

# L'école et la santé mentale des enfants

## *Prévention, dépistage, intégration pour tous à l'école : dynamique inclusive ou ségrégative ?*

La loi du 11 février 2005 affirme le droit d'inscrire dans son école de référence tout enfant qui présente un handicap. Le décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005, relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, reconnaît la responsabilité de l'Éducation Nationale vis-à-vis de tous ces enfants et adolescents. La scolarisation en milieu ordinaire, sans être systématique, est privilégiée et favorisée chaque fois que possible. De fait, l'aménagement du parcours scolaire des enfants et des adolescents est devenu le principal enjeu des orientations par la MDPH. L'affirmation de ce droit à une scolarisation fait obligation à l'école de s'adapter pour accueillir la plupart des enfants et exige d'elle qu'elle réduise les écarts de performance. Il existe un risque que la sphère du handicap proprement dit soit élargie aux enfants qui apprennent mal.

La nécessité de compenser les besoins des enfants handicapés pour leur permettre de rester dans le milieu scolaire conduit ainsi à passer d'une offre de soins mise à disposition à l'usage prescriptif de soutiens thérapeutiques.

Ce risque est encore aggravé par l'extension actuelle du principe de précaution qui tend à multiplier les démarches de prévention à partir d'un dépistage généralisé. L'école apparaît comme le lieu d'élection de la démarche préventive. Les enfants risquent d'être très tôt repérés, catalogués et traités en fonction de troubles potentiels et non sur la base de l'analyse au présent de leurs difficultés.

Comment éviter cette dangereuse dérive sans renoncer à améliorer la qualité de la scolarisation des enfants handicapés psychiques ?

Sans relâcher la recherche concernant ceux qui souffrent de troubles psychiques et nécessitent des soins ?

Aujourd'hui, l'ensemble de la politique de l'enfance est en mutation. Les textes récents, concernant la place de l'école en matière de prévention et de prise en charge du « handicap psychique », ont introduit une révolution dont on ne mesure pas encore tous les effets. C'est à cette prise de conscience que tente de contribuer ce numéro de *Pluriels*.

### S O M M A I R E

#### P2

##### Éditorial

*Au cœur du politique*

#### P2

##### I. Hier

#### P3

##### II. Aujourd'hui : un état des lieux en devenir

1. La scolarisation des enfants atteints de troubles psychiques
2. L'école pour Tous et Chacun entend s'adapter à la personne et non l'inverse
3. Psychiatrie infanto-juvénile, santé mentale et Éducation nationale : où est le problème ?

#### P5

##### III. En route vers des changements : expériences

1. Point de vue du médecin scolaire
2. Formation à un repérage plus précoce des troubles des enfants et des adolescents

#### P7

##### IV. Demain

---

## Éditorial : la psychiatrie infantile au cœur du politique.

La psychiatrie de l'adulte a toujours évolué, depuis 1838, dans un triangle en tensions, la longueur de chaque côté pouvant limiter celle des deux autres : libertés individuelles, contrôle social et ordre public, soins et thérapie. L'évolution sociale peut raccourcir ou rallonger tel ou tel côté du triangle, mais jusqu'à présent, la forme triangulaire générale a subsisté. L'amalgame actuel entre maladie mentale et violence de l'adulte d'un côté, délinquance et trouble mental de l'enfance et de l'adolescence de l'autre, nous fait entrer dans une nouvelle période, qui a déjà existé dans le passé, où le contrôle social, dans une perspective sécuritaire, pourrait devenir prédominant.

C'est tout l'intérêt de ce numéro consacré à l'enfance de montrer comment la pédopsychiatrie est confrontée, elle aussi, à des aspects conflictuels analogues à ceux de la psychiatrie générale, qui traversent l'organisation des soins, la thérapie, l'éducation et le champ social, chaque avancée positive pouvant être considérée « en risque ». Telle pourrait être examinée la place du handicap, à la fois chance offerte et risque de catégorisation définitive.

La pratique de l'enfance élargit de plus en plus son zoom et ne peut plus séparer de façon aussi tranchée psychopathologie individuelle, contexte familial, social, éducatif et judiciaire. Où commence la thérapie, où commence l'éducation, la vie sociale ? La porte d'entrée est-elle la même que la porte de sortie ? Un mode d'intervention holistique, dans des situations de plus en plus globales, confronte à des frontières poreuses entre thérapie et éducation, induisant une redéfinition très inconfortable, voire confusionnante, des champs et des rôles des acteurs concernés.

Parallèlement, les familles demandent de plus en plus à intervenir et se prononcent sur les stratégies de traitement qu'elles refusent ou qu'elles préfèrent. La pédopsychiatrie est traversée ainsi par des discours concurrents qui stigmatisent en étiquetant, qui « expliquent scientifiquement » au lieu de décrire, et se présentent comme des discours de « vérité ». Le discours psychopathologique peut-il s'exempter complètement de cette remarque ?

Face à ces conflits cliniques, éthiques, organisationnels, la tentation pourrait être celle du repli, pour la pédopsychiatrie, sur son pré carré psychopathologique. Je ne crois pas que cela la protégera. Il semble bien que la seule stratégie positive consiste à ne pas se désengager du champ familial et social, ni du politique, et de continuer à s'exposer en revendiquant la juste place du soin et de la thérapie. La réussite n'est pas garantie. Mais les chances d'être mieux entendu seront augmentées si nous avons la confiance de nos usagers et de nos utilisateurs, et si nous

pouvons contribuer à un climat serein et exigeant avec les pouvoirs publics, convaincre par tous les canaux possibles.

