

**FORMATION ADAPTATION A L'EMPLOI
AUXILIAIRE DE VIE SCOLAIRE (AVS)
AGENT TERRITORIAL SPECIALISE DES ECOLE MATERNELLE (ATSEM)
MERCREDI 27 JANVIER 2010**

MICHEL FORGEAU

ASSOCIATION ANGEVINE DE PARENTS D'ENFANTS EN SITUATION HANDICAP

IME DE LA CHALOUERE – SESSAD DI-TC ET CMPP

THEME : Déficience mentale et Intégration Scolaire

CONTENU DE FORMATION

- 1. Le handicap mental**
 - Eléments de définition
 - Quelques exemples
 - Caractéristiques et conséquences du handicap mental
- 2. Le parcours de scolarisation de l'enfant porteur d'une déficience mentale**
 - Le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)
 - Le suivi de scolarisation
- 3. La scolarisation en établissement scolaire ordinaire ou spécifique**
 - Les Auxiliaires de Vie Scolaire
 - Les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS)
 - Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI)
 - Le rôle des SESSAD
- 4. La scolarisation en établissement d'éducation adaptée : les IME**
- 5. L'IME de la Chalouère**

1. LE HANDICAP MENTAL

Il n'y a pas d'étude statistique récente et précise sur le handicap mental en France. Une des principales raisons vient du fait d'un manque de définition rigoureuse d'une part du handicap et donc du handicap mental. Globalement, on sait que :

1. 1 Français sur 20 est handicapé.
2. 3,5 millions de personnes handicapées dont 2 millions sont sévèrement touchées.
3. Une étude récente de l'INSERM indique un taux de 1% des enfants d'une génération porteurs d'une déficience sévère, soit 7 500 nouveau-nés par an : les plus nombreuses étant des déficiences cognitives sévères.
4. 650 000 à 700 000 personnes se trouvent en situation de handicap mental, ce qui représente environ 20 % des personnes handicapées.
5. La trisomie 21 touche 1 naissance pour 700, plus de 15 000 personnes sont victimes du syndrome X fragile et 60 000 à 80 000 personnes souffriraient d'autisme.

1.1. ELEMENTS DE DEFINITION

Tout d'abord, une définition du handicap, ou plutôt de la **notion de situation de handicap**

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées stipule que "***constitue un handicap, toute limite d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une***

altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant".

Cette définition du handicap s'inspire de la conception de l'Organisation Mondiale de la Santé qui, en 1980 a établi une Classification Internationale des Handicaps (CIH). Cette classification prend en compte trois situations :

- la **déficience** qui résulte d'une maladie, d'un traumatisme. Elle définit une perte ou un dysfonctionnement d'une des parties du corps. La déficience peut être temporaire ou permanente et nécessite des interventions centrée sur la personne. Elle peut également être évolutive ou stable, acquise ou innée.
- le **handicap** (ou l'**incapacité**) qui résulte d'une ou plusieurs déficiences et se définit comme la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires physiques ou psychiques. Il peut nécessiter des aides techniques.
- le **désavantage** qui est la conséquence du handicap par rapport à une situation sociale et qui se manifeste par la difficulté ou l'impossibilité de communiquer, d'être en lien avec son entourage, de travailler, ... Il se situe à l'intersection de l'environnement social de la personne et des caractéristiques propres à l'individu

Au final, la **situation de handicap** n'est pas constitutive de la personne seulement. Elle résulte de l'interaction, à un moment donné, entre un contexte environnemental et une particularité de l'individu, qui crée ou non une situation handicapante.

Dans cette perspective, le "**handicap**" est un phénomène social qui décrit une interaction entre les exigences de l'environnement et les caractéristiques de fonctionnement d'un individu.

La **situation de handicap** résulte d'une incompatibilité plus ou moins importante inscrite dans une triple confrontation :

- de la personne elle-même,
- de son projet de vie,
- de l' (ou des) environnement(s) où il évolue.

Pour une même déficience, le désavantage peut se manifester (ou non) en fonction des situations auxquelles la personne a à faire face. Le handicap exprime alors les difficultés de la personne à s'adapter son environnement.

Le handicap mental

Le handicap mental est d'abord la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle.

Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Les difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de chaque personne.

L'expression "**handicap mental**" qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale).

La personne handicapée mentale est à la fois ordinaire et singulière

Une personne handicapée mentale est un individu à part entière, une personne à la fois ordinaire et singulière.

Elle est ordinaire, parce qu'elle connaît les mêmes besoins que tout le monde, parce qu'elle dispose des mêmes droits que tous et qu'elle accomplit les mêmes devoirs.

Elle est singulière, parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens, du fait de son handicap.

Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, la personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente d'une déficience intellectuelle dont l'origine peut être très diverse. Elle a donc généralement besoin, le plus tôt possible, d'un soutien et d'un accompagnement adaptés pour l'aider à mieux communiquer avec les autres, exprimer ses envies, s'éveiller et développer sa personnalité, aller à l'école, travailler, en quelques mots : vivre sa vie.

Différence entre handicap "mental" et "psychique"

Le handicap mental est la conséquence d'une déficience intellectuelle. La personne en situation de handicap mental éprouve, on l'a vu tout à l'heure et on y reviendra, des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Il ne peut pas être soigné mais peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain, adapté à son état et à sa situation.

Le handicap psychique est, la conséquence d'une maladie mentale. La personne malade mentale est une personne "qui souffre de troubles d'origines diverses qui entachent son mode de comportement d'une façon momentanée ou durable et inégalement grave". Le handicap psychique n'affecte pas directement les capacités intellectuelles mais plutôt leur mise en œuvre. Il est toujours associé à des soins et ses manifestations sont variables dans le temps.

La notion de déficience intellectuelle et de Quotient Intellectuel

Pourquoi la société en est-elle venue à parler de déficience intellectuelle ?

- La mise en place de l'école pour tous : Jules Ferry à la fin du XIXe siècle.
- La nécessité d'élaboration d'un programme commun minimum (la lecture, l'écriture, les mathématiques, la culture générale...)
- Le besoin de repérer les enfants qui résistaient au dispositif d'instruction généralisée.

D'où la nécessité de trouver des critères de classements, c'est-à-dire d'inclusion et d'exclusion du système scolaire.

Émerge alors la notion de Quotient Intellectuel

- le test d'Alfred BINET (Échelle métrique de l'intelligence) : Sur demande du ministère de l'instruction publique, élaboration du statut des arriérés mentaux au sein de la scolarité obligatoire (test de BINET-SIMON).
- Deux aspects nouveaux : (1) Hiérarchie chiffrée de la déficience mentale, (2) Dépistage des difficultés d'apprentissage en début de scolarité
- Origines précises du test :
L'exigence scolaire : C'est bien l'exigence scolaire qui était à l'origine de la création des tests d'intelligence
Souci des classifications : La mise en œuvre de cette mesure chiffrée a conduit à la création d'une classification distinguant les enfants aptes à suivre une scolarité normale et ceux qui ne le sont pas.

Les différents degrés de déficience intellectuelle

Retard mental profond : QI inférieur à 20, Âge mental inférieur à 3 ans, Retard massif dans toutes les acquisitions de la petite enfance, Autonomie très partielle dans les conduites de la vie quotidienne, Langage quasi inexistant réduit à quelques mots ou phonèmes.

Retard mental sévère : QI compris entre 20 et 35, Âge mental entre 3 et 6 ans Retard important dans les acquisitions, Des possibilités d'acquisition dans son autonomie quotidienne (nourriture, propreté), Possibilité de communication par quelques mots/phrases simples.

Retard mental moyen : QI compris entre 35 et 50, Âge mental entre 6 et 9 ans, Pas de manifestation notoire dans la toute petite enfance, Une autonomie quotidienne acquise par le biais d'une éducation soutenue, Une communication simple possible, Des difficultés relatives à l'abstraction.

Retard mental léger : QI compris entre 50 et 70, Âge mental entre 9 et 12 ans, Généralement repéré à l'occasion de difficultés scolaires, Possibilité d'acquisition des bases des premiers apprentissages scolaires lecture écriture calcul, Un certain degré d'indépendance, Capacité de communication suffisante, Intégration sociale possible avec un accompagnement adapté.

ETIOLOGIE

Certains préjugés entourent encore l'origine du handicap mental. Est-il héréditaire ? Génétique ? Accidentel ?

En réalité, les raisons de la survenue d'un handicap sont diverses, et certaines restent inconnues (30 % des situations). Les causes possibles ne produisent d'ailleurs pas toutes leurs conséquences au même moment du développement de la personne.

Un grand nombre de handicaps mentaux ont une cause génétique. On distingue les anomalies chromosomiques telles que la trisomie 21, des maladies génétiques telles que le X fragile, considérées comme héréditaires.

En dehors de causes génétiques, un handicap mental peut résulter d'une malformation cérébrale ou d'un dysfonctionnement du métabolisme. Il peut également être la conséquence d'un accident pendant la grossesse ou au moment de la naissance voire après celle-ci. Certaines maladies contagieuses touchant le nourrisson peuvent également causer de graves séquelles.

