



UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

---

ANNEE 1990

THESE N° 26

QUELQUES REFLEXIONS AUTOUR DE L'INTEGRATION SCOLAIRE DE JEUNES ENFANTS  
FREQUENTANT UN HOPITAL DE JOUR DANS LE SUD DE L'ESSONNE

T H E S E  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

présentée et soutenue publiquement le 20 avril 1990

PAR

Annie GALVAIN épouse d'ALLIVY KELLY  
née le 11 janvier 1953 à LIMOGES

EXAMINATEURS DE LA THESE

- Monsieur le Professeur BOUQUIER..... - PRESIDENT
  - Monsieur le Professeur BOULESTEIX..... - Juge
  - Monsieur le Professeur GAROUX..... - Juge
  - Monsieur le Professeur RIGAUD..... - Juge
-

F A C U L T E D E M E D E C I N E

---

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA  
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie ortho- pédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires

LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie- Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

A MON PERE.

" GUERIR QUELQUE FOIS,

SOULAGER SOUVENT,

CONSOLER TOUJOURS " .

Je tiens à remercier :

ma mère, qui, avec mon père, m'a toujours apporté sa confiance et son soutien.

Victor, avec un souvenir ému pour notre rencontre le jour de mon premier cours à la Faculté de Médecine de Limoges.

mes enfants, Delphine et Olivier pour leur joie et leurs rires qui m'ont accompagnée dans ce travail.

Mes remerciements vont aussi à tous ceux qui ont contribué

à la réalisation de cette thèse :

l'équipe soignante et l'équipe pédagogique de l'Hôpital de jour  
"LA TRAVERSIERE"

les instituteurs qui reçoivent les enfants en intégration scolaire  
dans le sud de l'Essonne

Madame de BOUSSIERS qui m'a proposé de dactylographier ce travail

et aux membres du jury :

Monsieur le Professeur BOUQUIER	Professeur des Universités de Pédiatrie Médecin des Hôpitaux Chef de Service
---------------------------------	--

Monsieur le Professeur BOULESTEIX	Professeur des Universités de Pédiatrie Médecin des Hôpitaux Chef de Service
-----------------------------------	--

Monsieur le Professeur RIGAUD	Professeur des Universités de Biochimie Biologiste des Hôpitaux
-------------------------------	--

et plus particulièrement

Monsieur le Professeur GAROUX	Professeur des Universités de Pédo psychiatrie Psychiatre des Hôpitaux Chef de Service
-------------------------------	---

qui a accepté de m'apporter ses conseils et ses critiques  
en étant le Directeur de cette thèse.

- P L A N -

Introduction

PREMIER CHAPITRE

A - Les textes

B - Historique de la pratique de l'intégration scolaire  
dans le 18ème secteur de l'Essonne

DEUXIEME CHAPITRE

A - Le fonctionnement de l'hôpital de jour

B - Les modalités adoptées

C - Deux tableaux... et quelques exemples

TROISIEME CHAPITRE

Conclusion.



## INTRODUCTION

L'étude de l'intégration dans un milieu scolaire ordinaire de jeunes enfants fréquentant par ailleurs un hôpital de jour a été l'objectif de ce travail.

C'est au cours de notre stage d'interne en psychiâtrie dans un secteur de psychiâtrie infanto - juvénile et plus particulièrement à l'hôpital de jour sud du 18ème secteur de l'Essonne que nous avons été, pour la première fois, confronté à la question de l'intégration scolaire d'enfants pour la plupart exclus de l'école où leurs troubles du comportement et de la personnalité n'étaient pas admis et qui après un temps hors du circuit scolaire y étaient réadmis dans le cadre d'une intégration scolaire.

Cette expérience, pour nous qui n'avions de l'école primaire que de bons et même d'excellents souvenirs a été la révélation de ce que pouvait être l'échec scolaire et le rejet et d'autre part la découverte de l'émergence d'un désir d'apprendre et un merveilleux enrichissement.

Nous avons été beaucoup aidé dans ce travail par les instituteurs spécialisés du secteur qui se révèlent être les intermédiaires obligés entre l'école et l'institution soignante.

Dans un premier chapitre, nous étudierons :

- l'aspect législatif de l'intégration scolaire en nous référant aux circulaires n° 82.2 et 82.048 du 28 janvier 1982 et n° 83.4 du 29 janvier 1983.

- puis nous étudierons le cadre de ce travail par un bref historique de la pratique de l'intégration scolaire dans le 18° secteur de psychiâtrie infanto-juvénile de l'Essonne et plus particulièrement l'hôpital de jour sud de ce secteur où nous avons travaillé pendant les deux premières années de notre internat en psychiâtrie.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons :

- le fonctionnement de l'hôpital de jour.
- les modalités définies pour la pratique de ces intégrations.
- quelques exemples pour illustrer le cheminement de ces intégrations.

Dans un troisième chapitre, nous essayerons de tirer des enseignements des rencontres avec les enseignants et des discussions avec les soignants.

## PREMIER CHAPITRE

### A - Les Textes

C'est au début du siècle alors que BINET et SIMON mettent au point leur premier test que le Ministre de l'Instruction publique crée les classes de perfectionnement et les établissements spécialisés appelés "écoles autonomes de perfectionnement".

En 1970, un dispositif d'aide psycho-pédagogique est mis en place dans un souci de prévention et d'adaptation avec la création des classes d'adaptation et avec pour objectif la réinsertion dans le système éducatif normal.

Depuis, la réflexion sur le problème de l'intégration en milieu scolaire ordinaire s'est prolongée par des textes tels la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et les circulaires du 28 janvier 1982 relative à la mise en oeuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés et du 29 janvier 1983 relative à la mise en place d'action de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement.

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 a fait une obligation nationale de l'éducation, de la formation et de l'orientation professionnelle des handicapés de façon à leur assurer toute l'autonomie dont ils sont capables en ayant accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et en étant maintenus dans un cadre ordinaire de travail et de vie "chaque fois que leurs aptitudes et celles du milieu familial le permettent".

La circulaire du 28 janvier 1982 définit les grandes lignes de la politique d'intégration des jeunes handicapés en milieu scolaire ordinaire dans le cadre d'une pédagogie d'intégration assurée par l'ensemble du système scolaire avec la mise à sa disposition des moyens spécialisés adéquats et manifeste la volonté d'accueillir, chaque fois que c'est possible, certaines catégories d'enfants qui en étaient encore exclus, et parmi eux, les enfants et adolescents handicapés mentaux.

L'intégration individuelle dans une classe ordinaire doit être recherchée en priorité et un projet éducatif individualisé doit être élaboré en commun par les familles, les enseignants, les personnels spécialisés et les établissements et services spécialisés intéressés, projet révisable en fonction de l'évolution de chaque situation individuelle, en fonction du type de handicap et aussi de la personnalité de l'enfant.

Il s'agit de favoriser l'insertion sociale de l'enfant handicapé et son autonomie dans un milieu où il puisse développer sa personnalité et faire accepter sa différence.

La circulaire du 29 janvier 1983 définit les modalités techniques et pratiques de la politique d'intégration.

C'est un véritable travail d'équipe multidisciplinaire au service de la réalisation des projets individuels d'intégration.

Cette circulaire a pour objet :

1 - de préciser les moyens d'intégration et d'indiquer les règles générales de partage de leur prise en charge.

2 - de définir les modalités de coopération entre le ou les établissements scolaires d'accueil et le ou les organismes chargés d'apporter les soins et les soutiens spécialisés.

3 - d'indiquer selon quelles modalités sont examinés et autorisés les projets de mise en place d'actions de soins et de soutiens spécialisés dans les écoles ou établissements scolaires ordinaires.

B - Historique de la pratique de l'intégration scolaire dans le 18° secteur de l'Essonne

Le 18° secteur (ex 1er intersecteur de psychiâtrie infanto-juvénile de l'Essonne) couvre un secteur géographique qui représente environ les deux tiers sud du département de l'Essonne.

Il compte six centres de guidance, une unité d'accueil familial et thérapeutique (U.A.F.T.) et deux hôpitaux de jours, l'un au nord accueille dix enfants et l'autre au sud accueille vingt enfants.

L'école publique de cet intersecteur s'est créée en septembre 1982 avec l'ouverture par l'éducation nationale d'un poste d'instituteur spécialisé. Cette ouverture se situe entre les deux circulaires de février 1982 et de février 1983 organisant l'intégration en milieu scolaire ordinaire d'enfants et d'adolescents handicapés.

C'est à partir de l'hôpital de jour que s'est développée l'activité de l'école et dès l'année 1982-1983 deux premières intégrations d'enfant de l'hôpital de jour (à cette époque il n'y en a encore qu'un au sud) sont mises en place dans des classes ordinaires.

La rentrée de septembre 1983 est marquée par la création d'un second poste d'instituteur spécialisé pour cet intersecteur et une dizaine d'intégrations se met en place pendant l'année 1983-1984.

Au début de l'année 1985 s'ouvre un second hôpital de jour (au nord de l'intersecteur) et en septembre 1985 se crée un troisième poste d'instituteur spécialisé.

en 1985-1986           - 11 enfants au sud  
                          - 4 enfants au nord           bénéficient

de temps de scolarisation extérieure.

en 1986-1987           - 13 enfants au sud  
                          - 6 enfants au nord

en 1987-1988           - 11 enfants au sud  
                          - 4 enfants au nord

en 1988-1989           - 12 enfants au sud  
                          - 7 enfants au nord

à la rentrée 1989      - 8 enfants au sud  
                          - 5 enfants au nord

Parallèlement aux intégrations extérieures tous les enfants vont en classe à l'intérieur de l'hôpital de jour avec les instituteurs spécialisés.

## DEUXIEME CHAPITRE

### A - Le Fonctionnement de l'hôpital de jour

Tous les enfants qui fréquentent l'hôpital de jour ne bénéficient pas d'une intégration scolaire mais tous fréquentent l'école à l'intérieur par petits groupes à raison de 3 heures par semaine. Cette école à l'intérieur de l'hôpital de jour, on l'appelle "la classe" ; c'est un lieu que tous les enfants repèrent bien et ils savent souvent s'y montrer très différents de ce qu'ils sont dans les autres activités de l'hôpital de jour.