Serge Kannas

---

## I. Hier.

**En 2003, la France a été condamnée par Bruxelles.** Depuis la loi de 1975 jusqu'à celle de 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » en passant par le plan Handiscol de 1999, de nombreux dispositifs ont été mis en place pour l'accueil des enfants handicapés en milieu ordinaire et dans des classes spécialisées.

**En 2000, le rapport Ringard déplorait l'affectation dans les Classes d'intégration scolaire (CLIS),** pour plus de la moitié des effectifs, d'enfants auxquels ces classes n'étaient pas, *a priori*, destinées : « présence d'enfants nomades, d'élèves à la limite de la délinquance, d'enfants non scolarisés, d'enfants d'immigrés », et concluait que cette hétérogénéité, révélatrice des pratiques en vigueur dans notre pays, « demande une analyse approfondie des modalités de recrutement des élèves de CLIS ».

**En 2003, selon le rapport de la Défenseure des enfants, seuls 40 % des enfants et adolescents, malades ou handicapés, étaient scolarisés dans une école de droit commun** sans qu'on puisse distinguer scolarisation à temps plein ou temps partiel, ce qui incluait certains enfants n'ayant droit qu'à une ou deux heures de présence par semaine. Un quart des enfants en établissements spécialisés ne bénéficiaient d'aucun contact avec un enseignant. Ces chiffres ne prenaient pas en compte les nombreux cas, non recensés par l'Éducation Nationale, d'enfants vivant à domicile avec un minimum de soins, « faute de solution », sans demande enregistrée de scolarisation. Leur estimation variait, selon les définitions et les sources, de 6 000 à 15 000. Pour certains d'entre eux, la gravité même de leur trouble ou la sévérité du handicap expliquait cette situation mais, pour d'autres, ce sont les incohérences ou les faiblesses des dispositifs qui sont en cause.

Le 4 novembre 2003, la France était condamnée par le Comité Européen des Droits Sociaux dans une décision Autisme-Europe c/France, pour sa scolarisation extrêmement faible des enfants autistes. La question fondamentale était posée de savoir si le droit à la scolarisation des enfants handicapés se trouvait réellement appliqué. La France était alors considérée comme un pays fortement ségrégatif. L'état des lieux révélait une discrimination active où l'intégration était encore parcimonieuse, aléatoire et restait un « processus fragile » qui reposait « plus sur la bonne volonté et sur la charité que sur des savoir-faire professionnels »... « L'intégration se développe sur la base du volontariat des enseignants et des chefs d'établissements, ce qui ne respecte pas le principe de l'égalité républicaine devant les structures... La plupart du temps, les intégrations sont réalisées à l'essai... L'intégration n'est pas un véritable droit mais une tolérance, et place l'enfant et ses parents dans une situation précaire et perturbante ».

**Jusqu'en 2005, plusieurs constats pouvaient être faits :**

- L'existence d'un important dispositif d'établissements spécialisés relevant des Annexes XXIV, hors Éducation Nationale, à la charge de l'assurance maladie, géré par de grandes associations pour lesquelles il constitue une activité économique de premier ordre.

- Une intégration inégalement développée, plus aisée en maternelle qu'à l'école élémentaire ou au collège, exceptionnelle au lycée. Les CLIS ne jouent pas toujours leur rôle intégrateur et l'effet de filière (IME-IMPRO-ESAT ou établissement de soins) s'exerce au détriment de l'intégration en milieu ordinaire.
- Le manque flagrant de moyens d'accompagnement : RASED, auxiliaires d'intégration, SESSAD, santé scolaire.
- Le défaut de formation initiale et une formation continue organisée de manière empirique pour les enseignants ordinaires ou spécialisés, les chefs d'établissement, les personnels de santé. Un véritable frein à une intégration de qualité.

## Scolarisation des enfants handicapés en chiffres : évolution 2001-2007.

### En 2001

- 103 000 enfants en intégration scolaire en milieu ordinaire :
  - 76 000 élèves dans le 1<sup>er</sup> degré, dont 48 200 en 3381 CLIS ;
  - ≈ 20 000 élèves dans le second degré, dont 2 800 dans 303 UPI ;
  - ≈ 7 000 étudiants poursuivant leurs études dans l'enseignement supérieur.
- 87 400 enfants dans des établissements et services médico-sociaux et 6 700 dans le sanitaire.
- 10 000 à 13 000 cas de décisions de la CDES non suivies d'effet (CTNERHI).

### En 2007

- 162 100 enfants en intégration scolaire en milieu ordinaire :
  - 109 682 dans le 1<sup>er</sup> degré dont 39 634 en CLIS ;
  - 52 334 dans le second degré dont 11 581 en UPI ;
  - ≈ 1 200 enseignants référents ;
  - 7 570 assistants de vie scolaire individuelle accompagnant 32 486 enfants ;
  - 951 assistants de vie scolaire collectif ;
  - ≈ 5 000 SESSAD offrant 27 000 places d'aide à l'intégration scolaire.
- 104 247 accueillis en établissement MS dont 72 140 enfants scolarisés et ≈ 5 000 en établissements sanitaires.
- Sur une MDPH, 2 à 3 000 dossiers d'orientation étudiés entre avril et juillet !

## II. Aujourd'hui : une situation évolutive.

### 1. La scolarisation des enfants atteints de troubles psychiques

La scolarisation des enfants handicapés dans leurs apprentissages, du fait de leur pathologie psychiatrique, s'effectue actuellement selon plusieurs modalités. Les passages d'un dispositif à l'autre sont faciles ou impos-

sibles du fait de critères qui tiennent plus à la répartition des structures qu'aux besoins réels des enfants.

