



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Enfance Inadaptée

Date du Jury : **2003**

**REORGANISER LE DISPOSITIF D'UN
INSTITUT DE REEDUCATION POUR
FAVORISER L'ACCES DES ENFANTS A
DES PARCOURS DE DROIT COMMUN**

Denise MORZELLE

SOMMAIRE

<u>SOMMAIRE</u>	1
<u>LISTE DES SIGLES UTILISÉS</u>	5
<u>INTRODUCTION</u>	7
<u>1. FAVORISER L'ACCES DES ENFANTS A DES PARCOURS DE DROIT COMMUN : UNE EVOLUTION DES POLITIQUES SOCIALES A PRENDRE EN COMPTE ET A CONCRETISER POUR UN INSTITUT DE REEDUCATION</u>	9
<u>1.1. D'une logique intégrative à la revendication du droit commun : l'évolution des politiques sociales.</u>	9
1.1.1. <u>Le droit commun comme principe d'égalité.</u>	9
1.1.2 <u>Les apports de la catégorisation : affirmation des droits et volonté politique d'intégration</u>	11
1.1.2.1 <u>L'affirmation des droits.</u>	11
1.1.2.2. <u>Une volonté politique d'intégration</u>	12
1.1.3. <u>Procéder du droit commun pour apporter des réponses particulières : l'amorce d'un renversement de logique.</u>	15
1.1.3.1 <u>Vers une recherche de réponses dans le droit commun.</u>	15
1.1.3.2. <u>La revendication du droit commun</u>	16
<u>1.2. De l'assistance à l'intégration : la trajectoire d'un établissement.</u>	18
1.2.1 <u>Une Association fondée sur des valeurs d'assistance et de protection</u>	18
1.2.1.1. <u>Une histoire associative marquée par la générosité caritative</u>	18
1.2.1.2. <u>L'Association aujourd'hui : fidélité aux volontés des fondateurs.</u>	19
1.2.2. <u>L'ouverture progressive de l'établissement : vers la clarification des missions.</u>	20
1.2.2.1. <u>L'ouverture aux Politiques Publiques et à d'autres populations.</u>	20
1.2.2.2. <u>Une ouverture qui pose des exigences techniques de clarification des missions.</u>	21
1.2.3. <u>L'agrément d'Institut de Rééducation</u>	21
1.2.3.1. <u>Prise en compte du schéma départemental médico-social et mise en conformité avec l'Annexe XXIV.</u>	21
1.2.3.2. <u>Le dispositif</u>	22

<u>1.3. Favoriser l'accès des enfants à des parcours de droit commun : un principe d'action qui se concrétise avec difficulté.</u>	24
1.3.1. <u>Une population d'enfants marginalisés, à l'écart du milieu ordinaire</u>	24
1.3.1.1. <u>Des enfants souffrant de troubles du comportement.</u>	24
1.3.1.2 <u>Des difficultés scolaires qui conduisent à l'orientation en milieu spécialisé</u>	28
1.3.2. <u>Une démarche d'éducation et de soin visant à l'apaisement des troubles.</u>	30
1.3.2.1. <u>Un cadre spécialisé et contenant.</u>	30
1.3.2.2. <u>Des réponses thérapeutiques individualisées.</u>	32
1.3.3. <u>La recherche de réponses dans le droit commun : un principe d'action qui a du mal à se concrétiser.</u>	32
1.3.3.1. <u>Des intégrations sociales et culturelles proposées en fin de prise en charge.</u>	32
1.3.3.2. <u>Des projets d'intégration scolaire très ponctuels et en décalage avec les échéances réglementaires de l'Education Nationale.</u>	33
1.3.3.3. <u>Un fonctionnement interrogé par des pratiques intégratives différentes.</u>	35
1.3.3.3.1 <u>L'expérience du service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.</u>	35
1.3.3.3.2. <u>Des éléments comparatifs questionnants</u>	36
 <u>CONCLUSION PARTIELLE 1^{ÈRE} PARTIE</u>	38
 <u>2. PREVENIR ET LUTTER CONTRE L'EXCLUSION : UN DEFI A RELEVER POUR UN SYSTEME CLOS ACCUEILLANT DES ENFANTS EXCLUS DU MILIEU ORDINAIRE.</u>	39
 <u>2.1. La dimension complexe des « troubles du comportement ».</u>	39
2.1.1. <u>Une classification impossible pour une « population limite »</u>	39
2.1.2. <u>Des enfants handicapés ?</u>	40
2.1.3. <u>Des enfants exclus du milieu ordinaire, orientés tardivement</u>	44
2.1.3.1. <u>Des enfants exclus du milieu ordinaire.</u>	44
2.1.3.2. <u>Des enfants orientés tardivement.</u>	46
 <u>2.2. Un système clos qui tend à produire de l'enfermement.</u>	47
2.2.1. <u>Une logique de protection enracinée dans l'histoire.</u>	47
2.2.1.1. <u>Des valeurs fondatrices difficiles à dépasser.</u>	47
2.2.1.2. <u>Une logique de protection aujourd'hui dévolue à la fonction soin</u>	48
2.2.2. <u>Une logique de parcours entravée par des logiques institutionnelles</u>	51

<u>3.3.1.1. Rééquilibrer les modes d'accueil</u>	80
<u>3.3.1.2. L'extension du SESSD</u>	81
<u>3.3.2. Réorganiser le dispositif éducatif et scolaire pour soutenir les démarches</u> <u>intégratives</u>	85
<u>3.3.2.1. Créer un pôle transversal d'ateliers</u>	85
<u>3.3.2.2. La restructuration de l'Ecole spécialisée et le projet de classe annexée</u>	88
<u>3.4. Inscrire résolument l'établissement dans une dynamique d'ouverture et de</u> <u>partenariat</u>	90
<u>3.4.1. Construire la complémentarité des compétences : le partenariat avec l'Education</u> <u>nationale</u>	90
<u>3.4.2. S'inscrire dans une dynamique de coordination</u>	91
<u>CONCLUSION PARTIELLE 3^{ÈME} PARTIE</u>	94
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	96
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	98

LISTE DES SIGLES UTILISES

AIS : Adaptation et intégration scolaires.

ANCREAI : Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées.

AZF : Azote France

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce.

CDES : Commission départementale d'éducation spéciale.

CE : Cours Élémentaire.

CES : Contrat emploi solidarité.

CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

CLIS : Classe d'intégration scolaire.

CM : Cours moyen.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique.

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

CREAI : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée.

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

ETP : Equivalent temps plein.

IGAS : Inspection générale des affaires sociales.

IME : Institut médico-éducatif

IMP : Institut médico-pédagogique.

IMPRO : Institut médico-professionnel.

IR : Institut de rééducation.

RASED : Réseau d'aides spécialisées aux enfants en difficulté.

RMI : Revenu minimum d'insertion.

SEGPA : Section d'enseignement général professionnel adapté.

SESSD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

INTRODUCTION

Les Droits de l'homme et du citoyen (déclaration de 1789) ont constitué le socle et les principes fondateurs de notre démocratie.

Si les principes républicains de liberté, d'égalité, de fraternité définissent le lien, la relation à l'autre, l'enjeu pour toute démocratie se noue dans l'articulation de l'individuel au collectif. La question est récurrente : comment vivre ensemble, faire en sorte que chacun, de sa place, puisse participer à la communauté des hommes.

Cette question est aussi philosophique, éthique, politique.

L'égalité en droit est le principe juridique qui vient garantir ce que D. Schnapper nomme une « citoyenneté égalitaire »¹.

Garantir un même droit pour tous quel qu'il soit, est le choix de société qui permet à chacun de prendre place dans la communauté.

Cette exigence se pose avec d'autant plus d'acuité quand l'autre est différent, fragilisé, handicapé : « ...l'espace commun doit être assez fort et assez souple pour admettre en son sein la multitude des singularités. »²

L'enjeu, en effet est d'importance : « chaque fois que nous ferons vivre les personnes handicapées dans les mêmes espaces que tous les autres... nous créerons du lien social et ferons avancer la démocratie »³.

Directrice d'un établissement médico-social, un institut de rééducation relevant de la loi 75 534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées et de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, je reprends à mon compte cette « utopie réalisable »⁴.

L'établissement anciennement institut médico pédagogique, s'est vu délivrer en 1996 l'agrément d'institut de rééducation : cinq ans après ce nouvel agrément qui signe la mise en conformité de l'établissement avec l'annexe XXIV, quelle est la pertinence des dispositifs mis

¹ D. Schnapper, *Qu'est-ce que la citoyenneté*, Editions Gallimard, 2001, Collection Folio actuel, p.199

² H.J. Stiker, *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, Editions du CTNERHI, Collection Essais, 2000, p.50

³ H.J. Stiker, *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, Editions du CTNERHI, Collection Essais, 2000, p.117

⁴ Expression empruntée au titre de la troisième conversation : *De quelques utopies réalisables ou de la pragmatique à venir*, de l'ouvrage déjà cité.

en place au regard de l'actualité des politiques sociales (loi de lutte contre l'exclusion, loi de rénovation sociale).

Il apparaît que, si l'établissement tend à remplir au mieux sa mission d'éducation et de soins, il est en difficulté pour inscrire les enfants dans des démarches intégratives, dans des dispositifs de droit commun.

Je tenterai de montrer comment la réorganisation du dispositif ou « ensemble des mesures prises, des moyens mis en œuvre dans un but déterminé »⁵, permet de répondre à cette difficulté.

Dans une première partie, je montrerai comment les politiques sociales, dans le champ du handicap, et plus précisément le secteur de l'enfance, ont évolué dans le sens d'une recherche de réponses dans le droit commun, notion que j'aurai préalablement explicitée. J'examinerai ensuite la validité des réponses de l'établissement au regard de ces exigences.

Comprendre et analyser les freins qui hypothèquent les projets d'intégration pour les enfants me conduira dans une deuxième partie à proposer, après une identification du contexte interne mais aussi de l'environnement, un repositionnement stratégique de l'établissement.

Prévenir et lutter contre l'exclusion des enfants du milieu ordinaire, en intervenant plus précocement, en accompagnant les projets de réintégration est la réponse que je proposerai. Elle passera par une réorganisation du dispositif, que j'exposerai dans une troisième partie.

Réorganiser, c'est « organiser sur de nouvelles bases »⁶. Dans les fondements de notre action, nous incluons désormais la notion d'intégration : intégrer ou « faire entrer dans un ensemble plus vaste »⁷.

Cet ensemble plus vaste signifie pour nous l'espace commun. C'est en ce sens que nous entendons favoriser pour l'enfant des parcours de droit commun.

⁵ Définition du Larousse

⁶ Définition du Larousse

⁷ Définition du Larousse

1. FAVORISER L'ACCES DES ENFANTS A DES PARCOURS DE DROIT COMMUN : UNE EVOLUTION DES POLITIQUES SOCIALES A PRENDRE EN COMPTE ET A CONCRETISER POUR UN INSTITUT DE REEDUCATION

1.1. D'une logique intégrative à la revendication du droit commun : l'évolution des politiques sociales.

1.1.1. Le droit commun comme principe d'égalité.

La notion de droit commun ne relève pas d'une définition juridique en tant que telle, mais recouvre l'ensemble des règles de principe par opposition à l'exception.

Nous référant à l'étymologie de l'adjectif « commun », du latin communis, « qui appartient à plusieurs à tous, qui concerne tout le monde, le plus grand nombre »,⁸ nous comprenons que le droit commun s'oppose au droit spécifique, dérogatoire.

Le droit commun peut donc être considéré comme le droit qui s'applique à tous, sans distinction aucune : il institue l'égalité en droit entre les citoyens telle qu'elle est proclamée dans les textes fondateurs, Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, Préambule de la Constitution de 1946.

Ce principe républicain d'égalité civile, juridique et politique des citoyens n'en garantit pas pour autant l'effectivité réelle : des situations d'inégalités dans la vie sociale demeurent, que l'Etat par son intervention va réguler, voire compenser, visant à instaurer un principe d'égalité des chances. Les politiques sociales en France en constituent le vecteur.

⁸ Définition du Larousse.

Concernant les personnes handicapées, nous reprendrons les propositions des experts du Centre International des Nations Unies de juin 1986 considérant que « trois types de législations sont susceptibles de concerner les personnes handicapées :

- la législation générale touchant l'ensemble de la population qui inclut l'application de ses dispositions aux personnes handicapées.
- la législation spéciale qui s'applique à toutes catégories de personnes handicapées.
- la législation spéciale avec dispositions touchant des regroupements particuliers, à l'intérieur de l'ensemble des personnes handicapées.⁹ »

Favoriser l'accès à des parcours de droit commun se comprend dans la recherche de réponses dans des cadres de vie du milieu ordinaire (pour l'enfant, la famille, l'école, les lieux de loisirs ou d'animation culturelle), dès lors que nous posons à l'instar de H.J. Stiker une « distinction entre les institutions spécialisées relevant du régime de la discrimination compensatoire et l'ensemble relevant du droit commun, société civile et institutions publiques comprises ».¹⁰

⁹ Cité par Hamonet C., *Les personnes handicapées*, Que sais-je. Chapitre : les Handicaps et le Droit, p.85-86.

¹⁰ H.J. Stiker, *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, Editions CTNERHI, Collection Essais, 2000, p.120

1.1.2 Les apports de la catégorisation : affirmation des droits et volonté politique d'intégration

1.1.2.1 L'affirmation des droits.

La loi cadre 75.534 du 30 juin 1975 est le symbole majeur d'une Action Sociale qui s'est élaborée à partir de lois catégorielles, avec des modes d'intervention en faveur de groupes d'appartenance, de publics ciblés.

Passant d'une logique où la prise en compte du handicap était du ressort de la solidarité familiale et de l'Aide Sociale à une logique de solidarité nationale, faite obligation, la loi de 1975 sera l'affirmation d'une politique globale d'aide aux handicapés. Sortant le handicap de la marginalité, elle a pour but d'assurer aux personnes handicapées (reconnues comme telles par les Commissions de la CDES¹¹ et de la COTOREP)¹² toute l'autonomie dont elles sont capables et de favoriser leur maintien dans leur cadre de vie. Elle organise concrètement l'accès à des droits enfin reconnus : droit à l'éducation et à l'instruction, droit aux soins, droit au travail en favorisant l'insertion socioprofessionnelle, droit à une garantie de ressources, droit à l'intégration sociale, et garantit la dignité de toute personne handicapée.

Au même moment, dans une dynamique qui apparaît paradoxale par rapport à un principe d'intégration affirmé, est créée la loi 75.535 qui fonde le cadre juridique et administratif des structures sociales et médico-sociales susceptibles d'accueillir les personnes handicapées ; dans une logique de réadaptation et de type compensatoire visant à rétablir principe d'égalité et égalité des chances.

¹¹ CDES : Commission départementale de l'éducation spécialisée

¹² COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

1.1.2.2. Une volonté politique d'intégration

L'affirmation d'une volonté politique d'intégration est initiée par la loi 75.534 dès son article premier : « l'action poursuivie assure chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie ». Ce droit appliqué aux enfants handicapés implique de privilégier prioritairement les démarches d'intégration en milieu ordinaire, l'éducation spécialisée n'étant qu'une réponse « par défaut » (article 4).

Si le terme d'intégration n'apparaît pas dans la loi de 1975, il sera au centre des logiques d'action des textes qui suivront concernant l'éducation et la politique en faveur des enfants handicapés et notamment leur intégration scolaire. « Lorsqu'on parle d'intégration des jeunes handicapés on met l'accent sur l'intégration scolaire, car elle est le premier et l'indispensable pas qu'il faut accomplir pour entreprendre un parcours d'insertion sociale réussie. L'école est le premier lieu de socialisation, c'est là que l'enfant appréhende l'autre et forge sa capacité relationnelle, autrement dit sa compétence et son appétence à exister dans la société qui est la sienne ».¹³

Les circulaires du 28 janvier 1982 et du 29 janvier 1983, cosignées par les Ministères de l'Education Nationale et de la Solidarité Nationale, vont préciser philosophie de l'action et modalités de la démarche intégrative. En son préambule, la première

¹³ Jeanne Philippe, Laurent J. Paul, *Enfants et Adolescents handicapés pour une prise en charge qualitative du handicap*. Cité dans L'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés, p. 28. Dossier documentaire octobre 2000, CREA Midi-Pyrénées.

circulaire (n°82.2 et 82.048 du 28 janvier 1982) souligne que « l'intégration vise tout d'abord à favoriser l'insertion sociale de l'enfant handicapé en le plaçant le plus tôt possible dans un milieu ordinaire où il puisse développer sa personnalité et faire accepter sa différence ». En son article 2, la circulaire précisera que ce projet intégratif ne se limite pas à la sphère scolaire mais doit aussi prendre en compte l'ensemble des situations vécues par les enfants et adolescents handicapés dans et autour de l'école. Sont cités les loisirs, l'éducation physique et sportive, l'animation culturelle. Les institutions spécialisées associées à la démarche intégrative peuvent en « constituer le support technique » (article 1).

La loi d'orientation du 10 juillet 1989 et l'annexe XXIV du décret du 27 octobre 1989 relative aux conditions techniques d'autorisation des services et établissements prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficiences intellectuelles ou inadaptés marqueront une étape décisive de cette volonté politique commune d'intégration.

La loi d'orientation du 10 juillet 1989 redéfinit le droit à l'éducation, ouvert à tous sans discrimination d'aucune sorte : « l'intégration scolaire des handicapés est favorisée » (article 1^{er}). La participation des établissements spécialisés est souhaitée. Ceux-ci voient se redéfinir avec la nouvelle annexe XXIV leurs modalités de fonctionnement. Cette redéfinition, liée notamment à de nouvelles conceptions du handicap, préconise la mise en œuvre d'une prise en charge qui tende « à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle » (Annexe XXIV, article 2). Avec l'encouragement à la création de service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSD), le projet individualisé devient le vecteur de la prise en charge dans les pratiques d'intégration scolaire et sociale.

