

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ

AVIS N° 121

SUR LA TYPOLOGIE

Introduction

En 1970, fut votée la loi cadre relative à l'enseignement spécialisé qui a constitué une étape essentielle pour répondre aux besoins des élèves atteints de handicaps.

C'est ainsi que cet enseignement s'est organisé en 8 types d'enseignement, cette classification tentant de répondre au mieux aux besoins éducatifs d'élèves parfois fort différents, pour les différents niveaux d'enseignement – maternel – primaire et secondaire.

Cette réponse multiforme adressée aux élèves handicapés physiques, mentaux, comportementaux et sensoriels a permis à de nombreux élèves (entre 3% et 4% de la population scolaire), de bénéficier d'une scolarité complète grâce à une pédagogie adaptée.

Toutefois, en trente ans, les demandes faites à l'enseignement spécialisé se sont encore diversifiées et les structures mises en place autrefois ne se sont pas toujours avérées adéquates face à de nouveaux besoins, notamment ceux qui concernent:

- ✓ la scolarisation des élèves autistes.
- ✓ la scolarisation des élèves polyhandicapés avec déficience mentale grave
- ✓ la scolarisation des élèves dysphasiques ou aphasiques.
- ✓ la prise en charge précoce des élèves avec déficit important du développement du langage.

Pour répondre à ces nouveaux besoins, quelques classes expérimentales ont été créées, mais des solutions structurelles doivent être mises en place pour concrétiser et développer leurs acquis.

- ✓ Enfin, depuis la fin des années 1970, des parents d'élèves handicapés insistent de plus en plus pour que la prise en charge de ces élèves se fasse dans le cadre de l'enseignement ordinaire, sous forme d'enseignement spécialisé intégré. L'établissement d'une collaboration et de synergies entre l'enseignement ordinaire et l'enseignement spécialisé ouvre des perspectives prometteuses au bénéfice des élèves concernés et des deux types d'enseignement. Là encore, des solutions structurelles sont à rechercher et à mettre au point.

Pour toutes ces raisons, Monsieur le Ministre de l'enseignement secondaire et de l'enseignement spécialisé a demandé au Conseil supérieur de l'enseignement spécialisé d'apprécier l'opportunité d'une éventuelle réforme de l'organisation actuelle de cet enseignement afin que celui-ci tienne mieux compte de tous ces nouveaux besoins exprimés.

Un groupe de travail issu du Conseil a été chargé de mener une étude relative à la révision de la typologie.

Dans une première étape, il est donc apparu indispensable au groupe de travail de réaliser un état des lieux.

Il a donc été décidé de lancer une enquête auprès des acteurs de terrain, les écoles d'enseignement spécialisé et les Centres PMS de tous les réseaux.

Un questionnaire élaboré par le groupe de travail a été envoyé fin août 2001 aux 268 écoles d'enseignement spécialisé en Communauté française ainsi qu'à tous les Centres P.M.S

Cette enquête a révélé une satisfaction effective des répondants à propos de l'organisation actuelle de l'enseignement spécialisé, en 8 types d'enseignement.

Cette organisation, dans toutes ses composantes, a été approuvée à 80 %. Un mécontentement généralisé aurait imposé de repenser la structure de fond en comble. Ce n'est pas le cas.

Rien n'indiquait que le dispositif de l'enseignement spécialisé, dessiné fin des années soixante, ait globalement démerité mais il est également vrai que l'enquête mettait en lumière une carence en terme de réponses adaptées aux nouveaux besoins des élèves handicapés, tels qu'énumérés plus haut.

Les acteurs de terrain ont également fait de nombreuses propositions d'amélioration des dispositions existantes.

Quatre sous-groupes de travail, chargés de thématiques différentes, ont réfléchi à plusieurs formules intégrant les remarques faites.

Un des sous-groupes a eu un objectif prospectif : rechercher la possibilité et apprécier l'opportunité de formules alternatives au dispositif existant.

Par ailleurs, les Centres psycho-médico-sociaux sont étroitement associés aux procédures d'inscription en enseignement spécialisé.

Ils sont aussi chargés de la guidance permanente des élèves de l'enseignement spécialisé. En collaboration étroite avec le conseil de classe, ils sont amenés à évaluer si l'enseignement suivi est toujours en phase avec l'évolution des besoins éducatifs des élèves.

Pour cette raison, des contacts ont été pris avec le Conseil supérieur de la guidance P.M.S , afin qu'il examine, de son côté, si nécessaire, toute proposition qui pourrait modifier de manière substantielle, les critères actuels d'orientation en enseignement spécialisé.

L'objectif général vise à mettre l'enseignement spécialisé en situation de répondre, de manière fine et adaptée, aux besoins particuliers de tous les élèves qu'il accueille, même ceux qui présentent des besoins rares ou atypiques.

La formation

Sur base des réflexions émises à propos de chacun des types d'enseignement il est essentiel d'assurer au personnel de l'enseignement « spécialisé » une formation spécifique. Celle-ci se développera à 3 niveaux :

• La formation initiale :

Le Conseil supérieur de l'enseignement spécialisé a remis l'avis 108 en date du 14 juin 2000. Il concerne l'avant-projet de décret définissant la formation initiale des instituteurs et des régents. Par cet avis, le Conseil proposait :

- que le décret instaure un stage actif obligatoire en immersion d'une durée de 15 jours au minimum ;
- que la formation initiale forme les étudiants à la rédaction, la mise en place et l'évaluation d'un Plan Individuel d'Apprentissage (PIA) en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire ;
- que le module d'information sur l'enseignement spécialisé soit organisé par des formateurs ayant une compétence et une expérience spécifique de terrain ;
- que les connaissances pédagogiques des étudiants comprennent une approche des principaux troubles de l'apprentissage et du développement.

Aucune de ces propositions n'a été retenue dans la version définitive du Décret daté du 12 décembre 2000. Nous le regrettons pour deux raisons :

- Une préparation spécifique à l'enseignement spécialisé est une possibilité laissée à l'appréciation des Hautes écoles : c'est assez contraire avec la nouvelle appellation : « Enseignement spécialisé »
- Au moment où les directives européennes encouragent l'intégration des élèves à besoins spécifiques dans l'enseignement ordinaire, leurs maîtres ne sont pas introduits aux réalités et aux pratiques de l'enseignement spécialisé.

L'avis 108 garde dès lors toute sa pertinence et mérite d'être rappelé dans le cadre du présent avis sur la typologie.

• La formation complémentaire :

Différents opérateurs organisent une formation complémentaire préparatoire à l'enseignement spécialisé. Ces formations relèvent de l'enseignement de plein exercice et de promotion sociale.

Nous aurions souhaité que tout membre du personnel de l'enseignement spécialisé dispose d'un délai de 5 ans pour suivre cette formation, et que sa réussite constitue une condition à la nomination définitive. C'est l'idéal !

Dans un souci de réalisme le Conseil supérieur formule deux propositions visant à encourager les étudiants à s'engager dans ces formations :

- que les études de 4^{ème} année en orthopédagogie (plein exercice) permettent l'accès au Certificat d'aptitude à l'éducation des élèves à besoins spécifiques ;
- que le montant du supplément de traitement accordé aux membres du personnel de l'enseignement spécialisé porteurs dudit certificat soit augmenté de manière substantielle.

D'autre part, la construction modulaire du parcours de formation devrait favoriser le suivi de chaque module via la formation continuée, la réussite de l'ensemble des modules débouchant sur la délivrance du certificat d'aptitude précité.

• **La formation continuée :**

Le récent décret du 11 juillet 2002 modifie fondamentalement la formation continuée des membres du personnel de l'enseignement. Outre les indispensables améliorations liées à son organisation, le Conseil supérieur regrette que les moyens prévus pour la formation continuée ne soient pas en adéquation avec les intentions déclarées et que son caractère obligatoire contribue à la désorganisation des écoles, particulièrement dommageable pour les élèves de l'enseignement spécialisé.

En préalable, quelques définitions générales ...

Handicap

La définition, proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1980 (INSERM, 1988) et établie par WOOD (1974), cité par SALBREUX (1997), affine la notion de "handicap" en utilisant les termes de déficience, incapacité et handicap.

La déficience

"Perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement, le fonctionnement du sujet".

L'incapacité

"Réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain".

Le handicap

Désavantage "qui, pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux ou culturels)".
(OMS 1973)

Troubles associés

Au handicap principal de chaque élève peuvent être associés différents troubles suivant une répartition et un degré de gravité variables.

Le polyhandicap

La notion de polyhandicapé renvoie à des élèves très sévèrement atteints, où les handicaps sont multiples sans prévalence de l'un sur l'autre. Elle associe en général au moins une déficience motrice et une déficience intellectuelle sévère (PONSOT, 1975) entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation" (Ministère français de l'Education Nationale, circulaire du 30 octobre 1989), cité par GUIDETTI et TOURRETTE (1999) Handicaps et développement psychologique de l'élève, Paris, Armand Collin, 1999

Le plurihandicap

C'est une association circonstancielle de handicaps, ne comportant pas de handicap mental sévère.

Le surhandicap

Il associe des handicaps originels avec un handicap acquis d'ordre cognitif ou relationnel.
FUSTER Ph., JEANNE Ph., Dictionnaire de l'enseignement et de l'éducation spécialisée, Paris, Bordas, 2001

NOTE FINALE

Ce bref rappel de quelques notions présentes dans la littérature scientifique illustre la complexité de la notion de "handicap". Cette complexité induit naturellement la tentation de multiplier les types d'enseignement spécialisé pour mieux approcher cette diversité.

Les différents groupes de travail du Conseil supérieur de l'enseignement spécialisé n'ont pas fait ce choix, qui comportait le risque évident de multiplier les problèmes d'organisation sur le terrain, et de rendre le système moins lisible pour les différents intervenants, les utilisateurs et l'administration.

C'est la raison pour laquelle il a aussi été renoncé à une approche qui aurait consisté à calquer la typologie de l'enseignement spécialisé sur une nomenclature médicale telle que celle de l'INAMI ou de l'Aide sociale.

Les arguments, à première vue séduisants, de cohésion et de simplification administrative, ont rapidement cédé devant le constat d'une assez faible compatibilité entre deux systèmes pensés pour des finalités différentes.

En effet, dans le cas de l'enseignement spécialisé, il s'agit bien de types d'**enseignement**, à visée pédagogique, et non de types de handicaps. Ces types d'enseignement se caractérisent également par un accompagnement social et relationnel, des démarches de soutien, voire des soins.

Détaillons :

accompagnement psycho-social : prise en compte, par empathie, de la souffrance et du vécu de l'élève par rapport à ses déficiences en vue de l'aider à mieux s'intégrer et à exploiter toutes les ressources disponibles et nécessaires à son épanouissement et à son bien-être. La même attitude doit être développée envers la « blessure » parentale ;

accompagnement pédagogique: démarche de soutien pédagogique, soit individuelle, soit en groupe, dans le cadre scolaire, effectuée par une personne ou une équipe issue de l'école spécialisée.

L'enseignement dispensé peut avoir, suivant les situations, des objectifs éducatifs, préventifs, curatifs, rééducatifs, palliatifs.

C'est ainsi, que dans le système actuel, depuis 30 ans, un grand nombre d'élèves ont pu bénéficier du soutien de l'enseignement spécialisé, alors même qu'ils n'auraient parfois pas pu trouver leur place dans une classification I.N.A.M.I. ou de l'Aide sociale.

Leurs besoins avaient été reconnus par les Centres agréés pour l'inscription en enseignement spécialisé au terme d'un examen approfondi et multidisciplinaire. La progression des élèves a été ensuite suivie, au fil du temps, par les Centres chargés de la guidance, en collaboration avec le Conseil de classe.

C'est effectivement la responsabilité de ces Centres agréés, d'objectiver et de préciser l'évolution des besoins éducatifs des élèves en difficulté, ce qui est fort différent d'un classement statique dans une nomenclature de handicaps.

En application de ce principe, le Conseil supérieur de l'enseignement spécialisé recommande, on le verra plus loin, d'étendre la pratique de l'examen multidisciplinaire d'admission dans les types d'enseignement spécialisés où elle n'avait pas été prévue en 1970, comme dans le cas du type 6 ou du type 7.

Précisément parce qu'il s'agit de types d'enseignement qui ne sauraient remplir leur finalité sur seule base d'un constat médical de handicap visuel ou auditif.

En règle générale, le Conseil supérieur préconise que les normes du secondaire paramédical soient alignées sur celles du fondamental paramédical.

De même, il a clairement établi la nécessité

- d'une organisation horaire souple qui puisse respecter le rythme scolaire de ces élèves, celui-ci n'allant pas nécessairement de pair avec un découpage de périodes de 50 minutes.
- que liberté soit laissée aux pouvoirs organisateurs de mettre en place des structures surtout en Formes 1 et 2 qui correspondent aux exigences des élèves pour atteindre les objectifs du projet pédagogique de l'établissement mais aussi du PIA.
- que le transport scolaire soit organisé dans une perspective humanisée plutôt qu'économiste.
- de réduire le temps de voyage des élèves et réaliser ce transport avec du matériel roulant (bus) **adapté**, (pour voiturette, élévateur, sécurisé et contrôlé selon les normes européennes).
- de modifier les modalités d'octroi des dérogations : elles arrivent trop tardivement et cela nuit à la bonne organisation de l'école.
 - o engagement tardif du personnel d'encadrement ;
 - o nuisance psychologique vis à vis des parents et de l'élève.

Est-ce tout à fait suffisant pour garantir la prise en compte correcte de tous les besoins ?

Loin de là ! Les questions des moyens octroyés aux établissements, notamment les nécessités en encadrement et en formation et la souplesse d'organisation, seront présentes en fil rouge tout au long de cet avis. On ne pourra faire l'impasse sur cette réalité. Si c'était le cas, le présent travail n'aboutirait qu'à une opération purement cosmétique au détriment des élèves.

Mais au-delà de cet aspect **essentiel**, les différents groupes de travail du Conseil supérieur ont travaillé à gommer les aspects obsolètes de la typologie actuelle, à la rendre conforme aux besoins ressentis en Communauté Française, à combler certains manques, à permettre la prise en compte de situations non prévues il y a 30 ans ou simplement à la mettre en adéquation avec la réalité.

Le défi était de perfectionner le dispositif sans le rendre abusivement complexe, ni l'alourdir.

On le lira plus loin : le Conseil supérieur recommande d'organiser l'enseignement spécialisé en recombinaison, dans certains cas de façon plus précise, les niveaux et les types d'enseignement et en étendant les formes d'enseignement au niveau primaire.