**A. La situation de l'enfant lui permet d'être accueilli dans son établissement scolaire de référence en classe ordinaire avec un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) :** c'est le cas le plus fréquent en maternelle, plus rare en primaire ; le passage au collège (6<sup>e</sup> ou SEGPA), et plus encore au lycée, peut s'avérer difficile, et les enfants doivent alors être réorientés. Cette situation concerne 21 % des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire (temps plein ou temps partiel) en primaire, 15 % au collège (25 % dans les SEGPA), 6 % au lycée.

**B. Un dispositif adapté est nécessaire (CLIS ou UPI) dans l'établissement scolaire de référence ou un établissement scolaire plus éloigné du domicile qui dispose de :** classe à petit effectif (12 enfants environ), tenue par un enseignant spécialisé assisté d'une auxiliaire de vie scolaire collective. L'enfant peut fréquenter la classe à temps plein, avec un temps d'accueil en classe ordinaire, ou à temps partiel, avec un temps d'accueil en établissement spécialisé. Les CLIS 1 accueillent le plus souvent des enfants présentant un défaut d'apprentissage du fait d'un déficit intellectuel. La plupart des MDPH demandent un partenaire de soins identifié (libéral, SESSAD ou CMP/CMPP), dont le projet est associé au Projet Personnalisé de Scolarisation validé par la MDPH. La poursuite de ces classes au collège se fait en SEGPA ou en UPI (Unité Pédagogique d'Intégration). Les troubles psychiques représentent 8 % des effectifs des CLIS et des UPI. Les résultats de la poursuite de cette scolarisation au lycée (vs IMpro) ne peuvent être déjà mesurés, leur mise en place étant trop récente.

**C. L'enfant est pris en charge dans un établissement médico-social ou sanitaire. Trois modes de scolarisation sont possibles :** a) **intégralement au sein de l'établissement spécialisé ;** b) **à temps partagé entre cette structure et le milieu ordinaire ;** c) **à temps partagé entre cette structure et une classe spécialisée.** La situation est très hétérogène, allant d'une pseudo-scolarisation - ateliers pédagogiques menés par un personnel non spécialisé - à l'organisation de véritables écoles spécialisées au sein des institutions, où des enseignants spécialisés détachés de l'Éducation Nationale peuvent travailler en collaboration étroite avec les équipes de soins. Le nombre d'enfant bénéficiant de temps partagés tend à se développer. Pour les autres, le temps consacré à la scolarisation, au sein des institutions médico-sociales, reste très limité.

**D. Scolarisation à domicile :** autrefois par défaut, cette modalité est très sollicitée, actuellement, par des parents déçus par la fragmentation du temps de scolarisation et le manque d'individualisation de la pédagogie, même au sein de classes à très petits effectifs. C'est parfois aussi une modalité de PPS qui vient en complément d'un temps collectif (par l'École chez Vous).

Aujourd'hui, on peut donc observer une ouverture vers l'insertion qui risque de faire perdre l'expérience engrangée par ces enseignants immergés dans l'espace du handicap psychique, en lien étroit avec les équipes de soins. Des expériences innovantes de liens entre institutions spécialisées et écoles de quartier, pour l'accueil collectif d'enfants accompagnés de leurs soignants ou de leurs éducateurs, existent, mais ne sont ni répertoriées ni diffusées.

Il est difficile de tirer des conclusions sur l'évolution du parcours de scolarisation des enfants : la période actuelle est marquée par une volonté de profonde transformation opérant vers l'intégration, tandis que la loi

insiste sur la nécessité de favoriser l'accueil selon les formes demandées par les parents. À cela s'ajoute le fait que toutes les structures n'existent pas encore en nombre suffisant ; que les protocoles d'orientation et de suivi sont en cours de mise en place par les MDPH ; et enfin, que le nombre d'enseignants formés reste très en deçà des besoins des seules classes d'intégration.

**Devant ce paysage, plusieurs questions se posent :**

- Le nombre de Projets Personnalisés de Scolarisation augmente : est-ce par souci d'adaptation ou par baisse du seuil de tolérance ?
- Le regard porté sur l'enfant, dans les dossiers étudiés par la MDPH, change : la question des troubles des apprentissages (les dys) et des troubles du comportement (avec ou sans trouble attentionnel et traitement) envahit le champ de l'observation au détriment d'une clinique psychique. Quelles sont les conséquences du phénomène sur l'orientation et les parcours de scolarisation et de soins ?
- Le nombre d'enfants handicapés accueillis principalement à l'école augmente très vite, mais celui des adolescents évolue peu. Vers quel type d'intégration en apprentissage professionnel va-t-on aller ?
- Comment les parents pourront-ils accepter qu'au terme d'efforts importants pour adapter le parcours scolaire de leur enfant, celui-ci soit, en fin de compte, tardivement orienté vers un établissement médico-social ?

Depuis la loi sur l'égalité des chances, on assiste donc à un véritable changement de paradigme : l'accent mis sur les enjeux des apprentissages renvoie les soins à un niveau subsidiaire : avec quelles conséquences ?

**2. L'école pour Tous et Chacun entend s'adapter à la personne et non l'inverse.**

La loi réaffirme avec vigueur l'intention de favoriser l'intégration des jeunes handicapés dans les établissements de droit commun. S'inaugure ainsi une ère nouvelle.

Le nouveau concept de handicap, en mettant l'accent sur le contexte et les besoins de l'« Enfant à Besoins Particuliers » (BEP) - et non plus sur la déficience -, place le monde éducatif devant l'obligation de répondre à ces besoins et déplace la responsabilité des incapacités non plus sur le handicap de l'enfant mais sur l'école. La reconnaissance d'une gamme de besoins, divers dans leurs degrés et leurs formes, nécessite de pouvoir ajuster les modalités éducatives et pédagogiques de façon souple et évolutive, alors même que le cadre rigide de l'Éducation Nationale offre peu de possibilités d'adaptation. À cette première obligation s'ajoute, réaffirmée comme une nécessité impérieuse, le recours à des centres ressources, à des équipes de soins pluridisciplinaires, à des organisations de réseaux, sans que les temps nécessaires à des rencontres avec les autres professionnels soient réellement prévus dans les dispositifs.