Toutefois, la circulaire du 30 octobre 1989 (circulaire n°89.17 du 30.10.1989) recommande l'utilisation de « la variété des modes d'intervention du secteur médico

éducatif » pour « garder une continuité dans la liaison avec l'école, allant de l'intégration totale et soutenue par les SESSD à l'enseignement spécialisé en internat et permettant de ménager des retours...à des intégrations plus effectives » (chapitre 5). L'adaptabilité des structures doit garantir la souplesse des parcours : la loi confirme la coexistence des deux secteurs, ordinaire et spécialisé, introduisant une dynamique dialectique qui fait de l'intégration scolaire et donc sociale (la première n'étant qu'un moyen visant à accéder à la seconde comme le spécifiera la circulaire n°99.187 du 19 novembre 1999 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés), un processus qui, en articulation avec une prise en charge en établissement, préserve le maintien dans des dispositifs de droit commun, en facilite l'entrée ou bien encore en prévient l'exclusion.

Cette logique intégrative sera sans cesse réaffirmée jusque dans les textes les plus récents : dans le cadre du « Plan Handiscol », plan de relance de la politique d'intégration des enfants handicapés, la circulaire n°99.187 du 19 novembre 1999 précise avec force que la scolarisation est un droit et l'accueil un devoir.

Le temps des décisions politiques ne recouvrant pas exactement, comme on le sait, celui des pratiques sociales, le développement des démarches intégratives reste problématique : le rapport sur l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de l'Education Nationale¹⁴ met en relief des réalités d'intégration qui demeurent généralement difficiles : « l'intégration scolaire reste un processus fragile toujours susceptible d'être remis en cause ».

¹⁴ Rapport sur l'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés. Gauzere N., Naves P., Trouve C. (IGAS). Gosso B, Mollo C (Iqen). Rapport IGAS n°1999043. Rapport Iqen n° 99-002, 1999, p.II.

1.1.3. Procéder du droit commun pour apporter des réponses particulières : l'amorce d'un renversement de logique.

1.1.3.1 Vers une recherche de réponses dans le droit commun.

« On parle beaucoup actuellement de discrimination positive. S'il est certes légitime et nécessaire de faire quelque chose de plus pour les exclus, prenons garde toutefois de ne pas produire un droit séparé pour les exclus. Notre objectif doit être d'intégrer tout le monde dans le droit commun et de garantir aux exclus l'accès à ce droit ». Ce texte de P. Gauthier¹⁵, alors directeur de l'Action Sociale, symbolise les nouvelles orientations que va connaître l'Action Sociale dans les années 90.

La loi de lutte contre les exclusions (loi 98.657 du 29 juillet 1998) va consacrer une logique systématique d'individualisation et d'adaptation de l'action publique à l'individu concerné, que des modes d'intervention plus transversaux avaient initiée, suite aux effets de la crise économique (chômage, précarité, fragilisation des modèles familiaux).

Le rapport de Mme de Gaulle Anthonioz au Conseil Economique et Social en 1995 soulignait que les personnes en situation d'exclusion et de pauvreté ne bénéficiaient pas des politiques générales destinées à la population. La volonté de la loi plutôt que de donner à ces personnes un statut particulier, vise à leur permettre d'accéder effectivement au droit ouvert à tous. Recherchant un équilibre entre des solutions spécifiques et des formes de discrimination positive – discrimination au sens que lui donne H.J. Stiker : « l'ensemble des aides pour que chaque individualité puisse vivre

¹⁵ P. Gauthier, *L'action sociale de demain : nouveaux enjeux, nouveaux défis, nouvelles réponses*, document diffusé lors de l'assemblée plénière du conseil supérieur du travail social le 27 juin 1996

dans l'espace commun », ¹⁶ la loi de lutte contre les exclusions inscrit résolument les actions à mener dans le droit commun. Le droit à l'éducation pour tous est réaffirmé (article 42).

Concernant spécifiquement notre secteur d'activité, la loi du 2 janvier 2002 le repositionne dans l'ensemble de la politique de lutte contre les exclusions dans la logique de la loi du 28 juillet 1998, conférant à l'usager bénéficiaire un statut de sujet de droits, exigence que l'on peut lire comme une transcription du droit commun.

1.1.3.2. La revendication du droit commun

Le rapport de M. Assante, « Situations de handicap et cadre de vie » ¹⁷, au Conseil Economique et Social en 2000, constate que la volonté affirmée en 1975 de favoriser pour les personnes handicapées l'accès à une vie ordinaire a pu aboutir à une certaine mise à l'écart, produisant des effets stigmatisants et ségrégatifs : « l'approche du handicap qui a dominé ces dernières décennies en raison d'une réglementation médicalisée et surprotectrice a conduit de manière exagérée à la constitution de filières. En effet, l'examen des parcours des personnes handicapées, de l'enfance au stade adulte montre qu'une première orientation dans un Institut médico éducatif les conduit le plus souvent dans un Institut médico professionnel puis dans un Centre d'Aide par le Travail. Les chances de gagner le milieu ordinaire sont très minces. Pour autant, il ne s'agit pas de livrer au droit commun de l'éducation, de la formation et de l'emploi les personnes handicapées, au détriment de réponses spécifiques complémentaires dictées par des besoins particuliers mais bien de

¹⁶ H.J. Stiker, , *Quelle place pour les personnes handicapées*, Revue Esprit, 1999

¹⁷ Rapporteur M. Assante, *Situations de handicap et de cadre de vie*, Avis adopté par le conseil économique et social au cours de sa séance du 13 septembre 2000.

procéder du droit commun pour apporter toutes les réponses nécessaires pour satisfaire les besoins, réponses communes et particulières à la fois ».¹⁸

Constatant que les enfants handicapés sont « dans une voie éducative différente, parallèle mais marginale, relevant pour l'essentiel du Ministère des Affaires Sociales et non de celui de l'Education Nationale » le rapport estime que « l'école doit favoriser dès le plus jeune âge la mixité des enfants valides et handicapés, dès lors que ces derniers sont en mesure de bénéficier avec intérêt de la fréquentation de l'école ».¹⁹ Le rapport demande « la reconnaissance par la loi du principe d'obligation d'intégration scolaire des enfants handicapés dès lors qu'elle n'est pas contraire à l'intérêt de l'enfant ».²⁰

Le rapport du médiateur de l'Education nationale²¹ ira dans le même sens demandant la scolarisation systématique dans l'établissement de leur secteur pour les enfants atteints de handicaps, avec, pour ceux qui rencontreraient de trop grandes difficultés, une prise en charge « à l'intérieur du système éducatif ou exceptionnellement à l'extérieur ».²²

Entre discrimination spécifique et intégration systématique, pour garantir l'égalité en droit et tendre à l'égalisation des chances, des attentes s'expriment quant au choix de réponses les plus individualisées possible, pouvant utiliser transitoirement des espaces particuliers mais construites et élaborées à partir de l'espace commun.

¹⁸ Ibid.p.55

¹⁹ Ibid p.7

²⁰ Ibidem.

²¹ Rapport du médiateur de l'Education nationale, année 2001, La Documentation Française cité par les Actualités Sociales hebdomadaires n°2266, p.31

²² Ibidem

Dans un Institut de Rééducation relevant des lois du 30 juin 1975 et du 2 février 2002 concernant respectivement les personnes handicapées et les institutions sociales et médico sociales, comment s'organisent ces réponses ?

Dans un premier temps, je m'attacherai à situer l'Institut de Rééducation dans l'histoire associative et l'évolution de l'établissement au regard de ces exigences. J'examinerai ensuite, après une identification de la population accueillie les réponses données au regard de la mission d'éducation et de soins, missions dont la mise en œuvre « tend à assurer l'intégration (de l'enfant) dans les différents domaines de la vie ».²³

1.2. De l'assistance à l'intégration : la trajectoire d'un établissement.

1.2.1 Une Association fondée sur des valeurs d'assistance et de protection

1.2.1.1. Une histoire associative marquée par la générosité caritative

Il importe ici de pouvoir repérer l'évolution de l'établissement « La Grande Allée » à travers son histoire et les influences qui l'ont façonnée depuis ses origines : fondé en 1873 à l'initiative d'un abbé, l'Orphelinat de l'Immaculée Conception, situé au centre d'une grande ville du Sud-Ouest, accueille les orphelins et les enfants abandonnés, grâce au soutien de bienfaiteurs qui ont contribué, par leurs dons et legs à édifier et améliorer l'œuvre mise à la disposition des plus déshérités.

En 1924, l'ordre des religieux assumptionnistes prend en charge la gestion et la direction de l'orphelinat, plusieurs pères directeurs se succèdent à la direction jusqu'en 1992, date à laquelle fut recruté le premier directeur laïc.

²³ Décret n°89-798 du 27 octobre 1989, article 2.

Le 15 janvier 1937, une association loi 1901 dénommée « Association de l'Orphelinat de La Grande Allée » est constituée pour gérer l'établissement. Cette association prend, en 1979, la dénomination « Association Maison d'Enfants La Grande Allée ». Le regard que l'on peut porter sur l'histoire de l'association rend compte de la générosité caritative qui a présidé à sa création et explique la force de son engagement sur le versant social bien avant l'apparition du secteur médico social.

1.2.1.2. L'Association aujourd'hui : fidélité aux volontés des fondateurs.

L'Association a pour but de contribuer à la prise en charge éducative :

- « des enfants privés de milieu éducatif : des orphelins ou des enfants abandonnés ainsi que des cas sociaux,
- des enfants inadaptés : des déficients légers et caractériels, justiciables d'une surveillance médicale d'ordre psychiatrique ».²⁴

La coexistence des deux types d'activités apparaît ainsi dans les Statuts, toujours en vigueur actuellement.

Aujourd'hui, l'Association ne formule aucun projet de développement, elle joue son rôle de gestionnaire, portée par des valeurs chrétiennes, reprenant ainsi le rôle social voulu par ses fondateurs. Elle s'assure toutefois des compétences professionnelles exigées par ses activités.

²⁴ Article premier des Statuts de l'Association, modifiés et déclarés le 08 novembre 1979.

1.2.2. L'ouverture progressive de l'établissement : vers la clarification des missions.

1.2.2.1. L'ouverture aux Politiques Publiques et à d'autres populations.

L'histoire de l'établissement a donc précédé, et de loin, la création d'une section médico sociale.

En 1960, l'établissement est autorisé par la convention passée entre le préfet de la Haute-Garonne et le président de l'Association à recevoir « les bénéficiaires de l'Aide Sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes ». L'établissement est habilité à recevoir 40 garçons de 6 à 15 ans classés...débiles légers et caractériels. »

En 1970, l'arrêté préfectoral habilite la Maison d'Enfants La Grande Allée « à recevoir des mineurs en application des articles 375 à 382 du Code Civil » et l'agrée à recevoir « des bénéficiaires de l'Aide Sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes ».

La capacité d'accueil est portée alors à :

- section cas sociaux : 50 lits pour garçons de 7 à 18 ans,
- section médico pédagogique : 50 lits pour garçons de 6 à 15 ans débiles légers affectés de troubles du caractère et du comportement.

Ces qualifications successives et concomitantes des deux sections ont abouti à des projets de prise en charge relativement peu différenciés. L'établissement était connu par ses partenaires orienteurs dans une certaine confusion qui distinguait peu le projet social du projet médico social. Seule l'école, chargée depuis la création de l'instruction primaire des enfants accueillis et dispensant également une formation morale et religieuse, n'accueillait plus depuis 1980 que des enfants de la section médico sociale.

1.2.2.2. Une ouverture qui pose des exigences techniques de clarification des missions.

La nécessité impérieuse de distinguer les deux sections est apparue à la suite de la loi particulière du 6 janvier 1986 et du décret du 27 octobre 1989 accompagné des nouvelles annexes XXIV.

En interne, en effet, du fait du mixage des populations de même âge sur les groupes éducatifs, les équipes se référaient difficilement à des missions de nature différente. L'amalgame qui en résultait imposait une restructuration fonctionnelle des deux établissements qui a été menée à bien en 1993 et 1994 par le premier directeur laïc. La mise en place d'équipes différenciées sur chaque structure avec une traduction budgétaire a permis une meilleure identification des missions respectives. Pour favoriser une identité propre à chaque section et permettre au personnel de se reconnaître dans l'une d'elles seulement, un directeur est nommé dans chaque structure.

1.2.3. L'agrément d'Institut de Rééducation

1.2.3.1. Prise en compte du schéma départemental médico-social et mise en conformité avec l'Annexe XXIV.

La volonté de prendre en compte les orientations du schéma départemental médico social comme de mettre l'établissement en conformité avec les Annexes XXIV ont présidé à l'élaboration du projet d'établissement. Se référer aux travaux préparatoires du Schéma a conduit au constat d'une population en décalage avec l'agrément d'institut médico- pédagogique : « l'IMP La Grande Allée n'a admis en déficience à l'admission pratiquement que des jeunes présentant des troubles névrotiques évolutifs sans que soient notées de déficiences intellectuelles ou autres

associées ». ²⁵ Adapter les réponses de l'établissement aux besoins de la population a conduit à la transformation de l'Institut médico-pédagogique en Institut de rééducation, par un nouvel agrément délivré en novembre 1996.

En référence aux idées force de l'annexe XXIV l'établissement a diversifié ses modes de prise en charge, introduit la mixité, s'est efforcé de promouvoir des prises en charge de proximité : le recrutement est progressivement devenu urbain ou de proche banlieue toulousaine. Un projet d'établissement impliquant l'ensemble des équipes a été élaboré avec le concours de représentants de la DDASS²⁶ et du CREA²⁷.

Dans la limite de leurs possibilités, les familles ont été dès lors sollicitées pour participer à l'action menée auprès de leur enfant. L'aide aux familles est pensée pour les soutenir et les mobiliser en recherchant « une alliance thérapeutique » gage d'une évolution positive pour les enfants.

1.2.3.2. Le dispositif

L'établissement accueille aujourd'hui 40 enfants de 6 à 14 ans, « souffrant de troubles du caractère et du comportement ».

Les modes d'accueil sont diversifiés avec :

- un internat de 20 places pour les garçons,
- un semi internat mixte de 10 places,
- un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile de 10 places.

²⁵ Axes prioritaires du Schéma Départemental, Document n°9 : Annexe 4, Perspectives et conclusions au sein des I.M.P. et Sections scolaires d'I.M.E., p.2

²⁶ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

²⁷ Centre régional de l'enfance et de l'adolescence inadaptée.

L'internat thérapeutique demeure réservé aux situations indiquées par le médecin psychiatre et permet, par la séparation de l'enfant d'avec sa famille, un travail d'individuation. L'agrément d'internat englobe l'internat partiel ou aménagé : les enfants sont accueillis sur trois groupes d'âge où se côtoient les différentes modalités de prise en charge de l'internat de semaine ou bien du demi internat, ce qui doit permettre souplesse et adaptabilité au fur et à mesure de l'évolution des projets individualisés.

Une école spécialisée intra muros complète le dispositif de prise en charge.

Concernant le plateau technique, les modifications les plus récentes ont été dans le sens d'un étayage de la fonction soin : plus 0,80 E.T.P. de psychologue (anciennement 0,20) au regard de la mission de soin.

Avec la création d'un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSD) pour accompagner et soutenir les intégrations scolaires, l'établissement s'est efforcé de traduire dans ses nouvelles orientations les axes prioritaires du schéma départemental médico social de la Haute-Garonne : promouvoir « des stratégies de prise en charge de l'enfant favorisant le plus possible le maintien ou le retour de l'enfant dans des cadres de vie relevant du droit commun »²⁸.

Cette notion de droit commun n'est pas sans poser question pour un établissement dont toute l'histoire se fonde sur des valeurs d'aide et d'assistance qui prirent forme dans des lieux de mise à l'écart du monde ordinaire.

²⁸ Document n°9, Axes Prioritaires du Schéma Départemental des établissements médico éducatifs et déroulement des procédures, p.3.

1.3. Favoriser l'accès des enfants à des parcours de droit commun : un principe d'action qui se concrétise avec difficulté.

1.3.1. Une population d'enfants marginalisés, à l'écart du milieu ordinaire

1.3.1.1. Des enfants souffrant de troubles du comportement.

Si comme le rappelle le rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales sur les Instituts de Rééducation en 1999²⁹ la définition des troubles du comportement reste « introuvable », nous nous référerons toutefois en premier lieu pour appréhender la population reçue dans ces établissements à celle de l'administration contenue dans l'Annexe XXIV : « des enfants ou des adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaires malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant de la normale la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité »³⁰.

La circulaire d'application, circulaire n°89.17 du 30 octobre 1989 sera plus explicite : « il s'agit le plus souvent d'enfants d'intelligence normale ou quasi normale, dont l'échec scolaire se confirme pourtant au fil des ans, tandis que se développent des troubles du comportement. Il n'est pas rare que ces enfants ou adolescents aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans leur petite

²⁹ Rapport sur les Instituts de Rééducation présenté par M. Gagneux et P. Soutou, rapport n° 1999006, janvier 1999, Collection Rapports Publics de l'Inspection générale des Affaires Sociales.

³⁰ Annexe XXIV, Article 1^{er}.

enfance avec parfois des placements précoces ; il peut arriver qu'un juge des enfants ait déjà été saisi à leur propos ». ³¹

Concernant les enfants accueillis à l'IR La Grande Allée, l'enquête sur les instituts de rééducation de la Caisse régionale de l'assurance maladie Midi-Pyrénées atteste en 2001 de l'adéquation entre le public accueilli et l'agrément de l'établissement³².

Les appréhender à partir de l'expression de leurs symptômes nous conduit à dire que les enfants reçus présentent des troubles du comportement à type d'excitation ou d'inhibition, associés ou non à des troubles instrumentaux, difficultés ou arrêts des apprentissages. Ce sont des enfants en grande souffrance psychique qui verbalisent peu ou pas leurs conflits, leurs affects et qui sont souvent dans le passage à l'acte. La violence caractérise parfois leur mode de relation.

