

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES - 2002

I.R.T.S. Rennes

Option : Enfance

**UNE LOGIQUE D'OUVERTURE ET UNE
DYNAMIQUE PARTENARIALE POUR
FAVORISER LA SOCIALISATION DES
ADOLESCENTS D'UN IME.**

Didier HUET

S o m m a i r e

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>PREMIERE PARTIE LA SOCIALISATION, UNE MISSION FONDAMENTALE POUR LES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS HANDICAPÉS</u>	3
<u>1 LA SOCIALISATION AU CŒUR DES POLITIQUES SOCIALES CONCERNANT LES PERSONNES HANDICAPÉES : L'ABOUTISSEMENT D'UN LONG PROCESSUS HISTORIQUE</u>	3
<u>1.1 De la charité à la répression et à la solidarité : une attitude majoritaire, le rejet</u>	3
<u>1.2 De la ségrégation à l'intégration : vers une considération et une reconnaissance</u>	4
1.2.1 <u>Le handicap, un concept récent, toujours en évolution</u>	5
1.2.2 <u>Du concept de handicap aux handicaps, des réalités très différentes</u>	8
1.2.3 <u>Les lois du 30 juin 1975 : deux textes fondateurs</u>	8
<u>1.3 De la sectorialité à la transversalité : une nouvelle place pour l'usager acteur de son projet et sujet de droit</u>	9
1.3.1 <u>De la décentralisation à la loi de lutte contre les exclusions (29 juillet 1998) : un nouveau regard sur l'usager</u>	10
1.3.2 <u>La réforme de la loi 75-735, relative aux institutions sociales et médico sociales : la socialisation des personnes handicapées au cœur du débat</u>	11
<u>2 - LA SOCIALISATION : UN CONCEPT CENTRAL POUR CHAQUE INDIVIDU</u>	13
<u>2.1 La socialisation, une transmission et une intériorisation : vers une théorie de la coopération</u>	14
<u>2.2 La socialisation, un processus biographique, à l'œuvre tout au long de la vie</u>	15
<u>2.3 L'intégration sociale et la socialisation, deux concepts proches et complémentaires, favorisés par la multiplicité des expériences</u>	17
<u>3 - L'INSTITUTION MARQUÉE PAR UNE LOGIQUE DE FERMETURE</u>	18
<u>3.1 L'Association Le Moulin Vert : une association nationale embrassant un champ d'interventions variées et aux valeurs affirmées</u>	18
3.1.1 <u>Une activité aujourd'hui très diversifiée, un atout</u>	18

3.1.2	<u>Des institutions au service de la personne : sujet de droits, acteur de son projet.</u>	19
3.2	<u>L'IME de Suscinio reste marqué par la logique ségrégative.</u>	19
3.2.1	<u>Une première expérience institutionnelle inscrite dans une logique ségrégative.</u>	20
3.2.2	<u>Le changement d'agrément, en 1979, n'a pas transformé les pratiques.</u>	21
3.2.3	<u>A partir de 1992, les prémices d'une évolution.</u>	21
3.3	<u>Aujourd'hui, deux services distincts et un contexte favorable pour développer une dynamique d'ouverture.</u>	22
3.3.1	<u>Le SESSAD : un service « ouvert » au partenariat avec les collègues de Vannes.</u>	22
3.3.2	<u>La section d'initiation à la première formation professionnelle (SIPFP), malgré des transformations, est restée « fermée »</u>	23
3.3.3	<u>:Un contexte départemental favorable pour analyser le fonctionnement de l'IME.</u>	24
	<u>CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.</u>	25
	<u>DEUXIEME PARTIE UN FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL QUI LIMITE LA SOCIALISATION DES ADOLESCENTS.</u>	26
2	<u>. LA POPULATION ACCUEILLIE, DES BESOINS SPÉCIFIQUES DE SOCIALISATION EN LIEN AVEC L'ÂGE ET LES DIFFICULTÉS.</u>	26
3.4	<u>L'adolescence : une période de construction de soi et de socialisation.</u>	26
3.5	<u>La déficience intellectuelle légère : une notion floue.</u>	28
3.6	<u>L'échec scolaire, une caractéristique générale aux conséquences importantes.</u>	30
3.7	<u>L'origine psychosociale des difficultés, un élément à prendre en compte.</u>	31
4 -	<u>LA SIPFP : SON MANQUE D'OUVERTURE, UNE LIMITE À LA SOCIALISATION DES ADOLESCENTS ACCUEILLIS.</u>	33
4.1	<u>L'entrée en institution et les orientations à la sortie, deux indicateurs.</u>	33
4.1.1	<u>L'entrée en institution : une rupture pour les jeunes qui arrivent de l'éducation nationale.</u>	33
4.1.2	<u>Le diagnostic à l'entrée : au-delà des troubles repérés et de l'évolution de la population, des difficultés de socialisation.</u>	34
4.1.3	<u>Les orientations à la sortie, un bilan qui interroge.</u>	35
4.2	<u>Une organisation institutionnelle centrée sur elle-même, une réponse insatisfaisante aux besoins des adolescents.</u>	36
4.2.1	<u>La spécialisation des prises en charge, un risque de clivage entre les professionnels.</u>	37

4.2.2	<u>Le projet individualisé à l'épreuve des clivages entre les différentes catégories professionnelles.</u>	37
4.2.3	<u>Les réunions de synthèse, des insuffisances dans l'élaboration et le suivi des projets individuels.</u>	39
5	<u>LE SESSAD, UNE EXPÉRIENCE RICHE D'ENSEIGNEMENT POUR LA SIPFP.</u>	
	39	
5.1	<u>Une population hétérogène, comparable à celle de la SIPFP.</u>	39
5.2	<u>Une convention d'intégration signée par les parents.</u>	41
5.3	<u>Les orientations en fin de suivi : une situation paradoxale.</u>	42
5.4	<u>Une démarche dialectique entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire.</u>	43
6	<u>EVALUER LES ATOUTS ET RECONNAÎTRE LES FREINS, UNE DÉMARCHE INDISPENSABLE AU CHANGEMENT.</u>	43
6.1	<u>Des atouts à ne pas négliger.</u>	43
6.1.1	<u>Un cadre repérant et sécurisant.</u>	43
6.1.2	<u>Des professionnels qualifiés et aux savoir-faire reconnus.</u>	44
6.2	<u>Les freins, une réalité à prendre en compte.</u>	46
6.2.1	<u>L'héritage du passé, un poids pour l'avenir.</u>	46
6.2.2	<u>La peur du changement et crainte de l'avenir renforcés par une connaissance restreinte des politiques sociales et de l'environnement institutionnel .</u>	47
	<u>CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.</u>	48
	<u>TROISIEME PARTIE FAVORISER LA SOCIALISATION DES ADOLESCENTS PAR UNE LOGIQUE D'OUVERTURE ET UNE DYNAMIQUE PARTENARIALE.</u>	49
	49
3	<u>ENGAGER LA SIPFP DANS UNE LOGIQUE D'OUVERTURE.</u>	50
6.3	<u>Une évolution des pratiques à centrer sur la mission de socialisation.</u>	50
6.3.1	<u>Développer un esprit de partenariat à l'interne, une étape incontournable.</u>	51
6.3.2	<u>Renforcer une organisation centrée sur les besoins des adolescents.</u>	52
6.3.3	<u>Formaliser la construction du projet individuel, un moyen pour fédérer les intervenants.</u>	54
6.4	<u>Moduler l'accueil et prendre en compte l'évolution de chaque adolescent.</u>	55
6.4.1	<u>Moduler les accueils internat/semi-internat.</u>	55
6.4.2	<u>Reconnaître et prendre en compte le parcours individuel.</u>	56
6.4.3	<u>Externaliser l'internat pour les plus âgés.</u>	57
6.5	<u>Associer les parents et les adolescents, une nécessité et un choix de direction.</u>	57

6.5.1	<u>Une charte pour formaliser les relations avec les familles et les jeunes accueillis.</u>	
	58	
6.5.2	<u>Le livret d'accueil et le document individuel de prise en charge, deux outils à construire.</u>	59
6.5.3	<u>Prolonger l'expérience du conseil d'établissement.</u>	60
7 -	<u>METTRE EN OEUVRE DES PARTENARIATS, UNE CONDITION INDISPENSABLE POUR UNE MEILLEURE SOCIALISATION DES ADOLESCENTS.</u>	61
7.1	<u>Le partenariat, un levier possible.</u>	61
7.1.1	<u>Le partenariat ne se décrète pas, il se construit avec méthode et stratégie.</u>	61
7.1.2	<u>Le partenariat, différentes formes possibles.</u>	62
7.2	<u>L'éducation nationale, un partenaire déjà connu.</u>	63
7.2.1	<u>L'intégration scolaire, une politique nationale et des orientations départementales.</u>	63
7.2.2	<u>Des actions complémentaires dans le cadre d'un partenariat réciproque.</u>	64
7.2.3	<u>Un système de conventionnement inspiré de celui pratiqué au SESSAD.</u>	65
7.3	<u>La pédopsychiatrie, un secteur à découvrir pour un partenariat possible.</u>	66
7.3.1	<u>Une réflexion engagée depuis plusieurs années, portée par le schéma départemental.</u>	66
7.3.2	<u>Un partenariat à construire.</u>	67
7.4	<u>Associer le conseil d'administration, les instances de contrôle (DASS), les financeurs et la CDES, la garantie d'un soutien indispensable.</u>	68
8 -	<u>INFORMER, CONVAINCRE, IMPLIQUER ET GÉRER, LA STRATÉGIE DE DIRECTION AU SERVICE DU CHANGEMENT.</u>	68
8.1	<u>Une politique d'information et d'implication des salariés, le choix du directeur pour favoriser l'adhésion au projet de changement.</u>	69
8.1.1	<u>Informé, être à l'écoute et associer l'ensemble du personnel, un impératif primordial pour un climat institutionnel propice à la réflexion.</u>	69
8.1.2	<u>Confier aux cadres une réelle délégation.</u>	70
8.1.3	<u>Donner leur place aux représentants du personnel.</u>	71
8.1.4	<u>Créer des groupes de travail.</u>	71
8.1.5	<u>Initier des rencontres avec les collègues et la pédopsychiatrie.</u>	71
8.2	<u>La formation professionnelle continue, un moyen pour valider et améliorer les compétences.</u>	72
8.2.1	<u>L'entretien annuel d'appréciation, un outil d'évaluation à mettre en place.</u>	72
8.2.2	<u>La formation continue, à l'articulation entre l'individuel (salarié) et le collectif (institution), un outil au service du changement.</u>	73

<u>8.3</u>	<u>La conduite du projet.</u>	74
8.3.1	<u>Le plan d'action.</u>	74
8.3.2	<u>Les incidences financières : prévisionnel des charges liées à la mise en œuvre du projet.</u>	76
	<u>CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE.</u>	78
	<u>CONCLUSION GENERALE.</u>	79

Liste des sigles utilisés

ADAPEI : association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés.
CCSD : commission de circonscription du second degré.
CDES : commission départementale de l'éducation spéciale.
CE : centre éducatif.
CIH : classification internationale des handicaps.
CLIS : classe d'intégration scolaire.
CMP : centre médico psychologique.
CPEA : centre psychothérapique pour enfants et adolescents.
CROSS : comité régional des organisations sanitaires et sociales.
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
EN : éducation nationale.
ETP : équivalent temps plein.
IME : institut médico-éducatif.
IMP : institut médico pédagogique.
IMPRO : institut médico professionnel.
IR : institut de rééducation.
MIJEN : mission insertion jeunes de l'éducation nationale.
OMS : organisation mondiale de la santé.
ONU : organisation des nations unies.
PEI : programme d'enrichissement instrumental.
QI : quotient intellectuel.
SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté.
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile.
SIPFP : section d'initiation à la première formation professionnelle.
UNAPEI : union nationale des associations de parents et d'amis d'enfants inadaptés.
UPI : unité pédagogique d'intégration.

INTRODUCTION.

Au congrès de l'UNAPEI, le 6 juin 1998, Madame Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, affirmait : « *La finalité de l'intégration des personnes handicapées ne consiste pas à les installer durablement dans les ghettos ou des cases mais bien au contraire de faire en sorte que leur intégration soit le plus possible et à chaque fois que c'est possible dans le milieu ordinaire* ». Le discours politique concernant les personnes handicapées n'a pas toujours été celui-là. En effet, un détour historique montre combien le contexte idéologique, politique, économique et social a conditionné la manière d'aborder ou de traiter cette question et comment les politiques sociales actuelles se sont construites au cours du temps. Si les lois de juin 1975, ont constitué le point d'ancrage des politiques actuelles, ces 20 dernières années ont vu une évolution importante dans l'approche et la considération de la personne handicapée et des personnes en difficulté. Les établissements médico-sociaux, et en particulier les instituts médico éducatifs (IME) accueillant des enfants ou des adolescents handicapés sont directement concernés par cette évolution. La socialisation et l'intégration sont devenues des missions essentielles à mettre en œuvre dans le cadre de projets individuels, pour ces établissements souvent conçus, au moment de leur création, pour être d'abord des lieux d'accueil et de protection.

Géré par l'association Le Moulin Vert, L'IME de Suscinio (Morbihan) n'échappe pas à ce mouvement et a connu des changements importants. Chef de service éducatif, j'ai été témoin et acteur de cette évolution. Pour autant, à partir des constats issus du fonctionnement quotidien, je m'interroge sur l'adéquation entre les réponses proposées et les besoins de socialisation des adolescents, déficients intellectuels légers, accueillis. A partir des adolescents, situés au cœur de l'action à mettre en œuvre, de leurs besoins et au regard des missions qui sont les nôtres, j'ai souhaité revisiter l'ensemble du fonctionnement de l'établissement pour en faire ressortir les limites, mais également les points d'appui pour une évolution indispensable. En effet, malgré une restructuration et l'ouverture d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile, la section d'initiation à la première formation professionnelle est toujours empreinte d'une logique de fermeture défavorable à la socialisation des adolescents accueillis. Outre des améliorations internes, je préconise une ouverture vers d'autres secteurs dans une démarche partenariale. L'institution spécialisée devient alors un élément, parmi d'autres, au sein d'un dispositif d'intégration et de socialisation des adolescents, où l'action se veut la plus individualisée.

Garant de l'application des textes réglementaires, de la qualité des réponses apportées aux besoins et aux attentes des jeunes accueillis, le directeur a aussi la responsabilité de prévoir, d'organiser et de «manager » les changements nécessaires à cette garantie. A travers l'évolution proposée dans ce travail, c'est aussi la conception de la prise en charge qui se retrouve mise en question. Ma capacité à donner du sens, convaincre et associer sera déterminante. Pour garantir des conditions d'élaboration propres à permettre une qualité de mise en œuvre future, je développerai une stratégie qui donne à chacun la possibilité de s'approprier ce projet.

PREMIERE PARTIE

La socialisation, une mission fondamentale pour les établissements accueillant des enfants et des adolescents handicapés.

1 LA SOCIALISATION AU CŒUR DES POLITIQUES SOCIALES CONCERNANT LES PERSONNES HANDICAPEES : L'ABOUTISSEMENT D'UN LONG PROCESSUS HISTORIQUE.

1.1 DE LA CHARITE A LA REPRESSION ET A LA SOLIDARITE: UNE ATTITUDE MAJORITAIRE, LE REJET.

Au Moyen-Age (450 – 1450) apparaît la notion de charité et l'Eglise valorise l'attitude de bienveillance envers les pauvres, les infirmes. Le deuxième Concile de Tours en 567 recommande à chaque cité de nourrir ses pauvres...Les premiers « Hôtels Dieu », destinés à les accueillir sont créés à partir 651. Cependant, les épidémies (la peste notamment), l'urbanisation, le chômage entraînent l'augmentation d'une population errante et génèrent des réflexes de peur qui remettent en cause ces attitudes charitables et qui vont conduire à une mise à l'écart, au « grand renferment » de toute cette population (pauvres, infirmes, malades mentaux ...dont une partie correspond à ceux que nous appelons aujourd'hui « les personnes handicapées ») tel qu'a pu le décrire Michel Foucault¹. Il voit dans la création de l'Hôpital Général de Paris, en 1656, l'acte premier de ce renferment. « *Dans son fonctionnement l'Hôpital Général ne s'apparente à aucune idée médicale. Il est une instance de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise en France à cette même époque* »².

Au 18^e siècle, siècle des Lumières, les nouvelles théories philosophiques, les découvertes et l'amélioration de la connaissance scientifique et médicale favorisent la prise en compte des questions liées à l'éducation des enfants ou des adultes atteints de déficience sensorielle. L'Abbé de l'Epée (1712-1789) fonde une école pour sourds-muets auxquels il apprend à se

¹ Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

² Michel Foucault, *ibid.*

faire comprendre par le langage des signes. Valentin Haüy (1745-1822) fonde L'Institution des jeunes aveugles et imagine des caractères en relief pour permettre aux aveugles de lire. Avec la Révolution va être affirmé le principe du devoir d'assistance par la Nation. Pourtant le début du 19^e siècle marque un certain recul social (interdiction de la mendicité, du vagabondage), mais voit l'émergence d'un nouvel intérêt pour les maladies de l'esprit et pour les enfants considérés comme idiots avec l'apparition d'un nouveau type de médecins : les « aliénistes » tels Pinel (1745-1826) et Esquirol (1772-1840). Outre un travail de compréhension et de traitement de la maladie mentale, ils vont aussi participer à la réforme des asiles d'aliénés et être à l'origine de la loi de 1838 qui organise l'hospitalisation dans les établissements publics ou privés et la protection des malades et de leurs biens. Malgré les aspects « sécuritaires » de cette loi et la dureté du monde asilaire il faut noter qu'à ce moment, la médecine acquiert une légitimité dans le traitement de la maladie mentale. D'autres médecins, tels Seguin et Bourneville, travaillent à l'élaboration de nouvelles méthodes médico-éducatives.

Il faudra attendre la 3^e République (1870) pour que s'élaborent les bases de notre protection sociale dans un contexte où la solidarité devient une obligation juridique. La question de l'éducation et de la formation des enfants se traduit dans la loi « Ferry » du 28 mars 1882, qui rend l'école primaire obligatoire pour les enfants de 6 à 12 ans. Dans son article 4 il est précisé : « Un règlement déterminera les moyens d'assurer l'instruction primaire aux enfants sourds-muets et aux aveugles. » Cette obligation va aussi conduire à différencier les « anormaux d'école » qui pourront bénéficier des expériences éducatives ou médico-éducatives, « *tandis que les « anormaux d'hospice » se trouvent rassemblés dans les quartiers d'asile où les enfants sont mêlés aux adultes dans une promiscuité terrifiante* »³.

1.2 DE LA SEGREGATION A L'INTEGRATION : VERS UNE CONSIDERATION ET UNE RECONNAISSANCE.

A ce stade de l'évolution il n'est pas encore question de socialisation pour les personnes handicapées. Elles sont toujours assimilées à l'ensemble des individus que la société rejette. Pour maintenir sa cohésion, elle marginalise et met à l'écart ceux qui ne répondent pas à ses normes de fonctionnement. Ainsi, au début du 20^e siècle, coexistent des établissements hospitaliers recevant des enfants et des adultes souffrant de toutes sortes d'infirmités physiques ou mentales et des institutions spécialisées pour l'éducation des enfants atteints d'infirmités sensorielles. Cependant, la législation sociale avance et une loi du 14 juillet 1905

³ Roger Misès – L'enfant handicapé mental entre famille et institution, dans *Construction de soi et handicap mental*, sous la direction de G. Zribi et J. Sarfaty, édition ENSP.

prévoit l'hébergement et l'allocation de ressources minimales aux vieillards infirmes et incurables. Les accidentés du travail et les blessés de guerre vont amener la mise en place des premières mesures de réparation aux victimes. D'autre part, la création, par la loi du 15 avril 1909, des classes de perfectionnement pour les enfants « arriérés » va poser les bases de ce que nous appelons aujourd'hui l'intégration scolaire des enfants handicapés. Au lendemain de la 2^e guerre mondiale, la création de la sécurité sociale va étendre le bénéfice d'un système assurantiel aux personnes atteintes de d'affections invalidantes, liées ou non à des pathologies professionnelles. Le préambule de la Constitution de 1946 va marquer l'avènement de l'Etat-Providence : « *Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* »⁴. La loi de 1957 va poser un premier cadre législatif aux problèmes de reconnaissance des travailleurs handicapés, d'obligation d'emploi et de statut des établissements de travail protégé. C'est la première fois qu'est abordée la notion de handicap. Dans un contexte de développement économique, technique et social, sous l'influence d'associations militantes, va alors se développer une nouvelle logique de solidarité qui va favoriser la création d'établissements médico-sociaux destinés aux enfants exclus du système scolaire ordinaire. La multiplication des associations les amène à se spécialiser et génère aussi une logique concurrentielle. A cette époque, il s'agit essentiellement de protéger les personnes handicapées (en particulier les enfants) d'un monde jugé potentiellement dangereux ou incapable de répondre à leurs besoins. Elles sont « prises en charge » dans le cadre d'institutions organisées « à côté », « en dehors » du monde ordinaire. L'aspect ségrégatif du dispositif qui se met alors en place nous interpelle aujourd'hui par rapport aux questions de la stigmatisation des personnes et du manque potentiel de stimulation indispensable à leur évolution. A ce moment-là elles sont surtout « objets » de soins et d'attention. Le travail engagé, la professionnalisation et la réflexion vont créer une dynamique et engager une nouvelle logique de solidarité nationale qui conduira à l'élaboration de la loi 75-534 d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées complétée par la loi 75-535 sur les établissements médico-sociaux.

1.2.1 Le handicap, un concept récent, toujours en évolution.

Esquirol définissait l'idiotie comme « *un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont pas manifestées ou n'ont pas pu se développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir les*

⁴ Extrait du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge placés dans les mêmes conditions que lui... On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état »⁵.

D'origine anglo-saxonne, le terme handicap trouve son origine dans une expression (hand in cap : la main dans le chapeau) utilisée au 16^e dans un jeu de hasard. Le milieu hippique, au 18^e, l'utilise pour désigner des courses de chevaux où les concurrents les plus performants se voient imposer une surcharge ou une distance supplémentaire.

Son arrivée en France, dans le champ social date des années 1950 va entraîner un bouleversement dans la mesure où « *l'infirmité n'est plus marquée du sceau de l'incapacité, elle est au contraire perçue à travers les aptitudes restantes ou celles qu'il convient de développer* »⁶. A l'antipode de la conception d'Esquirol, cette approche va remettre en cause la logique d'enfermement : les personnes handicapées peuvent, par la mise en place de techniques appropriées, accéder à une meilleure autonomie et une intégration dans la société.

Un autre temps fort de la construction de ce concept reste le rapport dans lequel François Bloch-Lainé écrit : « *sont inadaptés pour 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. De ceux-là on dit qu'ils sont handicapés par ce qu'ils subissent (...) des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, la normale étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société* »⁷.

Si « *sa véritable officialisation dans le vocabulaire social est acquise par son utilisation dans les textes des lois sociales dont la première date de 1957 et concerne les travailleurs handicapés, il trouvera sa véritable consécration avec la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, fondement du droit français dans ce domaine, qui ne définit pas ce qu'est le handicap* »⁸. Ce que confirme Roger Misès quand il écrit : « *avec les lois de 1975, le concept de handicap apparaît en lieu et place d'inadaptation : il introduit des innovations majeures qui puisent une part de leur dynamisme dans les mouvements d'intégration.* »⁹

⁵ Roger Misès, *ibid.*

⁶ Serge Ebersold, *L'invention du handicap, la normalisation de l'infirme*, Paris, CTNERHI édition PUF, 1992.

⁷ François Bloch-Lainé, *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, rapport présenté au Premier ministre, 1967.

⁸ Dictionnaire critique d'action sociale.

⁹ Roger Misès, *ibid.*

A la fin des années 1970, les travaux de P. Wood vont permettre à l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) d’adopter une classification internationale des handicaps (CIH)¹⁰. Cette classification définit trois dimensions que l’on peut assimiler à trois catégories de conséquences des maladies :

- « *La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d’une fonction ou d’une structure psychologique, physiologique ou anatomique* »¹¹. Elle affecte le fonctionnement ou la structure organique.
- « *L’incapacité correspond à toute réduction (résultant d’une déficience) partielle ou totale de la capacité d’accomplir une activité d’une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain* »¹².
- « *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 de l’âge, du sexe et des facteurs socioculturels* »¹³.

Cette classification a connu de nombreuses critiques, la plus importante étant d’être calquée sur un schéma très médical. La causalité, tel que le présente le schéma qui figure dans l’introduction $\left[\text{maladie} \rightarrow \text{déficience} \rightarrow \text{incapacité} \rightarrow \text{désavantage} \right]$ est remis en cause.

La notion d’incapacité a été fortement critiquée dans son aspect péjoratif et dévalorisant. De plus, son évaluation reste très délicate et remet en cause l’objectivité que nous sommes tentés de lui prêter. D’autre part, les textes sur la non-discrimination des handicapés et leur participation à la société, ont amené l’ONU (Organisation des Nations Unies dont l’OMS est une agence) à proposer dès 1995 que soit revue la CIH. Ainsi, depuis le 21 mai 2001, l’OMS a adopté la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIH2). La notion d’activité et de limitation de l’activité remplace celle d’incapacité et au désavantage social a été préférée la notion de participation sociale. De plus, sont pris en compte les facteurs environnementaux. Il ne s’agit plus de mesurer les incapacités de la personne handicapée, mais aussi de prendre en compte les carences du milieu à répondre aux besoins de l’ensemble des sujets qui en font partie. C’est incontestablement une démarche vers une exigence d’intégration des personnes handicapées prises en compte à partir de leurs potentialités.