L'insertion scolaire peut être ressentie comme une menace, aussi bien par les personnels travaillant dans le secteur traditionnel de l'éducation spécialisée (qui se considèrent mieux formés et peuvent craindre pour leur place), que par les acteurs de l'enseignement ordinaire, qui se trouvent mal préparés et redoutent une détérioration de leurs conditions de travail.

Il est vrai que l'émergence des établissements spécialisés est née de l'incapacité des écoles ordinaires et de ses enseignants à s'adresser efficacement à ces élèves. Ces derniers exigent un investissement considérable en bâtiments et en équipements ; en expertise, en personnels, en moyens éducatifs... Tout ce qui fait encore défaut dans les écoles ordinaires !

Établissement spécialisé	Coût moyen annuel de la place	25 000 €
Éducation Nationale	Coût moyen annuel élève non handicapé	6 000 €

Les questions financières sont au centre des mutations. La comparaison du coût des deux modalités d'enseignement montre que l'enseignement intégré est toujours d'un coût inférieur à celui de l'enseignement séparé. Par contre, aucune analyse coût/efficacité n'a encore été effectuée. Il est évident qu'on ne saurait espérer améliorer la qualité de la prise en charge des enfants handicapés - et l'aide nécessaire à leurs parents - sans un engagement financier fort de l'État. Ainsi se pose le dilemme de l'affectation adéquate des ressources : soit à l'école, avec le risque de dilution ; soit à l'enfant, solution qui peut contribuer à une stigmatisation/discrimination de l'enfant handicapé et bloquer, à terme, le développement de son intégration.

De nombreux pays ont fait le choix de reconvertir les centres spécialisés et de créer des institutions polyvalentes, encourageant ainsi les interactions entre le système général d'enseignement et le système spécialisé. Ils voient dans la transformation de ce dernier l'émergence de « structures de dialogue » qui pourraient constituer un puissant instrument d'évolution, susceptible de faciliter le passage à un environnement plus ouvert.

**3. Psychiatrie infanto juvénile, santé mentale et Éducation Nationale : où est le problème ?**

Tous les textes s'accordent pour faire de l'école le principal agent de l'intégration du handicap et de la prévention en santé mentale des enfants et des adolescents. En cinq ans, de 2003 à 2008, ce sont plus de dix rapports, quinze arrêtés et trente circulaires qui sont parus sur le repérage, la scolarisation et le soin aux enfants et aux adolescents « en souffrance, en grande difficulté, souffrant de troubles du langage, de troubles des apprentissages ou de troubles mentaux... ». S'appuyant sur ces nombreux rapports et expertises, plusieurs textes sous différents ministères (Éducation Nationale, Santé, Famille et Cohésion Sociale, Intérieur) tentent de mettre en cohérence une véritable politique de l'enfance.

Cette politique serait louée sans la crainte qu'elle ne soit mise au service d'une prévention et d'une normalisation sociale plutôt qu'à celui du bien être et de la santé mentale de l'enfant. Ainsi chaque rapport, chaque réforme, s'enflent d'une polémique. De celle-ci témoigne le nombre impressionnant de pétitions qui émanent des milieux professionnels (médecins et enseignants) et des parents, dont voici trois exemples :

- « Pas de zéro de conduite »<sup>1</sup>. Ce collectif est le mouvement le plus connu et le plus symptomatique du malaise de nombreux soignants face au contexte général leur faisant craindre « une politique préventive mais non prévenante de grande envergure avec les risques d'une dérive prédictive ». Constituée en réaction à un rapport de l'Inserm qui définissait une « nouvelle maladie : le trouble de comportement » en tant que

1. Le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) ayant auditionné le collectif, conclut qu'il « ne peut pas approuver une volonté d'inscrire la médecine préventive dans le champ de la répression ».

facteur prédictif du risque de délinquance, et demandait la détection et la surveillance des enfants à la crèche et, dès l'âge de trois ans, à l'école. La pétition lancée par le collectif a reçu plus de 200 000 signatures et la polémique reste d'actualité.

● « **Nos vies de moins en moins privées, nos enfants de plus en plus suspects** » dénonce, avec le repérage des familles fragilisées, les risques d'atteintes aux libertés fondamentales. L'orientation sécuritaire du travail social et l'amalgame entre problèmes sociaux et médicaux conduisent à envisager les faits comme des symptômes prédictifs et à mettre en place, au nom d'une politique préventive, le « suivi » sur dossier d'une partie de la population. Mission serait donnée à l'Éducation Nationale, au nom de la politique de prévention, d'effectuer ce travail.

● « **Nos enfants sont fichés, ne nous en fichons pas** ». Le collectif craint des dérives où les Projets individualisés de réussite éducative internes à l'Éducation Nationale, proposés par les enseignants aux parents comme soutien aux difficultés scolaires<sup>2</sup>, seraient confondus avec les volets éducatifs des Dispositifs de réussite éducative<sup>3</sup>, en créant un lien direct avec les Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance.

Ces exemples illustrent les raisons de craindre, au nom d'une médecine préventive (prédictive) confiée paradoxalement à des organisations de moins en moins médicalisées, l'instrumentalisation du concept de soins précoces au service de la prévention sociale du risque.