Distinction selon que l'origine est endogène ou exogène

Facteurs endogènes:

- Liés à des anomalies chromosomiques : Trisomie 21, syndrome de l'X fragile, syndrome de Prader-Willi, ou Angelman (trisomie 15)
- Liés à des facteurs biologiques : Divers facteurs qui interviennent au niveau du développement du cerveau lors de la grossesse.
- Liés à des atteintes prénatales : Le développement du fœtus peut être affecté par : Infections diverses, maladies contractées pendant la grossesse, (rougeole, rubéole, toxoplasmose, etc.)
- Consommation excessive de médicaments, d'alcool (syndrome d'alcoolisme fœtal), de tabac ou de drogue.
- Liés des atteintes postnatales : Séquelles de méningite, de traumatisme cranio-cérébral, de prématurité, d'anoxie, d'épilepsie.....

Facteurs exogènes liés à des facteurs environnementaux

- Absence de stimulation physique ou sensorielle au cours de la petite enfance, Hospitalisme (ex orphelinat de certains pays d'Europe de l'Est)
- Carences affectives: L'enfant a besoin d'amour pour se développer normalement
- Maltraitance: Dévalorisation massive de l'image de soi, possibilité de repli massif
- Négligence grave au niveau de la nutrition, de la sécurité etc.

1.2. QUELQUES EXEMPLES DE HANDICAP

L'Autisme

L'**autisme** et les troubles apparentés (plus généralement les **Troubles Envahissants du Développement** ou TED) concernent de 1 à 7 naissances sur 1 000 environ, dont quatre fois plus de garçons que de filles.

L'autisme est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un "**trouble du développement précoce, dans lequel la communication et les interactions sociales réciproques sont perturbées. La personne autiste manifeste des intérêts restreints et/ou s'adonne à des activités stéréotypées et répétitives**".

La plupart du temps, ce syndrome est repéré chez des enfants âgés de moins de trois ans. Il se caractérise par une très grande diversité de tableaux cliniques de gravités variables.

Face aux formes plus ou moins sévères présentées par ce handicap et devant la diversité des pathologies rencontrées, certains spécialistes préfèrent parler de troubles autistiques ou encore d'autismes (au pluriel).

Le Polyhandicap

Le terme "**polyhandicap**" concerne des enfants et adultes présentant des **déficiences cognitives et motrices associées très sévères auxquelles peuvent parfois s'ajouter des déficiences sensorielles**.

Ce terme, uniquement français, a été introduit dans les années 80 par Elisabeth Zucman pour décrire "**une population d'enfants porteurs de handicaps graves à expressions multiples avec déficience mentale sévère ou profonde et déficience motrice, entraînant une restriction extrême de leur autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation**".

La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, 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.

La prévalence des polyhandicaps d'origine pré et périnatale est comprise d'environ 1 pour 1 000, c'est-à-dire que chaque année naissent 700 à 800 enfants polyhandicapés.

La Trisomie 21

La trisomie 21, qui concerne filles et garçons dans les mêmes proportions. Elle atteint un enfant sur 700 naissances, soit 1 000 nouveau-nés par an. Actuellement, le nombre de personnes trisomiques se situe entre 50 000 et 60 000 personnes.

La trisomie 21 est un **handicap mental lié à une anomalie chromosomique, soit la présence d'un chromosome supplémentaire sur la 21^e paire du chromosome X**. Il s'agit d'un accident génétique qui a un risque très faible de se reproduire dans une famille.

Elle peut donner lieu à des malformations physiques, provoquer des troubles du métabolisme et des retards dans le développement intellectuel.

La déficience mentale varie d'un individu à un autre, entre légère à sévère, mais en général il est question de déficience intellectuelle moyenne. Les adultes, en fonction de la scolarité et de l'accompagnement adapté dont ils ont bénéficié, peuvent accéder à des emplois plus ou moins protégés (exemple : ESAT), à des lieux de vie (exemple : Foyer d'hébergement) plus ou moins encadrés en fonction de leur degré d'autonomie.

Le syndrome X fragile

Le syndrome X Fragile (plus de 15 000 personnes) est une maladie génétique héréditaire. C'est la deuxième cause génétique en importance après la Trisomie 21.

Elle touche un garçon sur 4 000 et une fille sur 7 000. Contrairement à la Trisomie 21, le risque de récurrence dans une famille est très élevé.

Ce syndrome résulte de l'inactivation d'un gène situé à l'extrémité du bras long du chromosome X.

Les personnes qui en souffrent, présentent quelques rares caractéristiques physiques (en particulier au niveau du visage) mais surtout comportementales dont les principales sont : hyperactivité, troubles de l'attention, fuite du regard, colères fréquentes, saut d'humeur, anxiété relationnelle, ... A cela est souvent associé un handicap mental plus ou moins important.

Les personnes présentant un X fragile possèdent également souvent des compétences très développées : une excellente mémoire des événements et des directions, une capacité d'imitation impressionnante concernant le langage et les sons, une empathie* remarquable, des intérêts très développés. Le retard mental est très variable.

