatives, rééducatives et de soins afin d'aboutir à des projets coopératifs individualisés qui rassemblent autour de l'enfant les différents professionnels.

On prendra garde qu'aucune méthode ne fasse l'objet d'exclusivité institutionnelle, ce qui serait contraire à l'individualisation et à la souplesse de l'éducation. L'équipe médico-éducatrice doit en effet être capable de moduler les projets en fonction de l'enfant.

Au sein même des établissements spécialisés l'éducation spécialisée doit être en harmonie avec les objectifs d'intégration sociale et scolaire et préparer, autant que possible, la vie en milieu ordinaire :

- en faisant large place aux activités intégrées : sport, loisirs, culture, retours en famille, aux sorties à l'extérieur et aux invitations à l'intérieur de l'établissement (par exemple le gymnase, la piscine, s'ils existent...) ;
- par l'éducation à la vie sociale pratiquée dans l'établissement même. Apprendre à donner, à partager, à recevoir. Communiquer. Commenter les journaux, les événements locaux, la vie civique, les fêtes ;
- par l'intégration des apprentissages dans la vie quotidienne ;
- par des intégrations scolaires progressives et accompagnées, médiatisées par les membres de l'équipe.

Le rôle des personnels éducatifs représente une contribution essentielle à la cohérence de la prise en charge.

2. Dans le cadre de cette pédagogie, les apprentissages scolaires sont proposés aux enfants déficients intellectuels

On ne présume pas du pronostic des acquisitions ni de leur rythme. On ne recherche pas la conformité au calendrier des programmes de l'Éducation nationale. On respecte la personnalité de l'enfant, ses possibilités de régression comme de progression.

Pour autant, il n'est pas possible de considérer l'enfant déficient intellectuel même profond comme étant hors du champ éducatif et pédagogique. L'école doit être présente dans l'établissement d'éducation spéciale.

Sans acharnement douloureux, on recherche le développement par le succès de l'action entreprise en s'appuyant, à un moment donné, sur celles des potentialités de l'enfant qui se prêtent le mieux à une action éducative.

Chaque enfant ne pourra forcément atteindre tous les stades du développement éducatif dans l'ensemble des champs proposés. Il importe de repérer ceux de ces champs qui, à une époque donnée, pourront le conduire à un progrès réel, source d'épanouissement personnel, de meilleure adaptation au monde, à son environnement.

Il importe de ne proposer, à chaque fois, des stades ultérieurs et plus complexes que si les éléments préalables ont été suffisamment intégrés pour que des nouvelles connaissances proposées ne se présentent pas sous la forme d'acquisitions mécaniques dépourvues de sens et de possibilités d'application (par exemple connaissance par cœur de séries de nombres sans compréhension de leurs rapports de grandeur).

a) Éducation psychomotrice ; consolidation du langage oral

Une éducation psychomotrice permettant de développer la maîtrise corporelle et l'habileté gestuelle est le point d'appui des apprentissages ultérieurs.

Elle peut être trouvée dans l'éducation physique, les jeux éducatifs, les activités rythmiques et fabricatrices. Réalisations tangibles, celles-ci doivent avoir une signification immédiate pour les enfants.

Elle a pour objectif :

- l'éducation du sens de l'espace et du temps : notions de positions, de contiguïté, reconnaissance des formes, notion de gauche et de droite, reproduction et reconnaissance des rythmes ;
- la coordination des mouvements, le développement de l'adresse et de la précision du geste (par exemple, limitation de l'espace graphique à celui d'une feuille).

On apportera une attention particulière à l'éveil et à la consolidation du langage oral. La vie des enfants four-

nit les occasions de faire naître le besoin de la parole et de susciter les échanges. On évitera d'exiger prématurément un langage trop élaboré, l'important étant d'abord que les enfants parlent.

Sans méconnaître l'importance du rôle qui revient à l'adulte, on fera appel à l'initiative des élèves, on permettra à leur spontanéité de s'exprimer. L'enseignant suscitera, animera, guidera.

Naturellement, il faudra tenir compte des cas dans lesquels le refus de s'exprimer ne peut pas être surmonté par une action pédagogique mais relève spécifiquement de la thérapie.

L'initiation aux notions élémentaires de quantité pourra également être tentée : un peu, beaucoup, plus que, plus grand que, plus petit que, moins que, égal...

b) Les premiers apprentissages scolaires

Ils sont abordés avec les enfants qui ont atteint un degré de maturité suffisant.

L'initiation à la lecture prendra appui sur tous les modes d'expression spontanée. Cette initiation doit être liée aux intérêts de l'enfant. On veillera à ne jamais en faire un ensemble d'exercices artificiels. On associera donc toujours l'acquisition des mécanismes à la compréhension du sens.

L'apprentissage de l'écriture s'effectuera sur la base des activités préparatoires qui l'auront rendu possible, et en liaison avec celui de la lecture.

L'apprentissage du calcul sera préparé par des activités de classement et de sériation. On abordera la notion de quantité en faisant observer et réaliser des collections d'objets. On s'orientera ensuite par la manipulation des notions de grandeurs de nombre et de leurs possibles modes de combinaison. Il s'agit, à ce niveau, moins de l'acquisition d'un savoir que de la découverte par l'action des relations élémentaires sur lesquelles reposent les opérations arithmétiques. La progression sera prudente et on vérifiera toujours si le sens des opérations est bien compris.

Par la suite, et selon les résultats déjà obtenus à des âges et selon les rythmes propres à chaque enfant, selon également ses possibilités, il sera possible de consolider et développer chez l'enfant, les techniques de base de la vie intellectuelle et de l'épanouissement de la personne dans la relation sociale. Pour ce faire, on s'appuiera sur le succès rencontré dans les activités où l'enfant réussit le mieux.

Les activités de lecture seront diversifiées en faisant place à la lecture à voix haute liée à la prise de conscience du sens et au perfectionnement oral (diction, prononciation) mais aussi à la lecture silencieuse sans que le nécessaire perfectionnement de la technique soit le souci exclusif de l'enseignant.

Une importance particulière sera apportée à l'écriture non seulement pour elle-même en tant que technique d'expression mais aussi en raison de la contribution qu'elle apporte à la différenciation et à l'affinement des gestes, à la maîtrise des mouvements et du corps, à la régulation de l'activité.

Dans le calcul, on exploitera les occasions qu'offrent la vie pratique et la vie de groupe. Si des « problèmes » sont posés, on veillera à ce que ce soient ceux des enfants. Le système de mesure sera d'abord celui de la monnaie, puis les capacités des poids et les longueurs rapportées aux objets et appareils courants dans la vie de l'enfant.

Dans le calcul également tout formalisme devra être exclu ; seule la compréhension réelle importe.

Les occasions d'utiliser le langage écrit seront saisies, par exemple par le courrier envoyé à des personnes connues, à la famille. On recherchera les occasions de renforcer l'intérêt de l'enfant et de l'appeler sur le contenu et l'utilité des textes en liaison avec la vie sociale de l'enfant dans son milieu.

On donnera leur part à l'éducation gestuelle, à l'éducation manuelle et à l'éducation musicale.

L'étude du milieu, celle de l'histoire et de la géographie, ne prendront pas une forme systématique. Elle procédera notamment des pénétrations du milieu extérieur dans les établissements notamment par l'audio-visuel.

Enfin, on veillera aux exercices de la vie pratique et d'acquisition de l'autonomie. Sans prétendre recenser toutes les situations que l'enfant sera susceptible de rencontrer dans sa vie pratique, il conviendra surtout de lui donner l'occasion d'exercer son jugement dans la recherche des conduites les mieux ajustées. L'idée de l'existence de situations changeantes devra dominer ces apprentissages. Il ne peut qu'être utile aux enfants de l'un et l'autre sexe de savoir s'habiller, entretenir ses vêtements, veiller à la propreté de son logement, apprendre à faire la cuisine et d'une manière générale les activités ménagères.

On veillera, de même, à la prévention des accidents : l'enfant qui utilisera le gaz, l'électricité, les appareils doit en connaître le fonctionnement, les conditions d'utilisation, les règles de sécurité. Ayant à circuler sur les routes ou dans les rues, il lui sera utile de connaître l'essentiel du code de la route.

c) L'enseignement professionnel des adolescents déficients intellectuels

Il est soumis aux mêmes données générales d'exercice que les différentes formes d'éducation spéciale s'adressant aux déficients intellectuels. Il est soumis à la même nécessité de s'adapter aux rythmes, à la personnalité, aux possibilités de l'élève.

Il comporte en premier lieu la poursuite et l'affinement de l'éducation psychomotrice antérieurement déployée.

Cette éducation s'attache ici à trouver des motivations et des objectifs spécifiques. Elle débouche par exemple sur une production d'objet ou sur la participation à cette production.

Remarque étant faite que l'acquisition d'une habileté manuelle fabricatrice ne peut être, sauf exception, considérée comme l'élément unique d'un enseignement professionnel destiné à déboucher sur un métier plus tard exercé par l'adolescent. Il n'est pas certain, en effet que ce soit dans les métiers où le discriminant est l'habileté manuelle pure que la personne handicapée mentale sera le mieux à même de soutenir la concurrence des non-handicapés.

Une grande part doit donc être faite d'une part à la maîtrise des machines et des techniques, d'autre part à une formation polyvalente qui doit précéder l'apprentissage professionnel proprement dit.

Cette formation polyvalente permet l'observation, la confrontation de l'adolescent aux exigences réelles de certaines tâches et donc facilite le choix professionnel. Elle renforce l'acquisition des qualités professionnelles.

L'apprentissage professionnel enfin est une fonction essentielle de l'établissement. On n'insistera jamais assez sur ce point. Une insuffisance de l'enseignement professionnel au stade de l'éducation rend nécessaire au niveau du travail le recours à des solutions moins favorables pour l'adolescent (par exemple, milieu de travail protégé plutôt que milieu ordinaire). À la limite, ce sont alors les établissements premiers employeurs qui se voient contraints d'assurer une formation qui aurait dû être délivrée en institut médico-professionnel.

La fonction de suite qui est confiée aux établissements doit leur permettre d'ajuster la formation qu'ils distribuent aux données d'exercice professionnel que leurs anciens élèves rencontrent par la suite.

Quant à la maîtrise des engins et des machines, dès lors que les conditions de sécurité en sont assurées, elle est essentielle pour confier au jeune handicapé un rôle professionnel valorisant correspondant à une utilité réelle.

d) À tous les stades l'éducation physique est mobilisée

L'éducation physique et sportive est une discipline indispensable qui contribue au développement global de l'enfant et de l'adolescent. Elle déborde le cadre des apprentissages nécessaires, ou des contenus d'animation qu'elle est amenée à proposer. Elle utilise des activités physiques, sportives et d'expression qui, en tant qu'objets culturels, se distinguent des autres pratiques corporelles de l'institution.

À ce titre, comme activité autonome, elle est confiée

à du personnel qualifié qui est chargé de son enseignement.

L'éducation physique et sportive répond aux besoins et aux intérêts généraux de l'enfant et de l'adolescent :

- besoin d'être stimulé dans toutes ses capacités,
- besoin d'une image favorable de lui-même et de s'identifier à des images gratifiantes qui donnent confiance dans ses capacités d'agir,
- besoin de s'adapter à son environnement physique,
- besoin d'établir des liens sociaux, des relations interpersonnelles.

Cet inventaire de besoins permet de spécifier les finalités de l'éducation physique et sportive :

- développement maximal des possibilités d'actions et de réactions face à l'environnement physique et humain,
- transmission d'objets culturels (les activités physiques, sportives et d'expression en tant que pratiques mentales et sociales),
- facilitation éducative (lutte contre le surmenage, concrétisation de notions abstraites...).

e) La formation générale des adolescents déficients intellectuels

On tient compte du fait que le niveau des élèves est hétérogène tant sur le plan psychique que sur celui des acquisitions scolaires. Pour un même élève le niveau des acquisitions varie selon les champs de l'éducation.

Il importe à ce stade d'éviter tout ce qui pourrait entretenir le désintérêt éventuel des enfants. En particulier, on portera attention au fait que les centres d'intérêts sont ceux des enfants et adolescents du même âge réel quels que soient les retards constatés dans les acquisitions scolaires. Il en est tenu compte dans le contenu des lectures et des activités.

On veillera en premier lieu à entretenir et perfectionner les connaissances de base sans découpage disciplinaire et selon les méthodes individualisées déjà utilisées.

On cherchera donc à s'adapter aux aptitudes et attitudes, à la personnalité de chacun. C'est à l'occasion des événements de la vie que s'effectueront les acquisitions scolaires et extra-scolaires. Pour le monde et son histoire, à ce stade, on s'attachera à la connaissance de l'histoire simplifiée de la civilisation et des faits historiques marquants et récents. En géographie, on préparera des itinéraires de voyage, on commentera les productions régionales. Il sera, à ce moment, plus important d'apprendre aux enfants à se servir des car-

les, atlas et globes que de leur faire acquérir une masse de connaissances.

Un transfert temporaire d'établissement peut être une excellente occasion de faire découvrir d'autres aspects du monde.

On évitera de sous-estimer comme de surestimer les possibilités des élèves. Si des phénomènes de désintérêt peuvent se produire, éveils et démarrages tardifs ne sont pas exclus. On se gardera donc, sans nier les difficultés psychiques ou la déficience, de pronostics définitifs quant aux acquisitions.

Les activités de calcul, celles liées à la culture de la langue française devront trouver leur motivation dans la vie de l'adolescent et ses perspectives, reconnues par lui, de vie sociale ou professionnelle. Les activités de calcul, mesure, géométrie tireront partie des activités de formation professionnelle éventuellement déployées par ailleurs.

L'expression orale pourra revêtir la forme de débats sur des thèmes suggérés par les préoccupations des adolescents. L'expression écrite fera place aux lettres et comptes rendus orientés vers les nécessités de la vie pratique. L'amélioration de l'orthographe fera l'objet d'exercices individualisés. Si la grammaire et le vocabulaire ne seront pas enseignés de manière systématique, la pratique de la lecture et de l'expression orale et écrite fournira les occasions d'enrichir syntaxe et lexicale. La lecture silencieuse sera pratiquée systématiquement.

L'enseignement général contribuera à la socialisation. On tirera parti de l'intérêt que suscite l'actualité pour permettre à l'élève d'apprendre à se situer dans l'univers où il est. On veillera à lui fournir un certain nombre de points de repère concernant la géographie de la France et celle du monde ainsi que l'histoire des civilisations et l'histoire contemporaine. Les événements de l'actualité rapportés par les médias fourniront l'occasion d'étudier concrètement le fonctionnement des institutions.

Selon les potentialités, et les opportunités, on s'interrogera, lorsque l'adolescent y paraît disposé et préparé, sur les possibilités d'intégrations scolaires progressives et partielles lorsqu'elles apparaissent susceptibles de favoriser son développement cognitif et social.

3. La formation générale et professionnelle en institut de rééducation

Là encore la méthode pédagogique est spécifique, adaptée à la personnalité, à ses troubles, à ses éventuelles régressions. Le rythme, les méthodes sont différents de ceux des programmes de l'Éducation nationale. Le soutien affectif, psychologique et éventuellement thérapeutique est ici requis et justifie le recours à l'éducation spéciale.

Mais l'existence de capacités intellectuelles indique que

le contenu des programmes de l'Éducation nationale constitue un objectif qu'il n'y a pas lieu d'écarter. La nécessité d'une pédagogie spécialisée ne peut faire ici mésestimer l'importance de l'enjeu éducatif et pédagogique. Il y a donc lieu à enseigner, dans le respect de la personnalité de l'enfant.

B. Assurer les soins

Les soins ne sauraient être isolés de l'ensemble des autres aspects de la prise en charge et ne peuvent en aucune manière se réduire aux interventions isolées de psychiatres, de psychologues cliniciens ou de rééducateurs. Ce serait d'ailleurs une erreur d'évaluer la charge thérapeutique d'une institution au seul nombre de rééducations ou de psychothérapies individuelles dispensées.

En effet, si certains enfants ont besoin de rééducations ou de soutien psychothérapeutique individualisé, le cadre institutionnel lui-même peut revêtir une dimension thérapeutique, pour autant qu'il permette de développer au mieux toutes les potentialités des enfants confiés. La relation avec le personnel représente souvent l'élément essentiel du travail thérapeutique, sous réserve que celle-ci ne soit pas une fin en soi, mais s'étaye sur des activités éducatives ou pédagogiques structurées.

De ce point de vue, l'éclairage spécifique apporté par le psychiatre et le psychologue, à l'occasion des différentes réunions de synthèse, sur le vécu et l'évolution de chaque enfant, représente une contribution essentielle à la prise en charge globale de l'enfant.

Il est en effet courant de constater que des enfants d'efficiences intellectuelle comparable évoluent de manière parfois très différente, et cela quelles que soient la pertinence des méthodes pédagogiques utilisées et la qualité des intervenants. C'est que l'évolution de chaque enfant est subordonnée à des mouvements affectifs qui déterminent des phases de progrès ou au contraire de stagnation ou de régression.

Ces mouvements affectifs ont tout autant à voir avec le vécu antérieur de l'enfant et le mode d'échange qu'il a instauré avec ses parents, qu'avec les relations avec les éducateurs, elles-mêmes tributaires de la capacité de ceux-ci à faire face aux réactions induites par l'enfant ou l'adolescent.

Si le travail quotidien avec des enfants déficients intellectuels suscite déjà chez chacun des intervenants des affects ou des contre-attitudes parfois inconscientes, cela est encore plus vrai pour les enfants présentant des troubles du comportement. Il importe donc que ces aspects transférentiels et contre-transférentiels soient pris en compte et dans la mesure du possible élucidés, afin d'ajuster les objectifs et les méthodes proposées aux capacités intellectuelles et affectives de l'enfant.

Le psychiatre ou le psychologue, en particulier lorsqu'ils

ont reçu une formation psychanalytique, faciliteront la compréhension de ces aspects dynamiques, tout en sachant que d'autres membres de l'équipe peuvent être tout à fait sensibilisés à cette dimension.

Les expériences éducatives ou pédagogiques peuvent être ainsi l'occasion — au-delà de leur finalité première — de saisir l'enfant dans ce qu'il a de singulier dans ses modes d'échanges affectifs, ce qui permettra en retour les ajustements nécessaires. C'est cette ouverture au registre du sens, qui apporte au cadre institutionnel lui-même une dimension psychothérapeutique.

À côté de cette dimension institutionnelle, d'autres modalités d'interventions psychothérapeutiques pourront être proposées aux enfants dont les troubles de la personnalité s'opposent à ce qu'ils tirent pleinement profit des seules mesures éducatives ou pédagogiques.

Il pourra s'agir d'entretiens individuels réguliers, voire de psychothérapies psychanalytiques, en sachant que celles-ci exigent un personnel particulièrement qualifié, et des conditions de mise en œuvre très exigeantes pour l'institution si l'on veut garantir leur caractère spécifique. Il s'agit en particulier du respect du contenu des séances, ce qui ne veut pas dire que le psychothérapeute ne puisse participer aux réunions qui se tiennent à propos des enfants. Dans tous les cas, les parents seront impliqués dans ce type de décision à laquelle ils devront donner leur consentement. Ils seront reçus à ce propos par le médecin psychiatre et, autant que faire se peut, par le psychothérapeute de l'enfant.

D'autres modalités psychothérapeutiques sont possibles, comme des psychothérapies de groupe, impliquant un petit nombre d'enfants avec un thérapeute ou un couple de thérapeutes, ou le psychodrame, en particulier pour les adolescents.

Quelles que soient les modalités de psychothérapie retenues elles utiliseront le langage habituel des enfants : jeux, dessins, expression plastique (pâte à modeler), langage proprement dit, afin de permettre une qualité d'échange qui facilite l'expression de la vie émotionnelle et affective de l'enfant.

En tout état de cause, elles impliqueront toujours l'enfant comme une personne singulière, engagée dans un échange avec une autre personne, dans le but d'obtenir une sédation d'une souffrance psychique et une transformation de la personnalité.

La nécessité d'une aide vis-à-vis des parents a déjà été soulignée. Dans certains cas, celle-ci prendra la forme d'entretiens avec le psychiatre ou le psychologue. De même, si l'enfant est en placement familial, des rencontres seront nécessaires avec la famille d'accueil.

Enfin, il faut noter la possibilité de thérapies familiales, prenant en compte le fonctionnement de l'ensemble du groupe familial autour de l'enfant handicapé.

Les rééducations psychomotrices viendront compléter les différents modes d'expression corporelle déjà utilisés dans l'institution : éducation psychomotrice de base, éducation physique et sportive, danse rythmique, théâtre, piscine, poney ou cheval, lorsque les troubles psychomoteurs sont tels qu'ils font obstacle aux objectifs éducatifs proposés.

En fait, l'intervention du rééducateur en psychomotricité se déroulera le plus souvent avec un groupe d'enfants, souvent en collaboration avec d'autres techniciens : éducateurs, instituteurs. Le champ de la psychomotricité constituée de ce point de vue une zone d'interface où plusieurs disciplines peuvent collaborer sans que pour autant chacun y perde sa spécificité professionnelle.

Néanmoins, les enfants présentant des troubles spécifiques, tels que certaines instabilités psychomotrices, des troubles du tonus ou du schéma corporel, tireront grand profit de prise en charge individuelle, et plus particulièrement en relaxation.

L'apport de l'orthophoniste est particulièrement important. On veillera à ce que son action puisse déboucher également au niveau des activités de la vie quotidienne. Il importe que l'orthophoniste puisse aussi participer aux activités communes, qu'il s'agisse de groupes de langage proprement dit, ou d'activités utilisant des médiations diverses (par exemple activités de fabrication collective). La présence de l'orthophoniste renforce l'importance accordée aux échanges verbaux, qui pourront être relayés en temps utile par une aide individuelle.

Dans tous les cas, il est important de considérer que la rééducation du langage ne peut se réduire à ces aspects strictement instrumentaux, mais que la participation active de l'enfant et le désir de communication de celui-ci sont des préalables au succès des rééducations entreprises.

Dans certains cas, les traitements individuels, et ceci est particulièrement vrai pour les psychothérapies, ne pourront toujours être assurés au sein de l'établissement, soit que les moyens de l'établissement soient insuffisants dans le domaine concerné, soit que le projet thérapeutique individualisé impose que celui-ci soit dispensé au dehors de l'institution.

Dans ce cas, les soins ou rééducations spécifiques devront être assurés par le truchement de conventions passées entre l'établissement d'accueil et la structure spécialisée la mieux à même d'assurer cette prestation. Il y a là une opportunité de développer la collaboration entre les instituts médico-sociaux et les équipes de secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Il peut s'agir également d'un centre médico-psycho-pédagogique.

Naturellement, et quelle que soit l'importance des soins psychothérapeutiques, l'existence d'une population d'enfants fragiles vivant en collectivité rend nécessaire une surveillance régulière du développement de chaque enfant. C'est pourquoi chaque fois que l'établiss-

sement accueille des enfants, il doit s'assurer le concours permanent d'un pédiatre.

Outre les soins spécifiques, la surveillance générale de l'état de santé de l'enfant doit être assurée.

On rappelle que les enfants admis en établissements d'éducation spéciale sont soumis au même régime d'obligations vaccinales que l'ensemble des enfants scolarisés. On proposera la vaccination contre la rubéole, les oreillons et la rougeole, éventuellement contre la grippe, ce d'autant qu'il s'agit d'enfants vivant en collectivité et ayant parfois une plus grande fragilité aux infections.

Par ailleurs, une attention particulière devra être portée à l'hygiène buccodentaire trop souvent négligée dans les institutions collectives. Les médecins inspecteurs devront s'enquérir, lors des contacts qu'ils auront avec les équipes médico-éducatives, de la régularité et de l'effectivité des soins dentaires prodigués aux enfants.

C. Porter une attention particulière aux besoins de l'adolescence

Ce sont avant tout des adolescents, et une attention particulière devra leur être accordée dans l'établissement pour que les besoins nouveaux créés par le bouleversement pubertaire et les aspirations qui les accompagnent soient reconnues et satisfaites en dépit des troubles existants.