Au terme de la longue gestation de cet avis, justifiée par le grand nombre d'intervenants de terrain consultés, le Conseil Supérieur de l'enseignement spécialisé, remercie tous ceux qui se sont investis avec patience et passion dans ce travail.

Chapitre 1

Les 8 types d'enseignement

A. ENSEIGNEMENT DE TYPE 1

1. Définition du décret de l'enseignement spécialisé.

Article 7

Le type 1 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints d'arriération mentale légère, ci-après dénommé le type 1.

Article 8

Le type 1 est destiné aux élèves qui ne peuvent être compris parmi les retardés pédagogiques et pour lesquels l'examen pluridisciplinaire, visé à l'article 11 § 1^{er}, 1^o, conclut à un retard et/ou un(des) trouble(s) léger(s) du développement intellectuel. Leurs possibilités sont telles qu'ils peuvent acquérir des connaissances scolaires élémentaires, une habileté et une formation professionnelle qui permet de prévoir leur intégration dans un milieu socio-professionnel ordinaire.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 1 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents présentant un **retard mental** léger, ci-après dénommé le type 1.

Article 8

Le type 1 est destiné aux élèves qui ne peuvent être compris parmi ceux qui présentent un retard pédagogique et pour lesquels l'examen pluridisciplinaire, visé à l'article 11 § 1^{er}, 1^o, conclut à un retard et/ou à un(des) trouble(s) léger(s) du développement intellectuel. Leurs possibilités sont telles qu'ils peuvent acquérir des connaissances scolaires élémentaires, une habileté et une formation professionnelle qui permet de prévoir leur intégration dans un milieu socio-professionnel ordinaire.

3. Commentaires

Ces élèves représentent la plus grande partie (environ 85%) de la population ayant un retard mental. En tant que groupe, les sujets atteints d'un retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (de 0 à 5 ans). Ils ont une altération minimale des fonctions sensori-motrices et ne peuvent souvent être distingués des élèves sans retard mental que lors d'une confrontation à des apprentissages scolaires. Vers la fin de l'adolescence, ils maîtrisent

généralement les matières scolaires de base. A l'âge adulte, ils peuvent parvenir à une insertion sociale et professionnelle suffisante pour assurer une autonomie minimale, mais ils peuvent avoir besoin de supervision, d'assistance et de conseils quand ils subissent un stress social ou économique inhabituel. A l'aide de mesures de soutien ponctuelles appropriées, les individus ayant un retard mental léger réussissent habituellement à s'intégrer dans la société.

4. Caractéristiques des élèves :

Remarque préalable : les enfants et adolescents atteints de retard mental léger ne présentent pas nécessairement toutes les caractéristiques reprises ci-dessous.

D'un point de vue général

- Temps d'attention, de concentration court.
- Manque d'autonomie, d'ouverture sur le monde extérieur.
- Hétérochronie du développement(développement dysharmonique).

Sur le plan physique

- Retard de développement souvent présent.
- Fatigabilité.
- Parfois problèmes ou déficiences d'origine génétique.

Sur le plan psychomoteur

- Difficultés au niveau du schéma corporel, de la perception et de l'organisation spatio-temporelle, de la motricité fine et globale.

Sur le plan psycho-affectif

Remarque : En matière psycho-affective, il n'y a pas de portrait type. Chaque élève étant un cas singulier.

- Comportements affectifs excessifs (extériorisation-inhibition).
- Peu d'initiative en lien avec la peur de l'échec.
- Suggestibilité(influenable).
- Difficulté de résolution des conflits par mentalisation (risque de passage à l'acte).

Sur le plan social

- Manque de repères dans le fonctionnement de la vie sociale.
- Manque fréquent de stimulations dû au milieu socio-culturel défavorisé.
- Besoin d'un référent stable.
- Egocentrisme.
- Difficulté de percevoir des stimulations en dehors du cadre habituel.
- Difficulté à différer la satisfaction des besoins fondamentaux.

Sur le plan cognitif

- Difficulté d'abstraction.
- Q.I : entre 55 et 69(aux échelles de Weschler)
- Apprentissages scolaires possibles **MAIS** :
 - Faiblesse des outils de la pensée :
 - perception ;
 - langage ;
 - mémoire ;
 - attention ;
 - concentration ;
 - Lenteur.
 - Difficultés dans le transfert des apprentissages.
 - Faiblesse dans l'élaboration d'images et de démarches mentales complexes.
 - Représentations mentales sommaires bien ancrées.
 - Difficultés d'organisation de la pensée (suites logiques, classement, association,...), structuration temporelle.
 - Faiblesse dans :
 - le sens critique ;
 - l'esprit d'initiative ;
 - l'imagination, la créativité ;
 - l'adaptation

5. Recommandation

voir chapitre « Formation »

B. ENSEIGNEMENT DE TYPE 2

1. Définition du décret de l'enseignement spécialisé

Article 7

Le type 2 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints d'arriération mentale modérée et/ou des enfants et des adolescents atteints d'arriération mentale sévère, ci-après dénommé le type 2.

Article 8

Le type 2 d'enseignement spécialisé est destiné aux élèves qui ne peuvent être compris parmi les enfants et les adolescents visés à l'article 7, 1°, et pour lesquels l'examen pluridisciplinaire, visé à l'article 12, § 1^{er}, 1°, conclut à un retard et/ou un(des) trouble(s) modéré(s) et/ou sévère(s) du développement intellectuel.

Les possibilités constatées chez les enfants et les adolescents dont le handicap a pour origine l'arriération mentale modérée sont telles que, par une éducation sociale et professionnelle adaptée, on peut prévoir leur intégration dans un milieu socio-professionnel adapté.

Les possibilités constatées chez les enfants et les adolescents dont le handicap a pour origine l'arriération mentale sévère sont telles que ceux-ci sont susceptibles d'être socialisés par des activités éducatives adaptées.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 2 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs et de formation des enfants et des adolescents présentant un retard mental modéré ou sévère, ci-après dénommé le type 2.

Article 8

Le type 2 est destiné aux élèves qui ne peuvent être compris parmi les enfants et les adolescents visés à l'article 7, 1°, et pour lesquels l'examen pluridisciplinaire, visé à l'article 12, § 1^{er}, 1°, conclut à un retard modéré ou sévère du développement intellectuel.

Les possibilités constatées chez les enfants et les adolescents dont le handicap a pour origine le retard mental modéré sont telles que, par une éducation sociale et professionnelle adaptée, on peut prévoir leur intégration dans un milieu socio-professionnel adapté.

Les possibilités constatées chez les enfants et les adolescents dont le handicap a pour origine le retard mental sévère sont telles que ceux-ci sont susceptibles d'être socialisés par des activités éducatives adaptées.

3. Commentaires

Que le retard mental soit modéré ou sévère, l'évaluation des ressources de l'élève tiendra compte, à côté d'une échelle intellectuelle standardisée, de compétences dans les situations de vie courante en présence des exigences d'adaptation à son milieu.

En ce qui concerne l'étiologie, il est certain que sa connaissance sera précieuse sur le plan des interventions ultérieures surtout pour les cas où une intervention médicale peut être envisagée, mais il faut se garder sur le plan pédagogique d'en tirer des conclusions inadéquates : la correspondance étiologie-profil psychologique-mesures éducatives est loin d'être élucidée et univoque.

4. Caractéristiques des élèves.

Les possibilités constatées chez les enfants et les adolescents manifestant un **retard mental modéré** sont telles que, par une éducation sociale, culturelle et professionnelle adaptée, on peut prévoir leur intégration dans le milieu socio-professionnel qui correspond le mieux à leurs compétences et aspirations.

Certains élèves peuvent acquérir très progressivement des compétences scolaires élémentaires en lecture, écriture, calcul et des connaissances générales (artistiques, culturelles,...).

Au terme de leur scolarité et à condition de mobiliser au maximum les ressources de l'aide sociale, ces élèves pourraient être intégrés dans un milieu de travail adapté disposant d'une structure d'encadrement et d'aménagements qui prennent en compte également leurs compétences et aspirations.

On rappelle que les normes retenues, en terme de quotient intellectuel déterminé par des échelles d'intelligence générale, pour situer le retard mental modéré indiquent une zone d'efficacité intellectuelle située entre moins 3 et moins 4 écart-types au-dessous de la moyenne (QI entre 40 et 54 pour les épreuves qui ont un écart-types de 15 et entre 36 et 51 pour les épreuves qui ont un écart-types de 16).

Les enfants et les adolescents manifestant un **retard mental sévère** peuvent acquérir progressivement une autonomie sociale de base grâce à des activités sociales adaptées.

Il est souligné combien ces élèves nécessitent généralement un accompagnement constant. Leurs possibilités de communication verbale presque inexistantes à l'âge préscolaire, ne se développent que lentement.

Ils peuvent être intégrés en milieu occupationnel lorsqu'ils atteignent l'âge adulte .

On rappelle que les normes retenues, en terme de quotient intellectuel déterminé par des échelles d'intelligence générale, pour situer le retard mental sévère indiquent une zone d'efficacité intellectuelle située en dessous de moins 4 écarts types par rapport à la moyenne (QI inférieur à 40 pour les épreuves qui ont un écart type de 15 et 36 pour un écart type de 16).

5. Recommandations.

Voir chapitre sur la Formation.

➤ **Remarque préliminaire : il est fondamental de :**

- ✓ Ne pas enfermer le projet de vie du jeune dans les limites strictes du seul quotient intellectuel.
- ✓ L'évolution durant toute la scolarité et les passages de l'enseignement primaire vers le secondaire puis du secondaire vers la vie adulte seront envisagés dans le concept de « Plan Individuel d'Apprentissage ».

On centrera l'action de l'école sur l'essentiel à apprendre pour chacun.
Les axes d'autonomie et de socialisation sont ici primordiaux tout comme l'expression personnelle.

La communication demeure la porte privilégiée de l'évolution des élèves. On ne se limitera pas au mode de communication verbale. On adaptera les modes de communication à leurs ressources et spécificités.

Tout « Plan Individuel d'Apprentissage » est la garantie pour chacun d'actualiser au maximum ses possibilités et de rester ainsi acteur de son évolution.

Faut-il rappeler combien l'évaluation des moyens mis en place dans un « Plan Individuel d'Apprentissage » est impérative !

On veillera à installer une relation individuelle positive entre tous les acteurs de la formation, le jeune y compris, pour soutenir les apprentissages sans négliger l'impact des relations du groupe de pairs et du cadre institutionnel.

- Il convient d'organiser le suivi médical et paramédical des élèves fréquentant les établissements d'enseignement de type 2 sous la tutelle d'un médecin référent et d'une infirmière nécessaire dans certains cas.

C ENSEIGNEMENT DE TYPE 3

1. Définition du décret de l'enseignement spécialisé.

Article 7

Le type 3 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints de troubles structurels du comportement et de la personnalité, ci-après dénommé le type 3.

Article 8

Le type 3 d'enseignement spécialisé est destiné aux élèves pour lesquels l'examen pluridisciplinaire, visé à l'article 11, §1^{er}, 1^o, conclut à la présence de troubles structurels du comportement et/ou fonctionnels de l'aspect relationnel et affectivo-dynamique de la personnalité d'une gravité telle qu'ils exigent le recours à des méthodes orthopédagogiques et psychothérapeutiques.

2. Proposition de définition.

Article 7

Le type 3 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des enfants et adolescents atteints de troubles du comportement, ci-après dénommé le type 3.

Article 8

Le type 3 est destiné aux élèves présentant des troubles structurels et/ou fonctionnels de l'aspect relationnel et affectivo-dynamique de la personnalité, d'une gravité telle qu'ils exigent le recours à des méthodes éducatives, rééducatives et psychothérapeutiques spécifiques.

3. Caractéristiques des élèves

On peut classer les enfants et adolescents susceptibles d'être orientés vers l'enseignement de type 3 en trois catégories.

Il peut s'agir :

- d'enfants et d'adolescents présentant des troubles de conduite(voir DSM IV). La caractéristique essentielle du trouble de conduite est un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet ;
- d'enfants et d'adolescents présentant des altérations du sens de la réalité ;
- d'enfants et d'adolescents n'appartenant pas aux premières catégories et qui présentent des difficultés fonctionnelles d'insertion sociale et d'adaptation à l'environnement.

4. Recommandations.

A la lecture de l'enquête du Conseil supérieur , il apparaît clairement que l'enseignement spécialisé de type 3 manque de structures et de moyens pour remplir correctement ses missions.

Pour répondre au mieux aux besoins spécifiques des trois groupes d'élèves cités ci-dessus, il nous semble important d'utiliser la proposition d'introduction de formes dans l'enseignement primaire spécialisé (voir chapitre 3).

Les élèves présentant des troubles de conduite pourraient par exemple être utilement scolarisés en forme C ou D, ceux présentant des altérations du sens de la réalité en forme A ou B et les élèves présentant des carences structurelles dans toutes les formes suivant la gravité de leur problématique.

Dans l'enseignement secondaire, il s'agirait de travailler avec les formes existantes ainsi qu'avec les formations professionnelles proposées.

Dans tous les cas, ce travail ne serait possible qu'avec un encadrement éducatif, paramédical et psychologique adéquat.

➤ **Proposition de modification au niveau de la circulaire du 22/09/92 :**

Page 7

Point 2.2 le protocole justificatif

Les données de l'examen médical comportent :

- A) Une anamnèse médicale.
- B) Un constat des anomalies éventuelles de l'évolution pubertaire, de l'équipement sensoriel, de la motricité ou de tout autre élément significatif.
- C) Un diagnostic médical.

Les données de l'examen psychologique comportent une anamnèse du développement cognitif, instrumental et affectivo-dynamique, avec indication des moyens d'investigations utilisés et des normes appliquées.

S'il agit d'un élève susceptible d'être orienté dans l'enseignement spécialisé de type 3, le centre orienteur fera appel à un médecin psychiatre chaque fois qu'une problématique psychiatrique sera suspectée.

Remarque : Il y aura lieu de coordonner ces textes avec la réglementation PSE/PMS.

Liste des besoins :

- **Changer les nombres guide pour toutes les écoles:**
Pour le calcul de l'encadrement des personnels auxiliaires d'éducation et administratifs, les élèves de type 3 sont multipliés par 2.
- Prévoir les mêmes normes pour les écoles du niveau fondamental organisant le type 3.