** Empathie : Capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions*

1.3.CARACTERISTIQUES DE LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE

CARACTERISTIQUES COGNITIVES

- **Lenteur dans le traitement des informations :**
 - Il existe un temps de latence entre la formulation de la question et la réponse obtenue.
 - Adaptation et décomposition des consignes en éléments simples, patience, reformulation.
- **Capacités attentionnelles fragiles**
 - Sensibilité importante aux stimuli extérieurs, Fatigabilité importante chez certains enfants.
 - Nécessité de recadrage dans les activités d'apprentissage. Nécessité de valorisation importante dans les actions.
- **Mémoire de travail faible**
 - Nécessité d'effectuer de fréquents rappels des différents apprentissages réalisés.
- **Difficultés de repérage spatio-temporelles**
 - Importance des rituels lors des changements d'activité.
 - Importance d'aider l'enfant à visualiser ce que l'on attend de lui, où il va aller, avec qui, pour quoi faire?

- Possibilités de mise en place de repères visuels pour matérialiser l'emploi du temps de l'enfant.
- Accompagner l'enfant dans ses déplacements, dans ses apprentissages et dans les lieux.
- **Difficultés à catégoriser**
 - Difficulté pour l'enfant de dégager un principe de ressemblance entre deux objets ou deux notions.
 - Utilisation de matériel concret, manipulation importante, utilisation de supports connus par l'enfant.
- **Difficultés de représentation mentale, de symbolisation**
 - Difficulté pour l'enfant d'évoquer un objet absent.
 - Difficultés pour l'enfant de jouer à faire semblant, d'accéder à des notions abstraites, de faire une distinction claire entre fantasme et réalité.
 - Impossibilité de faire la différence entre la production de l'imaginaire et la réalité extérieure.
 - Manifestation d'angoisse, stéréotypie, agressivité, besoins importants de réassurance.
- **Difficultés au niveau langagier**
 - Stock langagier pauvre.
 - Difficultés répondre aux questions ouvertes.
 - Importance de reformulation, possibilités d'utilisation de méthodes de communication (Makaton).

CARACTERISTIQUES SOCIO-AFFECTIVES

- **Difficultés d'adaptation sociale**
 - Difficultés à adopter une conduite sociale adaptée à une situation.
 - Question de l'intériorisation des interdits sociaux et de la prise de conscience des situations de danger).
- **Difficultés d'entrer en relation avec autrui**
 - Recherche affective importante.
 - L'enfant peut être en permanence dans des attitudes de collage et de fusion, pas de distance relationnelle, touche la personne, attitude familière généralisée et même avec les étrangers.
 - Impulsivité, instabilité motrice.
 - Attitudes souvent perçues comme des agressions par l'entourage : les temps de récréation sont souvent conflictuels, l'enfant fait tomber les autres,...
 - Importance d'aider l'enfant à gérer ses relations, à apprendre à entrer en communication sur un mode adapté.
- **Estime de soi fragilisée**
 - Notamment due aux échecs relationnels que l'on vient d'évoquer, mais aussi aux échecs dans les apprentissages de l'autonomie.
 - L'exigence des apprentissages scolaires peut mener rapidement à des situations d'échec et déboucher sur un sentiment d'infériorité.
 - Cela peut entraîner un sentiment d'insécurité, d'échec qui peut s'exprimer par de l'agressivité, des troubles du comportement ou des conduites d'évitement par rapport aux situations d'apprentissage. Un repli sur soi
 - Nécessité de valoriser l'enfant dans tous les apprentissages qu'il peut réaliser (le rôle de l'AVS prend ici tout son sens).

Les conséquences quotidiennes d'un handicap mental sont donc très différentes d'une personne à l'autre, selon son type de déficience, ses prédispositions, son environnement, son entourage, etc.

Quoi qu'il en soit, un accompagnement humain est souvent indispensable, à des degrés divers, notamment pour aider la personne atteinte à acquérir de l'autonomie ou à communiquer...

En résumé et concrètement, une personne en situation de handicap mental peut, du fait de sa déficience, avoir des difficultés pour :

- **mémoriser les informations orales et sonores ;**
- **fixer son attention ;**
- **apprécier l'importance relative des informations à disposition ;**
- **évaluer l'écoulement du temps ;**
- **se repérer dans l'espace (difficulté à utiliser les plans ou cartes) ;**
- **apprécier la valeur de l'argent ;**
- **mobiliser ou remobiliser son énergie ;**
- **connaître l'environnement immédiat ou élargi ;**
- **connaître les conventions tacites qui régissent l'échange d'informations ;**
- **connaître et comprendre les modes d'utilisation des appareillages, des dispositifs et des automates mis à sa disposition ;**
- **connaître les règles de communication et de vocabulaire ;**
- **maîtriser la lecture ou l'écriture, voire les deux.**

Ces difficultés nécessitent donc un accompagnement particulier, personnalisé et rapproché.