Les adolescents présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du comportement vont vivre toutes les interrogations, toutes les incertitudes de la crise pubertaire avec cependant plus de difficulté à les comprendre et à maîtriser le trouble émotionnel qui en résulte : les angoisses qu'ils ressentent et qu'ils provoquent dans l'entourage familial, social et institutionnel s'en trouvent majorées et risquent d'aggraver en retour l'expression pulsionnelle de leur destabilisation au sortir de l'enfance et de leur désorientation devant le passage vers la vie d'adulte. C'est l'époque où augmentent les risques de passages à l'acte (fugues, agressivité, repil pouvant parfois aller jusqu'à une psychotisation secondaire) entraînant un très haut risque d'exclusion familiale, sociale, et même institutionnelle.

C'est dire que les équipes pluridisciplinaires devront être particulièrement attentives et disponibles à l'égard des adolescents :

- afin de redonner à l'adolescent une maîtrise sur son devenir en l'informant avec précision de ses limites, de ses possibilités, du sens de l'éducation proposée et en s'attachant à lui créer des possibilités de choix ;
- afin de respecter les aspirations propres à l'adolescence en lui permettant des prises de parole, de responsabilité, de décisions et en le laissant s'exercer aux conduites d'essai et de risque ;
- afin de lui offrir les soutiens nécessaires pour tra-

verser sans trop de souffrance la crise émotionnelle de l'adolescence grâce à une écoute à juste distance (voire à une psychothérapie dans certains cas) mais aussi à des rencontres dans l'institution et au dehors avec d'autres jeunes qui lui permettent de trouver réponse à ses aspirations sociales et affectives ;

— afin de préparer, au-delà de l'enseignement professionnel ou général, une vie d'adulte aussi autonome que possible,

- en lui permettant de s'entraîner à un maniement responsable de l'argent, à l'exercice de ses responsabilités à l'égard de la collectivité dans l'institution et dans la cité,
- en créant dans l'établissement, son territoire propre, l'espace de son intimité et une vie de petit groupe le plus proche possible de l'autonomie à l'image de ses futures responsabilités de membre de la société et de la cité.

D. Cas particulier des enfants atteints de handicaps associés

Ces enfants constituent un groupe hétérogène. Rappelons que les établissements ou secteurs accueillant des enfants polyhandicapés présentant une déficience mentale sévère ou profonde associée à une déficience motrice entraînant une restriction extrême de l'autonomie relèvent de l'annexe XXIV ter. Peuvent relever, en revanche, de l'annexe XXIV de la présente circulaire les autres catégories d'enfants handicapés mentaux présentant une ou plusieurs déficiences surajoutées.

Il s'agit d'adapter pour chacun l'approche thérapeutique et pédagogique à la nature spécifique de ses multihandicaps prioritairement en s'appuyant sur ce qu'il peut faire.

Les dominantes en seront :

— la recherche de la communication, notamment en respectant le stade présymbolique (prise de conscience du corps et de l'environnement par le mouvement) puis grâce à l'utilisation de codes verbaux et non verbaux (exemple : pictogrammes et « bliss simplifié ») et du langage gestuel, et à un stade plus évolué, des langages parlés et écrits (y compris braille, dactylographie) suivant le niveau de l'enfant ;

— la recherche de la socialisation, par l'utilisation de tous les actes de la vie courante et des loisirs variés ;

— l'attention aux surcharges de caractère psychopathologique.

Les moyens supposent :

— soit le remaniement des équipes dans le sens de la pluridisciplinarité. La section pour enfants multihandicapés doit disposer de personnels en nombre suffisant et formés à cet effet afin qu'elle soit à même de faire face à l'ensemble des surcharges ;

— soit à défaut, le recours à une convention avec un établissement voisin compétent pour le deuxième handicap ;

— dans tous les cas, une approche très individualisée (établissement et suivi d'un programme personnalisé pour chaque enfant, évaluation périodique) ;

— le recours pour la formation complémentaire des personnels et éventuellement les bilans des enfants, à une équipe particulièrement spécialisée dans le multihandicap considéré ;

— le soutien et la coordination particulière des personnels affectés à l'éducation de ces enfants.

VII. L'établissement est un lieu où l'on vit

Il va de soi, en premier lieu, que les établissements sont soumis à l'ensemble des règles d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité applicables aux établissements accueillant du public, hébergeant des enfants et singulièrement à toutes les normes de sécurité et d'hygiène applicables dans les établissements scolaires.

L'organisation de l'espace doit permettre une distribution en des lieux distincts et clairement identifiables par l'enfant ou l'adolescent, pour les différentes fonctions remplies (enseignement, soins, repas, détente, nuit) de telle sorte que les moments de la journée puissent être ponctués et différenciés.

L'établissement est situé là où vit la population. Cette considération doit conduire à préférer les implantations urbaines, à s'ouvrir aux animations en provenance de l'extérieur, à organiser des activités à l'extérieur, à recourir aux compétences locales extérieures par exemple pour les enseignements professionnels.

Le recrutement des enfants et adolescents ne doit pas être pratiqué sur une aire trop étendue de manière que les familles puissent facilement venir voir leurs enfants. De même l'externat est préféré à l'internat sauf contre-indication ou impossibilité. De manière générale, on cherchera à éviter les établissements de grande taille. Sans qu'il soit possible de fixer une référence absolue, il paraît préférable d'éviter de dépasser un rassemblement de 80 à 100 enfants. Lorsque cette capacité est déjà atteinte, il est hautement souhaitable que la disposition géographique des bâtiments et leur organisation architecturale restitue aux parties de cet ensemble une dimension mesurée.

Les aménagements intérieurs tendent à créer une atmosphère conviviale et familiale. L'ameublement est personnalisé autant que possible ainsi que la décoration des chambres et lieux de séjour. La chambre individuelle peut être préférée sans qu'il en soit fait une règle. On ne dépassera pas le chiffre de quatre enfants par chambre de manière à éviter de reconstituer des dortoirs.

Il existe toujours des espaces de jeux extérieurs et en cas d'internat des espaces verts qui pourront être plus développés si l'on n'est pas en milieu urbain.

L'ouverture de l'établissement vers l'extérieur se marque aussi par la pratique des transferts temporaires d'établissements, quelle qu'en soit la raison (loisirs, activités éducatives et scolaires). Ces transferts temporaires qui sont souhaitables mais doivent être organisés compte tenu du projet thérapeutique éducatif et pédagogique des enfants demeurent soumis aux prescriptions de la circulaire n° 80-529 du 18 décembre 1980.

VIII. Mise en œuvre des conditions techniques définies par la nouvelle annexe XXIV

Afin de concrétiser, dans les établissements ou services accueillant des enfants déficients intellectuels, ou des enfants inadaptés, les orientations de l'action éducative mises en place par la nouvelle annexe XXIV, le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 prévoit, dans son article 2, que ceux qui sont déjà agrés disposent d'un délai de trois ans pour déposer une demande d'autorisation au titre de cette nouvelle annexe, et pour chacune des sections ou services qui les composent.

Cette disposition trouve sa justification dans le contexte qui a présidé à la refonte des dispositions techniques régissant les établissements ou services d'éducation spéciale. En effet, l'adaptation des conditions techniques de prise en charge opérée par la nouvelle annexe concerne, pour l'essentiel, des institutions qui fonctionnent déjà et qui sont donc invitées à se mettre en conformité avec les nouvelles exigences d'une prise en charge efficace sans augmentation des moyens actuels financés par l'assurance maladie, globalement suffisants. Cette situation implique que toute création nouvelle s'effectue par redéploiement des moyens existants dans le cadre d'une enveloppe globale inchangée.

Cette procédure ne doit pas rester purement formelle mais doit fournir l'occasion, aussi bien aux services de tutelle qu'aux gestionnaires d'établissements ou services, d'opérer un réexamen global et complet des modalités de prise en charge de ces catégories d'enfants et d'adolescents, de manière à assurer notamment la complémentarité entre le dispositif sanitaire et le dispositif médico-social.

Ainsi, les directions régionales et les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales pourront se livrer à une évaluation prévisionnelle des besoins, tant quantitatifs que qualitatifs de prise en charge des enfants ou adolescents concernés.

Ces besoins seront rapportés au dispositif existant au plan des départements et régions. La comparaison fera ressortir les inadaptations et les insuffisances dans la prise en charge et devrait fournir les éléments permettant une appréciation globale des demandes présentées.

Les projets, qu'il s'agisse de sections d'établissements ou de services, doivent faire l'objet d'une appréciation d'ensemble de manière à vérifier la cohérence et de s'assurer que tous les moyens nécessaires à une prise en charge complète sont bien réunis. Il s'agit, bien entendu, des moyens financés par la sécurité sociale au titre de la présente annexe, mais également des personnels mis à disposition par le ministère de l'Éducation nationale ainsi que des moyens — locaux ou transports scolaires — dont le financement dépend des collectivités locales. À titre indicatif, le tableau annexé à la présente circulaire rappelle les normes minimales d'encadrement pour certaines catégories de personnels exerçant dans ces établissements ou services.

Les gestionnaires d'établissements ou de services devront quant à eux, conformément aux nouvelles dispositions, individualiser chacune des sections qui composent l'établissement, ainsi que chacun des services qui peuvent lui être rattachés.

Ils pourront mettre utilement à profit cette obligation pour réactualiser, au regard des progrès réalisés dans la prise en charge de chacune des catégories de handicaps considérées, les projets d'établissements en y intégrant les orientations qui ont été développées tout au long de la présente circulaire.

Cette démarche devra être l'occasion d'un dialogue entre l'ensemble des partenaires concourant à l'éducation et à l'enseignement des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou des enfants ou adolescents inadaptés : services de la tutelle, gestionnaires d'établissements, personnel et, bien entendu, familles dont le rôle primordial a été réaffirmé.

Les difficultés que soulèveraient ces instructions pourront être signalées au bureau RV1 (direction de l'Action sociale, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale).

Le ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports,

L. JOSPIN

Le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale,

C. ÉVIN

Le secrétaire d'État auprès du ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, chargé des Handicapés et des Accidentés de la vie,

M. GILLIBERT

Tableau annexé

**Rappel de quelques normes minimales d'encadrement
pour certaines catégories de personnels relevant de l'annexe XXIV**

Catégories de personnels	Effectifs	Normes
Personnel médical		
médecin généraliste (connaissances en pédiatrie)	1	
médecins spécialistes	autant que de besoin	
psychologue	1	
Personnel paramédical		
infirmier(e) diplômé(e) d'État	1	à temps plein
rééducateurs	autant que de besoin	
assistant(e) social(e)	1	en fonction de la taille de l'établissement, soit : <ul style="list-style-type: none"> • pour un établissement accueillant plus de 100 enfants, une activité à temps plein ; • pour un établissement accueillant moins de 100 enfants, une activité à temps partiel.
Personnel éducatif		
enseignement général	autant que de besoin à raison de :	1 enseignant pour 15 élèves
enseignement professionnel		1 enseignant pour 10 élèves
éducateurs	autant que de besoin à raison de :	1 éducateur pour 15 élèves.
moniteur d'éducation physique	1	en fonction de la taille de l'établissement, soit : <ul style="list-style-type: none"> • pour un établissement accueillant plus de 150 enfants, une activité à temps plein ; • pour un établissement accueillant moins de 150 enfants, une activité à temps partiel.
Centre familial spécialisé		
psychologue	1	
assistante sociale ou	1	à mi-temps pour 15 enfants ou fraction de ce nombre
éducateur	1	à mi-temps pour 15 enfants ou fraction de ce nombre.

BO n° 45 - 14 décembre 1989

**MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS OU ADOLESCENTS HANDICAPES MOTEURS PAR LES
ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'EDUCATION SPECIALE**

Circulaire du 30 octobre 1989

B.O.E.N N° 45-14/12/89

Modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale

NOR : MENE8950535C

RLR : 516-1

Circulaire du 30 octobre 1989

(Éducation nationale, Jeunesse et Sports : Écoles, Lycées et Collèges ; Solidarité, Santé et Protection sociale : Action sociale ; Handicapés et Accidentés de la vie).

Texte adressé aux recteurs, aux préfets de région, directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (pour information), aux préfets de département, directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (pour exécution) et aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation.

Le décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970 avait organisé la prise en charge des mineurs handicapés moteurs, en créant en sus de l'annexe XXIV du décret n° 56-284 du 9 mars 1956, relative aux conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés, deux annexes, l'annexe XXIV bis qui définit les conditions techniques particulières à l'accueil des mineurs infirmes moteurs cérébraux et l'annexe XXIV ter qui définit les conditions techniques particulières à l'accueil des enfants et adolescents atteints d'infirmité motrice.

L'épidémiologie du handicap, les progrès médicaux réalisés ces dernières années comme le développement d'une pédagogie adaptée ont confirmé qu'une telle distinction dans les prises en charge entre ces deux popu-

lations tendait à s'estomper et qu'au contraire il convenait de renforcer l'effort entrepris par quelques équipes pour mener une action spécifique active auprès d'enfants et adolescents polyhandicapés.

C'est pourquoi les pouvoirs publics ont souhaité différencier, d'une part, la prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés atteints d'un handicap grave à expression multiple chez lesquels la déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs, entraînant une restriction extrême de l'autonomie (annexe XXIV ter nouvelle), d'autre part, la prise en charge des enfants et adolescents dont la déficience principale est une déficience motrice quelle qu'en soit la cause associée ou non à d'autres déficiences (annexe XXIV bis nouvelle).

En ce qui concerne cette dernière catégorie, les causes peuvent être multiples, qu'elles soient congénitales, périnatales ou acquises. Une attention particulière doit être portée aux enfants et adolescents victimes de traumatismes crâniens et médullaires. L'augmentation régulière de leur nombre, les survies de plus en plus fréquentes ont en effet révélé des besoins importants et tout à fait spécifiques concernant les troubles moteurs associés à des troubles somatiques et sensoriels mais également à des difficultés complexes d'ordre affectif, psychologique ou cognitif, et susceptibles de compromettre l'adaptation sociale.

La population concernée par les établissements et services relevant de l'annexe XXIV bis est composée d'enfants et adolescents présentant une déficience motrice quelle qu'en soit la cause. L'existence d'une pathologie associée telle que maladie cardiaque ou respiratoire, digestive ou de troubles comitiaux, etc., de déficiences associées, ne saurait être une cause de refus de prise en charge. Il importe à l'équipe médico-éducative de s'assurer de l'avis ou du concours effectif de professionnels compétents afin de les prendre en compte. Lorsque la population présentant des handicaps associés est suffisamment importante et nécessite la mise en œuvre de moyens spécifiques, il est créé

au sein de l'établissement concerné une section spécifique qui ne doit pas être à part des autres sections.

I. Donner à chaque famille les moyens et l'occasion d'assumer l'éducation de son enfant

Les établissements et services doivent permettre, tout en prodiguant à l'enfant ou adolescent les soins continus et la pédagogie que nécessite son état, de le maintenir dans son milieu naturel.

Au plus jeune âge, la famille en constitue l'élément principal, c'est en effet l'endroit privilégié de l'éducation, même si elle n'en constitue pas le lieu exclusif.

Il est important de rappeler qu'avant le recours à toute structure spécialisée, les jeunes enfants handicapés moteurs doivent bénéficier des modes de garde habituels des autres enfants. Dans ces différents cas, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile apporteront leur concours tant à domicile qu'auprès de crèches pour affiner le diagnostic, entreprendre les rééducations nécessaires, apporter leur expérience en matière d'appareillage ou d'éducation précoce.

La nécessité du soutien à la famille, de l'accompagnement de celle-ci, ainsi d'ailleurs que de l'entourage habituel de l'enfant par un service en charge de l'éducation précoce est absolument reconnue. Il s'agit d'informer, de conseiller, de soulager, et aussi de prendre en compte l'impact de la détresse parentale sur la relation affective avec l'enfant.

La gravité du handicap, la nécessité d'une prise en charge intensive et l'éloignement des services, l'impossibilité passagère ou plus durable de la famille rendent parfois souhaitable un accueil temporaire sans qu'il soit pour autant nécessaire de recourir à un établissement sanitaire. Cet accueil, sous forme de placement familial ou d'internat ne peut constituer qu'une solution temporaire d'exception pour les enfants de moins de six ans. Le maintien des relations avec la famille fait partie intégrante de l'action médico-éducative et en constitue alors un élément majeur.

De manière plus générale, la famille constitue le premier noyau éducatif de l'enfant. Elle permet non seulement par son observation quotidienne un affinement des potentialités de l'enfant, mais également de sa personnalité, comme de son éducation précoce.

La famille doit être le plus largement possible associée dès l'annonce du handicap, mais aussi par la suite à l'élaboration du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel de l'enfant.

La famille est régulièrement informée et consultée pour toute modification de ce projet : son adhésion à celui-ci doit être recherchée.

Lorsqu'un accueil en internat s'avère nécessaire, les

retours en famille seront favorisés. Peuvent également être prévus des séjours temporaires d'un membre de la famille identiques à l'organisation de l'hospitalisation mère-enfant. Inversement, en vue de résoudre des problèmes familiaux et sociaux passagers, il y aura lieu de prévoir la possibilité de placements d'urgence ou de placements temporaires dans les établissements comportant internat.

II. Une prise en charge d'ensemble en vue de permettre l'intégration scolaire et sociale et l'acquisition d'une autonomie maximale

A. Priorité à l'intégration scolaire

La priorité dans les modes de prise en charge doit naturellement être donnée à l'intégration scolaire des enfants handicapés moteurs lorsque les soutiens nécessaires à l'adaptation des modes et des rythmes d'enseignement sont assurés et que la santé de l'enfant le permet. Cette priorité s'adresse aux stades de l'enseignement primaire comme de l'enseignement secondaire, qu'il soit général ou professionnel.

On recherchera de préférence une intégration individuelle, préparée, le cas échéant, par une intégration collective.

Le recours aux services d'éducation spéciale et de soins à domicile est un des moyens d'assurer cette priorité. Elle comportera au besoin l'emploi des aides techniques et pédagogiques nécessaires et des différentes possibilités des nouveaux matériels et logiciels et de l'enseignement assisté par ordinateur.

Lorsque l'enfant ne peut temporairement ou durablement être intégré, l'enfant est accueilli en établissement d'éducation spéciale. Chaque fois que possible, il est fait recours à des formules d'intégration partielle intermédiaire entre l'accueil à temps plein dans l'établissement d'éducation spéciale et l'intégration scolaire à temps plein.

B. Présence pédagogique dans l'établissement d'éducation spéciale

Lorsque l'accueil se fait en établissement d'éducation spéciale, l'école doit être présente de telle sorte que l'obligation scolaire soit remplie dans des conditions qui permettent le développement de toutes les potentialités de l'enfant et rétablisse au maximum l'égalité éducative avec l'enfant qui a la possibilité de fréquenter les établissements ordinaires.

L'effectif du personnel enseignant spécialisé est calculé sur la base d'un enseignant par classe d'au plus douze enfants et d'un éducateur technique spécialisé par atelier de huit élèves en enseignement professionnel.

Au niveau du second degré, l'établissement devra dis-

poser des postes de professeurs nécessaires pour assurer les enseignements conformes aux programmes de l'Éducation nationale.

Enseignants et éducateurs sont formés aux codes de communication et aux problèmes d'expression.

Il va de soi que le choix entre les divers types d'enseignements, général et professionnel, ne peut être fonction que des programmes de l'Éducation nationale, des aptitudes et aptitudes de l'enfant ou de l'adolescent handicapé moteur et de la spécificité du projet éducatif et thérapeutique de l'établissement. Celui-ci a tout autant vocation à suivre une formation générale qu'une formation professionnelle s'il en a la faculté. La formation professionnelle vise à assurer l'accès à des métiers ou des fonctions qui seront effectivement pratiqués lorsque le jeune sera placé en situation d'exercer une activité professionnelle. Cette formation doit être aussi pour les adolescents l'accès à une réelle culture.

Le rôle des personnels éducatifs représente une contribution essentielle à la cohérence de la prise en charge.

C. La prise en charge est une prise en charge cohérente

La prise en charge par l'établissement ou le service est une prise en charge d'ensemble qui doit présenter une grande cohérence.

Elle s'adresse à l'enfant dans son unité et dans l'ensemble de ses besoins de soins et d'apprentissages corporels, cognitifs et de vie sociale, de sa dynamique personnelle (attente, motivation, goûts et refus) et de sa vie de relation.

Elle requiert l'intervention de professionnels de différentes origines dont il importe qu'ils gardent leur spécificité. L'exercice des responsabilités médicales, pédagogiques et éducatives est plein et entier, accompli conformément aux règles propres à ces professions ; l'intervention de chacun doit s'effectuer selon ses particularités sans que l'on aboutisse à faire de l'équipe médico-éducative un agrégat d'emplois polyvalents et interchangeables. Ainsi l'enfant doit-il être en mesure d'identifier les rôles particuliers de chacun, les variétés qu'ils introduisent dans le rythme de ses journées. Pour autant, les clivages professionnels doivent préserver le caractère d'ensemble de l'action médico-éducative.

Le directeur est garant de la cohérence de cette action d'ensemble réunissant des interventions spécifiques. Il préside les réunions de synthèse prévues à l'article 8. Il coordonne les activités de l'établissement, dans le respect des compétences professionnelles de chacun. Il prépare, avec l'équipe médico-éducative, le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique global de l'établissement qui doit être adopté par ses instances responsables (conseil d'administration). Ce projet est un projet intégré qui évite les ségrégations internes d'enfants, les intolérances individuelles (exclusion des

enfants les plus perturbateurs ou les plus régressés) et les clivages professionnels.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel est défini pour chaque enfant. Il est par nature révisable et fait l'objet d'un suivi par l'équipe médico-pédagogique. Il tient compte du fait que le parcours de l'enfant est individualisé et peut comporter des passages d'une institution à une autre (école, secteur médico-social, secteur sanitaire...).

Périodiquement, et au moins chaque année, une évaluation pluridisciplinaire de l'évolution de l'enfant est dressée par l'équipe médico-éducative. Elle permet notamment d'établir le bilan pluridisciplinaire prévu à l'article 3 de l'annexe.

D. L'établissement est un lieu d'accueil qui tend à assurer l'autonomie des enfants ou adolescents

Comme tel, il doit se plier aux exigences et prescriptions qui s'adressent d'une manière générale aux établissements pour enfants handicapés (ouverture vers l'extérieur, convivialité, aspect familial).

Il va de soi qu'il est soumis aux règles générales d'hygiène, d'accessibilité et de sécurité, particulièrement à celles qui s'adressent aux établissements ouverts au public, pour l'hébergement et la scolarité.

Il convient toutefois d'aller au-delà, compte tenu des contraintes spécifiques aux handicaps moteurs graves et en particulier au fait qu'un certain nombre de jeunes handicapés circulent en chariot plat. L'organisation de l'établissement, la largeur des couloirs, les installations, devront en tenir compte. On trouvera dans l'annexe XXIV bis un certain nombre de prescriptions, d'ailleurs répétées dans l'annexe XXIV ter, destinées à garantir l'habitabilité, l'accessibilité des locaux, et l'aisance des mouvements des personnes handicapées et des personnels soignants. Elles devront être scrupuleusement respectées.

On ne perdra pas de vue toutefois qu'un des buts de l'établissement est de permettre au jeune handicapé de se mouvoir dans un monde qui n'est pas spontanément accessible et comporte des difficultés qu'il conviendra de lui présenter afin de lui apprendre à les surmonter lorsque cela est possible.

Cet objectif se traduit également dans l'emploi de l'appareillage et le développement d'aides techniques visant à permettre l'autonomie maximale, mais aussi dans le projet éducatif de l'enfant, tant dans l'établissement lui-même qu'à l'occasion des transferts qui doivent être encouragés.