De manière plus précise, nous établirons la nature des troubles et des difficultés présentées à partir de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent complétée d'éléments référencés à la Classification Internationale de Wood.

On repèrera d'abord la nature des troubles et des difficultés présentées dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) :

- a) Troubles névrotiques
- b) Pathologie de la personnalité pathologie narcissique et / ou anaclitique, dépression chronique, abandonnisme.

³¹ Circulaire d'application n°89.17 du 30.10.1989, 1. *Reconnaître les besoins de l'enfant ou de l'adolescent.*

³² Caisse régionale d'assurance maladie « Midi-Pyrénées », *Enquête régionale sur les instituts de rééducation, avenant n° 01/35, 20 avril 2001.*

Ces indications peuvent être complétées par la référence à la « Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent » établie par R. Mises et N. Quemada concernant les « incapacités, désavantages et retentissement sur la qualité de la vie familiale » largement inspirées de la « Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages » élaboré par Ph. Wood.

a) Incapacités

	Incapacités	Echelle de sévérité
140	Incapacité à acquérir des connaissances	Depuis niveau léger (réalisation possible mais avec lenteur, maladresse) jusqu'au niveau moyen ou majeur (nécessite une aide discontinue ou le soutien d'un environnement protégé spécialisé)
151	Incapacité à coopérer dans les relations sociales. Incapacité à respecter les règles visuelles	
160	Incapacité dans l'usage du langage écrit	
220	Incapacité concernant l'hygiène corporelle	
312	Incapacité concernant le contrôle de la motilité (hyperactivité – instabilité)	
702	Incapacité à participer à un travail de groupe	

b) Désavantages

- Dans les activités pédagogiques et éducatives depuis la fréquentation à temps plein d'une classe ordinaire avec aide spécialisée à la fréquentation à temps partiel ou la nécessité de suivre une éducation ou une pédagogie spécialisée.

- Dans l'intégration socio familiale depuis la participation à tout l'éventail d'échanges mais avec un certain degré d'inhibition ou de retrait à la participation réduite à un cercle de familiers, difficulté à créer de nouveaux liens.

1.3.1.2 Des difficultés scolaires qui conduisent à l'orientation en milieu spécialisé

A l'entrée, 80 % des enfants reçus ont entre 9 et 10 ans. Les autres ont de 11 à 12 ans (chiffre des entrées de 1999, 2000, 2001). Ils sont originaires de la Haute-Garonne : les 2/3 sont d'origine toulousaine, l'autre tiers concerne la banlieue toulousaine.

Les candidatures sont pour la grande majorité des enfants admis préparés par un service lié au secteur de psychiatrie infanto juvénile : centre médico psycho pédagogique, centre médico psychologique. Deux d'entre eux ont connu un placement antérieur en maison d'enfants à caractère social. Pour trois enfants admis à 11, voire 12 ans, il s'agit de réorientation d'IR situés en zone rurale distante de leur domicile. Par ailleurs, trois d'entre eux étaient en attente depuis un an de place disponible dans le département.

Les difficultés rencontrées à l'école (adaptation aux règles, à la vie de groupe, blocages et refus scolaires) sont les symptômes d'appel dans la grande majorité des situations à l'origine de l'orientation et de la demande de scolarité adaptée en institut de rééducation.

1.3.1.3 . L'attente des familles : la réintégration en milieu ordinaire.

Mieux connaître les familles : situations sociales années 2001, 2002 :

Sur quarante enfants reçus (dont trois couples de jumeaux), les compositions familiales sont les suivantes :

- vingt deux couples mariés (dont cinq beaux-pères avec absence totale de père)
- quatre divorcés
- cinq en concubinage : du couple « originel »
- trois en concubinage du couple non originel (dont deux avec absence totale du père géniteur)
- quatre familles mono parentales dont trois avec absence totale du père géniteur, un avec des liens très distendus.

On note onze recompositions familiales avec présence au foyer de demi frères et demi sœurs. Dix enfants n'ont aucun lien avec leur père géniteur.

Dix sept enfants sur quarante vivent donc au sein de leur famille nucléaire.

Eléments de situations sociales :

La majorité des parents disposent d'un emploi stable. On notera cependant que trois familles dont deux en situation de famille monoparentale, disposent de contrats aidés (type CES ou stages de remobilisation), un père divorcé perçoit le RMI et deux familles perçoivent l'Allocation Adulte Handicapé.

Le secteur est impliqué dans quinze situations, dans une coordination très régulière avec l'Institut de rééducation pour neuf situations. Pour les deux familles en situation de handicap (physique pour l'une, mental pour l'autre) les interventions au domicile se font ensemble. Six familles bénéficient d'un suivi dans le cadre d'une action éducative en milieu ouvert. Au cours du travail engagé par l'assistante sociale, il apparaîtra que huit parents (dont six mères) ont connu des placements dans leur enfance.

Au delà des troubles présentés par les enfants, il apparaît qu'un peu moins de la moitié des familles ont besoin d'un étayage social pour leur permettre de tenir leur place sociale et / ou leur fonction parentale.

Les attentes des familles : un espoir de retour en scolarité ordinaire

A l'entretien d'entrée la plupart des parents identifient les difficultés de leur enfant comme étant majoritairement d'ordre scolaire. S'ils acceptent l'orientation et pour la grande majorité, le passage de leur enfant en scolarité adaptée, *tous posent la question du retour de leur enfant à l'école ordinaire et des délais à envisager pour concrétiser cet objectif : la réintégration scolaire est perçue comme un retour à la norme*. Réintégration puisque l'enfant a été « exclu » du milieu scolaire ordinaire pour entrer à l'Institut de Rééducation.

La demande d'aide devant les difficultés relationnelles face à un enfant qui souvent les « déborde », est majoritairement présente.

Toutes les familles à l'entrée souscrivent à la proposition d'une collaboration et d'un échange, présentés comme indispensables dans le travail entrepris avec leur enfant.

La demande des familles, entendue, d'un retour en milieu ordinaire ne peut trouver de réponses avant un travail préalable et indispensable d'apaisement des troubles.

1.3.2. Une démarche d'éducation et de soin visant à l'apaisement des troubles.

1.3.2.1. Un cadre spécialisé et contenant.

La notion de contenant est explicitée par M. Capul et M. Lemay dans l'ouvrage « De l'Education Spécialisée » : « Dans les phases de désarroi et de « désorganisation » d'enfants souffrant de troubles graves... du développement, cette fonction de contenant est tout à fait essentielle pour fortifier les bases mêmes de l'identité, diminuer les visions persécutrices et atténuer par là même les attitudes offensives et défensives génératrices de nouvelles détériorations. C'est dans la mesure où des

éducateurs – une institution au sens large – peuvent jouer le rôle de contenant, de protection et de « maintenance » qu'il devient possible de réduire ou d'éliminer certains passages à l'acte destructeurs pour soi-même et autrui ». ³³

Ce cadre contenant ayant une fonction de pare excitation vis-à-vis du monde extérieur comme du monde pulsionnel est la première réponse que la prise en charge dans l'établissement, au sein d'un groupe d'enfants, s'efforce d'apporter.

Par cadre contenant nous entendons la capacité de l'institution à proposer à l'enfant, dans des espaces temps prédéfinis, des expériences liées au champ pédagogique, éducatif, rééducatif ou thérapeutique : activités pédagogiques, ateliers d'expression, rééducation orthophonique et psychomotrice s'articulent dans le cadre de projets individualisés. Cette articulation passe impérativement par une mise en lien de la part des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire. C'est en ce sens que le dispositif institutionnel, « aire transitionnelle » d'expériences, au sens du pédopsychiatre D. Winnicott, peut avoir des effets thérapeutiques.

Toutefois pour amener l'enfant à accepter la frustration de la réalité et l'apprentissage de codes sociaux, la notion de cadre contenant est également à entendre dans un sens éducatif : la confrontation répétée aux limites, aux interdits, et donc à l'autorité ne peut être évitée. Le règlement intérieur est à cet égard un outil intéressant : il réfère enfants et adultes à leurs droits et devoirs, élaborés ensemble et soumis à discussion dans les réunions avec les enfants. Il aide à la construction de repères structurants et met en jeu la fiabilité des adultes.

Tout ceci suppose une référence commune à la loi de la part des adultes, référence qui s'élabore à travers les différentes instances, certes, mais qui est à garantir par le directeur.

³³ M. Capul, M. Lemay, *De l'Éducation Spécialisée*, Editions Eris, 1996, p. 121,

1.3.2.2. Des réponses thérapeutiques individualisées.

Des suivis thérapeutiques se mettent en place au fur et à mesure des indications dans le cadre des synthèses. Ils ne sont pas systématiques mais sont posés au moment où l'enfant paraît prêt à s'engager : un protocole strict oblige chaque thérapeute à rencontrer famille et enfant avant le démarrage de la thérapie, en présence de l'éducateur et de l'assistante sociale. Cette recherche d'adhésion des parents, dans le sens d'une « alliance thérapeutique » conditionne l'effectivité réelle des soins prodigués à l'enfant.

Le cadre institutionnel est là encore important pour soutenir la démarche thérapeutique : l'accompagnement de l'enfant par son éducateur, la circulation des informations garantissent, dans les aléas et l'agitation du quotidien, l'effectivité de la mise en œuvre de la démarche. La confidentialité du contenu est, elle, garantie à l'enfant.

1.3.3. La recherche de réponses dans le droit commun : un principe d'action qui a du mal à se concrétiser.

1.3.3.1. Des intégrations sociales et culturelles proposées en fin de prise en charge.

Les enfants sont accueillis sur trois groupes éducatifs verticaux liés à l'âge et la maturité psycho affective. Sur le dernier groupe, précédant l'orientation, il est proposé aux jeunes de 12 à 14 ans de s'investir dans une activité à l'extérieur de type sportif ou culturel : ces intégrations sont individuelles, préparées par les équipes éducatives qui les accompagnent ensuite par des échanges réguliers avec les intervenants. Ces activités sont soumises à l'approbation des familles et dans la mesure du possible

recherchées dans l'environnement familial pour autoriser leur continuité le samedi ou lors des temps de fermeture de l'établissement.

Ces intégrations mettent à l'épreuve la capacité d'autonomie des jeunes, il est fréquent qu'elles soient désinvesties ou interrompues avant l'échéance posée.

Pour les enfants plus jeunes, les intégrations proposées restent très ponctuelles.

Dans la mise en place des ateliers éducatifs (terre, musique, travaux manuels, jardinage, informatique, bois) les éducateurs n'ont pas recours à des ressources (lieux ou professionnels) de l'extérieur, ne serait-ce que ponctuellement.

Des activités sportives sont, elles, assurées à l'extérieur, dans le cadre de l'école, mais avec le concours du service municipal de sport spécialisé, ce qui amène les enfants à rencontrer des enfants d'autres établissements, parfois porteurs de handicaps lourds.

1.3.3.2. Des projets d'intégration scolaire très ponctuels et en décalage avec les échéances réglementaires de l'Education Nationale.

L'école spécialisée accueille vingt huit enfants sur les trente reçus en internat et demi internat : un seul enfant sur les 28 bénéficie, dans le cadre d'un projet d'intégration d'une scolarisation à tiers temps dans une classe de CM2. L'intégration est prudente, pour un enfant qui réussit scolairement mais reste très fragile au plan du comportement.

L'école composée de trois classes a un fonctionnement de classes de niveau calqué sur le modèle de l'école élémentaire. Les premières années ont pour objectif de réconcilier l'enfant avec le lieu et l'apprentissage scolaire : les temps de scolarité sont progressifs et articulés avec des ateliers éducatifs.

L'acquisition d'un statut d'élève reconnu et accepté est travaillé et conditionne la disponibilité aux apprentissages qui progresseront puis seront remis en cause dans les périodes de régression : l'évolution n'est pas linéaire.

Pour les plus grands, la scolarité est à plein temps. Les évaluations nationales de CE2 réalisées dans cette classe rendent compte de résultats plutôt honorables, sauf à considérer le retard scolaire. Pour ceux qui réussissent le mieux, un plan de travail individualisé se met alors en place pour viser un niveau homogène des acquisitions exigées en fin d'école élémentaire.

*La plupart des enfants, valorisés, investissent les exigences proposées. Le réinvestissement scolaire atteste alors de l'apaisement des troubles. Des réintégrations scolaires sont alors perçues comme possible, parfois demandées par les parents mais se heurtent au retard scolaire : celui-ci rend difficile une réintégration en fin de cycle primaire (au regard de l'échéance des douze ans imposée par l'école primaire) et hypothèque une entrée au collège auquel, par ailleurs, le jeune n'est pas préparé . Ce retard autorise au mieux une section d'enseignement général professionnel adapté (SEGPA) malgré un niveau supérieur aux pré-requis de cette section et, surtout, une inadéquation préjudiciable, les SEGPA n'ayant pas « vocation à accueillir des enfants porteurs de troubles du comportement ».*³⁴

L'orientation vers un établissement spécialisé relais est alors privilégiée, comme le montre le tableau ci-dessous.

³⁴ Circulaire n°96.167 du 20.06.1996, 1.1. Public concerné.

Tableau 1 - Orientations : Section internat / semi internat

Année	Orientation	Etablissements relais
1997	5	IR
1998	10	6 → IR 4 → IMPRO
1999	5	1 → IR 4 → IMPRO
2000	8	7 → IR 1 → Hôpital de jour
2001	6	6 → IR

1.3.3.3. Un fonctionnement interrogé par des pratiques intégratives différentes.

1.3.3.3.1 L'expérience du service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

La création en 1996, par redéploiement de dix lits d'internat, d'un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile a développé des pratiques nouvelles au plus près du quotidien de l'enfant dans son milieu naturel pour soutenir les projets d'intégration scolaire. La mise en place a été progressive et s'est référée au cahier des charges des SESSD élaboré par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Haute-Garonne. « C'est un service qui met en œuvre des projets individualisés de soins, de prises en charge éducatives et de pédagogies adaptées, menées en amont des établissements médico-éducatifs au moment où se pose le

problème de l'exclusion du milieu ordinaire ou en aval, afin d'initier le plus tôt possible des parcours de droit commun. »³⁵

L'orientation de deux préadolescents depuis l'internat vers le SESSD, le détachement d'une institutrice pour trois heures en soutien pédagogique comme l'implication de personnel commun aux deux sections (un éducateur à mi-temps, psychomotricien et orthophoniste) suscitent des questionnements : il apparaît en effet que des enfants pris en charge dans le cadre du SESSD et donc, scolarisés en milieu ordinaire, présentent des difficultés de comportement et d'apprentissage parfois analogues à ceux scolarisés en interne. Le critère d'un étayage familial suffisant ne peut à lui seul donner des éléments de réponse satisfaisants, d'autant plus qu'une fillette suivie dans le service a été placée en cours de prise en charge en maison d'enfants à caractère social. La tentation est alors grande de rejeter sur l'institution scolaire la responsabilité de tels aléas...

1.3.3.3.2. Des éléments comparatifs questionnants

Dans le cadre de la commission départementale Handiscol, instituée par la circulaire n°99.188 du 19.11.1999, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Haute-Garonne a conduit en 2001 une enquête visant à décrire les pratiques intégratives des établissements médico éducatifs. Nous laisserons de côté les résultats concernant les Instituts médico éducatifs pour déficients intellectuels moyens et profonds pour nous intéresser à ceux concernant les instituts de rééducation, au nombre de seize dans le département, et accueillant mille cent cinquante trois enfants ou adolescents.

³⁵ Cahier des charges des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSD) relevant de l'annexe XXIV, Direction régionale et directions départementales des Affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées, juin 1995, page 2.

Il est constaté que « les IR ont un taux d'intégration élevé (plus du tiers de la population) essentiellement en intégration individuelle : développée à partir des SESSD mais, également, des autres modes d'accueil (internat et semi internat) à la différence des IME ». « La proportion d'intégration varie de 15 % à 100 % pour un établissement ». « 37 % (le tiers, 430 enfants) sont intégrés à temps plein ».³⁶

Au regard des pratiques repérées par Handiscol, nous constatons un écart sensible avec l'ensemble des Instituts de Rééducation en terme d'intégration totale ou partielle, en internat et semi internat. Sur ce point notre dispositif pédagogique s'inscrit encore dans une pratique d'institut médico éducatif centré sur la scolarisation en interne.

³⁶ Enquête Handiscol auprès des établissements médico éducatifs. Tableau de bord de l'intégration DDASS Haute-Garonne.

CONCLUSION PARTIELLE 1^{ERE} PARTIE

Favoriser l'accès des enfants à des parcours de droit commun reste un principe d'action insuffisamment intégré à la démarche d'éducation et de soin de l'établissement.

Pourquoi un institut de rééducation dont la démarche d'éducation et de soin remplit sa fonction d'apaisement, voire de résorption des troubles présentés par les enfants, quand une alliance avec la famille a autorisé ce travail, ne favorise-t-il pas plus précocement des entrées dans des dispositifs de droit commun (intégration scolaire, sociale et culturelle) ?

J'interrogerai cette difficulté de l'établissement au regard de deux axes :

- la dimension complexe des troubles du comportement,
- l'histoire et le fonctionnement institutionnels.

Je tenterai de repérer et d'analyser les obstacles à la mise en œuvre de démarches intégratives. Chaque fois que possible, je m'attacherai à discerner les leviers qui me permettront par la suite d'agir sur ces difficultés.

Réinscrire l'enfant dans des dispositifs de droit commun suppose préalablement d'évaluer en interne la capacité de mobilisation des équipes comme les articulations potentielles avec l'environnement.

Il me sera alors possible de construire des réponses dans le sens recherché : favoriser, comme les politiques sociales nous y incitent, le maintien ou le retour de l'enfant dans le milieu ordinaire.

2. PREVENIR ET LUTTER CONTRE L'EXCLUSION : UN DEFI A RELEVER POUR UN SYSTEME CLOS ACCUEILLANT DES ENFANTS EXCLUS DU MILIEU ORDINAIRE.

2.1. La dimension complexe des « troubles du comportement ».

2.1.1. Une classification impossible pour une « population limite »

L'expression « population limite » est empruntée au rapport IGAS³⁷ sur les Instituts de rééducation, auquel je vais me référer.