2. LE PARCOURS DE SCOLARISATION

La Loi pose le postulat que tout enfant a droit à une prise en charge éducative adaptée à ses besoins spécifiques. C'est ce que définit **le projet personnalisé de scolarisation (PPS)**, élaboré par la CDAPH et avec le concours des parents.

La CDAPH c'est la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées**, qui remplace la CDES et la COTOREP. La CDAPH Dépend des MDPH. En se basant sur le bilan d'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, elle est chargée de l'attribution de l'ensemble des prestations et aides (orientation scolaire et/ou professionnelle, Allocation Adulte Handicapé, prestation de compensation (PCH), Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), cartes d'invalidité ...)

Le **PPS** définit le cadre de la prise en charge globale nécessaire à la scolarisation de l'enfant.

La scolarisation en milieu ordinaire est aujourd'hui la priorité. Cependant, certains enfants peuvent avoir besoin d'un accompagnement qui nécessite qu'ils soient intégralement ou partiellement accueillis au sein d'un **Institut Médico-Educatif (IME)**.

Par ailleurs, les enfants handicapés peuvent être accompagnés par un **Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)** ou un **Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)**. Il s'agit d'une aide, complément de leur scolarisation dans des structures classiques, dont ils peuvent profiter dès leur petite enfance.

Au final, quelle que soit son orientation, chaque enfant handicapé peut dorénavant être inscrit dans l'école de son quartier, qui peut ou non l'accueillir, mais qui devient son établissement de référence dans le cadre de son suivi de scolarisation (Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap).

2.1. LE PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION (PPS)

Le **PPS** est un écrit fondamental pour l'intégration de l'enfant en situation de handicap, que ce soit en milieu scolaire ordinaire ou adapté.

Il définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins de l'enfant handicapé.

Le PPS est un élément du **plan personnalisé de compensation** qui répond également à d'autres besoins de l'enfant. Il intègre par exemple **l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé** et la **Prestation de Compensation**.

L'ELABORATION DU PPS

Ce sont les parents qui ont l'initiative du PPS. Ils en adressent la demande à la **MDPH**, et peuvent prendre contact avec **l'enseignant référent** pour être informés sur la démarche à suivre. Un enseignant s'assure en effet des conditions dans lesquelles se réalise la scolarisation de chaque élève handicapé pour lequel il est désigné comme référent de cet élève .

Le dossier est instruit par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Cette équipe élabore le PPS avec la famille et l'enfant, en consultant, notamment, le projet de vie élaboré pour ce dernier. Dans le cadre de son évaluation, l'équipe pluridisciplinaire peut faire appel aux professionnels qui connaissent et qui suivent l'enfant (professionnels d'un établissements ou service par exemple) ainsi qu'à d'autres experts (médecin traitant par exemple).

Le PPS est ensuite soumis, pour validation, à la CDAPH.

L'INSCRIPTION DE L'ENFANT A L'ECOLE

Le principe de l'inscription obligatoire

Tout enfant ou adolescent présentant un handicap doit être inscrit dans son école de référence, qui est le plus souvent la plus proche de son domicile.

Il peut y suivre sa scolarité, ou faire l'objet d'une autre orientation vers un établissement ou service médico-social de la part de la CDAPH. Mais même dans ce cas, l'enfant conserve cette inscription.

Cette inscription a pour but de rappeler que le maintien ou le retour de l'enfant à l'école de référence doit être privilégié. S'agissant des contenus d'enseignements, l'Éducation Nationale est responsable de tous les enfants, même s'ils sont orientés vers un Institut Médico-Educatif.

L'enfant qui n'a pas encore fait l'objet d'une décision de la part de la MDPH doit non seulement être inscrit mais accueilli dans l'école de son quartier.

Cette inscription impose la recherche de solutions adaptées : intégration individuelle, collective et/ou associée avec une prise en charge par un établissement médico-social.

2.2.LE SUIVI DE SCOLARISATION

L'enseignant référent

L'enseignant référent est l'acteur central des actions conduites en faveur des élèves handicapés. Il est nommé par l'inspecteur d'académie parmi les enseignants titulaires d'un CAPA-SH (certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap) ou d'un 2 CA-SH (certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap).

Avec le décret du 2 avril 2009, les enseignants exerçant dans les institutions médico-sociales, et titulaires d'un diplôme extérieur à l'Éducation nationale (notamment le CAPEJS et le CAEGADV) pourront postuler à des fonctions d'enseignants référents.