Parmi les aides techniques, il est important de rappeler qu'au-delà de l'appareillage, du matériel de rééducation, des aides techniques à la locomotion, une attention particulière doit être apportée aux aides techniques à la communication. Celles-ci sont de plusieurs types : soit aides à la communication pour pallier le man-

que du geste précis qui peut être de gravité variable ; soit aides vocales quand le sujet ne peut s'exprimer pour raisons mécaniques.

Les aides à la communication peuvent être relativement simples et acceptées dans tout environnement. Cela va de la machine à écrire ou à traitement de texte à clavier plus ou moins agrandi, à la machine dont l'accès au clavier nécessite des palliatifs (licorne, poinçons, etc.) ou des télécommandes gérées par programme informatique (touche unique de commande, interrupteurs spéciaux, souris ou casque, etc.) ou encore l'emploi d'interfaces déjà évaluées. Les problèmes de posture sont également un frein à la lecture. Pour lire allongé sur le dos il existe des lunettes prismatiques qui permettent la lecture. Des supports de livre, genre lutrins, avec licorne ou baguettes sont des palliatifs au manque de force. Divers tourne-pages électriques sont également utiles pour ceux qui manquent de force et de précision dans leur geste. Par ailleurs, pour les malvoyants, des loupes et systèmes optiques améliorent la lecture des caractères qu'ils grossissent jusqu'à 50 fois.

Les aides vocales sont elles aussi de complexité diverse : le code de communication reste la base de départ à toute tentative sophistiquée. Ces codes utilisent des photos, des images évocatrices (code GRACH, canadien, etc.), des symboles (BLISS ou similaire) pour une communication rapide, ne nécessitant pas l'apprentissage de la lecture. Lorsque le sujet sait lire, les codes peuvent comporter des systèmes alphabétiques, syllabiques (PARLESYLLAB), des mots entiers et peuvent s'accompagner le cas échéant d'une synthèse de la parole. Ces « boîtes à paroles » peuvent être simples : elles renferment dans ce cas un certain nombre de messages préenregistrés et numérotés ; d'autres, plus complexes, sont capables, à partir d'un code pictographique, de construire des phrases à syntaxe correcte. Signalons également que des progiciels de jeux et des progiciels pédagogiques ont été mis au point par certains organismes, dont en particulier certains dépendent du ministère de l'Éducation nationale, ou par des centres de rééducation fonctionnelle. On en mesurera l'intérêt.

Les ergothérapeutes sont généralement appelés à évaluer les besoins des jeunes handicapés en moyens « alternatifs et augmentés » de communication. À cet effet, ils participent avec les orthophonistes à la mise au point du matériel nécessaire, qui devra « suivre » le sujet et évoluer le cas échéant selon les progrès technologiques et les nécessités individuelles. La recherche des dispositifs les plus facilement utilisables par le plus grand nombre, et en particulier par les divers auxiliaires de vie, est indispensable ; les dispositifs les plus complexes et les plus coûteux seront réservés à des situations précises. On accordera en outre, dans la limite des possibilités, un intérêt au développement des formules de contrôle de l'environnement lorsque la lourdeur de l'équipement requis n'en interdit pas la généralisation.

Enfin, on notera que pour les adolescents le projet édu-

catif s'étend selon les possibilités du jeune à l'entretien courant du matériel dont il se sert comme aux activités domestiques essentielles, afin qu'il soit amené à vivre le cas échéant seul en appartement (rôle essentiel de l'ergothérapie).

E. Les soins et la rééducation occupant une place importante dans le projet de l'établissement, il nécessite un personnel dont les qualifications sont mentionnées aux articles 9 et 10 de l'annexe XXIV bis. On retiendra qu'il faut un médecin de rééducation fonctionnelle à raison de 10 heures par semaine pour vingt-quatre enfants, un kinésithérapeute pour huit enfants en rééducation intensive et un pour vingt-quatre en rééducation d'entretien, un orthophoniste pour huit enfants ayant des troubles de la parole et un ergothérapeute pour huit enfants en rééducation intensive et vingt-quatre enfants en rééducation d'entretien.

Les infirmières sont présentes en fonction des besoins pour assurer la permanence des soins de jour et de nuit.

Aux ergothérapeutes, associés aux kinésithérapeutes, incombe le travail d'installation dans les postures les mieux adaptées du point de vue orthopédique et ergonomique. Ce travail requiert une collaboration étroite avec les prothésistes. Par ailleurs, les fausses routes, les rejets alimentaires par le nez, souvent fréquents chez bon nombre d'enfants handicapés, justifient une formation de l'ensemble du personnel sur les techniques d'alimentation permettant de conserver au repas son caractère agréable.

C'est pourquoi une coordination médicale est nécessaire. Elle évite notamment, dans les rééducations diverses, les excès ou les éparpillements. Elle veille à ce qu'on ne néglige pas de soigner l'état général (dénutrition, régime, transit intestinal, troubles urinaires). Elle organise la formation des personnels pour faire face en particulier aux crises d'épilepsie et aux accidents de déglutition, et pour maîtriser les techniques précitées.

Il est utile de tenir compte du fait que les déficiences motrices, surtout d'origine cérébrale, favorisent par leur complexité la multiplication de rééducations qui risquent de morceler le corps et la personnalité de l'enfant. Il y a donc lieu de coordonner et de fixer les interventions à ce qui est nécessaire, et qui est variable au cours du développement de l'enfant en déterminant périodiquement les priorités.

Enfin, la coordination médicale doit veiller à ce qu'en dépit des immobilisations, postures, appareillages, des temps journaliers de liberté corporelle si légers soient-ils soient laissés à l'enfant dont c'est la seule occasion d'exercer son pouvoir sur le monde environnant.

Naturellement, le projet thérapeutique doit intégrer la surveillance de l'état général et la prévention médicale normale. Les enfants et adolescents sont soumis au régime des vaccinations scolaires obligatoires, compte tenu des contre-indications médicales. Il leur est de même proposé, en fonction de leur âge et du risque,

la vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ou la grippe.

Une attention particulière sera apportée à l'hygiène et aux soins buccodentaires.

F. Le loisir et les sports

L'objectif de l'équipe médico-éducative est également de permettre l'accès aux sports et aux loisirs. Si la pratique de certains sports ne peut se faire sans adaptation, de nombreux loisirs sont accessibles aux handicapés moteurs. On recherchera le plus fréquemment la pratique de loisirs à l'extérieur de l'établissement ou la participation de l'établissement au sein de la vie locale. De même, l'ouverture des installations sportives de l'établissement à des personnes extérieures, à des moments particuliers, peut contribuer à cette insertion.

On n'aura garde d'oublier que le sport est une discipline qui doit être enseignée comme telle par le personnel muni des diplômes requis. Sa prise en charge relève de l'Éducation nationale. Naturellement, les personnels qui assurent actuellement cette tâche demeurent en place ; on veillera à ce qu'au fur et à mesure des départs à la retraite les remplacements soient effectués par les personnels relevant de l'Éducation nationale et munis des diplômes requis.

G. Reconnaître les besoins des adolescents

Ce sont avant tout des adolescents et une attention particulière devra leur être accordée dans l'établissement, pour que les besoins nouveaux créés par le bouleversement pubertaire et les aspirations qui les accompagnent soient reconnus et satisfaits en dépit des contraintes du handicap.

L'attention anxieuse que les adolescents portent à leur apparence corporelle leur rend particulièrement difficile la prise de conscience de la déficience motrice. La révolte qu'ils ressentent se traduit souvent par un refus des contraintes de soins (kinésithérapies, appareillages) et par des attitudes ambivalentes, plus fréquentes en fin de croissance, à l'égard des interventions chirurgicales à la fois redoutées et souhaitées comme promesses de réparation.

C'est dire que les équipes pluridisciplinaires devront être particulièrement attentives et disponibles à l'égard des adolescents atteints de déficience motrice :

— afin de limiter autant que faire se peut l'aspect contraignant des soins ou d'en moduler le contenu de manière plus attrayante ;

— afin de redonner à l'adolescent une maîtrise sur son propre corps et sur son devenir en l'informant avec précision de ses limites, de ses possibilités, du sens des traitements et de l'éducation proposée et en s'attachant à lui créer des possibilités de choix ;

— afin de respecter les aspirations propres à l'adolescent en lui permettant des prises de parole, de responsabilité, de décisions et en le laissant s'exercer aux conduites d'essai et de risque ;

— afin de lui offrir les soutiens nécessaires pour traverser sans trop de souffrance la crise émotionnelle de l'adolescence grâce à une écoute à juste distance (la psychothérapie n'étant justifiée que dans certains cas) mais aussi à des rencontres dans l'institution et au dehors avec d'autres jeunes qui lui permettent de trouver réponse à ses aspirations sociales et affectives ;

— afin de préparer au-delà de l'enseignement professionnel ou général, une vie d'adulte aussi autonome que possible :

- en lui permettant de s'entraîner à un maniement responsable de l'argent, à l'exercice de ses responsabilités à l'égard de la collectivité dans l'institution et dans la cité ;

- en créant dans l'établissement son territoire propre, l'espace de son intimité et une vie de petit groupe le plus proche possible de l'autonomie à l'image de ses futures responsabilités de membre de la société et de la cité.

III. Diversifier les modes d'intervention des établissements et services

L'établissement doit se concevoir comme un centre de ressources permettant, grâce à la diversité des modes de prise en charge, de prendre la forme la plus adaptée à chaque enfant ou adolescent.

A. Les services d'éducation spéciale de soins à domicile

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile sont également compétents pour assurer une prise en charge précoce qu'ils exercent en liaison avec les structures hospitalières, les centres d'action médico-sociale précoce, les services de protection maternelle et infantile et les centres de rééducation fonctionnelle.

Les nouveaux textes confient expressément aux services d'éducation spécialisée et de soins à domicile une mission d'intégration scolaire parmi ses autres missions.

Ces services sont, soit rattachés à un établissement relevant de l'annexe XXIV bis, soit autonomes. Mais ils doivent toujours être en mesure de mettre en œuvre un ensemble de moyens permettant d'assurer une prise en charge globale et cohérente et d'assurer les coordinations nécessaires avec l'institution scolaire, le secteur sanitaire ou médico-social et la famille.

Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile est autonome, il comporte un directeur exerçant l'autorité d'ensemble et un médecin responsable du projet thérapeutique et rééducatif.

À titre indicatif, on retiendra qu'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile intervenant auprès de 35 enfants handicapés moteurs dans un rayon moyen de 30 à 35 kilomètres doit pouvoir s'assurer le concours d'un médecin de rééducation fonctionnelle à raison de 15 heures par semaine, de 2,5 kinésithérapeutes, d'un ergothérapeute, d'un orthophoniste, d'un psychomotricien, de trois éducateurs spécialisés et d'un psychologue.

Le choix entre autonomie du service ou en liaison organique avec un établissement s'effectuera selon les meilleures opportunités.

Le rattachement à l'établissement facilite l'acquisition de l'assise technique et professionnelle nécessaire ainsi que les contrats entre établissements médico-social et scolaire pour une intégration scolaire individualisée. Il permet également d'assurer la continuité de la prise en charge de l'enfant au fur et à mesure qu'on le fait évoluer vers une intégration de plus en plus accentuée ou le recours au plateau technique de l'établissement spécialisé.

L'autonomie se justifie lorsqu'aucun établissement n'existe à proximité ou lorsque les établissements en place n'ont ni la vocation ni le désir de s'adjoindre un service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Un service autonome peut également être créé lorsque les familles manifestent la volonté d'éviter pour leurs enfants le rattachement à un établissement. Enfin l'autonomie du service facilite la mise en œuvre effective de l'intégration scolaire par des techniques éducatives plus adaptées et la réalisation d'initiatives innovantes.

Ils peuvent également intervenir auprès d'enfants ou adolescents maintenus en milieu familial et qui poursuivent une scolarité adaptée (télé-enseignement, cours par correspondance...).

La prise en charge des frais de transport liés à la mise en œuvre des actions d'intégration scolaire est effectuée conformément aux dispositions réglementaires y afférentes.

B. L'organisation de l'établissement en sections

L'organisation en sections devra être souple et permettre le passage d'un enfant de l'une à l'autre en fonction de l'évolution de ses besoins et du projet pédagogique éducatif et thérapeutique. Les normes d'autorisation des effectifs des différentes sections ne doivent pas être un obstacle au passage d'un enfant de l'une à l'autre des sections prévues à la présente annexe.

1°) Des sections pour enfants déficients moteurs avec troubles associés pourront être créées. Ces enfants constituent un groupe hétérogène : il s'agit d'adapter pour chacun l'approche thérapeutique et pédagogique à la nature spécifique de ces multihandicaps en tenant compte en particulier de l'âge de chacune de ses atteintes et en s'appuyant prioritairement sur ce qu'il peut faire.

Les dominantes en seront :

- la recherche de la communication (en particulier pour les plus jeunes d'entre eux) en respectant le stade présymbolique (prise de conscience du corps et de l'environnement), puis grâce à l'utilisation de codes verbaux et non verbaux et, à un stade plus évolué, des langages parlés et écrits, au recours aux moyens informatiques et aux synthèses vocales ;
- la recherche de la socialisation (utilisation dans la mesure du possible de tous les actes de la vie courante et de loisirs variés) ;
- l'attention aux surcharges complémentaires de type psychopathologique.

Les moyens supposent :

- soit le remaniement des équipes dans le sens de la pluridisciplinarité (la section pour enfants multihandicapés doit disposer de personnels en nombre suffisant et formés à cet effet) afin qu'elle soit à même de faire face à l'ensemble des surcharges ;
- soit, à défaut, le recours à une convention portée à la connaissance des autorités de tutelle avec d'autres établissements ou services hospitaliers ou médico-sociaux en vue d'assurer les prestations nécessaires ;
- dans tous les cas, une approche très individualisée (établissement et suivi d'un programme personnalisé pour chaque enfant, évaluation périodique) ;
- le recours pour la formation complémentaire des personnels (et éventuellement les bilans des enfants) à une équipe particulièrement spécialisée dans le multihandicap considéré ;
- le soutien et la coordination particulière des personnels affectés à l'éducation de ces enfants.

2°) Il peut être créé une section de préparation à la vie sociale destinée aux adolescents qui du fait de la gravité de leur handicap ne peuvent envisager une insertion professionnelle.

Dans cette section, l'accent sera mis sur l'épanouissement de la personne, son adaptation à la vie sociale et son enrichissement culturel.

On aura intérêt à ne fixer qu'un seul tarif pour les différentes sections d'un même établissement relevant d'une même annexe. Par contre le tarif pourra varier en fonction du mode de fonctionnement de l'établissement ou du service (internat, externat, service d'éducation spéciale et de soins à domicile, etc.). Il variera également si les sections relèvent de différentes annexes (par exemple section relevant de l'annexe XXIV ter dans un établissement relevant de l'annexe XXIV bis).

3°) La fonction de suite de l'enfant ou de l'adolescent

après sa sortie de l'établissement ou du service d'éducation spéciale et de soins à domicile est naturelle.

Cette fonction est une fonction générale à laquelle participe le service social de l'établissement mais dont il n'a pas le monopole. Il importe, en particulier, que ce soient les personnes qui ont assuré l'éducation de l'enfant ou de l'adolescent qui assurent cet accompagnement.

Ce sont elles, en effet, qui connaissent le mieux le jeune et peuvent le plus souvent lui apporter une aide. Ce sont elles également qui peuvent tirer profit dans l'orientation de leur action éducative et thérapeutique de la connaissance de l'histoire postérieure des jeunes qu'elles ont pris en charge.

Naturellement, cette fonction de suite ne doit pas amener l'établissement à se substituer aux services et organismes normalement compétents pour suivre les personnes adultes handicapées (service social, équipes de préparation et de suite du reclassement) ni à s'ingérer dans le fonctionnement des établissements pour adolescents ou adultes dans lesquels le jeune aura éventuellement été placé.

Il devra par contre assurer les liaisons et l'information nécessaires.

C. Établissements et services de soutien aux étudiants handicapés moteurs

À titre dérogatoire, sont maintenues les autorisations des établissements et services implantés dans les villes universitaires et qui accueillent des étudiants présentant des conditions fonctionnelles ou neuromotrices rendant impossible le suivi d'études universitaires dans des conditions normales.

Mis à part les établissements existants spécialement conçus pour collégiens, lycéens et étudiants, ces établissements et services, géographiquement distincts des établissements d'éducation spéciale, pourront accueillir des jeunes adultes jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

Ils devront concourir à l'intégration universitaire et culturelle de ces étudiants. À cette fin, ils passeront convention avec les autorités universitaires en vue de préciser les obligations réciproques des services.

Une prochaine commission nationale examinera les modalités de développement de ce type de soutien aux jeunes étudiants handicapés moteurs.

IV. Mise en œuvre des conditions techniques définies par la nouvelle annexe XXIV bis

Afin de concrétiser, dans les établissements ou services accueillant des enfants ou adolescents handicapés moteurs, les orientations de l'action éducative mises

en place par la nouvelle annexe XXIV bis, le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 prévoit, dans son article 2, que ceux qui sont déjà agréés disposent d'un délai de deux ans pour déposer une demande d'autorisation au titre de cette nouvelle annexe et pour chacune des sections ou services qui les composent.

Cette disposition trouve sa justification dans le contexte qui a présidé à la refonte des dispositions techniques régissant les établissements ou services d'éducation spéciale. En effet, l'adaptation des conditions techniques de prise en charge opérée par la nouvelle annexe concerne, pour l'essentiel, des institutions qui fonctionnent déjà et qui sont donc invitées à se mettre en conformité avec les nouvelles exigences d'une prise en charge efficace sans augmentation des moyens actuels, financés par l'assurance maladie, globalement suffisants. Cette situation implique que toute création nouvelle s'effectue par redéploiement des moyens existants dans le cadre d'une enveloppe globale inchangée.

Cette procédure ne doit pas rester purement formelle mais doit fournir l'occasion, aussi bien aux services de tutelle qu'aux gestionnaires d'établissements ou services, d'opérer un réexamen global et complet des modalités de prise en charge de ces catégories d'enfants et d'adolescents.

Ainsi, les directions régionales et les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales pourront se livrer à une évaluation prévisionnelle des besoins, tant quantitatifs que qualitatifs de prise en charge des enfants ou adolescents concernés.

Ces besoins seront rapportés au dispositif existant au plan des départements et régions. La comparaison fera ressortir les inadaptations et les insuffisances dans la prise en charge et devrait fournir les éléments permettant une appréciation globale des demandes présentées.

Les projets, qu'il s'agisse de sections d'établissements ou de services, doivent faire l'objet d'une appréciation d'ensemble de manière à vérifier la cohérence et s'assurer que tous les moyens nécessaires à une prise en charge complète sont bien réunis.

Il s'agit, bien entendu, des moyens financés par la sécurité sociale au titre de la présente annexe, mais également des personnels mis à la disposition par le ministre de l'Éducation nationale ainsi que des moyens — locaux ou transports scolaires — dont le financement dépend des collectivités locales. À titre indicatif, le tableau annexé à la présente circulaire rappelle les normes minimales d'encadrement prévues pour certaines catégories de personnels exerçant dans ces établissements ou services.

Les gestionnaires d'établissements ou de services devront, quant à eux, conformément aux nouvelles dispositions, individualiser chacune des sections qui composent l'établissement, ainsi que chacun des services qui peuvent lui être rattachés.

Ils pourront mettre utilement à profit cette obligation pour réactualiser, au regard des progrès réalisés dans la prise en charge de chacune des catégories de handicaps considérées, les projets d'établissements en y intégrant les orientations qui ont été développées tout au long de la présente circulaire.

Cette démarche devra être l'occasion d'un dialogue entre l'ensemble des partenaires concourant à l'éducation et à l'enseignement des enfants ou adolescents déficients moteurs : services de la tutelle, gestionnaires d'établissements, personnel et, bien entendu, familles, dont le rôle primordial a été réaffirmé.

Les difficultés que soulèveraient ces instructions pourront être signalées au bureau RV1 (direction de l'Action

sociale, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale).

Le ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports,
L. JOSPIN

Le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale,
C. ÉVIN

Le secrétaire d'État auprès du ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, chargé des Handicapés et des Accidentés de la vie
M. GILLIBERT

BO n° 45 - 14 décembre 1989

ANNEXE

Rappel de quelques normes minimales d'encadrement pour certaines catégories de personnels relevant de l'annexe XXIV bis

Catégories de personnels	Effectifs	Normes
Personnel médical		
médecin spécialiste (rééducation)	1	à raison d'une vacation de 4 heures par semaine pour 24 enfants
médecin généraliste	1	
autres spécialistes	autant que de besoin	
psychologue	1	
Personnel paramédical		
kinésithérapeute	1	pour 8 enfants en rééducation intensive pour 24 enfants en entretien
ergothérapeute	1	
infirmier(e) diplômé(e) d'État	1	pour 8 enfants en rééducation intensive pour 24 enfants en entretien
	1	
aide-soignante	3	temps plein pour 16 enfants
orthophoniste	1	pour 8 enfants
assistante sociale	1	exerçant à temps plein dans un établissement accueillant plus de 100 enfants
	1	
Personnel éducatif		
enseignement général	autant que de besoin	à raison de : 1 pour 12 élèves
enseignement professionnel	autant que de besoin	à raison de : 1 pour 10 élèves
éducateurs	1	pour 8 internes ou demi-pensionnaires

Il est rappelé que ces normes minimales d'encadrement peuvent être toutefois adaptées et allégées pour les établissements et services prenant en charge des jeunes qui relevaient précédemment de l'ancienne annexe XXIV ter (infirmes moteurs sans lésions cérébrales).

**MODIFICATION DES CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS OU ADOLESCENTS POLYHANDICAPES PAR LES
ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'EDUCATION SPECIALE**

Circulaire du 30 octobre 1989

B.O.E.N N° 45-14/12/89

Modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés par les établissements et services d'éducation spéciale

NOR : MENE8950536C

RLR : 516-1

Circulaire du 30 octobre 1989

(Éducation nationale, Jeunesse et Sports ; Écoles, Lycées et Collèges ; Solidarité, Santé et Protection sociale ; Action sociale ; Handicapés et Accidentés de la vie)

Texte adressé aux recteurs, aux préfets de région, directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (pour information), aux préfets de départements, directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (pour exécution) et aux inspecteurs d'académie, directeurs des Services départementaux de l'Éducation.

À maintes reprises les pouvoirs publics ont affirmé leur volonté d'organiser et de développer la prise en charge des enfants atteints de handicaps associés graves.

Cette priorité a été inscrite dans les instructions budgétaires annuelles qui vous ont été adressées. Elle sera maintenue les prochaines années.

Dès le 6 mars 1986, une importante circulaire vous demandait d'entreprendre, en liaison avec vos partenaires du secteur concerné et les familles des enfants, un effort d'adaptation aux besoins et de planification des équipements existants.

En réformant les annexes XXIV, XXIV bis, XXIV ter, quater et quinquies au décret du 9 mars 1956, nous entendons fournir à cette entreprise le cadre juridique et administratif qui lui est nécessaire. D'une part, les enfants présentant des handicaps associés devront être accueillis selon le cas dans des établissements ou services autorisés à prendre en charge des enfants déficients intellectuels, déficients moteurs ou sensoriels. D'autre part, une prise en charge spécifique est organisée pour les enfants polyhandicapés c'est-à-dire atteints d'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations.

C'est l'objet de cette circulaire de préciser les modalités de prise en charge propre à cette catégorie d'enfants ou d'adolescents.

Le diagnostic de polyhandicap ne saurait le plus souvent être posé précocement. Il justifie en effet une obser-

vation régulière du développement de l'enfant, ainsi que le recours éventuel à une équipe réellement spécialisée dans le polyhandicap et disposant des moyens humains pluridisciplinaires et techniques adaptés (connaissance des interférences entre les handicaps, maîtrise des tests spécialisés, capacité d'élaborer un bilan global).

