

I. BRÈVE HISTOIRE DE LA SCOLARITÉ À L'HÔPITAL EN FRANCE

1. **Mens sana in corpore sano**

La question de la scolarité à l'hôpital a rapidement préoccupé les médecins, les enseignants mais aussi les religieux qui entendent se partager les soins du corps, les soins de l'esprit et les soins de l'âme.

Dans un texte du *Conseil général des hospices de Paris* datant de **1816** (cité par le docteur Alvin, chef du service de médecine pour adolescents au pôle Adolescents-Mère-Enfant du CHU de Bicêtre lors d'un colloque de mars 2007 intitulé « *Scolariser l'enfant malade* ») on peut lire : « *Les maladies chroniques exigent un long séjour des enfants dans la maison. Nous avons pensé que quelque emploi du temps devait leur être prescrit, soit comme une barrière à tous les vices qu'amènerait une constante oisiveté, soit comme pouvant leur offrir à jamais les avantages d'une instruction morale et liée à toutes les actions de la vie* ». Dans la deuxième partie du texte il est expliqué qu'« *un instituteur est attaché à l'hospice ; Il fait sa classe tous les jours et reçoit tous les enfants que l'état n'oblige pas d'être alité. Il apprend à lire, à écrire, calculer ; il leur enseigne ou leur rappelle les principes de la religion. Ainsi le temps du traitement n'est pas seulement employé à guérir leur maladie, ils en retirent d'utiles leçons* ».

Henri Davenne, directeur de l'Assistance Publique, écrit dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le **12 novembre 1861** « *La mission de l'administration hospitalière ne se borne pas à traiter les maux physiques des enfants qui lui sont confiés ; ses efforts tendent à un autre but [...] : l'éducation de ces petits malheureux qui lui arrivent, pour un grand nombre du moins, dépourvus de toute instruction comme de toute notion morale. Pour ceux-ci, à côté du médecin habile et dévoué qui les soigne, les guérit ou les soulage, sont placés le prêtre qui leur enseigne leurs devoirs de chrétien, puis l'instituteur qui les initie aux éléments d'une instruction dont le bienfait les suivra dans leur avenir.* »

Plus tard, lors de la première Assemblée Générale de l'association « *l'École à l'Hôpital* » du **11 décembre 1930**, dans son rapport moral (toujours cité par le docteur Alvin lors de son allocution au colloque de mars 2007), mademoiselle Caron, directrice du Lycée Fénelon, déclare : « *Que voulons-nous leur apporter ? La joie de comprendre, la joie de se sentir reprendre pied dans la vie commune [...] Nous voulons faire plus riche la vie de leur esprit et de leur âme, tandis que les médecins, les infirmières, penchés sur eux avec un infini dévouement, travaillent à rendre à ces organismes appauvris les forces qui leur manquent [...], puis parlant d'un enfant gravement malade et finalement décédé : « pauvre enfant, on ne put le sauver, mais n'est-ce pas quelque chose que de lui avoir donné pendant les derniers mois l'impression qu'il s'affirmait, qu'il s'enrichissait intellectuellement ? »*

2. Avant l'Éducation nationale, les œuvres privées et le bénévolat

En France comme dans beaucoup d'autres pays européens, l'enseignement aux élèves hospitalisés est tout d'abord mis en place à l'initiative de bénévoles et d'associations privées.

¹[Bien avant les lois républicaines sur l'école obligatoire (**1882**), l'Assistance Publique inscrit l'instruction élémentaire et l'éducation morale des enfants hospitalisés au rang de ses devoirs. **Au début du 19ème siècle** à l'hôpital des Enfants-Malades, un instituteur fait classe tous les jours aux enfants non-alités, il leur apprend à lire, à écrire et à calculer et leur enseigne les principes de la religion.]

[Dans la première moitié du 20ème siècle, l'enseignement est assuré dans les établissements de long séjour (Berck, Hendaye) par des infirmières brevetées de l'enseignement primaire.]

Dans les hôpitaux de Paris, l'association « *L'École à l'Hôpital* » est créée en **1929** par Marie Louise Imbert, professeur de philosophie. Son but « *apporter à l'esprit les soins que d'autres donnent au corps* ». [L'enseignement est assuré par des professeurs bénévoles qualifiés, qui enseignent aux enfants hospitalisés les matières du programme officiel. En 1933, l'association est présente dans 10 hôpitaux et suit 450 enfants.]