L'hôpital de jour fonctionne du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 16 heures 30, les enfants y arrivent et en repartent en taxi.

Le temps y est réparti entre "la vie de groupe" , des temps d'atelier et la classe (et pour certains l'école à l'extérieur).

Les vingt enfants sont répartis en trois "groupes de vie" avec des référents infirmiers psychiâtriques pour chaque groupe et un lieu, une pièce de l'hôpital de jour est affectée à la vie de chaque groupe.

Dans les ateliers les enfants se retrouvent à trois, quatre, cinq, autour d'une activité (terre, peinture, informatique, sport, marionnettes, musique, contes, poney, psycho motricité ou jeux d'eau) animée par les soignants (psychologues, psycho motriciens, orthophonistes, infirmiers, médecins).

Les enfants participent également à des sorties pour des spectacles, pique-niques ou à des séjours thérapeutiques.

Les psychothérapies ont lieu à l'extérieur de l'hôpital de jour dans les centres de guidance, le plus souvent proches du domicile de la famille,

centre de guidance où l'enfant était parfois connu avant son admission à l'hôpital de jour.

## B - Les modalités adoptées

### Premier temps, la préparation.

C'est un travail de réflexion autour de l'idée du retour de l'enfant psychotique en milieu scolaire ordinaire après, ce qui nous semble préférable, bien qu'elle n'ait pas toujours eu lieu, une coupure de quelques mois lors de l'admission à l'hôpital de jour.

Réflexion et échange de tous les acteurs de cette intégration, la proposition d'une scolarisation extérieure se négocie en premier lieu au sein de l'équipe de l'hôpital de jour.

Cette équipe est constituée de médecins, de psychothérapeutes, de soignants et d'instituteurs spécialisés.

Lorsque la décision est acquise, il revient aux instituteurs spécialisés de prendre le premier contact avec une école susceptible d'accueillir cet enfant en obtenant tout d'abord l'adhésion de l'instituteur qui va accueillir l'enfant dans sa classe, en veillant à ce qu'il n'y ait pas plus d'un enfant intégré par classe et en s'adressant en priorité aux maîtres de classes ordinaires.

Cependant cette intégration devient le travail de l'équipe toute entière avec l'objectif de mettre en place autour de l'enfant une structure triangulaire entre l'équipe soignante, l'école et les parents, les instituteurs spécialisés jouant alors dans cette structure le rôle de médiateurs entre les différents acteurs.



Deuxième temps.

Il consistera dans le choix du moment de l'intégration, de sa durée hebdomadaire et dans la fixation d'un cadre de rencontres entre les différents acteurs de ce travail en gardant présent à l'esprit le caractère évolutif de tous ces éléments qui peuvent être remis en cause pour chacun à tout moment.

Ainsi l'intégration n'est pas un but en soi mais un moyen de proposer à l'enfant des espaces distincts dans lesquels il pourra expérimenter des attitudes et des comportements différents. Cette notion d'alternances permet de situer la place de chacun en terme de complémentarité.

La disponibilité de l'équipe de l'Hôpital de jour est essentielle et se manifeste par des réunions de synthèse régulières mais aussi lors de visites plus informelles de personnes de l'équipe à l'instituteur qui accueille l'enfant voire dans certains cas, à la présence de l'instituteur de l'hôpital de jour dans la classe au moins pendant une première période.

C - Deux tableaux \* ... et quelques exemples.

Nous avons essayé de représenter sur ces deux tableaux le cursus scolaire en milieu ordinaire de chacun des enfants qui a pu bénéficier d'une intégration au cours des sept dernières années.

Les enfants de l'Hôpital de jour ne sont pas tous en intégration scolaire, celle-ci concerne environ deux enfants sur trois.

Ceux qui ne fréquentent pas l'école ordinaire sont :

- soit des enfants récemment admis à l'Hôpital de jour ;  
en effet, la plupart des intégrations se font après un temps complet à l'Hôpital de jour.

- soit des enfants pour lesquels il n'a pas encore pu être envisagé

\* se reporter aux pages 28 et 29

d'intégration en raison de leurs troubles.

Ces enfants ont presque tous été exclus de l'école en maternelle, trois d'entre eux ont fréquenté une classe de perfectionnement et un d'entre eux a été inscrit en CP CE1.

La coupure entre l'admission à l'Hôpital de jour et l'intégration nous semble importante, et quand elle n'a pas été réalisée, il s'est avéré, presque toujours, qu'elle aurait été certainement préférable.

[Pour Céline admise à l'Hôpital de jour en septembre 1987 à l'âge de 8 ans après une prise en charge dans un centre de guidance, la question s'est d'emblée posée de l'opportunité qu'elle puisse faire sa rentrée en CP en même temps que les autres élèves de sa classe. Elle devait être admise dans un CP trois demi-journées par semaine pour l'apprentissage de la lecture. Dans l'équipe les avis étaient partagés et les soignants beaucoup plus favorables à une intégration immédiate que les instituteurs spécialisés. Céline n'a pas bénéficié de cette rentrée précoce dans le sens attendu et il aurait été préférable de s'accorder un temps d'hospitalisation complète à l'Hôpital de jour pour apprécier ses difficultés et se rendre compte qu'elle n'était pas prête pour un apprentissage de la lecture.]

L'école est choisie en fonction des relations établies entre l'Hôpital de jour et les enseignants, en fonction aussi de sa proximité de l'Hôpital de jour (la plupart des accompagnements à l'école sont effectués par les infirmiers).

Pour certains enfants, en placement familial, l'intégration a pu se faire dans l'école du village de la famille d'accueil.

Il est très rare que l'intégration ait lieu dans leur école d'origine.

Pour chaque enfant, la classe est choisie en fonction du projet pédagogique.

La durée hebdomadaire de l'intégration est variable en fonction du projet établi pour chaque enfant, elle peut varier d'une heure, avec accompagnement dans la classe, au temps complet et elle est susceptible d'être modifiée en cours d'année.

La plupart de ces intégrations ont répondu à l'objectif de socialisation en milieu ordinaire, pour certains de ces enfants, ce sera le seul projet.

[Stéphanie née en 1975, est admise à l'hôpital de jour en 1978 avec une interruption d'une année en 1980 correspondant à la mise en place d'un placement familial spécialisé rendu nécessaire par l'absence d'investissement parental.

Elle présentait alors un état de grande régression avec des troubles majeurs de la communication évoquant une psychose infantile précoce.

Deuxième d'une fratrie de deux filles (son aînée de 11 mois vit avec ses parents)

D'une grossesse non désirée, elle naît prématurément à sept mois et demi, présente une détresse respiratoire grave (apnée secondaire) motivant un long séjour en hôpital et en pouponnière jusqu'à l'âge de 9 mois.

Signalée à 2 ans et demi, elle est orientée vers un établissement pour handicapés psychomoteurs pendant un temps court avant son admission à l'hôpital de jour.

Depuis 1978, son évolution a été assez spectaculaire :

- elle marche à 4 ans et demi
- elle parle un peu plus tard
- cesse de s'automutiler
- les moments d'angoisse et de décrochage à la réalité sont de plus en plus rares.

Elle est en psychothérapie depuis 1984 et bénéficie de séjours de rupture réguliers.

Actuellement, elle se présente sur un mode cicatriciel.

Elle est autonome dans la vie quotidienne ; elle participe aux tâches ménagères, prend des initiatives.

Son expression verbale est bonne, et elle est volontiers questionnante.

Elle s'intéresse à l'adulte (sa famille, ses absences, ses vêtements).

Elle supporte mal les petits dans le groupe.

Elle est très à l'aise dans les activités sportives.

Pour elle, l'intégration a rempli son but de socialisation, à 14 ans elle fréquente depuis trois ans une classe à plusieurs niveaux dans une école d'un petit village, elle s'y sent bien, y a sa place et ses repères.

Mais ses acquits sont inexistantes, elle aime recopier des textes et commence à séparer les mots et à écrire des mots signifiants comme les prénoms de ses camarades.

Elle investit beaucoup le dessin et la peinture.

Elle peut réaliser de petits exercices logiques d'un début de CP et participe à des jeux collectifs avec des règles simples.

Cependant, malgré son âge, elle ne refuse pas le monde de l'école et y va

avec plaisir, ce qui nous fait espérer qu'elle pourra continuer des apprentissages.]

D'autres enfants ont bénéficié d'intégration en CM1 CM2 dans un but de socialisation et pour des activités d'éveil ou même des activités sportives où ils seront revalorisés. En particulier des enfants particulièrement intéressés par la pratique du ski au cours de séjours thérapeutiques organisés par l'hôpital de jour ont pu être intégrés en CM 2 pour y bénéficier d'une classe de neige.

Ils ont pu pendant deux ou trois semaines vivre avec le groupe de la classe ordinaire sans la présence des soignants et de leur famille dans des conditions où, au moins sur le plan sportif, ils étaient très motivés et pouvaient se montrer performants.

Pour d'autres enfants l'intégration en CP le matin aura pour projet de favoriser l'apprentissage de la lecture.

[Samuel, né en août 1975, de père inconnu, mère alcoolique et tuberculeuse, à l'âge de deux mois, il est hospitalisé pour diarrhée et convulsions et en décembre 1975, à l'âge de 4 mois, il fait l'objet d'une ordonnance de placement.

Il présente de gros troubles du comportement dès l'entrée à la maternelle, la maîtresse devait le bercer pour le calmer, les enfants l'appelaient "le taureau" et la psychologue scolaire a pu dire de lui : "la seule chose qu'il n'ait jamais détruite à l'école, c'étaient les livres".

Admis à l'hôpital de jour en 1982 à l'âge de 7 ans, il se mord, se griffe, il aboie, c'est un enfant très instable.

