AUTISME ET SCOLARITE

(Cycle de formation 2012, du 3 au 9 juin 2012 à COLLIOURE - 66190)

Thème préparé par:Dr DELORENZI Joëlle - GLATZ Rose-Marie Psychologue - LABROSSE Jean-Marc ISP)

Notes de l'atelier rédigées par : Annick PROVOOST

La loi du 11 Février 2005 impose l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Elle spécifie que « tout enfant ou tout adolescent présentant un handicap ou trouble invalidant de la santé » doit être « inscrit dans l'école (…) la plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence ».

Qu'en est-il ?

En 2009-2010, 187 500 élèves handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire, soit une augmentation de 30 % en 5 ans.

La loi du 11/02/05, dans son article 2, précise que le handicap constitue « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les familles sont obligées de saisir la M.D.P.H (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour :

- bénéficier d'une A.V.S (Auxiliaire de Vie Scolaire),
- obtenir une allocation,
- obtenir une orientation : CLIS (Classe d'Inclusion Scolaire ou l'enfant bénéficie d'un enseignement adapté dans une classe classique, dans l 'élémentaire), ULIS (Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire, pour l'enseignement secondaire) ou établissements spécialisés,
- obtenir du matériel pédagogique.

Avant la loi de 2005, on parlait de la « maladie psychique » comme signe d'espoir et d'aide ;

A présent, le terme de « handicap » est englobé dans un processus qui verrouille toute idée d'évolution.

HISTORIQUE :

-

La loi du 30 Juin 1975 : cette loi d'orientation en faveur des personnes handicapées affirme le droit des enfants et adolescent handicapés à bénéficier prioritairement d'une scolarité en milieu ordinaire , chaque fois que leur état de santé le permet.

-

Circulaires du 29/01/82 : l'intégration cherche tout d'abord à favoriser l'insertion sociale de l'enfant handicapé en le plaçant le plus tôt possible, dans un milieu ordinaire afin qu'il puisse développer sa personnalité et faire accepter sa différence.

-

Circulaires du 19/11/99 : ce n'est que depuis 1999 que l'insertion scolaire est devenue prioritaire, en France, avec la création du plan Handiscol (renforcement de la formation des personnels de l' Education Nationale)

DISPOSITIFS LEGAUX :

La loi du 11/02/05 crée une Maison Départementale des Personnes Handicapée dans chaque département sous la direction du Conseil Général. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille.

La M.D.P.H. met en place deux instances :

- les équipes pluridisciplinaires : qui évaluent les besoins de la personne en situation de handicap sur la base de son projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation,

-

la C.D.A (Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

Ces deux nouvelles instances ont remplacé la C.D.E.S (Commission dDépartementale d'Education Spéciale) et la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel).

L'enseignant référent a un rôle d'animateur de réunion et de rédacteur de synthèse. Il fait le lien entre parents de l'élève, les enseignants et intervenants extérieurs éventuels. Il est porte-parole entre l'équipe de suivi et la MDPH.

SCOLARISATION DE L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :

Aujourd'hui, tous les enfants ont les mêmes droits et les mêmes devoirs. Dès l'âge de 3 ans, si la famille en fait la demande, l'enfant handicapé peut être scolarisé à l'école maternelle de son secteur.

Pour répondre aux besoins particuliers des élèves handicapés, *un projet personnalisé de soclarisation (P.P.S),* élaboré par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation organise la scolarité de l'élève avec l'ensemble des mesures d'accompagnement (pédagogiques, psychologiques, médicales et paramédicales). La C.D.A. décide ensuite de l'orientation de l'élève vers une école ou un établissement médico-social, ainsi que l'attribution d'une auxiliaire de vie scolaire (A.V.S) ou l'accompagnement par un service médico-social.

Des équipes de suivi de scolarisation (constituées des parents de l'élève, des enseignants, et intervenants extérieurs et animées par l'enseignant référent) sont organisées au moins une fois par an.

L'insertion de l'élève en situation de handicap apporte une dynamique à son intégration scolaire ainsi qu'une vie en communauté partagée avec les autres enfants.