I. La famille est associée au projet pédagogique éducatif et thérapeutique individuel

La loi d'orientation de 1975 a rappelé que le pouvoir de décision en matière de choix d'établissement appartenait à la famille. Il importe aujourd'hui de rappeler que le rôle de la famille ne se borne pas à manifester ce choix, mais s'exerce dans le cadre de la prise en charge.

Suivant en cela l'orientation qu'ils avaient prise dès 1988, les pouvoirs publics ont tenu à inscrire dans les textes régissant les établissements et services le rôle et la place de la famille.

A. La famille doit être informée

Cette information vise tous les aspects de la prise en charge et de l'éducation.

Elle concerne l'annonce même du handicap qui ne saurait être que continue et progressive lorsque l'enfant est polyhandicapé.

En effet, l'ensemble des handicaps atteignant cet enfant lorsqu'il naît n'est pas connu. Les handicaps congénitaux sont eux-mêmes évolutifs. Il peut apparaître par la suite des handicaps supplémentaires.

Cette annonce doit porter également sur la reconnaissance des potentialités et capacités de l'enfant afin de permettre aux parents d'avoir une attitude positive et active en vue de son évolution.

Tout événement relatif à la santé de l'enfant (accident, hospitalisation, prévision d'intervention chirurgicale, décès) fait l'objet d'un contact rapide avec les parents, par les moyens les plus appropriés. Tout fait relevant de l'autorité parentale est porté à la connaissance de la famille.

B. La famille doit être associée

Tous les moyens appropriés à chaque cas particulier doivent être utilisés pour tenir les familles informées et permettre aux parents, dans toute la mesure du possible, de participer au projet de soins et au projet éducatif de leur enfant, par exemple :

- prise en charge, sauf impossibilité majeure, par les familles des achats de vêtements et d'objets personnels de leur enfant, en liaison avec l'établissement ;
- rencontres individuelles avec les différents respon-

sables, avec les médecins, les éducateurs et les personnes ayant en charge les enfants dans la vie quotidienne ;

- réunions de parents ;
- journées portes ouvertes ;
- accueil, lors des visites, dans des lieux adaptés ;
- courriers et lettres régulières le cas échéant ;
- cahier de liaison ;
- relations avec les associations de parents ;
- conseil de maison ;

et tout autre moyen laissé à l'initiative de l'établissement.

On doit souligner que le dialogue avec les familles, dont le vécu psychologique par rapport au handicap de l'enfant est infiniment variable dans le temps, n'est pas une tâche simple et qu'une formation doit être proposée au personnel à cet égard, ainsi que des temps de réflexion permettant de mieux évaluer leurs propres réactions et l'impact des paroles qui s'échangent entre familles et professionnels à l'occasion de ces rencontres.

Les retours en famille des enfants qui séjournent en internat doivent être programmés en fonction des demandes et des possibilités des parents et de l'équilibre général de l'établissement.

Diverses formules peuvent être proposées, qu'il s'agisse de plages de sorties pré-déterminées (vacances scolaires par exemple) ou d'une réponse plus individualisée aux demandes, mais dans tous les cas toutes dispositions doivent être prises pour que, d'une part, les familles soient informées en temps utile, d'autre part, pour que la direction de l'établissement puisse programmer les sorties et les accueils temporaires d'autres enfants le cas échéant.

C. La famille doit être soutenue

L'annexe XXIV ter fait figurer parmi les missions de l'établissement ou du service l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant.

Outre les services de soins et d'aide à domicile d'autres interventions peuvent être sollicitées. Il s'agit en particulier des centres d'action médico-sociale précoce.

Le recours à l'un ou l'autre service appuyé sur une équipe réellement spécialisée dans le polyhandicap permettra d'éviter trop de dispersions, d'obtenir l'ensemble des interventions nécessaires et de restituer aux familles une information plus adaptée à la quotidienneté de la vie.

★

Les relations avec les familles se font dans le strict respect du secret professionnel auquel tous les membres du personnel sont tenus vis-à-vis des personnes extérieures à l'établissement et vis-à-vis des autres parents.

II. Assurer la cohérence de la prise en charge

La prise en charge par l'établissement ou le service est une prise en charge d'ensemble qui doit présenter une grande cohérence.

Elle s'adresse à l'enfant dans son unité et dans l'ensemble de ses besoins d'apprentissage et de soins, de sa dynamique personnelle (attente, motivation, goûts et refus) et de sa vie de relation si réduite soit-elle.

Elle requiert l'intervention de professionnels de différentes origines dont il importe qu'ils gardent leur spécificité. Non seulement l'exercice des responsabilités médicales et pédagogiques est plein et entier, accompli conformément aux règles propres à ces professions, mais l'intervention de chacun doit s'effectuer selon ses particularités sans que l'on aboutisse à faire de l'équipe médico-éducative un agrégat d'emplois polyvalents et interchangeable. Au contraire, l'enfant doit être en mesure d'identifier les rôles particuliers de chacun, les variétés qu'ils introduisent dans le rythme de ses journées. Pour autant, les clivages professionnels doivent préserver le caractère d'ensemble de l'action médico-éducative.

Le directeur est garant de la cohérence de cette action d'ensemble réunissant des interventions spécifiques. Il préside les réunions de synthèse prévues à l'article 7. Il coordonne les activités de l'établissement, dans le respect des compétences professionnelles de chacun. Il prépare, avec l'équipe médico-éducative, le projet pédagogique, éducatif et thérapeutique global de l'établissement qui doit être adopté par ses instances responsables (conseil d'administration). Ce projet est un projet intégré qui évite les ségrégations internes d'enfants, les intolérances individuelles (exclusion des enfants les plus perturbateurs ou les plus régressés) et les clivages professionnels.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel est défini pour chaque enfant. Il est par nature révisable et fait l'objet d'un suivi par l'équipe médico-pédagogique. Il tient compte du fait que le parcours de l'enfant est individualisé et peut comporter des passages d'une institution à une autre (école, secteur médico-social, secteur sanitaire...). Les passages doivent être organisés avec la plus grande souplesse et être facilités autant que possible.

Périodiquement, et au moins chaque année une évaluation pluridisciplinaire de l'évolution de l'enfant est dressée par l'équipe médico-éducative. Elle permet notamment d'établir le bilan pluridisciplinaire prévu à l'article 3 de l'annexe.

Aussi bien en matière d'éducation que de soins, un certain nombre de moyens techniques sont cités à titre d'exemple mais n'ont bien entendu pas un caractère exclusif d'autant plus que dans chacun des domaines envisagés, les progrès de la recherche pédagogique et thérapeutique peuvent modifier les pratiques.

III. Assurer l'éducation et le développement des enfants polyhandicapés

Commencée tôt, l'éducation de l'enfant polyhandicapé doit progressivement se diversifier pour s'adapter à la complexité et à la multiplicité de ses besoins parfois contradictoires. Elle prend en compte la lenteur de son évolution et l'anxiété créée par sa dépendance, tant chez ses parents que chez les intervenants. *L'éducation du jeune polyhandicapé, parce qu'elle donne souvent des résultats lents et partiels, doit impérativement être poursuivie à l'adolescence et à l'âge adulte pour maintenir et approfondir les acquis.*

A. Des méthodes éducatives en constante adaptation

Le polyhandicap, par définition, interdit d'appliquer à l'enfant une méthode éducative unique et immuable : l'association de troubles divers et graves oblige l'intervenant — qu'il soit éducateur, ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin — à adapter au cas par cas plusieurs éléments tirés de diverses méthodes d'éducation ou de soins, en fonction des besoins de chaque enfant polyhandicapé. L'intervenant aura, de plus, à modifier, en fonction des différentes étapes du développement, le « programme » original, individualisé, fruit d'une recherche sans cesse renouvelée. Néanmoins, quelles que soient les méthodes mises en œuvre, elles n'ont d'efficacité que si elles s'adressent à un enfant sécurisé par une relation tolérante et ajustée avec les adultes et les autres enfants.

Une bonne relation est en effet indispensable et d'ailleurs très exigeante : bien connaître l'enfant, prendre le temps de le laisser s'exprimer, de s'intéresser à une proposition, de comprendre une consigne, de réaliser et même d'ébaucher un geste réponse. Lui parler de ce qui se passe, mettre en mots la perception de ses réactions, lui permet par la parole de l'adulte d'anticiper, de s'accommoder, de s'approprier à l'activité proposée. Cette bonne relation repose aussi sur la création d'un bien-être : bonne installation du jeune et des objets, mise en relation des enfants entre eux. Confort sensoriel, juste distance relationnelle créent la sécurité et évitent aussi bien les situations de surprotection que les ruptures intempestives.

La construction d'un projet éducatif doit reposer sur une observation soignée et prolongée de l'enfant, de ses multiples déficiences, mais surtout de ses quelques acquis, de ses « capacités en émergence » qui vont être renforcées, définitivement acquises et intégrées grâce au programme éducatif mis en œuvre, et également des goûts de l'enfant et de ses refus. Sur cet ensemble se fonde une « pédagogie de la réussite » qui permet de l'affranchir au mieux des multiples contraintes liées au polyhandicap. Dans cette perspective les informations données par la famille peuvent faciliter le démarrage de la prise en charge.

L'adaptation de différentes méthodes fait de l'éducation des enfants polyhandicapés une recherche perma-

nente. On recherchera l'équilibre entre les différentes méthodes éducatives en évitant de s'enfermer dans une seule d'entre elles et en rejetant les excès.

B. Les champs de l'éducation

B.1. La construction de la personnalité

C'est le fondement : donner au sujet le sens de sa personne, de son moi, des capacités d'exister dans le regard et les attitudes de l'autre, constitue le fond permanent et commun à toutes les composantes de l'éducation. En son absence, l'extrême dépendance physique, les restrictions d'efficacité intellectuelle, risquent d'aboutir à des états d'indifférenciation et de repli proches de l'autisme.

B.2. Les autonomies de vie quotidienne

Même très incomplètes, très partielles, elles peuvent toujours exister, se maintenir et progresser à condition d'être proposées à l'enfant par toutes petites étapes et dans un effort toujours reconduit et toujours sans excès, passer du gavage... à la cuillère, du mixé... à l'écrasé, tendre le bras vers un vêtement, acquérir un certain contrôle sphinctérien, même s'il n'est que passif... sont d'immenses victoires ressenties comme telles par l'enfant, les parents, l'environnement, qui dynamisent les interactions et stimulent la pensée de l'enfant, l'action de l'entourage, même si la dépendance ne recule que de manière infime.

L'éducation aux différents actes de la vie quotidienne (alimentation, habillage, toilette, maîtrise sphinctérienne) décomposée en multiples petites étapes doit donc être patiemment poursuivie.

Tous les membres de l'équipe médico-éducative sont parties prenantes dans cette visée d'autonomie.

B.3. La communication

L'éducation dans le champ de la communication chez l'enfant polyhandicapé est elle aussi complexe, continue, progressive.

— Les moyens d'expression de ces enfants sont rarement verbaux, encore moins souvent écrits. La communication présente donc des difficultés considérables (emmurement psychique, emmurement moteur, voire sensoriel).

Très souvent, ils ne peuvent faire appel aux systèmes de compensation utilisés par les autres enfants handicapés. Il ne reste à certains que des sensations tactiles, gustatives et olfactives.

Mais, de manière riche et évolutive, ces moyens d'expression peuvent prendre la forme de modulations tonales, de mimiques, d'attitudes de mouvements de la tête, du regard et des doigts.

— De même la compréhension de l'écriture échappe,

mais pas toujours celle de l'image ou de la photo. Pratiquement tous les enfants peuvent accéder à la compréhension du geste, de la mimique et au plaisir de la musique.

Tous, quels que soient les vecteurs utilisés, peuvent accéder à la composante interactive de la communication si on leur en offre le temps : apprendre à écouter, à se faire entendre, à répondre ne serait-ce que d'un regard ou d'une modulation de la voix... Tous aussi ont accès aux contenus affectifs de la communication : exprimer plaisir, souffrance, refus, lassitude. Et parce qu'ils ont accès presque tous à ce registre, avec des supports différents certes, ils doivent pouvoir comprendre et exprimer l'acceptation et la dénegation.

L'apprentissage de la communication passera généralement par toute une série de stades « pré-symboliques » très complexes, puis par l'utilisation de quelques moyens très globaux d'expression corporelle.

Il sera souvent nécessaire de recourir ensuite à divers systèmes de communication non verbale de pictogrammes (éventuellement tri-dimensionnels) et idéogrammes, codes plus élaborés combinant tous ces signes en vue de construire un vrai langage (tel le « Bliss » souvent adapté pour les polyhandicapés en « Bliss simplifié ») ainsi qu'aux langages gestuels.

La formation du personnel et les échanges avec la famille faciliteront cette communication.

B.4. La socialisation

Il est nécessaire d'intéresser les enfants polyhandicapés aux autres enfants, en leur permettant de se voir, de s'entendre, de se toucher, de s'accepter comme de se refuser, créer de la part des plus autonomes des occasions d'aider, de donner, de partager... L'apprentissage des comportements sociaux (demander, recevoir, remercier, refuser, attendre, anticiper, rester seul même) doit se préparer entre enfants pour ne pas renforcer les dépendances, d'ailleurs réciproques, avec les adultes.

B.5. L'éducation cognitive

a) Tous les enfants polyhandicapés peuvent bénéficier d'une éducation polysensorielle : le goût, l'oreille, et le toucher sont en général intacts chez eux et peuvent être la source de joie et d'enrichissement de leur champ d'expérience.

Dans cette éducation polysensorielle, une mention particulière doit être faite pour la vision : la fréquence de troubles visuels (troubles de la réfraction, amblyopie, strabisme, paralysie du regard vers le haut...) rend souvent très aléatoire d'ajouter trop de choses aux stimulations visuelles naturelles ; mais ceci ne doit pas dissuader en tous cas de rechercher pour chaque enfant les installations et les aides les mieux à même de favoriser la meilleure stimulation visuelle possible (lunettes, éclairage, disposition des enfants autour de la table).

b) L'éducation temporo-spatiale, sous des formes simples, est aussi accessible à tout enfant polyhandicapé : explorer, baliser l'espace corporel, interpersonnel, la pièce de vie, l'extérieur, la voiture, la maison, les rapports entre les objets, les meubles, les installations... enseignent à l'enfant comment se situer, se mouvoir et se repérer dans le temps.

L'éducation pré et parascolaire devrait être tentée chez tout enfant polyhandicapé et poursuivie en fonction des réponses de chacun. En tout cas, le diagnostic de « polyhandicapé » ne saurait priver aucun enfant dans cette période sensible d'un véritable apprentissage cognitif, pour éliminer le risque d'imputer à tort à une déficience intellectuelle profonde l'inefficacité, le défaut d'attention, ou de réactivité de l'enfant polyhandicapé.

L'éducation pré-scolaire visera à l'acquisition patiente et progressive d'un maximum de « pré-requis » : notions de grandeur, notions de quantités, reconnaissance de formes simples, et des couleurs...

Un effort en vue de l'acquisition de symboles doit toujours être tenté. Pour les uns, il s'arrêtera à la capacité de reconnaître photographies et images, pour beaucoup il ira jusqu'à l'enchaînement d'images illustrant une activité concrète simple. Pour certains on pourra aller jusqu'au maniement de quelques symboles ou à la manipulation simple de quelques chiffres.

Pour d'autres enfin les apprentissages plus élaborés pourront amener à réviser l'orientation.

Les enfants handicapés sont souvent doués d'une très bonne mémoire affective et visuelle, et d'un intérêt soutenu pour toutes les notions ayant trait aux activités de la vie quotidienne. Ce sont là des ressources favorables à des acquisitions pré et parascolaires valorisantes pour tous : enfants, parents et intervenants.

Des programmes d'« éducation assistée par ordinateur » faits sur mesure peuvent permettre l'actualisation de l'efficacité intellectuelle d'un certain nombre d'enfants polyhandicapés.

IV. Soigner les enfants polyhandicapés

A. Les difficultés des enfants polyhandicapés sont par définition diverses. La prise en compte des troubles somatiques est essentielle mais est loin de représenter la totalité des actions de soins que demandent ces enfants et adolescents.

En d'autres termes, la fonction « soins » n'est pas exclusivement du domaine médical, elle n'a pas non plus uniquement pour objet l'abord corporel de l'enfant. On distingue donc soins et médicalisation. Il y aura lieu d'associer soins somatiques et soutiens psychologiques.

Mais le recours à des équipements médicalisés peut être nécessaire : ces enfants sont aussi des malades qui peuvent avoir besoin, plus que d'autres, d'interventions chirurgicales, de soins d'urgence ou de techniques particulières.

À cet égard, la formation des médecins et des infirmières est essentielle justement pour évaluer les circonstances où ce recours est nécessaire, proposer et maintenir des habitudes de soins préventifs permettant d'éviter que ce recours soit trop fréquent, mettre en confiance le personnel éducatif quant aux problèmes de santé des enfants.

La fonction « soins » n'a pas que des aspects matériels, elle participe étroitement de facteurs psychologiques qui jouent au niveau de l'enfant pour le rendre plus ou moins réceptif ou fragile et à celui des adultes soignants pour modifier la qualité des gestes quotidiens.

De ce fait la fonction « soins » est partagée par toutes les personnes qui ont à faire à l'enfant ou à l'adolescent, chaque geste a son importance et la vigilance de chacun est fondamentale.

B. La fonction « soins » dans la vie quotidienne

Plus l'enfant est handicapé, plus il est dépendant, moins il peut réguler lui-même les « besoins de santé primaire », plus cette partie des soins prend de l'importance et engage la responsabilité de l'adulte soignant. Il s'agit de soins préventifs permanents, dans un abord psychologique satisfaisant.

B.1. Alimentation - Hydratation

1°) Les carences nutritionnelles globales et les déséquilibres sont évitables par des régimes adaptés, mis au point en concertation entre médecin et responsables d'économat — et par des apports complémentaires.

2°) Plus difficile est la technique même de l'alimentation pour éviter les fausses routes chez les enfants qui ont des troubles neurologiques de la sphère bucco-linguo-faciale. Pour cela, il est demandé au personnel une grande disponibilité, un certain doigté adapté à chaque enfant, mais il est nécessaire aussi de lui proposer des éléments de formation concernant les fausses routes, leurs causes, leur prévention et la rééducation de la motricité mandibulaire et bucco-linguale dont les techniques sont encore insuffisamment répandues. La participation des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes à l'éducation alimentaire est souhaitable.

3°) La surveillance des problèmes digestifs et la réalisation des petits soins adaptés n'est pas moins importante et pas moins quotidienne.

B.2. Problèmes respiratoires

Les soins préventifs et curatifs ne sont pas uniquement du domaine de la kinésithérapie respiratoire mais concernent l'ensemble du personnel et la famille auxquels une formation adaptée peut être dispensée.

B.3. Installation et mobilisation

a) Le confort, la mobilisation et les installations adap-

tées des enfants non marchants, font l'objet d'une meilleure connaissance actuelle des enjeux :

- la position assise et la verticalisation précoce, chaque fois que possible, permet une meilleure fonction respiratoire, digestive et préserve l'ossification,
- les positions adaptées préviennent en partie, luxation de hanche, bassin oblique et scoliose,
- la mobilisation segmentaire, la décontraction et la gymnastique globale au sol ou en table de kinésithérapie ne doivent pas être oubliées,

— enfin, la motricité spontanée ou aidée par tous les appareillages de déambulations utiles est aussi un élément des soins.

Pour certains enfants, particulièrement fragiles, l'intervention du kinésithérapeute sera très prudente : il s'agira d'une intervention dont la visée sera surtout d'entretien et de soutien, à la mesure de l'état de chacun.

L'usage d'aides techniques (soulève-malades par exemple) est en outre de nature à soulager le personnel et à faciliter sa tâche. Il importe également d'assurer dans le même but une bonne formation aux gestes et postures du travail.

b) Dans toute cette activité, le personnel soignant a en outre la charge de veiller à la protection cutanée des points d'appui et de prévenir les risques de traumatismes.

On insistera sur la présence d'un lieu de balnéothérapie indépendant des salles de bains des unités.

B.4. Hygiène personnelle et collective

L'hygiène générale a des aspects individuels et collectifs essentiels : elle est difficile à obtenir et surtout à maintenir tout au long de chaque journée chez des enfants incontinents et non autonomes. Elle fait partie à la fois du soin et de l'éducation.

L'organisation du temps doit respecter les rythmes de vie des enfants et adolescents malgré les contraintes de travail du personnel (espacement des repas, moments de repos...).

L'hygiène individuelle collective implique les vaccinations des enfants avec les précautions liées à leur état, ainsi que les mesures d'hygiène banale et quotidienne.

Enfin une attention particulière doit être apportée aux soins et à l'hygiène buccodentaire trop souvent négligée dans les institutions collectives.

B.5. Les aspects psychologiques

À chaque étape de ces soins, dont la charge somatique et matérielle n'échappe à personne, l'aspect psychologique doit être pris en compte.

— Le soutien psychologique

La nature, la qualité et le rythme des gestes effectués, procurent à l'enfant un ensemble de sensations et de stimuli qui deviennent des affects de plaisir ou de déplaisir. Sont également concernées la tonalité des voix, les paroles prononcées, leur valeur relationnelle de l'adulte à l'enfant, mais aussi entre les adultes du groupe, ensemble d'impressions qui peuvent devenir selon le cas, agressives ou apaisantes, angoissantes ou sécurisantes.

Toutes ces interactions demandent à être perçues et régulées avec l'aide d'un personnel compétent de formation psychologique et psychiatrique attentif à l'ensemble de la vie d'une unité, à l'évolution des enfants et aux relations avec les parents.

Cette action de soutien psychologique doit s'étendre aux personnels au contact permanent avec les enfants polyhandicapés : l'importance des handicaps, la lenteur parfois extrême du développement de ces enfants peuvent provoquer chez ces personnels des réactions de découragement contre lesquelles une action préventive et curative est indispensable.

— L'intervention psychothérapeutique

Un certain nombre d'enfants polyhandicapés manifestent des troubles de la personnalité pouvant aller jusqu'à la psychose ou à des manifestations cliniques proches de l'autisme.

L'intervention du psychiatre est alors indispensable et la dimension psychothérapeutique doit alors s'intégrer pleinement dans l'approche pluridisciplinaire de l'équipe.

C. Les urgences

C.1. Quelles que soient les précautions prises, on ne peut échapper à des épisodes de pathologie aiguë.

C'est le cas d'accidents, de crises épileptiques graves ou inhabituellement prolongées, de fièvres ou de maladies infectieuses brutales, épisodes douloureux, d'états de choc, d'états d'agitation ou d'agressivité, en bref de toutes les circonstances où l'état de l'enfant est brusquement changé par rapport à ce que les soignants connaissent.

Afin de préparer les hospitalisations nécessaires, l'accueil de ces jeunes doit être prévu par des contacts préalables entre les équipes médicales hospitalières et le médecin des établissements. En cas d'hospitalisation de l'enfant polyhandicapé, la présence de sa mère doit être souhaitée et facilitée, chaque fois que possible.

Il importera de plus d'assurer la formation aux gestes d'urgence des aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie, aides soignantes et le renouvellement régulier de ces formations dans le cadre professionnel.

C.2. Le traitement hors du milieu hospitalier de certaines situations d'urgence peut poser la question de

l'organisation d'une infirmerie à l'intérieur même de l'établissement médico-éducatif.

Cette infirmerie a plusieurs fonctions :

- l'accueil en situation aiguë d'enfants fragiles ou fatigués ne nécessitant pourtant pas de soins hospitaliers,
- les premiers gestes d'urgence avant hospitalisation,
- l'accueil régulier, pour surveillance de nuit, par exemple, d'enfants nécessitant des soins particuliers,
- le retour en post-opératoire d'enfants plâtrés ou ayant des pansements réguliers à effectuer.

Le personnel de cette infirmerie doit être suffisant pour assurer une permanence avec possibilité d'intervention durant le temps d'ouverture et 24 heures sur 24 lorsqu'il s'agit d'un internat.