3. L'Éducation nationale

Bientôt, les soignants et médecins de pédiatrie adressent à l'Éducation nationale des demandes de prise en charge scolaire des enfants et adolescents hospitalisés. C'est d'abord dans le Rhône que l'Education Nationale répond aux démarches des médecins hospitaliers. En **1948** le premier instituteur lyonnais est nommé dans un service de pédiatrie à la demande de son médecin chef, le professeur Jeune (Centre Hospitalier Lyon Sud). [À Garches, le centre de traitement des séquelles de poliomyélite de l'hôpital Raymond Poincaré est, dès sa création en **1949**, doté d'un centre scolaire complet (classes primaires, enseignement du second degré et sections d'enseignement technique). Dans les hôpitaux d'aigus (Enfants-Malades et Trousseau), les premiers postes d'enseignants de l'Education Nationale sont installés en **1969** et en **1970** pour répondre à une demande nouvelle liée aux progrès médicaux : les difficultés scolaires et psychologiques d'enfants atteints de pathologies graves.]

La prise en charge scolaire des enfants et des adolescents hospitalisés est assimilée à la prise en charge des jeunes présentant un handicap et les étapes de création de dispositifs scolaires et éducatifs adaptés sont parallèles à la réflexion sur l'accueil des enfants handicapés physiques ou mentaux.

¹ Les passages entre crochets sont extraits du dossier de presse de l'exposition « *L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ?* » qui s'est tenue du 2 février au 31 juillet 2005 au Musée de l'assistance publique-hôpitaux de Paris.

4. Quelques grandes dates de l'enseignement spécialisé ou adapté

1882: Loi organique (loi Ferry) organise l'enseignement primaire et rend l'école obligatoire, gratuite et laïque pour les enfants de 6 à 13 ans; l'article 4 mentionne la nécessité d'une scolarisation particulière pour les enfants sourds-muets et aveugles.

1909: Loi instituant les classes de perfectionnement et les écoles nationales de perfectionnement. Les commissions Médico-Pédagogiques sont instituées (CMP). Création du corps des instituteurs spécialisés avec la mise en place du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Enfants Arriérés (CAEA).

1959: Allongement de la scolarité obligatoire à 16 ans.

1963: Enquête nationale dans les classes spéciales de l'Education nationale (au total, 3709 dont 3250 classes de perfectionnement tenues pour 43,4 % d'entre elles par des maîtres non spécialisés).

Création du Certificat d'Aptitude à l'Education des enfants et des Adolescents Déficients ou Inadaptés (CAEI) .

1966: Premier Groupe d'Adaptation Scolaire (GAS).

1967: Rapport Bloch-Lainé sur l'étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées. 27/12/ Organisation et fonctionnement des sections d'éducation spécialisées (S.E.S) pour l'accueil des déficients intellectuels légers.

1969: Mise en place du Centre de Recherches de l'Education Spécialisée et de l'Adaptation Scolaire (CRESAS) dans le cadre de l'Institut National de Recherche Pédagogique par le ministère de l'Education nationale.

1970: 09/02: Création des Groupes d'Aide Psycho-Pédagogique (GAPP), des sections et classes d'adaptation pour la Prévention des inadaptations. Programme de formation pour la préparation au CAEI.

1975: Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées .

Décret du 15 décembre 1975 : Création des Commissions de l'Education Spéciale et de circonscription (CCPE et CCSD) Décret d'application instituant la Commission Départementale de l'Education Spéciale ou CDES (en remplacement de la CMPD et incluant la Commission d'Orientation des Infirmes) et les Commissions de Circonscription Prélémentaires, Élémentaires et du Second Degré (

1982: 29/01: Circulaire sur l'intégration des enfants handicapés .

1983: Circulaire sur la mise en oeuvre des moyens de l'intégration .

1987: Décret n° 87-415 du 15 juin, création du CAPSAIS, certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires.

1989: 09/01/ Nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages.

06/02/ Création des Sections d'Enseignements Généraux Professionnels Adaptés (S.E.G.P.A). Elles remplacent les Sections d'Education Spécialisée (S.E.S)

10/07/ Loi d'orientation sur l'éducation

1990: Création des R.A.S.E.D. Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en difficultés.

10/04/ Missions des psychologues scolaires.

