

STRUCTURES GÉNÉRALES AU SERVICE DE L'ENFANCE INADAPTÉE

PAR Mme LE DOCTEUR L. GEORGES-JANET

CE guide ne se veut qu'une vue d'ensemble assez modeste des possibilités pratiques d'orientation d'un enfant arriéré mental — et une information sur les structures actuellement existantes. On comprendra que chaque cas étant particulier par le niveau et surtout les surcharges, l'orientation de chacun pose un problème unique. Il ne peut donc y avoir de solution « passe-partout » et c'est ce qui explique la nécessité d'une prise en charge globale de l'enfant tel qu'il est, par une équipe capable de l'appréhender sous ses différents aspects. Finalement l'orientation se fait plus en fonction des surcharges (troubles moteurs, troubles sensoriels, épilepsie, troubles caractériels) que du niveau mental, en soi.

I. — DE QUOI EST FAIT L'ÉQUIPEMENT UTILISABLE ?

A. — Structures de diagnostic et de soins.

Au départ ce sont essentiellement les services hospitaliers qui accueillent les enfants arriérés profonds soit très jeunes lorsqu'il y a eu des difficultés périnatales ou en cas d'anomalie chromosomique à vérifier, soit plus tard pour préciser un trouble du développement qui ne s'est révélé qu'au cours des deux ou trois premières années. Il est toujours indispensable de faire un minimum d'examen complémentaires, dont une radiographie du crâne, un électro-encéphalogramme, un examen oculaire, des tests métaboliques de dépistage. Ces examens peuvent être réalisés en ambulatoire. Si d'autres examens apparaissent nécessaires, une hospitalisation peut être utile.

De toute façon, les structures proprement hospitalières sont à

réserver aux investigations ou au traitement spécifique d'un épisode aigu aggravant ou d'une surcharge évolutive — l'hospitalisation prolongée, si elle n'est pas indispensable, n'est pas souhaitable.

La prise en charge éducative doit se faire dans d'autres structures que celles de l'hôpital, mais une surveillance hospitalière doit être maintenue, au rythme d'une fois par an ou tous les deux ans, ne fut-ce que pour ajuster les traitements, voir si d'autres examens, plus récents, peuvent être utiles, comme une surveillance pédiatrique complète.

— *Les consultations spécialisées* qui se créent dans divers hôpitaux pédiatriques, telles celles du CESAP apparaissent très souhaitables.

— *Les centres médico-psychopédagogiques (C.M.P.P.)* accueillent pour le diagnostic et les soins tous les enfants ayant des difficultés en mi-

lieu scolaire ou devant bénéficier d'une rééducation spécialisée. Leur objectif est surtout pédagogique et les enfants relevant de leur action ne sont pas en général les arriérés profonds.

— *Les centres pour I.M.C.* accueillent dès leur très jeune âge les enfants infirmes moteurs cérébraux dont le niveau intellectuel est évalué comme normal ou subnormal. La kinésithérapie, l'appareillage et toutes les rééducations spécialisées sont réalisées sur place. Ces centres sont habituellement très sélectifs et accueillent des enfants dont on espère qu'ils pourront être scolarisés.

— *Les hôpitaux de jour* sont des centres de soins psychothérapeutiques, sans hospitalisation, pour les enfants présentant des troubles de la personnalité.

B. — Filières éducatives.

Les classes de perfectionnement de l'Education nationale accueillent les enfants ne pouvant suivre le rythme normal d'une classe. Ce sont les débilés légers qui en bénéficient le plus.

Les classes spécialisées pour infirmes moteurs, pour amblyopes, malentendants sont également tenues par des institu-

C. — Structures de soins à long terme et d'hébergement.

Pour les très jeunes enfants nécessitant des soins spécialisés, les pouponnières peuvent accueillir, à côté des enfants débiles somatiques, les enfants présentant une encéphalopathie. Peu sont spécialisées dans ce type de troubles. Elles sont parfois complétées par un placement familial spécialisé :

- Les placements familiaux spécialisés pour déficients mentaux représentent une structure très souple et adaptable, encore peu utilisée en France, susceptible d'accueillir, suivant le cas, les enfants d'âges divers et même des adultes. Ces placements se regroupent en général autour d'un centre hospitalier ou d'un établissement comportant parfois un atelier protégé.
- Les foyers à vie sont trop peu nombreux. Ils accueillent les adolescents et les adultes dans des structures d'hébergement, parfois aussi à proximité d'un atelier protégé — l'aide sociale prend en charge les frais de placement.
- Les hôpitaux psychiatriques départementaux ont enfin la vocation d'accueil des inadaptés présentant des troubles du comportement, les rendant incapables de vivre dans leur famille ou dans des centres structurés pour la mise au travail (atelier protégé ou centre d'aide par le travail).

D. — Equipement d'aide au sein de la famille.

Les éducateurs à domicile rattachés à une structure médico-éducative (E.M.P. ou C.M.P.P.) sont encore peu nombreux. Leur intervention dans la fa-

mille peut se faire au rythme d'un à deux jours par semaine.

Les haltes-garderies sont en général organisées sur l'initiative d'un groupe de parents d'enfants inadaptés au sein d'un même quartier — de même pour certains foyers de loisirs hebdomadaires.

Des organisations privées organisent également des possibilités de loisirs pour de jeunes handicapés (*Sentier fleuri*), des groupes d'éducation physique (FAVA), des sorties, etc., des colonies de vacances.

Les associations de parents apportent une aide efficace sur le plan local (permanences de mères d'enfants inadaptés, entraide, haltes-garderies) et sur le plan régional (création de nouveaux E.M.P.), enfin sur le plan régional (rente-survie).