Le premier placement familial est interrompu et il fréquente un foyer le temps que se mette en place un placement familial spécialisé. Dès le début de ce placement, Samuel est plus détendu, moins angoissé et il peut parler de sa nouvelle famille (auparavant, les lieux étaient très cloisonnés et il ne parlait pas de l'un quand il était dans l'autre). Il a commencé une psychothérapie en septembre 1984. Sur le plan scolaire, il fréquente un CP à partir de septembre 1983 à l'âge de 8 ans. En mars 1986, à 10 ans et demi, il lit couramment et compte, joue avec les mots et fait preuve d'une "mémoire exceptionnelle". Il quitte l'hôpital de jour en juin 1987 et l'année suivante, suit un CM 1 ; il est actuellement en 4ème de S.E.S.]

Certains enfants peuvent suivre deux classes dans une même école, le matin un CP pour l'apprentissage de la lecture, et l'après-midi un CM pour les activités d'éveil, avec participation des deux enseignants pour un programme de mathématiques de CE.

[ Carlos, né en septembre 1975, d'origine portugaise.

Il présentait un refus scolaire. Il a fait trois CP ; retour au Portugal après le premier échec, puis revient en France où il fait son 3ème CP à 10 ans, c'est un nouvel échec. Il fréquente une classe de perfectionnement de septembre 1985 à juin 1986.

Il présentait un léger retard staturo pondéral.

Lors des premières consultations, il donnait l'impression d'un retard mental, avec une pauvreté fantasmagique et d'expression, "par contre, il est très débrouillard dans la rue qui est son domaine".

A l'admission à l'Hôpital de jour en 1986, à 11 ans, se discute le diagnostic de névrose grave ou de structure psychotique. Cette dernière hypothèse a été écartée, il s'agirait d'un refus scolaire plutôt névrotique avec une possible dépression sous jacente.

Carlos a été en intégration scolaire dès son admission à l'Hôpital de jour ; à 11 ans en CP ; l'année suivante toujours en CP mais dans une autre école. Il peut être accueilli en CP le matin pour parfaire son apprentissage de la lecture et en CM2 l'après midi.

Il participe à une classe de neige avec cette classe de CM2.

La maîtresse du CP constate que le fait de fréquenter un CM2 parallèlement au CP a beaucoup motivé Carlos pour l'apprentissage de la lecture.

En mathématiques, son niveau était plutôt celui d'un CE1, l'institutrice du CP lui enseignait les mathématiques du programme de CE le matin et il en faisait les exercices l'après-midi pendant le cours de mathématiques du CM2.

Pendant cette année là, Carlos avait un statut un peu particulier à l'Hôpital de jour, il y prenait ses repas à midi et était autorisé à se rendre à l'école à pied et il fréquentait l'Hôpital de jour le mercredi et pendant un temps d'atelier de marionnettes qu'il avait particulièrement investi. Il a quitté l'hôpital de jour en 1989 pour un IMPRO ; le séjour en classe de neige a certainement beaucoup aidé à convaincre les parents de Carlos du bien fondé de son inscription dans un internat.]

Il peut arriver que nous soyions amenés à interrompre des intégrations.

[ Sébastien né en décembre 1978, admis à l'Hôpital de jour

en septembre 1984 pour un ensemble de difficultés évoquant une psychose symbiotique.

Fils unique très désiré, grossesse survenue après un traitement de stérilité. Naissance par césarienne.

Il présente une macrocranie ; le périmètre crânien de 37 cm à la naissance demeure supérieur à la norme jusqu'à 3 ans.

Cette macrocranie inquiétait les pédiâtres, justifiant deux scanners :

en 1980 "aspect évocateur d'un hématome sous dural ou macrocranie isolée".

en 1983 "scanner normal".

Dans la famille , on retrouve l'existence de macrocranie isolée.

Sébastien a marché à un an.

Il a été propre à 2 ans.

Fréquentes otites pendant la petite enfance.

Lors des consultations, il présentait des stéréotypies, ne jouait pas, avait un langage rudimentaire.

En maternelle, à 2 ans 9 mois, il ne s'intègre pas au groupe classe et se montre même très agressif.

Il présente une énurésie et une encoprésie secondaires.

On constate une régression du langage, il ne se nomme plus, ne fait plus réellement de phrases.

Le rejet scolaire est rapide, une tentative de scolarisation à mi temps dans une école privée échoue.

Il a alors des séances de psychomotricité en P.M.I. pendant près d'un an ;

Parallèlement sont organisés des entretiens réguliers avec les parents.



Ils consultent un ostéopathe...

En 1984, Sébastien est admis à l'hôpital Necker où le diagnostic proposé est celui d'une psychose discordante précoce non autistique (il reçoit de l'ORAP en traitement).

Après cette hospitalisation apparaît une nouvelle régression.

Devant les difficultés de Sébastien, le couple est près de la rupture, d'autant plus que la question de l'hérédité est évoquée par la mère (un oncle paternel est interné depuis trente ans dans un hôpital psychiatrique).

A cette époque, Sébastien colle à sa mère, ils semblent se comprendre ; Il pique des colères quand on lui oppose un refus ; garde des objets dans les mains.

Il est très attiré par les photographies.

Son langage est très rudimentaire, se limitant à quelques mots ; il n'emploie pas le "je" , utilise quelques fois le "moi".

Il n'a pas de graphisme.

Pendant les repas, il est très opposant.

Il établit une relation privilégiée avec son grand père paternel.

Le diagnostic de psychose symbiotique est confirmé.

A l'entrée à l'hôpital de jour Sébastien ne s'intègre pas au groupe ni à une quelconque activité. Il présente de profonds moments de détresse en alternance avec des colères où revient souvent le mot "cassé".

Il est en psychothérapie dans le privé depuis janvier 1986, cette psychothérapie est très investie par la famille.

L'intégration scolaire de Sébastien, une demi-journée par semaine,

en maternelle, avec accompagnement de l'institutrice de l'hôpital de jour n'a pas pu se poursuivre : l'enseignante qui l'accueillait était assez inquiète, il n'a pas été possible de le laisser seul dans la classe, il recherchait toujours le soutien de l'institutrice spécialisée. Cependant, à l'école, Sébastien avait un comportement totalement différent de celui que nous lui connaissions à l'hôpital de jour.

A l'hôpital de jour, il a progressé au niveau du langage :

il nomme les gens

fait quelques phrases

se fait comprendre

Il se montre moins angoissé, il est plutôt provocateur. Il a beaucoup de difficultés à se tenir à une activité].

L'intégration scolaire offre toute la souplesse qui permet de modifier le projet initial tant dans la durée de l'intégration que dans la fréquence ou même le lieu.

[Christelle née en mars 1975, en placement familial depuis 1977, avec son frère.

Sa première consultation a lieu en mars 1980 à l'âge de 5 ans au centre de guidance, pour rejet scolaire (une orientation en EMP avait été proposée, sa nourrice s'y opposait).

Christelle présentait des colères clastiques, une agressivité par rapport aux autres enfants et une auto agressivité.

Elle était énurétique.

On constatait un retard graphomoteur.

A la rentrée de septembre 1980, elle a été prise en charge, au centre

de soins, dans un groupe de petits à raison de deux séances par semaine et parallèlement sa nourrice était reçue en entretiens réguliers.

En octobre 1980, devant les problèmes scolaires, un projet d'admission à l'hôpital de jour à mi-temps avec scolarité à mi-temps dans la même classe (à la demande de son institutrice) est élaboré.

En février 1981, à son arrivée à l'hôpital de jour, à 6 ans c'est une enfant très dysharmonique et abandonnique. De 1981 à 1983, dans la classe de l'hôpital de jour on note une évolution favorable du point de vue du comportement : ses colères sont de plus en plus rares; et des progrès sur le plan de la socialisation par rapport au groupe, ainsi qu'une évolution dans ses relations aux adultes et aux enfants.

Cette évolution permet d'envisager une intégration en CP, d'abord deux demi journées, puis en 1985/1986, en raison des progrès de Christelle et pour qu'elle bénéficie de l'apprentissage de la lecture, elle est intégrée en CP tous les matins.

Ensuite, elle fréquente un CE puis un CM2 dans l'école du village de sa famille d'accueil, et en 1988/1989 une 6ème de SES où elle fait des progrès en mathématiques (addition et soustraction simple avec retenue). En lecture, nous ne constatons pas de véritables progrès : elle reconnaît les mots globalement et peut déchiffrer quelques mots.

Elle a toujours de grosses difficultés en écriture ; elle ne sait pas écrire sur une ligne.

En éveil, elle n'est pas vraiment concernée par le travail qu'on lui donne ; elle ne s'intéresse pas au groupe, elle a une place à part

dans la classe.

En atelier, Christelle fait de petites tâches mais elle a des difficultés à mener son travail à son terme.

L'orientation en SES n'était pas vraiment la meilleure indication.

Cependant, dans le même temps, à l'hôpital de jour, elle est très demanderesse d'activités scolaires ; ce qui permet de penser qu'elle est encore capable de réels apprentissages.

Dans son groupe de vie, Christelle est un leader, elle prend des initiatives, elle est autonome dans les séjours thérapeutiques, elle s'occupe des plus petits ; elle est maintenant capable de verbaliser des conflits et ses colères ont disparu.

A la rentrée de 1989, elle est orientée vers un IME.]

Ces exemples nous ont paru pouvoir illustrer le cheminement de ces intégrations à partir d'un projet initial qu'il a fallu revoir souvent, à travers des changements de classes, des changements d'écoles, des aménagements dans l'école, des arrêts momentanés ou prolongés.