Le projet de suppression de la médecine scolaire, au profit des « nouvelles missions éducatives » des enseignants et de missions de prévention confiées aux infirmières, a provoqué de vives réactions, qui soulignaient la place indispensable des médecins comme seuls habilités à établir si les difficultés constatées à l'école sont, ou non, d'ordre médical, pour faire le lien avec les médecins traitants et les équipes de soins. Ces « médecins de première ligne » ont un rôle d'évaluation non seulement pour repérer les signes annonciateurs d'une pathologie ; aider à distinguer le symptôme qui nécessite l'attention bienveillante des adultes sans pour autant signer un fonctionnement pathologique ; déceler des symptômes pouvant faire craindre un malaise plus profond et pour lesquels l'avis d'un spécialiste sera nécessaire. Facteur aggravant la situation, le nombre de pédopsychiatres publics est restreint et n'ira pas en augmentant. Il leur est matériellement impossible de voir tous les enfants ou adolescents pour lesquels les adultes se posent des questions. Faire la part entre le « développemental » et le « pathologique » constitue donc, une mission de première importance de la médecine scolaire.

Entre la logique sociale préventive et médicale de repérage et de soins précoces, la prise en charge psychologique et psychiatrique du symptôme « échec scolaire » est mise en tension avec celle d'« enfants à BEP ». À l'école, l'adoption généralisée de cette nouvelle préoccupation peut mener à gérer le handicap et l'échec scolaire dans une opacité qui serait préjudiciable à tous les enfants.

Le problème se pose avec acuité pour les enfants dits « en grande difficulté », présentant des difficultés importantes d'apprentissage – et donc des besoins éducatifs spécifiques –, mais qui ne sont pas inclus dans les catégories usuelles d'enfants handicapés identifiés par des déficiences motrices, physiques, sensorielles ou mentales bien caractérisées.

2. Décret du 24 août 2005.

3. Décret d'application du 15 février 2008 de la loi du 5 mars 2007, dite prévention de la délinquance, précisant les conditions dans lesquelles les maires peuvent créer des fichiers informatiques et récolter des informations sur les enfants scolarisés dans leurs communes, notamment en ce qui concerne l'absentéisme, les sanctions disciplinaires et les informations des Caisses d'allocations familiales.

On retrouve ce même risque de confusion entre soutien éducatif, accompagnement social et soins, au niveau des MDPH intervenant dans le cadre de la validation des PPS : ces enfants sont déclarés « en situation de handicap à l'école ». Renvoyés dans l'espace social du handicap, ils risquent que leurs difficultés soient confondues avec celles de l'institution scolaire qui les accueille. Une incapacité provisoire, liée à un problème de santé, qui nécessiterait des soins et une adaptation transitoire de l'environnement, peut être ainsi traitée comme une déficience comportant un besoin d'accompagnement et de compensation au long cours. Comment empêcher que le repérage des troubles psychiques à l'origine d'un défaut d'apprentissage ne soit suivi d'une proposition de mesures d'accompagnement éducatif et de soins, où thérapeutique et action sociale sont mis sur le même plan ?

Catherine Isserlis

### III. En route vers des changements : expériences.

#### 1. Le point de vue du médecin scolaire (Francine Hirtz, médecin conseil de l'Inspection académique de Versailles)

Si la famille reste le lieu privilégié du développement psycho-affectif de l'enfant, l'école participe à la promotion de la santé mentale :

- lieu d'accueil de tous les élèves, elle doit s'efforcer de garantir les conditions de bien être des enfants et des adultes de sa communauté ;
- lieu d'éducation, elle doit être capable de développer les actions favorisant la promotion de la santé mentale ;
- lieu de repérage de comportements qui perturbent son fonctionnement social et interpellent l'adulte, elle doit proposer des modes de réponses adaptés.

Différentes modalités d'actions s'offrent aux acteurs de la communauté scolaire :

- une prévention primaire, à travers des actions visant à développer les compétences psychosociales chez les élèves et à favoriser l'adaptation des conditions de travail des enfants et des adultes ;
- une prévention secondaire, grâce au repérage/dépistage de cette souffrance psychique ;
- une prévention tertiaire, afin que l'école « prenne soin » de ses élèves en souffrance, par un accueil et une pédagogie adaptés.

Ces deux dernières décennies, l'Éducation Nationale a surtout été préoccupée par des adolescents dans la tranche d'âge du collège. Nous sommes actuellement interpellés pour des difficultés de scolarisation d'élèves de plus en plus jeunes, dans des situations complexes qui mettent en échec chaque institution et nécessitent des prises en charges multiples et complémentaires. C'est pour répondre à ces besoins que la base d'un partenariat avec les services de psychiatrie a été posée dans une circulaire interministérielle de décembre 2005. Ce texte s'inscrit dans le plan national de psychiatrie et de santé mentale 2005-2008 et le plan quinquennal de santé des élèves 2003-2008.

Dans les Yvelines, nous avons développé, depuis de nombreuses années, ce partenariat avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : une charte signée en 1998, entre l'Inspecteur d'Académie et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, en définit les bases entre ces secteurs et l'école. Différentes actions sont déclinées, principalement via l'aide apportée par les équipes de psychiatrie à celles des établissements.

Ainsi, des rencontres régulières sont financées depuis 1999, dans le cadre des PRAPS, au bénéfice des établissements scolaires qui en font la demande. Entre équipe d'adultes de l'établissement et équipe de pédopsychiatrie de secteur, ces rencontres, au fil des années, établissent des échanges fructueux, enrichissant chacun de la pratique professionnelle de l'autre.

« Des groupes d'analyse de pratique » s'adressant aux médecins, infirmières et assistantes sociales, se développent sur tous les bassins, en partenariat avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Dans le cadre de la lutte contre le suicide, le Réseau pour la Promotion de la Santé Mentale du Sud Yvelines propose à tous ses partenaires des formations sur le thème « mieux gérer la crise suicidaire ».