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*, CTNERHI-INSERM, flash informations

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé, *ibid.*

¹² Organisation Mondiale de la Santé, *ibid.*

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, *ibid.*

1.2.2 Du concept de handicap aux handicaps, des réalités très différentes.

Au-delà des travaux de P. Wood et de l'OMS pour préciser le concept de handicap, la réalité nous confronte à une variété de handicaps. Physiques ou mentaux, les différents types de handicap renvoient à des difficultés, des besoins particuliers et appellent des réponses spécifiques. Appellation très générique, « les personnes handicapées » désigne donc un ensemble de populations où le type de handicap, sa gravité, l'âge, et d'autres éléments vont conditionner les actions à mettre en œuvre.

Le langage courant, comme le discours politique, fait référence à la « personne handicapée », au sens très général, et confère une certaine imprécision quant à la population concernée. En effet, la question de l'intégration ou de la socialisation n'appelle pas le même type de réponse s'il s'agit de handicap physique ou mental, ou s'il s'agit d'enfants, d'adolescents ou d'adultes.

Si l'on prend en compte le champ plus particulier du handicap mental, il faut, là aussi, pouvoir repérer de quel type de handicap mental est atteint la personne (enfant, adolescent ou adulte). Un enfant handicapé mental profond et un enfant déficient intellectuel léger n'ont ni les mêmes besoins, ni les mêmes capacités, et doivent bénéficier d'interventions différentes. Or, l'un et l'autre sont concernés par une même législation. Il est donc indispensable, pour les intervenants auprès de ces populations, de savoir repérer le sens des textes et de les appliquer au plus près des besoins de la population qui les concerne.

De ce point de vue, le fait d'intervenir auprès d'adolescents déficients intellectuels légers a orienté l'objet développé dans ce travail, tant dans le choix de départ que dans la manière de le traiter. Leur proximité de la « normalité » fait de la socialisation et de l'intégration de ces jeunes une question incontournable et induit une analyse particulière du dispositif qui les concerne.

Malgré le manque de précision, la législation concernant les personnes handicapées a constitué un élément fondamental dans l'évolution décrite ici.

1.2.3 Les lois du 30 juin 1975 : deux textes fondateurs.

La loi 75-534, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, non seulement officialise le concept de handicap mais pose plusieurs principes fondamentaux. Pour la première fois il est affirmé que « l'intégration sociale (...) du mineur ou de l'adulte handicapé (...) constitue une obligation nationale ». Le texte précise que cette disposition s'impose à l'ensemble de la collectivité. La finalité annoncée, l'intégration, passe par la reconnaissance de droits clairement énoncés : droit au soin, droit à l'éducation, à la formation et l'orientation professionnelle, droit à la garantie d'un minimum de ressources. Le chapitre 1^{er} consacré aux

dispositions relatives aux enfants et adolescents handicapés rappelle qu'ils sont soumis à l'obligation scolaire. Il aborde également la question de l'éducation spéciale assurée, soit dans des établissements ordinaires, soit dans des établissements ou par des services spécialisés. Il prévoit la mise en place de commissions départementales de l'éducation spéciale chargées de l'orientation des enfants et adolescents vers les institutions spécialisées et de l'attribution des allocations d'études spéciales.

Outre la définition et la garantie d'un droit pour les personnes handicapées ce texte marque « *la consécration d'un nouveau mode de gestion de l'altérité* »¹⁴. « *Le droit à la différence est revendiqué, sous une perspective telle que les personnes handicapées cessent de représenter l'étrange et l'étranger* »¹⁵.

La loi 75-535, relative aux institutions sociales et médico-sociales précise les missions, les modalités de création, de transformation et de fonctionnement des institutions spécialisées chargées d'accueillir les personnes orientées par les commissions définies dans la loi 75-534.

Malgré les imperfections et les critiques (absence de définition du handicap par exemple) qu'ont pu susciter leur application, ces deux lois constituent le socle des législations qui ont suivi. Celles-ci vont non seulement renforcer la logique intégrative, mais également s'orienter vers une prise en charge globale et une garantie des droits de l'utilisateur.

1.3 DE LA SECTORIALITE A LA TRANSVERSALITE : UNE NOUVELLE PLACE POUR L'USAGER ACTEUR DE SON PROJET ET SUJET DE DROIT.

Au sortir des années 1970, des changements politiques interviennent et vont marquer fortement les politiques sociales et notamment celles à destination des personnes handicapées. La décentralisation va modifier les rapports entre les promoteurs (associations, établissements), les décideurs (conseil général ou Etat) et les financeurs. Les politiques vont s'attacher à reconnaître, à donner une place réelle à l'utilisateur dans l'élaboration des projets le concernant pour aller vers une garantie de ses droits. Ce faisant, elles vont aussi préconiser une meilleure collaboration entre les différents secteurs pour aller vers un travail de complémentarité propice à la mise en place d'une prise en charge « globale » de la personne.

¹⁴ Serge Ebersold, *ibid.*

¹⁵ Roger Misès, *ibid.*

1.3.1 De la décentralisation à la loi de lutte contre les exclusions (29 juillet 1998) : un nouveau regard sur l'usager.

Le début des années 80 est marqué par la mise en œuvre de la décentralisation. La loi du 22 juillet 1983 répartit les compétences dans le domaine de l'aide et de l'action sociale : « *le département est responsable du service d'action sociale, du service de l'aide sociale à l'enfance, de la protection sanitaire de la famille (...)* Les dépenses résultant de ces prises en charge ont un caractère obligatoire pour le département »¹⁶. Cependant il faut attendre la loi du 6 janvier 1986, dite « loi Particulière », pour que soit adaptée la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Pour les institutions sociales et médico-sociales, ce texte modifie la loi 75-735 du 30 juin 1975 : elle prévoit, entre autre, l'élaboration d'un schéma départemental et établit le lien entre les autorisations de création ou de transformation et l'autorité qui finance (qui paie décide !). Tout ceci a conduit à rapprocher les décideurs, les financeurs et les promoteurs et, d'une certaine manière, mis les responsables locaux face à leurs responsabilités en matière de politique sociale et médico-sociale.

Cette proximité a favorisé un suivi plus important des établissements et services et n'est pas étrangère à l'élaboration du décret du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV au décret du 9 mars 1956 et de la circulaire 89-17 du 30 octobre qui constituent une étape capitale dans la considération et la prise en charge des usagers dans les institutions. Leur intérêt majeur est qu'elles vont bien au-delà de la définition de normes techniques (ce qu'elles font pourtant) et amènent une réelle évolution du secteur médico-social en affirmant les principes :

- ⇒ de la qualité de la prise en charge
- ⇒ de l'obligation de projets éducatifs, thérapeutiques et pédagogiques collectifs et individuels.
- ⇒ du droit au maintien dans un contexte le plus ordinaire possible.
- ⇒ de l'information et de l'association des familles.
- ⇒ de la nécessité de conforter la mission d'intégration scolaire du service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

La détermination politique est suffisamment forte pour faire obligation aux établissements de déposer, dans les trois ans, une demande d'autorisation de fonctionnement au titre de ces nouvelles annexes XXIV.

¹⁶ Yves Le Duc, *Guide d'initiation au droit pour les professions éducatives et sociales*, Dunod, Paris, 1998.

Il faut certainement prendre en compte le contexte dans lequel s'est élaboré ce décret. En effet, en décembre 1988 était institué le droit à un revenu minimum d'insertion qui, lui, amenait la notion de contrepartie, de contrat dans une mesure d'aide sociale. Nous quittons « l'état providence » pour une action sociale où la notion de contrat, de contrepartie devient un élément central. La notion d'utilisateur évolue, il devient sujet de droit et acteur de son projet là où il était surtout objet de soins.

La loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 s'inscrit bien dans la poursuite du RMI et est elle-même complétée par la couverture maladie universelle (CMU) créée par la loi du 27 juillet 1999. Dans la volonté de voir l'utilisateur pris en charge dans sa « globalité », considérant les difficultés non plus pour elles-mêmes mais comme le résultat d'un processus, le législateur a voulu, dans un texte unique :

- Garantir l'accès aux droits, à l'emploi, au logement, à la santé, à la citoyenneté.
- Prévenir les exclusions.
- Mieux agir contre les exclusions

Moins orientée vers des populations ciblées, cette loi s'inscrit dans une recherche de transversalité plutôt que dans la prise en charge spécifique de populations en difficulté. En cela elle constitue une étape dans la manière de concevoir l'intervention sociale et médico-sociale qui se retrouve aussi dans le texte du projet de réforme de la loi 75-735 de juin 1975 (déjà en élaboration à cette époque) adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale le 1^{er} février 2001.

1.3.2 La réforme de la loi 75-735, relative aux institutions sociales et médico-sociales : la socialisation des personnes handicapées au cœur du débat.

Impulsée par Jacques Barrot (Ministre du travail et des Affaires Sociales) à l'automne 1996, la réforme adoptée, en première lecture, par l'Assemblée Nationale le 1^{er} février 2001, non seulement résulte du travail engagé depuis 1996, mais s'inscrit totalement dans le contexte décrit plus haut et trouve aussi son origine dans les « manques » et les « défauts » du texte de juin 1975. En marquant la coupure avec le secteur sanitaire, il a permis de préciser la spécificité du secteur social et médico-social (*sectorialité*), d'en améliorer la professionnalisation, de définir les établissements et les modalités de création, d'habilitation, etc. Cependant, les raisons majeures avancées pour procéder à une actualisation de la loi ont été les suivantes :

- ✓ Une loi prenant insuffisamment en compte la place et les droits de l'utilisateur et de son entourage.

- ✓ Une loi trop centrée sur la notion d'établissement et d'accueil à temps complet et inadaptée à l'émergence de nouvelles formes d'établissements (Lieux de vie)
- ✓ Une loi insuffisamment organisatrice du secteur social et médico-social qui a mal intégré l'impact de la décentralisation (confusion des compétences entre l'Etat et les Conseils Généraux).

En octobre 96, Jacques Barrot, devant le comité national de l'organisation sanitaire et sociale affirmait :

« les enjeux sont clairs (...) :

- *L'utilisateur doit être au cœur du dispositif.*
- *Le développement et le redéploiement des structures vers des formes de prises en charge souples, modernes et adaptées, privilégiant l'insertion sociale doivent être encouragés.*
- *La coordination et la régulation régionale doivent devenir une réalité.*

(...) partir de la personne et de ses demandes légitimes et en déduire un dispositif adapté pour répondre à ses divers besoins et ne pas procéder à l'inverse, c'est à dire définir à priori un dispositif d'offre, subdivisé en cases rigides dans lequel viendraient s'intégrer bon gré mal gré les personnes concernées ».

Autrement dit, il s'agit aussi de passer d'une logique d'établissement à une logique de dispositif ou encore, d'une logique d'institution à une logique d'action.

Au mois d'avril 1998, devant le conseil national consultatif des personnes handicapées, Madame Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, a défini les grandes orientations de la politique qu'elle entend mener en faveur des personnes handicapées. Cette politique s'articule autour de trois axes :

- La socialisation et l'intégration des jeunes handicapés.
- L'accompagnement des personnes handicapées dans leur vie quotidienne.
- La formation et l'accompagnement des travailleurs handicapés.

Selon Pierre Gauthier, directeur de l'action sociale, le projet de réforme prévoit *« l'exigence d'un véritable projet de service fondé de vie, d'animation et de socialisation (...) »*¹⁷. Cette question de la socialisation et de l'intégration, on le voit, sera très présente tout au long du travail d'élaboration de ce projet de réforme.

¹⁷ Revue Lien social, N° 519, février 2000.

Plusieurs points du texte adopté en février méritent d'être précisés :

- ⇒ Affirmation du caractère interministériel [transversalité]¹⁸ des actions menées en direction des bénéficiaires de l'action sociale et médico sociale qui tend à promouvoir :
 - Autonomie et protection des personnes
 - Cohésion sociale
 - Exercice de la citoyenneté. (droits)
 - Prévention des exclusions
- ⇒ L'action sociale s'inscrit dans des missions d'intérêt général et d'utilité sociale (article 3).
- ⇒ L'affirmation et la promotion des droits des usagers sont présentées comme une innovation majeure du projet de loi.

Ce rappel m'a paru nécessaire pour montrer, dès le début de ce travail, comment a évolué et s'est construit notre dispositif actuel de prise en charge des personnes handicapées, en particulier des enfants et des adolescents. J'ai souhaité souligner particulièrement l'importance prise par la notion de socialisation et d'intégration au cours de 25 dernières années. Toutefois, je reste persuadé que les orientations actuelles ne constituent qu'une étape dans un système qui est appelé à évoluer encore. L'enjeu pour les responsables d'établissements est aussi de garantir la possible adéquation des prises en charge et des orientations institutionnelles avec les évolutions à venir.

2 - LA SOCIALISATION : UN CONCEPT CENTRAL POUR CHAQUE INDIVIDU.

Le concept de socialisation a d'abord intéressé la sociologie. Des travaux d'Emile Durkheim, un des pères fondateurs de cette « science de la société », aux approches actuelles, ce concept a suivi et, d'une certaine manière, subi les évolutions politiques, idéologiques, scientifiques des contextes et des périodes dans lesquels il a été étudié et travaillé. La psychologie s'est aussi intéressée à la question de la socialisation. Cette variété d'approches et de définitions en fait presque un concept polysémique et complexe.

¹⁸ Souligné par nous.

2.1 LA SOCIALISATION, UNE TRANSMISSION ET UNE INTERIORISATION : VERS UNE THEORIE DE LA COOPERATION.

Pour Durkheim (1858-1917), l'éducation correspond à « *la socialisation méthodique de la jeune génération* »¹⁹. La socialisation est alors définie comme la transmission, par la génération précédente, des modèles culturels à partir desquels chaque génération doit se socialiser elle-même. Sens de l'effort, sentiment du devoir, esprit de discipline et autorité sous-tendent cette approche où la transmission s'opère par la contrainte. Dans une société qui change, un contexte d'instabilité politique et sociale Durkheim est préoccupé par la préservation du lien social et le maintien de la cohésion sociale. Il fera de l'anomie (absence de normes, de règles ou de loi) l'un de ses concepts-clé. Républicain convaincu, c'est un défenseur de l'école laï que qu'il considère comme le lieu privilégié de cette transmission.

Jean Piaget (1896-1980), en étudiant le développement de la pensée et de l'intelligence chez l'enfant aborde le mécanisme de la socialisation avec une approche différente. Il considère qu'elle est « *avant tout une construction, toujours active et même interactive, de nouvelles règles du jeu impliquant la notion de justice et la substitution des règles de coopération aux règles de contrainte.* »²⁰.

Les définitions plus récentes font toutes références à un processus, et renvoient à une notion d'évolution, de développement et de mécanisme. A. Percheron y voit « *un processus interactif et multidirectionnel qui suppose une transaction entre le socialisé et les socialisateurs (...) le développement d'une certaine représentation du monde (...) [elle est] le produit constamment restructuré des influences présentes ou passées des multiples agents de socialisation (...) La socialisation est enfin un processus d'identification, de construction d'identité, c'est à dire d'appartenance et de relation.* »²¹.

Pour d'autres c'est « *un processus d'incorporation progressive des traits généraux de la culture de son groupe d'origine* » ou comme Pierre Bourdieu « *une incorporation durable des manières de sentir, de penser et d'agir de son groupe d'origine* »²².

Du point de vue de la psychologie, la socialisation constitue « *une entrée du social dans le psychisme* »²³ par l'intégration psychique progressive du social. Ils parlent aussi d'assimilation, d'intériorisation.

¹⁹ Claude Dubar, *La socialisation*, Armand Colin, Paris, 2000

²⁰ Claude Dubar, *ibid.*

²¹ Claude Dubar, *ibid.*

²² Claude Dubar, *ibid.*

²³ Pierre. Tap et Hanna. Malewska-Peyre, *Marginalités et troubles de la socialisation*, PUF, 1993.

Processus-clé pour la psychologie sociale, la socialisation permet de comprendre « *comment l'être humain est façonné socialement, comment il s'adapte pour vivre avec autrui* »²⁴

Au-delà de la diversité des approches présentées, j'observe que la sociologie s'est intéressée plus particulièrement au lien social, à la cohésion sociale en essayant de comprendre pourquoi et comment les individus restent ensemble : transmission. La psychologie a plutôt cherché à comprendre les conséquences et les interactions avec la construction du sujet : intériorisation. Et je considère que la définition qui suit fait bien la synthèse des deux :

« *Socialisation : Processus à travers lequel l'individu, et en particulier l'enfant, apprend et intériorise les divers éléments de la culture environnante (valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite) en les intégrant à sa personnalité pour permettre et faciliter son intégration sociale* »²⁵.

Non seulement la coopération des individus à leur processus de socialisation est, pour ma part, indispensable mais je suis aussi convaincu de la capacité de tout un chacun de faire évoluer, grâce à cette coopération, les points de vue des instances de socialisation. Cette démarche dialectique doit permettre d'assurer au sujet une « sécurité » indispensable par la transmission de repères et de développer des capacités d'adaptation par la compréhension du sens des règles et des normes.

2.2 LA SOCIALISATION, UN PROCESSUS BIOGRAPHIQUE, A L'ŒUVRE TOUT AU LONG DE LA VIE.

La socialisation primaire correspond à la période l'enfance. Famille, école, groupes de pairs et médias constituent les instances de socialisation primaire. L'importance de la famille dans ce processus est primordiale. C'est ici que l'enfant va « *naître au social* » c'est à dire accéder à « *une existence sociale, définie ici comme la capacité d'un individu à entrer en relation avec autrui, à créer des liens par sa participation aux réseaux d'échange existant dans sa communauté d'origine. Pour que le jeune enfant commence à s'initier à cette vie sociale encore faut-il qu'il soit capable de faire la distinction entre lui-même et ceux qui l'entourent* »²⁶. Ce point de vue n'est pas sans rappeler celui de Jean Piaget et le lien entre le développement cognitif et le processus de socialisation de l'enfant. Premier bain social et

²⁴ Gustave Nicolas Fischer, *Les domaines de la psychologie sociale, 2 Les processus du social*, Dunod, Paris, 1991.

²⁵ Grand dictionnaire encyclopédique.

²⁶ Reynald Brizais, *Trois débats : autonomie, socialisation, insertion – intégration*, 1997

culturel pour l'enfant, l'influence du milieu familial va jouer un rôle important dans cette double évolution : apprentissage des règles sociales, accès au langage sont d'abord marqués par l'imitation du milieu environnant. Les stimulations de ce milieu vont aussi conditionner l'évolution de l'enfant en matière de relations sociales. L'école va ouvrir le champ relationnel de l'enfant et constituer un lieu de socialisation privilégié : tout comme les contacts avec ses pairs. Avec eux, dans le jeu il découvre « *le sens de la règle librement acceptée* »²⁷. Il faut préciser aussi comment cet apprentissage n'est pas totalement unilatéral ; par sa personnalité l'enfant agit aussi sur le milieu qui le socialise et intervient, d'une certaine manière, sur son propre apprentissage social.

La socialisation secondaire « *intervient à la fin de l'enfance et permet aux individus, dont la personnalité est déjà en grande partie constituée, de s'intégrer à des groupes particuliers* »²⁸. Cette socialisation va se poursuivre tout au long de la vie et sera marquée par les événements auxquels le sujet sera confronté. Toutes ces adaptations pourront conduire l'individu à relativiser les valeurs ou les normes acquises au cours de la socialisation primaire. Le processus et les expériences de socialisation développées au cours de l'adolescence vont donc influencer sur l'intégration sociale.

Par définition, le concept de socialisation renvoie à la question de la loi, de la norme, de la règle. Si le mode de transmission (contrainte ou coopération) est sujet à discussion, l'ensemble des auteurs s'accorde sur la nécessité de cette transmission pour garantir la cohésion sociale et permettre la participation de chacun à la vie du groupe. La socialisation va concerner tout autant l'apprentissage de la règle (en général) que la capacité à en saisir le sens, la portée et l'intérêt de la respecter.

Lieu d'éducation et de formation, l'institution spécialisée est aussi un lieu de socialisation et à ce titre doit s'interroger sur les valeurs et les règles qu'elle veut (doit) transmettre. A ce propos, le rôle du directeur est primordial. Il est le garant de l'application et du respect de la loi dans l'établissement : respect des droits et des obligations de chacun propre à permettre un contexte sécurisant et socialisant pour les enfants ou les adolescents accueillis. D'autre part, il faut pouvoir confronter l'enfant ou l'adolescent à un autre système de valeurs et de règles que celui véhiculé dans le milieu familial sans le mettre dans une situation de conflit de loyauté et tout en permettant aux parents d'exercer leurs responsabilités.

²⁷ Reynald Brizais, *ibid.*

²⁸ Dictionnaire de l'essentiel en sociologie, Liris, Paris, 1998.

2.3 L'INTEGRATION SOCIALE ET LA SOCIALISATION, DEUX CONCEPTS PROCHES ET COMPLEMENTAIRES, FAVORISES PAR LA MULTIPLICITE DES EXPERIENCES.

De « integrare » signifiant « rendre entier », l'intégration désigne cette fonction sociale assurant la coordination entre les différentes fractions de la société en vue d'un fonctionnement harmonieux. Pratique sociale ancienne, variable selon les époques et le contexte, elle exige autant du milieu intégrant (pour faire une place et permettre à l'individu de jouer son rôle, de « faire partie » de l'ensemble), que de celui qui souhaite s'intégrer (pour découvrir, connaître et accepter les règles de fonctionnement du milieu). En cela, elle va plus loin que l'insertion (expression volontaire d'introduire dans un milieu un élément nouveau).

A la fois état et processus, l'intégration représente un objectif à atteindre et une forme de socialisation.

Une des approches théoriques de la socialisation décrite par Claude Dubar « *en fait un processus biographique des dispositions sociales issues non seulement de la famille et de la classe d'origine mais également des systèmes d'actions traversées par l'individu au cours de son existence (...) Plus les appartenances simultanées sont multiples et hétérogènes, plus s'ouvre le champ du possible et moins s'exerce la causalité d'un probable déterminé* »²⁹.

Cette dernière remarque, tout comme l'importance de la famille dans le processus de socialisation, nous interpelle d'autant plus que nous nous adressons à une population jeune. Ainsi, notre mission de socialisation auprès des adolescents accueillis doit aussi nous conduire à mettre en œuvre une prise en charge favorisant des expériences sociales diverses et variées avec un accompagnement susceptible de garantir une compréhension et une analyse sans lesquelles ces expériences perdraient de leur intérêt. La place faite aux parents constitue un élément important dans ce travail d'accompagnement.

²⁹ Claude Dubar, *Idib*.

3 - L'INSTITUTION MARQUEE PAR UNE LOGIQUE DE FERMETURE.

3.1 L'ASSOCIATION LE MOULIN VERT : UNE ASSOCIATION NATIONALE EMBRASSANT UN CHAMP D'INTERVENTIONS VARIEES ET AUX VALEURS AFFIRMEES.

3.1.1 Une activité aujourd'hui très diversifiée, un atout.

Créée en 1902 par l'Abbé Violet, l'association le Moulin Vert est à l'origine une association regroupant des familles soucieuses de défendre leurs intérêts moraux et matériels. Sa situation, à l'époque, au 14 rue du Moulin Vert à Paris est à l'origine de son appellation. Elle se préoccupe plus particulièrement, d'apporter une aide aux familles les plus démunies (logement, soins, éducation des enfants, loisirs). Les œuvres familiales du Moulin Vert créent et gèrent ainsi des préventoriiums, des dispensaires, des centres culturels, des maisons de vacances. L'établissement de Suscinio sera à l'origine une maison familiale de vacances.

A partir de 1947, les différentes activités du Moulin Vert sont regroupées sous le vocable : centre familial d'action sanitaire et sociale. La plupart des établissements voient alors leur destination première évoluer en fonction des nouvelles exigences économiques et sociales. Des legs, des reprises d'autres associations, des extensions, des créations ont conduit à un développement et une diversification des activités. Aujourd'hui, l'Association dont le siège est situé place Saint Georges à Paris, gère 25 établissements (soit environ 700 salariés) implantés sur l'ensemble du territoire avec, toutefois, une proportion plus importante dans la grande ceinture parisienne. Les activités de l'Association peuvent se regrouper en quatre champs d'intervention :

- ⇒ Mères et enfants en difficulté.
- ⇒ Enfants et adolescents :
 - Présentant des déficiences intellectuelles, des troubles du comportement et/ou de la personnalité.
 - Présentant des perturbations affectives et des difficultés d'insertion.
- ⇒ Adultes malades mentaux en voie de réinsertion.
- ⇒ Personnes âgées.

Cette diversité institutionnelle représente un atout pour l'Association : la polyvalence de ces actions permet une vision globale des problèmes sanitaires et sociaux apportant ainsi une

richesse à la réflexion. Ceci se retrouve lors des journées annuelles où l'ensemble des établissements est représenté.

Reconnue d'utilité publique, l'Association est au service de tous sans distinction de race ni de religion.

L'éloignement du siège social est une caractéristique plus spécifique à notre établissement qui conforte le directeur dans sa fonction d'information, auprès du Président de l'Association et de la directrice générale, concernant les évolutions du contexte local et de la situation de l'établissement.

3.1.2 Des institutions au service de la personne : sujet de droits, acteur de son projet.

Cette approche globale et diversifiée a conduit Le Moulin Vert à reprendre pour son propre compte les valeurs affirmées dans la charte de l'UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Œuvres et des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) : « *la personne humaine est première et le respect de son éminente dignité est le principe qui doit guider toute action* ». En lien avec l'esprit de son fondateur, Le Moulin Vert place la famille au cœur de ses préoccupations et préconise une attention particulière quant aux mesures et aux moyens à mettre en place à ce propos dans les établissements.

Face aux perturbations des jeunes, du fait de leurs difficultés familiales, sociales, scolaires, face aux handicaps liés à la maladie mentale, à la perte d'autonomie due au grand âge, l'Association s'appuie sur trois principes :

- Gérer des structures dont la taille favorise les relations humaines.
- Diversifier les formules pour répondre aux besoins et aux situations individuelles.
- Prévenir les risques de marginalisation, et de détérioration des situations familiales et sociales.