NOMS	SEBASTIEN	CHRISTÈLE	OLIVIER	SEBASTIEN	LUDDVIC	STEPHANIE	SAMUEL	FANNY	MICKAËL	THIBAUT
date de nais.	01.73	03.75	11.72	07.74	02.71	05.75	08.75	11.76	01.75	12.72
scolarité antérieure	maternelle	maternelle	maternelle (Bryon-4)	maternelle repç		maternelle	maternelle	maternelle	maternelle	cl. de prof.
spéc. en change ant.		group. III Centre de gestion 2/janv. après 80				etablis + pour locati-ns 4 maisons				
date d'admission	01.78	02.81	03.81	03.81	09.81	11.81	05.82	01.83	05.83	09.83
82-83	5 ans	6 ans	8 ans	5 ans 1/2	10 ans	6 ans	7 ans	6 ans	8 ans	11 ans
83-84			10 ans		13 ans					
84-85	11 ans	CP 2 1/2 j	CP CE 2 2 1/2 j		CM	9 ans	CP 2 1/2 j	7 ans	9 ans	12 ans
85-86	CP (lectures) 3 1/2 j puis 6 le matin	CP 2 1/2 j	CP CE 2 3 1/2 j	11 ans	CM	maternelle 65 (non-lecteur)	CP 3 1/2 j	maternelle GS 3 1/2 j	CP 2 1/2 j	CM 2 (niveau) 2 1/2 j
86-87	CP (lectures) 3 1/2 j puis 6 le matin	CP (lectures) 2 1/2 j	CE 2 3 1/2 j	CM 2 2 1/2 j	Ug: note CM 2 3 1/2 j	maternelle 2 1/2 j	CP (lectures) 2 1/2 j	CP 3 1/2 j	CP 2 1/2 j	CM 2 2 après midi
87-88	CM 2 (conf. cl. de prof.)	CE 3 1/2 j puis 4	CM 2 3 1/2 j	CM 3 1/2 j	09.86 IMPRO	CP 2 1/2 j	CP 2 1/2 j	09.86 cl. de prof.	CM 2 3 1/2 j	CM 2 2 1/2 j
88-89	CM 2	CM 2	IMPRO	CM 2 (cl. de prof.) 3 1/2 j		CE 1 CE 2 CM 1	CP 2 1/2 j		CM 2 3 1/2 j	CM 2 2 1/2 j
numéro 89	ERA 111 pourcentage	SES 2 j puis 2 1/2 j	IMPRO	88 IMPRO		CE 1 CE 2 CM 1	CP 2 1/2 j		CM 2 3 1/2 j	09.88
autres Tit	Y TH	fact. Bass cl. de prof. 7 j Y TH	09.89 IME			CE 1 CE 2 CM 1	CP 2 1/2 j		CM 2 3 1/2 j (cl. de prof.)	EMPRO
						CE 1 CE 2 CM 1	SES 3-4		08.89 EMPRO	
						PFS del 79 pourcentage de prof. Y TH 84	SES 4-6		PFS Y TH	PFS



### TROISIEME CHAPITRE

Dans ce chapitre, nous essayerons d'analyser cette pratique de l'intégration scolaire et les réflexions qu'elle a pu nous suggérer.

Nous rappellerons la nécessité d'un travail d'équipe tant dans l'élaboration du projet que dans son suivi.

C'est de l'observation de l'enfant au sein de l'hôpital de jour dans ses relations avec les autres, de ce qu'il peut en dire, de ce qu'il peut montrer de son désir d'apprendre dans la classe que vient souvent l'idée du retour dans le milieu scolaire ordinaire.

C'est assez souvent à la demande des référents soignants que cette réflexion est amorcée et la décision est prise en commun avec l'équipe pédagogique. Ensuite cela reste un véritable travail d'équipe et des contacts réguliers s'instaurent entre les soignants et les enseignants qui accueillent un enfant dans leur classe :

- d'une part à l'occasion de l'accompagnement des enfants qui est effectué par les infirmiers (qui peuvent être interpellés par les enseignants)

- d'autre part, dans des réunions de synthèses trimestrielles qui tournent autour de deux questions essentielles :

- quel est le rapport de cet enfant au savoir
- quel sens peut-on donner à son comportement.

Ces enfants perçoivent très bien la différence des espaces "école" et "hôpital de jour" et ils se montrent souvent capables d'une grande adaptation à l'école à tel point que nous avons parfois l'impression

de ne pas parler des mêmes enfants au cours de ces échanges tout au moins en ce qui concerne le comportement.

Cela ne signifie pourtant pas que tout se passe toujours bien à l'école et il a parfois fallu toute la conviction des enseignants acceptant des intégrations pour faire admettre à leurs collègues de se remettre en question - Par exemple, quand Christelle était intégrée en CP, les récréations étaient souvent l'occasion de violentes colères tout particulièrement en présence d'un instituteur dont la réputation était pourtant de ne pas s'en laisser conter et qui était complètement désarmé devant l'attitude de Christelle. Cette dernière se déshabillait dans la cour, jetait ses chaussures sur le toit de l'école et le maître n'avait d'autres recours que d'aller trouver l'institutrice qui accueillait Christelle tant ce qu'elle lui renvoyait l'angoissait.

Dans cette école, ce n'était pas facile ; deux institutrices avaient accepté d'intégrer des enfants de l'hôpital de jour, parce qu'elles connaissaient l'instituteur spécialisé et qu'il avait su leur communiquer son enthousiasme. Le bilan qu'elles font pour l'école est plutôt positif, elles ont eu à faire part de leurs difficultés aux autres enseignants et petit à petit un dialogue s'est instauré ; cela devenait plus facile aux autres de faire état de leurs propres difficultés face à certains de leurs élèves, et ce dialogue a même pu se poursuivre au niveau des parents d'élèves.

La pratique de l'intégration d'enfants psychotiques a très vite favorisé un grand questionnement de la part des instituteurs et c'est pour y répondre que dès 1984 un groupe de paroles d'enseignants sur le modèle



de groupes BALINT a été créé, animé par deux psychologues du service et auquel participent des instituteurs intégrant dans leur classe des enfants hospitalisés dans le secteur sud.

Au fil de ces entretiens, de ces réunions de synthèse avec les instituteurs, nous nous sommes aperçus que la présence d'un enfant ayant des troubles psychologiques graves dans une classe ordinaire peut avoir un impact sur la pédagogie du maître (une institutrice nous confiait que depuis qu'elle a des enfants en intégration dans sa classe, elle n'a plus le même souci de boucler son programme, elle est plus attentive au rythme des enfants et à la fin de l'année, elle s'aperçoit qu'elle a fait le programme).

Elle a aussi un impact sur la classe dans le sens qu'elle permet une réflexion sur la différence et sur la tolérance, les autres élèves repèrent bien les jours où leur camarade doit être présent et lui font une place dans la classe.

Intégrés à 8, 9, 10, 11 ans dans un CP avec des enfants de 6-7 ans, cela peut paraître un pari difficile à tenir ; il est vrai que souvent le retard de développement staturo pondéral y a aidé ; mais l'arrivée d'un enfant de l'hôpital de jour est toujours l'occasion d'une réflexion au sein de la classe et les élèves s'interrogent sur ce que cet enfant peut bien faire à l'hôpital de jour (et cet hôpital de jour est en ville depuis seulement deux ans), à B.D. comme on appelle ici l'hôpital psychiatrique Barthélémy Durand.

Cette réflexion autour de ce que c'est que la folie montre que parfois les enfants en ont des représentations étonnantes.

Tels enfants qui avaient connu Franck en maternelle, au cours d'une discussion à propos de son arrivée en CP l'année suivante, ont pu dire "on le connaît, il avait des problèmes, il était aveugle !" (Franck porte des lunettes)

Elle a eu aussi un impact sur l'école, comme nous l'avons vu dans le sens d'un plus grand partage des difficultés et d'un échange de point de vue, et parfois d'autres intégrations ont été possibles dans d'autres classes de l'école.

Les instituteurs comptent beaucoup sur le travail d'équipe et les bonnes relations que l'hôpital de jour entretient avec l'école, le rôle de médiateur que jouent les instituteurs spécialisés sont à coup sûr les garants d'intégrations qui se poursuivent ou se renouvellent au fil des années.

Chaque fois que possible nous essayons d'inclure les familles dans le projet d'intégration ; elles n'ont pas souvent de réels contacts avec l'école qui se trouve souvent éloignée de leur lieu d'habitation mais elles sont toujours très (et même parfois trop) adhérentes au projet de scolarisation ; dans les rencontres que nous pouvons avoir avec les parents la question de "comment ça va à l'école" est incontournable (certains confondent même hôpital de jour et école). Il a été plus facile d'associer les familles d'accueil pour les enfants en placement familial intégré dans l'école proche du domicile de la famille d'accueil.

Il s'est très rarement produit qu'un enfant soit intégré dans la classe qu'il fréquentait avant son admission à l'hôpital de jour.

L'indication d'hôpital de jour est toujours vécue comme un échec pour les enseignants, échec de leur pédagogie, et la position actuelle de l'équipe est plutôt de ne pas intégrer les enfants dans un premier temps à leur arrivée à l'hôpital de jour ; c'est l'aboutissement d'une réflexion et d'une pratique ; cela n'a pas toujours été ainsi : parfois cela a pu être le parti pris d'intégrer même ces enfants là [Jocelyn intégré en maternelle avec accompagnement de l'instituteur n'a cependant jamais pu être laissé seul dans l'école, mais il y avait des repères, repères observables dans un lieu distinct de l'hôpital de jour].

Parfois l'intégration a pu être faite pour ne pas trop heurter les parents pour lesquels le rejet scolaire était une blessure narcissique trop importante.

L'intégration n'est qu'un élément d'un dispositif de prise en charge du jeune enfant psychotique ; ce n'est pas une fin en soi, mais nous avons pris l'habitude de travailler avec l'idée du retour en milieu scolaire ordinaire parce que les enfants ont su souvent y montrer des capacités différentes, des comportements différents de ceux de l'hôpital de jour, et des acquisitions au plan des repères, des règles du groupe pour la plupart et pour d'autres une certaine efficacité scolaire.

La plupart de ces enfants sont en psychothérapie, certains d'entre eux vivent en famille d'accueil dans le cadre d'un placement familial spécialisé, certains font de fréquents séjours de rupture dans des lieux de vie et tous fréquentent l'hôpital de jour où ils

participent à des groupes de paroles et à des ateliers et où ils appartiennent à un groupe de vie et bénéficient de séjours thérapeutiques.