- Modifier les normes pour les autres personnels prévus pour l'utilisation du capital-périodes « auxiliaire et administratif » du secondaire, à savoir que les 3^e, 4^e et 8^e emplois **peuvent** être attribués respectivement à la fonction de commis-dactylographe, secrétaire de direction et rédacteur.
- Supprimer la charge de cours pour les directeurs avec classe.
- Prévoir les fonctions du personnel psychologique et social hors C.P.U. paramédical.
- Former l'équipe éducative.
- Valoriser la fonction d'enseignant en milieu spécialisé en reconnaissant la pénibilité de la fonction.
- Aménager la fin de carrière en favorisant la mobilité des enseignants du spécialisé âgés de 50 ans et plus.

D. ENSEIGNEMENT DE TYPE 4

1. Définition du décret de l'enseignement spécialisé.

Article 7

Le type 4 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints de déficiences physiques, ci-après dénommé le type 4.

Article 8

Le type 4 d'enseignement spécialisé est destiné aux élèves handicapés physiques autres que ceux visés aux §5, §6 et §7 du présent article et pour lesquels l'examen pluridisciplinaire visé à l'article 12, § 1^{er}, 1^o, conclut à leur inaptitude à fréquenter l'enseignement ordinaire et dont l'état nécessite le recours à des soins médicaux et paramédicaux réguliers et à l'emploi de méthodes orthopédagogiques.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 4 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents présentant des déficiences physiques, ci-après dénommé le type 4.

Article 8

Le type 4 est destiné aux élèves handicapés physiques autres que ceux visés aux §5, §6 et §7 du présent article et pour lesquels l'examen pluridisciplinaire visé à l'article 12, § 1^{er}, 1^o, conclut à leur inaptitude à fréquenter l'enseignement ordinaire et dont l'état nécessite le recours à des soins médicaux et paramédicaux réguliers et à l'emploi de méthodes orthopédagogiques.

3. Caractéristiques des élèves.

Le handicap

a) Troubles d'origine

Selon la définition des types d'enseignement spécialisé, les élèves qui fréquentent le type 4 sont des enfants ou des adolescents atteints de déficiences physiques autres que celles qui affectent les élèves des types 5, 6 et 7 et pour lesquels un examen pluridisciplinaire a conclu à leur inaptitude à fréquenter l'enseignement ordinaire.

La plupart ont connu une atteinte du système neuromusculaire aux stades critiques de son développement.

Certains d'entre eux présentent des affections que la circulaire de 1992 rappelle. Il s'agit :

- de l'absence, de la perte, d'une malformation ou d'une lésion d'une partie du corps, constituant un handicap d'une gravité telle qu'il est impossible d'envisager l'adaptation de l'élève dans un établissement d'enseignement ordinaire ;
- d'une maladie grave du système locomoteur périphérique notamment une myopathie, une ostéomyélite, une tuberculose osseuse, une polynévrite,...

- d'une affection de la moelle épinière, soit malformative (par exemple une forme grave de spina-bifida) soit acquise (notamment les séquelles graves de poliomyélite et maladies assimilées)
- d'une affection du système nerveux central (par exemple infirmité motrice cérébrale)

Cette référence n'est pas exhaustive et se doit d'évoluer en regard de la découverte de nouveaux troubles.

L'expression des pathologies est la perturbation des fonctions motrices, cognitives et de contrôle.

Les besoins de ces élèves nécessitent l'emploi de méthodes orthopédagogiques et le recours à des rééducations fonctionnelles, à des soins médicaux et paramédicaux réguliers ainsi qu'à des aides particulières à la vie journalière.

L'objectif de toutes ces interventions dans le cadre scolaire vise à rencontrer les missions de l'école. L'action en matière de formation sociale, intellectuelle, professionnelle, de développement psychologique exercée par l'école occupe donc une position centrale.

Il serait en effet tout à fait inexact de réduire l'action de l'enseignement de type 4 exclusivement à une prise en charge de soins.

La population des écoles est aujourd'hui différente de celle d'hier notamment en raison d'une aggravation des handicaps.

Elle reste de toute façon hétérogène par la diversité des pathologies.

Cette hétérogénéité explique que l'on retrouve aussi dans l'enseignement de type 4 tous les niveaux scolaires.

Une école de type 4, c'est le monde « des adaptations », fruit d'un travail pluridisciplinaire, pour promouvoir et développer chez les élèves l'utilisation de mécanismes compensatoires, physiques, psychologiques, intellectuels qui seront autant d'outils favorisant l'autonomie et l'intégration sociale et économique.

b) Troubles associés.

Au handicap principal de chaque élève (incapacités motrices d'origine centrale ou périphérique entraînant des déformations orthopédiques et une dépendance motrice qui peut être majeure) peuvent être associés différents troubles suivant une répartition et un degré de gravité variables.

Le cas échéant, les atteintes sont le résultat de pathologies dégénératives ou de leur évolution et de leurs conséquences. Certaines sont rares, mais toutes imposent une prise en charge qualifiée, un suivi médical, une vigilance de tous les instants.

On peut citer :

- dans les troubles cognitifs :
 - les troubles perceptifs ;
 - les troubles dyspraxognosiques tels que la lenteur d'idéation, les difficultés d'attention, de concentration, de mémoire, d'organisation, d'intégration du corps qui constituent des obstacles spécifiques aux apprentissages ;
 - les troubles d'apprentissage scolaire ;
 - les troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - les troubles ou l'absence de langage ;
 - un rythme de travail lent, une fatigabilité importante ;
 - des difficultés visuelles souvent d'origine centrale.

- dans les troubles fonctionnels et organiques :
 - les incontinences ;
 - les troubles digestifs, les troubles du métabolisme, les troubles respiratoires ;
 - les troubles sensoriels ;
 - les épilepsies.
- dans la sphère psychoaffective :
 - la labilité émotionnelle, excitabilité ;
 - la problématique identitaire ;
 - les tendances dépressives ;
 - les difficultés comportementales et les troubles psychoaffectifs divers,
 - les troubles de la personnalité (par exemple, tendances autistiques ou caractérielles)

4. Commentaires

a) *Projet éducatif global*

Chaque intervenant devra connaître au mieux les modalités d'apprentissages et le potentiel de chaque élève mais aussi appréhender l'hétérogénéité du groupe.

L'action éducative ne pourra être optimale que si elle est développée par une équipe pluridisciplinaire en mesure d'intégrer à chaque instant tous les aspects de la prise en charge dans un projet commun.

Les objectifs poursuivis au bénéfice de l'élève ou de l'adolescent incluent à la fois les apprentissages qui permettront d'actualiser au mieux les ressources dont ils disposent et les aides indispensables aux activités de la vie quotidienne, les soins de nursing particuliers.

La progression de l'élève implique une mise au défi quotidienne, un travail d'équipe assidu et une coordination avec le milieu familial.

Les limites imposées par les lésions nécessitent l'accompagnement de l'élève et de son entourage dans une démarche de deuil d'un certain nombre de projets.

Les ressources positives, la plasticité des fonctions cérébrales et leur très grande complexité, la motivation à dépasser certaines lacunes constituent cependant un potentiel mobilisateur qui peut conduire l'élève à la concrétisation d'objectifs de vie, à priori difficilement accessibles.

L'enseignement de type 4 se doit donc d'intégrer l'ensemble des aspects de la vie des élèves pour faire en sorte que leur développement soit harmonieux. Il comprend tous les niveaux et toutes les formes d'enseignement.

Si nécessaire, il aura recours à des collaborations extérieures comme par exemple dans le cas de l'intégration scolaire.

b) *Contraintes liées aux handicaps.*

- On sait que le développement cognitif relationnel et psychosocial implique l'interaction avec des expériences d'exploration sensori-motrices vécues depuis la prime enfance. Par définition la plupart des élèves fréquentant le type 4 n'ont pu vivre ces expériences ; ils sont donc en déficit en ces domaines et doivent être aidés à mettre en place des stratégies différenciées.
- L'incapacité motrice impose une dépendance vis-à-vis des activités de la vie de tous les jours et une diminution de l'autonomie fonctionnelle (repas, se rendre aux toilettes, habillage, déplacements...). Il est donc nécessaire d'adapter les lieux, le matériel et de

multiplier les aides techniques qui seront autant de prothèses qui permettront ou faciliteront l'autonomie.

- Les troubles d'apprentissage, y compris les troubles de langage qui perturbent parfois massivement la communication de l'élève avec son environnement, nécessitent une approche prudente et éclairée. La très grande lenteur, les difficultés d'organisation, les difficultés de communication, l'altération de certains processus cognitifs pourraient conduire à sous-évaluer les compétences de l'élève et son potentiel. On évitera donc d'assimiler ces troubles à de l'arriération mentale. On s'aperçoit alors que si on laisse le temps de la réflexion, que si l'on propose des outils adéquats de substitution de langage ou d'aide à la structuration de la pensée notamment, on obtient avec un décalage un résultat satisfaisant. Il s'agit sans doute là d'une conséquence de la plasticité du cerveau humain, mais encore faut-il intégrer ces techniques et ce comportement pédagogique dans une pratique quotidienne.
- Les difficultés psychologiques, les limitations imposées par les déficits, les situations de dépendance qu'elles impliquent, les difficultés de communication avec l'entourage, les impacts des déficiences physiques sur la perception de soi et la construction d'une image de soi sont autant de contraintes psychologiques auxquelles l'élève devra faire face. La non acceptation du handicap peut aussi rendre les apprentissages cognitifs plus difficiles. Les motivations des jeunes ne sont pas toujours en accord avec leurs possibilités physiques ni avec les contraintes de la société mais peuvent être parfois de puissants moteurs pour leur évolution. C'est pourquoi l'équipe éducative devra les aider à surmonter ces difficultés existentielles pour qu'ils se construisent un projet harmonieux. Faisons toutefois remarquer que la présence d'un trouble psychologique en tant que tel est loin d'être systématique chez tous ; il est plus volontiers présent chez les élèves confrontés à un handicap acquis et qui ont vécu, auparavant, « dans un autre corps » (séquelles cérébrales d'accident, de tumeurs, maladies dégénératives etc.).

c) Objectifs

- Viser le développement optimal et l'entretien des potentialités d'apprentissages. Pour rappel, tous les niveaux sont présents dans le type 4. Il s'ensuit que des objectifs pédagogiques différents doivent être poursuivis souvent au sein d'un même groupe scolaire.
- Installer, améliorer, exercer la communication sous toutes ses formes.
- Viser le bien-être physique et moral des élèves. Cela passe évidemment par une intégration harmonieuse des soins et des rééducations dans les activités de la vie. Contribuer à ce que le handicap soit accepté et puis dépassé par l'élève lui-même et par sa famille.
- Viser l'acquisition d'une autonomie maximale non seulement en favorisant les expériences de vie mais aussi en réalisant et en encourageant l'utilisation de diverses adaptations qui seront autant de prothèses, véritables interfaces avec le monde extérieur.
- Contribuer à ce que chacun existe en tant qu'acteur dans son environnement social, professionnel, culturel et cela en fonction de sa sensibilité et de ses compétences. Cela passe par l'acquisition de la confiance en soi. Cela signifie aussi appréhender l'environnement, le monde, s'ouvrir à la culture, à la créativité, aux arts et aux loisirs. **« Etre à sa mesure des citoyens actifs et responsables en dépassant les contraintes du handicap ».**

S'il fallait synthétiser le projet, on pourrait dire que l'école doit intégrer trois éléments essentiels : action individuelle, intégration sociale, valorisation philosophique, culturelle et sociale, voire professionnelle.

5. Recommandation

L'aggravation des handicaps dans les écoles de type 4 qui a déjà été signalée par ailleurs, justifie un ajustement de l'encadrement.

- Encadrement scolaire aux normes plus favorables. Ainsi, un chiffre guide moins élevé autoriserait une approche individualisée efficace en utilisant les méthodes orthopédagogiques appropriées dans un cadre collectif (le groupe classe) qui reste socialement formateur, malgré qu'il soit hétérogène.
- Normes d'encadrement paramédical plus favorables couvrant les multiples besoins des élèves en matière de rééducation.
- Les normes du secondaire paramédical devraient être alignées sur celles du fondamental.
- Création de la fonction d'ergothérapeute dans la catégorie du personnel paramédical.
- Révision des normes d'exercices des compétences de l'équipe paramédicale telles qu'elles ont été déterminées par la loi organique de 1970 .
Il s'agirait d'introduire des conditions de flexibilité dans le choix des compétences et du nombre de périodes des experts qui vont composer l'équipe paramédicale d'un établissement scolaire donné, à un moment donné, compte tenu des besoins scolaires des élèves régulièrement inscrits .
- Organisation horaire souple qui puisse respecter le rythme scolaire de ces élèves, celui-ci n'allant pas nécessairement de pair avec un découpage de périodes de 50 minutes.
- Liberté laissée aux pouvoirs organisateurs de mettre en place des structures surtout en Formes 1 et 2 qui correspondent aux exigences des élèves pour atteindre les objectifs du projet pédagogique de l'établissement, mais aussi du PIA.
- Le transport scolaire devrait être organisé dans une perspective humanisée plutôt qu'économiste.
Il faut impérativement réduire le temps de voyage des élèves et réaliser ce transport avec du matériel roulant (bus) **adapté**, sécurisé et contrôlé selon les normes européennes.
- Le comptage au 15 janvier n'est pas approprié à l'évolution de la population de type 4 : en effet, les besoins des élèves présents au 1^{er} septembre risquent d'être fort différents de ceux de l'année civile précédente (les départs en cours d'année suite aux difficultés de trouver une entrée dans le secteur adulte, les maladies de longue durée et les décès survenus en cours d'année). On se rappellera à cet égard que les populations en enseignement de type 4 sont limitées en nombre et donc particulièrement sensibles aux normes en vigueur.

E. ENSEIGNEMENT DE TYPE 5

1. Définition du décret de l'enseignement spécialisé

Article 7

Le type 5 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents malades et/ou convalescents, ci-après dénommé le type 5.

Article 8

Le type 5 d'enseignement spécialisé est destiné aux élèves qui, atteints d'une affection corporelle et/ou mentale sont pris en charge, par une clinique ou par une institution médico-sociale reconnue, à l'exclusion des colonies scolaires.

Ce type d'enseignement est organisé en étroite collaboration avec l'école ordinaire ou spécialisée dans laquelle l'élève est inscrit.

Seule l'école d'origine est habilitée à délivrer les certificats, diplômes ou attestations concernant ces élèves.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 5 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents malades et/ou convalescents, ci-après dénommé le type 5.

Article 8

Le type 5 est destiné aux élèves qui, atteints d'une affection corporelle **et/ou souffrant d'un trouble psychique ou psychiatrique, sont pris en charge sur le plan de leur santé** par une clinique, **un hôpital** ou par une institution médico-sociale reconnue par **les Pouvoirs publics**.