De plus le projet associatif affirme : « *Quel que soit son âge, l'individu admis dans l'un des établissements n'est pas un objet de soins et d'assistance, mais une personne, sujet agissant. Les actions mises en œuvre visent à son autonomie, et à son intégration dans la cité* ».

3.2 L'IME DE SUSCINIO RESTE MARQUE PAR LA LOGIQUE SEGREGATIVE.

Située dans le village de Suscinio, non loin du château, sur la commune de Sarzeau (56) et acquise en 1920 par l'Association, l'ancienne caserne de douaniers a d'abord été une maison familiale de vacances pour de se transformer en centre psycho-pédagogique, avant de devenir foyer de préapprentissage en 1965.

La situation géographique de l'établissement lui confère deux caractéristiques :

- Une localisation dans un site que certains nous envient (au bord de la mer, dans un cadre agréable et spacieux).
- Un isolement, une situation de « bout du monde ».

Cette situation géographique n'est pas sans conséquence pour la socialisation des adolescents accueillis.

3.2.1 Une première expérience institutionnelle inscrite dans une logique ségrégative.

En 1965, s'ouvre le foyer de préapprentissage qui comptera jusqu'à 35 garçons accueillis. L'admission concerne alors des jeunes dont les difficultés sociales, familiales et scolaires nécessitent une prise de distance avec le milieu d'origine et d'une certaine manière une mise à l'écart du monde ordinaire. L'internat est systématique et sa nécessité constitue une des indications de l'orientation. La logique ségrégative s'explique par cette « mise à l'écart » et par le fait que l'ensemble des jeunes accueillis alors sont tous inscrits dans le même type de prise en charge. L'entrée en apprentissage constitue alors l'objectif à atteindre.

Si l'internat est considéré comme le lieu d'apprentissage des normes et des règles sociales, la vie y est aussi organisée dans ce sens, la journée est consacrée à la préparation à l'apprentissage d'un métier. L'ensemble des prises en charge et de la vie se déroule au sein de l'établissement, les contacts avec l'extérieur sont très encadrés et limités.

Au départ, l'effectif est plus réduit et tous les adultes habitent sur place, encadrent les ateliers et sont présents auprès des jeunes dans les temps « familiaux ». Les familles des personnels sont intimement mêlées à la vie institutionnelle. Les premières embauches se font par couple (monsieur est éducateur d'atelier, madame s'occupe de la lingerie, du ménage des locaux). Si nous devons à ces « pionniers » ce que nous sommes aujourd'hui, les orientations éthiques et éducatives ont évolué et rendent ce fonctionnement désuet. J'insiste sur cette période parce qu'elle va marquer la « philosophie » et installer un état d'esprit de la prise en charge dans l'établissement. Le directeur, fondateur, est parti à la retraite en 1983 et a été remplacé par le chef de service. Lui-même, avant d'être chef de service a commencé comme éducateur 6 années plutôt et va diriger l'établissement pendant 10 ans : au niveau de la direction, il y a une permanence de certains points de vue et, en quelque sorte, une fidélité à l'esprit fondateur. Les deux couples embauchés au démarrage ont quitté l'établissement à la fin des années 1990, toujours empreints de la nostalgie de cette époque qu'ils ont souvent magnifiée, ce qui n'a pas facilité les évolutions pourtant indispensables. D'autre part, l'arrivée d'éducateurs spécialisés à l'internat et l'obligation faite à ces salariés de quitter leur logement de fonction, a généré amertume et rancœur qui ont nourri des rivalités souvent néfastes au climat dans l'institution.

3.2.2 Le changement d'agrément, en 1979, n'a pas transformé les pratiques.

L'évolution des besoins dans le département et des populations accueillies a conduit à la transformation de l'établissement en institut médico professionnel (IMPRO.) Cette transformation a aussi permis l'arrivée d'instituteurs spécialisés chargés de l'enseignement scolaire en complément de l'enseignement technique et professionnel apporté dans les ateliers. A propos de la population accueillie, il semble que son profil soit longtemps resté proche de celui de jeunes présentant plutôt des troubles de la conduite et du comportement qu'une déficience intellectuelle avérée.

Ce qui aurait pu être l'occasion d'une réorientation institutionnelle profonde, ne l'a pas été. Les préconisations déjà présentes dans les lois de 1975 auraient pu permettre une première réflexion pour envisager une ouverture et un désenclavement de l'institution.

Pour les 45 garçons alors accueillis, l'internat est obligatoire. Est-il nécessaire pour tous ? Le mode de fonctionnement ne change pas et l'établissement est plutôt repéré par rapport au nombre d'orientations à la sortie vers le milieu ordinaire de travail. A écouter les salariés présents pendant cette période, l'image positive véhiculée au regard de ces sorties a conforté l'établissement dans sa stratégie. Cependant, à l'interne, les personnels ont accepté pour eux des conditions de travail difficiles et imposé aux adolescents accueillis des conditions de vie (notamment à l'internat) aussi difficiles. Je fais aussi l'hypothèse que ces aspects ont renforcé la « fermeture » de l'établissement vis à vis de l'extérieur : Il y a des choses que l'on n'a pas toujours envie de montrer. En 1980, un service de suite destiné à suivre les jeunes au moment de leur entrée dans le monde du travail est créé. Si l'outil est intéressant, il correspond à une volonté de créer une étape supplémentaire, externalisé certes, mais toujours institutionnalisé.

3.2.3 A partir de 1992, les prémices d'une évolution.

En 1992, un nouvel agrément au titre des Annexes XXIV (décret 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant celui du 9 mars 1956 modifié) fait passer la capacité de 45 à 50 places (garçons uniquement) et propose un début de diversification des modes d'accueil en ouvrant 8 places de semi-internat. A cette occasion, le service de suite créé en 1980 et financé par le département est « incorporé » dans le projet global avec un financement à la charge de la sécurité sociale.

En 1994, le rejet de facturation pour les jeunes suivis dans le cadre du service de suite entraîne des difficultés financières importantes. La baisse d'activité amène l'établissement à se réorganiser (départs en préretraite progressive, redéploiement vers d'autres établissements de l'association). Encadré par l'équipe de direction, dans un contexte difficile,

l'ensemble du personnel se mobilise dans l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement qui prévoit l'introduction de la mixité pour une capacité de 40 places (dont 20 seulement en internat) et la création d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) de 10 places par redéploiement d'une partie du personnel. Présenté au comité régional des organisations sanitaires et sociales du 2 mai 1996, ce projet reçoit un avis favorable. L'arrêté préfectoral d'autorisation de restructuration et de création arrive le 27 juin 1996.

3.3 AUJOURD'HUI, DEUX SERVICES DISTINCTS ET UN CONTEXTE FAVORABLE POUR DEVELOPPER UNE DYNAMIQUE D'OUVERTURE.

3.3.1 Le SESSAD : un service « ouvert » au partenariat avec les collèges de Vannes.

Les premiers SESSAD ont été créés par le décret 70-1332, modifiant le décret 56-284 du 9 mars 1956. A ce moment-là il s'agit de services de soins de d'éducation spécialisée à domicile (SSED). Lors de la refonte des annexes XXIV en 1989 *«leur appellation s'est modifiée : dans les annexes XXIV et XXIV bis, la notion d'éducation spéciale est passée devant celle de soins et s'est, d'autre part substituée à celle d'éducation spécialisée »*³⁰.

La notion de domicile doit ici s'entendre au sens large, elle désigne les lieux de vie de l'enfant ou de l'adolescent, c'est à dire le domicile des parents ou de la famille d'accueil (ou autre éventuellement) et aussi l'école.

Destiné à intervenir auprès de 10 adolescents âgés de 12 à 20 ans et scolarisés dans les collèges de Vannes. Sa mission consiste, pour des adolescents qui connaissent des difficultés intellectuelles, psychologiques, sociales, à apporter un soutien, une aide éducative, psychologique et/ou rééducative, limitée dans le temps, et visant à leur maintien dans le milieu scolaire ordinaire

Lors de l'élaboration de ce projet, il est très vite apparu indispensable que ce service ait ses locaux situés à Vannes, pour des raisons pratiques (proximité des collèges).

Pour chacun des adolescents suivis par le service, après avis de commission de circonscription du second degré (CCSD) et notification d'orientation par la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), le projet individuel d'intégration scolaire s'élabore en partenariat avec l'école et en association avec la famille et le jeune concerné. Ce projet est signé par la famille et chacun des partenaires (collège et SESSAD).

³⁰ Marcel Jaeger, *Guide du secteur social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999

L'élaboration du projet et la création de ce service ont aussi permis d'interroger les pratiques et de faire bouger l'état d'esprit. Cependant, les conséquences sur la situation de la section d'initiation à la première formation professionnelle sont restées limitées.

3.3.2 La section d'initiation à la première formation professionnelle (SIPFP), malgré des transformations, est restée « fermée »

La SIPFP, toujours située à Suscinio, accueille 40 adolescents (14-20 ans) avec un internat possible pour 20 garçons. Il s'agit de préparer et d'accompagner chaque jeune dans l'élaboration et la construction de son d'insertion sociale et professionnelle la mieux adaptée. Pour cela, dans le cadre d'une prise en charge globale, un projet individuel est élaboré pour chacun des jeunes accueillis.

La transformation qui s'opère en 1996 est importante : l'établissement devient d'abord un lieu de « formation » (au sens large du terme, j'inclus ici l'ensemble des interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques qui se déroulent entre 9h00 et 17h00). L'internat n'est destiné qu'aux adolescents pour qui il constitue une réelle indication. Les contacts et le travail de proximité avec la CDES nous permettent de garantir cette orientation. De plus, se confirme aussi une réelle réorientation engagée récemment quant au profil de la population accueillie. En effet, dès 1994, nos financeurs nous ont interpellés sur notre recrutement et le « bon niveau » des adolescents accueillis. Les conclusions d'une étude de population réalisée en 1996 par la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan confirment l'évolution :

« Le profil dominant des jeunes accueillis au moment de l'enquête correspond à la déficience légère avec une connotation comportementale en rapport avec une étiologie sociale largement repérée (...) on constate cependant un recentrage dans cet établissement vers la prise en charge d'une population plus déficiente comme le suggérait l'assurance maladie. » Cette évolution nous amène à recevoir aujourd'hui des jeunes qui, pour partie, présentent des compétences scolaires et manuelles moins performantes et/ou des difficultés psychologiques plus marquées.

L'arrivée de la mixité a rapproché l'établissement du fonctionnement habituel de la société et constitue un élément important pour la socialisation des adolescents. Cependant cette évolution n'a pas généré l'ouverture de la SIPFP qu'aurait pu permettre la réflexion engagée pour la création du SESSAD. Elle s'est fait dans un contexte de crise où nous avons du recourir à des mutations vers un autre établissement de l'association ainsi qu'à des départs en pré retraite progressive, et envisager la création du SESSAD par redéploiement. Compte tenu des craintes de perte d'emploi qui pesaient à ce moment-là l'annonce de l'avis favorable du comité régional des organisations sanitaires et sociales pour la restructuration a

été vécue comme un soulagement. Dans ce contexte, un réflexe de protection et de méfiance vis à vis d'un environnement considéré comme menaçant, a généré un « repli sur soi ». La SIPFP est restée une structure fermée : pas (ou peu) de contact avec les institutions voisines, ou celles accueillant les mêmes populations, aucun partenariat avec d'autres institutions ou secteurs (éducation nationale). La délocalisation partielle, vers le secteur de Lorient, d'un des instituts médico éducatif de Pontivy a été vécue comme une menace potentielle, de même les mesures d'intégration scolaire au collège et l'ouverture des UPI³¹ : crainte d'avoir à affronter à nouveau une baisse des effectifs.

3.3.3 :Un contexte départemental favorable pour analyser le fonctionnement de l'IME.

Depuis la fin de l'année 1998 s'est engagée une réflexion pour préparer le nouveau schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapées pour la période 2000 – 2005. dans le document présenté au mois d'avril 2000 je retiendrai les aspects suivants décrits dans le chapitre consacré aux orientations générales :

- ⇒ promouvoir les coopérations
 - avec le secteur social
 - avec la pédopsychiatrie (renforcer le partenariat entre le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et les instituts médico-éducatifs).
- ⇒ Tenir compte des nouvelles exigences du corps social (en référence au projet de réforme de la loi 75-735) et donner une existence aux prises en charge diversifiées, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, en internat, semi-internat, externat, à domicile

En matière d'intégration scolaire : si les démarches d'intégration d'enfants et d'adolescents handicapés sont maintenant bien engagées, l'école et surtout les collèges sont confrontés à des situations difficiles où « *des classes entières sont en grande difficulté. On sait prendre en charge les enfants déficients intellectuels, mais les enseignants sont désarmés devant des enfants ayant des troubles du comportement avec des manifestations de violence. Les âges critiques se situent à l'entrée au collège et à la sortie de maternelle ... Force est de constater qu'il manque des structures intermédiaires.* »³².

La question de l'intégration scolaire pose plus que tout autre texte le problème de l'imprécision dans la définition du mot « handicapé ». A ce propos, la situation des adolescents déficients intellectuels légers est particulière : suivant les cas ils peuvent se

³¹ Unité pédagogique d'intégration.

³² Extrait du schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées.

retrouver soit dans le monde scolaire ordinaire, soit dans le monde spécialisé, quand ils auraient sans doute besoin de bénéficier des deux (protection et confrontation).

Conclusion de la première partie.

La socialisation est une des missions de l'établissement médico-social qui accueille des enfants et des adolescents. Processus de transmission et d'intériorisation des normes et des valeurs, elle est aussi favorisée par la multiplicité et la diversité des expériences sociales vécues par les individus.

La dernière transformation de l'IME Le Moulin Vert s'est fait dans un contexte de crise. Ainsi, malgré les évolutions (création d'un SESSAD et ouverture à la mixité), la SIPFP est restée une structure fermée. Ce manque d'ouverture place l'institution en décalage avec les orientations des politiques sociales, notamment le texte de réforme de réforme de la loi du 30 juin 1975 et les orientations départementales.

Ces orientations pourront constituer un point d'appui pour engager une transformation des pratiques et une évolution de l'établissement. Toutefois, dans les pages à venir, je m'attacherai à prendre la mesure de ce décalage, à repérer sa traduction dans la pratique quotidienne et à mesurer les conséquences pour la socialisation des jeunes accueillis dans l'institution.

DEUXIEME PARTIE

Un fonctionnement institutionnel qui limite la socialisation des adolescents.

2 . LA POPULATION ACCUEILLIE, DES BESOINS SPECIFIQUES DE SOCIALISATION EN LIEN AVEC L'AGE ET LES DIFFICULTES.

Aujourd'hui, les adolescents accueillis à la SIPFP, viennent essentiellement de l'éducation nationale (section d'enseignement général et professionnel adapté : SEGPA) et d'établissements spécialisés (IME pour l'essentiel). Si les difficultés sont variables, l'ensemble de la population présente une déficience intellectuelle légère et des difficultés d'acquisitions scolaires importantes. De 14 à 20 ans, nous accompagnons ces jeunes vers leur entrée dans le monde adulte au cours de cette période particulière où la question de la socialisation est importante, l'adolescence.

3.4 L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE DE CONSTRUCTION DE SOI ET DE SOCIALISATION.

L'adolescence, du latin *ad* (vers) et *olescere* (croître, grandir) est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Comme souvent, cette période transitoire est faite de déséquilibre et de fragilité. Françoise Dolto la compare au « complexe du homard »³³ : l'adolescent est comme le homard lors de la perte de sa carapace et avant d'en avoir construit une nouvelle, il reste un temps sans défense. L'adolescence constitue une période de mutation entre 13 et 20 ans.

La période d'adolescence débute avec la puberté qui marque la maturité sexuelle. Le début et le rythme de la puberté ne sont pas les mêmes pour les filles et les garçons, cependant, ces changements physiques et physiologiques vont générer les premières sources de déstabilisation. L'adolescent va devoir accepter ce corps qui change, intégrer ces changements dans la représentation qu'il se fait de lui-même et remanier son image de soi.

³³ Françoise Dolto et Catherine Dolto Tolitsch, *Parole pour adolescent ou le complexe du homard*, édition Hatier, 1989.

« Assumer ce corps sexué c'est aussi résoudre la question de l'identité sexuelle »³⁴ Il doit apprendre à faire face à des sensations nouvelles (désirs sexuels, forte poussée pulsionnelle) et réguler ses humeurs, ses impulsions.

La maturité sexuelle a une signification importante, l'adolescent accède à un nouveau statut social. Les attentes de la société (et de son entourage) se transforment : elle attend de lui qu'il assume un rôle social masculin ou féminin. A cette période, la socialisation constitue un élément important dans la mesure où les attentes sociales sont sous-tendues par les notions d'autonomie, de responsabilité. L'intégration sociale future du monde adulte sera aussi conditionnée par le processus de socialisation développé au cours de l'adolescence.

C'est aussi la période où il cherche à s'émanciper de la tutelle parentale pour s'individualiser. Il y a une remise en cause des images parentales construites au cours de l'enfance qui va nécessiter « un travail mental de deuil »³⁵. L'adolescent se trouve alors confronté à une quête d'identité nouvelle. Avec des désirs d'autonomie et d'indépendance, malgré le processus de deuil mis en place, il reste toutefois dépendant de son entourage (affectivement et financièrement). Tous ces éléments renforcés par les traits d'impulsivité, d'hypersensibilité, de susceptibilité et d'impatience (entre autre) conduisent souvent à aborder cette période de la vie sous l'angle de la « crise d'adolescence ».

L'ensemble des activités mentales connaît aussi une évolution importante. En référence aux stades de développement décrits par Piaget, l'adolescent passe du stade de l'intelligence concrète à celui de l'intelligence abstraite et formelle. Il devient capable de dépasser la situation concrète et de tirer des lois généralisables. Il est en mesure de construire des théories et d'avoir sa propre réflexion sur le monde qui l'entoure.

Pierre Tap et Marie-Thérèse Pi-Sunyer défendent l'idée selon laquelle crise et développement ne sont pas antinomiques. Pour ces auteurs, les comportements d'opposition à l'adolescence « *doivent être interprétés dans le cadre d'une théorie de la quête d'identité (...)* L'identité c'est donc ce qui rend le sujet semblable à lui-même et différent des autres, c'est ce par quoi il se sent exister en tant que personne et en tant que personnage social »³⁶. Personnalisation et socialisation sont liées et vont nécessiter une confrontation à des systèmes externes de règles, l'insertion dans des réseaux de relations et par là-même, une diversité d'expériences sociales.

³⁴ Alain Braconnier, *Les Adieux à l'enfance*, Revue Sciences Humaines, N° 33, novembre 1993.

³⁵ Alain Braconnier, *ibid.*

³⁶ Pierre Tap et Marie-Thérèse Pi-Sunyer, *Crise et troubles d'altérité à l'adolescence* in Revue Annales de Vaucluse, N°28-1988/1

Cette période de changements, de liberté, d'autonomie nouvelle et d'indépendance favorise aussi l'agir. Celui-ci est considéré comme le mode d'expression privilégié chez l'adolescent, au détriment de la parole. C'est en agissant qu'il exprime ses conflits et ses angoisses. Cet aspect est important pour ceux qui interviennent auprès d'adolescents car il conduit parfois à des passages à l'acte où l'adolescent se met en danger. Cela concerne les conduites dangereuses (ou à risque), jusqu'à la tentative de suicide.

Cette description sommaire de l'adolescence permet d'en appréhender le fonctionnement général. Comme Philippe Ariès a pu montrer l'évolution du concept d'enfance³⁷ au cours de l'histoire, il est sûr que celui d'adolescence a été différent selon les époques et les milieux. De plus, si l'adolescence est un phénomène général (qui concerne l'ensemble des sujets) elle se « joue » de manière singulière pour tout un chacun.

Le cadre réglementaire concernant le secteur social et médico-social a d'ailleurs pris en compte cette question et la circulaire 89-17 du 30 octobre 1989 précise la nécessité de « *porter une attention particulière aux besoins de l'adolescence. Les adolescents présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du comportement vont vivre toutes les interrogations, toutes les incertitudes de la crise pubertaire avec cependant plus de difficulté à les comprendre et à maîtriser les troubles émotionnel qui en résulte* »³⁸. Il faudra aussi interroger notre fonctionnement institutionnel au regard de cette question de l'adolescence et la manière dont elle est prise en compte dans les diverses interventions et les différents lieux. D'autant que les attitudes des adultes, leur cohérence, leur « fiabilité » sont autant d'éléments d'assurance et de sécurité favorisant la socialisation des adolescents.

3.5 LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE LEGERE : UNE NOTION FLOUE.

Etant donné le caractère récent de l'adoption par l'OMS d'une nouvelle classification du handicap, mon propos, ici, fera référence à l'ancienne classification adoptée à titre expérimental en 1976 et à titre définitif en 1992.

La classification à laquelle je fais référence dans la catégorie des déficiences de l'intelligence définit le retard mental léger à partir du quotient intellectuel (QI). Avec un QI situé entre 70 et 50 il concerne des « *individus pouvant acquérir des aptitudes pratiques et la lecture ainsi que*

³⁷ Philippe Ariès, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, collection Point, éditions du Seuil, 1973.

³⁸ Circulaire 89-17 *relative à la modification de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.*

des notions d'arithmétiques grâce à une éducation spéciale, et que l'on peut amener à une certaine insertion sociale »³⁹.

Au-delà de l'imprécision de cette définition, j'ajouterai l'extrême prudence que nous devons avoir vis à vis du quotient intellectuel. Si les conditions de passation des tests et le type de test utilisé sont importantes, la manière dont l'enfant aborde ce test est aussi capitale. Une attitude de refus peut l'amener à précipiter ses réponses et à échouer certains items. Il n'est pas rare dans certaines commissions de rencontrer des situations où un enfant peut avoir réussi le test de performance et échoué totalement le test verbal. Avec toutes ces précautions d'usage nous pouvons toutefois situer la population accueillie. L'étude des dossiers des jeunes accueillis depuis 1995 fait apparaître les résultats suivants :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
QI>70	2	2	4	2	0	3	13
50<QI<70	9	4	7	10	7	5	42
49<QI<35					1		1
Non réponse	4	2	1	0	1	1	9

Au regard de la classification internationale des handicaps :

- ✓ 20% ne présentent pas de retard mental. (12 scores compris entre 84 et 71 – un seul au-delà).
- ✓ 64,6% présentent un retard mental léger.
- ✓ 1,5% présentent un retard mental moyen
- ✓ Les non-réponses représentent 13%.

A partir de la classification l'OMS nous pouvons repérer les items qui concernent plus particulièrement les adolescents accueillis dans l'établissement (Voir en annexes). Si tous les adolescents accueillis sont concernés par une partie de ces items, la situation varie de l'un à l'autre : ce ne sont pas les mêmes items et pour un item donné l'intensité ou l'importance peuvent être différentes. Je ferai la même remarque à propos des incapacités. Cependant ils sont tous concernés par le désavantage d'intégration sociale.

Les déficiences, notamment celles de la pensée, ne leur permettent pas d'accéder à la pensée abstraite, limitent leur compréhension des situations auxquelles ils sont confrontés, et inhibent leur participation aux activités sociales ordinaires. Une appréhension partielle de la réalité qui les entoure et une difficulté majeure à faire le lien entre les différentes situations vécues sont aussi les conséquences de ces déficiences qui concourent à cette

³⁹ Organisation Mondiale de la Santé, *ibid*.

incompréhension. A partir de ce constat, au regard des éléments évoqués à propos du concept de socialisation, il apparaît nécessaire de multiplier les occasions de participation à des activités sociales « ordinaires ». En aidant les adolescents et en les accompagnant dans cette confrontation nous leur garantirons une démarche de socialisation propre à améliorer leur participation et limiter le désavantage d'intégration sociale.

3.6 L'ECHEC SCOLAIRE, UNE CARACTERISTIQUE GENERALE AUX CONSEQUENCES IMPORTANTES.

Quel que soit le type d'institution fréquenté avant l'arrivée à l'établissement, l'ensemble des jeunes accueillis à la SIPFP a connu un parcours scolaire chaotique et présente un retard d'acquisition important au regard de leur âge (voir étude de population en annexe).

A partir des tests effectués à l'entrée par les instituteurs mis à disposition par l'éducation nationale, nous obtenons le tableau suivant :

	PRIMAIRE			MATERNELLE	
	Cours Moyen	Cours élémentaire	Cours préparatoire	Grande section	Moyenne section
1992	2	12			
1993	1	3	1		
1994	4	8			
1997		7	5		
1998	1	3	4	3	1
1999		4	2	3	
2000	1	3	3	2	

Si le niveau moyen se situe à la fin du cours préparatoire, les enseignants notent une dysharmonie dans les acquisitions en relation avec les déficiences décrites dans le point précédent.

Dans les premiers entretiens qui précèdent l'entrée à l'établissement, quand est abordée la question de l'origine des difficultés de leur enfant, les parents les situent toujours (sauf quelques rares exceptions) à l'école : difficultés d'apprentissage, difficultés d'adaptation ou de comportement, etc. L'école et les difficultés d'acquisition scolaires ont été le révélateur des difficultés de leur enfant La première demande de réorientation émane toujours d'une institution scolaire. Les parents expriment régulièrement leur déception vis à vis de leur enfant pour qui ils envisageaient un autre cursus. Leurs demandes sont là aussi majoritairement scolaires : apprendre à lire, à écrire, à calculer.

Marqués par leur échec, conscients de la déception qu'ils entraînent chez leurs parents, ces adolescents nourrissent un sentiment de honte et dévalorisation de soi. Pour tous, la première expérience importante concernant leur entrée dans la société, à savoir l'école, a été une expérience traumatisante : échec, parfois rejet et enfin exclusion. Quelles valeurs, quelles normes sociales ont-ils pu intégrer, ou refuser ? Leur rapport aux adultes s'est établi à partir de ces événements et des ressentis qu'ils provoquent. Dans les réponses apportées il y a un vrai travail de re-socialisation à mettre en place dans un contexte dont le directeur doit garantir la cohérence : permettre aux jeunes de restaurer leur confiance dans les adultes nécessite une dynamique institutionnelle où chacun se sent impliqué, à la fois dans sa technique professionnelle mais également dans la qualité de la relation qu'il met en place, tant avec ses collègues que vis à vis de chacun des jeunes.