Devant la complexité de certains cas d'élèves, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont rejoint des cellules partenariales Éducation Nationale/Protection Judiciaire de la Jeunesse/Conseil Général. Dans ces Cellules d'Aide à la Scolarisation pour les Élèves en Difficulté (CASED) le regroupement, sur un même bassin, des cadres en position décisionnelle, représentant les différents acteurs de ces institutions, permet de construire des réponses complémentaires, parfois dérogoatoires, au bénéfice des élèves et leur famille.

La circulaire interministérielle du 18 octobre 2005, relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale, vient renforcer cette collaboration.

À partir de l'enquête réalisée par l'INSERM en 2003-2004<sup>4</sup> a été mis sur pied un programme de formation qui vise à mettre en place des dispositifs de repérage, d'évaluation et de prise en charge de la souffrance psychique des enfants et adolescents, autour de trois axes :

- l'organisation de la prise en compte médicale de ces situations à l'intérieur des établissements scolaires ;
- la construction d'une interface entre l'école et les professionnels de soins spécialisés, structurant des partenariats en vue de l'orientation, la prise en charge et l'accompagnement des élèves en difficulté et de leur famille ;
- la formalisation du soutien apporté par les secteurs de psychiatrie aux équipes scolaires en matière de prévention et de soins.

Bref, il s'agit, par une meilleure connaissance des acteurs et l'amélioration de leurs compétences, de garantir l'accompagnement et l'accès aux soins des élèves et des familles les plus en difficultés.

Dans les Yvelines, nous déclinons cette action dans le cadre d'un appel à projet du PRSP avec le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Mignot de Versailles. Un module de formation a été élaboré pour des équipes ressources qui, à travers une formation action, peuvent développer des plateformes partenariales locales entre les équipes de pédopsychiatrie, de PMI et de santé scolaire.

Nous assistons actuellement à des expériences donnant accès à des consultations de psychologues ou de psychiatres de secteur au sein même des établissements scolaires. Si, dans certains domaines, la proximité de la ressource facilite l'accès aux soins, nous pensons cependant que, dans celui du psychisme, l'acceptation d'une prise en charge nécessite un accompagnement qui laisse au jeune et à sa famille l'espace de liberté pour s'engager vers un soin garant d'une alliance thérapeutique ultérieure.

4. Enquête commune aux ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale (Marie Choquet, Inserm) portant sur l'articulation entre établissements scolaires et CMP/CMPP.

## 2. Formation à un repérage plus précoce des troubles des enfants et des adolescents (Dr Bernard Durand).

En mars 2001, un plan d'action présenté conjointement par le ministre de la Santé et le secrétaire d'État aux personnes handicapées préconisait un dépistage précoce et une meilleure prise en charge des enfants dyslexiques et dysphasiques. Ce texte, élaboré sous l'influence de neuropédiatres, considérait ces troubles comme le résultat d'un dysfonctionnement cérébral, conduisant à une logique de « réparation ». Il n'évoquait pas les nombreux autres facteurs développementaux et environnementaux, et faisait totalement l'impasse sur le dispositif de psychiatrie infantile qui reçoit pourtant de nombreux enfants présentant des troubles du langage.

De nombreuses formations destinées aux médecins de l'Éducation Nationale ont été construites sur ce modèle, privilégiant une approche strictement rééducative, sans impliquer les pédopsychiatres publics pour expliciter la complexité des troubles des enfants et adolescents.

Deux ans plus tard, le rapport de l'INSERM consacré au dépistage précoce et à la prévention des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, soulignait qu'« un enfant sur huit souffrirait de troubles mentaux communs, alors que seule une minorité d'entre eux serait en contact avec des services spécialisés ».

De fait, les services de santé mentale infanto-juvénile sont souvent sollicités par l'institution scolaire à l'occasion de situations de crise ou de troubles bruyants alors qu'en amont de ces situations, il existe déjà des troubles qui auraient pu permettre une orientation plus précoce vers des structures de soins.

Ce constat, repris en 2005 dans le « Plan psychiatrie et santé mentale », a conduit les pouvoirs publics à inscrire, parmi ses objectifs, l'amélioration du repérage précoce des troubles et de la souffrance psychique chez les enfants, et à solliciter la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) pour mener à bien cette action.

Ce plan insistait sur la nécessité de renforcer l'articulation entre les professionnels des différents champs. Bien que de nombreuses équipes de psychiatrie infanto-juvénile aient développé des partenariats avec l'institution scolaire, une enquête menée conjointement, en 2003-2004, par la Direction des Enseignements Scolaires (ministère de l'Éducation Nationale) et la Direction Générale de la Santé (ministère de la Santé) a montré que ces collaborations apparaissent insuffisamment structurées et que des progrès restaient à faire dans les collaborations entre les établissements scolaires et les centres de cure ambulatoire (CMP et CMPP).

La FFP, sous la houlette du Pr Gérard Schmitt, s'est donné l'objectif d'organiser des formations qui se démultiplieraient, dans un second temps, jusqu'aux acteurs de première ligne.

Un référentiel d'observation<sup>5</sup> destiné aux médecins de première ligne (médecins de PMI et de santé scolaire) a d'abord été élaboré pour aider au repérage précoce des troubles du développement des enfants et des manifestations de souffrance psychique des adolescents.

5. Non pas un catalogue de symptômes, car il ne s'agit pas de se lancer dans un dépistage de troubles ni de poser un diagnostic, mais simplement d'apporter une aide au repérage précoce des manifestations qui doivent attirer l'attention sur l'enfant ou l'adolescent. Il est également un prétexte pour susciter des échanges entre les acteurs de santé de première ligne afin de changer leur regard sur leur manière d'aborder les problèmes des enfants et adolescents et de s'ouvrir à un travail en réseau.