3. Caractéristiques des élèves

Les enfants et adolescents dont l'orientation vers ce type d'enseignement doit être envisagée sont **notamment** atteints :

- d'une affection neurologique grave, notamment certaines épilepsies, la sclérose en plaques;
- d'une affection métabolique difficile à équilibrer, notamment diabète sucré, diabète insipide, obésité, syndrome adrénogénital;
- d'une affection cardiaque sévère, congénitale ou acquise;
- d'une affection grave des reins et des voies urinaires, notamment néphrose, néphrite, pyélonéphrite;
- d'une affection respiratoire grave, notamment asthme sévère, dilatation bronchique, mucoviscidose, tuberculose;
- d'une affection grave du sang ou des organes hémato-poïétiques, notamment hémophilie, hémoglobinopathie, agranulocytose, leucémie;

- d'une affection digestive, notamment maladie de Hirschprung;
- d'une affection cutanée, notamment eczéma étendu, ichtyose grave;
- d'une collagénose, notamment maladie de Bouillaud, maladie de Still;
- de débilité physique grave;
- d'une affection consécutive à une intervention chirurgicale.

4. Commentaires

Il s'agit donc de prendre en compte les besoins des élèves qui ne peuvent fréquenter d'autres structures scolaires pour raison de santé.

En fonction des besoins identifiés en équipe **pluridisciplinaire**, l'**assistance** pédagogique doit être assurée par des professionnels **qualifiés**.

Projet éducatif : Rendre au jeune malade son statut d'élève et, au sens plus large, "d'apprenant".

a) Objectifs plus spécifiquement pédagogiques inhérents à une prise en charge scolaire en milieu hospitalier

- Amener le jeune à pratiquer une activité intellectuelle, artistique et culturelle en conformité avec ses capacités du moment.
- Mettre en place un dispositif qui permettra une scolarisation à domicile si cela s'avère nécessaire.
- Représenter le référent scolaire (représenter tant l'équipe enseignante d'origine que l'Institution scolaire) dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent malade chronique.
- Contribuer à une évaluation globale et objective des compétences du jeune (accent mis tant sur les déficits que sur les potentialités).
- Participer à la prise en charge pluridisciplinaire thérapeutique et éducative (stimulation, évaluation, rééducation) à partir d'activités et de stratégies personnalisées d'apprentissage.
- Faire acquérir à l'élève des « savoirs » (savoir-être, savoir-faire, savoir-devenir). Participer à « son » éducation à la santé .
- Permettre la poursuite des activités d'enseignement afin de favoriser la réussite scolaire du jeune.
- Favoriser ses talents.

b) Objectifs plus spécifiquement thérapeutiques inhérents à une prise en charge scolaire en milieu hospitalier.

- Harmoniser les moments de soins et de scolarité, veiller au confort de la vie quotidienne.
- Oeuvrer à une prise de conscience claire des difficultés engendrées par la *maladie*, lors de l'élaboration d'un projet individuel réaliste.
- Aider le jeune à se considérer comme l'interlocuteur privilégié (aider à le rendre *sujet* et non plus seulement *objet* de soins)
- Si nécessaire, être un porte-parole du jeune auprès des instances médicales, éducatives et administratives.
- Epauler le jeune afin de l'aider à restaurer son image, à recouvrer l'estime et le respect de lui-même et ainsi à rétablir la confiance en lui et à envisager l'avenir.
- Lui donner le moyen d'accroître son autonomie.

c) Objectifs plus spécifiquement « socialisateurs » inhérents à une prise en charge scolaire en milieu hospitalier.

- Favoriser les relations entre les jeunes hospitalisés.
- Maintenir les liens avec l'école d'origine et le monde extérieur.
- Créer un espace collectif d'apprentissage et d'expression.
- Procurer au jeune un sentiment partagé de sécurité et de plaisir de vivre ensemble.
- Participer à l'acquisition de son autonomie.
- Contribuer à l'insertion / la réinsertion scolaire, sociale et professionnelle du jeune notamment en l'aidant à compenser un handicap chronique voire définitif.

5. Recommandation

Pour rappel, l'enseignement pour les élèves à l'hôpital relève de l'obligation scolaire et donc de la responsabilité des Pouvoir publics. (*annexe 1, point A*)

Encadrement

L'hétérogénéité, la mouvance et les besoins de la population qui relève de l'enseignement de type 5 (jeunes malades pris en charge au sein d'une école à l'hôpital) impliquent :

- la nécessité de disposer d'une équipe couvrant de manière souple l'ensemble des niveaux maternel, primaire et secondaire (dans la majorité des cas, seuls les cours généraux peuvent être dispensés); (*annexe 1 point B*)
- de pouvoir engager, dans un cadre organique, du personnel social et/ou auxiliaire d'éducation. (*annexe 1 point D*)

Recommandations en terme d'organisation

- Pour les élèves malades chroniques ou hospitalisés pour un long séjour, l'obligation des écoles d'origine – dûment prévenues - de communiquer toute information utile à l'établissement d'un Plan Individuel d'Apprentissage (PIA) commun. Les écoles d'origine et les CPMS exerceraient ainsi leur responsabilité dans le continuum scolaire. (*annexe 1, point E*)
- Dans le cadre de l'enseignement à l'hôpital, il importe de permettre une souplesse au niveau des titres requis, des grilles horaires et des plages horaires des enseignants. (*annexe 1, point C*)
- Pour les jeunes convalescents ou en traitement ambulatoire, l'enseignement à domicile ne sera envisagé qu'en cas d'absolue nécessité. Dans un souci de rationalisation, mais surtout de socialisation, c'est la fréquentation d'un établissement scolaire, y compris une école à l'hôpital qui sera favorisée.
- Le nombre d'adolescents hospitalisés dans une structure n'offrant pas d'école de type 5 ou pas le niveau secondaire, justifie une **révision des normes de programmation**.
- Une convention devrait lier la structure hospitalière et la structure scolaire, précisant et garantissant à celle-ci le respect d'une certain nombre de paramètres (locaux, intégration du personnel enseignant à l'équipe multidisciplinaire, missions respectives des équipes, en ce compris du centre PMS desservant l'école, procédure d'inscription et de réorientation). (*annexe 1, point F*)

Enseignement à domicile

NIVEAU PRIMAIRE

Les textes légaux permettent, sur base du capital-périodes, d'organiser 4 périodes de suivi à domicile.

Ce travail est confié à un(e) instituteur(trice), maître d'activités éducatives, qui organise le suivi de l'élève dans le cadre d'un projet pédagogique mis en place en collaboration avec le titulaire de la classe de l'école d'origine de l'élève.

Il faut considérer qu'un enseignant a un horaire complet quand il suit 5 élèves (5 x 4 périodes de cours plus les trajets).

NIVEAU SECONDAIRE INFÉRIEUR ET SUPÉRIEUR

Le travail à domicile est confié à 3 enseignants donnant les cours généraux suivants : Français, Langues modernes, Mathématiques.

Le projet pédagogique est mis en place en collaboration avec les titulaires des cours de l'école d'origine.

Un Agrégé de l'Enseignement Secondaire Inférieur (AESI) pour les 4 premières années et un Agrégé de l'Enseignement Secondaire Supérieur (AESS) pour les 2 années terminales.

Il faut en outre considérer que 2 périodes de cours pour chacune des matières précitées constituent le minimum indispensable pour obtenir un travail porteur d'effets positifs.

Chaque élève devrait donc bénéficier de 6 périodes de capital périodes.

- Pour avoir un horaire complet : un Agrégé de l'Enseignement Secondaire Inférieur pourrait donc suivre 9 élèves (9 x 2 périodes de cours + CC + les trajets)
- Pour avoir un horaire complet : un Agrégé de l'Enseignement Secondaire Supérieur pourrait donc suivre 8 élèves (8 x 2 périodes de cours + CC + les trajets)

Il est à noter que les contacts sont plus aisés avec les directions et titulaires du primaire. Les titulaires de cours du secondaire sont souvent plus réservés quant à leur participation à l'élaboration d'un projet commun.

Proposition de modification du décret :

Enlever la restriction quant à l'obligation de choisir l'école la plus proche, car celle-ci n'est pas toujours volontaire pour organiser cet enseignement.

HANDICAPS SENSORIELS

Concernant les enseignements de Types 6 et de Type7

1. Identification des écoles de type 6 et 7

Les institutions de type 6 et 7 présentent une structure complexe d'organisation.

Elles se caractérisent en outre par l'organisation, par un même pouvoir organisateur, d'écoles autonomes fondamentales et secondaires dispensant les types 6 et 7, ainsi qu'en fonction des projets, les types 4, 5 ou 8.

Les établissements scolaires travaillent en collaboration avec d'autres structures telles que Service d'Aide à l'Intégration, Service d'Accompagnement, Centre de revalidation fonctionnelle, Centre d'orientation spécialisé. De telles collaborations sont indispensables étant donné la nature des pédagogies appliquées aux personnes accueillies et l'appui technique, médical, paramédical, voire social et thérapeutique qu'elles apportent aux jeunes présents dans les établissements.

Le nombre d'établissements secondaires étant limité, ceux-ci se doivent d'offrir un large éventail de formations, c'est-à-dire plusieurs métiers ou finalités pour chaque secteur de l'économie. Ce qui signifie un nombre très important de grilles-horaires, proposées dans les formes 2,3,4.

Ces établissements organisent aussi de multiples expériences d'intégration dans l'enseignement ordinaire.

De même, la plupart des établissements organisent des classes expérimentales dysphasiques, polyhandicapés, Teacch.

Pour mener à bien ce type de structure complexe, les besoins, tant en encadrement, (CPU : enseignants, personnel auxiliaire d'éducation et personnel paramédical), en équipements d'ateliers et en moyens techniques spécifiques, (barrettes brailles, TV-loupes), en personnes ressources (interprètes, traducteurs)... sont considérables et en constante évolution.

2. Identification des populations fréquentant ces types d'enseignement spécialisé

Un certain nombre d'élèves fréquentant les enseignements de types 6 et 7 sont atteints soit de déficience visuelle, soit de déficience auditive, sans présenter aucune déficience ou trouble supplémentaire. Sans affirmer que cette population est largement minoritaire, il faut constater qu'elle ne représente plus qu'un effectif réduit dans nos établissements.

Un nombre important de ces jeunes sont intégrés, soit après un passage par l'enseignement spécialisé, soit directement, dans l'enseignement ordinaire.

Une autre catégorie d'élèves est celle représentée par les enfants et adolescents atteints de déficience visuelle ou de déficience auditive, sans déficience supplémentaire, mais qui présentent des difficultés ou troubles des apprentissages, liés aux conséquences directes ou non de leur déficience. (difficultés de l'acquisition de la langue, d'élaboration de la pensée et des concepts, difficulté d'utilisation de matériels spécifiques, parfois sophistiqués ...).

Les projets éducatifs proposés dans nos établissements de type 7 sont les réponses les plus adéquates pour :

- des élèves, de plus en plus nombreux, atteints de déficience auditive ou de déficience visuelle, présentant des troubles associés clairement identifiés : troubles affectifs, comportementaux ou sociaux, troubles intellectuels, infirmité motrice cérébrale, des élèves polyhandicapés, des élèves autistes ;

- des élèves présentant une dysphasie sévère ou une aphasie de développement.

Ces quatre dernières catégories croissent au fil des années, et ce, à tous les niveaux d'enseignement.

3. Besoins des élèves

Besoin d'identification et d'estime de soi, par la socialisation : l'appartenance à un groupe de personnes rencontrant les mêmes difficultés, mais capables de les compenser ou de les surmonter par le développement de moyens augmentatifs ou substitutifs efficaces, permet de s'affirmer en tant que personne sourde ou malvoyante et de se situer ainsi, avec toute sa richesse personnelle, dans la société en général.

Besoins en moyens de communication adéquats, et performants, qu'ils soient de nature technologique (moyens informatiques compensatoires, Braille pour les personnes malvoyantes, prothèses ou implants cochléaires pour les personnes sourdes) , ou qu'ils complètent la langue véhiculaire (aides à la lecture labiale: LPC, AKA, Français signé), ou la langue des signes.

Développement de programmes et utilisation de techniques spécifiques à la communication dans le cas d'élèves dysphasiques ou autistes.

Besoin que ces moyens soient utilisés dans le cadre de projets éducatifs et pédagogiques soigneusement réfléchis quant à leur efficacité et à leurs conséquences sur le devenir des jeunes.

Besoins en scolarisation : atteindre, dans la mesure de leurs capacités, et compte tenu de leur potentiel , les compétences dans les différentes matières scolaires utiles à l'accès aux formations et à une vie autonome en société.

Les compétences et les programmes pour y parvenir définis pour l'enseignement ordinaire, ou adaptés pour l'enseignement spécialisé, sont nos référents.

Besoins en formations: celles-ci doivent être les plus variées possibles, allant de l'adaptation sociale à la formation professionnelle, y compris l'accès à l'enseignement supérieur.

4. Se pencher sur les besoins des élèves , n'est-ce pas également insister sur les besoins de formation des personnels de nos écoles ?

En effet, s'il est utile d'identifier les besoins des enfants et adolescents confiés aux institutions des types 6 et 7 , il est primordial de reconnaître qu'un droit fondamental des jeunes fréquentant nos institutions est d'être éduqués par des personnels formés **dès leur entrée en fonction**. Nous savons que, malheureusement, tel n'est pas le cas en Communauté française. Aussi, nous proposons

- une formation initiale « généraliste » . (instituteur, AESI ...)
- une formation initiale spécialisée dans les domaines de la malvoyance ou de la surdité, de la dysphasie, de l'autisme ou du polyhandicap. Cette formation ne pouvant être seulement l'apprentissage de moyens compensatoires de communication, mais également une formation à la pédagogie spécialisée(qui tient compte des particularités des jeunes dans la manière dont ils abordent les apprentissages) requise pour ces enseignements.
- une formation continuée, générale et spécialisée.

5. Réponses aux besoins

Cette multiplicité de population fréquentant les écoles de types 6 et 7 suppose que les projets pédagogiques mis en œuvre, et qui ont pour objectif d'offrir les réponses les plus adéquates aux besoins des élèves, offrent une multiplicité d'approches.

Il est communément admis que les progrès accomplis depuis plusieurs décennies dans les domaines scientifiques et technologiques, que l'introduction dans nos écoles de moyens de communication spécifiques, seraient de nature à répondre aux besoins des élèves de sorte que l'impact de la déficience soit de moins en moins un obstacle aux apprentissages. De fait, un certain nombre d'élèves retirent un profit optimal de ces progrès, qui permettent effectivement l'intégration d'un pourcentage important d'entre eux.