3.7 L'ORIGINE PSYCHOSOCIALE DES DIFFICULTES, UN ELEMENT A PRENDRE EN COMPTE.

Sans vouloir nier la dimension pathologique et réduire la question de la déficience intellectuelle légère à un simple phénomène social, il me paraît intéressant de resituer les origines familiales des adolescents accueillis depuis 1995 :

- ⇒ Vivent en famille d'accueil, ou lieu de vie : 13
- ⇒ Confiée à un oncle : 1
- ⇒ Vivent dans une famille adoptive : 2
- ⇒ Vivent avec leur mère remariée : 4
- ⇒ Vivent avec leur mère (seule) : 8
- ⇒ Vivent avec leurs deux parents : 37

Les familles d'origine présentent les caractéristiques suivantes :

	PERE	MERE	TOTAL
Ouvrier	23	6	29
Employé	10	10	20
Agriculteur	4	4	8
Artisan	1	0	1
Retraité	2	0	2
Travail irrégulier	3	2	5
Invalidité	3	0	3
Sans profession	4	36	40
Décédé	6	1	7
Situation non connue	9	6	15
TOTAL	65	65	

Je retiendrai d'abord les éléments suivants :

- ⇒ 43% des jeunes accueillis ne vivent pas avec leurs deux parents d'origine.
- ⇒ Le milieu d'origine a plutôt des conditions modestes voire difficiles.
 - 55% des mères sont au foyer – 31% occupent un emploi régulier.
 - 6% des pères sont sans profession – 58% occupent un emploi régulier.

A partir de l'histoire de chaque adolescent j'ai pu repérer pour plus de la moitié de l'effectif un environnement familial où les difficultés n'ont sans doute pas facilité un développement harmonieux. En effet, en plus des 13 jeunes qui vivent en famille d'accueil (ou lieu de vie) et pour qui la justice est la plupart du temps intervenue pour assurer la sécurité des enfants, nous repérons aussi 19 familles qui présentent des carences éducatives importantes, avec des problèmes d'alcoolisme et/ou des parents très démunis. A cela il faut ajouter 4 familles où il existe des difficultés relationnelles majeures ou une grande fragilité psychologique des parents... Finalement, 36 des jeunes accueillis (soit plus de 55%) ont vécu (ou vivent encore) des situations familiales fragiles, difficiles et/ou traumatisantes.

La fonction socialisatrice de la famille est interpellée. En effet, outre les conséquences psychologiques, les carences affectives et éducatives de la sphère familiale ont vraisemblablement contribué à la perturbation du processus de socialisation de l'enfant.

De plus, bon nombre de ses familles vivent aussi dans un contexte social restreint qui limite les ouvertures sur le monde environnant et les expériences de socialisation pour les enfants. Or, nous avons vu que préparer ces adolescents à leur intégration sociale nécessite une confrontation à différents groupes sociaux et la mise en place d'expériences multiples : « *se socialiser c'est assumer son appartenance à des groupes (d'appartenance ou de référence)* »⁴⁰. Si la mise en place de ces expérimentations relève de notre mission, un autre aspect incontournable est soulevé ici : les relations avec les familles des adolescents. Notre pratique actuelle nous conduit à rencontrer les parents 2 ou 3 fois par an. Animées par l'éducateur référent et un psychologue, et en présence du jeune, ces rencontres permettent de faire le point avec les différents intervenants, d'échanger à propos des événements vécus en famille et dans l'établissement, de préciser le projet individuel, d'aborder l'avenir et une orientation éventuelle. Si l'intensité et la profondeur des débats restent liées à la fois aux intervenants et à la particularité de chaque situation, notre pratique actuelle garantit une information et un soutien aux parents. Se pose alors la question de l'association réelle et effective des parents à l'élaboration et au suivi du projet de leur enfant.

⁴⁰ Claude. Dubar, *Ibid.*

4 - LA SIPFP : SON MANQUE D'OUVERTURE, UNE LIMITE A LA SOCIALISATION DES ADOLESCENTS ACCUEILLIS.

4.1 L'ENTREE EN INSTITUTION ET LES ORIENTATIONS A LA SORTIE, DEUX INDICATEURS.

4.1.1 L'entrée en institution : une rupture pour les jeunes qui arrivent de l'éducation nationale.

Particulièrement pour les jeunes qui arrivent de l'éducation nationale (33,2%), l'entrée à la SIPFP est souvent mal vécue. Les entretiens à l'admission, malgré les visites préalables révèlent la souffrance des jeunes et de leurs parents. Elle représente une rupture avec le milieu ordinaire et vient ainsi stigmatiser l'adolescent et ses difficultés en renforçant le sentiment d'échec et de honte. Il y a rarement une réelle acceptation, mais une certaine résignation qui se traduit dans les attitudes et les propos. Ceci se retrouve par exemple dans le malaise de certains jeunes, notamment les moins déficients, à être véhiculés dans le transport en commun de l'établissement par peur d'être reconnus. D'autres refusent de dire à leurs copains de quartier ou à certains membres de leur famille l'endroit où ils sont scolarisés. Certains expriment le fait qu'ils ne supportent pas d'être dans une école de « gogols ». Pourtant, certains d'entre eux sont aussi soulagés quand ils se retrouvent dans espace plus sécurisant, où la « pression scolaire » est moins pesante. Ceci n'empêche pas le sentiment de honte et entraîne une certaine ambivalence, mais pourra cependant constituer un point d'appui à une première phase « d'apprivoisement ». C'est aussi la représentation de l'institution spécialisée dont il est question. La plupart de ces adolescents ont connu les classes spécialisées de l'éducation nationale au cours de leur scolarité primaire. En particulier les classes d'intégration scolaire (Clis). Pour une grande partie d'entre eux des dossiers de réorientation ont été préparés par les équipes enseignantes et n'ont pas abouti car refusés par les parents. L'institution spécialisée fait peur parce qu'elle symbolise l'échec mais aussi parce qu'elle est vécue comme un point de non-retour qui marque l'entrée dans un milieu, celui des handicapés, dont on ne peut pas sortir ensuite. *« L'échec suscite toujours des sentiments de frustration (...) accompagnés parfois d'angoisse et d'agressivité. (...) La socialisation c'est aussi apprendre à vivre avec ses échecs et à chercher de nouvelles stratégies. »*⁴¹

⁴¹ Pierre Tap et Hanna Malewska-Peyre, *Marginalités et troubles de la socialisation*, PUF, Paris, 1993.

Ceux qui arrivent d'institutions (IME : 60%, autres : 6%) ont déjà une connaissance du milieu spécialisé et développent dans une moindre mesure les attitudes évoquées plus haut. Cependant, nous constatons une « institutionnalisation » des comportements : l'institution est vécue comme un lieu « à part » qui permet ou interdit certains comportements.

4.1.2 Le diagnostic à l'entrée : au-delà des troubles repérés et de l'évolution de la population, des difficultés de socialisation.

Au moment de l'entrée dans l'établissement le psychiatre et l'un des psychologues rencontrent chacun des nouveaux arrivants pour établir un diagnostic qui complète les indications contenues dans le dossier d'admission.

Un travail effectué lors de la préparation du projet présenté au Comité régional des organisations sanitaires et sociales (Cross) au mois de mai 1996, nous a amené à répartir, à cette époque, la population en trois catégories :

Description	Prise en charge éducative
Les troubles de la conduite et du comportement : psychopathie (manipulation, délits, loi). Instabilité et agitation psychomotrice.	Cadre cohérent et ferme. Contrats clairs. Limites et règles bien précises. L'adulte doit être garant de la loi.
Les troubles névrotiques : Grande inhibition, difficultés de relation, de communication, d'expression et d'agir.	Cadre sécurisant. (sous-groupes) Favoriser expression et communication. Adulte rassurant. Valoriser et stimuler
Les troubles du versant psychotique : Repli sur soi, difficulté d'ancrage dans la réalité, prédominance de l'imaginaire.	Petits groupes. Activités concrètes (ramener à la réalité). L'adulte doit être repérant.

Au regard des diagnostics posés à l'entrée on obtient la répartition suivante :

	Troubles du comportement	Troubles névrotiques	Troubles psychotiques	Autres
1995	8	4	2	1
1996	1	5	2	
1997	6	2	3	1
1998	3	6	2	1
1999	0	5	2	2
2000	1	6	0	2

	19	28	11	7
	29,2%	43%	16,9%	10,7%

Jusqu'en 1994, les troubles de la conduite et du comportement représentaient 45% de la population. Aujourd'hui, non seulement la proportion est plus faible mais l'expression des troubles est beaucoup moins « bruyante ». A contrario les troubles névrotiques et psychotiques ont augmenté en proportion et en « gravité » pour quelques situations. Le nombre de jeunes ayant un traitement neuroleptique et pour l'épilepsie est en augmentation. Il n'est pas question ici d'élaborer une classification mais de repérer des traits qui prédominent chez les adolescents à leur arrivée. Les différents « groupes » définis ici connaissent des difficultés dans leurs relations aux autres, dans la vie en groupe et dans leur rapport au monde. Ceci montre aussi qu'au-delà de la déficience intellectuelle et des difficultés d'apprentissage scolaires qui ont justifié l'orientation vers notre institution, les problèmes liés à la socialisation sont présents dans les troubles repérés à l'entrée.

4.1.3 Les orientations à la sortie, un bilan qui interroge.

Pour la SIPFP, les 95 sorties réalisés pour les effectifs (139) accueillis depuis 1988 se répartissent :

- 9,47% ont obtenu un contrat de travail
 - 43,16% ont suivi une formation professionnelle (apprentissage ou FPA)
 - 14,74% ont rejoint le milieu de travail protégé.
 - 8,42% ont été orienté vers un une autre SIPFP ou sont partis à l'armée.
 - 24,21% ont quitté l'établissement sans projet construit.
- } 52,63%

Le dernier pourcentage concerne des jeunes qui ont quitté l'établissement soit parce qu'ils ont souhaité arrêter prématurément la prise en charge, soit dans le cadre d'une exclusion à la suite de comportements incompatibles avec la vie de l'institution et/ou trop dangereux pour les autres. L'importance du résultat interroge, mais il faut préciser que depuis les cinq dernières années cette proportion a fortement baissé.

D'autre part, compte tenu de son histoire, l'établissement est aussi repéré pour ses savoir-faire développés en matière de préparation à l'apprentissage et, il n'est pas surprenant que plus de 50% des sortants aient rejoint le monde ordinaire de travail. Cependant, cette orientation ne doit pas cacher les difficultés rencontrées par un certain nombre de jeunes après la sortie de l'établissement : depuis 1995 (64 sorties), sur les 34 orientations vers le monde ordinaire de travail (contrat ou formation), 8 (23,5%) se sont soldées par des échecs plus ou moins graves. Les difficultés d'adaptation sociale (capacité à gérer son logement, son budget, à s'organiser des loisirs, à choisir ses relations ...) sont la plupart du temps à

l'origine de ces échecs. Ceux-ci ne sont pas sans interpeller l'institution quant aux actions mises en œuvre dans la préparation à la sortie.

4.2 UNE ORGANISATION INSTITUTIONNELLE CENTREE SUR ELLE-MEME, UNE REPONSE INSATISFAISANTE AUX BESOINS DES ADOLESCENTS.

Hormis les stages en entreprise, quand ils existent, et les sorties extérieures, l'ensemble des interventions se déroulent dans le cadre de l'institution. Pour les adolescents cette situation limite le contact avec d'autres adolescents de leur âge et la possibilité d'assumer un autre regard, d'avoir à prendre position dans un autre contexte : autant d'éléments qui participent de la construction de l'identité et de l'autonomie. Dans l'établissement les jeunes adultes de 20 ans côtoient les jeunes adolescents de 14 ou 15 ans au risque que la notion d'âge devienne parfois très floue : les exigences n'accompagnent pas toujours l'avancée en âge, les jeunes majeurs ne bénéficient d'aucune reconnaissance spécifique. D'autre part, la rencontre avec d'autres adultes, aux manières de faire éventuellement différentes permettrait d'ouvrir leur regard sur le monde qui les entoure, de découvrir qu'il n'est pas monolithique et de prendre conscience qu'il existe différentes façons de penser. Leur permettre, là aussi, d'être confrontés à un regard différent. Le manque de confrontation à d'autres fonctionnements ne leur permet pas de développer leurs capacités d'adaptation ou de prendre conscience des carences dans ce domaine et d'y remédier. Cette situation limite aussi les expérimentations propres à développer des savoir-faire et des savoir-être qui leur seront indispensables pour la suite de leur existence (Cf. échecs après l'orientation vers le milieu ordinaire).

Pour les adultes, il existe une tentation de vouloir tout gérer, tout contrôler. Ceci est renforcé par la proximité des lieux de formation et des lieux de vie, à laquelle il faut ajouter l'isolement géographique. La marge de manœuvre pour les jeunes en est d'autant plus réduite, ce qui ne favorise pas leur possibilité d'apprentissage de l'autonomie.

L'absence de contact avec des intervenants ou collègues extérieurs à l'institution, limite aussi toute possibilité de remise en cause indispensable au dynamisme professionnel de chacun. Ainsi, finalement, certains professionnels se sentent dévalorisés, déroutés par certaines problématiques de jeunes plus compliqués. Non seulement ils nourrissent les clivages dont il va être question, mais perdent de leur crédit auprès des jeunes eux-mêmes ne leur permettant plus alors de progresser et de se construire dans un contexte devenu trop insécurisant.

4.2.1 La spécialisation des prises en charge, un risque de clivage entre les professionnels.

A partir du diagnostic d'entrée et des premières observations de l'ensemble des intervenants se construit un projet individuel en lien avec les besoins repérés. Ce projet va se décliner principalement autour de trois axes :

- ⇒ L'axe thérapeutique concerne le soin, au sens général du terme, et est assuré par le psychiatre, les psychologues, le médecin généraliste, la psychomotricienne et l'infirmière. Entretien individuel, psychothérapie individuelle, groupe de psychodrame, groupe d'expression corporelle, visite médicale hebdomadaire, suivi des traitements médicaux constituent les prestations dont peuvent bénéficier les adolescents.
- ⇒ L'axe pédagogique, assuré par les instituteurs et les éducateurs techniques, concerne les apprentissages scolaires et professionnels. Deux classes et cinq ateliers (bois/menuiserie, enseignement ménager, bâtiment, métallerie et horticulture) sont les lieux où sont dispensés les enseignements.
- ⇒ L'axe éducatif concerne les savoir-être et est pris en charge plus particulièrement par les éducateurs spécialisés dans le cadre des groupes d'internat ou de semi-internat et pendant des temps d'activités plus spécifiques. Des activités rééducatives sont aussi animées et encadrées par les éducateurs spécialisés (par exemple : programme d'enrichissement instrumental).

La spécialisation des interventions nécessite un repérage précis des domaines d'intervention de chacun en lien avec les prérogatives et les compétences professionnelles des intervenants. C'est là un gage potentiel de qualité du travail effectué. Cependant, cette « répartition » des tâches conduit aussi à des clivages et des rivalités qui viennent nuire à la mise en œuvre des projets individualisés.

4.2.2 Le projet individualisé à l'épreuve des clivages entre les différentes catégories professionnelles.

Dans son élaboration et sa mise en œuvre, le projet individualisé amène régulièrement les adultes à s'expliquer sur les objectifs et les moyens des prises en charge qu'ils réalisent. Dans le discours, la nécessité de collaboration entre les différents secteurs paraît faire consensus. Dans les faits cela devient plus délicat. Historiquement (cf. première partie) il semble que les relations entre le secteur éducatif et le secteur pédagogique aient été difficiles. Depuis plusieurs années, en lien avec l'équipe de direction, j'ai tenté de faire évoluer cette situation, notamment en permettant aux éducateurs spécialisés de quitter un statut d'éducateur d'internat pour animer et encadrer des activités de journées. Activités

éducatives et rééducatives que nous avons appelé dès le départ : activités complémentaires. Le terme « complémentaire » affirmant clairement la volonté d'y voir une nécessité de lien inter –professionnels et de placer ces interventions dans l'ensemble des prestations. Si aujourd'hui les relations sont moins tendues et si des collaborations ponctuelles existent, celles-ci restent trop marginales de mon point de vue et n'engagent pas une réelle dynamique dans l'institution. La rivalité et la concurrence prévalent trop souvent sur la complémentarité. Le risque le plus important est de « fractionner » la prise en charge et de passer à côté de ce qui fonde le projet individuel, prendre en charge le sujet dans sa globalité. Un tel « morcellement » de la prise en charge vient conforter les jeunes dans leur approche partielle de la (leur) réalité. Or, pour aider les adolescents accueillis à se construire nous devons aussi les amener à élargir leur vision du monde qui les entoure et à saisir le lien qui existe entre les différentes situations auxquelles ils sont confrontés. C'est une démarche indispensable pour leur permettre de comprendre le sens des actions mises en place et, par là même, de s'approprier et de participer activement au projet qui les concerne. Ceci ne peut exister sans une cohérence institutionnelle propre à garantir le sens des diverses interventions, à préciser la spécificité de chacune d'entre elles et leurs indispensables interactions dans le cadre d'un projet où les évolutions sont repérées comme autant d'étapes d'un parcours vers une intégration sociale et professionnelle.

De plus, les rivalités et les clivages créent aussi des situations où l'incohérence risquent d'amener des adolescents à ne plus savoir à qui faire confiance. Cela se passe quand un intervenant critique ou dévalorise, en présence d'un jeune, l'activité d'un de ses collègues. Mais, l'argument vaut également quand un professionnel tient un discours réducteur quant son exercice professionnel : le débat sur le rôle éducatif des éducateurs techniques en est un exemple. Le souhait de certains d'entre eux de voir l'atelier exclusivement comme un lieu d'apprentissage technique et pré professionnel limite toute autre approche. Comment, dans ces conditions, garantir pour les jeunes, l'acquisition de règles, de savoir-faire et de savoir-être indispensables à leur socialisation ?

Nos relations avec les familles sont aussi concernées par ces clivages. Outre le manque d'accord et de cohérence qui peut être ressenti, tout ceci est préjudiciable à la construction du projet individuel et ne permet pas de mettre en place les conditions nécessaires à une collaboration efficace. Non seulement une véritable association des parents est difficile à envisager dans un tel contexte, mais nous risquons en plus de mettre certains adolescents en porte-à-faux (conflit de loyauté) quand d'autres utiliseront l'absence de cohérence pour fuir les difficultés et éviter de se confronter à la recherche de solutions.

4.2.3 Les réunions de synthèse, des insuffisances dans l'élaboration et le suivi des projets individuels.

Sujette à des interrogations récurrentes, la réunion de synthèse n'en constitue pas moins un moment particulier de la vie des institutions⁴². Elle reste un lieu de diagnostic, de propositions, et de stratégies éducatives, thérapeutiques et pédagogiques. Notre organisation prévoit deux synthèses et un bilan de fin d'année pour chaque jeune accueilli où sont réunis tous les professionnels qui interviennent auprès de ce jeune, le psychiatre et l'équipe de direction. Chaque synthèse comporte trois temps :

- ✓ Expression des ressentis (10 minutes).
- ✓ Présentations des observations (10 minutes).
- ✓ Définition des objectifs et des moyens à mettre en œuvre (20 minutes).

Le temps imparti est suffisamment court pour exiger concision et efficacité de la part des intervenants. Chacun d'entre eux a d'ailleurs préalablement préparé un document spécifique concernant ses observations et le projet qu'il pense mettre en place pour les mois à venir. Malgré ce travail préparatoire, certaines insatisfactions persistent : la mise en commun des observations et des projets préparés par chacun ne permet pas toujours de dégager des orientations générales (projet global) et de repérer précisément la manière dont elles vont être déclinées dans les différents lieux.

Dans la préparation des synthèses, comme dans la mise en œuvre quotidienne des projets individualisés, nous manquons de précision dans l'évaluation des actions, de leurs résultats et des évolutions des adolescents. La construction d'un outil de repérage tel que le décrit Jacques Danancier serait un excellent support de réflexion.⁴³

5 - LE SESSAD, UNE EXPERIENCE RICHE D'ENSEIGNEMENT POUR LA SIPFP.

5.1 UNE POPULATION HETEROGENE, COMPARABLE A CELLE DE LA SIPFP.

Les adolescents suivis par le SESSAD sont tous scolarisés dans un des collèges de Vannes soit en classe de section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), soit en unité pédagogique d'intégration (UPI). L'âge à l'entrée varie de 12 à 15 ans et se fait en

⁴² Voir la Revue Lien social, n° 522, 9 mars 2000.

⁴³ Jacques Danancier, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Dunod, Paris, 1999.

moyenne à 13 ans. Les difficultés scolaires justifient l'orientation vers ces classes « spécialisées » et le niveau de déficience se répartit comme suit :

Moyenne : $QI < 50$	Légère : $50 < QI < 70$	Pas de déficience : $QI > 70$
3	8	13

Ceux pour qui la déficience est moyenne sont scolarisés dans l'UPI du collège Montaigne.

Une étude concernant les 16 premières situations suivies donnait les observations suivantes :

- ✓ Motif de la demande au regard de trois domaines :
 - Difficultés scolaires
 - Difficultés comportementales.
 - Difficultés familiales
- ✓ Répartition de la population en fonction de ces domaines :

Domaines concernés	Scolaires et familiales	Scolaires et comportementales	Scolaires, familiales et comportementales
Nombre	2	2	9

Chacun des adolescents suivis était concerné par au moins deux types de difficultés.

SYMPTOMES		DIAGNOSTICS
Majeurs	Autres symptômes fréquents	
Déficience 14/16	Inhibition 15/16	Difficultés identificatoire et carences psychoéducatives 9/16 Manque de confiance en soi et immaturité : 8/16 confusion réel / imaginaire et approche fragile de la réalité : 4/16
	Agitation 5/16	Anxiété 3/16
		Inhibition ou personnalité névrotique 8/16 Pathologie limite : 3/16 Pseudopsychopathie : 1/16 Dysharmonie psychologique : 1/16 Personnalité carencée 3/16

Les prises en charge se déroulent à l'école, dans la famille ou plus rarement dans les locaux du SESSAD. Elles sont orientées autour de trois axes :

- Une éducatrice spécialisée encadre et anime des interventions de remédiation cognitive en utilisant des supports comme le PEI. Elle organise aussi des activités d'ouverture culturelle. Elle rencontre les familles et fait le lien entre le service et les enseignants.
- Une psychologue prend en charge les entretiens psychologiques et les thérapies.

- Une psychomotricienne intervient à différents niveaux : schéma corporel, relaxation, tonicité, etc.

5.2 UNE CONVENTION D'INTEGRATION SIGNEE PAR LES PARENTS.

Chaque projet est détaillé dans une convention d'intégration scolaire où le collège présente ses objectifs et les moyens et modalités de mise en œuvre, et le SESSAD les siens. Cette convention est signée par le collège, le SESSAD et les parents. C'est un document où tous les signataires s'engagent.

Plus qu'une information, la démarche engagée ici exige une explicitation du projet (constats, objectifs et moyens) auprès des parents et des différentes commissions de la CDES. Placés au cœur du projet, les parents s'engagent à le soutenir, mais sont aussi en mesure de demander des comptes sur l'avancée du projet dont ils connaissent les tenants et les aboutissants. De cette expérience je retiens l'exigence de la précision dans les rapports d'observation et la formulation des projets et un positionnement différent des parents vis à vis du service. C'est un point sur lequel je m'appuie dans la première rencontre en précisant aux parents et à leur enfant que rien ne sera mis en place sans les avoir informés et qu'ils aient donné leur accord. Très souvent, ceci permet d'atténuer fortement les suspicions et les résistances qui en découlent.

Avec le collège, il s'agit surtout de bien repérer les objectifs et les zones d'intervention de chacun. La signature commune permet de connaître clairement la répartition des tâches, évite les éventuels procès d'intention. Les craintes et les résistances exprimées ou ressenties par les équipes d'enseignants à la création du service, qui s'inquiétaient de nos interventions et de notre jugement sur leurs pratiques professionnelles, se sont amenuisées aujourd'hui. Ceci, de mon point de vue, en partie grâce à cette convention que chacun signe. Toutes les séances et leur contenu sont détaillés, les rencontres avec les enseignants jugées nécessaires y figurent également.

Pour le directeur c'est un outil exigeant à mettre en place qui garantit la sérénité des relations et qui constitue aussi un document de référence comme support d'évaluation et d'échange. En effet, d'autres partenaires peuvent être concernés par le projet d'un jeune. C'est le cas des services de l'aide sociale à l'enfance en cas de placement en famille d'accueil. Une première situation a généré de l'inquiétude de la part de l'éducatrice chargée du placement et du suivi depuis de nombreuses années. Inquiète quant à nos interventions dans la famille d'accueil, dans nos relations éventuelles avec la famille naturelle, elle était très réticente à ce projet. Le détail de nos actions, son association à la signature de la convention d'intégration et la pratique quotidienne, l'ont tout d'abord rassurée, ensuite

convaincue que nous pouvions travailler ensemble tout en respectant ses compétences, ses domaines d'intervention. Non seulement un vrai travail de complémentarité s'est établi, mais aujourd'hui, elle est à l'initiative de plusieurs demandes pour des jeunes qu'elle suit dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance.

De plus, c'est une formidable occasion de responsabiliser et de motiver les intervenants. Ils élaborent un bilan (qu'ils signent) à partir duquel se construit le projet : ils s'engagent sur la qualité de leurs observations, et de leurs interventions futures.