— Enfin, un certain cadre législatif est à la disposition des familles :

- La *carte d'invalidité* offre aux familles un certain dégrèvement d'impôt. Elle est assortie dans certains cas (revenus modestes) du bénéfice de la loi Cordonnier.
- Cette carte automatiquement obtenue après déclaration à la mairie du domicile des parents, permet à l'Etat de prévoir les besoins d'équipement pour l'enfant inadapté. C'est pourquoi il est souhaitable que les parents en fassent systématiquement la demande.
- L'*allocation d'éducation spécialisée* est allouée aux familles dont l'enfant est pris en charge par un service de soins ou d'éducation non agréé par la Sécurité sociale (mais agréé au titre de l'A.E.S.). Elle ne concerne donc qu'un nombre relativement restreint de familles.
- Des textes législatifs récents (juillet 1971) prévoient l'extension à toutes les familles du bénéfice d'une allocation

teurs spécialisés et s'adressent à des enfants handicapés scolarisables.

Les *externats médico-pédagogiques* (E.M.P.) sont des établissements dans lesquels sont éduqués et soignés les enfants débiles mentaux de 6 à 14 ans. Ils fonctionnent comme une école ordinaire avec demi-pension. Les enfants sont repris par leur famille à 16 h 30.

Ces établissements comportent une équipe médico-pédagogique : psychiatre, pédiatre, éducateurs, psychologues, rééducateurs de la psychomotricité, etc. Les enfants sont en général admis de 6 à 14 ans, mais les enfants non ambulants n'y sont en général pas acceptés.

Les *internats médico-pédagogiques* sont des établissements accueillant les enfants toute l'année. Certains fonctionnent en semi-internat : les enfants étant rendus le vendredi soir à leur famille.

A la suite de ces établissements, pour les enfants de plus de 14 ans, existent quelques *internats ou externats médico-professionnels* destinés à accueillir des adolescents en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle adaptée à leur niveau — ces établissements fonctionnent presque exclusivement en externat et bénéficient d'un prix de journée Sécurité sociale, comme les E.M.P. et les hôpitaux de jour.

familiale spécialisée — quel que soit le niveau de ressources — et indépendante du fait que l'enfant ait pu être admis dans un centre de soins, agréé ou non.

II. — COMMENT UTILISER CES ÉQUIPEMENTS ?

Il est indispensable au départ de faire le maximum pour qu'un diagnostic précis soit porté, ainsi qu'un pronostic prudent. Mais dans un certain nombre de cas, il ne sera pas possible, même avec un bilan très poussé en milieu hospitalier, de trouver une étiologie à une arriération profonde. L'enfant doit néanmoins continuer à être suivi en milieu pédiatrique, si possible spécialisé, de façon à ce qu'aucun élément nouveau ne passe inaperçu et à ce que l'inversement des examens ou techniques nouvelles puissent être utilisés pour donner d'autres renseignements utiles à l'évolution de l'enfant ou à la famille.

Le problème éducatif est ensuite le souci primordial.

L'ordre utile paraît être, avec un début aussi précoce que possible :

- Education ambulatoire ou à domicile jusqu'à 4-5 ans.
- Externat ou internat médico-pédagogique au-delà, avec leur suite éventuelle médico-professionnelle.

De toute façon, le premier souci est d'acquiescer l'autonomie pratique, puis la socialisation, avant toute tentative para ou pré-scolaire.

L'orientation doit se faire à partir d'une consultation spécialisée, ou d'une consultation de pédiatrie générale, qui établira, dans le souci de « la suite » à offrir aux familles, une coordination soutenue avec les organismes s'occupant de l'enfance inadaptée.

RÉADAPTATION

activités du comité interministériel

Le Comité interministériel

chargé de définir la politique de prévention et de réadaptation en faveur des personnes handicapées ou inadaptées, et de coordonner l'action des différentes administrations.

Le décret du 9 septembre 1970 instituant le Comité interministériel présidé par le Premier Ministre a institué également une Commission permanente composée d'un représentant de chacun des Ministres intéressés, et chargée de préparer les décisions du Comité et d'en suivre l'exécution.

Compte tenu des aspects très divers des problèmes étudiés et de la multiplicité des services qui, à l'intérieur d'un même ministère, peuvent être compétents, il a été décidé que des groupes de travail étudieraient préalablement les questions et apporteraient les avis des administrations à la Commission permanente. Celle-ci tranchera les différends éventuels ou les soumettra à l'arbitrage du Comité interministériel.

C'est ainsi que la Commission permanente s'est réunie à différentes reprises au cours de l'année 1971 et a étudié un certain

nombre de projets concernant l'enfance, tels les centres médico-psycho-pédagogiques, l'éducation spéciale et les clubs et équipes de prévention. Elle s'est préoccupée également des problèmes relatifs à la mise au travail des handicapés, leur accès à la Fonction Publique et l'organisation du travail protégé ; différents groupements ont été entendus sur le premier point par le représentant de la Fonction publique au sein du groupe de travail ; en ce qui concerne le travail protégé, il a été tenu compte des recherches déjà entreprises pour définir ses structures par les différents organismes intéressés, le groupe s'est attaché à dégager des positions de principe qui font l'objet d'études approfondies.

La Commission permanente a établi un programme pour 1972. Parmi les propositions retenues, quatre ont paru particulièrement urgentes : elles concernent la protection judiciaire des mineurs en danger, les équipes de suite, les statistiques ainsi que les vacances et loisirs des handicapés. Ces questions seront étudiées par des groupes de travail dont l'animation est confiée au représentant du Ministère plus particulièrement compétent en la matière.