Le projet initial de l'intégration n'a pas évolué dans tous les cas ; pour la plupart, l'objectif de socialisation a été atteint dans le sens d'être capable de participer à une activité de groupe en y obéissant à des règles ; pour certains, il y a eu cependant une évolution de l'intégration avec une certaine efficacité scolaire ; pour les autres, nous pouvons espérer qu'elle a été un élément de déchronicisation par rapport à l'institution soignante.

Une intégration a dû être interrompue ou plutôt suspendue pour une cause médicale : apparition de crise d'épilepsie avec état de mal ; une autre a été interrompue parce que l'enfant n'a jamais pu être laissé seul dans l'école... mais à chaque fois, nous pouvons nous interroger sur le choix du moment, sur le choix de l'école, de l'instituteur par rapport à ce que montre l'enfant de ses troubles, et imaginer qu'à un autre moment, dans une autre classe, cela aurait pu être un peu différent.

A leur sortie de l'hôpital de jour, la plupart de ces enfants sont admis en EMPRO ou en IMPRO où nous pouvons espérer que le travail de socialisation sera poursuivi.

## CONCLUSION

Si nous n'avons pas pu dire que toutes ces intégrations ont rempli leur objectif au sens où intégration signifie "assimilation, fusion, incorporation, insertion, unification", nous n'avons pas pu dire qu'elles n'ont rien apporté ; elles sont un élément de la prise en charge des enfants fréquentant l'hôpital de jour, certainement un élément de déchronicisation.

Le terme d'intégration est un terme impropre si on considère ce à quoi on aboutit, il nous semble qu'il reste un terme approprié si on considère ce à quoi on tend quand on a ce type de pratique.

Ces intégrations sont l'objet d'un travail d'équipe qui réunit soignants et enseignants autour d'un projet pour un enfant donné, dans un temps donné, à un certain moment de la réflexion d'une équipe autour d'un projet plus général pour l'évolution de l'enfant hospitalisé à l'hôpital de jour.

Elles sont dépendantes du désir de l'enseignant de recevoir un enfant présentant des troubles du registre de la psychose, de la dysharmonie d'évolution ou de la névrose grave ; elles nécessitent donc que des relations de confiance soient établies entre les écoles et l'hôpital de jour et c'est le travail constant de soutien et de réflexion qui permet ces bonnes relations.

Il faut aussi beaucoup de désir et une grande part de rêve pour impulser ce travail, ce sont les sentiments qui animent les équipes soignante et pédagogique de l'hôpital de jour dans leur travail quotidien auprès des enfants qui leur sont confiés.

B I B L I O G R A P H I E

---

- 1 - AREN 93 La peur d'apprendre - compte rendu de la journée de réflexion du 27 janvier 1988.
- 2 - A.S.H. Enfants handicapés : pour une réelle intégration en milieu ordinaire 2 avril 1983 n° 1348
- 3 - BALINT Le médecin, son malade et la maladie PARIS PAYOT 1966.
- 4 - COLLOQUE INTERNATIONAL Intégration scolaire des jeunes handicapés mentaux . Rêve ou réalité PARIS 12-13-14 décembre 1983.
- 5 - CONFRONTATION PSYCHIATRIQUE L'échec scolaire, abord psychopathologique 1983 n° 23.
- 6 - CROISY J.P. L'intégration scolaire, une chance pour l'école - Mémoire UER des sciences de l'éducation 1986/1987.
- 7 - CROISY J.P.  
PRILLEUX J.C. Instituteurs d'intersecteur nouvelles questions, nouveaux rôles
- 8 - FERRARI P.  
BOUVET M.  
CROCHETTE A.  
ROYAUX J. L'intégration scolaire des jeunes enfants psychotiques en hopital de jour - NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE 1987 35 (7)
- 9 - GERET - CLAYSSSEN A.  
GARLIN C. - TORRES B. à propos de l'intégration des enfants handicapés Thèse pour le doctorat en médecine 1980
- 10 - LEOVICI S.  
DIATKINE R. - SOULE M. Traité de psychiâtrie de l'Enfant et de l'Adolescent PARIS P.U.F. 1985
- 11 - LOISY J. Scolarisation et hôpital de jour, à propos de l'intégration scolaire NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE 1985 33 (7)
- 12 - PORTA J. Hôpital de jour pour enfants et intégration scolaire Mythe ou réalité ? VIE SOCIALE ET TRAITEMENTS Juillet-Août 1989 n° 10

- 13 - POSTEL J. - QUETEL C.. Nouvelle histoire de la psychiatrie  
PRIVAT 1983
- 14 - PRILLEUX J. Cl. Mémoire pour le diplôme de Directeur  
d'établissement d'éducation adaptée et  
spécialisée 1988-1989.
- 15 - READAPTATION L'intégration scolaire des enfants et  
adolescents handicapés  
Juin 1983 n° 301
- 16 - READAPTATION Rapport sur l'intégration scolaire  
Janvier 1986 n° 326
- 17 - SANCHEZ J. L'intégration des enfants et adultes  
handicapés  
Analyse bibliographique critiquée  
P.U.F. 1983

T A B L E d e s M A T I E R E S

---

INTRODUCTION	pages 8 à 9
PREMIER CHAPITRE	
A - Les Textes	pages 10 à 12
B - Historique de la pratique de l'intégration scolaire dans le 18° secteur de l'Essonne	pages 12 à 13
DEUXIEME CHAPITRE	
A - Le fonctionnement de l'Hôpital de jour	pages 14 à 15
B - Les modalités adoptées	pages 15 à 16
C - Deux Tableaux... et quelques exemples	pages 16 à 29
TROISIEME CHAPITRE	pages 30 à 35
CONCLUSION	page 36

---

DOCUMENTS ANNEXES.

- Circulaire n° 82/2 et 82.048 du 29 janvier 1982 :  
"Mise en oeuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants  
et adolescents handicapés" B.O.E.N. n° 5 du 4 février 1982  
pages 40 à 41

- Circulaire n° 83.082 83-4 et 3-83-5 du 29 janvier 1983 :  
"Mise en place d'action de soutien et de soins spécialisés en vue  
de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires  
des enfants et adolescents handicapés ou en difficultés en raison  
de maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves  
du comportement" B.O.-E.N. n° 8 du 24 février 1983  
pages 40 à 41



D O C U M E N T S      A N N E X E S

---

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ. — TEXTES OFFICIELS

Classification.	N° du texte.	Date de signature.
SP 6 683	22565	28-1-82

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Direction de l'action sociale.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Direction des écoles.

**CIRCULAIRE N° 82-2 ET N° 82-048 DU 28 JANVIER 1982**  
**relative à la mise en œuvre d'une politique d'intégration**  
**en faveur des enfants et adolescents handicapés.**

(Non parue au *Journal officiel*.)

Le ministre de la solidarité nationale,  
Le ministre de l'éducation nationale

à

Mesdames et Messieurs les recteurs d'académie ;  
Messieurs les préfets de région (direction régionale des  
affaires sanitaires et sociales) ;  
Madame et Messieurs les préfets (direction départementale  
des affaires sanitaires et sociales) ;  
Mesdames et Messieurs les inspecteurs d'académie, direc-  
teurs des services départementaux de l'éducation  
nationale.

Une meilleure prise en charge au sein du service public de l'éducation nationale de l'action éducative en faveur des enfants et adolescents handicapés doit constituer l'un des aspects de l'effort entrepris par le Gouvernement pour lutter contre les inégalités sociales.

L'intégration des jeunes handicapés en milieu scolaire ordinaire a, en effet, été retenue parmi les priorités du plan intérimaire 1982-1983.

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.

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.

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.

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 ».

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.

Ce secteur a certes répondu à sa vocation et les résultats obtenus ont été remarquables à bien des égards. Toutefois, la classe, la section ou l'établissement spécialisé risquent de renforcer pour l'enfant qu'ils accueillent le sentiment de différence qu'ils prétendaient effacer et présentent en outre les inconvénients de toute structure ségrégative en favorisant l'isolement, la méconnaissance mutuelle et les tendances au rejet, si leurs finalités ne sont pas redéfinies dans le cadre d'une pédagogie d'intégration assumée par l'ensemble du système scolaire, avec la mise à sa disposition des moyens spécialisés adéquats.

Aussi assiste-t-on depuis quelques années à une évolution des esprits et la multiplication des expériences d'intégration scolaire est à cet égard significative. L'accès des enfants handicapés à l'école ordinaire reste cependant insuffisamment répandu et demeure trop limité à certains handicaps.

Il est donc nécessaire de mettre en place un dispositif institutionnel différencié, englobant à la fois le système scolaire ordinaire et les institutions spécialisées qui répondent à des besoins précis et spécifiques, capable de prendre en compte les caractéristiques de chaque enfant et de s'adapter à son évolution.

### **1. L'intégration éducative : un objectif et une démarche.**

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.

Il 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.

En raison de leur compétence en matière de soins et de rééducation et compte tenu de la nécessité d'assurer des accueils qui ne s'avèrent pas, provisoirement ou définitivement, possibles au sein du réseau scolaire ordinaire, les institutions spécialisées et leurs personnels doivent être associés à cette évolution et peuvent, par ailleurs, constituer le support technique de l'intégration.

## **2. L'intégration : une action progressive, mais résolue et cohérente.**

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.

L'intégration individuelle dans une classe ordinaire doit être recherchée en priorité et s'accompagner, à chaque fois que cela s'avère nécessaire, d'une aide personnalisée sur le plan scolaire, psychologique, médical et paramédical. Lorsque leur handicap requiert l'intervention permanente des spécialistes ou nécessite une importante adaptation de la scolarité à leurs besoins particuliers, l'intégration collective permet de regrouper ces enfants dans des classes spécialisées. Enfin, il est nécessaire de prévoir des modalités encore plus souples de manière à permettre à un enfant ou à un groupe d'enfants de participer à certaines activités seulement de l'établissement scolaire, soit pour préparer une insertion complète ultérieure, soit pour amorcer une relation entre les enfants handicapés accueillis en structures spécialisées et les autres enfants.