Lorsque l'organisation d'une infirmerie n'est pas justifiée par la taille de l'établissement, il est souhaitable que des aides soignants participent à la prise en charge quotidienne des enfants malades dans chaque unité, l'infirmière gardant par ailleurs ses tâches spécifiques.

D. Le projet thérapeutique à moyen et long terme

L'amélioration des connaissances conduit à proposer pour chaque enfant un projet thérapeutique qui évolue au cours des années.

Ce projet concerne :

D.1. Le suivi de la croissance et la prévention des aggravations possibles en particulier au moment de l'adolescence.

Les liens réguliers et organiques entre services de chirurgie orthopédique et établissements doivent être prévus, favorisés le cas échéant par le biais de conventions.

Pour les enfants polyhandicapés vivant en famille et suivis dans des structures de soins à domicile ou dans des externats, des informations régulières doivent être échangées entre médecins traitants ou spécialistes suivant les enfants et médecins des établissements, afin d'éviter le morcellement des prises en charge.

D.2. L'accompagnement des stades évolutifs lorsque l'état de l'enfant s'aggrave.

Pour ces enfants, le projet reste celui d'une activité éducative le plus longtemps possible, mais la fonction soins dans ses aspects somatiques et psychologiques prend une importance croissante au cours de l'évolution. Elle comprend le soutien de la famille au niveau matériel, l'aide à l'ajustement, la disponibilité aux appels d'urgence, le temps passé à l'écoute de l'angoisse des parents.

Sans qu'il soit possible de faire des recommandations précises en la matière, il faut noter que les établissements doivent être préparés à poursuivre éventuelle-

ment l'accompagnement de ces enfants en phase terminale, lorsque pour des raisons médicales il n'est pas nécessaire de recourir à des soins hospitaliers.

Enfin des contacts doivent être établis entre tout établissement recevant des enfants polyhandicapés et les services de soins intensifs les plus proches afin de répondre de la manière la plus adaptée possible aux problèmes vitaux.

V. Porter une attention particulière à l'adolescence des polyhandicapés

Les adolescents doivent recevoir au sein des établissements une attention particulière, si l'on souhaite les préparer au mieux, à accéder en dépit de leur dépendance à un statut d'adulte. Les jeunes polyhandicapés acquièrent au même âge que tous les autres un développement pubertaire normal ; cette transformation corporelle fondamentale peut être à l'origine d'anxiété et de confusion si elle n'est pas explicitement reconnue par les parents et par les équipes qui doivent adapter leurs attitudes et répondre aux nouveaux besoins de l'adolescent et de sa famille.

Le maternage et la recherche du confort si nécessaire au jeune enfant polyhandicapé doivent faire une place progressivement croissante à des interactions élargies à un plus grand nombre d'adultes mais surtout aux autres adolescents polyhandicapés : on multipliera les occasions et les moyens de communication, de partage d'activités collectives, d'échanges d'aides entre eux. A côté de cet effort de socialisation à l'intérieur du groupe des adolescents, on fera une place de plus en plus grande aux activités extérieures (piscines, séjours de campagne, sorties culturelles ou de voisinage adaptées) et pour certaines activités matérielles même modestes.

De plus les soins corporels, l'assistance dans la vie quotidienne et le langage même que les professionnels mettent en œuvre tiendront compte de l'intimité, du respect des choix dus à la personnalité adolescente.

Par ailleurs, les équipes auront à faire face à des besoins nouveaux :

- la croissance rapide de la période pubertaire entraîne souvent des complications orthopédiques graves (luxations de hanche — scoliose) qui nécessitent des installations nouvelles, un surcroît de rééducation motrice, des interventions chirurgicales.

Les régressions fonctionnelles parfois inévitables (perte de la marche ou de la station debout ou de la préhension manuelle) devront être expliquées à l'adolescent et à sa famille qui auront alors besoin d'un soutien attentif.

- En dehors même de cette éventualité redoutable, la famille des adolescents a besoin de plus d'aide et de relais et surtout d'une disponibilité compréhensive de la part des professionnels : celle-ci est indispensable

pour que les parents parfois dépassés par la charge physique et émotionnelle s'autorisent à demander une orientation en internat, des placements temporaires, des aides de week-end, voire une admission rapprochée en maison d'accueil spécialisée. La patiente recherche de ces réorientations, la préparation de l'adolescent et de sa famille à la séparation par de petits séjours itératifs incombent aux équipes des établissements qui sans méconnaître les compétences des COTOREP doivent acquérir une bonne connaissance des équipements de leur région et nouer, avec eux, dans le cadre de leur fonction de suite et de préparation de la suite, des liens directs pour assurer un maximum de cohérence dans le choix des solutions ultérieures.

VI. Organiser les modes d'accueil et d'intervention en vue d'une meilleure efficacité

Quels que soient le mode d'accueil et le lieu de vie des enfants, des dispositions doivent être prises pour permettre le décloisonnement entre soins à domicile, diverses formes d'accueil de jour, accueil en internat temporaire ou de longue durée.

Les enfants polyhandicapés demeurant dans leur famille peuvent être suivis dans les :

- centres d'action médico-sociale précoce,
- centres médico-psychologiques des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
- centres médico-psycho-pédagogiques de cure ambulatoire,
- consultations ambulatoires spécialisées, hospitalières ou privées.

A. Les services de soins et d'aide à domicile concourent à cette prise en charge

Ces interventions s'effectuent suivant les moments et les cas particuliers :

- au domicile des parents,
- au lieu de garde de l'enfant,
- à l'école maternelle le cas échéant,
- au siège du service,
- ou dans tout autre lieu où peut être accueilli l'enfant dans la journée, avec les techniciens du service.

La composition de l'équipe de soins à domicile comprend tout ou partie des techniciens mentionnés dans l'annexe XXIV ter. Le choix des intervenants à domicile pour chaque cas particulier s'effectue en réunion de synthèse durant lesquelles le médecin, le responsable du service, les différents techniciens, prennent connaissance des besoins de l'enfant et de ses parents.. Des évaluations régulières sont faites par la suite, en consultation et réunion de synthèse.

Le lien organique avec un établissement pour polyhandicapés donne à l'équipe du service l'assise technique et professionnelle nécessaire ; il assure la continuité de la prise en charge de l'enfant et il permet en outre la réaffectation des personnes de l'équipe à d'autres sections ou services de l'établissement quand la nécessité s'en fait sentir.

L'assise technique est également renforcée par des liens explicites et organisés, sanctionnés par des conventions portées à la connaissance de l'autorité de tutelle avec les établissements hospitaliers notamment quant à leurs services d'urgence, leur plateau technique et l'ensemble de leurs moyens.

B. L'établissement peut fonctionner sur le mode de l'externat ou du semi-internat

Les sections sont, soit autonomes, soit partie intégrante d'un établissement en internat.

Elles peuvent accueillir les jeunes enfants à la journée, tout ou partie de la semaine.

C. L'internat

Dans toute la mesure du possible, les établissements accueillant les enfants en internat comportent également une section d'accueil de jour.

Les établissements fonctionnant en internat :

- sont ouverts trois cent soixante-cinq jours par an,
- accueillent le plus souvent possible des enfants à la semaine pour leur permettre de rentrer dans leur famille le week-end et lors des vacances, tout en organisant l'accueil d'urgence parfois nécessaire,
- peuvent accueillir temporairement dans la limite des places autorisées des enfants séjournant habituellement dans leur famille ou suivis à domicile, pour des séjours d'observation et de soins particuliers, dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel, ou en cas d'urgence.

Cette fonction d'accueil temporaire peut être exercée dans l'établissement :

- soit pour un nombre de places déterminé, fixé à l'avance et dont le taux d'occupation prévu tient compte de l'irrégularité des demandes,
- soit en fonction des possibilités d'accueil de l'établissement lors de l'absence des enfants qui occupent les places permanentes.

Une fraction suffisante du temps du personnel médico-éducatif et social est consacrée à l'organisation de ces séjours temporaires, aux relations avec les familles ou les établissements demandeurs, et à la préparation des équipes pour ces accueils temporaires. Le bon déroulement peut constituer une phase importante dans le développement de l'enfant et son autonomisation par rapport au milieu familial. Les difficultés rencontrées pour adapter l'enfant à un milieu différent de la famille

ne doivent pas être méconnues et doivent donc être prévenues par une préparation satisfaisante.

Ceci implique la présence en permanence, dans les groupes qui accueillent des enfants en séjour temporaire, d'un personnel suffisant. S'il s'agit d'une période de vacances, le personnel en congés doit être remplacé mais l'on doit veiller à ce que des personnes formées soient également présentes en nombre suffisant.

Par nature, le personnel est, en raison de la lourdeur et de la permanence des soins apportés, en nombre supérieur à celui rencontré dans les autres établissements d'éducation spéciale.

Les normes d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène sont les mêmes que celles qui sont prévues à l'annexe XXIV bis.

D. Une préférence est donnée à la création de sections pour enfants et adolescents polyhandicapés plutôt que d'établissements

De manière générale il est souhaitable d'éviter de créer de grands établissements. La création de petites structures spécialisées au sein des autres établissements d'éducation spéciale doit être privilégiée, en cherchant autant que possible à favoriser les contacts ou les activités communes entre les divers groupes d'enfants.

Ceci comporte :

- des lieux de vie accessibles et suffisamment spacieux (conditions architecturales de l'annexe XXIV bis),
- un personnel suffisant, attaché à la section spécialisée pour enfants polyhandicapés et formé spécialement, mais pouvant intervenir aussi, soit à temps partiel (pour les para-médicaux) soit à d'autres périodes à temps plein (pour les autres personnels) dans les autres sections de l'établissement,
- une recherche de souplesse dans les alternances d'horaires des personnes pour les établissements qui fonctionnent en internat et externat.

On ne doit pas pour autant exclure la possibilité de créer dans certains cas des établissements spécialisés pour polyhandicapés. Notamment, il n'est pas toujours possible d'organiser matériellement des sections pour polyhandicapés dans chacun des établissements, qu'ils ne puissent, soit se plier aux conditions matérielles, soit recruter le personnel nécessaire.

Dans ce cas, il y aura lieu d'autoriser la création d'établissements pour enfants polyhandicapés.

Les établissements ou sections pour enfants et adolescents polyhandicapés pourront servir de lieux de formation initiale ou continue pour les autres structures spécialisées qui le souhaiteraient.

VI. Mise en œuvre des conditions techniques définies par la nouvelle annexe XXIV ter

Afin de concrétiser, dans les établissements ou services accueillant des enfants ou adolescents polyhandicapés, les orientations de l'action éducative mises en place par la nouvelle annexe XXIV ter, le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 prévoit, dans son article 2, que ceux qui sont déjà agréés disposent d'un délai de trois ans pour déposer une demande d'autorisation au titre de cette nouvelle annexe et pour chacune des sections ou services qui les composent.

Cette disposition trouve sa justification dans le contexte qui a présidé à la refonte des dispositions techniques régissant les établissements ou services d'éducation spéciale. En effet, l'adaptation des conditions techniques de prise en charge opérée par les nouvelles annexes concerne, pour l'essentiel, des institutions qui fonctionnent déjà et qui sont donc invitées à se mettre en conformité avec les nouvelles exigences d'une prise en charge efficace sans augmentation des moyens actuels globalement suffisants. Cette situation implique que toute création nouvelle s'effectue par redéploiement des moyens existants dans le cadre d'une enveloppe globale inchangée.

Cette procédure ne doit pas rester purement formelle mais doit fournir l'occasion, aussi bien aux services de tutelle qu'aux gestionnaires d'établissements ou services, d'opérer un réexamen global et complet des modalités de prise en charge de cette catégorie d'enfants.

Ainsi, les directions régionales et les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales pourront se livrer à une évaluation prévisionnelle des besoins, tant quantitatifs que qualitatifs de prise en charge des enfants ou adolescents concernés.

Ces besoins seront rapportés au dispositif existant au plan des départements et régions. La comparaison fera ressortir les inadaptations et les insuffisances dans la prise en charge et devrait fournir les éléments permettant une appréciation globale des demandes présentées.

Les projets, qu'il s'agisse de sections d'établissements ou de services, doivent faire l'objet d'une appréciation d'ensemble de manière à vérifier la cohérence et à s'assurer que tous les moyens nécessaires à une prise en charge complète sont bien réunis. Il s'agit, bien entendu, des moyens financés par la sécurité sociale au titre de la présente annexe mais également des personnels mis à disposition par le ministre de l'Éducation nationale ainsi que des moyens — locaux ou transports scolaires — dont le financement dépend des collectivités locales.

Les gestionnaires d'établissements ou de services devront quant à eux, conformément aux nouvelles dispositions, individualiser chacune des sections qui com-

posent l'établissement, ainsi que chacun des services qui peuvent lui être rattachés.

Ils pourront mettre utilement à profit cette obligation pour réactualiser, au regard de progrès réalisés dans la prise en charge de chacune des catégories de handicaps considérées, les projets d'établissements en y intégrant les orientations qui ont été développées tout au long de la présente circulaire.

Cette démarche devra être l'occasion d'un dialogue entre l'ensemble des partenaires concourant à l'éducation et à l'enseignement des enfants ou adolescents polyhandicapés : services de la tutelle, gestionnaires d'établissements, personnel et, bien entendu, familles, dont le rôle primordial a été réaffirmé.

Les difficultés que soulèveraient ces instructions pourront être signalées au bureau RV1 (direction de l'Action sociale, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale).

Le ministre d'État, ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports,

L. JOSPIN

Le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale,

C. ÉVIN

Le secrétaire d'État auprès du ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, chargé des Handicapés et des Accidentés de la vie,

M. GILLIBERT

DECRET N° 88-423, 22 AVRIL 1988
REMPLAÇANT L'ANNEXE XXIV QUATER

Enfants atteints de déficience auditive grave
Enfants atteints de déficience visuelle grave ou de cécité

B.O.A.S.E. N° 88-17bis/88

DÉCRET N° 88-423 DU 22 AVRIL 1988

remplaçant l'annexe XXIV *quater* au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par deux annexes concernant, l'une, les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficience auditive grave, l'autre, les établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficience visuelle grave ou de cécité

NOR : ASEA8800402D

(Journal officiel du 24 avril 1988)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Vu le code de la sécurité sociale; et notamment son article L. 162-21 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des personnes handicapées ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu le décret n° 46-1834 du 20 août 1946, et notamment son article 6 ;

Vu le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié ;

Vu le décret n° 86-1151 du 27 octobre 1986 instituant un diplôme d'Etat intitulé Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,

Décète :

Article 1^{er}

L'annexe XXIV *quater* prévue au décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970 modifié est remplacée par les deux documents annexés au présent décret :

1° Une annexe XXIV *quater* en ce qui concerne les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave ;

2° Une annexe XXIV *quinquies* en ce qui concerne les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.

Article 2

Les établissements ou services agréés au titre de l'annexe XXIV *quater* abrogée doivent, dans un délai maximum de deux ans à compter de la date de publication du présent décret, déposer une demande d'autorisation au titre de l'une des deux annexes instituées par le présent décret, conformément aux dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 susvisée.

Article 3

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi, le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la sécurité sociale, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et entrera en vigueur dès sa publication.

Fait à Paris, le 22 avril 1988.

JACQUES CHIRAC

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,
PHILIPPE SÉGUIN

*Le ministre délégué auprès du ministre
des affaires sociales et de l'emploi,
chargé de la santé et de la famille,*
MICHÈLE BARZACH

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre
des affaires sociales et de l'emploi,
chargé de la sécurité sociale,*
ADRIEN ZELLER

ANNEXE XXIV *quater*

CONDITIONS TECHNIQUES D'AUTORISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES PRENANT EN CHARGE DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ATTEINTS DE DÉFICIENCE AUDITIVE GRAVE

Article 1^{er}

Sont visés par la présente annexe les établissements et services qui prennent en charge des enfants et adolescents dont la déficience auditive entraîne des troubles de la communication nécessitant le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'accès à l'autonomie sociale.

Article 2

La prise en charge peut concerner les enfants et adolescents déficients auditifs aux stades de l'éducation précoce, préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique.

Elle comporte :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant dans l'apprentissage des moyens de communication ;
- la surveillance médicale régulière, générale et du handicap ;
- la surveillance médicale et technique de l'adaptation prothétique ;
- l'éveil et le développement de la communication entre le déficient auditif et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à l'éducation auditive, à la lecture labiale et ses aides, à l'apprentissage et à la correction de la parole ainsi qu'éventuellement à la langue des signes française ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et d'un niveau culturel optimum ;
- des actions tendant à développer la personnalité et l'insertion sociale.

Article 3

L'établissement peut comporter les sections suivantes :

Une section d'éducation et d'enseignement spécialisés assurant les apprentissages spécifiques dans les domaines de la perception et de la communication et les apprentissages scolaires selon les programmes de l'éducation nationale, compte tenu d'une progression au besoin adaptée.

Pour une part de son action, cette section peut faire appel à la collaboration d'établissements scolaires ou d'autres organismes en passant avec eux une convention portée à la connaissance de l'autorité de contrôle.

Une section d'éducation pour les enfants déficients auditifs avec handicaps associés où sont intégrées des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques particulières en fonction des handicaps considérés, selon le

cas, cécité, troubles de la personnalité et du comportement, déficience intellectuelle, déficience motrice, autres. Elle peut faire appel à d'autres établissements ou services pour des interventions particulières en passant avec eux une convention.

Cette section doit comporter les personnels répondant aux qualifications requises par la prise en charge. Les locaux et les équipements doivent être aménagés en conséquence.

Une section de première formation professionnelle théorique et pratique des adolescents déficients auditifs, selon les programmes de l'enseignement technique, compte tenu de progressions au besoin adaptées en particulier pour les enseignements technologiques.

Article 4

L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat ou en internat. Il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des foyers qu'il gère, dans des foyers gérés par d'autres organismes ou dans des centres de placement familiaux spécialisés.

Toutes les fois que cela est possible, les enfants déficients auditifs demeurent hébergés dans leur famille.

Article 5

L'établissement doit s'assurer les services d'une équipe médicale, paramédicale et psychosociale, comprenant notamment :

- un médecin qualifié en oto-rhino-laryngologie, compétent en phoniatry ;
- un pédiatre ;
- un psychologue ;
- un assistant de service social.

En fonction des besoins de l'établissement :

- un psychiatre ;
- des rééducateurs divers.

Il doit s'assurer le concours d'un ou plusieurs audioprothésistes chargés de la surveillance technique de l'adaptation prothétique.

Le pédiatre assure la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène des locaux, l'alimentation, la discipline de vie des enfants et, en liaison avec les autres médecins, la surveillance de la santé des enfants et adolescents, en coordination avec le médecin habituel de l'enfant.

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

Le concours demandé à ces médecins spécialistes varie avec l'importance de l'établissement et doit permettre l'examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année ainsi qu'un examen par trimestre scolaire et la surveillance des traitements ordonnés et des rééducations pratiquées.

Article 6

L'établissement doit s'assurer le concours d'une équipe de professionnels prenant en charge l'ensemble des actions concernant la communication, la parole et le langage, l'enseignement et son soutien.

Elle est recrutée parmi les catégories suivantes :

- professeurs de sourds titulaires de l'un des diplômes visés aux articles 2 et 3 du décret n° 86-1151 du 27 octobre 1986 ; leur action concerne la communication, la parole et le langage, l'enseignement et son soutien ;
- instituteurs titulaires du certificat d'aptitude à l'enseignement des inadaptés, option Handicapés auditifs, en fonctions dans un établissement visé à la présente annexe à la date de publication du présent décret ;
- instituteurs titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires, option A, sous réserve de l'obtention du certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds, dans un délai de cinq ans à compter de leur affectation dans l'établissement ;

L'action de ces instituteurs concerne l'enseignement et son soutien :

- des orthophonistes dont l'action s'exerce selon le champ de compétence défini en application de l'article L. 504-1 et suivants du code de la santé publique ;
- des interprètes en langue des signes française (L.S.F.) ;
- des codeurs en langage parlé complété.

Les établissements peuvent s'attacher le concours de personnes sourdes disposant des qualifications professionnelles prévues au présent article ou de celle d'aide médico-psychologique. Leur activité peut s'étendre, au-delà du champ d'exercice normal de cette qualification, à des actions concernant l'acquisition et le développement de la communication gestuelle.

Pour les actions concernant le développement personnel des enfants, leur insertion sociale ainsi que leur encadrement dans les internats et semi-internats, ils s'assurent le concours d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants ou de moniteurs-éducateurs. Les éducateurs affectés dans les groupes d'enfants au stade de l'éducation précoce et de l'éducation préscolaire doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants ou d'un diplôme de jardinière d'enfants ou de jardinière éducatrice délivré par une école agréée par arrêté du ministre chargé de la santé.

La section de première formation professionnelle doit comporter les personnels titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions de professeur d'enseignement technique aux déficients auditifs ou munis des qualifications requises au ministère de l'éducation nationale pour enseigner en lycée professionnel, sous réserve d'un complément de formation spécialisée pour déficients auditifs. Lorsque cette section comporte des groupes de déficients auditifs avec handicaps associés, à défaut des personnels ci-dessus, il peut être fait appel à des éducateurs techniques spécialisés. Dans tous les cas, les liaisons nécessaires avec les entreprises sont établies afin de réaliser la meilleure adaptation possible à la vie professionnelle future.

Article 7

Les services suivants peuvent être créés par l'établissement auquel ils sont rattachés :

Un service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants de la naissance à trois ans assurant la prise en charge définie à l'article 2 et tout particulièrement le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et de l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant.

Les interventions peuvent avoir lieu dans les locaux du service et par des visites à domicile.

Un service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire pour les enfants de plus de trois ans qui suivent par ailleurs une scolarité à l'école ordinaire ainsi que pour les enfants de trois à six ans qui ne peuvent bénéficier d'une telle scolarité.

Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec des centres d'audiophonologie, des services O.R.L. (dépistage et diagnostic), des centres d'action médico-sociale précoce ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Ces services peuvent être autonomes lorsqu'il existe une difficulté grave de rattachement.

Article 8

La prise en charge qui incombe au service d'accompagnement familial et d'éducation précoce est assurée par les personnels ayant les qualifications prévues à l'article 5 et en tant que de besoin à l'article 6.

Le service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire effectuée l'ensemble de la prise en charge définie à l'article 2 ; elle est assurée par les personnels ayant les qualifications prévues aux articles 5 et 6 ; une convention passée entre l'établissement de rattachement ou le service s'il est autonome et les services du ministère de l'éducation nationale ou l'établissement scolaire privé sous contrat précise quels personnels apportent leur concours à la réalisation de la prise en charge et les conditions de celle-ci.

Article 9

Chaque section ou service fait l'objet d'un arrêté d'autorisation dans les conditions prévues par loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée sus-visée.

Article 10

L'établissement doit disposer des locaux et équipements correspondant aux dispositions réglementaires générales d'hygiène et de sécurité.

Les locaux doivent en outre comporter les aménagements nécessaires à une bonne réception des messages visuels et auditifs : luminosité, insonorisation, etc.

Des locaux doivent être prévus pour les interventions individuelles, notamment en apprentissage de la parole.

Des équipements en vue de la transmission et de l'amplification des signaux sonores et de leur visualisation sont mis à la disposition des enfants et des adolescents.

Lorsque les examens audiométriques courants sont pratiqués dans l'établissement, ce dernier doit disposer des équipements nécessaires comportant une cabine audiométrique équipée du matériel d'audiométrie tonale au casque et en champ libre et d'audiométrie vocale.

Article 11

La famille doit être associée à l'élaboration du projet individuel thérapeutique, pédagogique et éducatif et à sa mise en œuvre.

L'équipe médico-psycho-pédagogique de l'établissement ou service fait parvenir aux familles, au moins tous les trois mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant.

Article 12

Les dispositions de l'annexe XXIV, titres II, III et IV, s'appliquent aux établissements concernés, à l'exception de ses articles 21, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 42, 43, 45 et 46.