14/12/ Organisation des Enseignements Généraux et Professionnels Adaptés.

1991:18/11/ Intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés .

Création des CLIS 1,2,3 et 4 . Classes d'Intégration Scolaire

1995:17/05/ Circulaire sur l'intégration scolaire des pré-adolescents présentant des handicaps au collège et au lycée. Les U.P.I. Unités Pédagogiques d'Intégration

13/07/ Nouveau contrat pour l'école .

1996: Circulaire sur les Enseignements généraux et professionnels adaptés dans le second degré.

1998: Mise en oeuvre de la rénovation des Enseignements Généraux et Professionnels Adaptés.

1999: " Bâtir l'école du XXIème siècle " Une charte pour construire l'école du prochain millénaire.

Scolarisation des enfants et adolescents handicapés. Mise en place des groupes départementaux de coordination Handiscol

2001: Extension des UPI aux déficiences sensori-motrices

2002: Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit. AIS - des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves (fonctionnement des CCPE - CCSD) 2002
Accueil des élèves handicapés à la rentrée 2002 2002 Dispositifs de l'AIS dans le 1er degré (redéfinition RASED - CLIS)

2004: Décret n° 2004-13 du 5 janvier 2004 créant le CAPA-SH, certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap et le 2CA-SH, certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap.

2005: Loi Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
LOI n° 2005-102 du 11 février 2005

II. LA SCOLARITÉ À L'HÔPITAL DE BESANÇON.

1. Historique

Suite à la demande des médecins et de l'assistante sociale du service, un poste d'instituteur est créé en pédiatrie en **septembre 1988**. C'est le poste de Claire Déliou.

A la rentrée de **septembre 1992**, un deuxième instituteur, André Gréani, est nommé par l'Inspection académique dans le service de psychiatrie infanto juvénile.

En **mars 1996**, l'Inspection académique attribue une dotation de 300 HSE pour la prise en charge scolaire des élèves du second degré. Des enseignants volontaires commencent à intervenir au chevet des collégiens et des lycéens hospitalisés.

En **septembre 1998**, un troisième poste d'instituteur, occupé par Eric Charles est créé pour les jeunes enfants autistes accueillis à l'hôpital de jour de pédopsychiatrie. André Gréani est nommé directeur de l'école à l'hôpital.

Février 1999, création du SAPADEMA du Doubs : Service d'Aide Pédagogique à Domicile pour les Enfants Malades ou Accidentés.

Novembre 2001, Michèle Dalmasse, enseignante au CRRF, Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles des Salins de Bregille, est missionnée par l'Inspection académique pour assurer deux demi-journées en chirurgie pédiatrique (Bersot).

A partir de **septembre 2002**, Michèle Dalmasse assurera 3 demi-journées dans ce même service.

2003-2004 : Premières prises en charge scolaire des jeunes hospitalisés à Minjoz et des collégiens et lycéens accueillis au centre de rééducation des Salins de Bregille.

2004-2005 : Un groupe de pilotage conduit par l'inspecteur de l'EN en charge de l' AIS (Aide et Intégration Scolaires) missionne Marie-France Vicérial pour coordonner les interventions de 2d degré et dégager les besoins prioritaires des élèves hospitalisés sur le site de Jean Minjoz.

2005-2006 : Gisèle Gillet remplace Eric Charles au poste d'instituteur chargé des jeunes autistes accueillis en hôpital de jour de pédopsychiatrie devenu en 2003 : le CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

2006-2007 : Rédaction d'une Convention entre le CHU, le Rectorat et le Lycée Victor Hugo qui institutionnalise et garantit la pérennisation du suivi scolaire des collégiens et lycéens hospitalisés à Besançon. Un enseignant du second degré rattaché au lycée Victor Hugo est chargé de coordonner la scolarité du secondaire. Le dispositif devenu académique prend le nom d'UECLH, Unité d'Enseignement Collège-Lycée de l'Hôpital.

2007-2008 : Michèle Dalmasse n'assure plus de suivi scolaire à l'hôpital. Le poste d'André Gréani est fermé.

Signature de la Convention tripartite entre l'hôpital, le rectorat et le lycée Victor Hugo en novembre 2007. En cours : Création d'un groupe de pilotage constitué de personnels enseignants, soignants et administratifs pour rédiger un projet d'établissement pour l'UECLH.