En fonction de leurs progrès ou des difficultés qu'ils rencontrent, les enfants doivent pouvoir passer d'un mode d'intégration à un autre de manière à leur assurer en permanence le soutien le plus efficace possible. Il faut, cependant, rappeler que l'évolution de ces enfants s'effectue souvent par paliers, des périodes de progrès rapides alternant avec des phases de répit, parfois de régression, nécessitant une attention accrue, sans qu'il y ait lieu forcément de modifier le type d'aide choisi.

Des formes encore inédites d'intégration seront encouragées si ces innovations permettent de répondre à des situations individuelles particulières ou d'accueillir des catégories d'enfants jusque là exclues de ce processus dès lors qu'elles n'entraîneront pas de nouvelles formes de ségrégation.

Pratiquée sans systématisation, l'intégration aura d'autant plus de chances de réussir, qu'elle résultera d'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.

Elaboré conjointement par l'équipe pédagogique et l'ensemble des partenaires (notamment familles et personnels médicaux et sociaux) ce projet intégratif ne se limite pas à la sphère scolaire mais doit aussi prendre en compte l'ensemble des situations vécues par les enfants et adolescents handicapés dans et autour de l'école. Il en va ainsi pour les activités périscolaires : loisirs, éducation physique et sportive, animation culturelle, etc. Ces activités périscolaires favorisent en outre le décloisonnement des structures et peuvent dans certains cas aider à la mise en œuvre du projet d'intégration scolaire.

La préparation et la réalisation de tels projets doivent être l'une des voies privilégiées pour amener, dans la concertation et la complémentarité des interventions, les multiples secteurs d'accueil concernés à coopérer et à s'adapter pour favoriser une évolution déjà amorcée.

### 3. L'intégration : un dispositif décentralisé des conditions et des moyens de réalisation.

Comme tout changement social l'intégration suppose une modification profonde des mentalités et des comportements. Elle ne saurait cependant dépendre seulement d'interventions généreuses, car elle demande aussi que soient réunies certaines conditions sans lesquelles elle risquerait de susciter des désillusions et des difficultés préjudiciables à l'éducation des enfants handicapés eux-mêmes.

Devant largement résulter d'actions décentralisées, conçues et réalisées localement par les parties directement intéressées, la politique d'intégration doit cependant pouvoir conserver une relative cohérence.

Il ne vous est pas demandé d'établir une sorte de carte scolaire de l'intégration qui serait destinée à couvrir de façon homogène l'ensemble du territoire.

Mais partant de besoins potentiels ou déjà exprimés, vous recherchez, en accord avec le milieu éducatif et en liaison avec le milieu associatif, et ferez connaître les circonscriptions géographiques de différents niveaux dans lesquelles, d'une part, pourraient être organisées des modalités diversifiées d'accueil et de scolarisation répondant aux principes évoqués plus haut et d'autre part, existerait un milieu d'accueil favorable, éventuellement déjà mobilisé à cette fin.

Votre attention doit être appelée sur l'enjeu que représentent à titre d'exemple et dans une perspective de démultiplication, de telles réalisations.

Les indications ci-après ont pour objet de vous fournir un cadre de référence, appelé à être complété et précisé ultérieurement par la diffusion des textes plus techniques.

#### A. — Principes d'action.

##### a) Des actions concertées.

Une concertation préalable doit être entreprise entre les pouvoirs publics, les organisations professionnelles, les collectivités locales, les associations de parents d'élèves et de parents d'enfants handicapés afin de permettre la prise en compte des multiples aspects liés à l'intégration.

b) Des actions décentralisées, mais coordonnées.

Le regroupement des initiatives, la clarification des objectifs, l'évaluation des moyens et des actions ne peuvent s'affranchir d'une coordination assurée en commun par les représentants des ministères de l'éducation nationale et de la solidarité nationale, auxquels seront associés les représentants des autres administrations parties prenantes, et notamment du ministère de la santé.

c) Des dispositifs souples.

Les expériences déjà entreprises montrent la nécessité de structures souples qui permettent à des personnels spécialisés venant de l'extérieur d'intervenir à l'école en participant pleinement à la vie scolaire. Des rapports étroits doivent entre autres être créés entre l'institution scolaire et les institutions spécialisées fonctionnant hors de l'école.

B. — *Les moyens de l'intégration.*

a) Assurer les moyens matériels de l'intégration.

Même s'il existe de larges possibilités de reconversion des moyens existants, une politique d'intégration requiert des moyens nouveaux. D'ores et déjà, les moyens supplémentaires accordés ou prévus pour l'ensemble du système éducatif sont de nature à faciliter la mise en place des moyens spécifiques liés à l'intégration :

- affectation de personnels relevant de l'éducation nationale ou du secteur social et de l'éducation spécialisée (enseignants, agents de service, intervenants spécialisés, personnels de prévention) ;
- une grande souplesse dans l'application des normes d'effectifs dans les classes, en fonction de chaque situation, pouvant entraîner un allègement quantitatif ou une amélioration qualitative prenant en compte les difficultés d'ordre socio-culturel ;
- réalisation de travaux ou d'équipements nécessaires à l'accessibilité des locaux scolaires ;
- la mise en œuvre d'un soutien à la fois pédagogique et thérapeutique, utilisant au maximum les ressources spécialisées existantes, grâce à des aides médicale, paramédicale, psychologique et sociale dont les conditions techniques, administratives et financières de fonctionnement feront l'objet de directives communes aux deux ministères, notamment en ce qui concerne les services de soins et d'éducation spécialisés à domicile prévus par le décret n° 70-1332 du 10 décembre 1970.

L'appréciation des moyens nécessaires au bon déroulement des projets d'intégration devra tenir compte d'une nécessaire continuité pédagogique, les opérations annuelles liées aux procédures budgétaires et de programmation ne devant pas faire obstacle à leur bon déroulement.

Vous veillerez aussi à obtenir l'accord des partenaires intéressés, en particulier les collectivités locales, et à définir dans un cadre conventionnel le fonctionnement d'un dispositif dont l'action sera coordonnée par les responsables d'établissements scolaires.

b) Former les personnes concernées.

L'information concernant les objectifs et les moyens de l'intégration doit s'insérer dans la formation des enseignants et des intervenants appelés à assurer un soutien éducatif et thérapeutique tant au niveau de leur formation initiale que dans le cadre des programmes de formation continue dont les contenus seront revus dans ce sens.

Les enseignants non spécialisés et directement associés au projet d'intégration feront l'objet d'un effort particulier d'information, de formation et de soutien. C'est ainsi que les ministères de l'éducation nationale et de la solidarité nationale diffuseront des documents techniques et pédagogiques à leur intention.

Des sessions de formation continue ouvertes aux diverses catégories de personnels concernés seront organisées au niveau de l'académie ou du département par les responsables de nos deux administrations en tenant compte des possibilités déjà existantes au plan local.

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 devront 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.

C. — *L'évaluation des actions.*

L'action d'intégration doit enfin faire l'objet d'un suivi régulier indispensable pour obtenir des informations sur les opérations, en apprécier le résultat et en tirer des enseignements.

Au niveau de l'établissement, une évaluation doit être l'occasion d'ajuster les modalités de l'intégration aux besoins de l'enfant.

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 œuvre 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 la solidarité nationale,*  
N. QUESTIAUX.

*Le ministre de l'éducation nationale,*  
A. SAVARY.



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE, SANTÉ.  
TEXTES OFFICIELS

Classification.	N° du texte.	Date de signature.
SP 6 683	646	29-1-83

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

*Direction de l'action sociale.*

*Sous-direction de la réadaptation,  
de la vieillesse et de l'aide sociale.*  
Bureau R V 1.

*Direction de la sécurité sociale.*  
*Sous-direction de l'assurance maladie.*  
Bureau P 1.  
(83-4)

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

*Direction des écoles.*

*Division de l'adaptation  
et de l'intégration scolaire.*

Bureau des actions d'intégration  
et d'éducation spécialisées D.E. 13.  
(83-082)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé.*

*Sous-direction de l'organisation des soins  
et des programmes médicaux.*

*Sous-direction de la maternité, de l'enfance  
et des actions spécifiques de santé.*

(3-83)

**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*.)

*Références :*

- Circulaire n° 82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982 relative à la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés ;
- Circulaire n° 10-82/S et 82/256/EN du 15 juin 1982 relative aux orientations et au fonctionnement du service de santé scolaire ;
- 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 adolescents.

*Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,  
Le ministre de l'éducation nationale,  
Le ministre de la santé*

à

*Mesdames et Messieurs les recteurs d'académie ;  
Messieurs les préfets, commissaires de la République de  
région (directions régionales des affaires sanitaires  
et sociales) ;  
Madame et Messieurs les préfets, commissaires de la Répu-  
blique des départements (directions départementales  
des affaires sanitaires et sociales) ;  
Mesdames et Messieurs les inspecteurs d'académie, direc-  
teurs des services départementaux de l'éducation  
nationale.*

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 concer-  
née 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 ordi-  
naire, compte tenu de la nature ou de la gravité de leur affection  
aussi bien que des moyens mobilisables pour les accueillir.

Il convient de rappeler l'importance des mesures de prévention  
dans le processus intégratif. Elles sont mises en œuvre, en liaison  
avec les familles, par les personnels des équipes pédagogiques, dans  
les écoles avec le concours des personnels spécialisés constituant  
les groupes d'aide psychopédagogique, et dans l'ensemble des éta-  
blissements scolaires avec celui du service de santé scolaire et des  
services sociaux et infirmiers. Les services de production maternelle  
et infantile sont également en mesure d'apporter une contribution  
essentielle sur le plan médical et social.

L'étroite collaboration prévue par les textes entre les équipes  
éducatives et ces services doit se renforcer. Il en sera de même  
avec les services de la psychiatrie infanto-juvénile lorsque la nature  
psychologique ou psychiatrique des troubles d'un enfant le justifie.