ANNEXE XXIV *quinquies*

CONDITIONS TECHNIQUES D'AUTORISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES SERVICES PRENANT EN CHARGE DES ENFANTS OU ADOLESCENTS ATTEINTS DE DÉFICIENCE VISUELLE GRAVE OU DE CÉCITÉ

Article 1^{er}

Sont visés par la présente annexe les établissements et services qui prennent en charge des enfants et adolescents dont la déficience visuelle nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la compensation du handicap, l'acquisition de connaissances scolaires et d'une formation professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

Article 2

La prise en charge peut concerner les enfants et adolescents au stade de l'éducation précoce, préélémentaire, secondaire et technique.

Elle comporte :

Une surveillance médicale, notamment de l'état visuel (nature, importance, évolutivité, correction s'il y a lieu), et de ses conséquences sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent et des déficiences associées éventuelles ;

L'éveil et le développement de la relation par :

a) Le développement des moyens sensoriels et psychomoteurs de compensation du handicap visuel ;

b) La stimulation et le développement de la vision fonctionnelle, incluant l'utilisation éventuelle d'aides optiques ou non optiques lorsque des possibilités visuelles existent ;

c) L'acquisition de techniques palliatives, notamment dans les domaines de la locomotion, de la communication écrite (braille, dactylographie, écriture manuscrite), des activités de la vie journalière, ainsi que l'initiation, adaptée au cas de chaque enfant, aux différents matériels techniques, électroniques ou autres ;

L'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et d'un niveau culturel optimum ;

L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ;

Des actions tendant à développer la personnalité et faciliter l'insertion sociale.

Article 3

L'établissement peut comprendre les sections suivantes :

Une section d'éducation et d'enseignement spécialisés prenant en charge l'enfant dans sa globalité. Elle assure, en liaison avec la famille, une éducation et un enseignement adaptés à des enfants qui ne peuvent momentanément ou durablement être pris en charge par le service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire défini à l'article 7.

Pour une part de son action, cette section peut faire appel à la collaboration d'établissements scolaires ou d'autres organismes en passant avec eux une convention portée à la connaissance de l'autorité de contrôle.

Une section d'éducation pour les jeunes déficients visuels avec handicaps associés importants (troubles de la personnalité et du comportement, déficience intellectuelle, déficience motrice, déficience auditive, autres...). Des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques particulières en fonction des handicaps considérés doivent être intégrées au sein d'une telle section, éventuellement en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés si nécessaires.

Une section de première formation professionnelle théorique et pratique des adolescents déficients visuels, selon les programmes de l'enseignement technique, compte tenu de progressions au besoin adaptées, en particulier pour les enseignements technologiques.

Article 4

L'établissement peut fonctionner soit en externat, en semi-internat ou en internat. Il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des foyers qu'il gère, dans des foyers gérés par d'autres organismes ou dans des centres de placements familiaux spécialisés.

Toutes les fois que cela est possible, les enfants déficients de la vue demeurent hébergés dans leur famille.

Article 5

L'établissement doit s'assurer le concours d'une équipe médicale, paramédicale et psycho-sociale travaillant en liaison avec les enseignants et les éducateurs et comprenant au moins :

- un pédiatre ;
- un ophtalmologiste ;
- des rééducateurs intervenant dans les différents domaines de la compensation du handicap visuel et dans le développement de la vision fonctionnelle ;
- un psychologue ;
- un assistant social.

Le pédiatre assure la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène des locaux, l'alimentation, la discipline de vie des enfants et, en liaison avec les autres médecins, la surveillance de la santé des enfants et adolescents en coordination avec le médecin habituel de l'enfant.

Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

Le concours demandé à l'un de ces médecins varie avec l'importance de l'établissement et doit permettre l'examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi qu'un examen par trimestre scolaire et la surveillance des traitements ordonnés et des rééducations pratiquées.

Article 6

L'établissement doit s'assurer le concours d'enseignants prenant en charge, en liaison avec l'équipe médicale, paramédicale et psycho-sociale, la formation scolaire des enfants et adolescents par des actions pédagogiques adaptées.

Cette équipe peut être constituée des catégories suivantes :

- professeurs titulaires des certificats d'aptitude exigés par le ministère chargé des affaires sociales ;
- instituteurs titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires, option B.
- leur action est définie par les textes réglementaires qui régissent leur formation ;
- en cas de besoin, dans le second degré, d'enseignants titulaires des titres universitaires requis pour enseigner dans le second degré.

Les établissements s'attachent l'aide de services de transcription et d'adaptation documentaires.

Pour des actions concernant le développement personnel des enfants, leur insertion sociale ainsi que leur encadrement dans les internats et semi-internats, ils s'assurent le concours d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants ou de moniteurs éducateurs et de personnels agréés par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Les éducateurs affectés dans les groupes d'enfants au stade de l'éducation précoce et de l'éducation préscolaire doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants ou d'un diplôme de jardinière d'enfants ou de jardinière éducatrice délivré par une école agréée par arrêté du ministre chargé de la santé.

La section de première formation professionnelle doit comporter les personnels titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions de professeur d'enseignement technique aux aveugles et déficients visuels ou munis des qualifications requises au ministère de l'éducation nationale pour enseigner en lycée professionnel sous réserve d'un complément de formation spécialisée pour déficients visuels. Lorsque cette section comporte des groupes de déficients visuels avec handicaps associés, à défaut des personnels ci-dessus, il peut être fait appel à des éducateurs techniques spécialisés. Dans tous les cas les liaisons nécessaires avec les entreprises seront établies afin de réaliser la meilleure adaptation possible à la vie professionnelle future.

Article 7

Les services suivants peuvent être créés par l'établissement auquel ils sont rattachés :

- un service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants de la naissance à trois ans assurant la prise en charge définie à l'article 2 et tout particulièrement le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et le développement psychomoteur initial de l'enfant.

Les interventions ont lieu dans les locaux du service et par des visites au domicile de l'enfant :

- un service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire apportant, d'une part, l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle, d'apprentissage des techniques palliatives, d'autre part, les soutiens pédagogiques adaptés et assurant la mise à disposition des matériels et équipements spécialisés.

Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec des centres d'ophtalmologie, des services de dépistage et de diagnostic, des centres d'action médico-sociale précoce ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Ces services peuvent être autonomes lorsqu'il existe une difficulté grave de rattachement.

Article 8

La prise en charge qui incombe au service d'accompagnement familial et d'éducation précoce est assurée par les personnels ayant les qualifications prévues à l'article 5 et en tant que de besoin à l'article 6.

Le service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire effectue l'ensemble de la prise en charge définie à l'article 2 ; elle est assurée par les personnels ayant les qualifications prévues aux articles 5 et 6 ; une convention passée entre l'établissement de rattachement ou le service s'il est autonome et les services du ministère de l'éducation nationale ou l'établissement privé sous contrat précise quels personnels apportent leur concours à la réalisation de la prise en charge et les conditions de celle-ci.

Article 9

Chaque section ou service fait l'objet d'un arrêté d'autorisation dans les conditions prévues par la loi susvisée n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée.

Article 10

L'établissement doit disposer des locaux et équipements correspondant aux dispositions réglementaires générales d'hygiène et de sécurité.

Les locaux devront en outre comporter les aménagements nécessaires pour une bonne réception des messages auditifs et une utilisation optimale des possibilités visuelles des enfants et adolescents.

Des locaux devront être prévus pour les interventions individuelles.

Lorsque des examens ophtalmologiques sont pratiqués dans l'établissement, ce dernier doit disposer des installations appropriées.

Article 11

La famille doit être associée à l'élaboration du projet individuel thérapeutique, pédagogique et éducatif et à sa mise en œuvre.

L'équipe médico-psycho-pédagogique de l'établissement ou service fait parvenir aux familles, au moins tous les trois mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant.

Article 12

Les dispositions de l'annexe XXIV, titres II, III et IV, s'appliquent aux établissements concernés, à l'exception de ses articles 21, 25, 28, 29, 31, 32, 33, 42, 43, 45 et 46.



CIRCULAIRE N° 88-09 DU 22 AVRIL 1988

Modification des conditions de la prise en charge
des enfants et adolescents déficients sensoriels

B.O.A.S.E. N° 88-17bis/88

CIRCULAIRE N° 88-09 DU 22 AVRIL 1968

relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents déficients sensoriels par les établissements et services d'éducation spéciale

NOR : ASEA8810119C

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre des affaires sociales et de l'emploi,
Le ministre délégué, chargé de la santé et de la famille,
Le secrétaire d'Etat, chargé de la sécurité sociale,*

à

Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) (pour information) ;

Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) (pour exécution) ;

Madame la directrice de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris ;

Messieurs les directeurs des instituts nationaux de jeunes sourds de Paris, Bordeaux, Chambéry et Metz.

Un objectif : adapter les conditions techniques d'autorisation des établissements ou services aux caractères spécifiques de chaque handicap

Le décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970 avait reconnu la spécificité de la prise en charge des enfants déficients sensoriels en créant en sus de l'annexe XXIV au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, relative aux conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés, l'annexe XXIV *quater* qui définit les conditions techniques particulières applicables à l'accueil des enfants déficients sensoriels.

Par une démarche semblable, les pouvoirs publics souhaitent aujourd'hui différencier la prise en charge des enfants présentant une déficience auditive de celle des enfants présentant une déficience visuelle pour tenir compte des particularités imposées par chaque type de handicap en substituant à l'annexe XXIV *quater* actuelle deux annexes, une annexe XXIV *quater* nouvelle qui fixera les conditions techniques d'autorisation des établissements accueillant des enfants déficients auditifs et une annexe XXIV *quinquies* relative aux établissements accueillant des enfants déficients visuels.

En effet, l'évolution survenue ces vingt dernières années dans la connaissance et le traitement des déficiences sensorielles a permis de mettre au point des techniques éducatives et de mobiliser des moyens qui assurent aux enfants qui en sont atteints des possibilités plus complètes de dépasser leur handicap et ainsi de mieux réussir leur insertion sociale.

Ces techniques sont beaucoup plus spécifiques que celles utilisées dans le passé ; ainsi pour les enfants déficients auditifs, l'accent est-il mis sur les techniques de communication tandis que pour les déficients visuels, il est mis sur la compensation du handicap. Elles entraînent une spécialisation des structures chargées de les mettre en œuvre afin d'adapter au mieux le soutien à apporter.

Les enfants et adolescents qui seront pris en charge dans les structures en cause devront présenter un handicap d'une certaine gravité justifiant la mise en œuvre de techniques éducatives spécialisées.

En ce qui concerne les sourds, c'est le cas lorsque la déficience auditive est sévère ou profonde, c'est-à-dire quand le seuil d'audition est compris entre 70 et 90 décibels dans le premier cas et égal ou supérieur à 90 décibels dans le second. Pour autant les enfants dont le seuil est compris entre 40 et 70 décibels ne seront pas exclus de la prise en charge s'ils présentent des troubles associés.

En ce qui concerne les enfants déficients visuels, ce sont les enfants amblyopes et *a fortiori* les enfants aveugles qui sont concernés. Sur le plan légal, l'amblyopie se caractérise par une acuité visuelle de loin comprise entre 4/10 et 1/20 de l'acuité visuelle normale pour le meilleur œil après correction optique ; ce chiffre de 1/20 marque la frontière de la cécité.

Pour chaque type de handicap, auditif ou visuel, la circulaire explicite, ci-après, les grands principes qui guident la mise en œuvre de l'action éducative, pédagogique et rééducative.

PREMIÈRE PARTIE

Modification des conditions de la prise en charge des enfants déficients auditifs par les établissements et services d'éducation spéciale

I. - *Affirmer le rôle fondamental de la famille dans l'éducation et la prise en charge responsable des enfants atteints de déficience auditive sévère et profonde*

1. Pour tout enfant la famille est l'endroit privilégié d'éducation. C'est dans la famille que l'enfant découvre la communication avec autrui. C'est là qu'il s'initie aux jeux de la communication sous ses différents aspects d'émission et de réception, d'apprentissage des rôles alternatifs. C'est dans la famille que s'éveille le désir de communiquer avant la prise de conscience du plaisir de parler une langue maternelle qu'il va acquérir de façon naturelle, rapide, précise et dans l'aisance.

2. Pour les enfants que la surdité tend à exclure de ce processus fondamental, il importe de sensibiliser les parents dès le plus jeune âge de leur enfant sourd en les informant précisément et de manière adaptée de ce processus naturel qu'eux seuls ont la capacité de mettre en œuvre.

L'équipe de professionnels du service d'accompagnement parental et d'éducation précoce est en effet tout à fait nécessaire ; elle ne peut en aucun cas assumer le rôle de la famille qui est ici irremplaçable.

Les différents professionnels devront, chacun dans leur domaine propre, aménager les conditions dans lesquelles le bébé pourra prendre son autonomie dans l'expression de ses émotions, de ses désirs, de ses intentions. Ce n'est qu'à partir de ces incitations spécifiques autant que nécessaires que le système langagier de l'enfant pourra se constituer.

Il est nécessaire de rappeler, ici, la circulaire DGS/78/PME 2 du 24 janvier 1977 relative au dépistage et à l'éducation précoces de l'enfant déficient auditif de la naissance à six ans, qui donne des précisions intéressantes et toujours actuelles. En particulier elle insistait pour inclure au sein de l'équipe d'éducation précoce « un ou plusieurs membres de la famille, la mère le plus souvent, comme agent essentiel de l'action et de la concertation ».

3. Lorsque l'enfant sourd est en âge de suivre un cursus scolaire :

- il peut rejoindre le milieu scolaire ordinaire et bénéficier pleinement du service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire ;
- il peut, bien qu'admis dans un établissement spécialisé, être partiellement intégré dans l'enseignement ordinaire et bénéficier ainsi d'une double structure d'accueil avec soutien à son intégration ;
- il peut enfin suivre sa scolarité et sa formation professionnelle, essentiellement dans un établissement spécialisé.

Quelle que soit la situation, la famille doit être constamment associée à l'élaboration du projet thérapeutique, pédagogique et éducatif et tenue régulièrement informée de sa mise en œuvre, comme le rappellent les circulaires nos 87-273 et 87-08 du 7 septembre 1987. Elle ne doit jamais se trouver dépossédée de ses responsabilités fondamentales ou privée de ses possibilités d'action.

De même qu'il est le meilleur vecteur du langage initial, le lien de l'enfant avec sa famille est à l'origine du développement scolaire et de l'adaptation sociale.

II. - *Reconnaître la communication comme noyau central de toute action éducative avec l'enfant sourd*

1. Communiquer est à la base du développement de l'individu et de l'épanouissement de sa personnalité. Bien avant n'importe quel codage linguistique, la communication existe comme jeu de rôle alternatif avec émission et réception de signes et signaux qui petit à petit deviennent symboles. C'est ce jeu de rôle communicatif qu'il faut entretenir, poursuivre et approfondir chez le tout petit bébé sourd pour lui donner comme à tout enfant humain l'envie et le désir de communiquer. C'est dans le vif désir de communication que s'inscrivent les possibilités d'apprentissage des moyens de communication du bébé puis du très jeune enfant sourd.

Là se fonde la nécessité de l'éducation précoce enracinée au sein de la famille, mais accompagnée par l'équipe d'éducation précoce qui devra définir pour l'enfant un projet éducatif qui associera des séances effectuées par les professionnels et l'action éducative quotidienne du milieu familial.

2. Outre l'appareillage prothétique précoce, sa bonne adaptation à l'enfant et le nécessaire suivi qu'elle implique, divers moyens de communication peuvent être mis en œuvre dont certains particulièrement fiables.

Il s'agit, d'une part, de la langue des signes française (L.S.F.), qui constitue un outil de communication à part entière, et, d'autre part, des méthodes d'acquisition du langage oral parmi lesquelles on relève le langage parlé complété. Ces moyens de communication qui ne sont bien entendu pas exclusifs contribuent dans les deux cas à mettre en place une structure de langue. En effet, il importe de développer la communication de l'enfant sourd avec les autres sourds de même qu'avec le milieu entendant.

Dans la pratique, surtout à cause de l'évolution personnelle de chaque enfant et de la prise de conscience du milieu familial informé, il subsistera des difficultés qu'il incombe aux pédagogues spécialisés de cerner et de surmonter. Ce problème a été longuement traité dans l'étude « Moyens de communication et solutions éducatives dans la scolarisation des enfants et adolescents déficients auditifs » parue sous le timbre du ministère de l'éducation nationale et du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale en décembre 1985 ainsi que dans la circulaire n° 87-08 du 7 septembre 1987 relative à l'organisation pédagogique des établissements publics nationaux, locaux et des établissements privés accueillant des enfants et des adolescents atteints de déficience auditive sévère et profonde.

3. Pour mettre en œuvre les orientations ainsi précisées qui répondent aux besoins d'éducation et d'enseignement des enfants déficients auditifs, le décret n° 86-1151 du 27 octobre 1986 complété par son arrêté d'application du 20 août 1987, institue un diplôme d'Etat de professeur de l'enseignement des jeunes sourds. Sans écarter les titulaires des anciens diplômes de qualification pour l'enseignement des jeunes déficients auditifs, ni les instituteurs titulaires du certificat d'aptitude à l'enseignement des enfants et adolescents déficients ou inadaptés (option handicapés auditifs) ou du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires, option A, le nouveau diplôme d'Etat consacre les compétences du personnel destiné à enseigner les sourds sous le double aspect de l'action du maître appelé à développer l'aptitude à la communication de l'enfant et à l'instruire.

Pour répondre aux orientations développées ci-dessus, les établissements s'efforceront de s'attacher le concours de catégories de personnels spécifiques :

- ainsi des interprètes en langue des signes française, utiles lorsque l'enfant a acquis une bonne maîtrise de cette langue ;
- de même des codeurs en langage parlé complété (L.P.C.), au service des enfants sourds intégrés à l'école ordinaire afin de leur permettre de capter toutes les informations circulant dans la classe ;
- de plus, l'établissement aura intérêt à recruter des intervenants sourds, adultes ayant une très bonne maîtrise de la langue des signes (L.S.F.), pouvant apporter une contribution très utile pour l'apprentissage et le perfectionnement en L.S.F. des enfants et adolescents sourds. Comme il n'est pas envisagé de créer de qualification particulière, ce personnel sera recruté sur la base d'une qualification reconnue par la convention du 15 mars 1966 relative à l'enfance inadaptée.

Par ailleurs, il n'y a que des avantages à ce que des personnes sourdes figurent parmi le personnel enseignant comme le leur permet le décret du 27 octobre 1986 instituant le diplôme d'Etat de professeurs de sourds.

Les orthophonistes exercent dans les établissements d'éducation spéciale les compétences qu'ils détiennent de la loi.

Les établissements devront veiller à ce que les personnels apportent une connaissance particulière de l'enfant sourd, garantie par leur indispensable expérience personnelle qui sera opportunément complétée dans le cadre de la formation continue.

III. - *Diversifier les modes d'intervention*

1. Dans la perspective d'une prise en charge très précoce et plus complète de l'enfant sourd, l'établissement spécialisé, conçu comme un centre de ressources, se doit de différencier la gamme des services rendus et s'ouvrir sur l'extérieur. Dans cette perspective il doit concourir à l'éducation précoce, au soutien des enfants sourds sévères et profonds fréquentant l'école ordinaire, prendre en charge les enfants sourds ayant besoin d'un enseignement spécial en totalité ou en partie, en particulier ceux présentant en outre les handicaps associés.

2. Les compétences des établissements d'éducation spéciale sont étendues à l'éducation précoce.

Du point de vue de l'éducation précoce, un service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants sourds, jusqu'à trois, quatre ans, sera mis en place chaque fois que cela sera possible et en liaison avec les structures hospitalières de dépistage de la surdité. L'équipe de professionnels mise en place devra comprendre psychologue ou pédopsychiatre, pédagogue spécialisé, orthophoniste, audioprothésiste, éducateur de jeunes enfants, etc.

3. La nouvelle annexe XXIV *quater* confère une base juridique à l'existence de services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire pour les enfants sourds.

Le plus souvent possible, de tels services devront être créés pour les enfants au-delà de trois, quatre ans. Rattachés à l'établissement, ils devront prendre en charge les enfants sourds du département, intégrés en classe ordinaire après décision de la C.D.E.S. Le lien organique avec l'établissement donné à l'équipe du service l'assise technique et professionnelle nécessaire ; il assure la continuité de la prise en charge de l'enfant et il permet, en outre, la réaffectation des personnes de l'équipe à d'autres sections ou services de l'établissement quand la nécessité s'en fait sentir. Il y a donc intérêt, de manière générale, à rechercher ce rattachement.

Toutefois, en l'absence d'établissement possible de rattachement, il peut être envisagé de créer un service autonome.

S'il paraît préférable, d'une manière générale, d'appuyer, chaque fois que possible, les services sur les établissements déjà dotés de moyens et de personnels compétents, il peut être envisagé de créer un service autonome en cas de trop grande distance géographique ou si l'établissement possible de rattachement se refuse à engager une action d'intégration scolaire ou n'est pas susceptible de la conduire dans de bonnes conditions.

4. Il appartient à l'établissement de développer la section de première formation professionnelle pour les adolescents sourds, selon les programmes de l'enseignement technique. Afin de ne pas voir se créer de manière anarchique des sections de formation professionnelle identiques dans des établissements voisins, une attention toute particulière devra être apportée aussi bien au développement qu'à la création de ces sections de formation professionnelle : il faut éviter de multiplier les mêmes formations dans des départements ou régions voisins.

Des liens devront toujours être entretenus avec l'enseignement technique de l'éducation nationale, afin de permettre les contacts, les échanges, les relations. De même, des contacts étroits devront être établis et maintenus avec les entreprises, en vue de réaliser la meilleure adaptation possible des jeunes sourds au monde du travail.

Les sections de formation professionnelle qui ont toujours existé dans un certain nombre d'établissements spécialisés doivent être maintenant considérées comme des structures dont l'autonomie relative au sein de l'établissement spécialisé permet le développement d'une qualification particulière donnée aux adolescents sourds.

De ce point de vue, et au fur et à mesure que le niveau de formation professionnelle visée s'élèvera, des conventions devront être passées entre l'établissement spécialisé et les lycées professionnels et techniques pour l'intégration des jeunes sourds dans des formations de niveau élevé.

5. Des sections pour enfants sourds avec handicaps associés, mais dont la surdité constitue le handicap dominant, peuvent être créées. L'ouverture de telles sections dans le plus grand nombre possible d'établissements pour enfants sourds se justifie par la prise en compte du handicap auditif qui est celui comportant le plus de difficultés. Pour la prise en charge des handicaps associés autres que la surdité, des conventions seront passées avec les établissements pouvant apporter le concours nécessaire.

La création de cette section permet d'éviter le placement dans un établissement spécialisé éloigné du milieu familial ou dans un établissement non susceptible de fournir les prestations indispensables à l'éducation des sourds.

Des sections de sourds aveugles pourront être créées, soit dans des établissements accueillant des déficients auditifs, soit dans des établissements accueillant des déficients visuels et devront donc se conformer aux conditions techniques prévues pour chacun d'eux.

Toutefois, ces sections devront comporter outre le personnel habituellement prévu dans ces établissements, un personnel formé aux techniques de communication avec ces enfants, afin de leur assurer toute l'autonomie dont ils sont capables. L'existence d'une équipe pluridisciplinaire est un gage de la qualité et de l'effectivité des prestations fournies dans cette section.

Par ailleurs, compte tenu de la possibilité de créer des établissements pour déficients auditifs ou pour déficients visuels ne comportant qu'une seule section, il sera de même possible, dans la pratique, de créer des établissements réservés aux seuls sourds aveugles ; cette démarche peut se justifier par le caractère très particulier de la double déficience sensorielle, qui exige des moyens très spécialisés ne pouvant se résumer dans

la simple addition des moyens employés pour la prise en charge de chacune des déficiences considérées isolément. Cela s'applique tout particulièrement aux techniques à mettre en œuvre pour entrer en communication avec ces enfants et développer leurs possibilités de représentation et de symbolisation qui exigent un personnel ayant acquis une qualification particulière.