2. Organisation actuelle

Deux dispositifs

Le premier degré :

L'école de l'hôpital a signé une convention avec le centre hospitalier. Elle est placée sous l'autorité de Monsieur Guérault, Inspecteur d'académie et de Madame Lyautey, Inspectrice de l'Éducation nationale, chargée de l'ASH, Adaptation Scolaire et scolarisation des élèves Handicapés (ex A.I.S. : Adaptation et Intégration Scolaires). Elle regroupe deux classes, celle de pédiatrie que dirige Claire Déliou et celle de psychiatrie infanto-juvénile dirigée par Gisèle Gillet.

Le second degré :

L'UECLH, Unité d'Enseignement Collège-Lycée de l'Hôpital est placée sous l'autorité de Madame Philippe, Recteur d'académie. Dans le cadre d'une convention tripartite signée entre l'hôpital, le rectorat et le lycée Victor Hugo de Besançon, le lycée Victor Hugo a été désigné par le Rectorat comme établissement référent chargé notamment d'assurer le suivi administratif et financier de ce dispositif d'enseignements proposé aux élèves du second degré hospitalisés au CHU et de garantir la continuité de la prise en charge pédagogique.

Les élèves de l'hôpital sont avant tout des enfants et des adolescents malades et la priorité est, bien entendu, accordée aux soins. La possibilité de poursuivre une scolarité est laissée à l'appréciation des médecins.

Les collégiens et lycéens hospitalisés sont scolairement pris en charge quand la durée estimée d'hospitalisation est supérieure à 15 jours. L'emploi du temps des enseignants (toujours susceptible de changements de dernière minute) est élaboré chaque semaine par le coordinateur en fonction des admissions et des sorties des services, des impératifs liés aux soins, des activités thérapeutiques et, bien sûr, de l'état de santé de l'élève.

Aujourd'hui, une équipe de 8 professeurs (2 en maths, 1 en français, 2 en anglais, 1 en allemand, 1 en hist-géo) coordonnée par une enseignante intervient régulièrement auprès des collégiens et des lycéens hospitalisés. Quatre disciplines fondamentales sont enseignées, maths, français, langue vivante et histoire-géographie auxquelles s'ajoutent ponctuellement d'autres matières en fonction des spécialisations suivies par les lycéens. Les séances sont d'une durée d'une à deux heures.

À Massonnat (pédiatrie) une salle de classe est mise à la disposition des enseignants qui la partagent avec les éducateurs. Les cours, en pédiatrie, sont presque toujours donnés individuellement au chevet des enfants et des adolescents car ils sont, soit isolés en chambre stérile, soit alités, soit dépendants d'un appareillage contraignant, soit, tout simplement, unique élève d'un niveau donné.

À Pasteur (pédopsychiatrie), nous disposons de trois salles de cours pour accueillir les élèves. Nous arrivons quelquefois à constituer de petits groupes de même niveau lorsque les élèves ne sont pas en grave difficulté (psychologique et scolaire). Cependant les jeunes sont le plus souvent suivis individuellement.

III. SPÉCIFICITÉS DE L'ENSEIGNEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

1. Les profils des élèves

Les jeunes hospitalisés en pédiatrie, dont certains souffrent de pathologies lourdes, présentent des profils très variés. Pour apporter une réponse pédagogique personnalisée et constructive à chacun des cas il ne suffit pas d'évaluer les connaissances et les compétences acquises, d'identifier les difficultés ou les retards d'acquisition.

Il convient aussi de :

- s'adapter à certaines modalités d'hospitalisation (périodes d'hospitalisations longues qui alternent avec des périodes plus courtes et des périodes de retour à domicile sans fréquentation d'établissement scolaire, chambre stérile, hospitalisation des malades chroniques contraints de passer plusieurs demi-journées par semaine à l'hôpital...)
- repérer les troubles engendrés par la maladie, la peur ou l'isolement et la traduction scolaire de ces troubles (désinvestissement, surinvestissement, hyperactivité, apathie...)
- mesurer le retentissement de certaines affections ou de certains traitements (séquelles provisoires ou évolutives) sur les aptitudes cognitives, sensorielles, motrices, de mémorisation...
- prendre en compte le niveau d'autonomie du jeune malade et veiller à son confort
- entendre ses attentes scolaires

afin de déterminer les priorités d'apprentissage et de mettre en place un suivi adapté et pertinent.