L'intégration scolaire peut prendre des formes différentes :

a) Il peut s'agir d'une intégration individuelle, directe ou consé-  
cutive à une période de préparation spécialisée, dans une classe  
ordinaire soit parce que la situation de l'élève handicapé ne néces-  
site pas l'intervention permanente de personnels spécialisés, soit  
parce que la nature et la fréquence souhaitable de cette interven-  
tion 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.

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'intervenir 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 infantile, le centre médico-psycho-pédagogique 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. Il convient de faire appel chaque fois que possible à l'expérience et aux moyens en personnels et en matériels des services et établissements relevant du ministère de l'éducation nationale, du ministère de la santé et du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale qui peuvent apporter un appui technique à l'intégration.

Ces interventions doivent s'inscrire dans une action globale permettant d'assurer, dans la complémentarité et le respect des compétences de chacun, l'unité de la responsabilité éducative de l'institution scolaire.

Il est souhaitable que cette aide soit apportée au sein même de l'établissement scolaire. Cependant, la résolution des difficultés rencontrées par certains enfants présentant des troubles de la personnalité ou du comportement peut appeler une prise en charge spécifique dans des lieux distincts. L'enfant relève alors en même temps de mesures éducatives et thérapeutiques, chacun des parte-

naires devant conserver son originalité et exercer ses responsabilités en toute indépendance mais dans une coopération aussi étroite que possible des équipes.

La présente circulaire a pour objet :

- I. De préciser les moyens de l'intégration et d'indiquer les règles générales de partage de leur prise en charge ;
- II. De définir les modalités de coopération entre le ou les établissements scolaires d'accueil et le ou les organismes chargés d'apporter les soins et les soutiens spécialisés ;
- III. D'indiquer selon quelles modalités sont examinés et autorisés les projets de mise en place d'actions de soins et de soutiens spécialisés dans les écoles ou établissements scolaires ordinaires.

#### I. — Les moyens de l'intégration.

L'accueil d'enfants handicapés ou en difficulté en milieu scolaire nécessite des moyens particuliers. Les règles générales de leur prise en charge définies ci-après obéissent notamment aux dispositions de l'article D. 283 du code de la sécurité sociale. Les soins et les soutiens spécialisés apportés au sein de l'école entraînant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou de l'aide sociale peuvent faire l'objet d'un contrôle médical sur place.

Il est indispensable, lors de l'élaboration des projets d'intégration, d'évaluer les moyens à mettre en œuvre, et tout particulièrement d'en prévoir les conséquences dans le temps, notamment dans le domaine budgétaire.

##### I. — 1. Moyens en personnels.

Les actions de soins et de soutiens spécialisés s'insèrent dans une action globale où chacun des intervenants spécialisés et des membres de l'équipe pédagogique contribue, par sa compétence spécifique, à une connaissance particulière de l'enfant. La coordination de ces différents apports doit permettre une prise en charge cohérente et un suivi multidisciplinaire et collégial au sein de l'école.

##### I. — 1.1. Personnels enseignants.

Compte tenu de la variété des situations et des handicaps, il est apparu préférable de ne pas fixer des normes d'encadrement pour l'accueil d'élèves handicapés. Dès lors que cet accueil suscite un besoin particulier (allègement d'effectifs, postes d'enseignants et d'instituteurs spécialisés, formations particulières), les directeurs d'école ou les chefs d'établissement doivent rechercher, avec les autorités académiques, après consultation des différents conseils et après avis des comités techniques paritaires, les solutions et les moyens susceptibles d'y répondre.

Les personnels spécialisés de l'éducation nationale en fonction dans les groupes d'aide psychopédagogique, dans les écoles ou établissements scolaires spécialisés ou mis à la disposition d'autres institutions ainsi que les enseignants spécialisés de statut national, départemental ou privé dépendant du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale sont plus particulièrement concernés par ces actions. Ils peuvent être appelés à exercer à l'extérieur de leurs établissements de rattachement, notamment lorsque des élèves bénéficient d'une intégration partielle au sein d'autres établissements scolaires.

I. — 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 psychiatrie 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 œuvre du projet éducatif individualisé. Leurs prestations peuvent être prises en charge par l'assurance maladie selon les règles en vigueur.

I. — 1.3. *Assistance particulière.*

Les élèves handicapés ayant besoin d'une assistance particulière pour se déplacer, s'alimenter ou pour des soins courants doivent dans toute la mesure du possible trouver au sein de l'école les personnels (infirmière, agents de service, etc.) susceptibles de leur apporter cette aide.

Il appartient aux directeurs d'école et aux chefs d'établissement de rechercher, en liaison avec les collectivités locales ou les autorités académiques, les moyens nécessaires pour répondre à ces besoins particuliers.

L'imputation de la rémunération de ces personnels obéit aux règles générales de répartition des charges entre l'Etat et les collectivités locales.

Dans certains cas, lorsque l'établissement scolaire ou la collectivité locale ne sont pas en mesure d'apporter cette assistance particulière, les membres de l'entourage de l'élève handicapé peuvent apporter cette aide en accord avec le directeur ou le chef d'établissement.

---

(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.

I. — 2. *Adaptation des locaux.*

I. — 2.1. *Locaux scolaires.*

Les travaux de mise en accessibilité des équipements scolaires existants accueillant des élèves handicapés, notamment à mobilité réduite, sont programmés et financés par la collectivité publique, propriétaire de l'installation, conformément aux termes du décret du 9 décembre 1978.

I. — 2.2. *Locaux spécialisés.*

Il convient par ailleurs de prévoir, le cas échéant, l'aménagement de locaux adaptés aux interventions des personnels spécialisés. La répartition des coûts de réalisation et d'entretien de ces locaux entre l'établissement scolaire d'accueil et l'organisme assurant la gestion du service spécialisé est déterminée par voie de convention (cf. II.4).

I. — 3. *Matériels.*

Il convient de distinguer, d'une part, les moyens d'enseignement nécessaires à la scolarisation et, d'autre part, les matériels nécessaires aux soins ou aux rééducations.

Les moyens pédagogiques, individuels ou collectifs et adaptés aux besoins ou à la situation des élèves, demeurent à la charge des établissements scolaires (collèges ou lycées) ou des collectivités locales (écoles maternelles et élémentaires) dans les conditions du droit commun.

L'organisme assurant les soins et les soutiens spécialisés supporte la charge du matériel qu'il utilise pour la rééducation et les soins ou pour son fonctionnement administratif.

En raison de la grande diversité des situations, l'accord des parties concernées sur la répartition détaillée de ces charges doit faire l'objet d'une annexe à la convention (cf. II.3).

I. — 4. *Transports.*

Les frais de déplacement exposés par les élèves handicapés fréquentant un établissement scolaire et qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun de par la gravité de leur handicap sont remboursés par l'Etat dans la limite d'un aller et retour par jour de scolarité conformément aux dispositions du décret n° 77-864 du 22 juillet 1977.

I. — 5. *Repas. — Hébergement.*

Lorsqu'un élève handicapé prend ses repas ou est hébergé dans l'établissement scolaire dans les mêmes conditions que les autres élèves, les frais d'entretien qu'il expose sont à la charge de sa famille qui peut par ailleurs prétendre au versement d'allocations spécifiques (allocation d'éducation spéciale, éventuellement complément, bourses diverses).

**II. — Modalités de coopération entre l'établissement scolaire d'accueil et l'organisme chargé d'apporter les soins et les soutiens spécialisés.**

**II. — 1. *Le rôle du chef d'établissement ou du directeur d'école.***

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 œuvre 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.

## II. — 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.

Ce 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 œuvre dès lors qu'il n'entrave pas les objectifs que se sont assignés les différents partenaires.

### II. — 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 œuvre effective sera programmée dans le temps (cf. III.1.3).

## II. — 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.

## II. — 3. *Contenu de la convention.*

### II. — 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 œuvre individualisée des actions de ces services sont précisées dans un projet englobant à la fois les 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, etc. A titre d'exemple, le projet pourra prévoir des dérogations aux limites d'âge généralement opposables pour l'accès aux différents niveaux d'enseignement, aux conditions habituelles de déroulement de la scolarité, à certaines exigences, notamment de propreté, habituellement posées pour l'admission en enseignement pré-élémentaire ou élémentaire.

### II. — 3.2. *Modalités d'intervention des personnels spécialisés.*

Les conditions de travail de ces personnels sont clairement définies : lieux d'intervention, durée de travail, fréquence des interventions, temps prévu pour les réunions de synthèse, etc.

### II. — 3.3. *Modalités financières.*

La convention doit fournir toutes indications sur la répartition des charges financières entre l'établissement scolaire d'accueil et le service spécialisé : adaptation et entretien des locaux, acquisition ou prêt de matériels spécialisés, etc.

Elle précise, le cas échéant, les aménagements qu'il serait nécessaire d'apporter aux principes généraux de prise en charge définis ci-dessus (cf. I. — Les moyens de l'intégration).

La convention fait état du programme des travaux d'accessibilité, éventuellement prévus pour l'accueil d'élèves handicapés, et du financement envisagé ou, obtenu.

### II. — 3.4. *Liste des intervenants.*

La liste des personnels spécialisés et enseignants appelés à intervenir auprès des enfants figure en annexe à la convention et donne toutes précisions sur leurs qualifications et leur statut.



II. — 4. *Durée et portée de la convention.*

II. — 4.1. La convention peut être soit limitée dans le temps, soit à durée indéterminée. Dans ce cas, elle est tacitement reconductible chaque année scolaire, les modifications faisant l'objet d'avenants.

II. — 4.2. Les parties prenantes peuvent dénoncer la convention avec un préavis de trois mois. Toutes dispositions doivent être prises par les partenaires pour maintenir la prise en charge des enfants jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours et permettre aux autorités de tutelle et aux commissions de l'éducation spéciale d'envisager des solutions alternatives.

II. — 4.3. Les conventions et avenants doivent, pour prendre effet, recevoir le visa de l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, après consultation du comité technique paritaire et avis du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

II. — 4.4. La convention n'engage que les parties prenantes. Les organismes d'assurance maladie et l'autorité administrative chargée de la tutelle et de la fixation du prix de journée des établissements médico-sociaux exercent leurs compétences dans le cadre défini par la réglementation en vigueur.