L'équipe de suivi de la scolarisation (ESS)

Ses missions

L'équipe de suivi de la scolarisation facilite la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et en assure le suivi. Elle s'assure, entre autres :

- Que l'élève bénéficie effectivement des accompagnements particuliers que sa situation nécessite (pédagogiques, éducatifs, thérapeutiques ou rééducatifs, mais aussi des aides techniques et humaines).
- Que le parcours scolaire proposé permet bien à l'élève de réaliser ses apprentissages scolaires à son propre rythme.

Sa composition

L'ESS est composée de l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en œuvre du PPS : les **parents** ou les représentants légaux de l'élève mineur ou de l'élève handicapé majeur, ainsi que l'**enseignant référent** qui a en charge le suivi de son parcours scolaire. Elle inclut également le ou les **enseignants** qui ont en charge sa scolarité, des professionnels de l'éducation nationale (**psychologue, médecin, infirmière, assistante sociale, directeur d'école ou chef d'établissement, inspecteur**), de la santé (y compris du secteur libéral) ou des **établissements et services sociaux ou médico-sociaux** (directeur d'un établissement ou d'un service social ou médico-social, éducateur référent).

Les réunions de l'ESS

L'ESS est réunie par l'enseignant référent, au moins une fois par an, pour l'évaluation du projet personnalisé de scolarisation.

Ses observations peuvent conduire à des modifications du PPS et éventuellement à une réorientation de l'élève concerné.

Cette réunion peut aussi être organisée à la demande de l'élève, de ses parents, de l'équipe éducative de l'école ou encore du directeur de l'IME, notamment si des régulations s'avèrent nécessaires en cours d'année scolaire (Circulaire n° 2006-126 du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé de scolarisation).

3. LA SCOLARISATION EN ETABLISSEMENT SCOLAIRE ORDINAIRE OU SPECIFIQUE

Dès ses trois ans, l'enfant peut être accueilli dans l'école de son quartier. Cette école devient son établissement scolaire de référence, qu'il y poursuive ou non sa scolarité.

Une scolarisation en milieu ordinaire peut revêtir deux formes :

- **Une scolarisation individuelle dans une classe ordinaire.** Elle a souvent lieu avec le soutien d'un service d'accompagnement (SESSAD) ou de soutien scolaire (avec un auxiliaire de vie scolaire (AVS).
- **une scolarisation collective au sein de dispositifs situés en milieu scolaire ordinaire.** Il peut s'agir d'une **Classe pour l'Inclusion Scolaire** ou d'une **Unité Pédagogique d'Intégration (UPI)**. Ces types de dispositifs présentent l'avantage de proposer un enseignement aménagé avec une pédagogie adaptée. Dans certains dispositifs, l'effectif d'élèves peut-être réduit. Une scolarisation à temps plein comme à temps partiel y est possible.

De la même façon qu'ils aident à l'intégration d'enfants handicapés au sein de classes « ordinaires », les AVS ont aussi une mission d'accompagnement des élèves au sein des structures d'intégration collective.

3.1.LES AUXILIAIRES DE VIE SCOLAIRE

Le PPS s'articule autour de réseaux d'acteurs complexes : enfant, famille, environnement, enseignant, AVS, service médico-social. Une vision globale de ce réseau participe à sa compréhension. L'AVS soutient l'enfant dans ses difficultés à l'intérieur de ce réseau.

L'école ou la famille qui souhaite que l'enfant bénéficie de la présence d'auxiliaires de vie scolaire doit s'adresser à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Pour la guider dans toutes les démarches en direction de la MDPH, la famille peut faire appel à l'enseignant référent de son secteur.

Les missions de l'AVS sont de deux types :

- Aider à l'intégration individualisée d'élèves handicapés pour lesquels cette aide a été reconnue nécessaire par la CDAPH. On parlera alors d'AVS ayant une fonction individuelle (**AVS-I**).
- Aider une équipe dans une structure d'intégration collective, type CLIS ou UPI. Ces auxiliaires sont appelés auxiliaires de vie scolaire ayant une fonction collective (**AVS-CO**).

Leur accompagnement

L'accompagnement des AVS se décline en quatre types d'activités :

- Des **interventions pendant le temps scolaire** décidées en concertation avec l'enseignant, par exemple l'aide pour écrire ou manipuler le matériel dont l'enfant a besoin, mais aussi dans les activités périscolaires comme la cantine ou la garderie. Ils ne peuvent en revanche intervenir au domicile de l'élève ;
- **L'accomplissement de gestes techniques.**
- Une **collaboration au suivi des projets personnalisés de scolarisation.**
- Des **participations aux sorties de classes** occasionnelles ou régulières.