Cependant, en ce qui concerne les populations fréquentant majoritairement nos écoles spécialisées, il convient de considérer que les réponses aux besoins des élèves, y compris par les moyens technologiques et de communication spécifique, doivent être diversifiées, et qu'aucun moyen utilisé de manière massive et linéaire dans l'institution ne permet à tous les élèves d'y trouver leur compte.

Multiplicité des réponses sur le plan de la communication, mais également sur le plan des méthodes pédagogiques.

La façon d'aborder les apprentissages par ces populations est, aussi, diversifiée et suppose des réponses pédagogiques et méthodologiques différenciées.

Il y a, en conséquence, une difficulté, croissante au cours des années, à rencontrer les besoins spécifiques et sur-spécifiques des populations fréquentant les écoles de type 6 et 7, tenant compte notamment des normes actuelles d'encadrement qui devraient être réadaptées aux besoins actuels des élèves.

F. ENSEIGNEMENT DE TYPE 6

1. Définition de décret sur l'enseignement spécialisé

Article 7

Le type 6 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints de déficiences visuelles, ci-après dénommé le type 6.

Article 8

Le type 6 d'enseignement spécialisé est destiné aux élèves qui, pour cause de cécité ou d'amblyopie, nécessitent régulièrement des soins médicaux et paramédicaux et/ou l'emploi de méthodes orthopédagogiques.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 6 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints de déficiences visuelles, ci-après dénommé le type 6.

Article 8

Le type 6 est destiné aux enfants et adolescents pour lesquels l'examen pluridisciplinaire visé à l'article 12 a conclu à une déficience visuelle et/ou un déficit fonctionnel de la vision. Il s'adresse aux élèves qui, pour cause de cécité ou de basse vision congénitale ou acquise nécessitent régulièrement des soins médicaux, paramédicaux et un accompagnement psychosocial internes ou externes.

Leur éducation nécessite l'utilisation de méthodes pédagogiques adaptées.

Le type 6 répond aux besoins spécifiques de ces mêmes élèves présentant un polyhandicap ou des troubles associés.

Proposition de modification de l'article 12 du décret :

Examen pluridisciplinaire (valable également pour le type 7).

3. Commentaires

Déficit fonctionnel de la vision

Rappelons que le déficit fonctionnel de la vision affecte notamment :

- les possibilités de communication de l'élève ;
- ses capacités d'orientation dans l'espace ;
- ses activités de la vie journalière ;
- le maintien d'une vision de près soutenue.

4. Caractéristiques des élèves

Vision

La vision est un savoir-faire (une action-représentation) guidée par la réception directe des formes lumineuses contrastées (les saillances des figures sur un fond) couplées à la projection motrice des expériences passées (les prégnances visuo-praxiques anticipatoires et la mémoire visuelle) en vue de l'adaptation de l'organisme à son environnement.

Basse vision

Est atteinte de basse vision une personne qui a une vision au moins suffisante pour voir la lumière et donc peut s'orienter grâce à des indicateurs photoptiques pour se diriger lors des déplacements.

Il nous semble plus pratique de signaler que l'on atteint un niveau de basse vision dès l'instant où, pour une tâche déterminée, on n'arrive plus à avoir un contrôle visuel ou visuo-moteur satisfaisant dans l'exécution de cette tâche.

On considère comme basse vision les sujets dont l'acuité visuelle (au meilleur œil après correction) se situe entre 1/10 et 3/10.

Cécité

Les aveugles légaux sont des sujets qui présentent une acuité visuelle réduite à 1/10 maximum et/ou avec un champ visuel rétréci à moins de 20% d'ouverture.

Déficience (visuelle)

La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement du sujet.

G. ENSEIGNEMENT DE TYPE 7

1. Définition du décret de l'enseignement spécialisé

Article 7

Le type 7 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints de déficiences auditives, ci-après dénommé le type 7.

Article 8

Le type 7 d'enseignement spécialisé est destiné aux élèves qui, pour cause de surdité ou d'hypoacousie, nécessitent régulièrement des soins médicaux et paramédicaux et/ou l'emploi de méthodes orthopédagogiques.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 7 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des enfants et des adolescents atteints de déficiences auditives, ci-après dénommé le type 7.

Article 8

Le type 7 est destiné aux enfants et adolescents pour lesquels l'examen pluridisciplinaire visé à l'article 12 a conclu à une déficience auditive et/ou une carence importante de la communication. Il s'adresse aux élèves qui, pour cause de surdité et/ou troubles congénitaux ou acquis (aphasie, dysphasie, audi-mutité,...) nécessitent régulièrement des soins médicaux, paramédicaux et un accompagnement psychosocial internes ou externes.

Leur éducation nécessite l'utilisation de méthodes pédagogiques adaptées.

Le type 7 répond aux besoins spécifiques de ces mêmes élèves présentant un polyhandicap ou des troubles associés.

3. Caractéristiques des élèves

Déficience (auditive)

La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement du sujet.

L'audition

L'audition, aidée par les autres afférences sensorielles, a un rôle capital dans le développement de la communication symbolique de l'élève porteur de handicaps multiples. Développer les aptitudes de cet élève à communiquer, c'est prendre en considération à la fois ses aptitudes sensorielles, motrices et mentales et les exploiter précocement dans leur globalité et avec compétence.

H. ENSEIGNEMENT DE TYPE 8

1. Définition de décret sur l'enseignement spécialisé

Article 7

Le type 8 d'enseignement spécialisé adapté aux besoins éducatifs des élèves atteints de troubles instrumentaux, ci-après dénommé le type 8.

Article 8

Le type 8 est destiné aux élèves pour lesquels l'examen pluridisciplinaire visé à l'article 11, §1^{er},1°, conclut que, tout en ne manifestant pas de troubles d'intelligence, d'audition et de vision normales, ils présentent des troubles qui se traduisent par des difficultés dans le développement du langage ou de la parole et/ou dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture ou du calcul et dont la gravité est telle qu'une intervention particulière dans le cadre de l'enseignement ordinaire ne peut suffire.

2. Proposition de définition

Article 7

Le type 8 d'enseignement spécialisé répond aux besoins éducatifs des élèves atteints de troubles instrumentaux, ci-après dénommé le type 8.

Article 8

Le type 8 est destiné aux élèves pour lesquels l'examen pluridisciplinaire visé à l'article 12 a conclu à des troubles des apprentissages. Ceux-ci peuvent se traduire par des difficultés dans le développement du langage ou de la parole et/ou dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture ou du calcul, sans qu'il y ait retard mental ou déficit majeur sur le plan physique, comportemental ou sensoriel. Ils doivent être considérés comme des troubles complexes aux origines multifactorielles.

3. Commentaires

Les troubles dont il est question ci-dessus doivent être d'une gravité telle qu'une aide occasionnelle dans le cadre de l'enseignement ordinaire ne peut suffire. En présence de troubles légers, le maintien dans l'enseignement ordinaire avec bénéfice d'une rééducation individuelle peut s'envisager.

4. Caractéristiques des élèves

Le groupe de travail qui s'est penché sur ce type d'enseignement spécialisé avait renoncé, dans un premier temps, à dresser un "portrait" de l'élève de l'enseignement spécialisé de type 8.

Il aurait fallu, en fait, dessiner une mosaïque particulièrement complexe, compte tenu de la multiplicité des facteurs étio-pathogéniques qui peuvent intervenir, d'ailleurs rarement isolément.

En un second temps, le Conseil supérieur a considéré ne pas pouvoir éviter cette difficulté.

L'esprit humain n'aime pas la complexité et a tendance à simplifier, parfois abusivement. C'est ainsi que cet enseignement peut être présenté de façon erronée, voire plus ou moins volontairement ou involontairement caricaturé par excès de simplicité.

Il y a plusieurs façons de le faire.

La première consiste à définir l'enseignement de type 8 par la négative. L'enseignement de type 8 est présenté comme l'enseignement spécialisé " par défaut". Y trouvent leur place les élèves en souffrance dans l'enseignement ordinaire et qui ne relèvent pas d'un autre type d'enseignement spécialisé. C'est, en corollaire, donner l'impression d'un " fourre-tout spécialisé" qui heurte la logique et dont on se demande comment il peut fonctionner.

Le seconde façon d'éviter la complexité, consiste à présenter l'enseignement de type 8 comme un enseignement spécialisé "soft ", copie conforme de l'enseignement ordinaire, avec moins d' élèves par classe et des exigences au rabais. Ce n'est pas rendre justice à la qualité de cet enseignement.

Une troisième façon de caricaturer la réalité est de privilégier **une** explication, **une** approche, de façon exclusive, militante voire dogmatique.

Telle école psychanalytique nous jurera qu'une thérapie centrée sur le relationnel et l'affectif est indispensable, tels spécialistes de la psychomotricité nous assureront que " tout passe par le corps" et qu'une thérapie de médiation corporelle s'impose. Et les disciples de Bourdieu et Passeron mettront en cause l'enseignement ordinaire qui sélectionne et met en échec les élèves issus des classes populaires...On pourrait multiplier les exemples.

Devant ce constat, il nous a semblé nécessaire, pour ne pas accrédi-ter ces excès, d'énumérer, de façon purement descriptive et non hiérarchisée, les difficultés rencontrées le plus couramment par les élèves de l'enseignement spécialisé de type 8 et constatées aussi bien dans les classes, que dans les rapports multidisciplinaires émanant des Centres agréés.

Un facteur commun à tous, de type émotionnel, est que ces élèves sont marqués par les difficultés rencontrées dans l'enseignement ordinaire et qu'ils ont besoin d'être remis en confiance et réconciliés avec l'école.

Les autres difficultés spécifiques, rarement isolées, peuvent être brièvement décrites comme suit. :

→ **Troubles de la Parole et du Langage**

Troubles dans lesquels l'acquisition du langage est perturbée ou retardée dès les premiers stades du développement, en l'absence de retard mental global. Les troubles du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement

Etant donné l'importance d'une prise en charge précoce de ces troubles, le Conseil supérieur recommande l'extension de l'enseignement spécialisé de type 8 au niveau maternel, dans la forme appropriée.

→ **Dysphasie**, (voir définition page 41)

→ **Troubles Cognitifs et des Acquisitions Scolaires.**

- Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas non plus la

conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage en l'absence d'un retard mental.

- Troubles de l'acquisition de la lecture et de l'orthographe chez un enfant ayant l'âge habituel d'accession à la lecture, en dehors de toute déficience intellectuelle ou sensorielle et de carence pédagogique notable. L'expression dyslexie-dysorthographe est souvent utilisée pour désigner ces troubles lorsqu'ils sont nets et se prolongent, en opposition aux erreurs similaires, transitoires, banales par leur fréquence au début de l'apprentissage.
- Trouble de l'acquisition de l'arithmétique : non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. L'altération concerne la maîtrise des éléments de base du calcul: addition, soustraction, multiplication et division (c'est-à-dire, n'est pas limitée aux capacités mathématiques plus abstraites impliquées dans l'algèbre, la trigonométrie, la géométrie ou le calcul différentiel et intégral).

→ **Troubles spécifiques du développement psychomoteur**

Retard des grandes acquisitions psychomotrices (par exemple, tenue assise, préhension, marche), ceci en l'absence de troubles psychotiques ou d'une déficience mentale liée à une affection précise diagnostiquée. Les échelles de développement psychomoteur (par exemple l'échelle de Brunet et Lezine) permettent d'évaluer le retard dans quatre secteurs: domaine postural, domaine verbal, adaptation ou comportement avec les objets, relations sociales.

→ **Troubles déficitaires de l'attention.**

Hyperactivité avec déficit de l'attention., impulsivité, se manifestant dans deux milieux de vie différents, avec des conséquences manifestes dans les apprentissages scolaires

→ **Troubles émotionnels et déficits socio-éducatifs.**

Toute perturbation émotionnelle à la base des troubles des apprentissages ou qui les accompagne. Enfants avec carences socio-éducatives, carences affectives, enfants négligés ou maltraités.

→ **Dysfonctionnements scolaires divers.**

Comme certains malades à l'hôpital peuvent être victimes de maladies nosocomiales, certains enfants fragiles peuvent être confrontés à des méthodes ou des enseignants inadéquats, et une spirale négative peut rapidement s'installer après les premiers échecs.

Tous ces facteurs, répétons le, sont rarement présents isolément et notre but, en les présentant, est de donner un aperçu de la complexité de cet enseignement, sans prétention d'exhaustivité.

5. Recommandation

Dans l'enseignement maternel

Le Conseil supérieur de l'Enseignement spécialisé recommande l'organisation d'un enseignement spécialisé de type 8 au niveau maternel afin de pouvoir répondre exclusivement aux besoins éducatifs des élèves dysphasiques.

Le nombre guide du type 7 est recommandé pour les élèves du niveau maternel (soit 4)

Dans l'enseignement secondaire

Le Conseil supérieur recommande l'organisation d'un enseignement de type 8 au niveau secondaire afin de répondre aux besoins des élèves qui, au terme de leur scolarité dans l'enseignement fondamental spécialisé de type 8, n'ont pu être orientés dans un enseignement ordinaire.

***Remarque : Ces élèves se retrouvent actuellement dans un enseignement secondaire spécialisé de type 1 ou de type 3, ce qui n'est ni adéquat ni souhaitable.*

Chapitre 2

Bilan et propositions concernant les classes expérimentales

A. ELEVES POLYHANDICAPES

Remarque :

Pour nourrir sa réflexion, le groupe s'est inspiré de diverses sources et principalement de l'étude réalisée en 1992 par une commission instituée au sein du Conseil supérieur de l'Enseignement spécialisé et présidée par Monsieur Debouny ainsi que l'étude générée par cette commission et menée par l'Université Libre de Bruxelles.

1. Le polyhandicap.

Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement (cfr par exemple cas de noyade) ayant pour conséquences de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique.

2. Proposition de définition

L'enseignement spécialisé pour des élèves polyhandicapés répond aux besoins des élèves pour lesquels un centre agréé cité à l'article 12, se basant sur le rapport d'un médecin neurologue ou orthopédiste ou spécialisé en réadaptation fonctionnelle, a conclu à ce diagnostic de polyhandicap.

Cet enseignement peut être organisé dans les types 2, 4, 5, 6 ou 7 d'enseignement spécialisé.

3. Caractéristiques des élèves

Les traits déterminants qui caractérisent la personne polyhandicapée sont :

- une déficience intellectuelle très importante avec pour conséquences de grosses difficultés de structurations temporelle et spatiale, des troubles de la mémoire, un langage généralement rudimentaire ou inexistant, des lacunes importantes de raisonnement, des possibilités de communication réduites ;
- des troubles moteurs importants et constants souvent associés à de l'épilepsie ;
- une santé fragile avec des troubles tels que l'insuffisance respiratoire chronique, des troubles nutritionnels. Ces problèmes de santé associent généralement de la douleur difficilement détectée compte tenu des difficultés de communication.