Le rapport le souligne, l'étiologie des troubles du comportement reste réfractaire à une nosographie uniforme. « L'incertitude de la définition des troubles du comportement perturbe les habitudes classificatrices qui préfèrent généralement des définitions univoques et définitives ainsi qu'une description réglementaire appropriée » (p.15). Les auteurs, M. Gagneux et M. Soutou ajoutent plus loin (p. 19), que « les troubles du comportement...(dans les classifications) sont appréhendés plus à travers des symptômes que d'un diagnostic et ne représentent pas une entité clinique permettant une comparaison directe avec d'autres termes diagnostiques, tels la névrose ou la psychose ». Ce même rapport évoque l'évolution de l'approche clinique des troubles : les travaux du Professeur R. Misès sont cités : « aujourd'hui en pathologie mentale on a appris à reconnaître que la plupart des perturbations

³⁷ Rapport IGAS(Institut général des affaires sociales) sur les IR, p.69

s'organisent dans des processus complexes et multifactoriels, où les composantes organiques, familiales, sociales entrent dans des interactions dialectiques qui s'expriment de façon différente d'un cas à l'autre ».

Les troubles présentés par les enfants accueillis en Institut de Rééducation sont ainsi analysés à l'interface du médico-social, du sanitaire et du social.

Dans un tel contexte l'orientation en IR peut alors s'avérer « dans une certaine mesure une affaire de circonstances. L'enfant ou l'adolescent souffrant de troubles du comportement peut en effet, en fonction de son environnement familial et scolaire, de la structure de l'offre locale en hébergement spécialisé, ou des aléas de son itinéraire social et judiciaire se voir tout aussi bien orienté vers un foyer de l'Aide sociale à l'enfance, un foyer de la protection judiciaire de la jeunesse ou un institut de rééducation », (p.70).

Cette complexité rend l'évaluation problématique pour la CDES, lors de la décision d'orientation : la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 préconisait la plus grande prudence pour l'orientation « des enfants porteurs de troubles du comportement mais sans déficience intellectuelle ». La prudence reste en effet de mise puisque l'orientation vient pour l'enfant comme pour sa famille marquer son parcours du sceau du handicap.

2.1.2. Des enfants handicapés ?

Les enfants accueillis à l'IR La Grande Allée ne sont pas, à l'évidence, « handicapés ». Néanmoins, nous l'avons vu, l'Institut de Rééducation relève de la loi n°75534 du 30.06.1975 concernant les personnes handicapées.

Centrée sur les droits des personnes, la loi ne définit pas le handicap : « le texte ne donne pas de définition du handicapé. Le gouvernement sur ce point a choisi une

conception très souple et empirique : sera désormais considéré comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les Commissions Départementales ». Madame S. Veil, alors ministre de la santé. CDES et COTOREP évaluent donc pour chaque situation le degré de handicap selon un guide barème préétabli.

Un bref regard historique sur la construction progressive de cette notion plutôt floue, qui a gagné le langage commun, nous rappelle son origine anglaise : « hand in the cap », littéralement : « la main dans le chapeau ». Initialement utilisé dans les paris puis dans les courses de chevaux, son usage s'est étendu à celui du sport en général. « Le sens de l'anglicisme « handicap » est celui d'une course où l'on rétablit, par un artifice, les inégalités naturelles »³⁸. Le terme s'est ensuite appliqué à la qualification des capacités humaines (début du XX^e siècle).

Pour le Larousse, il désigne « un désavantage quelconque souvent naturel, infirmité ». Dans le champ médico-social, il apparaît dans les années 70 remplaçant celui d'inadaptation. Le « Dictionnaire du handicap »³⁹, cite le rapport Bloch Lainé de 1967 : « sont inadaptés à la société dont ils font partie les enfants, les adolescents et les adultes qui pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés, plus ou moins grandes, à être et à agir comme les autres (...) ». Ils sont « handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale des troubles qui constituent pour eux des handicaps c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières, par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société ».

Dans cette logique, les enfants accueillis en institut de rééducation qualifiés « d'inadaptés » puis « caractériels » porteurs de « troubles » connaissent des handicaps : difficultés à se soumettre aux codes sociaux, à poursuivre une scolarité

³⁸ C. Hamonet, *Les personnes handicapées*, Que Sais-je ?, p.9

³⁹ G. Zribi, D. Poupée-Fontaine, *Dictionnaire du handicap*, 2002, Editions ENSP, p.166

ordinaire par exemple. Reconnus handicapés par la CDES, ces enfants seront soignés et pris en charge au titre de l'assurance maladie.

Cette approche du handicap qui fige la personne et nécessite un contexte social stable sera révisée en 1980 : l'OMS ⁴⁰ propose un nouveau cadre conceptuel, tenant compte des capacités d'interaction du sujet avec son environnement comme de la dynamique d'évolution du sujet. La classification de P. Wood⁴¹ deviendra un outil essentiel à l'analyse et la compréhension de la complexité de la notion de handicap : le handicap y est appréhendé comme un processus, la notion de « situation de handicap » prévaut. La classification vise au repérage des conséquences physiques, fonctionnelles et sociales de la maladie et du traumatisme.

Comme le note M. Jaeger, « (la classification de Wood) réserve le mot handicap au préjudice subi socialement du fait d'une déficience (altération d'un organe ou d'une fonction) et/ou d'une incapacité (perturbation fonctionnelle) »⁴².

La notion d'interaction avec l'environnement comme celle de la dynamique évolutive de chaque individu seront en 89 au cœur des orientations des Nouvelles Annexes 24, trouvant leur consécration dans la préconisation de « projets individualisés » : « Les nouvelles Annexes prennent en compte l'évolution des regards que l'on porte sur le handicaps et sur la personne qui le porte... »⁴³.

⁴⁰ Organisation Mondiale de la Santé

⁴¹ P. Wood, *Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*

⁴² M. Jaeger, *Du handicap à l'exclusion : des frontières brouillées*, p. 58 in *Quelle place pour les personnes handicapées*, Revue Esprit, décembre 1999

⁴³ J.M. Miramon, *Les Annexes 24 actualisation et fiction*, in Les Cahiers de l'Actif n°178-179, page 61

Pour les enfants orientés en Institut de Rééducation l'analyse des trois niveaux d'expérience de la classification de Wood : déficience, incapacité, désavantage, contribue à discerner, pour un enfant donné, dans une situation donnée, les actions à mener propres à réduire les effets de ces trois niveaux.

Si déficience et incapacité apparaissent de l'ordre du soin, les effets du désavantage sont à résoudre dans la délicate question de l'intégration : « dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels ». ⁴⁴

J'ai indiqué, dans la première partie de ce travail que les désavantages repérés pour ces enfants par la classification des Handicaps en Pathologie Mentale de l'Enfant et l'Adolescent, inspirée de la classification de Wood étaient centrés sur le Désavantage 4 (désavantage dans les activités éducatives et pédagogiques. III Classification des Désavantages) et le Désavantage 5 (désavantage d'intégration socio familiale) , même référence.

La situation de handicap que connaissent les enfants de l'Institut se joue donc dans leur aptitude ou pas à suivre une scolarité en milieu ordinaire à participer à des activités socioculturelles : « aux échanges habituels pour l'âge, le sexe et le milieu socioculturel » ⁴⁵

Soigner, éduquer sont donc les actions à mener pour réduire les effets des déficiences et incapacités. Intégrer constitue alors le fil conducteur pour réduire les effets des désavantages ou « handicaps » de ces enfants : cette prise en compte

⁴⁴ INSERM, CTNERHI, *Définition, Classification des désavantages, Classification Internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, page 179

⁴⁵ Misès et Quemada, *Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent*, L'information psychiatrique n°5, mai 1994

s'impose pour un institut de rééducation qui se doit, à ce titre, d'investir l'environnement comme partie du champ social de l'individu. Pour ces enfants là, à la problématique mal définie, cet enjeu reste néanmoins doublement problématique : une grande majorité d'entre eux ont en effet connu l'exclusion scolaire et sont pour la plupart orientés plutôt tardivement.

2.1.3. Des enfants exclus du milieu ordinaire, orientés tardivement

2.1.3.1. Des enfants exclus du milieu ordinaire.

Les difficultés scolaires sont pour la majorité des enfants reçus, le symptôme d'appel de l'orientation en établissement spécialisé. Les difficultés de comportement (refus des règles, perturbation de la dynamique scolaire, agressivité voire violence) les conduisent inéluctablement au processus d'exclusion des dispositifs scolaires du milieu ordinaire.

Lors de l'entretien d'admission la plupart des enfants attribuent leur orientation à leurs difficultés scolaires : « ça ne va pas à l'école », « je suis nul ». Le sentiment d'échec est souvent très vif. Il s'accompagne d'une douloureuse dévalorisation de soi qui se traduit soit par des attitudes de retrait soit par des manifestations d'opposition et de violence. Ces réactions ne font qu'augmenter désarroi et souffrance des parents et peuvent entraîner à leur tour des sentiments de rejet : l'exclusion scolaire se double parfois d'exclusion familiale et/ou sociale.

La prise en charge des enfants accueillis (28 sur 30 à l'institut de rééducation) s'origine dans un acte d'exclusion à prendre d'autant plus en compte par l'établissement que l'une de ses missions est de favoriser la ré-intégration de l'enfant. La blessure « narcissique » est importante chez l'enfant comme chez les parents.

Elle se rencontre également chez les enseignants de l'école d'origine. Lors du stage que j'ai effectué à l'Adaptation et Intégration Sociale de la Haute-Garonne dans le cadre de la formation CAFDES, j'ai rencontré des enseignants qui gardaient un grand sentiment d'impuissance des confrontations qu'ils avaient pu vivre avec de tels enfants.

Si « le handicap provoque des phénomènes de rejet et d'exclusion »⁴⁶, les enfants porteurs de troubles du comportement sont redoutés et souvent refusés par l'institution scolaire : des représentations préjudiciables dominent, représentations qu'il s'agit d'estomper dans la préparation de toute réintégration pour faire re-émerger chaque enfant dans son individualité et permettre ainsi qu'une rencontre ait lieu. Processus à renouveler pour chaque intégration puisque le dispositif scolaire d'intégration des handicapés ne prend pas en compte les difficultés de ce type de population : « il apparaît assez clairement que les enfants présentant des troubles du comportement trouvent difficilement leur place au sein des établissements scolaires, y compris au sein des classes d'intégration qui sont prévues soit pour les enfants manifestant des difficultés et des perturbations au plan de l'efficacité intellectuelle et qui relèvent des classes d'adaptation, soit pour des enfants atteints d'un handicap physique ou mental et qui relèvent de classes d'intégration (CLIS) »⁴⁷.

Ce processus d'exclusion qui inaugure la prise en charge s'opère par ailleurs après un long parcours qui meurtrit et épuise chacun des acteurs (enfant, parents et école d'origine).

⁴⁶ M.Gauzere, P.Naves, C.Trouve, *L'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés*, Rapport IGAS Gosso Bernard, Mollo C (Igen), n° 1999043, Rapport IGEN n° 99 002, p.27

⁴⁷ Rapport IGAS, p. 27

2.1.3.2. Des enfants orientés tardivement.

L'orientation en IR avec indication de scolarité adaptée intervient le plus souvent en fin de cycle 2 autour des 8, 9 voire 10 ans des enfants, rendant ensuite leur réinscription plus hypothétique au regard de leur retard scolaire.

Sur les trente enfants actuellement pris en charge à l'institut de rééducation (internat et semi internat) douze enfants ont connu un maintien en CP, quatre en grande section maternelle. Quatre enfants ont été orientés après deux ans de CLIS. Les autres ont été orientés en fin de cycle 2 (CE1), quelquefois après un CE2 (deux enfants connaissent une situation particulière : l'un a été orienté après une 6^{ème}, en internat et poursuit sa scolarité en cycle ordinaire, le deuxième a été orienté en fin de CM2 depuis un IR pour un rapprochement de son domicile et est entré au collège. Ces deux enfants n'ont pas rencontré de difficultés scolaires importantes).

Ils arrivent à l'institut sur un échec scolaire confirmé qui accentue l'intolérance à l'école et troubles réactionnels. Or tous ont bénéficié d'un suivi antérieur qui a épuisé toutes les réponses possibles pour sauvegarder le maintien en milieu ordinaire. Pour certains, la décision des parents a demandé un long cheminement.

Pour un institut de rééducation s'adressant à de jeunes enfants, l'âge d'admission est un facteur déterminant dans une dynamique de réussite à construire.

Ce constat est corroboré par le rapport IGAS sur les IR : « on peut constater que plus l'âge d'admission est élevé...plus l'enfant a tendance à demeurer dans l'établissement ; le retard scolaire accumulé rend difficile un retour vers les établissements de l'Education nationale en filière normale ou adaptée »⁴⁸.

⁴⁸ Rapport IGAS, p.52.

La dimension complexe des troubles du comportement (population diversifiée - désavantage dans l'exercice du rôle social – phénomène d'exclusion) concourt ainsi à expliquer la difficulté pour l'établissement à remplir sa mission intégrative.

Je me propose dans une deuxième partie d'examiner les mécanismes internes qui paralysent l'établissement dans l'accomplissement de cette mission.

2.2. Un système clos qui tend à produire de l'enfermement.

2.2.1. Une logique de protection enracinée dans l'histoire

2.2.1.1. Des valeurs fondatrices difficiles à dépasser.

« Le détour par l'élaboration de (l') histoire (de l'institution) s'avère un préalable absolument indispensable pour analyser, comprendre et parfois dépasser les difficultés contemporaines »⁴⁹

Des valeurs caritatives au service du bien d'autrui ont présidé à la création puis au développement de « l'orphelinat de la Grande Allée », dénommée en 1979 « Maison d'Enfants La Grande Allée » : « Recueillir, élever les orphelins et enfants abandonnés de la Haute-Garonne et départements voisins »⁵⁰. Cette déclaration perdue encore dans l'article premier des Statuts, non encore revisités, qui qualifie ces mêmes enfants comme étant « privés de milieu éducatif ».

Ce milieu éducatif, ils le trouveront au sein de la Maison d'Enfants : comme bon nombre d'établissements d'origine confessionnelle, la Grande Allée a développé, face à des familles absentes ou défaillantes, une suppléance familiale selon des logiques

⁴⁹ C. Vogt, *Grammaire des institutions*, Editions ENSP, chapitre 8, p.73

⁵⁰ But de l'Association, Journal Officiel n° 18 du 22.01.1937

d'action substitutives inscrites dans les murs : l'établissement occupe en effet un immeuble mis à disposition par l'Association de l'Immaculée Conception. D'inspiration chrétienne, des valeurs humanistes ont ainsi œuvré à protéger et à intégrer des enfants en perdition dans une communauté, d'abord religieuse.

L'établissement bénéficiera longtemps d'une bonne image de marque pour son ambiance familiale et chaleureuse, tant pour les organismes orienteurs que par l'ensemble de ce vieux quartier toulousain où il est implanté : ce quartier habité traditionnellement par les notables toulousains, parsemé de jardins et de maisons de maître du siècle dernier, abrite en son cœur « la bonne œuvre » qu'il a su en son temps créer. Des notables toulousains du quartier sont à l'origine de la création de l'Association. Aujourd'hui encore, la domiciliation dans ce quartier demeure un critère.

Le Président, soucieux de pérenniser l'œuvre transmise, s'efforce d'initier des démarches de changement et de rester au plus près des préoccupations des deux établissements (Maison d'Enfants et Institut de Rééducation). Par une présence régulière et attentive, et des rencontres fréquentes avec l'équipe de direction, il valide les orientations et s'assure du bon fonctionnement des instances associatives.

L'évolution récente a souvent soulevé moult débats (par exemple lors de l'introduction de la mixité en 1995) qui témoignent du décalage qui s'instaure entre des perceptions liées au passé et les réalités sociales actuelles.

2.2.1.2. Une logique de protection aujourd'hui dévolue à la fonction soin

Le nouvel agrément d'Institut de Rééducation a refondé les référentiels de l'action, dans le sens de la mission impartie, l'établissement accueillant des « enfants susceptibles d'une rééducation thérapeutique sous contrôle médical » comme le stipule l'article 1^{er} des Nouvelles Annexes XXIV. Leur prise en charge ressort à ce titre

de l'assurance maladie. Des orientations techniques ont été retenues : « le modèle de compréhension du fonctionnement et du développement psychique de l'enfant est celui donné par la psychiatrie et la théorie psychanalytique qui doit permettre de repérer les dysfonctionnements du développement psycho affectif de l'enfant » (Projet d'établissement).

La fonction thérapeutique s'étaye ainsi sur des orientations cliniques dont une des caractéristiques est de mettre en avant une temporalité spécifique, celle « de donner du temps au sujet ».

Ainsi, quand les évaluations dans le cadre des synthèses témoignent d'une évolution positive chez l'enfant (investissement de la prise en charge, amorce de reprise des apprentissages) la tendance est d'assurer une continuité de prise en charge dans le cadre de l'étayage global institutionnel. Le risque de voir ressurgir des problématique non encore résolues paraît trop grand pour autoriser la confrontation de l'enfant à l'extérieur. Or, l'adaptation de certains enfants aux camps et autres colonies de vacances, organisées par les familles durant les temps de fermeture de l'établissement vient infirmer ce diagnostic et attester de leur capacité d'intégration.

Ce souci de protection induit des prises en charge longues, d'une durée de cinq à six ans en moyenne. On assiste ainsi à une sorte de « clôture de l'espace et du temps » légitimée aujourd'hui par la dimension du soin, comme elle le fut hier par l'injonction caritative.