DEUXIÈME PARTIE

Modification des conditions de la prise en charge des enfants déficients visuels par les établissements et services d'éducation spéciale

I. - Mettre à la disposition de chaque famille des moyens lui permettant d'assumer l'éducation de son enfant déficient visuel

1. Les familles voient, tout d'abord, dans la prise en charge de la déficience visuelle chez un nouveau-né un recours thérapeutique susceptible d'atténuer le handicap. Elles connaissent trop peu souvent à ce stade les possibilités de techniques rééducatives particulières. C'est pourquoi, dans bien des cas, ces familles, lorsqu'elles sont mal informées, assurent sans un soutien suffisant l'éducation de leur jeune enfant, ce qui a des conséquences dommageables, aussi bien pour ce dernier que pour son entourage.

En effet, si la déficience visuelle n'empêche pas aussi nettement que la déficience auditive l'établissement de la communication entre l'enfant et son entourage, elle lui rend plus difficile l'appropriation de son environnement. Confrontés à cette situation, les parents qui ne reçoivent aucun soutien ont tendance à développer des attitudes surprotectrices à l'égard de leur enfant en faisant à sa place les gestes qu'ils jugent dangereux ou qu'ils estiment ne pas être à sa portée.

Une telle attitude fait obstacle au développement de l'autonomie normale de l'enfant en même temps qu'elle le maintient dans un état de dépendance vis-à-vis de ses parents.

2. A l'école maternelle, mais plus encore à l'entrée à l'école primaire, les enfants ainsi éduqués n'ont pas une autonomie suffisante et exigent de ce fait une aide importante et constante des parents pour qu'ils puissent être maintenus dans un milieu scolaire adapté proche du domicile. Cette charge devenant trop lourde pour son entourage contraint pratiquement ce dernier à demander un placement en établissement spécialisé.

3. C'est pourquoi, il convient de donner aux familles qui, dans la très grande majorité des cas, souhaitent prendre part à l'éducation de leur enfant handicapé visuel, de la même manière qu'elles le font pour leurs autres enfants, les moyens d'assumer leur mission normale de parents en évitant la rupture avec le milieu familial.

C'est aussi bien le rôle du service d'accompagnement familial et d'éducation précoce que du service d'aide à l'autonomie et à l'intégration scolaire d'apporter aux familles informations et conseils tout en menant auprès de l'enfant des actions de soutien dans son milieu familial ou à l'école. Ainsi écoutées, entourées et soutenues, un plus grand nombre de familles pourront garder leur enfant auprès d'elles, évitant ainsi de distendre les liens affectifs et sociaux avec ce dernier, tout en lui garantissant un développement scolaire conforme à ses aptitudes.

II. - *Faire de la compensation du handicap le moyen privilégié de l'accès à l'autonomie sociale du déficient visuel*

1. Les aveugles et déficients visuels graves constituent une population relativement hétérogène qui regroupe aussi bien les sujets porteurs d'une cécité ou d'une déficience visuelle grave congénitale que ceux qui sont atteints, progressivement ou de façon brutale, dans le cours de leur vie d'une perte de vision totale ou partielle.

La compensation du handicap est au cœur même de la prise en charge spécialisée des aveugles et déficients visuels graves et a pour but de leur permettre de surmonter leur handicap par l'utilisation maximum des autres sens, le développement de leurs capacités visuelles lorsqu'elles existent et l'utilisation de techniques palliatives :

- le développement des moyens sensoriels de compensation du handicap visuel s'amorce de façon spontanée chez bon nombre d'aveugles et de déficients visuels ; il convient cependant d'en augmenter l'ampleur et la qualité par l'aide de techniques adaptées qui s'attacheront à exercer les sens restants. On apprendra par exemple à l'enfant à affiner son toucher, à utiliser son écoute pour structurer l'espace en y fixant des repères auditifs obtenus grâce à l'aptitude acquise de discriminer les bruits de l'environnement sonore.
- la stimulation et le développement de la vision fonctionnelle qui a pour objet de rendre utilisables, au moyen d'une rééducation, les capacités visuelles, aussi faibles soient-elles, est une attitude récente qu'il convient de généraliser dans toutes les structures prenant en charge des déficients visuels. En effet, en faisant accéder l'enfant, même de façon imparfaite, au monde des formes et des couleurs, le développement de la vision fonctionnelle lui permet de se constituer un patrimoine visuel de référence, favorisant un développement psychomoteur plus aisé et plus complet ; cela est important même pour l'enfant dont le pronostic visuel plus ou moins lointain est incertain. Cette stimulation est obtenue par des techniques rééducatives et un ensemble d'exercices appropriés, ne faisant pas obligatoirement appel, au départ, à des aides optiques.

Les techniques palliatives visent également, par l'aide de moyens et de techniques spécifiques, à compenser le handicap de manière à effectuer des actes que la déficience ne permet pas d'accomplir de manière spontanée. Elles sont d'autant plus facilement acquises et maîtrisées complètement par un enfant que celui-ci a pu développer toutes ses potentialités sensorielles ; elles touchent aux déplacements, au domaine de la vie quotidienne et à la communication :

- le jeune déficient visuel doit pouvoir se déplacer, en sécurité, avec le maximum d'autonomie et avec assurance ;
- l'apprentissage de la locomotion s'appuie sur le développement des moyens sensoriels de compensation et sur celui des possibilités visuelles lorsqu'elles existent. Parallèlement, sont aussi développées des qualités comme le sens de l'orientation, la capacité de visualisation (c'est-à-dire se représenter mentalement les lieux ou les trajets à effectuer), l'aptitude à prendre des repères, le naturel et l'aisance dans la démarche ;

- pour les jeunes aveugles complets ou ceux dont la vue reste insuffisante dans certaines conditions (vision nocturne par exemple), la sécurité sera assurée par l'utilisation d'une canne longue, suivant une technique précise qui sera enseignée dans le cadre de la locomotion ;
- dans le domaine de la vie quotidienne, les aides sont multiples et doivent assurer l'insertion de l'enfant dans son milieu ordinaire de vie. Les apprentissages sont fonction de l'âge ; ils débutent par les soins du corps, la tenue vestimentaire, le maintien à table et l'usage des couverts ; par la suite on apprend aux adolescents, avec l'appoint d'instruments simples, à faire la cuisine, le ménage et les autres activités domestiques ;
- les aides à la communication sont des outils qui permettent aux personnes aveugles ou gravement déficientes visuelles de communiquer entre elles ou avec les voyants.

Le braille est l'instrument de travail et donne la possibilité de communiquer entre aveugles.

La transmission d'informations écrites directement à des voyants est rendue possible principalement par la maîtrise de la dactylographie. Celle-ci ne pourra lui être apprise que lorsqu'il aura assimilé de manière satisfaisante l'écriture et la lecture.

En plus de la dactylographie, il convient d'initier tous les enfants, même ceux totalement privés de la vue, à la connaissance et à la pratique de l'écriture manuscrite. Cette initiation est un excellent exercice développant l'habileté manuelle, les aptitudes à la représentation graphique, tout en constituant une autre forme d'éveil sur le plan intellectuel. A ceux des enfants qui parviennent à la maîtriser totalement, elle donne, en outre, un moyen simple de communication écrite, en toutes circonstances, avec les voyants.

L'apparition de nouveaux matériels incorporant l'électronique et l'informatique augmente de façon décisive l'efficacité des techniques palliatives. La mise sur le marché de terminaux spécialisés, disposant d'écran à affichage braille ou de synthèse de parole assure un accès direct à l'information disponible dans un système informatique utilisable aussi bien par un voyant que par un aveugle. Les écrans à gros caractères rendent le même service aux déficients visuels sévères, et les circuits fermés de télévision, par le grossissement des caractères, permettent la lecture directe de documents ordinaires.

Ces matériels sont en évolution constante pour s'adapter aux progrès permanents des techniques de communication et conserver ou même améliorer les interfaces avec les systèmes informatiques disponibles dans l'ensemble du public. Il est donc important de familiariser les enfants avec l'utilisation de techniques qui augmentent leur autonomie, aussi bien professionnelle que dans la vie courante.

Par ailleurs, s'agissant particulièrement de la vision fonctionnelle et de l'apprentissage de la locomotion, l'établissement devra veiller à ce que les personnels concernés complètent leur formation dans le domaine de la compensation du handicap dans lequel ils interviennent.

2. Les enfants et adolescents déficients visuels suivent une scolarité selon des modalités adaptées à chaque situation individuelle, qui associent techniques de compensation du handicap et pédagogie spécialisée.

L'articulation entre ces deux modes de prise en charge est modulée en fonction de la nature et de l'ampleur de la déficience ainsi que de l'âge à laquelle elle est survenue.

Dans la majorité des cas, les enfants et adolescents recevront, concentrés sur une période de temps donné, des rééducations concourant à la compensation du handicap, ce qui leur permettra de tirer profit d'une scolarité en milieu ordinaire, aménagée grâce à l'apport de soutiens spécialisés. Ceux-ci seront effectués par des enseignants spécialisés et prendront la forme d'informations données aux maîtres sur les besoins des élèves déficients visuels intégrés. Elles seront complétées par des interventions auprès de ces élèves qui consisteront, selon leurs besoins, en des enseignements complémentaires avec reprise des cours et une utilisation des techniques palliatives ainsi qu'en fourniture des documents adaptés indispensables.

Toutefois, dans le cas d'un déficient visuel congénital, la période initiale de la scolarité où s'acquièrent les apprentissages fondamentaux sur le fondement d'observations et de manipulations, dont la lecture, avec la pratique du braille, oblige à la mise en œuvre de méthodes entièrement originales faisant intervenir dans le même temps technique palliative et pédagogie spécialisée.

3. Des rééducateurs mettent en œuvre les diverses techniques concourant à la compensation du handicap.

Ces professionnels sont recrutés plus particulièrement parmi ceux ayant une formation initiale de psychomotricien, d'ergothérapeute, ou, dans le domaine de la vision fonctionnelle, parmi les orthoptistes.

L'équipe enseignante et de soutien pédagogique peut être, quant à elle, composée d'instituteurs spécialisés, titulaires du certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires, option B, mis à disposition par le ministère de l'éducation nationale, ou de professeurs d'aveugles, titulaires du certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels délivré par le ministère des affaires sociales et de l'emploi. Ces professeurs enseignent, selon leur niveau de recrutement, soit dans le primaire, soit dans le secondaire.

Un arrêté du 21 août 1987 aligne les conditions de recrutement des professeurs d'aveugles exerçant dans le cycle élémentaire sur celles des instituteurs en exigeant que les candidats soient titulaires du diplôme d'études universitaires générales (DEUG). Pour ce qui concerne l'enseignement secondaire, en principe seuls les professeurs d'aveugles sont habilités à enseigner. Toutefois, l'annexe prévoit que pourront également exercer des enseignants titulaires de titres universitaires requis pour enseigner dans le second degré ; cette rédaction permet d'utiliser des professeurs mis à disposition par l'éducation nationale qui, comme cela se pratique lors du remplacement des professeurs d'aveugles titulaires, recevront une formation au cours d'emploi pendant la première année de leur entrée en fonctions.

Par ailleurs, il est à noter que, selon le mode de fonctionnement adopté par le service ou l'établissement, le braille sera enseigné par un enseignant spécialisé ou par un rééducateur au titre des techniques palliatives. De plus, les enseignants spécialisés peuvent également être amenés à assurer des tâches qui ne relèvent pas de l'enseignement compris dans

son sens précis. Il s'agit principalement des tâches de transcription de documents de noir en braille, ainsi que des transcriptions des copies des élèves qui rédigent uniquement en braille alors qu'ils sont en intégration scolaire avec des enseignants non spécialisés ne connaissant pas cette technique. Rappelons cependant, que cette situation devrait être amenée à disparaître grâce à l'utilisation de l'informatique, qu'il convient d'encourager expressément.

Afin de promouvoir cette évolution, outre les personnels d'enseignement, il est prévu que les établissements s'attachent l'aide de services de transcription et d'adaptation documentaires. Cette formulation générique fait simplement obligation aux établissements et services de procurer aux enfants qu'ils prennent en charge les documents nécessaires à la poursuite de leur scolarité, tout en les laissant libres des moyens à mettre en œuvre. Selon le cas, il peut s'agir de documents accessibles en braille, en gros caractères, ou, le cas échéant, lorsqu'il s'agit de documents très longs, d'enregistrements sonores.

Ainsi, les établissements ou services seront-ils en mesure, en fonction de leur activité, du nombre d'enfants qu'ils accueillent, de l'évolution technique des matériels de communication et des conditions de la production des documents, de s'adapter, de manière souple, à l'évolution des besoins. A cet égard, un établissement ou service pourra utiliser simultanément plusieurs moyens : transcription en braille de textes courts, tels les sujets de devoirs par des enseignants spécialisés et utilisation de livres scolaires en braille ou en gros caractères fournis par des associations ou d'autres établissements producteurs. Afin de répondre précisément aux besoins des enfants, il est nécessaire de recourir à de petites séries alors que les coûts élevés du braille justifieraient une production de masse.

Ces exigences contradictoires ne peuvent être conciliées que dans le cadre d'une coopération étroite, sans aucune restriction, de tous les intervenants dans le secteur de la production de documents scolaires à usage des déficients visuels sévères telle qu'elle a été réalisée dans le cadre de l'agence pour les aides techniques et l'édition adaptée pour les personnes déficientes visuelles. Cette dernière regroupe les principales associations du secteur et a pour but de promouvoir l'accès des personnes aveugles et mal voyantes aux ouvrages en braille, en gros caractères, aux documents sonores et aux aides techniques.

Après avoir permis le recensement des moyens existants et des besoins exprimés, la mise en place d'une banque de données des livres scolaires doit devenir le support d'un réseau d'échanges.

Si l'édition de documents adaptés reste indispensable, surtout lorsqu'on s'adresse à des enfants ou à des adolescents, il convient encore d'insister une fois de plus sur l'importance des nouveaux équipements de communication nés de la généralisation de la micro-informatique. Il convient donc que l'établissement ou le service se dote de ces matériels, à la fois pour que les élèves intègrent leur usage et que l'équipe éducative et pédagogique puisse, par ses demandes et ses suggestions, participer à leur évolution.

III. - Réorienter l'action des établissements vers de nouveaux modes de prise en charge favorisant l'intégration de déficients visuels

1. La meilleure maîtrise des techniques de compensation du handicap conforte la volonté des familles dans l'idée qu'une intégration en milieu scolaire ordinaire de leur enfant est possible si on met en place les

moyens de soutien spécialisé. Cette volonté qui est devenue un élément constant de la politique en faveur des enfants handicapés exige de la part des établissements spécialisés une réorientation de leurs structures et de leurs actions afin de répondre aux nouveaux besoins et aspirations.

Ils doivent en conséquence élargir leur champ d'intervention en devant le support d'actions ouvertes vers le milieu extérieur, en veillant toutefois à ce qu'elles n'apparaissent pas comme le début d'une filière obligée pour les enfants dont ils s'occupent.

2. Le service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants de la naissance à trois ans.

Le rôle de l'éducation précoce a été reconnu par la loi d'orientation qui a rendu possible la mise en place des centres d'action médico-sociale précoce. Par ailleurs, le dispositif a été complété par une circulaire DGS/11/PME2/PME3 du 20 février 1980, qui a insisté sur l'information du corps médical en vue du dépistage et de la rééducation. Cependant il est apparu, au fil du temps, que des structures polyvalentes ne pouvaient avoir la responsabilité exclusive de la prise en charge très spécialisée des enfants atteints d'une déficience sensorielle grave. Il est donc prévu d'assurer cette dernière dans le cadre de l'annexe XXIV *quiquiès*, tout en l'orientant plus particulièrement vers les besoins spécifiques des très jeunes enfants et de leurs familles.

En effet, les actions doivent être dirigées en premier lieu vers les familles dont le rôle est primordial.

L'équipe d'éducation précoce assurera auprès d'elles une action de conseil et d'information : conseil sur la compréhension du diagnostic médical et ses conséquences compte tenu de l'évolution prévisible de l'état visuel de l'enfant et de la mise en place des moyens de compensation ; information des parents sur les potentialités de l'enfant et les moyens susceptibles d'en favoriser le développement ; information sur les différents types de services les mieux à même d'aider l'enfant.

Compte tenu de ces éléments ainsi que de la situation familiale, les services, en accord avec les parents, définiront un projet éducatif qui associera des séances de rééducation effectuées par les professionnels et l'action éducative quotidienne dans le milieu familial. Ainsi soutenus et informés sur la manière d'agir de leur enfant, ces parents pourront entretenir avec lui une relation dédramatisée et confiante et assumer pleinement, sans crainte des risques, leur rôle éducatif.

3. La prise en charge des enfants d'âge scolaire.

Les actions d'éducation et d'enseignement qui sont énumérées à l'article 2 de l'annexe XXIV *quinquies* ont pour but de permettre à l'enfant et à l'adolescent une insertion sociale la plus complète et doivent, dans toute la mesure du possible, éviter les ruptures avec son milieu familial tout en apportant des solutions satisfaisantes à ses difficultés particulières. C'est pourquoi cette prise en charge peut être mise en œuvre, selon les besoins de chaque enfant, par des services de soutien ou dans des établissements spécialisés.

A. - Les services d'aide à l'autonomie et à l'intégration scolaire :

Un certain nombre de jeunes enfants ou d'adolescents présentent une déficience visuelle qui n'est pas congénitale mais acquise.

Il est évident que, dans ces cas, la poursuite ou la reprise immédiate de la scolarisation ne répond pas forcément aux besoins prioritaires du jeune. Il est essentiel de lui donner d'abord les moyens de compensation de son handicap et d'apporter soutien et conseil à la famille.

Cette action est prise en charge par ces services, préalablement à la détermination du mode de scolarité le mieux adapté au jeune et indépendamment des mesures éventuellement nécessaires ultérieurement à la réintégration scolaire.

D'une façon plus générale, grâce aux actions qu'ils mettent en œuvre, ces services ont pour fonction de permettre à l'enfant ou à l'adolescent déficient visuel d'être scolarisé en milieu ordinaire. La nature et l'ampleur de ces soutiens varie avec l'âge des enfants considérés.

En maternelle, outre les interventions éducatives concernant la motricité, la vie quotidienne et les conseils aux parents, le soutien prend essentiellement la forme d'informations données aux maîtres sur les besoins des enfants déficients visuels. Une attention particulière devra être apportée au choix du matériel pédagogique et éducatif qui, tout en étant adapté aux déficients visuels devra autant que possible être utilisé par les autres enfants de la classe.

Ces services interviennent également pour soutenir des enfants suivant une scolarité primaire, secondaire ou professionnelle selon des modalités qui tiennent compte de leurs possibilités et de leur niveau et qui sont décrites dans la circulaire interministérielle du 29 janvier 1983.

Pour les enfants en intégration totale, les interventions du service prendront la forme, une fois les techniques palliatives acquises, de soutien pédagogique prodigué par un enseignant spécialisé qui pourra assurer l'assimilation des cours par des enseignements complémentaires, effectuer l'adaptation ou la transcription en braille de documents utilisés dans la classe, ainsi que les transcriptions en noir des devoirs rédigés en braille par les élèves. Il convient cependant de souligner que cette dernière tâche devrait être amenée à se réduire dans la mesure où, comme cela a été précédemment indiqué, les aides techniques à la communication doivent permettre de rédiger directement un document accessible indifféremment au non-voyant et au voyant.

B. - Les sections d'établissements spécialisés prennent en charge les enfants ou adolescents déficients visuels sévères qui ne peuvent, pour des raisons médicales, psychologiques ou d'environnement, suivre une scolarité en milieu ordinaire et ont besoin, pour compenser leur handicap, d'aides plus soutenues qui ne peuvent leur être apportées qu'en établissement spécialisé. Ceux-ci pourront comporter l'une des deux sections suivantes : une section d'éducation et d'enseignement spécialisés et une section de première formation professionnelle.

La première section n'appelle pas de développement particulier dans la mesure où elle doit assurer, selon des modalités renforcées, accomplies dans un milieu totalement spécialisé, les mêmes fonctions de rééducation et d'enseignement que celles assurées par le service d'aide à l'autonomie et à l'intégration scolaire décrit au paragraphe précédent.

La section de première formation professionnelle appelle, quant à elle, un certain nombre de précisions. Il s'agit notamment de porter une attention toute particulière au cas des adolescents qui ne peuvent poursuivre utilement un enseignement général afin de leur proposer des formations correspondant à des métiers offrant des perspectives réelles d'insertion professionnelle. Il conviendra donc de surveiller l'évolution des techniques ainsi que de suivre le devenir des jeunes afin de réajuster en permanence le contenu des formations. Cette démarche sera favorisée grâce aux relations que l'établissement entretiendra avec les employeurs potentiels ou effectifs de travailleurs déficients visuels graves.

L'objectif souhaitable en matière d'éducation des enfants déficients visuels doit être l'insertion dans leur environnement naturel avec le soutien d'un service spécialisé, alors que l'accueil dans un établissement spécialisé sera pratiqué lorsque cela n'est pas possible. L'établissement doit alors être considéré comme un lieu de passage accueillant de manière temporaire les enfants ou adolescents qui connaissent des difficultés momentanées d'adaptation dans leur scolarité en milieu ordinaire. Les méthodes rééducatives et pédagogiques devront donc être adaptées à la poursuite de l'objectif de réinsertion, notamment en exerçant l'enfant à apprécier ses besoins propres pour obtenir les aides qu'il devra demander aux personnes qu'il côtoiera dans sa vie quotidienne.

L'ouverture des établissements, surtout lorsqu'ils fonctionnent en internat, pourra être marquée par l'adoption d'un hébergement sous forme de placement familial ou éclaté en petites unités de vie plus aisément insérées dans le tissu social et qui, par conséquent, devraient favoriser les occasions de contacts et d'activités avec le milieu normal, certaines d'entre elles pouvant, par convention, être effectuées en dehors de l'établissement dans des structures ouvertes à l'ensemble des jeunes.

C. - Les sections d'établissements pour les jeunes déficients visuels avec handicaps associés importants.

Ces jeunes constituent un groupe très hétérogène, n'ayant en commun que l'existence d'un handicap visuel. L'association à celui-ci d'un ou plusieurs autres handicaps dans le domaine mental, intellectuel, moteur, sensoriel, fait que les besoins et les possibilités individuels de ces jeunes peuvent varier considérablement, rendant leur éducation d'autant plus difficile, et nécessitant que les stratégies mises en œuvre puissent être elles-mêmes très souples et diversifiées.

Une ligne générale doit pourtant être dégagée dans la recherche de ces stratégies, et c'est celle qui consiste à rechercher non pas ce que le jeune ne peut pas faire, mais s'appuyer prioritairement sur ce qu'il peut faire, immédiatement ou potentiellement, afin de l'aider à acquérir un minimum de confiance en lui, modifier l'image négative qu'il peut avoir de lui-même et l'encourager à participer activement aux techniques éducatives susceptibles de développer ses potentialités, ce qui doit être réalisé au maximum, dans tous les domaines.

Dans le cas particulier d'enfants sourds-aveugles, il y a lieu de se reporter aux indications données plus avant dans cette circulaire, à propos des déficients auditifs présentant des handicaps associés.

IV. Mise en œuvre des conditions techniques définies par les deux nouvelles annexes 24 quater et 24 quinquies

Afin de concrétiser, dans les établissements ou services accueillant des déficients sensoriels, les orientations de l'action éducative mises en place par les deux nouvelles annexes, le décret n° 88-423 du 22 avril 1988 prévoit, dans son article 2, que ceux qui sont déjà agréés disposent d'un délai de deux ans pour déposer une demande d'autorisation au titre de l'une des deux nouvelles annexes, et pour chacune des sections ou services qui les composent.