On trouve également dans un certain nombre de cas, des troubles associés tel que :

- des troubles de l'audition, de la vision et de la sensibilité.
- des troubles du comportement.

Toutefois, malgré leurs limites importantes, on peut affirmer qu'un projet scolaire pour ces enfants/adolescents est non seulement possible mais bien plus souhaitable.

La notion de scolarisation et d'intégration citée en l'occurrence recouvre une volonté de ne pas marginaliser davantage les enfants/adolescents et leurs familles.

Elle rappelle aussi que les personnes polyhandicapées sont capables d'établir des relations significatives avec leur entourage et dès lors de s'intégrer dans une forme de vie sociale restreinte certes mais bien réelle à l'échelle de l'école.

4. Projet éducatif.

De ces affirmations découlent les grands axes d'un projet éducatif pour une école qui accueillerait ces élèves.

- Viser l'épanouissement, le bien-être physique et mental de la personne polyhandicapée et son intégration dans la vie sociale.
Cela inclut le développement :
 - d'une communication verbale et/ou non-verbale.
 - d'une autonomie maximale dans divers domaines ainsi que l'acquisition de comportements sociaux appropriés.
- Viser le plaisir et le bonheur de la personne polyhandicapée en aménageant par exemple les conditions lui permettant d'atteindre une stabilité émotionnelle, la découverte sensorielle de son être et de son environnement et lui procurer un sentiment de sécurité.
- Viser le développement optimal et l'entretien des potentialités d'apprentissage.

5. L'encadrement.

Les différentes études ainsi que l'expérience des membres du groupe de travail s'entendent pour faire remarquer que :

- l'action menée avec ces personnes doit l'être au sein d'un groupe, de préférence dans une classe « maison », en évitant la multiplicité des intervenants et donc en privilégiant la stabilité des équipes. La polyvalence de ses membres et leur complémentarité (équipe éducative) apparaissent également comme des conditions indispensables, non seulement à l'animation du groupe mais aussi à la nécessaire individualisation de l'action.

Ceci repose évidemment la question quant aux titres requis, la préférence allant à une personne enseignante, motivée, volontaire, dont l'intervention garantit la globalité du projet et en assure la permanence. La commission mise en place en 1992 allait déjà dans ce sens : « La commission considère que le régime des titres et des fonctions actuellement en vigueur, inspiré par l'organisation de l'enseignement ordinaire, est trop rigide pour l'enseignement destiné à certains groupes d'élèves polyhandicapés. »

En fait, **aucune formation initiale** ne prépare à l'enseignement à des enfants et à des jeunes polyhandicapés. Il n'y a, à proprement parler, aucun titre spécifique.

Il faut donc considérer que, dès lors bien plus que le titre, c'est l'engagement professionnel et la motivation des membres du personnel qui sont fondamentaux. C'est pourquoi afin de préserver une souplesse maximale, **tout titre pédagogique devrait être accepté pour travailler avec un groupe d'enfants ou de jeunes polyhandicapés.**

- la présence permanente dans la classe d'un second membre de l'équipe pluridisciplinaire paraît également une condition indispensable au bon encadrement de ces élèves ;
- un établissement qui accueille des élèves polyhandicapés ne peut se concevoir sans la présence pendant toutes les heures d'ouverture de l'école d'une infirmière qui doit participer activement à la gestion des soins de santé.

6. Recommandation en termes d'organisation, de normes d'encadrement et de création.

Des élèves polyhandicapés peuvent se trouver dans des établissements scolaires de type 2, 4, 6 ou 7. Nous pensons que se pose dès lors la question des modalités d'**intégration** de ces élèves au sein de ces établissements spécialisés et la pertinence de l'existence de classes exclusivement formées de personnes polyhandicapées.

Il est de la responsabilité de l'école qui accueille de juger du bien-fondé de la création de classes regroupant les personnes polyhandicapées ou de l'intégration de celles-ci dans d'autres classes.

- Nous proposons dès lors de spécifier sur l'attestation l'orientation vers un projet adapté aux élèves polyhandicapés, le type étant choisi selon la méthodologie habituelle et la mention justifiée par la production du rapport d'un neurologue ou orthopédiste ou spécialiste en réadaptation fonctionnelle. Le contenu du protocole justificatif explicitera cette adjonction.
- Nous proposons que tout élève possédant cette attestation puisse être comptabilisé avec les normes les plus favorables.
Actuellement, il s'agirait pour le personnel enseignant du nombre guide 5 pour les niveaux maternel, primaire et secondaire et du nombre guide 4 pour les types 6 et 7. En ce qui concerne le personnel paramédical, ce nombre guide devrait être au minimum de 7.
- La présence d'une infirmière à temps plein étant indispensable, et dans le cas où l'établissement ne bénéficierait pas d'une structure de soins infirmiers associée à l'école, le nombre de personnes polyhandicapées inscrites dans un établissement devrait permettre la création d'un emploi d'infirmier(ère) à temps plein, si cet emploi n'est pas généré par la présence d'autres élèves.
Même s'il y a une structure de soins infirmiers associée à l'école, il entre clairement dans la mission de l'infirmier(ère) d'établir des contacts privilégiés avec un service médical compétent (par exemple un hôpital) en étroite collaboration évidemment avec les parents et les partenaires éducatifs. Compte tenu de la santé souvent fragile de ces élèves, on veillera à ce qu'une intervention rapide et efficace puisse être mise en place dans les délais les plus brefs. L'inspection du personnel paramédical scolaire vérifiera l'existence effective de cette organisation.
- Pour accueillir ces élèves, c'est la classe « **maison** » adaptée qui est recommandée. Il est évident que le découpage en périodes de 50 minutes est irréaliste. C'est pourquoi, une organisation qui respecterait le rythme de ces élèves polyhandicapés devrait être mise en place en accord avec l'inspection scolaire et dans le respect des particularités

des projets pédagogiques des écoles. Elle devrait en tout état de cause permettre aux divers intervenants un travail en équipe efficace dans le respect des Plans Individuels d'Apprentissages.

- Les enseignants engagés dans la prise en charge de personnes polyhandicapées devraient pouvoir bénéficier d'une formation spécifique et de structures leur permettant d'échanger leurs expériences et cela également en inter-réseau dans le cadre des directives décrétales concernant la formation continuée.
En parallèle et toujours pour permettre aux différents intervenants de prendre le recul nécessaire, de s'interroger sereinement sur leur pratique quotidienne et d'évaluer celle-ci objectivement, un comité de pilotage avec l'aide de la recherche universitaire pourrait être créé, comité qui interviendrait également en inter-réseau.
- **Une attention particulière devrait être accordée à l'équipement et à l'infrastructure spécifique nécessaire. Toute école accueillant des personnes polyhandicapées devrait pouvoir bénéficier une seule fois d'un subside d'équipement particulier. Nous proposons toutefois que chaque élève polyhandicapé génère une double subvention de fonctionnement annuelle.**

B. ELEVES APHASIQUES/DYSPHASIQUES

1. Caractéristiques essentielles

Les "dysphasies, ces troubles sévères et spécifiques du langage" se caractérisent par l'existence d'un déficit durable des performances verbales, significatif en regard des normes établies pour l'âge, en lien avec un dysfonctionnement des structures cérébrales spécifiquement mises en jeu lors du traitement de l'information langagière.

C'est un trouble du développement linguistique caractérisé par des problèmes graves de la compréhension et/ou de l'expression du langage parlé, non consécutif à une perte auditive, à une déficience mentale ou à un trouble relationnel primaire.

Ce trouble entrave l'accès, tant aux outils de communication qu'à la symbolisation.

Des troubles praxiques sont souvent observés en association.

La dysphasie peut être associée à d'autres types de handicap : elle se présente rarement de manière isolée.

"S'il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une carence de l'environnement, les difficultés de langage dépassent celles habituellement associées à ces conditions." (DSM-IV, 1996 - C.I.F., OMS, 2001).

L'aphasie est la perte du langage préalablement acquis, qui peut être totale ou partielle, donnant des tableaux cliniques différents selon l'importance et la configuration de l'atteinte cérébrale responsable.

2. Proposition de définition

L'enseignement spécialisé pour des élèves aphasiques ou dysphasiques répond aux besoins des élèves pour lesquels un centre agréé cité à l'article 12 se basant sur le rapport d'un médecin neuropédiatre, a conclu à ce diagnostic d'aphasie ou de dysphasie.

Cet enseignement peut être organisé dans tous les types d'enseignement spécialisé sauf le type 2.

Préalables

Il faudrait que les organismes habilités à orienter vers l'enseignement spécialisé puissent :

- spécifier sur l'attestation l'orientation vers un projet adapté aux élèves aphasiques ou dysphasiques, le type étant choisi selon la méthodologie habituelle et la mention justifiée par la production du rapport d'un neuropédiatre. Le contenu du protocole justificatif explicitera cette adjonction;
- disposer de la liste des Services spécialisés pour préciser la nature des troubles, de même que la liste des établissements dispensant un enseignement reconnu officiellement et adapté aux besoins spécifiques de ces élèves(voir document en annexe).

3. Recommandations spécifiques :

- Formation obligatoire (en 2 ans) :
 - ↪ pour tous les niveaux d'enseignement, le PMS et le PMSS
 - ↪ Formation théorique et spécifique, mais en lien avec la pratique ; formation méthodologique pas seulement sur les méthodes, mais sur leur application, leur progression ; formation en lien avec les besoins ...
 - ↪ Formation étalée, continue :
 - identifier les besoins
 - identifier les ressources
 - identifier la cible

Que les formations aient lieu sur site, en réseau, inter ou intra réseau ... l'important est de les officialiser afin que la participation des professionnels soit reconnue.
- Information :
 - ↪ Demander à l'AGERS de mettre à disposition sur son site des informations « contrôlées », « vérifiées » et « validées », théoriques, pédagogiques, méthodologiques,...
- Ressources :
 - ↪ Création d'un Centre de ressources pour affiner les outils et mettre à jour une liste de formateurs reconnus
 - ↪ Listing des formations : ACNES, Ameliore, ...

4. Encadrement

- Offrir un nombre suffisant de classes de langage pour éviter la classe unique et couvrir les besoins pour toutes les régions.
- Engagement de logopèdes de manière obligatoire dans le capital période paramédical.
- Rééducation du langage dans le programme de l'élève.
- Dissocier l'encadrement paramédical de l'encadrement psychologique et social.

Il semble inopportun de lier ces projets adaptés de manière stricte à une typologie.

Minimum de base à garantir :

Modifier le nombre guide du personnel enseignant : nombre guide actuel moins 1.

Nombre guide du paramédical équivalent à une prise en charge quotidienne : nombre guide multiplié par 2,50.

5. Approches méthodologiques indispensables

Il est inutile d'insister sur l'importance de la remédiation du trouble du langage, langage qui est aussi outil de communication, de construction de la pensée verbale ainsi que des interactions et des relations communicationnelles.

Apprentissage de la lecture et du calcul par des méthodes adaptées :
ex : Borel-Maisonny , Méthode Ledan, code digital, etc.

Nécessité de construire des liens pragmatiques pour les transferts entre les cours généraux et les cours pratiques.

C. ELEVES AUTISTES

L'autisme

L'autisme se définit comme un trouble global du développement dont l'organicité et l'origine multifactorielle se précisent de plus en plus. La symptomatologie bien particulière sera décrite ci-après. Il se manifeste avant l'âge de trois ans. Actuellement, il n'y a pas de traitement susceptible d'aboutir à la guérison. L'autisme présente une échelle de gravité très large : des cas légers permettant une insertion sociale, à des situations de handicap sévère. A côté du *syndrome autistique* proprement dit, apparaissent aussi des *symptômes autistiques* dans le cadre d'autres syndromes notamment d'origine génétique. Les tableaux cliniques rencontrés sont donc extrêmement diversifiés.

1. Proposition de définition

L'enseignement spécialisé pour des élèves autistes répond aux besoins des élèves pour lesquels un centre agréé cité à l'article 12, se basant sur le rapport d'un pédopsychiatre, a conclu à ce diagnostic d'autisme.

Cet enseignement peut être organisé dans tous les types d'enseignement spécialisé.

2. Caractéristiques des élèves

Les symptômes de l'autisme peuvent toucher tous les aspects de la personnalité et du comportement : la relation à autrui, la perception, les sensations, les fonctions cognitives, l'expression des émotions, le tonus et la motricité, les fonctions « vitales » comme le sommeil, l'alimentation... Ces symptômes peuvent être regroupés sous les rubriques suivantes :

- **difficulté majeure à établir des relations avec autrui.** Les difficultés dans la communication non verbale, comme le contact oculaire, l'attention conjointe, les postures, mimiques, expressions des affects et lecture des expressions d'autrui sont peut-être **les signes les plus précocement observables**. Ils annoncent le déficit de la capacité à imiter, l'absence d'empathie pour les sentiments d'autrui...
- **altération de la communication verbale (expressive et réceptive) ainsi que non verbale.** Le langage verbal est souvent inexistant; il peut se réduire à de l'écholalie ou à des expressions stéréotypées parfois répétitives ou encore être utilisé mal à propos. La dimension imaginative est difficilement accessible, de même qu'un échange conversationnel complet. Le langage non verbal : intonations, gestes, expressions, ...qui modulent la communication ne sont pas ou sont mal compris et utilisés.
- **activités stéréotypées et répétitives** affectant notamment les mouvements du corps : (se balancer, se cogner, tourner sur soi-même...); la recherche de sensations (toucher un tissu, renifler un objet, ...); l'usage des objets (faire tourner un objet sur lui-même, agiter un objet brillant, ...). Beaucoup ont probablement une fonction d'auto-stimulation.
- **comportements atypiques et dérangeants pour l'entourage:** automutilations ou l'hétéro agressivité. Hypo et hyper sensibilité à la douleur, aux bruits, aux stimulations visuelles. Troubles des fonctions vitales : insomnies ou hypersomnies ; indifférence à l'alimentation ou boulimie ; choix exclusifs de certains aliments,

➤ **altération des fonctions cognitives** : «*La sélectivité préside à l'organisation des fonctions cognitives.* »

Indépendamment de la diversité des niveaux intellectuels tels qu'ils ont pu être définis à un moment donné, la sélectivité préside à l'organisation des fonctions cognitives.