Le « partenaire » familles a pu être reconnu et associé comme l'Annexe XXIV nous y exhorte, mais dans une dynamique d'ouverture à sens unique : les parents qui jusque là étaient maintenus « à la porte de l'établissement » sont présents et impliqués dans la prise en charge de leur enfant. Le mouvement d'ouverture ne s'est pas réalisé vers l'extérieur. Les savoirs faire des équipes éducatives et pédagogiques ne se sont pas suffisamment inscrits dans la réalité sociale extérieure pour faire contrepoint à la logique du soin : l'accès à la culture et ses diverses formes d'expression (cinéma,

théâtre, musée) qui fonde une appartenance à une communauté n'est pas recherché comme processus de socialisation et de compréhension du monde environnant.

Cette étape d'inscrire le soin dans la prise en charge a été néanmoins nécessaire pour un établissement qui comptait en 1994 0,20 ETP de psychologue et 0,10 de médecin psychiatre pour quarante enfants accueillis.

Toutefois, six ans après l'agrément d'Institut de Rééducation le risque de dérive avec le glissement d'une suprématie du soin se fait jour : « certaines pseudo théories globalisantes, avatars improbables de la psychanalyse ou de la sociologie...ont souvent contribué à enfermer les institutions sur elles-mêmes, figeant le dynamisme de nombreuses équipes »⁵¹. Autant qu'une suprématie ostentatoire de la fonction du soin, ce dysfonctionnement est révélateur de la difficulté pour l'établissement à s'extraire d'un fonctionnement autarcique hérité de l'histoire.

*La dynamique à créer pour garantir des parcours de droit commun aux enfants viendra également prévenir « les effets de la fermeture du système » : « L'institution, de plus en tant que structure close, secrète tous les éléments inhérents aux systèmes fermés : la répétition des conduites, la montée de la bureaucratie (la multiplication des normes, des procédures, des conventions et ses corollaires que sont l'absence d'initiative, le besoin de sécurisation et de fuite des responsabilités, ainsi que l'habileté au contournement des règles et à la perversion du fonctionnement) et, en fin de compte, la tendance radicale à l'augmentation du travail de la mort dans les institutions. »*⁵²

⁵¹ J.M. Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, p.43

⁵² E. Enriquez, *Le travail de la mort dans les institutions*, p.85 in René KAËS et al. *L'institution et les Institutions*, Dunod, 2000.

2.2.2. Une logique de parcours entravée par des logiques institutionnelles

2.2.2.1. Un dispositif mal adapté à des parcours individualisés

Garantir l'effectivité des projets individualisés implique de scander la prise en charge de chaque enfant au fur et à mesure du repérage de ses progrès, régressions ou stagnations : il s'agit bien de construire l'action à partir de ses besoins, et donc de lui garantir une mobilité, un parcours à travers les différents espaces de travail institutionnels.

La prise en charge s'articule en trois unités de vie, s'adressant aux enfants en internat, en semi internat ou internat aménagé (l'internat aménagé envisage le retour de l'enfant à son domicile familial une à deux nuits par semaine, selon l'évolution de son projet individualisé) : les groupes éducatifs, comprenant neuf à dix enfants d'âge et de maturité affective sensiblement analogue, correspondent le plus souvent aux groupes classes.

Des ateliers éducatifs, spécifiques pour chaque classe, permettent à l'École Spécialisée un décloisonnement d'élèves et aident les enfants à supporter les contraintes inhérentes à la scolarité. Rééducations et thérapies s'intègrent à ce dispositif.

Le fonctionnement institutionnel se divise ainsi en trois entités pluridisciplinaires où sont ajustés et institués les changements imposés par le projet individualisé (augmentation du temps scolaire, arrêt d'un atelier au profit d'un autre, suspension d'une rééducation...).

Cette adaptation du dispositif aux besoins progressifs est possible malgré les contraintes générées au sein de chaque unité mais plus difficilement réalisable au plan global : l'organisation du collectif (plannings des professionnels, disponibilité des locaux) fait obstacle au changement de groupe ou de classe en cours d'année

scolaire, la modification de la composition d'un groupe atelier ayant des effets en cascade sur toute l'organisation.

Les projets individualisés de deux enfants jumeaux accueillis sur la même unité ont conduit à l'indication de séparation durant les temps de jour. Séparation réclamée par les enfants, dont la mise en place a bousculé l'organisation établie du travail, comme le déroulement et contenu des médiations proposées, pour lesquelles un enfant plus jeune, un enfant de plus n'était pas anticipé... La souplesse requise et l'adaptation demandée ont eu raison des contraintes organisationnelles et initié un mode de prise en charge plus transversal.

L'adaptabilité des moyens institutionnels à la progression, parfois rapide des enfants, à des allers retours qui s'imposent parfois, reste difficile : elle déstabilise les intervenants, complexifie l'organisation collective. Le déplacement des enfants dans l'espace institutionnel génère également des perturbations au sein des équilibres des groupes, équilibre toujours fragile au regard de la réactivité de certains. L'intrusion d'un « nouveau », d'un « étranger », même pour un temps donné bouleverse une dynamique de groupe parfois chèrement acquise.

Toutefois, la généralisation d'interventions transversales, au delà des groupes d'appartenance se questionne déjà. L'équipe est très attentive à repérer les besoins de chaque enfant et à y répondre. Mais autoriser les trajectoires et processus singuliers propres à chaque enfant tend à « faire éclater » ce triptyque éducatif, scolaire et thérapeutique, conçu autour d'une même unité de vie.

Le remaniement du dispositif actuel m'apparaît nécessaire : il imposera néanmoins préparation et prise en compte des résistances liées à des habitudes fonctionnelles. L'engagement des professionnels auprès des enfants, leur capacité d'attention et de bienveillance seront pour moi un appui important : le repérage collectif du processus de changement en cours généré par la prise en compte effective des projets

individualisés sera un préalable à ne pas négliger dans l'action à mener. Cette étape de recherche collective sera l'opportunité de confirmer l'articulation naissante avec le SESSD.

2.2.2.2. Un cloisonnement des services préjudiciable.

Les pratiques initiées au SESSD s'articulent insuffisamment aux positions institutionnelles pour en modifier les représentations et les savoirs faire.

Jusqu'en 2001 les deux services ont eu des fonctionnements parallèles : cette étape a été nécessaire au développement du SESSD, le modèle institutionnel ne pouvant ainsi entraver une croissance qui s'est révélée dynamique et portée par l'engagement des acteurs : les deux éducateurs (tous les deux à mi-temps), venant de l'internat, ont postulé après appel à candidature priorisé en interne. Ils ont souscrit à la proposition de formation en préalable sous la forme de participation à des journées thématiques organisées par le CREAL et de rencontres avec des équipes de SESSD d'autres établissements.

L'équipe du SESSD a ressenti la nécessité de séparation avec l'établissement internat-semi internat jusqu'à demander la délocalisation des locaux situés en bordure de l'établissement entre dedans / dehors.

Les professionnels intervenant plus ponctuellement (institutrice, psychomotricien, orthophoniste) sont restés plus dubitatifs quant au maintien en scolarité ordinaire d'enfants présentant parfois des difficultés analogues à ceux qu'ils prenaient en charge en interne : certaines candidatures proposées au service s'avèrent en effet des demandes en attente de demi internat, insatisfaites par la pénurie de place dans les IR du secteur ou bien pour préparer une entrée.

Des réunions collectives bisannuelles centrées sur les bilans d'activité des deux services n'ont pas suffi à faire émerger des pratiques différentes en interne, dans le sens d'une ouverture sur l'extérieur.

Les besoins repérés des enfants une fois de plus inaugureront des pratiques nouvelles, coordonnées autour de la prise en charge de deux enfants jumeaux, l'un en semi internat et scolarité adaptée, l'autre soutenu dans sa scolarisation en CLIS par le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

C'est dans le travail de différenciation à effectuer auprès des enfants que les deux équipes engageront une réflexion partagée et un accompagnement commun auprès de la famille.

Cette expérience de travail a fait ouverture, estompé défiance et rivalité et permet d'envisager l'orientation d'enfants sur le service.

Le SESSD est davantage intégré comme service de « post-cure » pour des enfants en fin de prise en charge en interne, qui bénéficient d'un étayage familial suffisant et dont la réintégration scolaire doit être impérativement soutenue. Il peut dans certaines situations s'avérer une alternative à l'orientation à l'Institut de Rééducation pour adolescents, et répond ainsi à l'objectif du cahier des charges du SESSD qui demande à ces services d'intervenir « en aval pour initier des parcours de droit commun ». ⁵³

Néanmoins le service, conformément aux cahiers des charges, intervient « en amont au moment où se pose le problème de l'exclusion de l'enfant du milieu ordinaire » (id.) et tout simplement pour soutenir une scolarité fragile ou cahotique.

Les demandes d'orientation de la part de l'Institution sur le SESSD ne disposant que de dix places, ne peuvent souvent être satisfaites : le recours aux SESSD du secteur

⁵³ Cahier des charges des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile, p.2, déjà cité.

est parfois problématique car il interrompt une thérapie qui serait d'autant plus à poursuivre, à un moment important de changement. De plus, la domiciliation des familles peut constituer un frein au transfert d'établissement.

Une légère augmentation du Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile devrait répondre à ce besoin et confirmer les passerelles entre les services, favorisant ainsi les parcours des enfants dans des services diversifiés et coordonnés de l'établissement.

2.2.3. Des démarches intégratives mal maîtrisées

2.2.3.1. Des objectifs pédagogiques à recentrer

L'école spécialisée travaille davantage à réintégrer un « bon élève » qu'à permettre à un enfant (re)devenu élève ou en capacité de l'être d'intégrer à nouveau l'école ordinaire, lieu d'apprentissage mais aussi d'insertion sociale : « du point de vue social, l'école en permettant les contacts avec les enfants « normaux » et la réalité quotidienne devient un terrain de prédilection dans la mesure où elle est de plain-pied dans les mécanismes constitutifs de socialisation et finalement de la construction identitaire et de la normalisation »⁵⁴.

La dimension civique de l'école qui permet à l'enfant de réapprendre à vivre avec les autres, de les respecter, s'efface devant la priorité donnée à la réussite en interne et au rattrapage du retard scolaire. Cette confusion d'objectifs a pour conséquence d'amener des propositions d'intégration, comme nous l'avons vu, en décalage avec

⁵⁴ R. Establet, J. Zaffran, *Etude sur la socialisation des enfants handicapés intégrés à l'école primaire ordinaire*, M.I.R.E – D.E.P, 1999

les échéances réglementaires de l'Education nationale. Le recours aux orientations filières vient alors confirmer les craintes des parents d'un retour à la norme hypothéqué dès l'entrée en institut de rééducation.

Le projet d'école fait de l'intégration un objectif à atteindre et non un outil à utiliser au service du projet individualisé.

L'insuffisance de formation des enseignants rend compte pour partie de cette perception : le statut d'école privée sous contrat simple oblige à un recrutement via la Direction diocésaine de l'enseignement catholique qui ne dispose pas toujours d'enseignants spécialisés. L'adaptation de pédagogues insuffisamment formés face à des enfants au comportement instable et perturbant est conditionnée par leurs qualités personnelles et leur engagement à s'inscrire dans un dispositif global. Il n'est pas rare que certains renoncent, ce qui amène une rotation de personnel préjudiciable au bon fonctionnement de l'école.

Au delà de la qualification des personnes, la localisation même de l'école au cœur de l'établissement reste doublement problématique :

Elle ne permet pas des déplacements pour les enfants : « aller à l'école » implique un temps de trajet qui aide à la mentalisation et à la mobilisation.

Elle ne facilite pas l'intégration de la structure au sein d'un système général et de ses références.

2.2.3.2. Le lien difficile au partenaire Education nationale.

Si l'école spécialisée n'ignore plus le partenaire Education nationale, les communications restent malaisées : le dossier scolaire de l'enfant qui doit constituer le lien entre l'école d'origine et l'institut de rééducation n'est pas automatiquement transmis, l'école spécialisée de son côté ne le demande pas systématiquement ou du moins s'en tient à la première démarche.

La difficulté surgit à l'orientation (ou lorsque l'enfant est réintégré) puisqu'un dossier spécifique est alors transmis signant la discontinuité du parcours scolaire.

La reconnaissance des acquis pédagogiques réalisés par l'élève en scolarité adaptée ne s'intègre pas dans un « véritable parcours scolaire incluant si nécessaire un séjour en établissement spécialisé » préconisé par les textes les plus récents.⁵⁵

Le dispositif spécialisé de l'Education nationale qui a accueilli certains enfants en amont de l'entrée en établissement, dans son secteur prévention (RASED)⁵⁶ comme dans son versant intégratif (CLIS)⁵⁷ est mal repéré par les professionnels, tant dans ses orientations comme dans ses modalités d'action : la prise en compte du passé, et souvent « passif » scolaire de l'enfant n'est pas facilitée et s'en tient souvent au constat de l'exclusion scolaire. Auto légitimée depuis sa création, l'école spécialisée est ainsi incitée à construire son fonctionnement dans une logique d'alternative à l'école ordinaire : la scolarité adaptée se « juxtapose » alors à la scolarité antérieure, sans en prendre le relais et donc sans anticiper la (ré)intégration de l'enfant.

Il est donc difficile pour les pédagogues de l'école spécialisée de soutenir les enfants qui poursuivent leur scolarité en milieu ordinaire (trois sur trente en 2001 : deux en 1999 et 2000) comme d'accompagner les rares projets d'intégration, tant que le lien à l'Education nationale ne se construit pas davantage : « quand un mur sépare ainsi

⁵⁵ Circulaire du 30.04.2002, *Adaptation et Intégration Scolaires des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves*

⁵⁶ RASED : Réseau d'aides spécialisées aux enfants en difficulté défini par la circulaire 90-082 du 09-04.1990. Les membres du réseau (instituteur spécialisé, psychologue scolaire) interviennent auprès des élèves « qui éprouvent des difficultés particulières dans l'acquisition et la maîtrise des apprentissages fondamentaux ». Le projet d'intervention se met en place après une évaluation qui associe l'enseignant de la classe, les parents et les intervenants du réseau et est animée par le directeur de l'école.

⁵⁷ CLIS : Classes d'intégration scolaire, structures d'accueil du premier degré créée par la circulaire du 18.11.1999.

l'éducation scolaire des éducations spécialisées, fruit de l'histoire réescompté de génération en génération, ni l'apprentissage de la vie, ni l'intégration sociale, ni a fortiori la coopération locale de tous les éducateurs de l'enfance ne peuvent progresser »⁵⁸.

Ces éléments de compréhension m'amèneront à envisager la délocalisation d'une partie de l'école spécialisée comme un levier d'action tant au niveau des effets paralysants de l'histoire de l'établissement que pour favoriser l'accès des enfants reçus, lorsque l'évaluation de leur capacité retrouvée l'autorise, aux modalités de vie qui sont celles de tout enfant.

Les éléments d'analyse exposés ci-dessus rendent compte des obstacles actuels à la promotion de parcours de droit commun pour les enfants accueillis : ils sont liés à la spécificité des troubles du comportement mais aussi au fonctionnement institutionnel. L'exigence d'intégrer la mission intégrative à la dimension d'éducation et de soin met en jeu la capacité d'ouverture de l'établissement. Pour en évaluer la faisabilité il me faut dans un premier temps apprécier la capacité de mobilisation des acteurs, des équipes en interne. L'identification de l'environnement, de son évolution me permettront ensuite d'inscrire cette démarche d'ouverture dans une dynamique plus large, faisant émerger de nouveaux enjeux pour l'établissement.

⁵⁸ Michel Chauvière, Eric Plaisance, *L'École face aux handicaps éducation spéciale ou éducation intégrative ?*, coll. Education et Formation PUF, p. 6

2.3. Un contexte favorable à un repositionnement institutionnel.

2.3.1. Des ressources humaines mobilisables.

L'histoire de l'établissement telle que je l'ai présentée dans la première partie de ce travail démontre combien l'établissement en passant « du bien d'autrui au bien public » a élargi sa mission. L'engagement bienveillant des professionnels de l'institut de rééducation permet aujourd'hui de répondre au plus près des besoins des enfants : cet engagement s'origine sans nul doute dans l'histoire.

L'effectif est de 25 E.T.P. L'absentéisme est peu notable, le personnel est stable : dix personnes (tous services confondus) ont plus de douze ans d'ancienneté, sept (dont le médecin psychiatre) sont là depuis plus de vingt ans.

Ces salariés ont donc participé à l'évolution de l'établissement, à la transformation de l'institut médico-pédagogique en institut de rééducation. Ils ont été impliqués dans les actions collectives de formation accompagnant le changement.

Toutefois me référer aux plans formations des années antérieures ne m'informe pas sur des orientations techniques particulières de la part des directeurs précédents. Les compte-rendus des instances représentatives du personnel (sans représentation syndicale) les cahiers des délégués du personnel ne témoignent pas d'éléments de conflictualité ou d'oppositions fortes et exprimées.

Le climat social, à mon arrivée semble de bonne qualité : un esprit de coopération domine mais teinté d'attentisme et de passivité.

Je relève simplement que la réduction du temps de travail (RTT) en 2000 a fédéré les éducateurs sur la revendication à ne plus assurer les nuits et demander le recrutement d'un surveillant de nuit. Rétrospectivement, je lis cette demande comme l'expression du désir de « lâcher les murs » étape nécessaire pour évoluer vers des interventions plus ciblées sur l'environnement.

La dimension de l'établissement m'autorise à des échanges informels fréquents avec les membres du personnel : l'investissement dans les actions à mener auprès des enfants est notable. Les difficultés rencontrées dans le quotidien sont élaborées dans le cadre de réunions animées par le médecin ; leur maintien me paraît essentiel : la recherche du sens, la circulation de la parole évitent dérapages et passages à l'acte intempestifs de la part des personnels, souvent très éprouvés par l'expression du mal être des enfants (destruction -agressivité -actes de violence.)

Les retours positifs qui nous sont renvoyés par l'environnement (des familles, la C.D.E.S. les C.M.P.P. partenaires) ne peuvent me masquer ni le risque d'un enfermement à venir (cf. partie 2.2.1.2), ni étouffer l'expression d'un sentiment d'impuissance qui commence à émerger chez les éducateurs « à quoi bon tous ces efforts, puisqu'ils (les enfants) ne s'en sortent pas ? »

Je me dois d'être très attentive à ces mouvements : prendre la question au pied de la lettre ne peut que renforcer ma volonté de favoriser des « voies de sortie » : sorties de l'établissement par l'intégration, sorties du handicap par des parcours de droit commun. C'est à dire sortir des impasses actuelles.