Cette disposition trouve sa justification dans le contexte qui a présidé à la refonte des dispositions techniques régissant les établissements ou services pour déficients sensoriels. En effet, l'adaptation des conditions techniques de prise en charge opérée par ces deux nouvelles annexes concerne, pour l'essentiel, des institutions qui fonctionnent déjà et qui sont donc invitées à se mettre en conformité avec les nouvelles exigences d'une prise en charge efficace sans augmentation de leurs moyens actuels globalement suffisants. Cette situation implique que toute création nouvelle s'effectue par redéploiement des moyens existants dans le cadre d'une enveloppe globale inchangée.

Cette procédure ne doit pas rester purement formelle mais doit fournir l'occasion, aussi bien aux services de tutelle qu'aux gestionnaires d'établissements ou services, d'opérer un réexamen global et complet des modalités de prise en charge de cette catégorie d'enfants.

Ainsi, les directions régionales et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales pourront se livrer à une évaluation prévisionnelle des besoins, tant quantitatifs que qualitatifs de prise en charge des enfants ou adolescents concernés.

Ces besoins seront rapportés au dispositif existant au plan des départements et régions. La comparaison fera ressortir les inadaptations et les insuffisances dans la prise en charge et devrait fournir les éléments permettant une appréciation globale des demandes présentées.

Les projets, qu'il s'agisse de sections d'établissements ou de services doivent faire l'objet d'une appréciation d'ensemble de manière à vérifier la cohérence et de s'assurer que tous les moyens nécessaires à une prise en charge complète sont bien réunis. Il s'agit, bien entendu, des moyens financés par la sécurité sociale au titre des deux présentes annexes, mais également des personnels mis à disposition par le ministre de l'éducation nationale ainsi que des moyens - locaux ou transports scolaires - dont le financement dépend des collectivités locales.

Les gestionnaires d'établissements ou de services devront quant à eux, conformément aux nouvelles dispositions, individualiser chacune des sections qui composent l'établissement, ainsi que chacun des services qui peuvent lui être rattachés.

Ils pourront mettre utilement à profit cette obligation pour réactualiser, au regard des progrès réalisés dans la prise en charge de chacune des catégories de handicaps considérées, les projets d'établissements en y intégrant les orientations qui ont été développées tout au long de la présente circulaire.

Cette démarche devra être l'occasion d'un dialogue entre l'ensemble des partenaires concourant à l'éducation et à l'enseignement des déficients auditifs ou visuels : services de la tutelle, gestionnaires d'établissements, personnel et, bien entendu familles, dont le rôle primordial a été réaffirmé.

Les difficultés que soulèveraient ces instructions pourront être signalées au bureau RV1 (direction de l'action sociale, ministère des affaires sociales et de l'emploi).

*Le ministre des affaires sociales
et de l'emploi,*
PHILIPPE SÉGUIN

*Le ministre délégué,
chargé de la santé et de la famille,*
MICHÈLE BARZACH

*Le secrétaire d'Etat,
chargé de la sécurité sociale,*
ADRIEN ZELLER



**MISE EN PLACE ET ORGANISATION DES RESEAUX D'AIDES
SPECIALISEES AUX ELEVES EN DIFFICULTE**

Circulaire N° 90-082 du 9 avril 1990

B.O.E.N. N° 16-19/4/90

Mise en place et organisation des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

NOR : MENE9050160C

RLR : 516-1

Circulaire n° 90-082 du 9 avril 1990

(Éducation nationale, Jeunesse et Sports : bureau DE 13)

Texte adressé aux recteurs et aux inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'Éducation.

L'école, qui accueille tous les enfants, doit permettre à chacun d'entre eux de tirer le meilleur profit de sa scolarité. Adapter l'action pédagogique et le fonctionnement de l'institution scolaire aux caractéristiques des élèves, notamment de ceux qui éprouvent des difficultés particulières dans l'acquisition et la maîtrise des apprentissages fondamentaux, s'impose comme une nécessité et un devoir.

C'est ainsi que l'accueil des élèves handicapés, dans les conditions les plus proches de la scolarité ordinaire, a largement progressé. L'effort doit être poursuivi afin que l'intégration scolaire des enfants handicapés devienne l'une des caractéristiques du fonctionnement de notre système éducatif.

D'autres élèves, cependant, éprouvent des difficultés à satisfaire aux exigences d'une scolarité normale, difficultés qui ne peuvent être considérées comme des handicaps avérés.

Les actions visant à les prévenir ou à les réduire, lorsqu'elles sont installées, ont été organisées en 1970 et précisées en 1976. Au cours des dix dernières années, des moyens importants ont été affectés au dispositif prévu. Une expérience précieuse a été acquise ; une évaluation d'ensemble a été réalisée.

L'évolution des conceptions et des pratiques pédagogiques, du fonctionnement de l'institution scolaire ainsi que la déconcentration de l'action administrative contribuent, par ailleurs, à créer un contexte nouveau qu'il importe de prendre en compte. L'objet de la présente circulaire est donc d'adapter à ces données actuelles les dispositions des circulaires n° IV-7083 du 9 février 1970 et n° 76-197 du 25 mai 1976, auxquelles elle se substitue pour ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.

Ces dispositions nouvelles doivent permettre aux responsables départementaux d'organiser les actions d'aide spécialisée, compte tenu des besoins locaux, de leur évolution et des moyens mis à leur disposition.

À cet effet, elles précisent :

— la nature et les formes des aides spécialisées au bénéfice des élèves en difficulté et les modalités de leur organisation ;

— le rôle des responsables, à chacun des niveaux de cette organisation, ainsi que les fonctions et l'identité professionnelle des différents intervenants.

A. Les aides spécialisées

1. Caractéristiques des aides spécialisées

1.1. Les aides spécialisées s'insèrent dans l'ensemble des actions de prévention des difficultés que peuvent éprouver les élèves à l'école

La prévention des difficultés des élèves est un objectif qui ne saurait être réalisé par les seuls intervenants spécialisés même si ceux-ci y apportent, par la spécificité de leurs actions, une contribution souvent décisive. Cette prévention concerne tous les partenaires de l'école.

La collaboration qui doit s'établir entre les intervenants spécialisés et les enseignants renforce en effet la qualité de l'observation et du suivi des élèves. Elle favorise le perfectionnement et l'ajustement des techniques, la pertinence de l'interprétation des faits, ainsi que l'élaboration différenciée des conduites et des stratégies des actions pédagogiques et éducatives adaptées aux individus et aux groupes. Cette collaboration entraîne des modifications des attitudes individuelles et collectives devant les difficultés des élèves, ainsi qu'une meilleure compréhension de leur situation.

L'attention aux comportements et aux conduites des enfants à l'école, le repérage et l'analyse de leurs éventuelles difficultés permettent de concevoir et d'organiser des interventions nécessaires. Ces interventions prennent effet avant que des difficultés, quelquefois mineures, ne s'accroissent et ne deviennent durables.

Cet aspect de la prévention prend une particulière importance dans le cycle des apprentissages premiers et dans celui des apprentissages.

Lorsque les maîtres et les intervenants spécialisés sont confrontés à des difficultés déjà structurées et parfois importantes, la démarche d'analyse, la conception et la mise en œuvre à l'école des actions appropriées exigent également les pratiques de la concertation et de la collaboration.

1.2. Les aides spécialisées ne se substituent pas à l'action des maîtres

Il faut rappeler que la première aide à apporter aux élèves relève de leurs propres maîtres, dans le cadre d'une pédagogie différenciée. Ceux-ci savent, en effet, avec le concours éventuel des psychologues scolaires, repérer, observer, comprendre les difficultés de leurs élèves, ajuster leurs conduites pédagogiques et évaluer leurs résultats.

L'aide spécialisée n'est requise que lorsqu'une réponse pédagogique suffisamment efficace n'a pu être apportée ou que le recours à l'aide spécialisée s'impose, d'emblée, comme une évidence.

L'existence d'aides spécialisées ne doit donc pas provoquer une multiplication excessive de demandes d'intervention. Les demandes trop hâtives risquent d'une part de ne pas correspondre à une réelle nécessité, d'autre part de saturer inutilement les capacités de réponse du réseau d'aides.

1.3. Les aides spécialisées sont sélectives

L'aide spécialisée est adaptée à chaque cas. Le projet d'intervention n'est arrêté qu'après une étude attentive, qui associe les intervenants du réseau, le maître de la classe et les parents.

Les aides spécialisées s'exercent dans les limites des domaines de compétence de chacun des intervenants dont la responsabilité est clairement affirmée.

1.4. Les interventions d'aide spécialisée se font à l'école

Il s'agit là d'une donnée importante et originale qui situe les interventions spécialisées du réseau et les différencie nettement de celles qui s'exercent dans d'autres contextes. Cette intégration des aides spécialisées dans la vie des écoles ne limite pas, pour autant, l'aide apportée aux élèves. Les intervenants spécialisés sont en effet tenus de conseiller aux parents, lorsque cela est nécessaire, le recours à des services ou à des professionnels extérieurs à l'école.

1.5. Les effets de l'aide spécialisée sont évalués

L'évaluation des résultats obtenus est indispensable. Elle est intégrée dans le processus d'intervention comme l'une de ses composantes essentielles.

Les pratiques évaluatives, qui font partie des missions des IDEN, contribuent à garantir la qualité des actions, leur perfectionnement possible, leur crédibilité auprès des enfants, des parents et des maîtres.

2. Nature et formes des aides spécialisées

Si leurs finalités sont identiques, les aides spécialisées sont mises en œuvre selon deux modalités.

2.1. Les actions d'aide spécialisée à dominante « pédagogique »

Elles ont pour objectif d'améliorer la capacité de l'élève à dépasser les difficultés qu'il éprouve dans ses apprentissages scolaires, à maîtriser ses méthodes et ses techniques de travail, à prendre conscience de ses progrès, en suscitant l'expérience de la réussite. Elles impliquent la cohérence entre les caractéristiques psychologiques de l'enfant d'une part, les méthodes mises en œuvre et les finalités de l'enseignement d'autre part.

Les aides spécialisées à dominante « pédagogique » peuvent être organisées :

— par la constitution de classes à effectif réduit rassemblant de manière permanente des élèves en difficulté. *Ces classes d'adaptation dont l'effectif ne pourra excéder 15 élèves ont pour objectif de réinsérer, le plus rapidement possible, dans une classe ordinaire correspondant à leurs possibilités nouvelles, les élèves qui y ont accompli un séjour ;*

— par l'organisation de *regroupements d'adaptation* rassemblant de manière temporaire des élèves en difficulté qui continuent à fréquenter la classe ordinaire dans laquelle ils demeurent régulièrement inscrits. Ces regroupements d'adaptation répondent à des besoins pédagogiques spécifiques. Leurs modalités de fonctionnement sont définies par le conseil des maîtres et s'inscrivent dans le cadre du projet d'école dont le directeur est garant. Il est convenu que l'effectif théorique retenu pour ce type de structure, notamment lors de l'élaboration de la carte scolaire, sera de 15 ;

— classes d'adaptation et regroupements d'adaptation sont placés sous la responsabilité de maîtres spécialisés titulaires du CAPSAIS option E. Ils exercent majoritairement leur service dans une même école.

2.2. Les actions d'aide spécialisée à dominante « rééducative »

Elles mettent en œuvre à l'école maternelle et élémentaire des interventions spécifiques, auprès d'élèves en difficulté scolaire, globale ou particulière, éventuellement auprès d'élèves handicapés. Ces interventions ont pour objectif, d'une part de favoriser l'ajustement progressif des conduites émotionnelles, corporelles et intellectuelles, l'efficacité dans les différents apprentissages et activités proposés par l'école et d'autre part de restaurer chez l'enfant le désir d'apprendre et l'estime de soi.

Ces interventions doivent permettre un engagement actif et personnel de l'enfant dans les différentes situations, la construction ou la reconstitution de ses compétences d'élève.

Pour atteindre ces objectifs, les intervenants spécialisés compétents du réseau d'aides choisissent et mettent en œuvre, dans chaque cas, les stratégies, les méthodes et les supports les mieux adaptés à leur démarche professionnelle. L'action d'aide spécialisée à dominante rééducative est entreprise avec l'accord des parents et dans toute la mesure du possible avec leur concours. L'intervention auprès des enfants se fait individuellement ou en très petits groupes.

3. La mise en œuvre des aides spécialisées

3.1. Elle est entreprise après une mise en commun des résultats des différentes approches effectuées au moins par le maître de la classe et les intervenants concernés du réseau (psychologues scolaires, maîtres chargés de rééducations et autres maîtres spécialisés). Une concertation organisée par le directeur de l'école avec les membres du réseau a pour objet de choisir les modalités de l'aide spécialisée : action à dominante « pédagogique », action à dominante « rééducative », éventuellement consultation d'une structure extérieure à l'école, saisine de la commission de l'éducation spéciale compétente. Lorsque le cas ne donne pas lieu à la reconnaissance d'un handicap, cette commission peut donner des indications sur les dispositifs qui paraissent les plus adaptés pour apporter une aide à l'élève.

3.2. Lorsqu'une action d'aide spécialisée à dominante pédagogique ou rééducative a été décidée, l'intervenant concerné poursuit l'analyse des difficultés de l'élève, développe en fonction de ses compétences ses propres observations et s'efforce de saisir tous les aspects des difficultés éprouvées par l'enfant.

Sur ces bases, il conçoit et explicite avec le maître, avec l'enfant et sa famille, les conditions dans lesquelles l'action d'aide spécialisée est entreprise.

3.3. L'action d'aide spécialisée est ainsi formulée dans un projet qui donne lieu à la rédaction d'un document écrit. Ce document :

- décrit le cas à traiter ;
- énonce la stratégie envisagée ;
- prévoit la démarche et les supports qui vont progressivement organiser l'action ;
- donne une estimation de sa durée ;
- élabore les modalités de son évaluation.

3.4. La réalisation du projet d'aide intègre au fur et à mesure les transformations des conduites de l'enfant et les ajustements techniques nécessaires à cette évolution.

3.5. Ce processus suppose une évaluation régulière. Elle ne peut être effectuée que si l'on s'est attaché à cerner, dans chaque cas, les points d'émergence sur lesquels s'appuiera l'action. Les progrès des élèves, notamment dans les aides à dominante « pédagogique », seront appréciés non seulement dans la progression individuelle mais encore par rapport à des critères objectifs en usage dans la classe.

Dans tous les cas, on donnera à l'élève un rôle actif dans l'appréciation de ses progrès et de son niveau.

3.6. Le terme de l'aide spécialisée proposé par l'intervenant compétent est soumis à concertation. Lorsqu'il est retenu, l'intervenant en organise les conditions psychologiques et matérielles, informe les personnels concernés et les parents, rédige un bilan final de son action.

3.7. Les indications qui précèdent concernent toutes les formes d'aide, individuelles ou collectives.

B. L'organisation des aides spécialisées

1. Le réseau d'aides spécialisées pour la réussite scolaire

est un ensemble fonctionnel et cohérent d'actions destiné à apporter, dans les écoles maternelles et élémentaires où il intervient, des aides spécifiques et différenciées aux élèves en difficulté.

Les intervenants spécialisés des réseaux contribuent, en liaison avec les parents et les enseignants exerçant dans les écoles, à prévenir, à réduire les difficultés éprouvées par les élèves, leur permettant ainsi de tirer le meilleur profit de leur scolarité.

Les intervenants spécialisés participant aux activités de chaque réseau sont des psychologues scolaires et des maîtres spécialisés. Leur nombre et leur qualification varient en fonction des besoins estimés du réseau et de sa configuration.

L'IDEN est chargé d'organiser les tâches et les actions des intervenants spécialisés en liaison avec les écoles et les différents partenaires ; s'il le juge utile, il peut se faire assister par un conseiller pédagogique.

Toute école relève des actions d'un réseau. Cependant, en fonction des orientations nationales et des priorités départementales, arrêtées par l'inspecteur d'académie après consultation des instances paritaires compétentes, un ensemble cohérent d'écoles maternelles et élémentaires sur lequel le réseau intervient prioritairement est défini pour une durée de trois ans.

2. Le réseau et les écoles

2.1. Le partage des responsabilités dans la réussite scolaire des élèves, dans la décision d'aider les élèves en difficulté, dans le suivi des actions spécialisées et de leur évaluation implique une collaboration étroite et une information réciproque entre les enseignants, les intervenants spécialisés, les parents, le médecin de santé scolaire, les infirmières et assistantes sociales scolaires et les travailleurs sociaux.

2.2. Il va de soi que les interventions spécialisées sont effectuées dans le respect du règlement scolaire. Le conseil d'école est tenu informé de l'organisation des aides spécialisées.

3. Les réseaux dans la circonscription

— L'IDEN est responsable de l'ensemble des réseaux d'aides implantés dans sa circonscription, ainsi que de l'organisation interne, du fonctionnement et de l'évaluation des actions de chacun d'entre eux.

— Il est tout particulièrement chargé de l'information et de l'animation pédagogique des réseaux de sa circonscription. Il arrête, après concertation avec les membres de chacun d'entre eux, les principes de l'organisation et l'ordre de priorité des actions ainsi que les procédures de l'évaluation. Il assure les nécessaires régulations.

— L'IDEN fournit chaque année à l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'Éducation, un rapport d'ensemble sur le fonctionnement des réseaux, des indications sur l'évolution des besoins, des propositions quant aux modifications à apporter au dispositif départemental.

4. Le dispositif départemental d'aides spécialisées pour la réussite scolaire

— L'ensemble des réseaux implantés dans un département constitue le dispositif d'aides spécialisées pour la réussite scolaire.

— L'organisation du dispositif — nombre et configuration des réseaux, effectif et qualification de leurs personnels — est arrêtée par l'inspecteur d'académie, après consultation du conseil d'IDEN et des instances paritaires départementales compétentes.

— Le dispositif départemental est étudié et arrêté après recensement des besoins. Il est modifié, compte tenu de l'évolution de ces besoins, lors des opérations de révision de la carte scolaire après consultation des instances paritaires.

— Cette organisation qui se substitue notamment à celle des groupes d'aide psycho-pédagogique (GAPP) doit se caractériser par sa souplesse et son efficacité.

C. Les intervenants spécialisés

1. Les personnels qui participent aux activités d'un réseau sont

- des psychologues scolaires ;
- des instituteurs spécialisés chargés de rééducations, titulaires du CAPSAIS (option G) ;
- des instituteurs spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des enfants en difficulté à l'école préélémentaire et élémentaire, titulaires du CAPSAIS (options E), lorsqu'ils exercent leurs fonctions dans une classe d'adaptation, ou sont responsables de regroupements d'adaptation.

Les personnels spécialisés qui exerçaient leurs fonctions à la rentrée 1989 dans un groupe d'aide psychopédagogique ou dans une classe d'adaptation sont intégrés au fonctionnement d'un réseau. On veillera à ce que le passage de l'ancienne organisation à la nouvelle s'effectue dans de bonnes conditions.

Les actions d'aide spécialisée à **dominante rééducative** sont assurées par les maîtres titulaires du CAPSAIS option G (1).

(1) Les instituteurs spécialisés titulaires soit du CAEIRPP soit du certificat de stage RPM ou de l'attestation de capacité RPP ou RPM sont réputés titulaires du CAPSAIS option G.

Les actions d'aide spécialisée à **dominante pédagogique** (classe ou regroupement d'adaptation) sont assurées par les maîtres titulaires du CAPSAIS option E (2) et par les autres maîtres spécialisés qui exerçaient leurs fonctions à la rentrée 1989 dans des structures d'adaptation.

2. Obligations de service

- Les instituteurs spécialisés des classes d'adaptation et des regroupements d'adaptation assurent le même nombre d'heures devant élèves que les instituteurs des autres classes. Pour ce qui concerne les maîtres chargés de rééducations et pour tenir compte de la spécificité de leurs fonctions, trois heures seront réservées à des activités de coordination et de synthèse. Ainsi que les enseignants des écoles, les psychologues scolaires assurent prioritairement leur service pendant le temps de présence scolaire des élèves (actions de prévention, examens cliniques et psychométriques, entretiens avec les enfants et les enseignants, participation à la mise en œuvre de projets pédagogiques et aux commissions de l'éducation spéciale, coordination et

synthèse — trois heures —) ; leurs autres activités (entretiens avec les parents, liaisons fonctionnelles avec des organismes et instances extérieurs à l'école, activités d'études et de formation) sont principalement assurées en dehors du temps de présence des élèves à l'école.

L'emploi du temps des personnels du réseau est soumis à l'approbation de l'IDEN qui ajuste les priorités aux réalités du terrain.

La définition de ces obligations de service abroge toutes dispositions antérieures contraires.

3. Nominations — Affectations et formation continue

Chaque intervenant spécialisé est rattaché administrativement à une école d'un réseau. Plusieurs écoles du réseau peuvent servir de support à ces rattachements administratifs qui ne définissent pas pour autant le champ d'action du réseau.

La qualification des personnels titulaires du CAPSAIS récemment créé est polyvalente. Une formation continue adaptée à la spécificité des conditions réelles de travail sera mise en place dès la rentrée de 1990.

L'organisation des réseaux implique également des actions de formation continue cohérentes au bénéfice

(2) Il est rappelé que les maîtres spécialisés titulaires du CAPSAIS option E peuvent être chargés d'autres classes, notamment d'une classe d'enseignement adapté pour handicapés mentaux (dite de perfectionnement).

des personnels déjà expérimentés. Ces formations continues peuvent être utilement mises en œuvre dans les actuels centres de formation des maîtres spécialisés.

D. L'évaluation des aides spécialisées

1. L'évaluation interne

1.1. L'évaluation par les intervenants de leurs propres actions

Elle consiste essentiellement à confronter, aux différentes étapes de sa réalisation, le processus d'aide à son projet, ou à en établir le bilan lorsque l'action a pris fin. Ces évaluations doivent être effectuées quelles que soient la nature ou la forme des aides spécialisées mises en œuvre. Elles doivent toujours pouvoir donner lieu à communication sous une forme adaptée aux différents interlocuteurs concernés (maîtres de la classe, parents, élèves eux-mêmes, autres intervenants, autorités académiques, etc.).

1.2. L'évaluation de l'activité du réseau

Sous la responsabilité de l'IDEN les différents personnels du réseau devront consulter régulièrement le tableau de bord dont ils auront mis au point les divers indicateurs. Ces évaluations, qualitatives, quantitatives, systémiques, sont une garantie de cohérence, en même temps qu'elles permettent les régulations nécessaires.

1.3. La formation des intervenants à l'évaluation

Un effort particulier sera entrepris lors des stages de première formation spécialisée ou de formation continue pour aborder efficacement les aspects théoriques et pratiques de l'évaluation des actions d'aide spécialisée. La mise au point de procédures et d'instruments utilisables fera l'objet de recherches et d'expérimentations.

2. L'évaluation externe relève de la compétence des responsables académiques

2.1. L'IDEN de la circonscription

— évalue l'action du réseau en procédant avec l'ensemble des intervenants à l'examen critique de son fonctionnement et de ses résultats ;

— procède à l'inspection individuelle des intervenants en situation professionnelle à l'exception des entretiens pratiqués avec les enfants ou leurs familles.

Il associe chaque fois qu'il est possible son collègue spécialisé à ces activités.

2.2. L'évaluation du dispositif départemental est effectuée sous l'autorité de l'inspecteur d'académie, avec le concours de l'IDEN spécialisé. Un groupe de travail départemental peut être constitué en vue de rechercher, d'expérimenter et d'utiliser les indicateurs les plus pertinents. Le bilan de cette évaluation fait l'objet d'un rapport annuel présenté au comité technique paritaire départemental.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des Écoles,

L. BALADIÈRE

Edité par le CTNERHI
Tirage par la Division Reprographie
Dépôt légal : Juin 1992

ISBN 2-87710-063-4
ISSN 0223-4696
CPPAP 60.119

Le Directeur : Annie Triomphe