La conceptualisation et la symbolisation sont d'un accès difficile, voire impossible. L'élève éprouve de grandes difficultés à intégrer et à coordonner les divers champs de stimuli, ce qui lui rend difficile l'appréhension globale et significative des objets et des situations. Il valorise, de préférence, le canal sensoriel visuel pour appréhender le monde et l'organiser.

Cet élève éprouve le besoin impératif de maintenir la permanence de son environnement, tout changement pouvant être source d'angoisse.

Les activités et les intérêts peuvent se restreindre à un domaine exclusif (par exemple, les plaques minéralogiques, la météo, ...) où les autistes génèrent des compétences réelles mais sélectives.

De la même manière, les capacités de mémoire, d'attention peuvent être, elles aussi, altérées ou hypertrophiées en fonction de ces choix.

3. Projet éducatif

Une prise en charge éducative adéquate permet d'améliorer les capacités de communication, d'autonomie et d'apprentissage de ces élèves de même que les possibilités d'insertion sociale, professionnelle et de loisirs.

Des programmes spécialement conçus pour des personnes autistes proposent des modèles d'interventions éducatives.

Parmi ceux-ci, à titre d'exemple, le programme TEACCH propose une méthodologie d'analyse et de prise en charge individuelles, associée à une organisation et à un fonctionnement particuliers du groupe classe.

Le profil personnel de chacun de ces élèves est à ce point singulier que toute méthode doit impérativement en tenir compte. Une analyse détaillée de ce profil personnel retiendra les déficits et les potentialités spécifiques présentes et émergentes de chaque élève.

L'analyse individuelle tente aussi dans la mesure du possible de dégager la signification de comportements qui entravent l'évolution de la personne tels que crises d'angoisse, attitudes de refus etc.

Tout comme l'élève, les parents ou leurs substituts seront considérés comme partenaires de l'éducation et associés à l'action éducative. De cette façon, l'effort de l'école et des parents sera harmonisé et coordonné, et le choix des objectifs tiendra compte des demandes prioritaires des familles.

Pour les élèves de meilleur niveau, d'autres stratégies éducatives doivent être mises en place (syndrome d'Asperger).

A ce stade de nos connaissances, en ce qui concerne l'autisme, on ne peut que conseiller la diversité des approches et la poursuite de la recherche de méthodes adaptées.

4. Encadrement

La présence permanente dans la classe d'une équipe de deux personnes est une condition indispensable au bon encadrement des élèves. A cette équipe référente s'adjoindra, en fonction des besoins d'autres enseignants, du personnel psychologique et social.

L'action menée avec ces personnes doit l'être au sein d'une équipe interdisciplinaire, dans un groupe de vie structuré permettant :

- de rendre l'environnement et les activités proposées compréhensibles et surtout prévisibles ;
- de prévenir les problèmes de comportement qui naissent d'un déficit de communication ;
- d'assurer à l'élève le plus grand degré d'autonomie possible et de diminuer ainsi l'anxiété et sa tension.

Dans cette perspective, on sortira des contraintes d'horaires imposées habituellement aux classes pour installer une gestion du temps adaptée au projet éducatif mis en place pour les élèves. Cette gestion particulière s'inscrira dans le Projet d'Etablissement et sera soumise à l'approbation de l'inspection.

5. Recommandations en termes d'organisation, de normes d'encadrement et de création

Types d'enseignement

Beaucoup de personnes autistes présentent aussi des troubles ou des handicaps qui ne sont pas en eux-mêmes spécifiques de l'autisme mais qui contribuent à la grande diversité des tableaux cliniques individuels et des conditions de prise en charge. On songe en particulier au retard mental, aux troubles du comportement et aux déficits sensoriels.

Le déficit cognitif peut être assimilé à un retard mental léger, modéré, sévère voire profond. Ceci introduit une diversification des conditions d'encadrement ainsi que du pronostic d'évolution.

Nous considérons ici les troubles comportementaux sous l'angle des problèmes qu'ils posent en terme de socialisation et de vie en groupe, tels que les crises d'angoisse, les crises de colère les agressions d'autrui, les destructions d'objets ... Leur gravité peut les amener à l'avant plan du tableau clinique et conduire à les considérer comme prioritaires dans le programme de prise en charge de la personne concernée.

Les personnes autistes peuvent également souffrir de déficits visuel ou auditif à différents degrés de gravité, ce qui nécessite leur prise en charge comme autistes dans des établissements équipés par ailleurs pour les handicaps sensoriels.

Cette diversité de tableaux cliniques entourant le diagnostic d'autisme nous conduit donc à proposer que des classes spécifiques adaptées pour les élèves autistes puissent être ouvertes dans des établissements scolaires organisant chacun des types d'enseignement spécialisé.

Nous proposons de spécifier sur l'attestation l'orientation vers un projet adapté aux élèves autistes, le type étant choisi selon la méthodologie habituelle et la mention justifiée par la production du rapport d'un pédopsychiatre. Le contenu du protocole justificatif explicitera cette adjonction.

Normes

Quel que soit le type d'enseignement attribué, nous proposons le nombre guide 5 pour le personnel enseignant. En outre, pour permettre la présence d'une deuxième personne, chaque classe pour autistes donnerait droit à un emploi temps plein hors C.P.U. Quant au personnel paramédical, nous proposons le nombre guide 7 , aussi bien pour le secondaire que pour le fondamental.

Pour que les besoins soient suffisamment rencontrés, il importe que la couverture géographique en matière projets adaptés soit assurée.

Chapitre 3

Réponses aux besoins des enfants et adolescents fréquentant l'enseignement spécialisé

A PROPOSITION DE CREATION DE FORMES D'ENSEIGNEMENT DANS L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE

1. Les constats de l'enquête du Conseil supérieur (voir annexe 2)

- A la lecture des résultats il apparaît que pour les types :
Type 1 : 76,71% (taux d'accord)
Type 3 : 59,67%(taux d'accord)
Type 8 : 73,46%(taux d'accord)
sont d'accord avec l'adéquation de la typologie.

Remarque : le taux d'accord plus faible pour l'enseignement de type 3 est la preuve que cet enseignement est en difficulté par rapport aux moyens mis à sa disposition pour remplir ses missions.

- A la lecture des résultats de l'enquête, il apparaît important d'amener les écoles spécialisées à mieux répondre aux besoins des élèves qui y sont orientés. C'est pourquoi le groupe propose le **maintien des 8 types d'enseignement** mais en appliquant au niveau de l'enseignement primaire **un système de formes** précisant les objectifs à atteindre compte tenu des besoins des élèves(l'enquête révèle ,en effet, que l'indice de satisfaction au niveau de l'organisation de l'enseignement spécialisé secondaire en 4 formes est égal ou supérieur à 94%).

2. Proposition de création de 4 formes d'enseignement au niveau primaire :

Afin de répondre plus précisément aux besoins des élèves mais sans pour autant copier les objectifs des formes du secondaire spécialisé, il s'avère nécessaire d'enrichir la typologie telle que définie par la création de 4 formes avec des objectifs spécifiques à l'enseignement primaire.

Ces 4 formes permettraient d'affiner l'offre en termes de pédagogie différenciée.

FORME A :

En fonction du Plan Individuel d'Apprentissage (P.I.A.) l'enseignement primaire spécialisé de FORME A vise prioritairement l'épanouissement personnel, en développant l'autonomie, la communication et la socialisation principalement par la mise en œuvre de compétences transversales relationnelles ainsi que de certaines compétences disciplinaires en vue d'une adaptation sociale aussi complète que possible.

FORME B

En fonction du Plan Individuel d'Apprentissage (P.I.A.), l'enseignement primaire spécialisé de FORME B vise prioritairement l'épanouissement personnel et, dès que possible, l'acquisition de notions scolaires de base en développant l'autonomie, la communication et la socialisation par la mise en œuvre de compétences transversales relationnelles y compris celles relatives aux démarches mentales, ainsi que de certaines compétences disciplinaires.

FORME C

En fonction du Plan Individuel d'Apprentissage (P.I.A.), l'enseignement primaire spécialisé de FORME C vise le développement cognitif, socio-affectif et comportemental.

Cet enseignement permet, selon un rythme et des stratégies adaptés, de développer les principales compétences transversales et disciplinaires indispensables à une adaptation sociale et à une formation professionnelle ultérieure.

FORME D

En fonction du Plan Individuel d'Apprentissage (P.I.A.), l'enseignement primaire spécialisé de FORME D vise l'acquisition de compétences transversales et disciplinaires de formation générale, équivalentes à celles de l'enseignement ordinaire (en référence aux Socles de Compétences), selon un rythme et des stratégies adaptés.

Remarque :

Pas de formes en enseignement maternel. Une adaptation des normes permettra de mieux répondre aux besoins des élèves polyhandicapés, autistes ou aphasiques/dysphasiques.

B UTILISATION DE LA GRILLE « INDICATEURS DES BESOINS »

1. Présentation de la grille

- Il est impératif de rappeler que pour la plupart des élèves orientés vers l'enseignement spécialisé, les organismes agréés possèdent les informations nécessaires permettant de compléter la grille « indicateurs des besoins ».

Il s'agit pour la plupart d'entre-eux de l'aboutissement de démarches d'accompagnement d'un élève en difficulté dans l'enseignement ordinaire.

Par contre, quand il s'agit d'une orientation réalisée en « urgence »* pour un élève dont l'organisme agréé dispose de peu d'informations, il est clair que la grille « indicateurs des besoins » ne pourra être complétée qu'en fonction des éléments connus. Cette remarque ne concerne pas les élèves orientés précocement vers l'enseignement maternel spécialisé (à 2 ans ½) car ceux-ci ont été suivis par les services d'aide précoce qui généralement transmettent aux centres chargés de l'orientation tous les éléments susceptibles d'aider les agents PMS à compléter le protocole justificatif.

**il s'agit essentiellement de l'orientation d'élèves frontaliers ou étrangers ou d'élèves ayant changé d'établissement scolaire.*

- Cette grille d'information sera complétée et annexée au protocole justificatif de l'orientation dans l'enseignement spécialisé.
- La grille ne devrait pas faire apparaître les formes d'enseignement ni la structure des établissements scolaires, mais elle devrait permettre la hiérarchisation des besoins prioritaires de l'élève orienté.
- Echelle de 0 à 4 (le nombre 4 étant la valeur indiquant les besoins les plus importants).
- Tout ceci à titre de suggestion avec la recommandation de soumettre la question au Conseil supérieur de la guidance PMS qui pourrait s'inspirer également de la recherche n° 87/01 du CEFES/ULB « Analyse des besoins et orientation des élèves vers l'enseignement spécial : état des lieux, propositions méthodologiques ».

Document à compléter sur base des informations connues.

	Social	Psychologique	Paramédical			
			Kiné	Logopède	Puériculteur	Infirmier
0						
1						
2						
3						
4						
Informations médicales :						
Au niveau des équipements (prothèse, voiturette, ...) :						
Affaires sociales (Service Aide à l'intégration, Centre de jour pour enfants scolarisés,).						
Observations et renseignements complémentaires :						

2. Utilisation de la grille au niveau des établissements scolaires

- Le Conseil de classe assisté de l'organisme de la guidance analysera le protocole et la grille « indicateurs des besoins » afin de mettre en place le P.I.A (Plan Individuel d'Apprentissage) de l'élève concerné. Les outils mis à la disposition de l'école devraient aider le Conseil de classe à mieux cerner les besoins des élèves.
- La forme d'enseignement au niveau primaire sera déterminée par le Conseil de classe.

3. Remarques complémentaires

- **Pour des raisons pédagogiques**, le Conseil supérieur de l'Enseignement spécialisé suggère qu'une réflexion soit menée sur les modalités de comptage des élèves.
- La notion de formes ne doit pas apparaître au niveau maternel.
- La situation administrative du personnel social et psychologique ainsi que du personnel paramédical devra faire l'objet d'une réforme au niveau du décret. En effet, actuellement les 6 fonctions (assistant social, psychologue, puériculteur, infirmier, logopède et kinésithérapeute) peuvent être organisées au départ d'un capital-périodes unique. Trois capitaux-périodes devraient coexister : un C.P pour le personnel social, un pour le personnel psychologique et un pour le personnel paramédical. De plus, les règles en matière de mises en disponibilités devraient être abrogées. On devrait en revenir à l'ancienne situation où les membres du personnel paramédical pouvaient être mis en disponibilité fonction par fonction et non pas au sein d'une fonction « paramédicale »

globalisée. De cette manière les établissements scolaires pourraient disposer du personnel susceptible de pouvoir répondre aux besoins des élèves.

- Création de la fonction d'ergothérapeute dans le personnel paramédical. (modification du statut)
- Revoir les normes d'encadrement paramédical. Une réflexion sur les nombres guides actuels devrait voir le jour car certains d'entre eux sont inadaptés aux besoins de certains élèves (cfr. proposition en annexe).
- Le calcul de l'encadrement en personnel auxiliaire d'éducation devrait être organisé comme pour le personnel enseignant ou le personnel paramédical, c'est-à-dire avec des nombres guides différents selon les types d'enseignement, et ceci pour tous les niveaux d'enseignement.
- La prise en charge de certains « handicaps lourds » n'est actuellement possible que moyennant la présence de personnel « Agent promotion emploi » (ACS, APE) ou l'aide d'une structure extérieure (SAJJ, SAI, structure INAMI,...). Ceci peut conduire à une « sélection » lors des inscriptions en fonction des besoins des élèves et des moyens disponibles ou non.

4. Organisation de formes dans l'enseignement primaire spécialisé

	Forme A	Forme B	Forme C	Forme D
Type 1			OUI	
Type 2	OUI	OUI		
Type 3	OUI	OUI	OUI	OUI
Type 4	OUI	OUI	OUI	OUI
Type 5	OUI	OUI	OUI	OUI
Type 6	OUI	OUI	OUI	OUI
Type 7	OUI	OUI	OUI	OUI
Type 8			OUI	OUI

- Pas de forme pour l'enseignement à domicile.

5. A propos des nombres guides et des pondérations dans l'enseignement primaire spécialisé

- Les pondérations proposées visent à donner des moyens appropriés aux établissements scolaires (du niveau primaire) afin que ceux-ci puissent remplir leurs missions et répondre aux besoins des élèves qu'ils accueillent.