5.3 LES ORIENTATIONS EN FIN DE SUIVI : UNE SITUATION PARADOXALE.

Au mois de février 2001, après une durée de suivi qui varie de 4 mois à 2 ans et 8 mois, nous avons effectué 13 orientations :

- ⇒ 7 arrêts de prise en charge conformément au terme prévu par la convention d'intégration :
 - 5 maintiens en SEGPA.
 - 1 orientation vers une maison familiale et rurale.
 - 1 orientation vers la MIJEN.

- ⇒ 4 réorientations
 - 1 vers IMPRO Ange Guépin à Pontivy.
 - 1 vers IMPRO Public à Pontivy.
 - 1 vers IMPRO de Suscinio (prévue dans le projet).
 - 1 vers IME ADAPEI de Séné.

- ⇒ 2 déménagements

Ces orientations appellent quelques commentaires. La proportion de jeunes orientés vers des établissements spécialisés est importante et peut interroger sur la finalité de la prise en charge. En effet, dans son projet, le SESSAD est d'abord un outil de maintien dans le système scolaire pour des adolescents en difficulté. Or, à l'expérience, nous constatons qu'une orientation sur trois se fait vers le milieu spécialisé. Ma réflexion à propos de ces résultats m'amène deux remarques.

D'abord certaines de ces situations concernent des adolescents dont les parents ont refusé jusqu'ici les aides et les orientations qui étaient proposées pour leur enfant, l'orientation vers le SESSAD est quasiment une orientation « par défaut ». Dans ces conditions et compte tenu des difficultés du jeune et de ses besoins, notre travail consiste alors à aider les parents à

comprendre et accepter les difficultés de leur enfant et pour envisager une orientation éventuelle vers une structure adaptée.

D'autre part, certains adolescents se retrouvent aussi maintenus dans le milieu scolaire ordinaire au prix d'une souffrance importante. L'échec, le décalage avec les jeunes de leur âge, les difficultés psychologiques, les mettent dans une situation difficile. Dans ces conditions, les adaptations de l'enseignement, et un suivi mis en œuvre par un SESSAD sont insuffisants.

5.4 UNE DEMARCHE DIALECTIQUE ENTRE LE MILIEU SPECIALISE ET LE MILIEU ORDINAIRE.

De mon point de vue la politique du « tout ou rien » montre ici ses limites. Soit le jeune est en établissement spécialisé et a rompu définitivement avec la situation qu'il pouvait connaître précédemment, soit, il est maintenu, à temps plein, dans un milieu scolaire ordinaire où il ne trouve pas toujours sa place. Je suis convaincu de la nécessité d'élaborer et de mettre en place une nouvelle dynamique, qui se situerait entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé, avec une prise en charge conjointe où le jeune pourrait profiter des deux structures en fonction de ses besoins. Quitter une « logique d'établissement » pour aller vers une « logique de dispositif » où la SIPFP deviendrait un élément parmi d'autres. Passer d'un système du « tout spécialisé ou tout milieu ordinaire » à un système où, en fonction des situations individuelles et des projets adaptés, les allers-retours sont possibles et où une orientation ne signifie plus, a-priori, une rupture définitive avec la situation précédente. Il s'agit de permettre aux adolescents de construire leur projet d'intégration dans la confrontation à des situations variées, dans une démarche dialectique entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire dans le cadre de partenariats construits.

6 - EVALUER LES ATOUTS ET RECONNAITRE LES FREINS, UNE DEMARCHE INDISPENSABLE AU CHANGEMENT.

6.1 DES ATOUTS A NE PAS NEGLIGER.

6.1.1 Un cadre repérant et sécurisant.

La taille de l'établissement et l'effectif accueilli permettent une proximité favorable pour garantir la sécurité et limiter les situations de danger. Le directeur, comme l'ensemble du

personnel connaît tous les jeunes. Les conditions de vie sont propices à un climat serein et sécurisant. Pour autant, cela requiert certaines conditions.

Pour être repérant et sécurisant le cadre doit être posé clairement. Il concerne autant la disposition des bâtiments (que fait-on ? et où ?), la présentation des adultes, (qui est-on ? qu'elle est notre fonction ?), la présentation et l'explication du règlement intérieur. « *Enoncer l'identité des personnes et leur degré de compétence ou de qualification est un signe de respect et de reconnaissance. Ne pas le faire revient à placer la personne accueillie en position d'infériorité* »⁴⁴. Ces démarches concernent plus particulièrement le moment de l'admission et se répètent chaque fois qu'il est nécessaire.

La sécurité se place à deux niveaux : la sécurité physique et la sécurité psychologique. A propos de la sécurité physique, le directeur s'assure que les locaux, les appareils et les machines utilisés ne présentent aucun danger pour les utilisateurs. D'autre part, il garantit à chacun le respect de ses droits ce qui par conséquent renvoie chacun à ses obligations envers les autres. La sécurité psychologique consiste à garantir un contexte favorable à la construction de soi et l'évolution personnelle. Les jeunes ont un passé marqué par l'échec scolaire et des carences éducatives pour certains où la relation aux adultes a été difficile. Il est donc important de leur proposer un climat, une ambiance où ils puissent établir des relations de confiance. Pour cela il est indispensable que l'information, la possibilité d'expression ne laisse pas place à l'arbitraire qu'ils ont pu connaître dans d'autres circonstances. Pour aller au bout de cette démarche, il est aussi indispensable que les transgressions aux règles posées et explicitées donnent lieu à chaque fois à une réaction appropriée : remarque, sanction, réparation, etc. A chaque fois, il faut marquer les choses, car c'est aussi cela qui va donner du sens.

Avec toute l'ambivalence (honte/soulagement) dont il a été question, un tel contexte donne aux jeunes accueillis la possibilité de se « poser », c'est-à-dire de vivre l'échec différemment, sans jugement de valeurs et en dehors de comparaison défavorable, de se sentir reconnu et pris en compte. C'est une première étape qui va permettre de construire avec eux et de les engager au fil du temps dans un véritable processus de socialisation. Sans un cadre de sécurité et de repères identifiés, une telle entreprise à peu de chance d'aboutir.

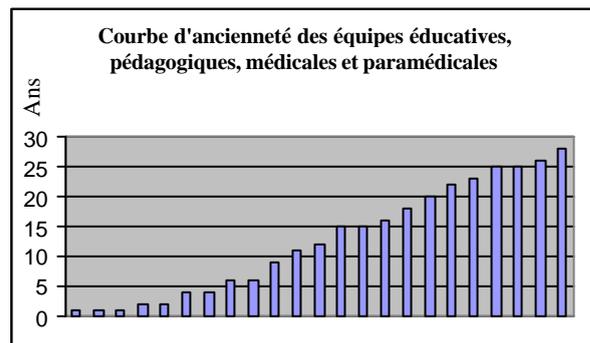
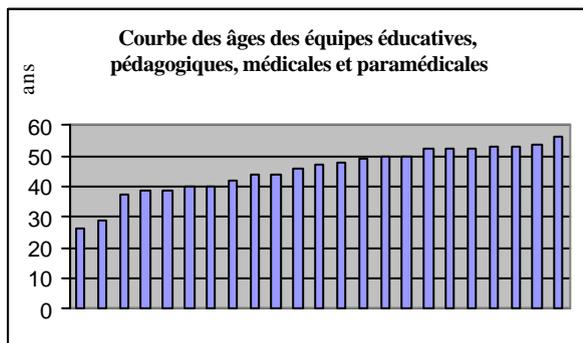
6.1.2 Des professionnels qualifiés et aux savoir-faire reconnus.

La totalité des prises en charge est animée et encadrée par du personnel diplômé et qualifié :

⁴⁴ Roland Janvier et Yves Matho, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Dunod, Paris, 1999.

Secteur éducatif	Secteur pédagogique	Secteur médical et paramédical
Educateurs spécialisés : 7 personnes – 7 ETP	Educateurs techniques spécialisés : 2 personnes – 2 ETP Educateur technique : 1 personne – 1 ETP	Psychiatre : 0,08 ETP Médecin généraliste : 0,03 ETP Infirmière : 0,39 ETP
Moniteur éducateur spécialisé : 1 personne – 0,5 ETP	Moniteur éducateur spécialisé : 1 personne 1 ETP	Psychologues : 3 personnes – 1,16 ETP
Animatrice 1 personne – 1 ETP	Conseillère en économie sociale et familiale : 1 personne – 0,89 ETP	Psychomotricienne : 0,5 ETP
	Instituteurs mis à disposition par l'éducation nationale : 2 personnes	

Malgré les difficultés rencontrées en 1994/1995, l'établissement jouit d'une réputation favorable au sein des diverses commissions du département. Les changements de ces dernières années dus aux départs volontaires, aux départs à la retraite, à la réorganisation liée à la mise en place des 35 heures ont amené un rajeunissement des équipes éducatives et pédagogiques. Les répartitions en âge et en ancienneté des équipes éducatives, pédagogiques, médicales et paramédicales (23 personnes) sont les suivantes :



L'expérience et la qualification des professionnels sont ici un gage de compétence repérée et reconnue par les diverses instances départementales. C'est un appui incontestable pour engager une évolution des pratiques institutionnelles. En effet, nous pouvons faire référence à leurs savoir-faire, et pour bon nombre d'entre eux à la capacité d'adaptation qu'ils ont su

développer dans leur travail depuis leur arrivée dans l'établissement. Pratiquée sans démagogie, cette valorisation des compétences individuelles et collectives est une source de dynamisme pour chacun et de cohésion pour l'ensemble.

Cette reconnaissance et cette valorisation du travail valent également pour l'ensemble des services administratifs et généraux. Ils apportent par leurs compétences un complément indispensable au fonctionnement de l'institution sans lesquelles la qualité des interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques ne pourrait réellement exister.

6.2 LES FREINS, UNE REALITE A PRENDRE EN COMPTE.

6.2.1 L'héritage du passé, un poids pour l'avenir.

Avec la logique ségrégative qui a prévalu à sa création, l'établissement a développé pendant des années une conception de la prise en charge en lien avec cette approche. Dans la présentation de l'établissement j'ai montré comment certains éléments ont, de mon point de vue, marqués l'histoire de l'établissement.

Gage d'expérience, l'ancienneté d'une partie du personnel présente aussi le risque d'une référence nostalgique au passé et à des pratiques ou des principes éducatifs qu'il faudrait pourtant faire évoluer. Au-delà des clivages et des rivalités entre les professionnels, c'est la question même de la prise en charge des jeunes qui se trouve interrogée. En effet, l'évolution de la population accueillie, des orientations des politiques sociales et du cadre réglementaire doit conduire à changer les pratiques et les méthodes éducatives et pédagogiques. La mise en place d'un projet individualisé impose à l'établissement de s'adapter aux besoins des jeunes accueillis et non l'inverse.

La situation géographique de l'établissement constitue un point non négligeable. Je l'ai déjà dit, nous sommes confrontés à une situation « de bout du monde » : Sarzeau la ville la plus proche est à 4 kilomètres, Vannes à 25. Les démarches effectuées par les adolescents nécessitent qu'ils soient systématiquement accompagnés. Si le contexte géographique limite les possibilités de mise en situation d'autonomie pour les adolescents, il nous éloigne aussi des infrastructures et des services dont pourraient bénéficier les jeunes dans le cadre des interventions qui leurs sont proposées (sportives, culturelles, administratives, etc.). C'est là une limitation au processus de socialisation des adolescents de l'IME

Un travail important et «quotidien », permet au directeur d'impulser une évolution des mentalités quant à la nécessité de nous adapter aux problématiques des jeunes et de mettre en place les prises en charge et les méthodes d'intervention adéquates. Les diverses réunions (équipes, cadres, institutionnelles, synthèses) sont autant de lieux où sont abordés

ces aspects. Cependant, la situation géographique reste une donnée plus difficile à faire évoluer.

6.2.2 La peur du changement et crainte de l'avenir renforcés par une connaissance restreinte des politiques sociales et de l'environnement institutionnel .

Les intervenants connaissent mal le contexte élargi dans lequel ils évoluent : local, départemental, national. Cela est vrai en ce qui concerne les politiques sociales qui régissent pourtant leur cadre de travail quotidien. Cette méconnaissance a une double conséquence : elle est à l'origine de malentendus ou d'incompréhension et elle amène certains personnels à douter ou à donner un contresens aux propos amenés par la direction. J'ai pu assister à des discussions où, certains personnels développaient une position théorique à partir d'éléments « justes », mais qui, extraits de leur cadre général et de la philosophie du texte global donnaient à la position exposée un caractère erroné.

Au final, une appréhension restreinte de la réalité du secteur médico-social ne permet pas toujours de comprendre les nécessités d'évolution et le sens préconisé par les politiques au niveau national et local. Cette absence de vision globale et le manque de recul qu'elle génère, est aussi un frein à une véritable implication des travailleurs sociaux dans la défense de leurs compétences et de la qualité de leur travail auprès des instances de décision et de contrôle. Si l'on ajoute à cela une méconnaissance de l'environnement institutionnel, on a toutes les conditions pour que se mettent en place des mécanismes de « protection » quand cet environnement est vécu, à tort, comme menaçant.

Encore une fois, il est de la responsabilité du directeur de créer les conditions favorables à une véritable information, condition première à la mise en place d'un processus de changement.

Nous l'avons vu aussi dans la présentation, l'établissement a traversé des moments difficiles qui ont fortement marqué l'ensemble du personnel présent à cette époque. Aujourd'hui, les traces de ces événements sont encore présentes : il y a eu à l'époque une prise de conscience nouvelle de la fragilité du poste de chacun et du risque de fermeture d'un établissement tel que le nôtre. La question du changement vient interroger les compétences acquises, les compétences à développer et les compétences à acquérir : elle vient réinterroger la pratique et créer une forme de déstabilisation première par la remise en cause de certains principes (cf. point ci-dessus) et elle vient aussi interroger les capacités d'évolution et d'acquisition de compétences nouvelles. Suivant les places occupées, les formations scolaires, universitaires, professionnelles, et les appréhensions personnelles, les réactions varient mais d'une manière générale la peur l'emporte.

Conclusion de la deuxième partie.

L'adolescence, les difficultés liées à la déficience intellectuelle légère, l'échec scolaire, le contexte et l'histoire familiale sont autant d'éléments à prendre en compte pour la socialisation des jeunes accueillis à la SIPFP. Le manque d'ouverture de la structure limite les possibilités d'expérimentations pour les jeunes, mais favorise aussi les clivages entre les professionnels, constitue un frein à une réelle association des parents et conduit à une perte de sens et de cohérence des projets.

L'ensemble de ces constats et des réflexions développées montre les limites de notre action en matière de la socialisation des adolescents. A l'heure où les politiques sociales incitent à développer des partenariats, à quitter la notion de « prise en charge » pour aller vers une « offre de service », il est indispensable de repenser le projet d'établissement pour engager une nouvelle dynamique. L'expérience menée dans le cadre du SESSAD peut être un point de référence pour envisager une évolution vers des pratiques partenariales.

TROISIEME PARTIE

Favoriser la socialisation des adolescents par une logique d'ouverture et une dynamique partenariale.

En m'appuyant sur les éléments développés et sur les savoir-faire des professionnels, je propose de réorganiser la SIPFP vers une structure d'accueil d'adolescents déficients intellectuels légers où les modalités puissent être adaptées aux difficultés de chacun et de leur évolution :

- Multiplier les possibilités d'expériences et favoriser « l'immersion » dans d'autres groupes, en partenariat avec d'autres secteurs ou structures (éducation nationale et pédopsychiatrie, foyers de jeunes travailleurs par exemple).
- Envisager des accueils modulés.

Permettre aussi à d'autres secteurs (éducation nationale, pédopsychiatrie) de bénéficier de nos plateaux techniques pour des adolescents qui en auraient besoin par un accueil partiel, temporaire :

- Aider des adolescents suivis par la pédopsychiatrie à se confronter à des situations collectives, à préparer leur avenir professionnel dans un contexte suffisamment « protégé ».
- Permettre à certains adolescents en difficulté au sein du collège un temps d'accueil, dans la SIPFP, où ils pourront bénéficier d'actions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques.

En lien avec le SESSAD et les collèges, préparer l'entrée en établissement spécialisé pour les adolescents de l'UPI par un accueil temporaire, ponctuel ...

L'un des enjeux des évolutions et des transformations à prévoir doit nous permettre de passer « *d'une logique de placement, où l'on sollicitait avant tout la capacité d'accueil d'un établissement, à une logique de prestation de services, où l'on examine sa capacité à répondre à une problématique.* »⁴⁵

⁴⁵ Jean-René. Loubat, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1997.

Cette évolution s'accompagne aussi d'exigences sinon nouvelles, pour le moins renforcées dans l'élaboration, la conception, l'écriture, la mise en œuvre et l'évaluation des projets. C'est un mouvement de fond qui s'engage dès que l'on accepte le changement de logique proposé ici et une de mes fonctions va être d'accompagner ce changement tant vis à vis des adultes de l'établissement que des jeunes et de leurs familles.

« *Le directeur va développer cette faculté d'avoir quelque avance sur le projet et sur l'avenir de l'établissement.* »⁴⁶ Les constats et les analyses présentés dans ce travail appellent des évolutions et des transformations où ma capacité à informer, impliquer, convaincre, responsabiliser, déléguer va être déterminante dans la construction, la conduite et la mise en œuvre du projet.

Les évolutions à prévoir relèvent de plusieurs niveaux et s'inscrivent différemment dans le temps. En effet, des améliorations de nos pratiques passent d'abord par des modifications « internes » pour développer un véritable partenariat entre les intervenants, positionner la place et l'association des parents dans le projet de leur enfant. Un deuxième niveau concerne les partenariats « extérieurs » à mettre en place avec l'éducation nationale et le secteur de la pédopsychiatrie.

La construction de ce projet et sa mise en œuvre repose aussi sur l'adhésion et le dynamisme de l'ensemble du personnel. Tout ceci doit se faire dans le respect de chacun, en tenant compte des éléments de l'histoire, avec pour souci central, l'amélioration des conditions de socialisation des adolescents accueillis. Compte tenu de l'importance et du poids de l'histoire dans la construction de la « culture de l'entreprise », la gestion des ressources humaines et l'accompagnement du personnel seront les axes majeurs de la stratégie mise en œuvre pour engager ce projet de changement.

3 ENGAGER LA SIPFP DANS UNE LOGIQUE D'OUVERTURE.

6.3 UNE EVOLUTION DES PRATIQUES A CENTRER SUR LA MISSION DE SOCIALISATION.

Prendre appui sur notre mission de socialisation et se référer aux besoins des jeunes accueillis est une orientation que je souhaite développer. Elle ramène bien tous les débats sur l'objet principal qui réunit les intervenants (nous sommes là pour cela et pour le faire ensemble) et limite les dérapages, les conflits d'intérêts personnels. Le projet individuel me paraît être alors la base de toute la démarche à engager.

⁴⁶ Patrick Lefèvre, *ibid.*

Le projet individuel recentre bien l'action à mettre en œuvre à partir des besoins de chaque adolescent, en rapport avec sa problématique. Lié aux besoins de l'adolescent, ce projet doit pouvoir prendre en compte les évolutions et les intégrer chaque fois que nécessaire. Cette pratique d'accompagnement individualisé, outre les avantages et les intérêts qu'elle suscite chez les professionnels, comporte des exigences incontournables de rigueur, de souplesse et de créativité. L'observation, la définition des besoins, des objectifs, des moyens, jusqu'à l'évaluation, sont autant d'étape qui vont requérir rigueur et professionnalisme.

Cette pratique engage les professionnels, le jeune et ses parents dans un rapport nouveau de collaboration. Une nouvelle approche des relations avec les familles, particulièrement les parents ou les représentants légaux, est à réfléchir pour qu'ils puissent être réellement partie prenante au projet de leur enfant. Outre la coopération avec les parents, il faudra aussi être vigilant à l'association des adolescents à l'élaboration du projet qui les concerne, en tenant compte, là aussi, des situations individuelles et de leurs évolutions.

6.3.1 Développer un esprit de partenariat à l'interne, une étape incontournable.

« *Le partenariat est une forme de communication qui trouve sa première expression à l'intérieur des organisations dans une pédagogie de l'interaction et de la participation.* »⁴⁷. Il s'agit de mettre en place une dynamique partenariale interne où chacun soit en mesure de définir le sens, le contenu et les modalités d'évaluation de son action. Il s'agit d'abord, pour chaque adulte d'élaborer le projet de chacun des jeunes qu'il a en charge, de le mettre en lien avec les projets des autres adultes intervenant auprès de ce jeune. Une telle démarche me paraît favorable à une reconnaissance mutuelle des compétences et des domaines d'intervention, une meilleure compréhension des modalités d'action et des contraintes de chacun. L'ultime étape serait la signature d'un contrat-projet par les différents intervenants, le jeune et sa famille.

Avant d'envisager de travailler avec des partenaires externes il me paraît indispensable qu'au sein de l'établissement, l'ensemble des intervenants soient réellement en capacité d'être des partenaires.

De sa place, le directeur aura à analyser les modes de communication qui existent et prévoir les évolutions nécessaires pour « *initier des organisations fluides et communicantes* » Stratégie de direction, le partenariat « *relève à la fois de l'éthique et du management* ». ⁴⁸

⁴⁷ Patrick Lefèvre, *ibid.*

⁴⁸ Patrick Lefèvre, *ibid.*

Dans un établissement médico-social, la diversité des interventions nécessite des personnels qualifiés dans chaque domaine (éducatif, pédagogique et thérapeutique). J'ai déjà abordé le problème du clivage entre ces différents secteurs. Vouloir établir un fonctionnement de type partenarial vise aussi à sortir de ce clivage pour améliorer la qualité de la prise en charge pour un processus de socialisation mieux élaboré. Concrètement j'entends garantir un soutien effectif à l'élaboration et à l'écriture des projets pour les personnels en difficulté devant cette tâche : des formations pourront être organisées, mais également des soutiens internes pourront se mettre en place pour favoriser la mutualisation des compétences. De plus, des temps de rencontres spécifiques seront organisés pour réunir les professionnels concernés par des projets communs. Il s'agit ici de réorganiser une partie des temps de réunion et de préparation qui existent déjà

Cohésion et cohérence ont une racine commune, « cohaerere » qui signifie adhérer ensemble, et cependant des sens différents mais complémentaires :

- ✓ La cohésion désigne le lien entre les différents éléments d'un ensemble, c'est la propriété à conserver les parties qui la composent. (contraire : désagrégation)
- ✓ La cohérence renvoie à « *l'harmonisation des parties d'un ensemble autour d'un principe unifiant, d'un but, d'un objectif, donc d'un projet.* »⁴⁹

Sortir de la situation de clivage évoquée plus haut revient à développer plus de cohésion en renforçant le lien entre les intervenants, et une meilleure cohérence en centrant le débat autour du projet de chaque adolescent. La démarche de réflexion, pour la transformation et l'évolution des pratiques, est de mon point de vue suffisamment fédératrice pour permettre un renforcement des liens, et harmoniser les points de vue des intervenants. Cependant j'aurai aussi à être vigilant à l'équilibre entre les deux : trop de cohésion privilégie la relation par rapport au but, trop de cohérence oublie la qualité de la relation. Une meilleure cohésion (projet) et une plus grande cohérence entre les adultes garantira pour les adolescents un contexte plus « repérant » et donc propice à les aider dans leur processus de socialisation.

6.3.2 Renforcer une organisation centrée sur les besoins des adolescents.

Chaque année l'organisation prévoit pour chaque adolescent l'appartenance à un groupe d'atelier qui correspond à l'apprentissage plus spécifique dans un domaine professionnel. A chaque groupe correspond un éducateur technique et un enseignant spécialisé pour la partie scolaire. Le choix professionnel tient compte des souhaits du jeune et de l'avis des adultes.

⁴⁹ Michel Adam, *Du partenariat à la coopération*, revue Les cahiers du CREAHI, N° 8.

Au-delà des domaines professionnels eux-mêmes, certains ateliers, du fait de leur architecture plus contenante, sont mieux adaptés à certaines problématiques : les jeunes qui supportent mal la relation avec les autres apprécient généralement l'atelier bâtiment où il est possible de travailler dans des « box » individuels.

La référence à un groupe et à des adultes précis rassure les jeunes, leur permet de trouver facilement leurs points de repères et évite les « errements » propices à la démotivation, à la fuite devant l'effort, au déni des difficultés. Cependant, un cadre trop rigide ne permet pas réellement d'adapter la prise en charge à chacun des adolescents mais contraint les adolescents à s'adapter au cadre.

Depuis plusieurs années nous avons mis en place un fonctionnement particulier pour les jeunes n'ayant pas encore accès à la lecture à leur arrivée dans l'établissement. Cette classe « éveil et découverte » animée et encadrée par un instituteur et un éducateur technique regroupe à différents moments de la semaine tout ou partie des jeunes concernés. Nous avons été amenés à modifier la constitution de certains groupes à des moments particuliers au cours de la semaine et à exiger une adaptation des adultes à ce fonctionnement. Les résultats positifs de cette expérience et les progrès réalisés par les jeunes ne permettent plus de remettre en cause la nécessité et l'intérêt d'un tel fonctionnement.

Pour l'ensemble des prises en charge, une évaluation des besoins de chaque adolescent nous amène à définir, pour chacun, les interventions dont il devrait pouvoir bénéficier. Au-delà d'un consensus premier, leur mise en place effective se heurte régulièrement à des questions d'organisation liées au temps de présence des uns, aux souhaits d'organisation des autres, etc.

Dans la poursuite de cette logique centrée sur les besoins du jeune, je souhaite voir se développer la possibilité d'être accueilli dans des ateliers différents au cours de la semaine. Permettre la découverte de domaines professionnels variés, multiplier les possibilités d'acquisition de compétences, développer la polyvalence et aider à la détermination d'un choix professionnel à partir de ces expérimentations constituent les objectifs principaux de cette démarche.