Il s'agit en effet d'enrayer ces manifestations naissantes de découragement comme les risques d'enfermement évoqués plus haut. *Des propositions de changement, auront à mon sens à valoriser le potentiel existant chez les acteurs. La participation réelle des personnels conditionnera la validité des actions à mener : c'est en tout cas le référentiel d'action que je poserai à toute démarche de changement : elle suppose l'appropriation des enjeux par ses acteurs.*

2.3.2. La prise en compte de l'environnement.

2.3.2.1. La place de l'I.R. « La Grande Allée » dans l'équipement régional et départemental.

Les données suivantes sont extraites du document : « Les Instituts de Rééducation en Midi-Pyrénées, mars 2002. Etude réalisée par la Caisse régionale d'assurance maladie Midi-Pyrénées et la Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées ». Elles vont me permettre de situer l'établissement dans le dispositif des I.R.

La région Midi-Pyrénées présente « un taux d'équipement élevé, le plus important du territoire français » (p.5) « (elle) compte 1750 places autorisées... dans 34 instituts de rééducation inégalement répartis dans les 8 départements ».

L'équipement départemental dispose « de 793 places autorisées (hors SESSD) réparties sur 13 établissements ». L'I.R. La Grande Allée est un des six établissements toulousains.

Concernant la population accueillie en Haute-Garonne, « 86 % des jeunes ont entre 10 et 18 ans en Institut de Rééducation et 91 % en SESSD ».

Parmi les six établissements toulousains trois s'adressent à des préadolescents et adolescents de 12 à 20 ans.

Le segment 6-10 ans est réparti sur trois établissements dont la Grande Allée (avec un agrément de 6 à 14 ans). Notre établissement est le seul situé en centre ville.

2.3.2.2. La création d'un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) en Haute-Garonne.

La Haute-Garonne fait partie des cinq départements français qui ne sont pas encore équipés de Centre d'Action Médico-Sociale Précoce relevant de la loi 75-534 du 30

juin 1975 (article 3). Le décret n° 76.389 du 15 avril 1976 et la circulaire du 9 juin 1976 en fixent les missions :

- Le dépistage et l'approfondissement du diagnostic des handicaps pour les moins de 6 ans.
- L'accompagnement ambulatoire (rééducation et soins) pour aider à l'intégration des enfants.
- L'accompagnement des familles au moment du diagnostic et durant toute la durée de la prise en charge.

Fin 2001 le Préfet et le Président du Conseil Général ont initié, dans le cadre du plan pluriannuel (1999-2003) de création de places en faveur des personnes handicapées, un travail en vue de la création d'un CAMSP dans le département de la Haute-Garonne.

Le département dispose toutefois d'une offre sanitaire ou médico-sociale qui remplit des missions de diagnostic et de prise en charge pour des enfants de moins de 6 ans. Concernant le médico-social, et plus spécifiquement la population des troubles mentaux, trois I.R. du Département dotés de SESSD ont un agrément pour l'accueil des moins de 6 ans.

En 2001, 11 enfants de moins de 6 ans étaient accueillis en I.R. dont deux en SESSD (éléments tirés du document : Projet de CAMSP en Haute-Garonne - synthèse des travaux des deux groupes - DDASS 31/DSD 31 20.06.02.)

Ce même document recensant les besoins par type de handicap constate notamment pour « les troubles mentaux et du développement » : « les consultations en pédopsychiatrie sont de plus en plus précoces, pour des troubles du comportement et des retards des acquisitions » (P.10) et plus loin concernant l'évaluation quantitative des besoins pour les handicaps mentaux : « on peut estimer que les besoins de dépistage, diagnostic et prise en charge sont importants dans ce secteur (200 à 300 enfants) ce qui a été largement confirmé par les acteurs départementaux, tant de

l'hôpital des enfants que des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et des IME-IR »
(P. 12)

Un réseau de collaborations à établir est préconisé : les établissements médico sociaux sont cités.

La création d'un CAMSP départemental est une opportunité pour la Grande Allée : s'inscrire et s'articuler à ce réseau inter-institutionnel (sanitaire, social et médico-social) est un nouvel enjeu pour l'établissement.

2.3.3.3. Un environnement social qui évolue.

Le premier élément à relever est l'évolution démographique de la ville qui connaît un accroissement constant avec l'arrivée régulière de personnel autour de la construction aéronautique et électronique. « La région Midi Pyrénées compte 2 551 700 habitants au 8 mars 1999 soit 121 000 de plus qu'en 1990. L'essentiel de cette croissance repose sur l'apport migratoire...L'espace urbain, et notamment l'agglomération toulousaine connaît une croissance très forte ».⁵⁹

J'ai énoncé dans la première partie le travail que nous menons déjà avec nos partenaires du secteur social pour soutenir les familles autant dans leur fonction parentale que dans leur trajectoire sociale individuelle : le recrutement de l'établissement est majoritairement urbain, il peut s'adresser à des familles résidant dans des quartiers dits en difficultés, de la ville. Ce n'est toutefois pas la majorité.

La recomposition sociale qui s'effectue actuellement dans le cadre de la Politique de la ville est un indicateur de modification à venir : pour lutter contre la ségrégation

⁵⁹ *Recensement de la population de 1999 : les grande tendances régionales*, Brochure « 6 pages », n°40, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Midi Pyrénées Publications, p 1,

sociale et la « ghettoïsation », des familles issues de « quartiers sensibles » sont relogées dans des logements sociaux de l'environnement immédiat de la Grande Allée. Le processus s'accélère actuellement avec le relogement de plusieurs milliers de personnes suite à l'explosion A.Z.F. Une des conséquences directes est le repeuplement de certaines écoles maternelles et primaires du centre ville.

Ces nouvelles données nous imposeront une plus grande articulation avec le secteur social. Un travail en réseau avec les circonscriptions, pour renforcer les partenariats déjà établis, apparaît opportun.

2.3.3. Un repositionnement stratégique à préparer.

Le contexte lié à l'environnement ouvre sur de nouvelles perspectives, nous avons vu que pour l'établissement les difficultés d'intégration se concentrent surtout à la sortie de l'école spécialisée pour des enfants de 12 à 14 ans qui ont été orientés tardivement, souvent après un long « parcours du combattant », fait d'échecs répétés et d'exclusion.

Or, l'étude de l'équipement régional et départemental nous indique que le département, notamment, est correctement doté pour le segment de population 12-14 ans par les IR d'adolescents. Proposer des réponses spécifiques pour cette tranche d'âge, en interne, ne paraît pas opportun.

Par contre les éléments de l'environnement explorés ci-dessus font émerger des prédispositions de l'institut de rééducation à devenir un partenaire actif du dispositif inter institutionnel (sanitaire, médico-social, social) autour de la « petite enfance ».

Le constat suivant, établi par le rapport IGAS⁶⁰ corrobore cette analyse : « Repéré précocement, de plus en plus souvent dès l'école maternelle, l'enfant porteur des signes précurseurs d'une difficulté grave d'intégration d'apprentissage et de comportement n'est pris réellement en charge que de façon aléatoire et sporadique. »

Soutenir avec l'Education nationale des processus intégratifs pour des enfants aux difficultés encore réversibles, aux compétences à construire, tout en permettant les détours institutionnels thérapeutiques nécessaires, deviendrait un axe fort de notre action.

Une intervention plus précoce favoriserait des maintiens des enfants en milieu ordinaire et autoriserait des réintégrations moins tardives, après le temps du soin et de l'apaisement en établissement spécialisé.

Je propose donc :

- un accueil des enfants dès 5 ans (au lieu des 6 ans actuels) au moment de l'entrée en grande section maternelle où se repèrent les difficultés de comportement et d'adaptation.
- une extension du SESSD, service d'accompagnement scolaire, par redéploiement de 5 lits d'internat
- la mise à disposition de moyens internes pour étayer les processus intégratifs de droit commun, à initier depuis l'internat et le semi internat.

⁶⁰ Rapport IGAS p.6

Ce repositionnement vise à remobiliser les acteurs en interne et inscrire l'établissement dans une logique de prévention et de lutte de l'exclusion, pour une population, certes difficile à définir mais qui ne cesse d'augmenter dans notre département au vu des chiffres de la CDES (866 orientations en 2000-2001 soit + 13 % par rapport à l'année précédente)⁶¹.

Il répond également aux préconisations du rapport IGAS⁶² sur les instituts de rééducation : « Recommandation n°1 : réaffirmer l'objectif d'intégration en milieu scolaire ordinaire » et « recommandation n°4 : réaffirmer l'objectif de dépistage précoce », recommandation où les auteurs déplorent : « les enfants sont orientés tardivement dans des établissements dont les agréments sont adaptés à la demande principale, c'est-à-dire la rupture fréquente de 10 -12 ans ;...il ne réalisent... pas une rotation suffisante des effectifs pour faire face à la demande, au détriment des plus jeunes enfants, qui demeurent dans la file d'attente de la CDES ou qui sont contraints de partir dans des départements éloignés.. ».

⁶¹ Chiffres tirés du document : Activités de la CDES en Haute-Garonne, Statistiques analyse comparative année(s) antérieure(s) et année 2000/2001, France entière.

⁶² Rapport IGAS p.72 et 73

CONCLUSION PARTIELLE 2^{EME} PARTIE

Nous avons vu que si l'institut de rééducation remplit sa mission d'éducation et de soin, il concourt, par ses difficultés à s'ouvrir sur l'extérieur et à intégrer les enfants, à enfermer ceux-ci dans la filière du handicap.

Pour tendre à « assurer l'intégration dans tous les différents domaines de la vie » (article 2, Annexe XXIV), il nous faut désormais inclure les valeurs intégratives dans les fondements et les référentiels de notre action.

En initiant et en soutenant des parcours de droit commun pour des enfants, que leurs troubles conduisent souvent à une mise à l'écart, nous nous engageons dans une logique de prévention et de lutte contre l'exclusion. Je reprends en effet cet objectif donné à l'intégration scolaire par R. Establet et M. Zaffran⁶³ et propose de l'étendre à toute démarche intégrative : « l'intégration scolaire prépare l'accès à la co-appartenance des individus à un même espace social. Elle préforme aussi un lien à travers lequel tous les individus quels qu'ils soient, auront le sentiment d'être reliés ensemble ».

Cet engagement constitue un véritable défi pour un système qui tendait à produire de l'enfermement. Il vient désormais répondre aux attentes des familles et tenter d'atténuer chez les enfants les effets d'une stigmatisation. Parallèlement, les éléments du contexte, tant en interne qu'en externe se révèlent des indicateurs

⁶³ R. Establet et J. Zaffran, *Etude sur la socialisation des enfants handicapés intégrés à l'école primaire*, Rapport n° 61.93 MIRE / DEP, 1993, p.15

favorables et incitent à une inscription plus pertinente de l'établissement dans son environnement.

Promouvoir des parcours de droit commun se traduira pour nous par une réactualisation du projet d'établissement et la réorganisation de son dispositif : « chaque changement d'objectifs et de projet oblige à modifier le type d'organisation, à répartir différemment les facteurs humains pour obtenir un autre mode de fonctionnement .»⁶⁴

La redéfinition du projet et la réorganisation du dispositif feront l'objet de notre troisième partie.

⁶⁴ J.M. Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, p.50

3. REORGANISER LE DISPOSITIF POUR INITIER ET ACCOMPAGNER DES PARCOURS DE DROIT COMMUN.

Faire de l'intégration un outil au service du projet d'éducation et de soin nous conduit :

- à intervenir plus précocement auprès de jeunes enfants pour soutenir leur maintien en scolarité ordinaire,
- à initier des parcours de droit commun pour ceux pour lesquels un « détour institutionnel » a été nécessaire.

Adapter l'organisation aux nouvelles finalités de l'établissement conduit à un réajustement de son agrément et une réorganisation de son dispositif.

3.1. Des orientations stratégiques à affirmer et faire valider.

3.1.1. Une nouvelle orientation politique pour l'association.

« Le pouvoir appartient à l'association. Elle le délègue à un (ou plusieurs) directeurs qui l'exerce en son nom et à ce titre lui rend régulièrement des comptes »⁶⁵.

Le contrat de travail qui me lie à l'association précise la nature de ma mission et de la délégation qui l'accompagne. Cette notion de délégation est essentielle dans l'exercice de la fonction de direction : elle signifie que les actions à conduire le sont toujours au nom, pour le compte, d'un autre, ici l'association « La Grande Allée ».

⁶⁵ J.M. Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, p.70

Il m'appartient donc de rendre compte à l'association, dans le cadre de ma délégation, du manque de pertinence de l'établissement qu'elle gère : un décalage s'instaure entre la mission qui nous est impartie et les effets de notre action.

J'informe le conseil d'administration des constats établis, de leur analyse, et du projet de réajustement de l'action que je propose : celui-ci peut à terme donner une nouvelle place à l'action de l'association dans le dispositif d'aide à l'enfance handicapée.

Il suppose également que l'intégration devienne une valeur forte du projet associatif, réflexion qui, sous l'impulsion du président, s'engage au sein du conseil d'administration.

Cette proposition d'un repositionnement stratégique de l'établissement qui se traduira par sa réorganisation demande donc l'approbation de l'association, éventuel promoteur du projet.

3.1.2. Présenter le projet à l'accord de l'autorité de contrôle.

Construire le projet technique de réajustement de l'action, en évaluer sa pertinence au regard des besoins des populations recensées par l'administration sont mes objectifs dans les rencontres que je sollicite auprès du médecin inspecteur de santé publique de la DDASS de la Haute-Garonne. L'association est représentée par son président.

Le projet vise également, je l'ai dit, à mieux définir la place de notre établissement au sein de l'équipement départemental en instituts de rééducation.

La proposition d'un accueil plus précoce et d'une extension du SESSD répond aux principes de droit commun et de proximité demandés par le schéma départemental médico-social de la Haute-Garonne. Soumettre notre proposition à la révision du schéma départemental, qui a débuté en juin 2002 à la demande de la DDASS, est une opportunité que je saisis.

La diminution de l'internat ne pénalise pas en terme quantitatif l'offre de service de l'agglomération comme du département dotés d'un équipement conséquent (cf partie 2, paragraphe 2.3.1.1.).

L'étude des candidatures fait par ailleurs apparaître une demande majoritaire de semi internat pour les moins de 8 ans, segment de population où nous voulons concentrer notre action.

En interne la diminution de 5 lits d'internat devrait inciter à une rotation plus importante des effectifs et donc réduire notre durée de prise en charge, beaucoup trop longue, comme je l'ai indiqué précédemment.

L'ajustement de l'agrément, en terme d'âge (de 6-14 à 5-14 ans) ne nécessite pas de dossier au Comité régional d'organisation sanitaire et sociale : c'est une modification non substantielle qui nécessite une information et une autorisation, officialisée par un nouvel arrêté préfectoral.

Soumis à la validation du médecin inspecteur DDASS, le projet se doit d'être présenté au médecin chef de l'inter secteur de psychiatrie infanto juvénile.

Comme pour les rencontres avec la DDASS, la participation du médecin psychiatre attaché à l'établissement m'apparaît nécessaire. Le médecin est en effet responsable de « la mise en œuvre et l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif des enfants... » par l'équipe médicale et paramédicale (article 11, Annexe XXIV).

3.1.3. Rechercher l'avis des représentants du personnel.

Les représentants du personnel sont les délégués du personnel, l'effectif de l'établissement étant de 25 ETP.

Dans le cadre des instances représentatives du personnel je présente et j'explique le projet de réorganisation, sa mise en œuvre dans un plan d'action qui en indique les buts, les moyens et les modifications à venir.

Cette concertation va me permettre de rechercher l'avis des représentants du personnel, d'expliquer dans la plus grande transparence les changements à venir et leur logique : un climat de confiance est à préserver. Je réponds aux inquiétudes naissantes que les modifications d'organigramme ne manqueront pas d'entraîner.

Je sais que j'ai à convaincre les résistances de quelques uns mais aussi à démontrer qu'une nouvelle organisation permettra un fonctionnement davantage en adéquation avec les besoins des enfants, tout en donnant à l'équipe un nouvel élan de créativité, en valorisant ses compétences.

Cette phase de concertation et d'élaboration commune est capitale : les représentants du personnel peuvent être des appuis dans le relais qu'ils feront auprès des personnels sur le bien fondé de la réorganisation.

Je précise le calendrier opérationnel du plan d'action dans son ensemble.

3.2. Des changements à accompagner en interne

3.2.1. Préparer la participation effective des familles

L'adhésion puis la participation active au projet réalisé pour leur enfant sont les termes du partenariat engagé avec les familles, souvent vulnérables, toujours fragilisées au moment de l'orientation. La plupart des familles y souscrivent. D'autres sont plus difficiles à mobiliser. Il faut noter ici l'absence d'un Conseil d'Etablissement (Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991) qui n'a pas été mis en place par l'association.

Les réunions collectives de parents ne recueillent ni l'effectif escompté, ni l'intérêt attendu. L'actualité législative, avec les travaux préparatoires de la loi du 02 janvier 2002 oriente alors le travail : c'est dans la refonte du rôle de leurs interlocuteurs que les familles pourront accéder à la place qui leur est désormais dévolue dans leur rapport à l'institution.

Le modèle d'intervention à leur adresse s'oriente dans une préparation systématique au rôle de partenaire effectif tel que le prévoit la loi. Interlocutrice principale des familles, l'assistante sociale intervient désormais comme médiatrice : accueil et informations sont systématiques, relayés par l'écrit (panneau d'affichage, courriers). Des réunions en petits groupes sont proposées. Le travail de dimension clinique, centré sur la problématique de l'enfant est proposé dans un deuxième temps, ou dès que possible.