III. — **Examen des projets d'intégration et procédures d'autorisation des services apportant les soins et le soutien spécialisés.**

III. -- 1. *Examen préalable des projets.*

Les directeurs d'école et chefs d'établissement, après consultation des différents conseils, signalent aux autorités académiques les actions d'intégration que les équipes comptent entreprendre. Ceux de ces projets qui prévoient la mise en place d'un soutien spécialisé et exigent des moyens particuliers, doivent être adressés à l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, et au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales pour examen préalable conjoint.

III. — 1.1. *Initiative des projets.*

S'il revient en premier lieu aux services extérieurs du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale de réunir les moyens nécessaires à l'intégration, l'initiative des projets appartient aux familles et à leurs associations, aux équipes pédagogiques, aux chefs d'établissement et directeurs d'école maternelle et primaire, après consultation des différents conseils, ainsi qu'aux responsables et personnels des établissements et services du secteur médico-social ou sanitaire, aux collectivités locales, ou à tout autre organisme ou personne susceptible de collaborer à l'intégration scolaire.

III. — 1.2. *Organisation de la concertation.*

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, procéderont à une large concertation avec les différents

partenaires susceptibles de coopérer pour la réalisation d'un projet d'intégration, de manière à coordonner les initiatives, utiliser l'ensemble des compétences et favoriser le décloisonnement des structures.

Ils doivent veiller à associer très tôt les organismes d'assurance maladie, représentés à la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales, à la préparation des projets en les invitant à participer aux réunions de concertation afin de recueillir en temps utile leurs avis.

### III. — 1.3. *Appréciation des besoins et recensement des moyens existants.*

Les autorités administratives saisies d'un projet doivent en apprécier, après avis des instances de concertation de l'éducation nationale, l'intérêt en fonction des besoins à la fois quantitatifs et qualitatifs de la population et tenir compte des équipements déjà existants qui seraient à même ou de répondre à ces besoins ou d'orienter leur activité vers cette nouvelle demande.

Ces perspectives ainsi ouvertes aux établissements et services de l'enfance handicapée conduiront certains d'entre eux à reconvertir une partie de leurs personnels et de leurs moyens rendus disponibles précisément en vue de l'intégration.

Les informations dont disposent les services académiques, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales sur les établissements et services spécialisés, leur capacité, leur recrutement et leurs conditions réelles de fonctionnement doivent permettre de faire appel en priorité aux moyens de ces structures.

Il convient de rapprocher ces projets d'une connaissance aussi précise que possible, par type de handicap, de la population scolarisable, grâce à l'analyse des données démographiques et aux enquêtes et statistiques que peuvent fournir notamment les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, avec le concours éventuel des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées, les rectorats (centres académiques de traitement de l'information), les services de santé scolaire et de protection maternelle et infantile et les commissions départementales et de circonscription de l'éducation spéciale.

A cet égard, une meilleure connaissance de la population scolarisable et des possibilités évolutives d'accueil permet aux commissions de l'éducation spéciale de jouer au mieux tout leur rôle dynamique d'intégration.

### III. — 1.4. *Appréciation des modalités d'intégration.*

L'intervention de personnels spécialisés auprès d'élèves handicapés peut revêtir des formes variées, cette souplesse répondant à la diversité des modes d'accueil proposés pour chaque enfant et aux circonstances locales.

On peut concevoir, à titre d'exemple, qu'un établissement ou service spécialisé apporte son concours à un ou plusieurs établissements scolaires, dans le cadre d'une ville ou d'un canton, prenne en charge les enfants individuellement ou collectivement, assure la présence permanente d'une équipe spécialisée dans l'établissement scolaire ou organise l'intervention régulière, mais discontinue, de personnels, dispose ou non de locaux spécialisés dans l'établissement scolaire.

Plusieurs écueils doivent toutefois être évités :

- la multiplication des interventions auprès de l'enfant qui risque de compromettre la cohérence de l'action éducative ;
- des déplacements fatigants et coûteux lorsque les soins et la rééducation ne peuvent être dispensés au sein de l'école ;
- la mise en place à l'intérieur de l'école de structures ségrégatives. Si le regroupement d'enfants handicapés peut parfois s'avérer nécessaire, par exemple pour une période d'observation ou lorsque leur handicap nécessite une prise en charge spécifique à plein temps, tout doit être mis en œuvre pour permettre le maximum d'activités, scolaires et périscolaires, avec les autres élèves et pour réaliser dès que possible, même en cours d'année scolaire, une insertion en classe ordinaire à temps partiel ou à temps plein.

### III. — 2. Créations de services de soins et de soutien spécialisés : *procédures d'autorisation administrative.*

La mise en place d'actions de soins et de soutien en milieu scolaire ne doit pas entraîner d'accroissement des dépenses à la charge de l'assurance maladie mais s'inscrire dans le cadre d'une autre répartition des moyens en personnel et en matériel déjà existants.

Il appartient aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales de rechercher, avec les partenaires concernés, soit au niveau départemental, soit au niveau régional, et dans ce cas en liaison avec la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, les ajustements, compensations et transferts permettant de réaliser ces nouvelles opérations.

Seuls pourront être autorisés, selon les modalités définies ci-après, les projets respectant les instructions ministérielles données chaque année en matière de prix de journée et de création de postes.

#### III. — 2.1. *Utilisation et reconversion des moyens existants n'entraînant pas création ou extension d'un établissement médico-social.*

L'organisation d'actions de soins et de soutiens spécialisés en milieu scolaire peut conduire un établissement médico-social à modifier sensiblement son fonctionnement ou les modalités d'intervention de ses personnels. Il doit alors isoler cette activité (qui suppose la présence régulière, éventuellement discontinuée, d'un personnel spécialisé dans un ou plusieurs établissements scolaires) en la distinguant de son activité principale sous la forme soit d'une section spécifique, soit d'un service de soins et d'éducation spécialisés à domicile (décret n° 70-1332 du 16 décembre 1970).

Lorsque ces sections spécifiques ou ces services de soins et d'éducation spécialisés à domicile font appel à des moyens déjà existants, n'entraînent pas la création ou l'extension d'un établissement médico-social (au sens de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales) ou ne constituent pas un changement essentiel dans l'activité de l'établissement de rattachement, ils sont autorisés par le commissaire de la République du département dans lequel cet établissement est situé. Cette autorisation intervient après examen conjoint du projet par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, les organismes d'assurance maladie et l'inspecteur d'académie et accord de ce dernier sur le projet de convention entre l'établissement scolaire d'accueil et l'organisme assurant les soins et le soutien.

III. — 2.2. *Extension non importante.*

Lorsque la mise en place d'un service intervenant au sein de l'école doit entraîner une extension non importante de l'activité de l'établissement de rattachement (augmentation ne dépassant pas 30 p. 100 de sa capacité ou quinze places ; art. 22 du décret n° 76-838 du 25 août 1976) sans apporter de modification aux catégories de bénéficiaires pour lesquelles celui-ci est déjà agréé, le projet est autorisé par le commissaire de la République du département dans lequel l'établissement est situé. Cette autorisation est accordée après examen conjoint et sur avis favorable de l'inspecteur d'académie directeur des services départementaux de l'éducation nationale et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales qui aura consulté les organismes d'assurance maladie en liaison avec le directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

III. — 2.3. *Création ou extension importante.*

Lorsque le projet prévoit la création d'une structure nouvelle (à laquelle est assimilée la modification des catégories de bénéficiaires) ou l'extension importante d'un établissement ou service médico-éducatif, il est autorisé par le commissaire de la République de la région après examen conjoint par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, l'inspection d'académie et les organismes d'assurance maladie et après avis de la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales.

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 1976 (chap. III, paragraphe 1, alinéa 318) relative à l'application du décret n° 76-838 du 25 août 1976.

Dans les cas d'impossibilité soit d'utilisation d'une structure agréée déjà existante, soit de création d'une nouvelle structure dans les conditions évoquées ci-dessus, une autorisation peut être donnée, après consultation des organismes d'assurance maladie et avis de la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales, pour la création à titre dérogatoire (art. 4 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975) d'un service de soins et d'éducation spécialisés à domicile intervenant en milieu scolaire non rattaché à un établissement agréé, une consultation hospitalière ou un dispensaire. Cette disposition à laquelle on aura recours de façon exceptionnelle doit permettre de créer, en l'absence de toute structure de rattachement possible, ou si ce rattachement devait apparaître totalement artificiel, un service à la fois léger et adapté aux besoins.

Les services de soins et d'éducation spécialisés à domicile autonomes sont dirigés soit par un médecin, soit par un directeur, nommé par l'association gestionnaire dans les conditions fixées par les textes ; dans ce dernier cas, un médecin assure la surveillance de la santé des enfants et la responsabilité des actes thérapeutiques.

Le rapport présenté à la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales devra comporter une analyse précise des besoins et le recensement des équipements et services déjà existants.

L'ensemble de ces dispositions ne préjuge pas de l'application de l'article 4 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui permet, après avis de la commission régionale des institutions sociales et médico-sociales, d'accorder des dérogations aux normes techniques de fonctionnement des établissements médico-sociaux.

III. — 3. *Information des administrations centrales.*

Il est demandé aux inspecteurs d'académie et aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales, sous couvert du commissaire de la République, d'adresser conjointement chaque année au ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale (D.A.S., bureau RV 1), au ministère de l'éducation nationale (division de l'adaptation et de l'intégration scolaire DE 13) et au ministère de la santé (direction générale de la santé) la liste des actions d'intégration non soumises à autorisation portées à leur connaissance, ainsi que celles des projets ayant fait l'objet d'une autorisation préfectorale.

Fait à Paris, le 29 janvier 1983.

*Le ministre des affaires sociales  
et de la solidarité nationale,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de cabinet,  
JEAN-CHARLES NAOURI.*

*Le ministre de l'éducation nationale,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de cabinet,  
JEAN-PAUL COSTA.*

*Le ministre de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de cabinet,  
JACQUES LATRILLE.*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.