6.3.3 Formaliser la construction du projet individuel, un moyen pour fédérer les intervenants.

« Le projet individualisé est l'objet du travail commun de l'utilisateur et du travailleur social construit sur le parcours de l'utilisateur. C'est un document écrit de référence qui doit comporter une matérialité de l'observation de départ et des actions prévues dans un délai précisé. »⁵⁰

J'ai eu l'occasion d'aborder notre difficulté à élaborer des projets individuels suffisamment précis pour un suivi efficace et une évaluation pertinente. Nous ne pouvons pas faire l'économie de cet aspect pour plusieurs raisons :

- ✓ Pouvoir évaluer notre action et la faire partager, ce qui sera indispensable dans les partenariats à mettre en place avec d'autres secteurs. C'est aussi, la seule façon de la faire valider auprès des instances de contrôle et de financement.
- ✓ Evaluer avec les jeunes et leur famille le parcours réalisé, le chemin qu'il reste éventuellement à faire.
- ✓ Ainsi il sera possible de les associer et de les faire adhérer au processus engagé.
- ✓ L'évolution du projet d'établissement nécessite une clarification des projets individuels qui vont « nourrir » et justifier sa réécriture.

A partir des travaux de Jacques Danancier, je vais proposer un travail d'élaboration d'un référentiel. En référence à cet auteur nous définirons 4 ou 5 dimensions, pour chacune 4 ou 5 critères et pour chacun de ses critères 4 ou 5 degrés. L'intérêt de ce référentiel sera de nous aider à élaborer des projets individuels à partir de données repérées et de fixer par là même des objectifs et des moyens eux aussi repérables et évaluables.

Cet outil met bien l'adolescent au centre des débats et devrait donner aux synthèses un caractère plus objectif. Concret et opérationnel, le projet individuel pendra aussi tout son sens dans la prise en compte au quotidien de l'adolescent et de ses besoins.

De plus, je souhaite pouvoir utiliser ce travail pour fédérer l'ensemble des intervenants autour du projet de l'adolescent.

⁵⁰ Jacques Danancier, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Dunod, Paris, 1999.

6.4 MODULER L'ACCUEIL ET PRENDRE EN COMPTE L'EVOLUTION DE CHAQUE ADOLESCENT.

6.4.1 Moduler les accueils internat/semi-internat.

La CDES est l'instance qui oriente les adolescents vers notre établissement. La notification d'orientation prévoit également le régime d'accueil, internat ou semi-internat. Ce choix repose sur les éléments du dossier trouve sa justification dans les difficultés familiales ou relationnelles au sein de la famille. Si la famille, c'est à dire les parents, peut refuser une décision et faire valoir une préférence, le jeune n'est pas toujours consulté. Nous sommes confrontés à deux types de situation : un adolescent qui supporte mal l'internat et souhaite rentrer au domicile familial et, à l'inverse, un adolescent qui voudrait bénéficier de l'accueil en internat et des activités qui y sont proposées. Là aussi il s'agit d'aller vers un assouplissement du fonctionnement.

L'internat permet à des adolescents de prendre de la distance vis à vis du contexte familial souvent difficile. Lieu éducatif et de socialisation, l'internat est aussi un lieu de protection qui participe à la construction de leur personnalité pour les adolescents. En effet, il faut aider l'adolescent et sa famille à se distancier dans un objectif de se retrouver ultérieurement sur des bases relationnelles équilibrées, respectueuses de chacun et solides. Dans cet état d'esprit, je suis favorable à étudier toute demande d'adaptation et de modulation. Il ne s'agit pas ici de céder à la demande d'une famille ou d'un jeune, mais d'entendre une demande, d'y travailler et d'y répondre le plus clairement possible dans l'intérêt du jeune qui nous est confié.

D'un autre, côté nous devons aussi être en capacité de proposer un accueil temporaire, limité, à des jeunes accueillis en qualité de semi-internes et qui tireraient bénéfice de la vie dans un groupe d'internat un ou deux soirs par semaine.

Une telle souplesse permettrait d'éviter les situations de crise ou de mal-être qui sont des freins importants à la construction de soi et à toute démarche d'éducation et de socialisation. Tout ceci est évidemment envisageable uniquement dans le cadre d'un projet construit en relation avec le jeune et sa famille et justifié auprès de la CDES, des organismes de contrôle et des organismes financeurs.

En ce qui concerne la socialisation des adolescents, une telle démarche est l'occasion de leur montrer que rien n'est figé et qu'ils ont la possibilité de faire valoir leur point de vue. La procédure doit aussi prévoir une réponse motivée où les arguments doivent tenir des capacités sans nier les difficultés, en lien avec le projet individuel et la mission de l'établissement.

6.4.2 Reconnaître et prendre en compte le parcours individuel.

L'âge moyen à l'entrée se situe vers 14 ans et la durée moyenne de séjour autour de 4 ans. La répartition des âges pour chaque année s'étend de 14 à 20 ans et bon nombre de jeunes sont mineurs de moins de 15 ans à l'entrée et majeurs à leur sortie.

La constitution de groupes « horizontaux » à l'internat et au semi-internat permet un repère des âges. Dans son fonctionnement, le groupe d'internat des plus âgés permet une autonomie plus importante sans que cela soit aujourd'hui clairement formalisé. La consommation de tabac, en référence à la législation, est interdite jusqu'à 16 ans, de 16 à 18 ans elle est autorisée avec l'accord des parents ou des responsables légaux et à partir de 18 ans elle est laissée au libre choix de l'adolescent. En dehors des anniversaires qui sont fêtés, la consommation de tabac constitue un des seuls repères en lien avec l'âge.

Dans les ateliers et les classes, les âges sont moins différenciés et ainsi des jeunes de 16 ans côtoient d'autres de 19 ou 20 ans. La seule exception est l'atelier d'accueil pour les garçons pendant leur première année. L'effectif et la taille de l'établissement n'est pas un facteur favorable à la constitution de groupes par classes d'âge et permet un contact entre les générations. Cependant, les préoccupations des adolescents de 14 ans n'ont pas les mêmes que ceux de 20 ans et cette cohabitation forcée peut engendrer plusieurs dangers :

- Avoir des exigences trop élevées pour des jeunes de 14 ans et pas assez pour les plus âgés.
- Ne pas marquer suffisamment l'avancée en âge pour chacun et ne pas leur permettre de prendre conscience du fait qu'ils grandissent et que, ce faisant, leur place et leurs responsabilités évoluent.

Il me semble donc indispensable, pour chaque jeune, de resituer dans le projet individuel le lien entre l'âge et les objectifs du projet. De plus, je souhaite marquer le passage à la majorité par un entretien où seront rappelés non seulement les droits nouveaux (vote) mais les nouvelles modalités d'exercer des droits qui jusque là étaient assurés par les parents ou les responsables légaux ainsi que les obligations qui découlent de cette situation de jeune majeur.

La population que nous accueillons présente souvent un décalage entre l'âge et la maturité. Nous devons pouvoir, là aussi, mettre en œuvre des adaptations en fonction de situations individuelles et, par exemple, favoriser un changement de groupe pour un adolescent trop jeune au regard de l'âge mais dont la maturité lui permettrait de tirer bénéfice d'une inscription dans le groupe des aînés. La même démarche doit se retrouver dans les groupes scolaires et d'ateliers.

6.4.3 Externaliser l'internat pour les plus âgés.

Nous disposons d'une petite maison située à 7 km de l'établissement où les aînés de l'internat (17 – 20 ans) font, par groupes de trois, de multiples expériences d'autonomie (menus, courses, repas, comptes, etc.) Cependant, ce logement est isolé, les loisirs se limitent souvent à la télévision, la gestion reste limitée. Sans nier l'intérêt de ces expériences, je suis interpellé par le nombre d'échecs (22,8%) après la sortie pour les jeunes orientés vers le milieu ordinaire de travail ou une formation qualifiante. Préparer ces jeunes à assumer la gestion de leur vie quotidienne nécessite un véritable « entraînement » sur une durée suffisamment longue pour pallier les difficultés de compréhension, de mémorisation, etc.

Pour les six aînés je propose de louer un logement collectif à la périphérie de Vannes. Encadré par un éducateur, ce groupe prendra en charge tous les aspects de la vie quotidienne. L'organisation et la gestion des loisirs et de la vie extra professionnelle sera un des éléments importants. Avec une séparation du lieu de formation du lieu de vie, ce fonctionnement constituera une préparation à leur situation future d'apprentis ou de salariés en milieu ordinaire ou protégé.

De plus, en partenariat avec les foyers du jeune travailleur nous mettrons en place des stages dans ces établissements.

6.5 ASSOCIER LES PARENTS ET LES ADOLESCENTS, UNE NECESSITE ET UN CHOIX DE DIRECTION.

L'importance de la famille dans le processus de socialisation et les orientations du cadre réglementaire exige que nous interrogeons nos relations avec les parents. En effet, l'obligation renvoie aux textes réglementaires (annexes XXIV et circulaire du 89-17 du 30 octobre 1989) qui prévoit l'information, l'association et le soutien de la famille. Au-delà de l'aspect légal, il me paraît capital d'insister sur l'indispensable nécessité d'implication des parents dans le projet de leur enfant : « *en effet, les parents demeurent les parents, et en l'absence de toute implication de leur part, un projet éducatif ou thérapeutique a-t-il réellement des chances d'aboutir ?* »⁵¹. Non seulement je réponds par la négative, mais je considère comme une position éthique de responsable d'établissement celle qui consiste à garantir aux familles un accueil, une considération et une prise en compte où culpabilité et jugement de valeur sont exclus.

⁵¹ Jean-René Loubat, *ibid.*

6.5.1 Une charte pour formaliser les relations avec les familles et les jeunes accueillis.

J'ai déjà abordé les carences éducatives, affectives de certains milieux familiaux et précisé comment ces situations renvoyaient à la fonction de socialisation de la famille : ces carences ne sont pas sans conséquence sur le processus de socialisation de leur enfant. Dans ce travail de réflexion, concernant la socialisation d'adolescents, nous ne pouvons pas faire l'économie d'une réflexion sur l'aide à apporter au jeune et à sa famille pour qu'ils entendent, comprennent et, éventuellement intègrent les modes de relation qui régissent la vie en société.

Les pratiques institutionnelles à ce sujet ont évolué depuis quelques années. Comme beaucoup d'institutions nous avons connu une époque où les familles étaient tenu à l'écart, pour s'orienter vers une relation axée vers un travail *sur* la famille à partir d'une approche plus systémique. De ma place de responsable institutionnel, j'ai souhaité limiter ce type d'intervention. En effet, notre mission, la formation des intervenants dans les rencontres avec les familles ne nous permet pas de nous situer en tant que thérapeutes familiaux et, ce faisant, nous risquons de mettre certains parents en réelle difficulté.

Si les pratiques se sont rapprochées aujourd'hui de l'esprit des textes, un certain flou persiste, faute de politique clairement définie. Il est de ma fonction, en relation avec l'ensemble des intervenants, de poser les objectifs et le cadre de ces relations. Plusieurs points me paraissent indispensables :

- ⇒ Donner aux parents la place légitime qui leur revient de droit dans l'éducation de leur enfant et les situer chaque fois que nécessaire dans leur rôle de parents, doit constituer la pierre angulaire de tout cet édifice.
- ⇒ Mettre en œuvre un climat de confiance où démagogie et suspicion n'ont pas leur place, me semble être un point de départ favorable à une collaboration constructive.
- ⇒ Afficher une volonté et mettre en place les moyens d'une réelle association des parents à l'élaboration du projet de leur enfant.
- ⇒ Être vigilant à ne pas mettre le jeune en conflit de loyauté vis à vis de sa famille, est une exigence quotidienne pour l'ensemble des professionnels.

Ceci doit donner lieu à l'élaboration d'une charte qui précisera aussi les objectifs, la fréquence, les modalités des rencontres et les possibilités des familles à faire valoir leurs droits et leurs suggestions. Cette charte rappellera aussi à chacun ses droits et ses obligations :

- ✓ Engagement de l'établissement sur la mise en œuvre des moyens nécessaires.

- ✓ Engagement des parents à soutenir leur enfant et droit à l'information et à la participation à l'élaboration du projet de leur enfant.
- ✓ Engagement de l'adolescent à participer aux actions qui lui seront proposées et droit d'être informé, de donner son point de vue, d'émettre des choix.

Dans l'esprit du texte adopté en première lecture concernant la réforme de loi de juin 1975, cette charte fera partie des documents remis lors de l'accueil dans l'établissement et donnera lieu à une signature conjointe.

6.5.2 Le livret d'accueil et le document individuel de prise en charge, deux outils à construire.

Conscient de l'intérêt d'un tel document en matière d'information et d'association des familles et des jeunes, et en lien avec le texte de la réforme (article 5), je suis partisan de l'élaboration d'un livret d'accueil où se trouvera précisé le règlement de fonctionnement « *qui définit les droits et les obligations des personnes accueillies* »⁵², et d'un document individuel de prise en charge pour définir la nature et les objectifs de la prise en charge dans le respect des règles déontologiques et éthiques.

Au-delà de l'intention première, cette démarche va nécessiter un travail de réflexion sur plusieurs points :

- ✓ A propos du règlement intérieur, outre la nécessité de consulter le conseil de la vie sociale et si sa rédaction relève de la responsabilité du directeur, son élaboration devra engager l'ensemble du personnel. La participation de chacun sera favorisée et encouragée. Se pose aussi la question de l'association des adolescents à cette élaboration. Les confronter à ce travail présente un intérêt quant à leur socialisation. Cependant, de mon point de vue, il est important de fixer les limites d'une telle participation pour éviter les malentendus ou les risques démagogiques : nous ne participons pas à l'élaboration de toutes règles qui s'appliquent à nous et le cas échéant un désaccord avec le texte publié ne nous exonère pas du respect des règles posées par le texte. Cette question est délicate et exigera de ma part, vigilance et sérénité, tant vis à vis des adultes que des jeunes.
- ✓ Le document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Issu d'une élaboration collective où chaque intervenant doit être en mesure de décliner des objectifs généraux de manière plus spécifique dans le domaine qui est le sien, ce document

⁵² Article 7.

ressemblera à celui élaboré aujourd'hui en fin de synthèse (3 fois par an) mais devra être plus précis, notamment sur les moyens et les critères d'évaluation (Cf. point précédent). La participation des adolescents et de leurs parents à l'élaboration de ce document va demander une préparation pour les professionnels sans laquelle nous risquons de connaître des mouvements de résistance à la fois compréhensibles et pourtant néfastes à la mise en œuvre de cette transformation. Là aussi, ma capacité à convaincre, à rassurer et ma détermination seront indispensables à une évolution sereine et dynamique.

6.5.3 Prolonger l'expérience du conseil d'établissement.

Créé par le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 le conseil d'établissement, instance de représentation des usagers et de leurs familles, des personnels et de l'organisme gestionnaire, participe à l'expression du droit des usagers.

Mis en place en mai 1997, le conseil d'établissement a permis une éducation à la démocratie par l'organisation d'élections des délégués après des débats sur la question de la représentation au sein d'une telle instance où les candidats ont pu se présenter et expliquer leur démarche. A plusieurs occasions j'ai été surpris de la pertinence et du courage de tel ou tel adolescent pour aborder des sujets délicats (le racket, le respect dans l'institution, par exemple). La présence du directeur, à titre consultatif, permet d'apporter réponses, éclaircissements ou explications aux diverses questions abordées, les délégués ayant la charge de rapporter à leurs camarades les conclusions des débats. Cette instance pourra évoluer vers un conseil de la vie sociale, tel qu'il est stipulé à l'article 6 bis du texte réformant la loi de juin 1975.

L'intérêt de cette expérience est pourtant relativisé par la fréquence de ces réunions, deux fois par an. De mon point de vue c'est insuffisant pour permettre l'exercice d'une réelle représentation d'autant que certains élus quittent l'établissement l'année qui suit leur élection. Aussi, je suis favorable à la mise en place de rencontres régulières (4 fois par an) avec les représentants des adolescents. La préparation de cette rencontre sera soutenue par les équipes éducatives et pédagogiques pour aider les délégués à organiser des rencontres avec leurs camarades et lister les questions à aborder. Chaque rencontre fera l'objet d'un compte rendu destiné à l'ensemble des jeunes, des familles et du personnel.

7 - METTRE EN OEUVRE DES PARTENARIATS, UNE CONDITION INDISPENSABLE POUR UNE MEILLEURE SOCIALISATION DES ADOLESCENTS.

7.1 LE PARTENARIAT, UN LEVIER POSSIBLE.

7.1.1 Le partenariat ne se décrète pas, il se construit avec méthode et stratégie.

La transversalité des politiques sociales de ces dernières années nous amène aujourd'hui à sortir de la logique concurrentielle pour aller vers des complémentarités d'action en mutualisant éventuellement une partie de nos moyens. Nous avons pu voir comment, depuis la décentralisation, en passant par loi sur le revenu minimum garanti (RMI) et jusqu'au texte de réforme de la loi de juin 1975, nous sommes passés d'une logique sectorielle à une logique transversale et complémentaire. Toute cette évolution ne peut être séparée de la politique de la ville dont les fondements ont pris naissance dans les difficultés engendrées par la crise économique : chômage, références éducatives fluctuantes, délinquance, violence des jeunes, etc. *« c'est une politique contractuelle (elle engage l'Etat, les maires, les préfets), locale (adaptée aux conditions économiques et sociales de chaque cité) globale et coordonnée, et qui associe les citoyens aux décisions »*⁵³.

Le partenariat est défini comme *« un rapport complémentaire et équitable entre deux parties différant par leur nature, leurs missions, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement »*.⁵⁴ *« C'est le mode d'une action menée en commun, avec un but (...) Le partenariat suppose un projet ... à plusieurs (deux au moins) et sa réalisation. »*⁵⁵

*« Le partenariat relève d'une philosophie de l'action »*⁵⁶. En effet, le partenariat est différent de la coopération (faire ensemble) et repose sur quelques préalables : une égalité de prérogatives à propos d'une situation repérée et engagement mutuel par rapport au sens donné au projet. La notion de concurrence n'est pas totalement absente d'une démarche de partenariat, mais elle est nommée ou repérable dans les objectifs et les moyens définis par

⁵³ La documentation française, *La politique de la ville et des banlieues*, Paris, 1997.

⁵⁴ Cité par Michel Adam dans Les cahiers du CREAHI, *Du partenariat à la coopération*, page 11, Poitiers, 2000.

⁵⁵ Michel Adam, *ibid.*, page 15.

⁵⁶ Patrick Lefèvre, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

et pour les différents partenaires. Travailler en partenariat c'est accepter de travailler dans la transparence : tant dans la définition des objectifs que des moyens, mais également dans la définition des critères et l'élaboration des procédures d'évaluation. « *La transparence accrue des établissements et services, l'évaluation concertée de l'action sociale a peu à peu créé une lisibilité du positionnement et de l'action de chaque partenaire.* »⁵⁷

A l'égalité de prérogative, s'ajoute aussi la nécessité pour chacun des partenaires d'y trouver un intérêt et un bénéfice. Tout ceci montre combien le partenariat est une construction exigeante, où l'intention seule ne suffit pas. C'est aussi un état d'esprit qui vient bousculer nos habitudes institutionnelles et oblige à une autre lecture des organisations et de l'action.

Le partenariat est aussi un édifice fragile que la réalité quotidienne peut mettre à mal rapidement. Nos interventions auprès de public en difficulté renforce la nécessité de clarté et de transparence si l'on veut permettre aux usagers de s'engager en connaissance de cause. Cependant, nous savons aussi pour ces personnes le besoin de vérifier si nos intentions sont fondées. Il existe alors un véritable risque pour les partenaires d'être mis en rivalité : par exemple quand une famille n'envoie pas son enfant à l'école au prétexte qu'il y a une rencontre avec l'équipe du SESSAD...en fin d'après-midi ! Ce type de situation peut très vite dégénérer en conflit ou, à tout le moins, en crise de confiance : l'école met en cause le SESSAD, l'un et l'autre font un procès d'intention à la famille, etc. La référence au projet, à la convention signée par les partenaires permet de resituer les prérogatives de chacun, de préciser les procédures : par exemple de rappeler à la famille qu'un rendez-vous avec le service ne peut annuler une journée d'école. La précision dans la définition du rôle, de la place de chacun, des actions et de leurs organisations sont des éléments qu'il faut prendre le temps d'élaborer ensemble soigneusement. La qualité de rédaction de la convention est un gage pour le travail au quotidien. Cet exemple montre aussi combien, dans ce dispositif partenarial particulier, la famille (et le jeune) n'a pas un statut de partenaire mais plutôt de bénéficiaire associé, informé, consulté.

7.1.2 Le partenariat, différentes formes possibles.

Il existe différentes formes de partenariat : groupements et communautés d'établissements entre autre. Pour ma part je préfère opter pour la mise en place de conventions. Nous utilisons

déjà ce système dans le cadre du SESSAD. C'est un moyen simple, qui se situe à deux niveaux, chacun devant faire l'objet de documents spécifiques :

⁵⁷ Patrick Lefèvre, *ibid.*

- ⇒ Au niveau des responsables d'établissements (voire d'association), une convention partenariale fixe les objectifs globaux du projet, ses modalités de fonctionnement, les responsabilités de chacun, l'organisation, le financement, l'organisation, les modalités d'évaluation, les règles de dénonciation
- ⇒ Au niveau de chaque jeune, une convention individuelle, fixe non seulement les objectifs visés mais définit précisément le contenu des interventions, les lieux, les moments, la durée, les intervenants. Cette convention (projet) est signée par le directeur, les intervenants, les parents et le jeune lui-même.

Cette pratique me semble tout à fait adaptée aux actions à mettre en place dans le cadre de notre collaboration tant avec l'éducation nationale, qu'avec le secteur de la pédopsychiatrie. Chaque secteur, en fonction de sa spécificité, pourra préciser la nature et l'organisation des actions proposées en fonction des demandes de l'institution partenaire et en fonction des observations qu'il fera et dont il rendra compte. En outre, la souplesse d'un tel fonctionnement permet des adaptations régulières sans nécessiter une organisation trop lourde.

7.2 L'EDUCATION NATIONALE, UN PARTENAIRE DEJA CONNU.

7.2.1 L'intégration scolaire, une politique nationale et des orientations départementales.

La loi de juin 1975 en faveur des personnes handicapées a institué l'obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés et à fixer comme objectif le maintien ou l'intégration en milieu scolaire ordinaire. Cet objectif a été confirmé par la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 89 qui souligne la nécessité de favoriser l'intégration scolaire des jeunes handicapés. Les nouvelles annexes XXIV (décret du 27/10/89) affirme comme priorité le maintien en milieu ordinaire et l'intégration scolaire. Les circulaires du 29 janvier 82 (82-048), du 29 janvier 83 (83-082) et de novembre 91 en ont précisé les modalités et créer les classes d'intégration scolaire (CLIS).

La circulaire du 17 mai 1995 (n° 95-125) décrit les modalités de création et de fonctionnement des Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI). Ces unités sont prévues pour la scolarisation en collège de jeunes (14 – 16 ans) présentant un handicap mental. Ces UPI constituent un outil d'intégration avec la possibilité d'y accueillir (à temps partiel) des jeunes placés en établissements spécialisés et également la possibilité d'intégrer (à temps partiel) certains élèves d'UPI dans d'autres classes du collège.

Le début de l'année 99 a été aussi marqué par la présentation d'un « plan d'encouragement à la scolarisation des enfants handicapés » par Ségolène Royal (ministre délégué à l'enseignement scolaire). L'objectif est d'inverser la tendance selon laquelle un enfant ou adolescent handicapé sur 3 est scolarisé tandis que la majorité est accueillie dans le secteur médico-social ou hospitalier. Ce plan annonçait aussi une mission de l'inspection générale de l'éducation nationale et de l'inspection générale des affaires sociales devant dresser un état des lieux. L'une des conclusions du rapport propose l'élaboration d'une « *Charte de la scolarisation des enfants handicapés rappelant la cadre législatif et affirmant le droit à l'école pour tous* »⁵⁸. Ce rapport insiste aussi sur le manque d'unités pédagogiques d'intégration et préconise également l'augmentation du nombre des SESSAD pour accompagner ces élèves handicapés.

Aujourd'hui, 10 adolescents sont scolarisés à l'UPI du collège Montaigne de Vannes ouverte depuis 3 ans. Le dispositif départemental Handiscol décidé par le ministère de l'Education Nationale est en place, dispositif d'information dont la coordination est assurée par le préfet sous la double présidence du directeur de la DDASS et de l'Inspecteur d'Académie.

7.2.2 Des actions complémentaires dans le cadre d'un partenariat réciproque.

Pour avoir montré dans les pages précédentes comment le clivage entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé peut être néfaste à l'évolution et à la socialisation des adolescents, je propose ici de mettre en œuvre des actions communes au service d'une population qui peut en bénéficier. Cela revient à situer la SIPFP dans l'ensemble du dispositif d'intégration scolaire.

Une partie de la population accueillie arrive d'établissement spécialisé (IME essentiellement) et, parmi elle, quelques jeunes présentent des compétences scolaires compatibles avec une participation à certains cours d'enseignement général dispensés dans les classes de SEGPA. Jusqu'ici nous n'avons jamais développé ce type d'action et peut-être privé les jeunes concernés d'expériences propres à favoriser leur socialisation. Au-delà des aspects organisationnels et matériels, je suis tenté de croire que cet état de fait est aussi lié à une méconnaissance réciproque des collèges, de leurs responsables, des équipes d'enseignants. Avec le travail effectué dans le cadre du SESSAD, nous sommes aujourd'hui connus et reconnus et en mesure d'appréhender la capacité des collèges à accepter et à mettre en place, dans un travail en commun, la scolarisation partielle de jeunes accueillis dans la SIPFP.

⁵⁸ Revue TSA, n° 732, 2 avril 1999

D'autre part, nous sommes en mesure d'offrir un cadre repérant et structurant pour des adolescents scolarisés en classe de SEGPA à temps plein et pour qui cette situation est inadaptée du fait de difficultés scolaires, relationnelles, sociales ou familiales trop importantes. Nous retrouvons ici la population orientée vers notre établissement, pour qui j'ai montré la difficile acceptation de l'orientation. Dans ce cas, je suis partisan d'étudier la pertinence d'une prise en charge commune pour éviter la rupture, permettre au jeune de profiter au maximum des apports que peuvent lui procurer les différents lieux.