La priorité pour l'équipe enseignante est de maintenir le lien avec l'établissement d'origine et de suivre une progression parallèle à celle de la classe du jeune hospitalisé en vue de la réintégration dans un cursus « normal ».

En pédopsychiatrie les profils sont également très variés et il s'agit, ici aussi, de s'adapter aux pathologies (phobies scolaires, troubles de l'alimentation, troubles comportementaux, conduites à risque...) aux protocoles de traitement, au parcours scolaire, aux malaises et aux attentes des jeunes.

Quelques élèves « panachent » cours dans un établissement classique et cours à l'hôpital, pour d'autres une réorientation est décidée en cours d'année. On enregistre une nette progression du nombre de collégiens et de lycéens accueillis en long séjour. Nous prenons en charge pédagogiquement certains élèves pendant toute la durée de l'année scolaire, voir au-delà. Beaucoup sont en grande difficulté. Un enseignement « traditionnel » n'est évidemment pas envisageable pour ces adolescents souvent en échec scolaire parfois en rupture totale avec le système éducatif.

Si l'objectif prioritaire de l'équipe enseignante reste la rescolarisation (et la resocialisation), dans un établissement classique ou l'orientation vers une structure adaptée, il s'agit avant tout de réactiver le goût et la volonté d'apprentissage inhibés, chez ces jeunes, par l'image profondément négative qu'ils ont souvent d'eux-mêmes et de l'institution scolaire.

2. Des conditions particulières d'exercice

Dans le contexte particulier de l'hôpital, le professeur n'a pas les mêmes repères identificateurs que dans les établissements classiques: pas de groupe-classe, un lieu-classe et des outils d'apprentissage à réinventer pour une heure, des priorités, un code, une hiérarchie qui appartiennent au milieu médical. Le cours particulier, l'omniprésence de la maladie, de la souffrance corporelle ou/et psychologique, l'intimité partagée, constituent une situation pédagogique très spécifique qui infléchit inévitablement la relation apprenant et enseignant. Le pédagogue éprouve quelquefois des difficultés à repérer sa fonction, à tout le moins à ne pas « déborder » de sa mission. La fonction d'enseignant auprès d'enfants hospitalisés exige, en même temps que les compétences éducatives, pédagogiques et didactiques inhérentes à tout pédagogue, des qualités de disponibilité, d'adaptation, de discrétion, d'écoute, et une solide assise psychologique. C'est pourquoi le travail en équipe, les temps de concertation et d'analyse, ainsi qu'une étroite collaboration avec le personnel soignant sont impératifs.

3. Un travail d'équipe

L'enseignement assuré par une équipe d'enseignants « ancrés » dans l'hôpital, familiers du fonctionnement d'un service hospitalier, connus des équipes médicales et des autres intervenants, conscients et respectueux du rôle spécifique de chacun, et qui puissent répondre aux exigences de grande disponibilité et de souplesse d'emploi du temps, est le mieux adapté à la situation. Le travail en équipe permet d'envisager une prise en charge concertée avec les différents partenaires qui interviennent autour du jeune hospitalisé. Il permet surtout, par l'échange des informations, des avis, des expériences, par l'expertise des erreurs et des réussites et le retour réflexif sur les différentes pratiques, les différentes approches, de conduire une action éducative plus avertie,

mieux individualisée pour le jeune en souffrance et de ne laisser aucun enseignant sans ressources face à ses doutes ou ses difficultés.

4. Un travail de liens

La fonction essentielle des enseignants du 1^{er} et du 2^{ème} degré à l'hôpital consiste à maintenir ou établir des liens entre les différents intervenants autour de l'enfant ou de l'adolescent hospitalisé. Les enseignants de l'hôpital travaillent en liens étroits avec les services d'aide pédagogique à domicile, S.A.P.A.D. Ils doivent également établir une collaboration soutenue avec les établissements d'inscription des élèves accueillis à l'hôpital afin de poursuivre ou de redéfinir, en concertation avec les enseignants de la classe d'origine, les objectifs et les priorités pédagogiques et éducatifs pour mettre en place rapidement un suivi scolaire adapté à l'état de santé du jeune hospitalisé et adopter une progression parallèle à celle de sa classe.

5. Les objectifs

La scolarité en milieu hospitalier ne doit pas être confondue avec une activité destinée à distraire ou à occuper le jeune malade. À l'hôpital comme ailleurs, et peut-être même plus qu'ailleurs, la mission éducative doit viser à rendre l'adolescent (élève et non plus seulement « patient ») autonome, responsable, acteur de son évolution et de son avenir. L'acte de transmission des connaissances et des savoir-faire s'inscrit dans une dynamique de projet, donc de vie, aussi l'enseignement auprès d'élèves en souffrance (parfois en danger), outre sa finalité à permettre la socialisation, la formation de la personnalité et la constitution d'une culture personnelle, participe à un processus thérapeutique.

L'objectif principal est la continuité des apprentissages et le maintien ou la réactivation du goût d'apprendre. Le but est toujours le retour dans l'établissement d'origine de l'élève dans des conditions optimales. Plusieurs possibilités de réintégration sont possibles en fonction du profil et de la pathologie du jeune hospitalisé. Le retour à domicile et la réintégration en cours à temps complet, la réintégration en cours à temps complet tout en restant hospitalisé (pédopsychiatrie), le retour en cours avec un emploi du temps aménagé depuis l'hôpital ou depuis le domicile, la réorientation vers un autre établissement, vers une autre filière... Les différentes modalités de reprise scolaire sont définies dans le PAI, projet d'accueil individualisé rédigé dans le cadre d'une concertation qui réunit les parents, le médecin scolaire, le professeur principal de l'élève et un membre de l'équipe administrative de l'établissement.

6. Les difficultés rencontrées

Tout d'abord l'équipe doit constituer, dans un délai très court et parfois sans autres renseignements que ceux donnés par l'élève, un «dossier-scolaire» pour mettre en place le plus rapidement possible un suivi pédagogique opportun.

Si pour certains élèves un premier bilan scolaire est facilement réalisable (utilisation des outils institutionnels d'évaluation, entretien avec l'élève, consultation avec lui des manuels et éventuellement des classeurs...) pour d'autres jeunes, ceux que la maladie affecte profondément, ceux qui nous sont adressés après un parcours scolaire en pointillés, voire chaotique, le repérage des acquis, des retards et des besoins est beaucoup plus problématique.

Il s'agit avant tout d'installer une relation de confiance avec ces élèves et d'inventer des supports, des techniques et des filtres éducatifs palliatifs pour établir (rétablir) un dialogue. Une autre mesure de l'efficacité pédagogique s'impose alors et la communication qui s'établit entre le jeune malade et l'enseignant est un premier signe de réussite sinon strictement pédagogique du moins relationnelle. Ce n'est qu'après ce premier travail « d'approche » et parfois de « négociation » que peut être affinée l'observation des difficultés et des potentiels.

Les enseignants assurent le relais avec les collègues des établissements d'origine. Il s'agit, théoriquement, de poursuivre les objectifs pédagogiques entrepris à « l'extérieur » et propres au cycle d'étude auquel l'élève appartient. Cependant, même lorsque les établissements d'origine « jouent le jeu » et transmettent les cours suivis par les pairs du jeune hospitalisé, plusieurs questions se posent quant au choix dans la progression des apprentissages, aux priorités dans les programmes et aux modalités d'enseignement.

Doit-on, quand elle nous est communiquée, tenter de suivre, peu ou prou, la progression prévue par l'enseignant de l'établissement d'origine ou préférer un travail ponctuel de révision et de consolidation des acquis et savoir-faire ?

L'élève hospitalisé, éloigné de son environnement familial, souffre de son isolement et un cheminement scolaire parallèle à celui de sa classe le rassure. Mais, bien que le cours particulier permette une véritable individualisation de l'enseignement, il est difficile, d'une part, de « rivaliser » avec les 4 heures minimum d'enseignement hebdomadaires (en français) dont ont bénéficié les camarades du jeune malade et, d'autre part, de transmettre des savoirs et savoir-faire « décontextualisés ».

En effet, chaque unité ou séquence d'apprentissage d'une progression annuelle est conçue idéalement comme intrinsèquement résultante des unités précédentes et prélude aux unités suivantes. Elle mobilise des compétences déjà acquises, les consolide, les évalue et, selon un ordre croissant de difficulté, « installe » d'autres objectifs et d'autres apprentissages. Le jeune hospitalisé a souvent « raté » une, voire plusieurs étapes.