3.2.LES CLASSES POUR L'INCLUSION SCOLAIRE (CLIS)

Les classes pour l'inclusion scolaire permettent l'accueil dans une école élémentaire ou primaire d'un groupe d'enfants présentant le même handicap. L'effectif des CLIS est limité à 12 élèves.

Les catégories de CLIS.

CLIS 1 : classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des fonctions cognitives ou mentales. En font partie les troubles envahissants du développement ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole.

CLIS 2 : classes destinées aux élèves en situation de handicap auditif avec ou sans troubles associés.

CLIS 3 : classes destinées aux élèves en situation de handicap visuel avec ou sans troubles associés.

CLIS 4 : classes destinées aux élèves en situation de handicap moteur dont font partie les troubles dyspraxiques, avec ou sans troubles associés, ainsi qu'aux situations de pluri-handicap.

L'orientation

C'est la CDAPH qui décide de l'orientation en CLIS.

Les conditions d'un accueil

L'élève admis dans une CLIS doit être capable, d'une part, d'assumer les contraintes et les exigences minimales de comportement qu'implique la vie à l'école, d'autre part, d'avoir acquis ou d'être en voie d'acquérir une capacité de communication compatible avec des enseignements scolaires, les situations de vie et d'éducation collectives.

3.3.LES UNITES PEDAGOGIQUES D'INTEGRATION (UPI)

Les unités pédagogiques d'intégration (UPI) sont un dispositif d'intégration implanté en collège et en lycée pour la scolarisation de jeunes porteurs de handicaps, de maladies invalidantes, de troubles importants des fonctions cognitives, comme le retard mental, les difficultés psychiques graves, etc.

Ce dispositif se fonde sur l'alternance entre, d'une part, des regroupements pédagogiques spécifiques d'élèves handicapés, et d'autre part, des périodes d'intégration dans des classes ordinaires.

Il existe quatre catégories d'UPI : celles destinées à accueillir des jeunes atteints d'un handicap mental (UPI 1), d'un handicap auditif (UPI 2), d'un handicap visuel (UPI 3), ou d'un handicap moteur (UPI 4).

L'orientation

L'orientation dans une UPI est décidée par la CDAPH.

Les conditions d'un accueil

Les jeunes doivent assumer les contraintes et les exigences minimales qu'implique la vie au collège et disposer d'une capacité de communication compatible avec les enseignements scolaires.

3.4.LE ROLE DES SESSAD

Leur mission

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile sont des structures légères destinées à maintenir ou réintégrer l'enfant handicapé dans son milieu naturel de vie en assurant les soins, le soutien éducatif et le suivi nécessaire.

A ce titre, ils interviennent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école...) et dans les locaux du service.

La prise en charge assumée par le SESSAD est, comme pour les établissements, une prise en charge globale.

La prise en charge de l'enfant par un SESSAD n'est possible que si la CDAPH l'a orienté vers ce type de structure.

Leurs équipes

L'équipe pluridisciplinaire des SESSAD se compose de médecins, d'éducateurs spécialisés, de psychomotriciens, d'orthophoniste...

Le service dispose aussi, généralement, d'une assistante sociale, qui favorise les liens avec les familles, et parfois, précisément le lien famille-école.

Il peut aussi comprendre un ou plusieurs enseignants spécialisés appelés à aider un collègue non spécialisé à accueillir un élève handicapé dans sa classe.

Les conditions du suivi

L'âge des enfants accompagnés est compris entre 0 et 20 ans.

La prise en charge varie selon l'agrément de chacun des services, et selon les âges.

L'action des SESSAD est orientée vers la prise en charge précoce des enfants, de la naissance à six ans, et, à partir du moment où l'enfant est scolarisé, vers le soutien à l'intégration scolaire.

4. LA SCOLARISATION EN ETABLISSEMENT D'EDUCATION ADAPTEE : LES IME

La priorité est aujourd'hui donnée à la scolarisation au sein des écoles ordinaires, mais certains enfants ont besoin d'un accompagnement que seul un **institut Médico-Educatif (IME)** peut leur apporter.

Un IME est un établissement d'éducation adaptée pour enfants et adolescents, âgés de 3 à 20 ans, présentant une déficience intellectuelle légère, moyenne ou profonde avec ou sans troubles associés.

Ils y sont orientés par la **CDAPH**, après que leurs besoins et leurs capacités aient été évalués par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation qui a pour mission d'élaborer le projet personnalisé de scolarisation de l'enfant.

Les jeunes adultes handicapés peuvent être maintenus au sein de l'IME au-delà de 20 ans, s'ils ne peuvent être immédiatement admis dans les établissements pour adultes handicapés désignés par la CDAPH – au titre de "**l'amendement Creton**".