La question de l'orientation des adolescents accueillis à l'UPI commence à se poser après trois ans d'expérience. Si les familles n'ont pas toutes le même avis, parmi les parents de ces enfants, une majorité a, soit milité pour la création de ces classes et souhaite à tout prix éviter toute orientation vers le milieu spécialisé, soit refusé le handicap de leur enfant et/ou rejeté jusqu'ici toute réorientation vers le milieu spécialisé. Un travail de complémentarité avec le SESSAD permettrait de mettre en place des accueils ponctuels, ciblés, susceptibles de d'aider le jeune et ses parents à mesurer l'intérêt et la pertinence d'une telle orientation. Ce serait là un excellent moyen de préparer et de construire un projet d'avenir adapté, confirmant ou non l'opportunité d'une réorientation éventuelle vers un établissement spécialisé.

7.2.3 Un système de conventionnement inspiré de celui pratiqué au SESSAD.

La mise en place de conventions entre les collèges et la SIPFP pourra prendre appui sur la pratique mise en œuvre dans les conventions d'intégration scolaire.

Pour les jeunes accueillis dans la SIPFP et en mesure de bénéficier d'une intégration scolaire je serai favorable à un document à deux volets :

Etablissement spécialisé : Observations – Constats.

Réponses apportées dans l'établissement.

Demandes et attentes d'une intégration scolaire partielle.

Etablissement scolaire : Réponses proposées :

Objectifs et Moyens (faire quoi et pourquoi).

Organisation concrète : contenus – lieux – horaires.

Définition commune des modalités d'évaluation.

J'envisagerai le même type de démarche pour un jeune scolarisé dans le milieu ordinaire et qui justifierait d'un accueil partiel au sein de la SIPFP. De plus, il faudra ici une notification de la CDES, et une procédure qui se rapprochera de celle mise en place pour les orientations vers le SESSAD : dossier de demande émanant du collège, avis de la CCSD, décision de la CDES et, en cas d'accord, élaboration d'un projet adressé à la CDES.

L'intégration scolaire partielle de jeunes orientés et accueillis à la SIPFP, fera également l'objet d'une information précise à la CDES.

7.3 LA PEDOPSYCHIATRIE, UN SECTEUR A DECOUVRIR POUR UN PARTENARIAT POSSIBLE.

Sur les 65 jeunes accueillis de 1995 à 2000, 37 (56,9%) ont bénéficié de prises en charge au CPEA (centre psychopédagogique pour enfant et adolescent ou au CMP (centre médico psychologique). Le niveau de gravité des troubles est certes variable et la prise en charge n'a pas eu la même intensité et la même durée pour tous.

Toutefois, l'accueil d'adolescents aux difficultés psychologiques importantes n'est pas sans répercussion sur les équipes. Difficiles à comprendre dans leurs réactions, inquiétants dans des passages à l'acte parfois violents, ils renvoient aux adultes la limite de leur intervention. Cette confrontation est non seulement génératrice d'angoisse dans la mise en cause des compétences, mais peut devenir source de démotivation, voire de rejet. Bien que minoritaires, ces situations prennent régulièrement une place importante dans vie institutionnelle. Conscient des difficultés engendrées par ces situations et persuadé, malgré tout, de l'intérêt d'une prise en charge dans notre établissement pour ces jeunes très perturbés, je souhaite mettre en place des relations de travail avec le secteur de la pédopsychiatrie.

7.3.1 Une réflexion engagée depuis plusieurs années, portée par le schéma départemental.

En 1995 à 1997, à la demande du conseil départemental en santé mentale, une réflexion s'est engagée au niveau départemental à propos du renforcement du partenariat entre les secteurs de pédopsychiatrie et les instituts médico-éducatifs. En effet, la circulaire DGS/DH n° 70 du 11/12/92 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents préconise dans son annexe technique, titre III, la mise en place de prises en charge conjointes entre les services de la psychiatrie infanto-juvénile et les établissements médico-éducatifs.

Ce travail a permis, à l'époque, de faire un inventaire des diverses situations auxquelles étaient confrontées les IME., avec le souci de favoriser la reconnaissance des capacités évolutives de l'enfant dans sa personnalité comme dans ses acquisitions, d'élaborer des liens entre soins et pédagogie, sans méconnaître la spécificité de chaque domaine. Cependant, si le groupe de travail a pu faire des propositions et quelques suggestions, il n'a

pas réellement mis en place une politique départemental de rapprochement entre les deux secteurs. Ceci se retrouve dans le rapport du 1^{er} décembre 1998.

Toutefois, cet élément est repris dans le schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées. A propos de la promotion des coopérations avec la pédopsychiatrie, il est rappelé ce que stipulait le rapport du travail décrit ci-dessus : « *le développement des prises en charge à temps partiel conjointes et lorsque la situation de l'enfant le nécessite progressives entre les services de la psychiatrie infanto-juvénile et les IME, ceci dans un cadre conventionnel.* »⁵⁹

7.3.2 Un partenariat à construire.

Malgré le travail effectué de 1995 à 1997 par le groupe de réflexion, les recommandations du schéma départemental et les situations délicates auxquelles nous avons été confrontés, nous n'avons jamais rencontré les intervenants du secteur de pédopsychiatrie. Nous avons toujours traité le problème à l'interne, la plupart du temps avec une réponse médicamenteuse prescrite par le médecin psychiatre de l'établissement.

L'ensemble du dispositif partenarial éventuel est donc à construire. Dans le cadre d'une collaboration réciproque, il faudra pouvoir envisager aussi un accueil possible pour des adolescents suivis par le secteur de la pédopsychiatrie et pour qui un cadre protecteur, tel que le nôtre, représente une opportunité de confrontation à une réalité sociale plus accessible que le monde ordinaire. C'est aussi l'occasion de préparer une entrée future. Tout ceci repose d'abord sur une connaissance mutuelle où chacun devra prendre la mesure des spécificités de chaque domaine professionnel.

Ensuite il faudra définir les objectifs communs, les niveaux, les contenus, l'organisation et l'évaluation des interventions plus spécifiques de chacun. Ce dispositif devra être complété par des dispositifs d'observation et d'évaluation construits ensemble, partagés et confrontés au cours de temps de régulation prévus et organisés.

Un projet de convention relative à la collaboration entre la pédopsychiatrie et le secteur médico-social sur le département du Morbihan constitue une base de discussion avec les financeurs pour traiter les questions liées à cet aspect. A ce document devra s'ajouter une convention-projet de « prise en charge » qui reprendra les éléments du projet : observations, objectifs, moyens, etc. Celle-ci sera signée par les partenaires, les parents et le jeune concerné.

⁵⁹ Schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées, page 21.

7.4 ASSOCIER LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES INSTANCES DE CONTROLE (DASS), LES FINANCEURS ET LA CDES, LA GARANTIE D'UN SOUTIEN INDISPENSABLE.

Si le conseil d'administration a déjà été informé de la situation de l'établissement, de la nécessité d'envisager les évolutions proposées ici, il est indispensable qu'il soit associé et puisse apporter son soutien à la mise en œuvre de ce projet d'ouverture.

D'autre part une telle transformation va demander de travailler en collaboration étroite avec notre organisme de contrôle. Outre l'aspect légal, rappelé à l'article 14 de la loi du 30 juin 1975, toujours en vigueur, il me paraît indispensable d'informer et de solliciter l'inspecteur chargé du suivi de notre établissement. Cela suppose d'afficher et de mettre en place une politique de transparence, une pratique de « mise à plat » où apparaissent difficultés et points forts. Je suis favorable à un débat très ouvert qui pourra garantir une validation des décisions prises et un soutien éventuel dans la mise en œuvre, notamment sur la question des moyens et, en particulier des moyens financiers.

L'association du financeur est aussi incontournable. Quelle que soit l'incidence budgétaire, il est indispensable qu'il soit informé des éléments qui justifient cette incidence.

Pour l'avoir déjà évoqué, je souhaite associer la CDES à cette démarche pour qu'elle puisse exercer un suivi des projets mis en place et constitue une réelle instance de suivi et de contrôle des actions mises en œuvre dans le cadre de ces partenariats. Ceci me paraît d'autant plus indispensable qu'elle aura à se prononcer sur l'orientation de l'ensemble des jeunes accueillis dans l'établissement, qu'ils viennent ou non d'une structure scolaire ou de santé. C'est à mon sens une garantie d'un regard extérieur qui nous amènera aussi à affiner nos outils d'évaluation.

« Chef de projet », le directeur est à l'interface d'un ensemble d'instances qu'il doit savoir informer et mobiliser.

8 - INFORMER, CONVAINCRE, IMPLIQUER ET GERER, LA STRATEGIE DE DIRECTION AU SERVICE DU CHANGEMENT.

Je souhaite développer une information suffisamment large pour que l'ensemble des acteurs et des personnes concernées puisse en bénéficier : Association, organisme de contrôle, salariés, jeunes, parents ou représentants légaux. Pour les jeunes et les parents je m'appuierai sur le conseil d'établissement. Pour les salariés je serai vigilant développer une communication qui permette à tous de s'investir.

8.1 UNE POLITIQUE D'INFORMATION ET D'IMPLICATION DES SALARIES, LE CHOIX DU DIRECTEUR POUR FAVORISER L'ADHESION AU PROJET DE CHANGEMENT.

« *On ne peut mobiliser que dans l'espérance, que si l'on donne une trajectoire* »⁶⁰ est une affirmation que je partage et qui va conditionner ma démarche d'accompagnement de l'ensemble du personnel.

Dans un projet de changement la gestion des ressources humaines constitue un point capital. En effet, la qualité du projet dans sa construction et sa mise en œuvre est en lien directe avec l'implication du personnel. Le directeur de l'établissement doit pouvoir faire adhérer l'ensemble des équipes à la nécessité d'évolution, mais doit aussi choisir les stratégies propices à un travail collectif où – chacun de la place qu'il occupe – se sente concerné, respecté, reconnu, participe à l'élaboration des solutions retenues et s'engage dans leur réalisation concrète. Ceci se fera d'autant mieux que chacun pourra comprendre les nécessités qui justifient une telle démarche, connaître les objectifs à atteindre et repérer, pour lui-même et l'ensemble de l'institution, les pertes possibles et les bénéfices éventuels.

8.1.1 Informer, être à l'écoute et associer l'ensemble du personnel, un impératif primordial pour un climat institutionnel propice à la réflexion.

Amener l'ensemble des intervenants à interroger leurs pratiques, leurs modes de relation demande un climat institutionnel propice à cette réflexion. La communication interne peut être considérée comme un levier managérial au service du climat social. Au niveau individuel, la communication doit permettre une meilleure compréhension de l'environnement et ainsi favoriser la capacité à confronter ses points de vue. Pour la collectivité, elle renvoie à la circulation de l'information. Cette circulation peut être à la fois descendante et ascendante. Je serai vigilant à développer ces deux aspects : transmettre les informations que je possède et être ouvert à en recevoir.

Outre les temps de réunions, les tableaux d'affichage, j'utilise aussi la salle de coordination, véritable lieu de travail où sont entreposés les dossiers (armoire fermée), déposés toute les revues et documents professionnels, et où à travers le cahier de liaison et les casiers individuels je peux transmettre les informations. Il est toujours important de commenter et « d'accompagner » le passage de l'information. En effet, il ne suffit de « livrer » des documents pour que le message soit entendu. Pendant plusieurs mois nous avons diffusé des documents à propos de la réforme de la loi de juin 75, renvoyant les personnels aux

⁶⁰ Jean-Marie Miramon, Revue Management Sanitaire et Social, N° 4, Mai 2001, Page 14.

articles des revues Actualités Sociales Hebdomadaires et Lien Social, sans générer d'écho particulier chez une grande partie des personnels. Une prise de conscience a eu lieu quand une matinée de travail a été organisée sur ce thème et sur la base d'un document où j'ai repris un historique des politiques sociales et présenter différents points du texte de réforme. Cette « explication de texte » s'est avérée nécessaire pour que certains salariés puissent y « entrer ». Cependant a lui seul le passage de l'information, aussi important soit-il, ne garantit pas un climat social serein et propice à la réflexion. Encore faut-il que le directeur ait réfléchi au message qu'il souhaite passer et que d'autre part il sache faire ressortir les atouts. Sans nier les limites ou les aspects à surmonter, il doit savoir ressortir les opportunités, les points d'appui, etc. Il est de sa responsabilité de créer un climat dynamique, serein, pour permettre aux salariés d'être aussi confrontés à des informations plus difficiles à entendre ou à accepter.

Enfin, en tant que responsable de l'institution, j'ai aussi à aller chercher l'information auprès des personnes, quelle que soit leur fonction, dans leurs lieux de travail et d'intervention. Cette démarche permet non seulement de reconnaître et de valoriser les salariés dans leur travail, mais elle donne aussi le « pouls » de l'institution.

Cette question de l'information, du climat social est un élément important de ma fonction de direction et j'y veillerai particulièrement.

8.1.2 Confier aux cadres une réelle délégation.

L'assurance et la sécurité à apporter à l'ensemble des secteurs professionnels concernés nécessitent une équipe de cadres soudée et cohérente, mobilisée et engagée dans le projet. J'aurai un souci particulier pour les associer très tôt à la démarche et leur permettre d'exercer une délégation réelle et effective dans leur domaine de compétences. Pour mener à bien une telle entreprise, une personne seule ne peut cumuler toutes les compétences et assumer toutes les tâches. Il est donc indispensable de déléguer, c'est-à-dire de partager ses pouvoirs en prenant soin de repérer la mission confiée, d'en fixer les limites et d'en définir, pour chacun, les modalités de contrôle et d'évaluation. La délégation constitue un aspect important de la fonction du directeur, « *un instrument de management* »⁶¹ qui, non seulement ne diminue pas l'autorité, mais la multiplie et la renforce.

Nos réunions mensuelles constitueront un cadre de départ auquel pourront s'ajouter d'autres moments si le besoin s'en fait sentir.

⁶¹ Patrick Lefèvre, *ibid.*

8.1.3 Donner leur place aux représentants du personnel.

Sans confondre la place et le rôle de chacun, il me paraît indispensable de donner aux délégués du personnel toutes les informations susceptibles de les aider à la compréhension de la situation pour leur permettre aussi de jouer leur fonction d'information auprès de l'ensemble du personnel et de la direction. Loin de vouloir leur donner une place qui ne doit pas être la leur, je souhaite dans cette affaire (comme d'habitude) travailler avec eux en collaboration et en bonne intelligence. Les réunions mensuelles sont programmées et devraient permettre de répondre à cet impératif.

8.1.4 Créer des groupes de travail.

Pour impliquer le plus largement possible les personnels et faire en sorte que chaque secteur soit représenté, je propose de constituer des groupes de travail. Chacun de ces groupes devra transmettre ses observations, ses analyses et ses propositions éventuelles à l'ensemble du personnel. Nous utiliserons ici les temps de réunions et de préparation déjà planifiés hebdomadairement afin de ne pas mettre l'établissement en sous-effectif d'encadrement et de garantir la qualité de la prise en charge.

Animé par le chef de service éducatif, un premier groupe aura la charge de préparer une présentation des textes réglementaires et de leur évolution. Ceci apportera une connaissance plus concrète, moins « floue », qu'elle ne l'est souvent pour bon nombre de salariés. Les ayant travaillés et intégrés, les personnes concernées sauront aussi les faire partager à leurs collègues.

Un autre groupe, animé, par les psychologues, travaillera à partir des constats quotidiens d'insatisfaction. Y faire intervenir les psychologues c'est me donner la garantie d'une prise de distance vis à vis de la réalité quotidienne en se recentrant sur notre objectif : apporter une prise en charge de qualité à tous les jeunes accueillis. C'est aussi, à travers cette réflexion, reconnaître et faire partager à tous la spécificité, l'intérêt et la complémentarité de chaque intervention.

Au fur et à mesure de l'avancée du projet l'objet de ces groupes de travail pourra évidemment évoluer. Il m'importe de mettre en place un système réel d'implication du personnel. Sans y intervenir directement, je serai vigilant à me tenir régulièrement informé auprès des cadres, du travail de ces groupes et de leurs réflexions.

8.1.5 Initier des rencontres avec les collègues et la pédopsychiatrie.

Dans l'avancée du projet je prévois de donner à l'ensemble du personnel éducatif, thérapeutique et pédagogique, la possibilité de rencontrer nos « futurs » partenaires

potentiels pour échanger sur les pratiques, les attentes d'un partenariat et élaborer des pistes de réflexion. Préalablement j'aurai moi-même engagé des démarches auprès des responsables de ces structures.

Moments privilégiés d'échange et de découverte, ces rencontres permettront non seulement de rompre l'isolement, mais constitueront un passage obligé d'explicitation de l'action menée au sien de l'établissement et d'écoute des actions mises en œuvre dans d'autres structures. Avoir à présenter leur action devrait permettre aux professionnels d'appréhender le travail institutionnel de manière plus globale, moins parcellaire, favorisant ainsi l'idée d'un nécessaire partenariat interne. De plus, cette ouverture est un préalable indispensable à la mise en place de partenariats avec ces structures. En effet, la qualité du partenariat et du travail réalisé dans ce cadre est directement liée à la qualité des relations entre les partenaires de terrain : une bonne connaissance mutuelle est un atout important.

En limitant les craintes et les appréhensions légitimes, ces rencontres seront aussi une manière concrète de mettre le projet et les personnels « en perspective ».

8.2 LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE, UN MOYEN POUR VALIDER ET AMELIORER LES COMPETENCES.

Dans un contexte de changement la formation professionnelle est un levier important : individuellement il autorise la mobilité fonctionnelle, collectivement il permet une montée en puissance cohérente des compétences et l'émergence d'une vision partagée de la nouvelle pratique institutionnelle.

8.2.1 L'entretien annuel d'appréciation, un outil d'évaluation à mettre en place.

Pour le directeur, rencontrer chaque salarié individuellement relève d'une pratique managériale. L'entretien d'appréciation « *doit s'inscrire dans une perspective de management participatif où le salarié est mobilisé comme acteur professionnel* »⁶². C'est une démarche de sollicitation dans une perspective dynamique et non espace de sanction.

Cet entretien permet :

- ✓ De repérer avec chacun les trajectoires personnelles de formation et d'activité professionnelles.
- ✓ De donner à chacun l'occasion de s'exprimer :
 - sur la compréhension et l'intérêt de l'action menée au sein de l'établissement, le service rendu aux usagers.

⁶² Patrick Lefèvre, *ibid.*

- a propos de la considération qu'il a de son travail au quotidien
- sur ses relations avec ses collègues proches et l'ensemble des salariés de l'établissement
- sur ses souhaits en matière d'évolution professionnelle, de formation.

✓ De permettre à chaque salarié d'entendre le point de vue du directeur.

Ainsi, chaque salarié a la possibilité de se repérer, d'être apprécié, reconnu et de se promouvoir. Pour le directeur c'est un outil d'évaluation individuelle et collective. Il peut mesurer non seulement chaque situation, mais dresser plus largement une «carte » de l'institution et prévoir les améliorations à réaliser. Celles-ci peuvent être d'ordre organisationnel, matériel, et également concerner des actions de formation à mettre en œuvre et concerner tout autant le niveau individuel et collectif.

Pour que cet entretien garde tout sens, il est aussi primordial de garantir la confidentialité et, pour chacun, l'élaboration d'un procès verbal des actions à mettre en place pour l'année à venir.

Cette pratique n'existe pas dans l'institution et j'ai l'intention de la mettre en œuvre dans le courant au début de l'année 2002, pour répartir l'ensemble des entretiens sur une période de 5 à 6 mois. Dans un premier temps je travaillerai à l'élaboration d'une grille d'entretien, non seulement pour avoir un «guide », mais aussi garantir à tous des conditions d'échange similaires (présentation de l'entretien, trame des questions, durée approximative, etc.). je souhaite en faire un outil de perspective au service de la qualité de la prestation rendue, de l'amélioration des compétences de chacun, de l'amélioration des conditions de travail pour créer des conditions propices à la mise en œuvre du changement. Instance de clarification de la mission de chacun, j'utiliserai ces entretiens pour réaliser ou actualiser les fiches de postes.

Ce sera aussi un point d'appui à l'élaboration du plan de formation.

8.2.2 La formation continue, à l'articulation entre l'individuel (salarié) et le collectif (institution), un outil au service du changement.

A travers les actions de formation et les acquisitions de compétences nouvelles qu'elles permettent nous devons répondre à deux impératifs : un besoin (souhait) ressenti par le salarié, une nécessité reconnue pour la qualité de la prestation rendue aux usagers.

Représentant l'employeur dans l'établissement, l'élaboration du plan de formation relève de ma responsabilité en concertation avec les représentants du personnel. Il faut pouvoir articuler les demandes relevant de projets personnels avec les impératifs liés au projet institutionnel. Je souhaite donc permettre l'expression des souhaits, en définissant préalablement les orientations favorables à l'évolution de l'établissement : la définition d'une

politique de formation, soumise à l'ensemble du personnel, clarifie la situation par les orientations qu'elle définit et peut laisser une marge de manœuvre possible pour des projets plus personnels. C'est dans cet état d'esprit que j'entends travailler cette question : pour être efficace, une action de formation doit être comprise et librement acceptée.

Au-delà des formations individuelles, toujours dans cet état d'esprit, je travaillerai avec l'ensemble des équipes et les représentants du personnel à la mise en place d'une formation collective intra-muros concernant l'évaluation et le projet individuel. Cette action devrait permettre un rapprochement entre les secteurs, développer la cohésion et favoriser la cohérence institutionnelle.

D'autre part, avec les cadres de l'établissement, nous nous attacherons à définir une politique d'animation des divers temps de réunion des équipes. En effet, ils représentent aussi des moments privilégiés pour apporter des contenus plus théoriques, indispensables à la réflexion et à la compréhension des changements à prévoir.

L'ensemble de ce dispositif doit nous amener vers la réécriture du projet institutionnel.

Le plan de formation se construira dans les limites budgétaires des sommes allouées. A l'appel d'offre pour la mise place d'une formation collective, j'ai retenu la proposition d'un organisme qui prévoit 10 jours d'intervention pour un coût de 60 000F. Mon premier objectif sera de négocier une répartition de la formation et de son coût sur deux exercices, afin de rester dans notre enveloppe annuelle (60 000F) tout en permettant une possibilité pour des stages individuels.

8.3 LA CONDUITE DU PROJET.

L'ensemble des actions envisagées et des acteurs concernés par ce projet nécessite de construire un programme permettant d'établir une chronologie et une planification. Ceci permettra la présentation d'un projet global où chacun (Association, professionnels, organisme de contrôle, partenaires, adolescents, familles) pourra en saisir le sens et en suivre le déroulement. Pour être complète, cette présentation devra intégrer les incidences budgétaires.

8.3.1 Le plan d'action.

Première phase : septembre 2001 à février 2002.

- ⇒ Rencontre avec le président et la directrice générale pour leur présenter le projet. Au-delà de leur accord il s'agit aussi de mesurer le soutien qu'ils entendent apporter.
- ⇒ Mobiliser l'équipe de cadres.

- ☐ Présentation du projet à l'ensemble du personnel et élaboration des premières pistes de travail pour la mise en œuvre d'un partenariat interne :
 - ✓ Définition des thèmes à travailler : projet individualisé, etc.
 - ✓ Constitution de groupes de travail, d'un comité de pilotage.
 - ✓ Préparation du plan de formation.
- ☐ Rencontre avec les organismes de contrôle et la CDES. En effet, il faut rapidement repérer comment ces instances perçoivent le projet, les remarques ou suggestions qu'elles peuvent faire quant à la pertinence des mesures proposées au regard des besoins dans le département. L'augmentation budgétaire liée notamment à la délocalisation d'une partie de l'internat demande aussi une réponse (au moins de principe). Le coût de cette sera intégré dans le budget prévisionnel 2002.
- ☐ Rencontre avec les représentants de l'éducation nationale et de la pédopsychiatrie pour poser les bases d'une collaboration :
 - ✓ Présentation du projet.
 - ✓ Evaluation des besoins.
 - ✓ Définition des modalités possibles de partenariat.

A ce stade je prévois de faire un bilan du travail engagé avec l'ensemble du personnel et un compte rendu aux instances associatives. Ensuite nous aborderons une phase de construction plus opérationnelle des partenariats externes.

Deuxième phase : mars à juin 2002.

- ☐ Mise en place des entretiens annuels d'appréciation
- ☐ Rencontre avec les responsables des collèges et des structures de pédopsychiatrie.
- ☐ Début de la formation collective (évaluation, projet individuel).
- ☐ Mise en place de rencontres entre les personnels de l'établissement et les collèges et la pédopsychiatrie.
- ☐ Elaboration avec les équipes des modalités concrètes d'interventions.
- ☐ Maintien d'un contact étroit avec les commissions de la CDES sur l'avancée de notre réflexion autant à l'interne qu'avec nos partenaires.
- ☐ Constitution et présentation des premiers dossiers aux instances compétentes.
- ☐ Mise en œuvre des premières actions « partenariales ».

Je souhaite voir les premières actions se mettre en place avant l'été 2002, toutefois l'objectif visé consiste surtout à pouvoir envisager dès la rentrée, en septembre 2002, de réelles possibilités de travail en partenariat.

Une première évaluation de ce travail, avec l'ensemble des partenaires et des instances associatives, de contrôle, d'orientation, interviendra au début de l'année 2003 :

- Nombre de situations suivies.
- Analyse des résultats.
- Analyse du fonctionnement.
- Bilan et modifications à envisager.

8.3.2 Les incidences financières : prévisionnel des charges liées à la mise en œuvre du projet.

La délocalisation d'une partie de l'internat va entraîner une modification non négligeable. Nous allons dénoncer le bail pour la location actuelle d'une maison située à 7 km de l'établissement pour louer une maison plus grande à la périphérie de Vannes.