Il présente par tranches d'âge : petite enfance, âge scolaire et adolescence, les enjeux de la période, les principaux signes d'appel dans une logique descriptive proche du vécu des enfants et des professionnels concernés, et des recommandations à propos de ce qu'il est possible de faire, l'essentiel étant d'inciter à l'échange entre médecins de divers horizons.

Parallèlement, des fiches cliniques plus développées, sur les problématiques évoquées, ont été rédigées à l'intention des formateurs des médecins de première ligne.

Ceux-ci ont été, eux-mêmes, formés dans le cadre de sessions organisées par l'École Nationale de la Santé publique (aujourd'hui École des Hautes Études en Santé Publique - EHESP) dans quatre inter-régions : Paris, Sète, Rennes, Lyon. Ces sessions de formation ont permis de présenter l'outil et de travailler sur la manière dont les professionnels pourraient se l'approprier. Quatre sessions ont eu lieu en 2005/2006 et trois en 2007, avec la participation de 150 professionnels : psychiatres, médecins scolaires ou de PMI.

L'objectif de former ensemble des pédopsychiatres, des médecins de l'Éducation Nationale et de PMI issus des mêmes régions, afin qu'ils constituent ensuite une équipe régionale qui démultiplie, dans leur propre territoire, ces formations jusqu'aux acteurs de première ligne, n'a malheureusement pas toujours été atteint.

Le niveau très inégal d'implication des tutelles régionales n'a pas facilité la lisibilité des objectifs de cette action et l'effectivité de la démultiplication locale prévue initialement. Là où les équipes étaient pluri-institutionnelles, le relais a été pris assez rapidement au niveau de la région ; ailleurs, la démultiplication de ces formations a été plus longue à se mettre en route.

Une enquête récente de l'EHESP auprès des participants a confirmé cette donnée : un tiers n'a pas relayé l'action sur le terrain pour des raisons d'isolement, de surcharge de travail et, surtout, l'absence d'appui des référents régionaux, ce qui fait que « le projet s'est perdu dans la masse des actions à mener ». La majorité des réponses fait état de problèmes concrets d'organisation logistique et d'absence de soutien d'un référent régional et de la DRASS. Dans la majorité des régions, les formations pour les acteurs de première ligne ont regroupé des publics homogènes : médecins de l'Éducation Nationale ou médecins de PMI, mais rarement de leur ensemble. Certaines de ces formations ont touché également des professionnels non médecins : psychologues scolaires, infirmières, assistants sociaux de l'Éducation Nationale. La durée des formations organisées a été variable, avec une majorité d'actions de sensibilisation d'une demi-journée. Dans tous les cas, le référentiel court, élaboré par la FFP, a constitué le support privilégié et l'implication des pédopsychiatres a été effective. Cette enquête souligne, à l'instar des objectifs recherchés, que l'intérêt majeur de ces formations a été d'être l'occasion de rencontres interprofessionnelles, point de départ d'un travail en réseau parfois seulement ébauché.

Le souhait a été formulé qu'un véritable leader régional soit identifié et, là où ce fut le cas, il s'est agi surtout d'initiatives et d'engagements personnels (en particulier en Loire Atlantique et à Toulouse). Cependant, si une évaluation des formations initiales de formateurs a été réalisée d'emblée, l'évaluation des suites données sur le terrain fait encore l'objet d'une enquête menée par la DGS. Aucun indicateur n'a été prévu ni par l'administration centrale (où les responsables de cette action ont changé) ni par la FFP, qui s'est pourtant impliquée fortement dans cette action, ni par l'EHESP qui a piloté ces formations de formateurs, pour évaluer l'impact de cette action par rapport aux objectifs définis. Trois ans après le lancement de cette action, objectif du plan santé mentale, on commence

à connaître le nombre et la manière dont les sessions de formation ont été organisées au niveau local. Pour autant, personne ne semble se préoccuper d'évaluer comment l'objectif recherché de faciliter le repérage des troubles des enfants et adolescents par les intervenants de première ligne a été ou non facilité par cette démarche.

## IV. Demain.

Demain, les régulations devraient se mettre en place et les textes à venir vont finir d'encadrer les pratiques pour atteindre l'objectif de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, et du décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005 relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap.

### Pour une intégration scolaire de qualité.

1. Assigner à l'école une véritable mission d'intégration et de scolarisation adaptée, dans le respect des possibilités d'évolution individuelle de chaque enfant.
2. Faire évoluer l'enseignement spécialisé vers des services « ouverts » offrant un enseignement sur mesure, éventuellement hors les murs de l'école.
3. Affecter à l'école les moyens nécessaires à une intégration de qualité avec l'aide, si besoin, des dispositifs d'auxiliaires d'intégration scolaire, et réorganiser la classe en fonction de ses nouvelles missions d'intégration : effectifs, heures de partenariats et de formation continue.
4. Donner à la médecine scolaire un véritable rôle d'interface entre l'école et les soins (dépistage des troubles, saisine de la MDPH, suivi de l'adaptation de l'enfant au projet de scolarisation, et suivi du projet de soins associé au projet de vie).
5. Créer les outils adaptés à l'évaluation du handicap et à l'élaboration du plan de compensation pour les enfants souffrant de troubles psychiques.
6. Définir une fonction de coordonnateur « du projet de soins, à côté du projet de vie, pour les enfants relevant de la MDPH ».
7. Mettre en place, dans le domaine des troubles psychiques, la formation initiale et continue des enseignants et de tout le personnel concerné de l'Éducation Nationale.
8. Assurer conjointement le soutien et l'aide aux familles : créer un dispositif d'auxiliaires de vie sociale pour l'accompagnement à l'intégration sociale dans les loisirs, l'aide à la garde d'enfant, la mise en place de temps de répit et les autres mesures compensatoires adaptées.
9. Mettre en place une évaluation locale et nationale régulières de la politique d'intégration scolaire, en étudiant précisément les parcours de scolarisation.
10. Mettre en place, au sein de la Délégation interministérielle aux personnes handicapées, un groupe de travail spécifiquement dédié aux enfants et adolescents en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques.