<i>Forme</i>	<i>CPU enseignant</i>	<i>CPU paramédical</i>
Forme D	Pas de pondération	Pas de pondération
Forme C	Pas de pondération	Pas de pondération
Forme B	X 0,90	X 1,25 (sauf T2 = inchangé)
Forme A	X 0,80	X 1,40

6. Passage en régime organique des classes expérimentales

- Dans une 1^{ère} phase, l'organisation de ces projets adaptés sera soumise à **l'autorisation de l'administration sur avis de l'Inspection pédagogique**. Certains critères devront être rencontrés pour **obtenir l'agrément de ces projets** (équipement, encadrement médical, formation spécifique, supervision,...)
- Une pondération préférentielle devra être mise en place pour les élèves fréquentant des projets adaptés et agréés*
**anciennement classes expérimentales TEACCH, polyhandicapés, aphasiques/ dysphasiques.*

C. ADAPTATION DES NOMBRES GUIDES POUR LE CALCUL DE L'ENCADREMENT DES PERSONNELS AUXILIAIRES ET ADMINISTRATIFS

Moins de 20 élèves :	nombre guide = 0
De 20 à 39 élèves :	nombre guide = 0,25
De 40 à 59 élèves :	nombre guide = 0,50
De 60 à 79 élèves :	nombre guide = 0,75
De 80 à 99 élèves :	nombre guide = 1
De 100 à 119 élèves :	nombre guide = 1,25

ANNEXE 1

Argumentation par rapport aux points développés pour l'enseignement de type 5

a) Responsabilité des Pouvoirs publics face à l'hétérogénéité, la mouvance, la diversité des besoins, nous distinguons les situations suivantes :

- l'hospitalisation de courte durée ponctuelle
- l'hospitalisation de moyenne/longue durée;
- l'hospitalisation récurrente (pouvant alterner des hospitalisations longues et courtes voire exclusivement des courtes avec ou sans retour à l'école d'origine entre les hospitalisations).

Au sein de chacune de ces situations, il faut tenir compte d'autres paramètres :

- Une hospitalisation pour une raison somatique, dans une situation aiguë, n'a rien de commun avec celle du jeune hospitalisé pour une raison psychosociale ou psychiatrique. Les objectifs pédagogiques seront différents parce que, dans ce dernier cas, le jeune ne réintègrera pas nécessairement son école d'origine à la sortie de l'hôpital.
- Une hospitalisation au moment de la phase aiguë de la maladie n'implique pas les mêmes structures, les mêmes moyens, les mêmes objectifs pédagogiques que lors de la phase de revalidation.
- Certaines phases de la maladie sont prises en charge en ambulatoire voire à domicile (parfois très éloigné de leur école, de toute école).

Il existe néanmoins des points communs :

- à tous les élèves du type 5 : ils sont « sous certificat médical » en absence régulière de leur école d'origine où ils restent inscrits et qui assume la responsabilité de la certification ;
- à toutes les écoles de type 5 :
 - population extrêmement hétérogène puisqu'on y rencontre des jeunes provenant de tous types d'enseignement ordinaire ou spécialisé, quel que soit le handicap qui le motive) ;
 - les écoles de type 5b ne sont pas impliquées dans l'entrée ni la sortie des jeunes et ne maîtrisent pas la durée de la prise en charge (durée totale mais également au quotidien puisque les examens médicaux, soins, rééducations ont la prévalence sur l'activité pédagogique).

Toutes ces situations impliquent un personnel qualifié, reconnu et soutenu. A l'instar de ce qui est réalisé dans les pays voisins, des partenariats sont à encourager (avec le ministère de la santé, avec les mutualités, avec le service de l'enseignement à distance, avec les associations professionnelles déjà présentes sur le terrain, ...).

b) Prise en compte du lieu réel des besoins. Equipe minimale de base.

La fluctuation de la population hospitalisée est telle que dans les petites structures hospitalières, il arrive fréquemment que l'on se trouve en présence d'un ou deux adolescents durant quelques semaines puis pratiquement du jour au lendemain, à leur place, en présence de très jeunes élèves. Un changement inverse dans un hôpital voisin

ou d'autres besoins dans un autre site de l'école T5, l'état de santé fluctuant des jeunes, ..., autant de situations nécessitant une souplesse quant au lieu de travail et autant de situations justifiant que l'on considère plus important de répondre aux besoins des jeunes quel que soit l'endroit où ils se trouvent. Cette flexibilité implique une équipe de base pouvant couvrir l'ensemble des niveaux scolaires.

c) Flexibilité indispensable des grilles horaires et des titres requis

Le nombre de lits d'un service ne varie en principe pas et la proportion de ces jeunes scolarisables est somme toute assez peu fluctuante. Cependant, l'âge des élèves hospitalisés au sein d'un service est très varié. Il est donc vivement souhaitable que les grilles horaires de référence indiquent « cours de formation humaine » et « cours de formation scientifique » acceptant, dès lors, davantage de polyvalence dans les titres.

Par ailleurs, soulignons que si certaines semaines sont très chargées et impliquent une disponibilité des enseignants bien supérieure à leur charge horaire normale, à d'autres moments c'est l'inverse. Il est fréquent qu'une prise en charge se poursuive durant certains congés scolaires (préparation aux examens,...).

Dans certains cas, (essentiellement dans les centres de revalidation, dans les services psychiatriques) des conventions internes, sollicitées par les responsables médicaux, sont établies prévoyant un étalement du temps scolaire adapté au projet thérapeutique local (sortant du cadre des 182j/an). De telles dispositions mériteraient qu'elles soient clairement acceptées par les autorités compétentes

d) Capital périodes « supplémentaire »

Il faut aussi en effet prendre conscience qu'il n'est pas prévu de capital périodes pour du personnel paramédical (supposé être fourni par l'institution médicale). Or, les préoccupations médicales ne recouvrent pas exactement celles identifiées par l'école en ce qui concerne les besoins ré-éducatifs des jeunes.

Il incombe également aux écoles de type 5 d'assumer de très nombreuses tâches sociales et administratives indispensables pour un suivi pédagogique optimal et ce actuellement, sans aucun moyen organique. Dans un certain nombre de cas, les parents ne sont pas présents au chevet de leur enfant, certains ne sont pas préoccupés par la question de la scolarité ou ne peuvent prendre en charge leurs responsabilités éducatives (parents démunis, maltraitants, ...).

e) Liens école d'origine - école à l'hôpital

Pour les hospitalisations de longue durée ou récurrentes, les écoles d'origine devraient être dans l'obligation d'entrer en contact avec les écoles en hôpital directement ou via leur centre PMS afin d'assurer la continuité éducative : « le décret missions » le précisait déjà, et la certification reste sous leur responsabilité.

L'obligation décrétole qui sera d'application pour les écoles d'enseignement spécialisé à partir de septembre 2004, impliquera pour les écoles de type 5 de communiquer formellement avec l'école d'origine.

L'expérience montre que c'est encore trop souvent la bonne volonté individuelle (et beaucoup trop d'énergie à dépenser) qui permet d'assurer une continuité au niveau pédagogique sans

pour autant garantir aux jeunes une prise en compte du travail scolaire mené pendant l'absence au niveau de l'évaluation de fin d'année.

f) Convention entre partenaires

Le nombre de locaux, leur permanence, le respect du temps scolaire, l'intégration du personnel enseignant et du centre PMS au sein des équipes multidisciplinaires, l'inscription des élèves à l'école et la préparation de leur sortie, autant de paramètres qui devraient être formalisés dans une convention liant les autorités des secteurs santé et éducation.

Bibliographie

Pour nourrir sa réflexion, le groupe s'est inspiré de diverses sources et principalement :

- Arrêté Royal du 20/07/78, complétant les dispositions de la loi du 06/07/70 fixant les conditions d'organisation de l'enseignement à domicile.
- Loi du 29 juin 1983 concernant l'obligation scolaire (Moniteur belge du 06/07/83) plus particulièrement l'article 1.
- Décret définissant les missions prioritaires de l'Enseignement fondamental et de l'Enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre - 24/07/97- avant-projet de décret organisant l'Enseignement spécialisé (version du 08/07/2002).
- Plaquette de présentation de l'enseignement de type 5 rédigée par l' APH et transmise aux écoles par voie de circulaire via l'Administration.
- Rapport du groupe de travail « DOMI » de l'Association des Pédagogues Hospitaliers de la Communauté française de Belgique « propositions en vue d'une modification des textes légaux concernant le suivi scolaire à domicile des jeunes malades et accidentés » - 9 juin 2001.
- Document de travail «commission pédagogique Enseignement spécialisé - carte d'identité FédEFoC 2002».
- Articles divers en provenance d'écoles organisant l'enseignement de type 5 et d'associations professionnelles actives dans ce secteur.
- GENICOT Roger, in RONDAL A. et COMBLAIN A. (eds), *Manuel de psychologie des handicaps*, Sprimont, MARDAGA, 2001 P 203.
- GENICOT Roger, *Réadaptation fonctionnelle des handicapés de la vue*, Liège, La Lumière, centre Pouplin s.d. p 17.
- GENICOT Roger, *L'élève non-voyant à la découverte de l'environnement*, Liège, La Lumière, centre Poulplin, s.d. p 41.
- FAYE E.E., *Clinical low vision*, Boston, Toronto, 1984, Little Brown & company, cité par GENICOT R., in RONDAL A. et COMBLAIN A. (eds), *Manuel de psychologie des handicaps*, Sprimont, MARDAGA, 2001 P 203.
- INSERM, *Classification internationale des handicaps*, Paris, INSERM/CTNERHI, 1988.
- Bureau International d'Audiophonologie BIAP, Handicaps multiples et atteintes de l'audition Aspects préventifs chez l'élève. Recommandation 21/1.
- DMS IV.

Par ailleurs, le groupe a fait appel à divers « experts de terrain » représentatifs des différents réseaux d'enseignement (enseignants et PMS) ainsi que diverses associations professionnelles actives dans ce secteur (asbl Association des pédagogues hospitaliers de la C.F., asbl L'école à l'hôpital et à domicile)

TABLE DES MATIERES

<u>Introduction</u>	2
<u>La formation</u>	4
<u>Chapitre 1</u>	9
<u>A. Enseignement de type 1</u>	9
1. <u>Définition du décret de l'enseignement spécialisé.</u>	9
2. <u>Proposition de définition</u>	9
3. <u>Commentaires</u>	9
4. <u>Caractéristiques des élèves :</u>	10
5. <u>Recommandation</u>	11
<u>B. Enseignement de type 2</u>	12
1. <u>Définition du décret de l'enseignement spécialisé</u>	12
2. <u>Proposition de définition</u>	12
3. <u>Commentaires</u>	12
4. <u>Caractéristiques des élèves.</u>	13
5. <u>Recommandations.</u>	13
<u>C. Enseignement de type 3</u>	15
1. <u>Définition du décret de l'enseignement spécialisé.</u>	15
2. <u>Proposition de définition.</u>	15
3. <u>Caractéristiques des élèves</u>	15
4. <u>Recommandations.</u>	16
<u>D. Enseignement de type 4</u>	18
1. <u>Définition du décret de l'enseignement spécialisé.</u>	18
2. <u>Proposition de définition</u>	18
3. <u>Caractéristiques des élèves.</u>	18
4. <u>Commentaires</u>	20
5. <u>Recommandation</u>	22
<u>E. Enseignement de type 5</u>	23
1. <u>Définition du décret de l'enseignement spécialisé</u>	23
2. <u>Proposition de définition</u>	23
3. <u>Caractéristiques des élèves</u>	23
4. <u>Commentaires</u>	24
5. <u>Recommandation</u>	25
<u>Enseignement à domicile</u>	26
<u>Niveau primaire</u>	26
<u>niveau secondaire inférieur et supérieur</u>	26
Proposition de modification du décret :	26
<u>HANDICAPS SENSORIELS</u>	27
Concernant les enseignements de Types 6 et de Type7	27
<u>F. Enseignement de type 6</u>	30
1. <u>Définition de décret sur l'enseignement spécialisé</u>	30
2. <u>Proposition de définition</u>	30
3. <u>Commentaires</u>	30
4. <u>Caractéristiques des élèves</u>	31
<u>G. Enseignement de type 7</u>	32
1. <u>Définition du décret de l'enseignement spécialisé</u>	32
2. <u>Proposition de définition</u>	32

3.	<u>Caractéristiques des élèves</u>	32
H.	<u>Enseignement de type 8</u>	33
1.	<u>Définition de décret sur l'enseignement spécialisé</u>	33
2.	<u>Proposition de définition</u>	33
3.	<u>Commentaires</u>	33
4.	<u>Caractéristiques des élèves</u>	33
5.	<u>Recommandation</u>	36
<u>Chapitre 2</u>		37
A.	<u>Elèves Polyhandicapés</u>	37
1.	<u>Le polyhandicap.</u>	37
2.	<u>Proposition de définition</u>	37
3.	<u>Caractéristiques des élèves</u>	37
4.	<u>Projet éducatif.</u>	38
5.	<u>L'encadrement.</u>	38
6.	<u>Recommandation en termes d'organisation, de normes d'encadrement et de création.</u>	39
B.	<u>élèves Aphasiques/Dysphasiques</u>	41
1.	<u>Caractéristiques essentielles</u>	41
2.	<u>Proposition de définition</u>	41
	<u>Préalables</u>	41
3.	<u>Recommandations spécifiques :</u>	42
4.	<u>Encadrement</u>	42
5.	<u>Approches méthodologiques indispensables</u>	42
C.	<u>élèves Autistes</u>	43
	<u>L'autisme</u>	43
1.	<u>Proposition de définition</u>	43
2.	<u>Caractéristiques des élèves</u>	43
3.	<u>Projet éducatif</u>	44
4.	<u>Encadrement</u>	45
5.	<u>Recommandations en termes d'organisation, de normes d'encadrement et de création</u>	45
<u>Chapitre 3</u>		47
A.	<u>Proposition de création de formes d'enseignement dans l'enseignement primaire</u>	47
1.	<u>Les constats de l'enquête du Conseil supérieur (voir annexe 2)</u>	47
2.	<u>Proposition de création de 4 formes d'enseignement au niveau primaire :</u>	48
B.	<u>Utilisation de la grille « indicateurs des besoins »</u>	49
1.	<u>Présentation de la grille</u>	49
2.	<u>Utilisation de la grille au niveau des établissements scolaires</u>	50
3.	<u>Remarques complémentaires</u>	50
4.	<u>Organisation de formes dans l'enseignement primaire spécialisé</u>	51
5.	<u>A propos des nombres guides et des pondérations dans l'enseignement primaire spécialisé</u>	52
6.	<u>Passage en régime organique des classes expérimentales</u>	52
C.	<u>Adaptation des nombres guides pour le calcul de l'encadrement des personnels auxiliaires et administratifs</u>	52
<u>Annexe 1</u>		53
	<u>Argumentation par rapport aux points développés pour l'enseignement de type 5</u>	53
<u>Bibliographie</u>		56