- Loyer prévisionnel : 84 000 F contre 44 000 F aujourd'hui.
- Taxe habitation : 5000F contre 2500 aujourd'hui.
- Déplacement supplémentaire : 5000F de carburant (50km par jour, 9l de gasoil pour 100km à 5,5F le litre)
- Eau, gaz et électricité verront leur facture évoluer par rapport au mode chauffage (électrique), le nombre de pièces à chauffer, etc.

La mise en place de partenariats va aussi générer une augmentation des déplacements et donc une augmentation de la consommation de carburant.

Prévisionnel des variations de charges présenté en francs (1 euro = 6,55957 francs) :

Comptes	Intitulé des dépenses	Accordé 2001	Imputations	Incidence	Ecart
60	Achats	856 152			
606610	Eau		+ 2 000	875 152	2,2%
606120	Electricité		+ 10 000		
606210	Gaz		- 3 000		
606260	Carburants		+ 10 000		
61	Services extérieurs	523 022			
613200	Locations immobilières		+ 40 000	563 022	7,64%
62	Autres services extérieurs	249 320		249 320	
63	Impôts et taxes	552 181			
63153	Autres impôts locaux		+ 2 500	554 681	0,45%
64	Charge du personnel	5 998 458		5 998 458	
65	Autres charges de gestion courante	289 388		289 388	
66	Charges financières	46 761		46 761	
67	Charges exceptionnelles				
68	Dotations amortissements	412 605		412 605	
	TOTAL CHARGES CLASSE 6	8 927 887	+ 61 500	8 984 387	0,69%

Conclusion de la troisième partie.

Les évolutions préconisées cherchent à favoriser la socialisation des adolescents accueillis en proposant un ensemble de prestations et un fonctionnement institutionnel liés au projet individuel. Ainsi placé au ~~cor~~ cœur du dispositif qui le concerne, le jeune devient le point de convergence des débats et le projet individualisé l'élément fédérateur susceptible d'engager l'ensemble des intervenants dans une vraie démarche de partenariat.

Au-delà des transformations « internes », l'autre étape du changement vise à sortir l'établissement de son « isolement » en développant à la fois une logique d'ouverture et une dynamique partenariale vers d'autres structures. Toujours en lien avec la question de la socialisation, il s'agit de diversifier les expériences dans le cadre de partenariats réciproques avec l'éducation nationale et la pédopsychiatrie.

Compte tenu de l'histoire de l'institution, c'est une évolution culturelle importante. Aussi, ai-je choisi de développer une stratégie d'accompagnement du projet orientée vers la gestion des ressources humaines. Une concertation étroite avec les instances associatives, les organismes de contrôle, la CDES devrait permettre un soutien et constituer un atout supplémentaire pour « ouvrir » l'établissement et l'engager dans une dynamique d'avenir.

CONCLUSION GENERALE.

Persuadé que la socialisation constitue une mission essentielle pour un établissement qui accueille des adolescents déficients intellectuels légers et conscient des orientations politiques vers des pratiques transversales, j'ai choisi d'analyser le fonctionnement de l'institution au regard de ces deux éléments.

Un constat de fermeture et une pratique limitant la socialisation des adolescents accueillis m'a amené à proposer un projet pour améliorer le fonctionnement à l'interne et développer des partenariats avec les secteurs de l'éducation nationale et de la pédopsychiatrie. Permettre à des adolescents en difficulté de diversifier leurs expériences sociales, éviter les ruptures en construisant un dispositif où les allers-retours entre le monde ordinaire et le secteur spécialisé, entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, sont possibles, telle est la démarche dans laquelle je souhaite engager avec l'ensemble des acteurs concernés. Au-delà des transformations préconisées, l'objectif de ma réflexion est aussi d'inscrire l'institution dans une nouvelle mouvance : passer d'une logique d'établissement pour aller vers une logique de dispositif où la notion de prestation devient centrale.

Pour l'établissement lui-même, c'est une réflexion de fond qu'il faut réaliser. Je serai vigilant à mobiliser les instances associatives, à informer et interpeller les instances de contrôle et d'orientation. Les évolutions à prévoir vont nécessiter un accompagnement important du personnel pour permettre l'adhésion de tous et favoriser l'implication indispensable à une appropriation nécessaire à la qualité de mise en œuvre du projet. Information, communication et participation seront les axes importants de ma stratégie de directeur vis à vis de l'ensemble du personnel.

En phase avec les politiques sociales et les orientations départementales, ce projet représente une formidable opportunité pour faire entrer l'établissement dans une dynamique indispensable à son avenir. En effet, l'évolution décrite constitue l'étape sur laquelle pourront s'appuyer les transformations futures. Il s'agit donc aussi de construire un modèle institutionnel susceptible de s'adapter à l'évolution des besoins, des nouvelles exigences du corps social.

BIBLIOGRAPHIE.

ŒUVRES :

ARIES Philippe, *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, collection Point, éditions du Seuil, Paris, 1973.

DANANCIER Jacques, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif*, Dunod, Paris, 1999.

DOLTO Françoise et DOLTO TOLITSCH Catherine, *Parole pour adolescent ou le complexe du homard*, Hatier, 1989.

DUBAR Claude, *La socialisation*, Armand Colin, Paris, 2000.

EBERSOLD Serge, *L'invention du handicap, la normalisation de l'infirmes*, CTNERHI, PUF, Paris, 1992.

FISCHER Gustave Nicolas, *Les domaines de la psychologie sociale, 2 les processus du social*, Dunod, Paris, 1991.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972.

JAEGER Marcel, *Guide du secteur social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

JANVIER Roland et MATHO Yves, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Dunod, Paris, 1999.

LE DUC Yves, *Guide d'initiation au droit pour les professions éducatives et sociales*, Dunod, Paris, 1998.

LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

LOUBAT Jean-René, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

MISES Roger, L'enfant handicapé mental, dans, *Construction de soi et Handicap mental*, sous la direction de ZRIBI G. et SARFATY J., éditions ENSP.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*, CTNERHI-INSERM, Flash information.

TAP Pierre et MALEWSKA-PEYRE Hanna, *Marginalités et troubles de la socialisation*, PUF, 1993.

TAP Pierre et PI-SUNYER Marie-Thérèse, *Crise et troubles d'altérité à l'adolescence*, dans Annales de Vaucresson, N° 28/1998-1.

DICTIONNAIRES :

Grand dictionnaire encyclopédique.

Dictionnaire de l'essentiel en sociologie, Liris, Paris, 1998.

Dictionnaire critique d'action sociale.

REVUES :

Lien Social, N° 519, février 2000.

Sciences Humaines, N° 33, novembre 1993 : BRACONNIER Alain, *Les adieux à l'enfance*.

Les Cahiers du CREHAI, N° 8, Poitiers, 2000 : ADAM Michel, *Du partenariat à la coopération*.

Travail Social Actualité, N° 732, 2 avril 1999.

Management Sanitaire et Social, N° 4, mai 2001.

RAPPORTS :

BLOCH LAINE François, *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, 1967.

DOCUMENT DE TRAVAIL :

BRIZAIS Reynald, *Trois débats : autonomie, socialisation, insertion –intégration*, 1997.

ANNEXES

ANNEXE I :

Extrait du projet de réforme de la loi 75-735, adopté en première lecture à l'assemblée nationale le 1^{er} février 2001.

(non fournie par l'auteur)

ANNEXE II :

Etude de la population accueillie à la SIPFP.

Statistiques d'entrée pour les effectifs accueillis à la SIPFP depuis 1988.

Tableau des déficiences, incapacités et désavantages majoritairement présents chez les adolescents accueillis.

Sorties de ces effectifs.

Tableau des sorties effectuées chaque année depuis 1995 à 2000.

ANNEXE III :

Le personnel.

Tableau du personnel.

Organigramme.

ANNEXE IV :

Conventions de partenariat.

Proposition de la caisse régionale d'assurance maladie.

Convention d'intégration scolaire.

(non fournie par l'auteur)

ANNEXE II :
Etude de la population accueillie à la SIPFP.

Statistiques d'entrée pour les effectifs accueillis à la SIPFP depuis 1988.

Tableau des déficiences, incapacités et désavantages majoritairement présents chez les adolescents accueillis.

Sorties de ces effectifs.

Tableau des sorties effectuées chaque année depuis 1995 à 2000.

STATISTIQUES D'ENTREE POUR LES EFFECTIFS ACCUEILLIS A LA SIPFP DEPUIS
1988.

	Age moyen	ETABLISSEMENT OU STRUCTURE D'ORIGINE												TOTAL
		IMP		CPEA		IR		CE		EN		Autres		
		G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	
1988	15,1	3				1				4				8
1989	15	5				2		1		5				13
1990	15,1	3				2				2				7
1991	14,96	5				1		1		4		2		13
1992	14,94	5				4				5				14
1993	15,01	4				1				2				7
1994	15,46	2		1		2		3		3		1		12
		27		1		13		5		25		3		74
		27 36,48%		1 1,35%		13 17,56%		5 6,75%		25 33,78%		3 4,05%		
		46 62,16%						25 33,78%		3 4,05%				
	Age moyen	IMP		CPEA		IR		CE		EN		Autres		TOTAL
		G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	
1995	15,05	10		1						3		1		15
1996	14,98	2							1	5				8
1997	14,2	5				1				4	2			12
1998	14,6	4	2	1						2	3			12
1999	14,04	6	2							1				9
2000	14,6	6	2							1				9
	14,57	33	6	2		1			1	16	5	1		65
		39 60%		2 3%		1 1,5%		1 1,5%		21 32,3%		1 1,5%		
		43 66,15%						21 32,3%		1 1,5%				
	Age moyen	IMP		CPEA		IR		CE		EN		Autres		TOTAL
	14,82	66		3		14		6		46		4		139
		47,5%								33,09%		2,9%		
		89 (64,03%)						33,09%		2,9%				

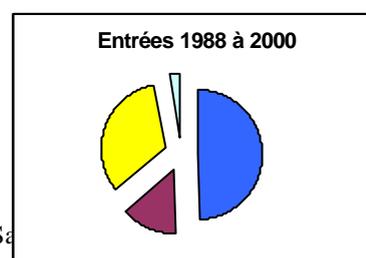
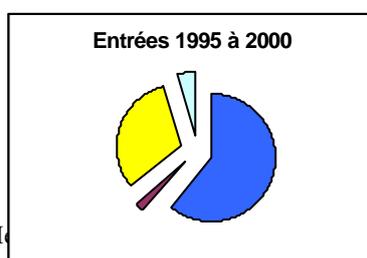
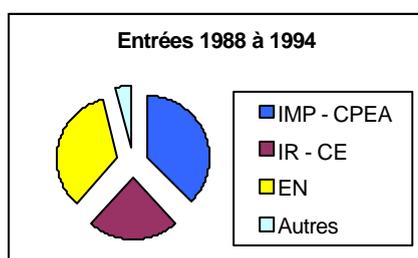


TABLEAU RECAPITULATIF DES DEFICIENCES, INCAPACITES ET DESAVANTAGES MAJORITAIREMENT PRESENTS CHEZ LES ADOLESCENTS ACCUEILLIS.

Déficiences :

- ✓ Déficience de la mémoire :
 - Autre déficience de la mémoire. La mémoire comprend la capacité d'enregistrer, stocker et reproduire de l'information.
- ✓ Déficience de la pensée :
 - Déficience de la conceptualisation et de l'abstraction, en relation avec la capacité d'interpréter le sens de ce qui est perçu, d'intégrer les perceptions, de former des relations significatives entre ces perceptions et de concevoir des abstractions.
 - Déficience de la pensée logique, en relation avec la capacité à relier les idées hiérarchiquement.
 - Lenteur de la pensée.
 - Autres : incohérence du processus intellectuel.
 - Pauvreté du contenu de la pensée.
- ✓ Déficience de la perception.
- ✓ Déficience de l'attention.
- ✓ Déficience de l'émotion, de l'affect. et de l'humeur :
 - Anxiété.
 - Dépression.
 - Irritabilité.
 - Labilité émotionnelle.
 - Agitation.
 - Immaturité émotionnelle.
- ✓ Déficience de la volition :
 - Absence d'initiative.
 - Limitation des intérêts.
 - Déficience du contrôle des impulsions (actes impulsifs).
- ✓ Déficience des fonctions psychomotrices :
 - Lenteur.
 - Excitation psychomotrice.
 - Fatigabilité.
- ✓ Déficience du comportement :
 - Susceptibilité.
 - Repli sur soi.

- Timidité excessive.
- Hostilité.
- ✓ Déficience de la compréhension et de l'utilisation du langage :
 - Déficience du vocabulaire.
 - Déficience syntaxique.
 - Déficience sémantique.
- ✓ Autre déficience de l'apprentissage :
 - Difficultés de lecture.
 - Autres difficultés spécifiques de l'apprentissage (concerne un sujet doté d'une intelligence moyenne ou au-dessus (...) mais qui présente des difficultés dans la compréhension ou l'utilisation du langage parlé ou écrit, se manifestant par des troubles de l'attention, de la pensée, de la lecture, de l'orthographe ou de l'arithmétique).

Incapacités :

- ✓ Incapacités concernant le comportement :
 - Manque d'hygiène personnelle.
 - Trouble de l'apparence.
 - Incapacité temporaire d'orientation dans le temps et dans l'espace.
 - Incapacité d'assurer sa propre sécurité dans des situations particulières.
 - Incapacité concernant l'acquisition des connaissances.
 - Incapacité concernant les occupations :
 - Incapacité concernant la coopération.
 - Incapacité concernant les routines de travail.
- ✓ Incapacités concernant la communication :
 - Incapacité concernant la communication orale.
 - Incapacité concernant l'écoute.
 - Incapacité concernant l'écriture.
 - Incapacité concernant la communication symbolique.

Désavantages :

- ✓ Désavantage d'occupation : capacité d'un individu d'occuper son temps d'une manière habituelle selon son sexe, son âge et sa culture.
- ✓ Désavantage d'intégration sociale. (Intégration sociale étant ici, la capacité d'un individu de participer aux relations sociales habituelles et de les maintenir).
 - Participation inhibée : concerne les individus chez qui la présence d'une déficience ou d'une incapacité entraîne un désavantage non spécifique, lequel

peut inhiber mais non empêcher la participation à l'ensemble des activités sociales ordinaires.⁶³

Si tous les adolescents accueillis sont concernés par une partie de ces items, la situation varie de l'un à l'autre : ce ne sont pas les mêmes items et pour un item donné l'intensité ou l'importance peuvent être différentes. Je ferai la même remarque à propos des incapacités. Cependant ils sont tous concernés par le désavantage d'intégration sociale.

⁶³ OMS, *ibid.*

TABLEAU DES SORTIES DES EFFECTIFS ACCUEILLIS DEPUIS 1988.

Date Entrée	ORIGINE	ORIENTATION A LA SORTIE					TOTAL SORTIES
		Contrat Travail	Apprentis. Formation	Travail Protégé	Sans Projet	Autres	
1988	IMP (3)	1	1		1		
	IR (1)				1		
	EN (4)		1	1	2		
1989	IMP (5)		2	2	1		
	IR (2)		2				
	CE (1)			1			
	EN (5)		3	1		1	
1990	IMP (3)	2	1				
	IR (2)		1			1	
	EN (2)			1	1		
1991	IMP (5)	2	3				
	IR (1)				1		
	CE (1)				1		
	EN (4)		1		1	2	
	Autres (2)	1			1		
1992	IMP (5)		2		2	1	
	IR (4)		3		1		
	EN (5)		2		3		
1993	IMP (4)		2		2		
	IR (1)		1				
	EN (2)			1	1		
1994	IMP (2)		2				
	CPEA (1)			1			
	IR (2)		2				
	CE (3)				3		
	EN (3)		1	2			
	Autres (1)			1			
	Sous-Total 1	6	30	11	22	5	74
		12,33%	40,54%	14,86%	29,73%	6,76%	
		48,65%		14,86%	29,73%	6,76%	
1995	IMP (10)	2	4			1	
	IR (1)		1				
	EN (3)	1	1	1			

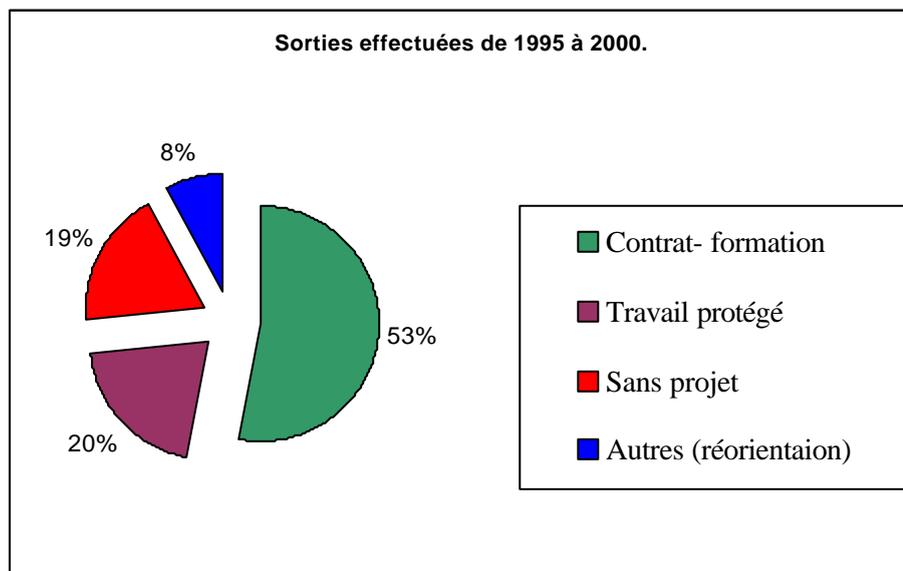
	Autres (1)			1			
1996	IMP (2)		1	1			
	CE (1)		1				
	EN (5)		2		1		
1997	IMP (5)					1	
	IR						
	EN		1				
1998	IMP (6)					1	
	CPEA (1)						
	EN (5)						
	Sous-Total 2	3	11	3	1	3	21
		14,29%	52,38%	14,29%	4,76%	14,29%	
		66,67%		14,29%	4,76%	14,29%	
	TOTAL	9	41	14	23	8	95
		9,47%	43,16%	14,74%	24,21%	8,42%	
		52,63%		14,74%	24,21%	8,42%	

TABLEAU DES SORTIES PAR ANNEE : 1995 – 2000.

	Naissance		Age à Entrée	Entrée	Sortie	Durée	Orientation
1995	12/03/75	M	15,5	06/09/90	13/03/95	4,5	Contrat travail + retour famille
	13/02/75	M	14,6	05/09/89	10/04/95	5,6	CAT TUMIAC
	30/10/75	M	14,9	06/09/90	30/06/95	4,8	Travail saisonnier + famille
	24/04/77	M	14,4	05/09/91	21/07/95	3,9	Contrat travail + retour famille
	03/05/74	M	15,3	05/09/89	31/07/95	5,9	Sans projet
	29/04/77	M	14,4	05/09/91	31/07/95	3,9	Apprentissage + Grafic
	21/10/76	M	14,9	05/09/91	31/07/95	3,9	CES + RQTH
	04/12/77	M	14,8	08/09/92	31/07/95	2,9	Apprentissage + Grafic
	24/10/78	M	14,9	07/09/93	31/07/95	1,9	Apprentissage + Grafic
	06/03/75	M	14,5	05/09/89	31/08/95	6,0	CAT Vieille Rivière
	13/04/75	M	15,4	06/09/90	31/08/95	5,0	CAT KERPONT Lorient
	28/07/75	M	14,1	05/09/89	31/12/95	6,3	CAT Vieille Rivière
1996	01/01/79	M	14,0	04/01/93	03/01/96	3,0	Sans projet (exclusion)
	04/07/77	M	14,2	05/09/91	31/05/96	4,7	Sans projet (exclusion)
	22/10/77	M	14,9	08/09/92	31/05/96	3,7	Service National
	09/05/78	M	14,3	08/09/92	15/07/96	3,9	Apprentissage + Grafic
	14/07/77	M	15,2	08/09/92	15/07/96	3,9	Apprentissage + Grafic
	25/12/76	M	13,7	06/09/90	26/07/96	5,9	Apprentissage + Grafic
	07/02/77	M	14,6	05/09/91	26/07/96	4,9	Réorientation IMPRO
	09/09/76	M	16,0	08/09/92	26/07/96	3,9	Apprentissage
	28/12/77	M	14,7	08/09/92	26/07/96	3,9	Sans projet
	17/06/78	M	14,2	08/09/92	26/07/96	3,9	Apprentissage + Grafic
	23/11/76	M	17,0	29/11/93	26/07/96	2,7	CAT Vieille Rivière
	16/01/76	M	16,6	08/09/92	06/09/96	4,0	Sans projet
	24/10/78	M	13,9	08/09/92	17/12/96	4,3	Sans projet (exclusion)
22/12/76	M	14,7	05/09/91	20/12/96	5,3	ATLAS EPSR	
1997	29/01/77	M	17,6	06/09/94	31/01/97	2,4	CAT Vieille Rivière
	10/06/78	M	16,2	06/09/94	13/05/97	2,7	Sans projet
	29/03/79	M	15,4	06/09/94	01/07/97	2,8	Sans projet
	02/05/78	M	14,4	08/09/92	31/07/97	4,9	Sans projet
	29/04/78	M	14,4	08/09/92	31/07/97	4,9	Apprentissage + Grafic
	07/03/79	M	14,5	07/09/93	31/07/97	3,9	Apprentissage + Grafic
	14/09/80	M	15,0	05/09/95	31/07/97	1,9	Apprentissage + Grafic
	27/09/79	M	13,9	07/09/93	01/08/97	3,9	Apprentissage + Grafic
13/03/77	M	17,5	06/09/94	02/10/97	3,1	Centre de BILIERIS	

1998	13/04/79	M	15,4	06/09/94	31/03/98	3,6	Sans projet
	07/01/78	M	17,1	27/02/95	31/03/98	3,1	CAT Vieille Rivière
	11/12/77	M	16,7	06/09/94	03/04/98	3,6	CAT TUMIAC
	31/12/78	M	14,7	07/09/93	15/05/98	4,7	Sans projet
	29/04/82	M	14,3	04/09/96	01/07/98	1,8	Retour famille + CFA
	22/12/81	M	14,7	04/09/96	15/07/98	1,9	Sans projet (exclusion)
	11/05/80	M	14,3	06/09/94	31/07/98	3,9	Apprentissage + Gafic
	18/12/79	M	14,7	06/09/94	31/07/98	3,9	Apprentissage + Grafic
	08/07/79	M	15,2	06/09/94	31/07/98	3,9	Formation AFPA
	28/12/78	M	16,7	05/09/95	31/07/98	2,9	Apprentissage + Grafic
	09/07/79	M	16,2	05/09/95	31/07/98	2,9	Contrat travail + Famille
	22/02/80	F	16,5	04/09/96	31/07/98	1,9	Apprentissage + Grafic

	Naissance		Age à Entrée	Entrée	Sortie	Durée	Orientation
1999	21/06/80	M	15,2	05/09/95	15/03/99	3,5	Contrat travail + Famille
	17/02/81	M	14,6	05/09/95	05/07/99	3,8	Apprentissage + Grafic
	04/01/83	M	14,7	02/09/97	19/07/99	1,9	Réorientation IMPRO
	19/11/80	M	13,8	06/09/94	31/07/99	4,9	Apprentissage + Grafic
	04/08/80	M	14,1	06/09/94	31/07/99	4,9	Atelier Protégé
	12/10/81	M	13,9	05/09/95	31/07/99	3,9	Apprentissage + Grafic
	19/08/81	M	14,0	05/09/95	31/07/99	3,9	Apprentissage + Grafic
	04/08/82	M	14,1	04/09/96	09/09/99	3,0	Apprentissage (Famille)
	24/01/80	M	14,6	06/09/94	01/10/99	5,1	Apprentissage + Grafic
2000	12/04/80	M	15,4	05/09/95	15/05/00	4,7	CAT SAVENAY
	06/03/85	F	13,5	02/09/98	15/06/00	1,8	Réorientation IMPRO
	13/04/80	M	15,4	05/09/95	01/07/00	4,8	Famille en attente CAT
	11/02/81	M	14,6	05/09/95	31/07/00	4,9	Famille + contrat de travail
	26/11/80	M	14,8	05/09/95	31/07/00	4,9	Apprentissage + Grafic
	27/03/80	M	16,0	09/04/96	31/07/00	4,3	CAT (préparation CEPEM)
	27/08/80	M	16,0	04/09/96	31/07/00	3,9	Formation Navigation
	03/08/83	M	14,1	02/09/97	31/07/00	2,9	Apprentissage + Grafic



ANNEXE III :
Le personnel.

Tableau du personnel.

Organigramme.

PERSONNEL.

SECTEUR	Fonction	ETP	TOTAL ETP
Direction Administration	Directeur	1	2,62
	Secrétaire - Comptable	0,90	
	Secrétaire - Comptable	0,72	
Educatif Pédagogique	Chef de service	1	14,39
	Educateur spécialisé	1	
	Animateur	1	
	Moniteur éducateur	1	
	Moniteur éducateur	0,50	
	Conseillère en économie sociale et familiale	0,89	
	Educateur technique spécialisé	1	
	Educateur technique spécialisé	1	
Educateur technique	1		
Para médical	Psychologue	0,50	2,05
	Psychologue	0,50	
	Psychologue	0,16	
	Psychomotricienne	0,50	
	Infirmière	0,39	
médical	Psychiatre	0,08	0,11
	Généraliste	0,03	
Services généraux	Cuisinier	1	5
	Aide cuisinier	1	
	Agent de service	1	
	Agent de service	1	
	Homme d'entretien – Chauffeur	1	
SESSAD	Psychiatre	0,05	1,8
	Psychologue	0,40	
	Psychomotricienne	0,35	
	Educatrice spécialisée	1	
			25,97

ORGANIGRAMME DU PERSONNEL.