Des textes en préparation ont pour objet la création d'unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et sanitaires, l'organisation de la collaboration entre milieu ordinaire et secteur spécialisé, et des mesures de « toilettage » des dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services et établissements médico-sociaux (annexes XXIV). Il s'agit d'une mise en conformité avec la loi n° 2005-102 et la loi n° 2002-2. Ils ont pour but de favoriser la concertation autour des expériences et des méthodes pédagogiques avec l'éclairage des autres professionnels spécialisés. Ils prévoient également le déplacement des professionnels compétents du secteur médico-social (sans les limiter à ceux des SESSAD) dans les établissements scolaires, en fonction des besoins. Par exemple, à travers l'action d'un professeur détenteur d'un diplôme délivré par le ministère chargé des personnes handicapées, ou à l'action pédagogique conjointe d'un éducateur spécialisé et d'une institutrice de CLIS.

Par ailleurs, le décret sur le parcours de formation précise : « une unité d'enseignement (UE) peut être créée » en remplacement des classes spécialisées qui existent déjà, selon deux modes : intra-muros, dans les établissements médico-sociaux ou sanitaires ; ou bien externalisés, dans les établissements scolaires. Elle peut être mise en place de manière conventionnelle entre les établissements spécialisés ou sanitaires et les services de l'Éducation Nationale, sans faire obligation pour l'établissement médico-social ou sanitaire d'implanter une unité dans ses locaux ou dans les établissements scolaires. Ce dispositif fonctionnel, ouvert et souple, doit s'ajuster au plus près de la diversité et de la réalité des besoins individuels d'élèves définis dans des projets personnalisés de scolarisation, - ce qu'illustrent le principe affirmé de contractualisation et de responsabilisation des acteurs ainsi que la terminologie adoptée qui fait référence à des groupes d'enfants et d'adolescents et non à des classes.

Il reviendra, et il revient déjà, au médecin responsable de l'unité de soins d'évaluer si un enfant psychotique, ou présentant des troubles du comportement, peut ou non bénéficier d'une demande d'apprentissage, le projet de soins devant être privilégié dans l'intérêt de l'enfant. Aussi les modes de scolarisation pourront être combinés ou alternés en fonction des situations : classe ordinaire - CLIS - unité d'enseignement avec, au besoin, des passerelles et des périodes sans scolarisation, selon les rythmes et les besoins de l'enfant.

Dans tous les cas, l'accent est mis sur l'individualisation du projet de l'enfant, qu'il s'agisse du Projet Personnalisé de Scolarisation ou du Projet Individualisé de Vie dans tous ses aspects (thérapeutique, pédagogique, éducatif, social), dont le volet scolaire ne représente qu'une partie. Le développement de l'enfant devant intégrer plusieurs dimensions, cette individualisation des projets n'est possible qu'à partir d'un diagnostic fiable établi par des professionnels compétents.

Il importe d'être clair : les dispositions des textes à paraître n'ont pas pour objet de mettre les soins en seconde position par rapport aux apprentissages mais d'offrir un accès possible à tous aux apprentissages, quel que soit le lieu d'accueil et quelle que soit la situation - ce qui est tout à fait différent ! En effet, dans certains établissements médico-sociaux, le volume horaire de l'enseignant - lorsqu'il existe ! - n'est pas suffisant pour permettre à tous les enfants de faire des acquisitions, et ce sont des éducateurs qui prennent le relais. La mise à plat des conventions actuelles sera l'occasion, pour les établissements spécialisés ou sanitaires, de faire remonter les demandes de postes auprès des inspections académiques via les services de tutelle.

Concernant les missions des SESSAD, les dispositions relatives aux services d'accompagnement, à l'occasion de la refonte de l'ensemble des dispositions relatives au fonctionnement et à l'organisation des établissements et services médico-sociaux, seront précisées. Dans ce cadre également, les dispositions relatives à « l'annexe XXXII » concernant les CMPP seront remises à plat, et une réflexion de fond sera engagée sur l'articulation entre champ médico-social et champ sanitaire.

Enfin, l'orientation et l'intégration des adolescents, notamment en apprentissage professionnel, qui n'évolue pas aussi vite que celle des enfants à l'école, sera confortée. Il s'agit d'éviter aux jeunes handicapés ayant suivi un cursus relativement réussi grâce aux soutiens, de se trouver devant une absence à terme de solution pérenne, par défaut de structure correspondante, ou par défaut de construction d'un projet professionnel. Là aussi, une réflexion sera menée pour prévoir les conditions d'accompagnement personnalisées et adaptées de la formation, de l'insertion professionnelle et du logement, faisant la transition avec les dispositifs prévus pour les adultes.

Catherine Isserlis

# PLURIELS

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Serge Kannas

**Rédacteur en chef :**  
Raymond Lepoutre

**Ont participé à ce numéro :**  
Bernard Durand, Francine Hirtz,  
Catherine Isserlis, Serge Kannas.

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,  
75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : mission@mnamsm.com

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :  
[www.mnamsm.com](http://www.mnamsm.com)