Les missions de l'IME

Les IME assurent une éducation adaptée et un accompagnement médico-social aux enfants handicapés.

Les équipes de ces établissements y mettent donc en œuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle.

Cet accompagnement comporte :

- L'**accompagnement de la famille** et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent.
- Les **soins** et les **rééducations**.
- La **surveillance médicale** régulière, générale, ainsi que celle 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 optimal.
- Des actions tendant à développer la **personnalité**, la **communication** et la **socialisation**.

Les apprentissages proposés

Les **IME** comprennent les **Section d'Enseignement et d'Education Spéciales** (SEES) (ex IMP) qui reçoivent des enfants d'âge préscolaire et scolaire de 3 à 14 ans, ainsi que **Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle** (SIPFP) (ex IMPro) qui accueillent les jeunes de 14 à 20 ans.

Les **SEES** ont pour mission d'assurer l'éducation générale et pratique adaptée aux possibilités intellectuelles de chacun des enfants de 3 à 14 ans.

Ils assurent une formation gestuelle pour développer au maximum l'habilité manuelle et l'autonomie de la personne.

Ils sont également chargés d'assurer une scolarité élémentaire selon les aptitudes de chacun des enfants.

Les **SIPFP** doivent être considérés comme les établissements de suite des SEES. Les adolescents y reçoivent, en même temps qu'un complément d'enseignement général, une formation professionnelle adaptée à leur handicap.

5. L'INSTITUT MEDICO-EDUCATIF DE LA CHALOUERE

Etablissement géré par l'**Association Angevine de Parents d'Enfants en situation de handicap** (AAPEI) : association de familles, accompagnant plus de 400 enfants dans 10 établissements et services sur Angers et ses environs :

- Pôle Déficience Motrice et Polyhandicap
- Pôle Déficience Intellectuelle et Autisme
- Pôle Prévention et Accompagnement

L'IME est agréé par l'Assurance Maladie, au titre des Annexes XXIV, pour accueillir en semi-internat de **30 enfants** :

- Garçons et filles de 3 à 14 ans :
- **Section SEHA** (Section pour Enfants avec Handicaps Associés) : 15 Enfants présentant une déficience intellectuelle moyenne ou profonde, avec handicap associé.
- **Section Autisme** : 15 Enfants présentant des troubles envahissants du développement, notamment par autisme.

Une **équipe pluridisciplinaire**, de spécialités complémentaires :

- Equipe Socio-éducative et pédagogique : éducateurs spécialisés, éducatrices de jeunes enfants, moniteurs éducateurs, aide médico-psychologique, professeur des écoles, assistante sociale.
- Equipe médicale, paramédicale et psychologique : médecin généraliste, médecin psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotriciennes.
- Service s généraux et de restauration : agents de service Intérieur, ouvriers qualifiés, agent technique.
- Direction et administration: directeur, chef de service et secrétaires.

Accueil prononcée sur notification de la Maison des Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Finalité de l'établissement :

- Favoriser le développement de chaque enfant,
- au mieux de ses capacités,
- tout en tenant compte de ses difficultés.

Les actions mises en œuvre tiennent compte de la singularité de chaque enfant. Elles s'appuient sur plusieurs axes principaux :

- le travail sur l'**autonomie dans la vie quotidienne**,
- le **développement des compétences de communication et de socialisation**,
- le travail sur les **capacités cognitives**,
- le **développement des compétences motrices et sensorielles**,
- la **prise en charge thérapeutique** et le soin.

Chaque enfant bénéficie d'une **prise en charge adaptée et personnalisée**, réactualisée tous les ans.

La **collaboration avec la famille** est fortement souhaitée et recherchée.

L'IME est organisée en **6 groupes de vie**, accueillant chacun **5 enfants**. Les groupes sont les espaces de référence, où sont travaillés l'autonomie et la socialisation. La prise en charge s'y veut éducative, rassurante et contenant.

Tout au long de la semaine, des activités et ateliers sont proposés pour répondre aux besoins de chaque enfant :

- **Ateliers à visée thérapeutique** : pataugeoire, conte, poney.
- **Activités de communication** : langage français signé, images, pictogrammes, journal,
- **Ateliers d'éveil sensoriel** : stimulation multisensorielle, musique, comptines, manipulation, galerie sonore.
- Des **activités d'apprentissage cognitif** : classe, jeux éducatifs, informatique, cuisine, activités manuelles.
- **Activités sensori-motrices et sportives** : salle de mousse, sport, poney, piscine, balnéothérapie.
- **Activités d'expression** : peinture, modelage, chant, expression musicale, expression corporelle, danse.
- **Ateliers de découverte de l'environnement** : sorties extérieures, bibliothèque, ludothèque, visites, séjours à l'extérieur de l'établissement.