« la cohabitation, dans l'école, des jeunes valides et des jeunes handicapés est le moyen pour eux de découvrir la différence et d'apprendre la tolérance » (extrait de la lettre de Gilles de Robien, Ministre de l'Education Nationale, Septembre 2005).

L'AUXILIAIRE DE VIE SCOLAIRE :

L'A.V.S. assiste les enfants au niveau de leurs gestes au quotidien en fonction de leur handicap. Elle est présente en classe auprès de l'élève.

L'A.V.S. est recrutée par l'Education Nationale avec un contrat renouvelable tous les ans.

Son statut reste précaire.

Depuis la circulaire du 24/08/2010, l'A.V.S. peut cumuler 20 heures hebdomadaires d'accompagnement à l'école avec un emploi péri-scolaire, financé par les collectivités territoriales ou par d'autres associations.

Malheureusement, le cumul de deux emplois est difficilement compatible avec la mise en place d'un temps de concertation avec les acteurs de la vie scolaire et autres partenaires médico-sociaux.

L'A.V.S. a une place importante en maternelle qui décroit progressivement en élémentaire, puis au collège, pour devenir quasiment inexistante au lycée.

Il faut noter que tous les enfants n'ont pas le même temps d'A.V.S.

AUTISME ET SCOLARITE

Ainsi donc, le thème choisi l'an dernier était cela…. Comment faire participer une quarantaine de personnes à une discussion concernant les enfants alors même que nous connaissons la plupart des participants et qu'ils travaillent en majorité dans des secteurs de psychiatrie adulte ?

Pourtant on ne cesse de nous le répéter : L'AUTISME a été déclaré « Grande cause nationale 2012 » Au fait saviez-vous qu'il suffit que le premier ministre déclare un thème pour que la « grande cause » en question bénéficie de spots publicitaires gratuits sur les chaînes nationales de radio et de télé pendant un an afin de sensibiliser les français et de bénéficier de dons ? (des spots « télévisionnaires » comme me disait une jeune fille se présentant à l'oral du concours d'entrée à l'école, pardon, à l'Institut de Formation en soins infirmiers !)

Bref, il suffit que nous sachions que le postulat de départ est que « nous ne pouvons nous défaire de « l'Infantile » en nous », comme le disait FREUD, et cela nous permet alors de nous sentir tous concernés sinon comme des parents que nous ne sommes peut-être pas, mais au moins comme des enfants que nous avons tous été.

Mais qu'est ce que l'Autisme ? c'est un Trouble Envahissant du Développement (TED) rangé depuis 1995 dans le compartiment du handicap ce qui signifie que nous sommes du côté de la neurologie et du déficit avec une possibilité quasi infinie de techniques de rééducation une fois que le handicap est là. Tant qu'il s'agissait de parler de troubles mentaux cela permettait d'allier trois registres : éducatif, rééducatif et psychothérapeutique et les familles avaient leur mot à dire là-dessus.

Nous sommes aujourd'hui dans un descriptif particulier concernant l'Autisme :

1.

Le TED typique avec l' Autisme de Kanner

2.

Le syndrome de retz ou l'autisme d'Asperger qui serait atypique

3.

Les troubles non spécifiés qui seraient possiblement à mettre dans la case Autisme et dans lesquels pourraient s'engouffrer toutes sortes de troubles tels que les TSA : troubles du spectre autistique, ce qui revient à dire que 1 enfant sur 150 serait autiste ce qui, évidemment, devient un enjeu électoral et un lobby où l'on perd de vue l'enfant.

Un simple rappel, sans tomber dans le descriptif, du moins je l'espère, permet de se remémorer ce qu'est l'Autisme Primaire auquel nous avons le plus souvent affaire.

C'est un trouble de l'infans c'est-à-dire de l'enfant qui ne parle pas encore. Selon les recommandations de l'A.N.S on ne peut parler d'Autisme avant deux ans : il s'agit de prévention et non de prédiction (ouf !)