En échelonnant ainsi les modes d'intervention en direction des familles, je traduis ma volonté d'instaurer un rapport égalitaire avec l'utilisateur familles qui, du fait de ses difficultés, fait souvent défaut. Donner aux familles la place qui leur revient de droit nous impose de leur garantir d'accéder à ce droit.

Cette étape de préparation tend à rétablir le déséquilibre des places qui n'apparaît pas toujours aux yeux des professionnels : elle vise à faire émerger l'utilisateur famille derrière le parent douloureux de l'enfant, à faciliter ainsi sa participation active au Conseil de la vie sociale préconisé par la loi. C'est dans le cadre de cette instance que désormais les parents seront à même de comprendre et de participer aux enjeux et perspectives de l'établissement, comme d'intervenir dans le cadre du projet d'établissement.

3.2.2. Informer et impliquer les personnels dans une recherche action.

3.2.2.1. Une stratégie de communication.

« Il s'agit de faire partager par l'ensemble d'une collectivité une certaine représentation de l'avenir de l'organisation et de son secteur d'activité »⁶⁶.

J'informe dans le cadre d'une réunion générale l'ensemble des personnels des constats établis, et de la nécessité de resituer notre action dans le cadre des orientations dictées par les textes législatifs qui nous encadrent. Nous avons à mettre en œuvre, comme la loi nous y invite, une véritable politique d'intégration sociale, scolaire, chaque fois que possible.

Mais intégrer un nouveau principe d'action ne se décrète pas : il doit faire l'objet d'une réflexion collective, pour permettre son appropriation par tous les acteurs.

Je souhaite favoriser l'émergence d'une compréhension collective. Je baliserai donc le processus de changement en ménageant des paliers successifs :

- fédérer l'équipe autour de la valeur d'intégration
- initier une recherche action pour définir des pré-requis à l'intégration
- faire de l'équipe le co-auteur du changement dans sa mise en œuvre.

3.2.2.2. L'intégration, valeur fédérative.

Dans le cadre des réunions collectives bimensuelles qui réunissent l'ensemble de l'équipe (services généraux compris), je propose une discussion autour de la notion

⁶⁶ J.M. Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, 2001, 2^{ème} édition, p.60

de « droit commun » et « d'intégration ». Que signifient-elles pour chacun de nous ? Quelles sont les valeurs (altérité – démocratie) qui les sous-tendent ?

Il s'agit pour moi de mettre en mouvement la capacité de l'équipe à réfléchir ensemble, en dehors des champs « cliniques » où elle est habituellement au travail. Je reprends en effet à mon compte la préconisation du Conseil supérieur du travail social dans son rapport sur l'Éthique des Pratiques Sociales⁶⁷ : « le directeur et les cadres techniques n'obligent pas à réfléchir mais créent les conditions matérielles et symboliques de temps et d'espace pour la parole, favorisent ou non les processus de réflexion. En déterminant le cadre du débat, ils indiquent le sens de la démarche initiale : les grandes valeurs ne sont pas des incantations, encore moins des références inamovibles. On ne peut faire allusion aux valeurs éthiques de l'association ou de l'organisme que si l'on institue le temps nécessaire à leur confrontation avec les propres références de chacun des membres de l'équipe ». Deux séances de travail sont programmées. La troisième, plus directive, donnera à entendre à l'équipe la position de l'association par son président, celle de l'autorité de contrôle par le médecin inspecteur de la DDASS et l'exposé de la politique intégrative de l'Éducation nationale par l'inspecteur spécialisé de l'adaptation et intégration scolaire (AIS).

Il m'importe en effet que l'équipe dans sa globalité puisse s'approprier l'ensemble des enjeux car « il est déontologiquement impossible de chercher à intervenir sur le système de valeurs d'une personne. A l'action portant sur les individus, on préférera donc celle portant sur le groupe auquel ils appartiennent. D'une manière générale,

⁶⁷ Conseil supérieur du travail social, *Éthique des Pratiques Sociales et déontologie des travailleurs sociaux*, Editions ENSP, 2001, p. 108

plus le changement concerne des phénomènes psychologiques profondément enracinés, plus il conviendra d'agir sur le groupe et non sur les individus »⁶⁸.

Ces réunions ouvrent sur une programmation de réunions plus techniques, qui se substituent aux temps d'élaboration clinique, renvoyées pour l'année à une instance trimestrielle.

Il ne s'agit pas en effet de créer de bouleversement, mais de faire du temps un allié dans le changement : « pour tous les problèmes humains la durée est essentielle. Cela ne veut pas dire qu'il faille nécessairement aller toujours lentement : il faut savoir jouer avec le temps. La transformation d'une culture d'entreprise et du système de rapports humains qui la sous tend demande beaucoup de continuité. »⁶⁹

3.2.2.3. L'auto évaluation de pré-requis à l'intégration

Il s'agit dans un premier temps de procéder à l'élaboration des conditions préalables à tout projet d'intégration.

Lister les items discriminants conduit à établir une grille à utiliser comme référentiel interne : quelles sont les compétences à construire puis à valider pour autoriser une démarche intégrative ? Pour des enfants « aux capacités intellectuelles normales ou approchant la normale » (article premier de l'annexe XXIV), dont les troubles du comportement ont, nous l'avons vu, provoqué l'orientation en établissement spécialisé, la notion de « compétence sociale » sera priorisée : autonomie, capacité de mentalisation et communication, respect des codes sociaux, tolérance à la frustration, appétence aux apprentissages sont les items à décliner dans chaque champ d'intervention : scolaire, éducatif, thérapeutique.

⁶⁸ J.M. Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, p.89

⁶⁹ M. Crozier, *L'entreprise à l'écoute, Apprendre le management post industriel*, Interéditions, 1991, p.129

La grille permet à chaque intervenant de délimiter son action comme de repérer celle de son collègue.

Une dimension supplémentaire est ajoutée : la formalisation d'un entretien avec l'enfant.

Si le médecin recherche à favoriser l'expression du désir de l'enfant, ma préoccupation est d'inscrire dans le fonctionnement la place et la parole de l'usager enfant comme celle de ses parents, concertés pour chaque modification de projet. Il s'agit également de ne pas mésestimer un axe évaluatif que P. Chardenet souligne. « On ne peut se passer de l'autre pour interagir et l'évaluateur ne peut se passer de l'évaluataire pour construire le sens attendu d'un acte professionnel, d'une production dans une situation donnée. »⁷⁰

Cette démarche initie une première sensibilisation au processus évaluatif permettant d'insérer plus facilement une évaluation des actions menées dans les protocoles d'action.

Déjà préconisée par l'annexe XXIV (article 30), l'évaluation doit en effet, à présent, s'intégrer aux pratiques et à la culture du secteur que nous savons plutôt orale et assez réticente à soumettre l'ordre du relationnel à l'aune de l'évaluation.

Mon objectif est de soumettre cette auto évaluation à la validation d'une évaluation extérieure. L'organisme sollicité sera ainsi à même de procéder ultérieurement avec nous à l'évaluation des intégrations qui seront initiées. « Il s'agit en effet d'aborder la pratique évaluative par un petit bout de la prise en charge et non obligatoirement dans sa globalité. L'essentiel est que l'objet d'évaluation choisi motive les personnels, que cela les intéresse. Ensuite cette fonction étant évaluée, on peut en mettre une autre en travail d'évaluation, et ainsi de suite dans une structure. Voilà pourquoi il s'agit

⁷⁰ P. Chardenet, *L'implication du langage dans l'activité évaluative. Une orientation pour les pratiques d'évaluation en milieu professionnel*, Les Cahiers de l'Actif, n° 288-291, p.244

d'un processus permanent qui s'inscrit dans la définition du travail régulier du personnel. »⁷¹

3.2.3. L'équipe, coproductrice du changement.

J'ai donné lors de la réunion générale, les axes directeurs des orientations stratégiques à mettre en œuvre. Il s'agit maintenant de permettre aux personnels de participer à la mise en œuvre du changement proprement dit.

Inclure l'intégration au projet de l'établissement suppose sa réactualisation et l'élaboration des réorganisations nécessaires.

Le plan d'action que je propose institue trois instances :

- Une instance politique ou pilotage stratégique qui valide les travaux liés au changement.

Elle est composée de :

- un représentant de l'association
- l'équipe de direction (directrice et chef de service)
- le médecin
- les délégués du personnel

Elle a pour mission d'harmoniser les écrits qui constitueront le document de synthèse.

⁷¹ J.M. Miramon, D. Couet, J.B. Paturet, *Le métier de directeur, Techniques et fictions*, Editions ENSP, 2001, p.188

▪ Une instance de pilotage de l'action qui priorise les thématiques à retenir, établit un calendrier de travail, restitue à l'ensemble de l'équipe l'avancée des travaux par un document de liaison.

Elle est composée de :

- L'équipe de direction
- Des membres du personnel volontaires représentant les différentes fonctions

▪ Trois groupes thématiques, animés par des membres de l'instance de pilotage. L'instance est chargée de l'élaboration et de la production des écrits. La composition des groupes est hétérogène. Tous les services y participent, y compris les services généraux. Les thématiques suivantes sont retenues :

- La scolarité à l'IR
- L'accompagnement de l'intégration
- La transversalité des prestations

Une réunion générale, restitutive des travaux de l'ensemble, clôturera la démarche.

Les effets attendus de ces modalités de travail sont d'une part la diffusion et la circulation de l'information, d'autre part la participation active des acteurs.

Construire collectivement des réponses mais aussi entrevoir d'autres modalités de réponses que celle de son propre champ d'action rompt avec les effets du cloisonnement professionnel.

Les travaux devront se finaliser dans un document de synthèse à présenter au Conseil d'administration et à la DDASS, document qui réactualisera le projet d'établissement.

3.3. La réorganisation du dispositif

3.3.1. Augmenter la capacité du SESSD pour accompagner les intégrations

3.3.1.1. Rééquilibrer les modes d'accueil

L'intégration sociale et scolaire va devenir, comme nous le recherchons un outil supplémentaire dans la mise en œuvre de chaque projet individualisé : le SESSD doit pouvoir répondre aux demandes qui ne manqueront pas de surgir, depuis l'internat ou le semi internat. La demande émerge dès à présent comme je l'ai dit précédemment. Le service doit également préserver sa capacité d'accueil aux candidatures extérieures qui sont importantes (l'IR étant le seul établissement disposant d'un SESSD, situé en centre ville).

Les modes d'accueil se répartissent comme suit :

- Internat / internat partiel ou aménagé : 20 places
- Semi internat : 10 places
- SESSD : 10 places

Rééquilibrer les modes d'accueil avec le redéploiement de 5 lits d'internat en moyens pour le SESSD va nous aider à soutenir des projets d'intégration avec une meilleure souplesse et adaptabilité.

Avec la proposition d'augmenter la capacité d'accueil du SESSD nous obtenons la proposition suivante :

- Internat / internat partiel ou aménagé : 15 places
- Semi internat : 10 places
- SESSD : 15 places

L'effectif global (40) n'étant pas modifié.

3.3.1.2. L'extension du SESSD.

Comme pour l'abaissement d'âge pour l'agrément, l'extension du service (+ 5 places) ne nécessite pas de consultation du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) : elle n'excède pas le seuil de 30 % de l'effectif (ou augmentation de 15 places), fixé par l'article 3 du décret du 14 février 1995, Décret 95.185 du 14 février 1995.

L'avant projet du décret relatif aux modalités d'autorisation de création de transformation ou d'extension d'établissement et services sociaux, en application de l'article L 313-1 de la loi 2002.2 du 2 janvier 2002 ne modifie pas ce seuil de 30 %. La négociation avec la DDASS, autorité tarifaire, porte sur l'examen des incidences financières et en terme d'organigramme.

Incidence financière :

La diminution des cinq lits d'internat au profit de la création de cinq places supplémentaires au SESSD demande le redéploiement de moyens de la section internat / semi internat vers le SESSD de l'IR.

Notre référence sera le cahier des charges des SESSD de la Haute-Garonne⁷².

« Un SESSD pourrait comprendre pour dix places :

- 0,15 ETP de psychiatre
- 0,15 ETP de psychologue
- 0,8 ETP de rééducateur
- 1 ETP d'éducateur
- 0,15 ETP d'assistante sociale
- 0,25 ETP d'autres personnels ».

Actuellement pour dix enfants accueillis, le tableau du personnel est le suivant :

- 0,09 ETP de psychiatre
- 0,20 ETP de psychologue
- 0,20 ETP de rééducateur
- 1 ETP d'éducateur
- 0,20 ETP d'assistante sociale
- 0,34 ETP d'autres personnels.

Sachant que le SESSD fait désormais l'objet d'une dotation globale de fonctionnement, tandis que la section internat / semi internat relève d'un prix de journée, le redéploiement des moyens de cette section vers le SESSD fait apparaître la proposition suivante :

⁷² Cahier des charges des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSD) relevant de l'annexe XXIV, Direction Régionale et Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées, juin 1995, p.8.

**Tableau 2 - Redéploiement des moyens de l'internat / semi internat vers le
SESSD**

Taux de charges appliqué : 58 %

Dépenses du groupe 1 : personnel		
Direction	0,05 ETP	3 496 €
Secrétariat	0,05 ETP	1 721 €
Psychiatre	0,05 ETP	5 570 €
Psychologue	0,10 ETP	6 073 €
Educateur spécialisé	0,50 ETP	17 735 €
Rééducateur	0,10 ETP	4 877 €
Assistante sociale	0,12 ETP	5 820 €
Total des dépenses du groupe 1		45 292 €
Le redéploiement de 0,25 ETP d'institutrice n'affecte pas le plan de charges (ce personnel étant sous contrat avec l'Education nationale)		
Dépenses du groupe 2 : services et achats		
Compte 60	Achats (dont carburant)	2 000 €
Compte 61	Activités éducatives et pédagogiques, entretien, assurances, colloques	3 000 €
Compte 62	Taxi, téléphone, déplacements du personnel	2 200 €
Total des dépenses du groupe 2		7 200 €
Dépenses du groupe 3 : charges financières		
Achat d'un véhicule supplémentaire =>		12 000 €

Compte 68	Dotation aux amortissements	2 400 €
Total des dépenses du groupe 3		2 400 €
TOTAL DES CHARGES		54 892 €
		55 000 €

La négociation avec la DDASS porte donc sur le transfert et l'enregistrement de ce montant au profit du SESSD, entraînant une majoration de la dotation globale.

Incidence au plan du personnel

Comme je l'ai indiqué aux délégués du personnel, la réorganisation et les redéploiements de poste qu'elle entraîne n'obligeront pas à des modifications substantielles de contrat de travail. La création de cinq places supplémentaires nécessitera le redéploiement de 0,50 ETP d'éducateur spécialisé de la section internat / semi internat au SESSD. Le recrutement en accord avec les délégués du personnel s'effectue sur la base d'un appel à volontariat en respectant la procédure de recrutement de l'association. La personne retenue devra s'engager dans une formation de son choix relative aux pratiques professionnelles en SESSD.

Pour les autres professionnels intervenants au SESSD (médecin, psychologue, assistante sociale, rééducateurs) c'est un temps d'intervention majoré au prorata du nouvel effectif qui sera pris en considération (cf. tableau des redéploiements).

Sur le plan technique, le rééquilibrage des modes d'accueil n'appelle pas de redéfinition des locaux et de leur usage, au delà des réaménagements à prévoir des lieux d'hébergement.

Cette question sera abordée lors de la réorganisation du dispositif éducatif, déjà amorcée avec ce mouvement interne de personnel, et qui va impliquer la recomposition des équipes éducatives.

3.3.2. Réorganiser le dispositif éducatif et scolaire pour soutenir les démarches intégratives.

3.3.2.1. Créer un pôle transversal d'ateliers.

Objectifs :

Il s'agit d'adapter les moyens institutionnels aux finalités du projet : la transversalité d'un pôle d'ateliers rend accessible l'ensemble des prestations éducatives à chaque enfant, quel que soit son service d'appartenance : internat, semi internat ou SESSD, et au moment où il en a besoin. Ce service a vocation d'accueillir les enfants qui ne peuvent accéder à un plein temps scolaire, ou ceux qui, tous services confondus, sont transitoirement en rupture de scolarité.

Certains temps d'ateliers seront co-animés par le psychomotricien, d'autres par une psychologue.

L'organisation antérieure où chaque unité de vie animait son propre projet avec les moyens qui lui étaient propres conduisait à un cloisonnement rendant difficiles les parcours d'enfants et imposant quasiment à ceux ci un parcours institutionnel.

Favorisant la circulation d'enfants dans le dispositif institutionnel, la nouvelle organisation fait ouverture et induit des échanges accrus entre les professionnels.

Mise en œuvre :

La restructuration de l'hébergement.

La diminution de l'internat (de 20 à 15) autorise une restructuration des trois unités de vie accueillant chacune, jusqu'ici, dix enfants (en internat / internat aménagé et semi internat) en deux groupes éducatifs de douze et treize enfants (nouvel effectif global 25).

L'encadrement :

La section internat / semi internat dispose de 8,50 ETP d'éducateurs. 0,50 est redéployé sur le SESSD. Nous proposons un taux d'encadrement de l'hébergement de 7 ETP soit 3,50 ETP par groupe. Le taux d'encadrement est correct, pour couvrir une amplitude du lundi 7 h au vendredi 18 h 30 (hors nuit). Il préserve les temps de doublure nécessaires :

Tableau 3 : Encadrement éducatif

L'amplitude d'encadrement à couvrir est de :				
}	Lundi	7 h à 9 h	=> 9h x 3 =	27 h 00
	Mardi	12 h à 14 h		
	Jeudi	17 h à 22 h		15 h 00
	Mercredi	7 h à 22 h		5 h 30
	Vendredi	7 h à 9 h 12 h à 14 h 17 h à 18h30		
Total			47 h 30	

Soit avec le temps de doublure :	47 h 30 x 2 =	95 h 00
L'emploi du temps éducatif se définit comme suit :		
	30 h auprès des enfants 4 h réunions 1h préparation	
Chaque groupe dispose donc de :		
	3 ETP : 90 h auprès de enfants 0,50 ETP : 15 h auprès des enfants	
	Total	105 h 00

Les moyens d'encadrement couvrent largement les besoins et permettent de dégager pour chaque professionnel des heures de suivi d'intégration.