Il est, en même temps, très demandeur d'un enseignement « à la carte » (*j'ai rien compris au schéma narratif ; je voudrais revoir les figures de style ; j'aimerais réviser la conjugaison du passé-simple ; je suis nul en orthographe ; je n'ai jamais fait de commentaire...*) et extrêmement soucieux (ce qui est compréhensible et légitime) de suivre le même programme que ses camarades (*j'ai reçu un questionnaire de lecture mais je n'ai pas lu le livre ; ils en sont au biographique ; les autres travaillent sur la mise en scène d'une pièce qu'ils sont allés voir...*).

Les collégiens et les lycéens, surtout ceux qui doivent se présenter à un examen, nous interrogeaient souvent quant à la reconnaissance et la validation du travail scolaire effectué à l'hôpital (quelques établissements sollicitaient nos appréciations et nos notes, d'autres renvoyaient aux familles des bulletins trimestriels blancs...). Nous avons mis en place une feuille de liaison pédagogique qui est adressée aux établissements d'origine de l'élève lorsqu'il retourne en cours. Pour ceux qui sont hospitalisés en longue durée des évaluations sont effectuées et un bulletin trimestriel est envoyé à la famille et aux établissements.

Les jeunes qui préparent des examens peuvent bénéficier d'aménagements (1/3 temps supplémentaire, maintien des notes obtenues lors de précédents examens) mais ils se présentent parfois aux épreuves avec de grands pans des programmes à peine abordés. Je propose depuis deux ans, avec l'accord de Madame Adam-Maillet, Inspectrice en lettres et en concertation avec les collègues de lettres des établissements d'origine, un descriptif aménagé des activités de lecture et d'écriture préparées pour l'oral de l'EAF.

L'hétérogénéité n'est pas un trait spécifique de l'enseignement à l'hôpital en revanche, le large éventail des cycles (collège, lycée professionnel, lycée d'enseignement général et technologique, classe post-bac) auxquels appartiennent les jeunes pris en charge exige un travail quotidien de mise à jour des connaissances et une fréquentation assidue des programmes et des instructions officielles.

CONCLUSION

L'unité d'enseignement de l'hôpital de Besançon conjugue toutes les spécialisations et l'action des enseignants s'inscrit dans presque tous les champs d'intervention de l'Adaptation et de l'Intégration Scolaires et au-delà puisque nous nous adressons à la fois à des élèves en situation de handicap ou de maladie, à des élèves en situation de difficulté ou de « décrochage » scolaire et à des élèves qui ne présentent pas de difficultés d'apprentissage mais qui sont en situation d'isolement pédagogique et menacés de marginalisation scolaire et sociale. Aussi, l'enseignement auprès des collégiens et à des lycéens à l'hôpital décline-t-il plusieurs registres d'intervention, à dominante pédagogique ou rééducative, et articule-t-il en même temps plusieurs missions, de prévention, d'adaptation, de remédiation, de remotivation et d'intégration qui mériteraient un véritable temps de réflexion.

L'enseignant en milieu hospitalier est un professionnel de terrain qui a une approche de l'adolescent différente de celle des professionnels de la santé. Nous intervenons à l'interface entre les différents acteurs qui accompagnent le jeune hospitalisé. Nous assurons un rôle important de relais, relais entre le monde clos de l'hôpital et le monde extérieur, relais entre l'école de l'hôpital et l'établissement d'origine, relais entre les familles et les soignants, relais entre le malade et l'équipe médicale, parce que nous répercutons les malaises, les troubles ou les déficiences observés en cours qui ne sont pas forcément décelés en entretien médical.

La continuité des apprentissages pour les élèves hospitalisés est non seulement légitime, mais encore, elle est reconnue par tous, tant par les jeunes, les familles que par les équipes soignantes, comme un facteur déterminant de guérison. Le fait que les cours soient assurés en présentiel par un personnel identifiable et différent des soignants, permet à l'enfant et à l'adolescent malade de passer du statut de patient à celui d'acteur, de celui de malade à celui d'apprenant et de se réinscrire dans un contexte social « normal ». C'est pourquoi il est fondé que les familles attendent, quand l'état de santé de l'enfant le permet, que la scolarité se déplace et se poursuive dans les lieux mêmes où les jeunes malades sont contraints de demeurer parfois de longs mois.