Les premiers signes sont des signes de la fonction du corps : troubles fonctionnels graves et très souvent précoces tels que ceux décrits par Michel Soulé :

-

Anorexies très précoces cad au cours du premier trimestre, à caractère phobique très étrange, très grave et tout à fait anachronique. Il ne s'agit pas seulement d'une perte de plaisir mais cela ressemble à une perturbation majeure d'un « instinct » comme celui de la faim.

-

Insomnie précoce et surtout « silencieuse » ce qui est très impressionnant en particulier pour la mère.

-

Non apparition du sourire : le sourire ou ses préformes sont mis en sens par la mère or, là, pas d'interaction donc pas de structuration de la relation….

-

Non apparition des attitudes anticipatoires : Ne se penche pas vers les objets qu'il pourrait atteindre. Ne redresse pas son corps quand on l'incline comme dans une chute simulée. Plus encore, non seulement l'enfant ne paraît pas faire d'investissement libidinal de l'objet mais, en outre, il semble construire de véritables contre-investissements massifs comme pour installer une véritable barrière protectrice, exemple : la tête ne se tourne pas, donc les organes sensoriels ne peuvent investir le monde des choses pour faire d'elles des objets. Pire, il semble y avoir lutte contre un investissement par des mécanismes de protection contre les sensations venues de 'l'extérieur.

Théoriquement l'attitude motrice anticipatoire correspond au prolongement moteur de la satisfaction hallucinatoire du désir. Idem pour la mère et cela donne une identification au fonctionnement de l'enfant. Cette barrière protectrice érigée par l'enfant devient un trauma expérimental et une blessure narcissique pour la mère. La question, à cet instant, pur cette mère devient : « Ne veut-il pas ou ne peut-il pas m'investir ? »

-

L'enfant autistique de six à huit mois ne témoigne pas d'angoisse devant l'étranger, ce qui peut signifier pour la mère ou le substitut maternel « toi ou un autre, toi ou un meuble, ça ne me fait aucune émotion » : nous sommes à la limite de la persécution pour une mère. Nous sommes également dans une hémorragie narcissique, il n'y a pas d'identification possible à cet enfant, une résurgence de l'angoisse apparaît et nous trouvons enfin des remaniements défensifs

Selon les tenants du Centre Ressource Autisme 91 : il y aurait comme une force de pénétration de la psychopathologie comme l'autisme, une force de contagion et il faut donc lutter contre les effets du processus autistisant de l'enfant sur les parents : ceci serait l'héritier direct du concept freudien de la série complémentaire qui était un coup de force à l'époque et qui concernait la névrose : Freud expliquait que l'organisation de l'être ne se faisait pas sur un modèle linéaire mais qu'il y avait des points de fixation (serait-ce ce qu'il appela ensuite la surdétermination ?) et ces points de fixation auraient été « prédisposants » ?

-

oral = hystérie

-

anal = obsessionnel

-

Phallique = phobique ou hystérique…etc

Le réseau. constitué par « ressource autisme », qui par ailleurs est régional, semble privilégier la thèse selon laquelle il y aurait des facteurs primaires et des facteurs secondaires de risque (les deux étant nécessaires mais non suffisants pour développer un autisme.) Chaque ligne étant elle-même polyfactorielle :

Les facteurs primaires seraient des facteurs de « susceptibilité » et seraient des facteurs de risque, génétiques non pas facteur causal mais porteraient sur une quinzaine d'allèles comme le facteur de l' X fragile qu'on retrouve souvent n association avec l'Autisme. La surdité serait un facteur primaire sensoriel qui augmenterait le risque. Une infection primaire come la rubéole, mais aussi les carences d'ambiance comme les orphelinats roumains qui rejoindraient alors l'hospitalisme de Spitz et cela serait au carrefour entre l'hospitalisme et l'Autisme.

Les facteurs secondaires seraient des facteurs de déclenchement.

Seraient-ils alors liés à l'environnement, à des facteurs alimentaires ou liés à l'environnement culturel ? A Robert Debré comme à Necker il semblerait qu'il y ait une augmentation considérable dans les familles migrantes et que cela se rajoute à d'autres facteurs de risques.

GLATZ Rose-Marie Psychologue - LABROSSE Jean-Marc ISP