La recomposition des équipes éducatives :

Elle s'effectue après consultation des délégués du personnel. Les choix et les demandes de chacun des éducateurs sont recueillis par le chef de service éducatif, dans le cadre d'entretiens individuels, et à partir d'un questionnaire préalablement élaboré en équipe de direction.

Le principe est retenu par le collectif des éducateurs, dans le cadre de leur réunion hebdomadaire animée par le chef de service, d'une rotation des professionnels sur les postes d'hébergement et de jour. Cette rotation est fixée tous les trois ans.

Je communique la décision d'affectation des personnes sur les postes à l'instance des délégués du personnel ainsi qu'à l'équipe collective dans le cadre de leur réunion.

Dans un second temps, et dans ce même cadre de réunions, l'équipe se met au travail sur le réaménagement des locaux d'hébergement.

3.3.2.2. La restructuration de l'École spécialisée et le projet de classe annexée.

Cette restructuration nécessite l'accord de la Direction diocésaine de l'Enseignement catholique dont dépend notre structure scolaire.

Le projet est élaboré en concertation avec l'Inspecteur de l'adaptation et de l'intégration scolaire (AIS). J'obtiens le concours du conseiller pédagogique AIS pour travailler avec les institutrices de l'école spécialisée à la réactualisation du projet d'école. Ce projet doit désormais prendre en compte dans la philosophie de l'action comme dans ses principes d'action, des démarches intégratives progressives, partielles, adaptables à chaque situation et problématique d'enfant.

Cette adaptabilité des moyens doit, ici encore, donner accès à chaque enfant aux prestations dont il a besoin. Plutôt que préserver des entités classe, l'école spécialisée va privilégier le principe du décroisement, favorisant la circulation des enfants, dans les trois classes, selon les médiations proposées.

L'autre axe fort du projet est l'accompagnement des intégrations scolaires (réintégrations à partir de l'interne ou intégration à partir du SESSD).

La restructuration va traduire dans son organisation les finalités du projet.

Mise en œuvre :

L'école spécialisée dispose de 3 ETP d'institutrices.

Nous émettons la proposition suivante :

- ▶ Détachement d'une institutrice
 - ◆ à 0,50 sur le pôle de jour avec des activités centrées sur les pré-requis scolaires s'adressant aux jeunes enfants

- ◆ à 0,50 en soutien pédagogique sur le SESSD, qui voit son effectif s'accroître.

- ▶ Deux classes sont maintenues avec un effectif de 12 à 13 enfants.

Le projet de décloisonnement de l'école spécialisée, avec la création d'une classe annexée dans une école de notre environnement, s'il recueille l'assentiment des acteurs institutionnels, se heurte à des obstacles de faisabilité : au plan matériel les écoles de notre environnement ne disposent pas pour l'heure de locaux susceptibles d'accueillir une classe supplémentaire. De plus, cette expérience ne saurait, à mon sens, s'entreprendre sans un travail conséquent de préparation : mieux faire connaître notre établissement conditionnera la concrétisation de cet objectif à moyen terme. Il se finalisera avec un groupe scolaire d'accueil, nous aurons alors à le formaliser par une convention avec la DDEC et l'Education nationale.

Le repositionnement de l'école spécialisée passe par une articulation plus affirmée avec le partenaire Education nationale.

L'ouverture de l'établissement conditionne l'accès des enfants aux parcours de droit commun recherchés.

Instaurer une politique de communication accrue et plus active à l'adresse de notre environnement m'apparaît donc comme une orientation stratégique à privilégier.

3.4. Inscrire résolument l'établissement dans une dynamique d'ouverture et de partenariat.

3.4.1. Construire la complémentarité des compétences : le partenariat avec l'Education nationale.

Nous avons dit, dans notre deuxième partie, combien le lien à l'Education nationale était malaisé et difficile, pénalisant la mise en œuvre des projets de réintégration pour les enfants reçus en interne.

Il m'apparaît de ce fait indispensable de solliciter notre partenaire – Education nationale – pour conclure avec lui une convention qui devra stipuler les conditions de notre partenariat et définir un réseau partenarial qui nous permettra d'intégrer des enfants dans les structures scolaires de notre environnement immédiat (article L 312-7 de la loi du 2 janvier 2002).

Je bâtirai ensuite ma démarche vers notre partenaire dans une logique d'échanges et de complémentarité. L'invitation de professionnels de l'Education nationale (inspecteur, secrétaires des commissions de circonscription élémentaire de notre secteur d'intervention, directeurs d'école et instituteurs) sur le site de l'établissement contribuera à donner une meilleure représentation de ce que peut être l'institution où sont accueillis les enfants intégrés.

Ces rencontres, à instituer régulièrement, fourniront le support d'échanges ciblés :

- Entendre les normes requises par nos partenaires pour intégrer un enfant : normes en terme de socialisation, de communication, d'adaptation et les confronter aux pré-requis définis par l'institution.

- Repérer et connaître le champ professionnel de l'autre, ses contraintes comme ses possibilités, constitue un préalable au lien partenarial et à la démarche de coopération que demande la mise en œuvre de projets intégratifs.

Le présupposé qui sous tend mon action dans cette dynamique d'échanges est que chacun des partenaires puisse devenir une « personne ressource » pour l'autre.

Je n'ignore pas, par ailleurs, que mon engagement sera déterminant pour qu'une culture intégrative se développe dans l'établissement. Déjà membre d'une commission de circonscription préélémentaire, au titre de représentant des établissements médico-éducatifs, où s'initialisent les projets d'intégration de l'Education nationale, il m'apparaît opportun d'intégrer une commission du groupe départemental de coordination Handiscol mis en place par la circulaire n° 99.188 de l'Education nationale et dont la mission première est « de coordonner et de faciliter les actions des différents partenaires concernés par la scolarisation des jeunes handicapés et de s'assurer de la cohérence du dispositif global d'intégration et d'éducation. »

Au regard des nouvelles orientations techniques que nous mettons en place, la représentation de notre établissement dans cette instance étayera notre démarche.

3.4.2. S'inscrire dans une dynamique de coordination.

Le processus d'ouverture de l'établissement est à confirmer par une politique de communication active : mieux faire connaître l'établissement, informer sur les changements en cours, modifier les représentations, aidera à améliorer la communication de l'établissement avec son environnement.

Parmi nos partenaires inter institutionnels, j'orienterai ma démarche plus particulièrement vers la commission départementale d'éducation spécialisée, le CAMSP, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les services sociaux.

La CDES, instituée par la loi d'orientation du 30.06.75 est une instance qui se prononce notamment sur l'orientation des enfants et adolescents handicapés vers des établissements d'éducation spécialisée. L'informer du projet en cours, du réajustement que nous opérons en terme d'âge d'accueil ne peut que favoriser des admissions plus précoces comme nous le recherchons. Nous proposons à cette instance départementale une évaluation au bout de trois années visant à vérifier si l'abaissement de notre accueil à cinq ans a conduit à l'admission d'enfants plus jeunes.

L'articulation avec le CAMSP :

Le réajustement de notre projet nous positionne comme un relais potentiel pour le CAMSP qui va se mettre en place en Haute-Garonne. Dès lors que dépistage et diagnostic sont posés par le CAMSP, en faveur d'une orientation vers un établissement spécialisé, validée par la CDES, le SESSD de l'institut de rééducation pourra prendre le relais. L'établissement s'inscrit ainsi dans le réseau de collaborations que le CAMSP développera.

La collaboration avec les équipements du secteur de psychiatrie infanto-juvénile :

Cette collaboration pourra s'élaborer dans le cadre d'une convention en référence à la loi du 2 janvier 2002 (article L 312.7) avec l'hôpital de jour toulousain accueillant les jeunes enfants. L'accueil d'enfants à temps partiel à l'institut de rééducation, sur les temps d'atelier de jour, peut se construire et se réaliser progressivement. Réciproquement, la confirmation de diagnostic pour des enfants jeunes dont la gravité

des troubles se révèle progressivement, est notre demande à l'adresse du secteur sanitaire.

La communication de notre projet s'impose naturellement à nos partenaires des centres médico psychologiques, qui oeuvrent en amont de l'orientation en institut de rééducation.

Le lien avec les circonscriptions d'action sociale avec lesquelles nous travaillons déjà dans le cadre de l'accompagnement est à renforcer. Présenter l'établissement, les nouvelles orientations de travail, participera d'une meilleure identification par nos partenaires.

Dans cette recherche de coordination nous comprendrons également le lien avec la Protection maternelle infantile (PMI) qui intervient dans les écoles dans le cadre des visites médicales obligatoires dès trois ans comme un premier dépistage des troubles des enfants : des liens inter institutionnels sont à nouer pour un IR, doté d'un SESSD intervenant en soutien de l'intégration scolaire.

CONCLUSION PARTIELLE 3^{EME} PARTIE

J'ai choisi de procéder à la mise en œuvre du changement par étapes successives : Soumettre le projet à l'accord de l'association, instaurer un dialogue avec la DDASS pour en évaluer sa validité ont conditionné la démarche.

La recherche de l'avis des délégués du personnel, l'instauration d'un nouveau rapport aux familles ont contribué à asseoir la décision.

Le repositionnement en cours me permet désormais d'inscrire l'action de l'établissement dans une dynamique locale plus large.

Préparer l'organisation au changement m'imposait par ailleurs une mobilisation des personnels, qui au delà de l'objectif fixé, doit à mon sens impulser une dynamique d'échanges et d'implication des acteurs dans les enjeux institutionnels.

L'évaluation interne du projet réactualisé et du dispositif final va pouvoir prendre appui sur cette dynamique participative : en sollicitant le CREAL Midi-Pyrénées, pour une démarche d'évaluation interne élaborée par l'ANCREAI, dans le cadre du plan de formation, nous répondrons aux dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 (article 22 . L.312.8).

Réajuster l'action de l'établissement pour favoriser l'accès des enfants à des parcours de droit commun nous conduit ainsi à insérer l'évaluation comme un processus de validation des réponses données par l'établissement.

Il s'agit pour moi d'inscrire l'établissement dans une évolution permanente, en garantissant la qualité des prestations et leur amélioration.

CONCLUSION GENERALE

La réorganisation du dispositif de l'institut de rééducation va au delà d'un simple réajustement de l'action, elle est aussi la tentative de poursuivre « l'œuvre » transmise par nos prédécesseurs en l'actualisant.

Le présent travail témoigne de la volonté de mettre les réponses de l'établissement en cohérence avec l'actualité des politiques publiques et des mutations sociales. Penser l'intégration des enfants accueillis dans une logique de droit commun, c'est inscrire l'établissement dans une logique de prévention et de lutte contre l'exclusion dans l'esprit de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 comme la philosophie de l'action de la loi du 2 janvier 2002 : engager l'établissement dans la promotion de l'exercice de la citoyenneté, la prévention de l'exclusion, la correction des effets de celle-ci, c'est tenter de garantir, chaque fois que possible, l'accès des enfants à des parcours de droit commun.

C'est encore à H.J. Stiker que je ferai appel cette fois ci : « je définirai au minimum l'intégration comme le fait d'être citoyen, c'est à dire de contribuer à la société et de recevoir d'elle un certain nombre de biens et de services...Il y a intégration quand chacun est dans une situation où il a droit de recevoir mais où il est dans l'art de contribuer »... « un enfant en classe "à part" en établissement "à part" reçoit instruction, soins et protection mais n'étant pas parmi les autres, il ne se sent pas en obligation de montrer, de prouver son utilité sociale. »⁷³

⁷³ H.J. Stiker, *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, CTNERHI, Collection Essais, p.142

Participer à la vie de la cité, à la « res publica » est la condition première de la citoyenneté. Dans les établissements sociaux ou médico-sociaux, il appartient au directeur, dans l'exercice de sa fonction, de garantir à l'autre son inscription dans la vie de la cité, de mettre en œuvre ce principe de citoyenneté, élément fondateur de la démocratie.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

CAPU L., LEMAY M. *De l'éducation spécialisée*. Cahors : Editions Erès, 1996. 444 p.

CHAUVIÈRE M., PLAISANCE E./ ed. *L'école face aux handicaps. Education spéciale ou intégrative*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000. 250 p, Collection Education et Formation.

CROZIER M., *L'entreprise à l'écoute. Apprendre le management post-industriel*. 2^{ème} édition Paris : InterEditions, 1991. 297 p.

HAMONET C. *Les personnes handicapées*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000. Que sais-je ?. 124 p.

KAES R., BLEGER J., ENRIQUEZ E. et al. *L'institution et les institutions*. 2^{ème} ed. Paris : Dunod, 2000. 219 p.

MIRAMON J.M., COVET D., PATURET J.B., *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, 2^{ème} ed., Rennes : Editions ENSP, 2001. 272 p.

MIRAMON J.M., *Manager le changement dans l'action sociale* ; 2^{ème} éd. Rennes : Editions ENSP, 2001. 105 p.

POUPEE-FONTAINE D., ZRIBI G. *Le dictionnaire du handicap*. 3^{ème} éd. Rennes : éditions ENSP, 2002. 317 p.

SCHNAPPER D. *Qu'est-ce que la citoyenneté ?* Nouvelle édition mise à jour. Paris : Editions Gallimard, 2000. 320 p. Collection Folio / actuel.

VOGT C. *Grammaire des institutions*. Rennes : Editions ENSP, 1992. 133 p.

WINNICOTT D.W. *Jeu et réalité*. Paris : Editions Gallimard, 1975. 212 p.

DOCUMENTS, ETUDES, DOSSIERS

Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies. INSERM, publications du CTNERHI. Diffusion PUF 1988.

Classification internationale des troubles mentaux et du comportement (chapitre V de la CIM 10 – OMS). Flash informations, numéro hors série publications du CTNERHI, diffusion PUF 1993.

Documents préparatoires au schéma départemental de la Haute-Garonne : Document n° 9 *Axes prioritaires du schéma départemental des établissements médico-éducatifs et déroulement des procédures*. Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Haute-Garonne. Février 1994.

Document : *Activité de la CDES en Haute-Garonne*. Statistiques. Année 2000 / 2001, analyse comparative année(s) antérieures et France entière.

Dossier documentaire : *L'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés*. CREA Midi-Pyrénées. Octobre 2000

Enquête Handiscol auprès des établissements médico-éducatifs. Tableau de bord de l'intégration. DDASS 31 - 09 avril 2002.

Etude : *Les Instituts de rééducation en Midi-Pyrénées*. Mars 2002. Caisse régionale d'assurance maladie Midi-Pyrénées et Direction régionale du service médical de Midi-Pyrénées.

Enquête régionale sur les instituts de rééducation. Avenant n° 01/35. 20 avril 2001.

Les cahiers de l'actif n° 178.179. Actif Information.

Les cahiers de l'actif : *Evaluation en travail social*. 2000. n° 288/289. n° 290/291.

Revue Esprit. *Quelle place pour les personnes handicapées ?* Décembre 1999.

H.J. STIKER. *Pour le débat démocratique : la question du handicap*. Collection Essais. Editions du CTNERHI. Février 2000. 149 p.

Revue « 6 pages ». n° 40 septembre 2000. INSEE Midi-Pyrénées Publications.

ARTICLES

GAUTHIER P., Directeur de l'Action Sociale. L'action sociale de demain : nouveaux enjeux, nouveaux défis, nouvelles réponses. Texte diffusé lors de l'Assemblée plénière du Conseil Supérieur du Travail Social le 27 juin 1994.

MISES R., QUEMADA N. Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Incapacités désavantages et retentissement sur la qualité de vie familiale. *L'information psychiatrique* n° 5, mai 1994.

Renverser la logique de la scolarisation des enfants handicapés. *Actualités sociales hebdomadaires*. 7 juin 2002. n° 2266

RAPPORTS

Conseil Economique et Social. Rapport du 12 juillet 1995. *Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*. Avis présenté par Mme De Gaulle-Antonioz. Journal Officiel. Année 1995 n°3.

Conseil Economique et Social. *Situations de handicap et cadre de vie*. Avis adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du 13 septembre 2000. Rapporteur M. Assante. Disponible sur Internet : www.conseil-economique-et-social.fr

Conseil Supérieur du Travail Social. *Ethique des pratiques sociales et déontologie des travailleurs sociaux*. Collection rapports du CSTS. Edition ENSP. 2001.

ESTABLET R., ZAFFRAN J. *Etude sur la socialisation des enfants handicapés intégrés à l'école primaire ordinaire*. Rapport final n° 61/93 M.I.R.E. – D.E.P. Laboratoire Méditerranéen de Sociologie.

IGEN / IGAS. *L'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés*. Mars 1999. Rapport n° 1999 043.

IGAS. Rapport sur les instituts de rééducation. Rapport n° 1999 006. Janvier 1999.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

LOIS :

Loi 75.534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

Loi 86.17 du 06 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.

Loi 89.486 du 10 juillet 1989 d'orientation sur l'éducation.

Loi 98.657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

DECRETS :

Décret 76.389 du 15 avril 1976 relatif aux centres d'action médico-sociales précoces.

Décret 89.798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis, et XXIV ter du décret du 09 mars 1956 modifié.

Décret 91.1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissements des institutions sociales et médico-sociales.

Décret 95.185 du 14 février 1995 relatif à la procédure de création, de transformation et d'extension des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.

CIRCULAIRES :

Circulaire 76.156 relative au rôle de la CDES.

Circulaire 82.2 et 82.048 du 28 janvier 1982 relative à la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants et adolescents handicapés.

Circulaire 83.082 et 83.4 du 29 janvier 1983 relative à la mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement.

Circulaire 89.17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.

Circulaire 99.187 du 19 novembre 1999 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

Circulaire 99.188 du 19 novembre 1999 relative à la mise en place des groupes départementaux de coordination « Handiscol ».

Circulaire 2002-111 du 30 avril 2002 adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves.