

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

IRTS - RENNES

**UNE DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE POUR
FAVORISER LE PROCESSUS D'AUTONOMISATION
SOCIALE DES JEUNES D'UN IME.**

LACHAISE-BENOIST Martine

SOMMAIRE

Introduction

PREMIERE PARTIE

Protéger les personnes vulnérables en favorisant leur insertion sociale, un enjeu majeur des missions médico sociales.

I UN CADRE REGLEMENTAIRE EN PLEINE EVOLUTION.

4

I. 1. La ségrégation, une pratique sociale obsolète.

4

I. 1. 1. Historique du processus de reconnaissance sociale de la personne handicapée.

4

I. 1. 2. Du constat des incapacités à la prise en compte du désavantage social, l'évolution du concept de handicap.

5

I. 1. 3. La mise à l'écart des personnes handicapées n'a pas contribué à faire évoluer les représentations sociales du handicap.

6

I. 2. L'insertion, un dispositif de protection prenant en compte le risque d'isolement social.

7

I. 2. 1. Insertion, intégration, deux concepts clés de la législation sociale.

7

I. 2. 2. L'intégration en milieu scolaire, un moyen d'action efficace sur les représentations sociales du handicap.

8

I. 3. L'utilisateur des établissements et services sociaux et médico sociaux, un acteur sujet de droits.	9
I. 3. 1. L'utilisateur, un citoyen.	10
I. 3. 2. L'utilisateur, une personne handicapée.	10
I. 3. 3. L'utilisateur, un bénéficiaire d'un service d'action sociale.	11
 I. 4. Les Annexes XXIV, un décret qui a réglementé l'action en faveur des enfants et adolescents handicapés.	 12
 <u>II LE CENTRE DU VAL D'YON, UN IME AU CŒUR DES ENJEUX PARADOXAUX DE L'ORIENTATION SPECIALISEE.</u>	 13
 II. 1. Un établissement empreint de la logique d'enceinte qui a présidé à sa création.	 14
II. 1. 1. Une structure médico éducative traditionnelle.	14
II. 1. 2. Des valeurs professionnelles fortes qui cloisonnent l'action collective.	15
II. 1. 3. Une organisation rigide.	15
 II. 2. Un environnement politique et associatif attentif aux besoins des personnes handicapées.	 16
II. 2. 1. Des orientations politiques départementales qui mettent en œuvre les Annexes XXIV.	16
II. 2. 2. Des valeurs associatives qui prônent le respect et la protection des personnes en situation de vulnérabilité sociale.	16
 II. 3. Un réseau partenarial potentiel.	 17
II. 3. 1. L'organisation du secteur médico éducatif départemental.	
II. 3. 2. Les services de l'Education Nationale.	17
II. 3. 3. Les partenaires de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes accueillis dans l'établissement.	17

III. LA PROMOTION DE L'AUTONOMISATION SOCIALE DU JEUNE HANDICAPÉ, UN LEVIER POUR L'INSERTION.	18
III. 1. L'influence de l'expertise médico éducative en IME ne favorise ni l'autonomisation, ni l'exercice de la responsabilité parentale.	18
III. 1. 1. Les professionnels ont un pouvoir insuffisamment régulé.	18
III. 1. 2. La médicalisation de l'accueil médico éducatif ne favorise pas la responsabilisation des personnes.	19
III. 2. Le processus d'autonomisation sociale, un concept qui met en valeur le caractère évolutif du niveau d'autonomie des personnes.	20
III. 2. 1. Définition du concept d'autonomisation sociale.	20
III. 2. 2. L'autonomisation, au sens de « <i>capacité à gérer, à son initiative, ses dépendances</i> ».	21
III. 2. 3. L'autonomisation, une valeur de citoyenneté qui favorise l'insertion.	22
IV. 3. La valorisation de la participation du jeune, une garantie pour leur autonomisation sociale.	23
III. 3. 1. Du projet individualisé au projet personnalisé.	23
III. 3. 2. De la notion de prise en charge, à l'offre de service spécialisé.	24
Conclusion de la première partie	25

DEUXIEME PARTIE

Le Centre Spécialisé du Val d'Yon, un espace surprotecteur qui ne favorise pas l'autonomisation sociale des jeunes qui lui sont confiés.

<u>I. UNE DES CARACTERISTIQUES DU CENTRE EST DE RECEVOIR UN PUBLIC HETEROGENE.</u>	26
I. 1. L'IME est autorisé à accueillir des adolescents présentant un retard mental léger.	26
I. 1. 1. L'arrêté du 9 janvier 1989 fixe les différents niveaux du handicap.	
I.1. 2. Les troubles associés, facteur aggravant des difficultés intellectuelles.	27
I. 1. 3. L'existence de la déficience intellectuelle légère n'est pas toujours établie.	28
I. 2. Les problématiques des jeunes, les effets de l'accueil en IME.	29
I. 2. 1. Des difficultés scolaires majeures.	29
I. 2. 2. Le facteur social, une cause réelle de handicap intellectuel léger.	30
I. 2. 3. Les conséquences de l'orientation en IME sur l'estime de soi.	31
I. 2. 4 La difficile acceptation du handicap.	31
<u>II. ATOUTS ET INADEQUATIONS DE L'ACTION DU CENTRE SPECIALISE. ANALYSE DE LA QUALITE DES PRESTATIONS.</u>	32
II. 1. Les missions réglementaires qui encadrent notre activité intègrent la dimension d'autonomisation sociale.	32
II. 1. 1. La socialisation et l'apprentissage de la citoyenneté,	

un facteur déterminant du processus d'autonomisation.

II. 1. 2. L'ouverture culturelle, l'investissement des jeunes dans le domaine des loisirs et de la culture, des axes éducatifs à ne pas sous estimer.	34
II. 1. 3. L'internat spécialisé, un soutien temporaire efficace s'il est bien investi par le jeune et par sa famille.	34
II. 2. Des savoir-faire qui sont des atouts indéniables au niveau de la qualité de l'accueil par le centre.	35
II. 2. 1. Un cadre d'accueil sécurisant et repérant, ce qui favorise l'adaptation de l'adolescent dès son admission.	35
II. 2. 2. La promotion de la personne, et la présomption de ses compétences, des valeurs fédératrices.	36
II. 2. 3. La restauration de l'estime de soi, un facteur d'épanouissement de la personnalité, qui fonde l'ensemble des objectifs de l'accompagnement médico éducatif, et favorise la socialisation.	36
II. 3. Des limites qui génèrent des phénomènes de dépendance.	37
II. 3. 1. Du besoin de sécurisation à la surprotection, le risque de dépendance relationnelle.	
II. 3. 2. L'organisation de l'accueil, particulièrement en internat, entraîne un appauvrissement des relations des jeunes avec leur environnement social, et parfois même avec leurs familles.	38
II. 3. 3. L'approche du handicap n'est pas consensuelle.	39
II. 3. 4. La dimension du choix dans le projet individuel est peu présente, au Val d'Yon, tant pour le jeune que pour sa famille.	40
II. 4. Des constats révélateurs des difficultés d'insertion sociale des jeunes.	41
II. 4. 1. L'insertion sociale des jeunes à l'issue de leur parcours médico éducatif est révélatrice de leurs difficultés relationnelles.	41
II. 4. 2. Des jeunes qui semblent bien adaptés à l'interne, adoptent des comportements inadaptés hors de l'établissement.	42
II. 4. 3. Ce que les jeunes disent de leur accueil au Centre du Val d'Yon.	42

<u>III. L'OUVERTURE INSTITUTIONNELLE, UN PASSAGE OBLIGE.</u>	43
III. 1. Les freins qui font obstacle à l'ouverture institutionnelle.	43
III.1. 1. Le niveau d'information concernant les évolutions du secteur médico social est nettement insuffisant.	
III.1. 2. Les professionnels de l'IME ont une vision inadaptée du milieu scolaire, qui les conduit à surprotéger les jeunes.	44
III. 1. 3. Les plus anciens se réfèrent aux valeurs fondatrices, pour affirmer leur compétence vis à vis des jeunes professionnels.	44
III. 1. 4. Les résistances sont en grande partie dues à une inquiétude concernant un risque de fermeture à terme de l'établissement.	45
III. 1. 5. La famille a encore tendance à être considérée comme responsable des difficultés de son enfant, ce qui génère des attitudes de substitution.	45
III. 2. Les objectifs à mettre en oeuvre pour favoriser l'autonomisation sociale des jeunes de l'IME.	46
III 2.1. Améliorer l'accès aux droits des usagers, favoriser leur participation.	46
III. 2. 2. Redéfinir les orientations de l'établissement et le sens de l'accueil en établissement spécialisé.	46
III. 2.3. Organiser le partenariat, stimuler l'ouverture institutionnelle.	47
III.2.4. Engager une politique de communication avec l'environnement social, pour agir sur l'étiquetage dont sont victimes les enfants accueillis à l'IME.	47
Conclusion de la deuxième partie	48

TROISIEME PARTIE

Une dynamique institutionnelle, favorisant l'épanouissement relationnel des jeunes, et leur autonomisation sociale.

<u>I. L'EXERCICE DES DROITS DES USAGERS, UN PRINCIPE D'AUTONOMISATION, UNE RESPONSABILITE QUI ENGAGE LE DIRECTEUR.</u>	50
I. 1. Formaliser les procédures d'information et de participation des jeunes et de leurs familles aux projets personnalisés, une priorité.	50
I. 1. 1. Concevoir un livret d'accueil qui permette à la famille d'être actrice du parcours institutionnel de son enfant.	50
I. 1. 2. Soumettre les décisions de synthèse à l'avis du jeune et de sa famille.	51
I. 2. Adapter les modalités de l'accompagnement aux attentes des jeunes et de leurs familles, une nécessité.	51
I. 2. 1. Diversifier notre activité, favoriser l'alternative à l'accueil en IME.	
I. 2. 2. Moduler le rythme d'internat en fonction des besoins personnels.	53
I. 3. Favoriser l'intégration sociale des jeunes de l'IME, une réorganisation.	54
I. 3. 1. Assurer la continuité des relations sociales des enfants accueillis à l'IME.	54
I. 3. 2. Adapter le système de transport des jeunes vers les gares, pour ne pas les singulariser des autres utilisateurs de ces lieux.	54
I.4. Développer la citoyenneté des jeunes, un facteur d'autonomisation.	55

I. 4. 1. Accentuer le rythme des réunions de délégués jeunes.	
I. 4. 2. Proposer leur participation au conseil municipal des jeunes.	56
I. 4. 3. Faire participer les jeunes à la réalisation du règlement intérieur au sein des unités éducatives.	56
I. 5. Associer la famille, une éthique à promouvoir.	57
I. 5.1. Du parent coupable au parent responsable, la reconnaissance de la compétence de la famille.	58
I.5.2. L'alliance éducative, un partenariat possible entre les professionnels et la famille.	58
I. 5.3 Mettre en place le Conseil d'Etablissement.	59

II. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT, UNE FONCTION MANAGERIALE STRATEGIQUE.

60

II. 1. Susciter l'adhésion à l'idée du changement.	61
II. 1. 1. Informer, communiquer, pour donner du sens au changement.	61
II. 1. 2. Planifier des instances de réflexion et de propositions.	62
II. 2. 3. Mettre en œuvre la réécriture du projet d'établissement.	63
II. 2. Optimiser les compétences professionnelles.	64
II. 2. 1. Cibler les axes prioritaires du plan de formation.	65
II. 2. 2. Structurer une démarche d'évaluation du niveau d'autonomie sociale des jeunes à leur sortie de l'établissement.	66
II. 2. 3. Spécifier l'obligation de collaborer avec les familles dans le règlement intérieur destiné aux salariés.	67
II. 3. Réduire les zones d'incertitude.	67
II. 3. 1. Prendre en compte les inquiétudes.	
II. 3. 2. Proposer des expérimentations qui concrétisent le changement recherché.	68

II. 4. Dynamiser l'ouverture institutionnelle.	68
II. 4. 1. Stimuler des intégrations scolaires partielles dans les collèges environnants, en proposant la création d'un groupement d'intérêt public.	68
II. 4. 2. Animer un projet d'activité en partenariat avec une SEGPA.	69
II. 4. 3. Organiser une formation inter-institutionnelle.	70
II. 4. 4. Mettre en œuvre un programme de communication externe.	70
 III. LE PLAN DE TRAVAIL, UNE METHODOLOGIE DE L'ACTION.	 70
III. 1. Plan prévisionnel des actions en faveur des droits des usagers.	71
III. 2. Plan prévisionnel des axes de gestion des ressources humaines.	74
III. 3. Incidences budgétaires des actions mises en œuvre.	76
 Conclusion de la troisième partie	 78
 CONCLUSION GENERALE	 79

GLOSSAIRE

AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes.

AGEFIPH : Association de Gestion des Fonds de développement pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées.

AIS : Adaptation et Intégration Scolaire.

ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

CAT : Centre d'Aide par le Travail.

CCPE : Commission de Circonscription Préscolaire et Elémentaire.

CCSD : Commission de Circonscription du Second Degré.

CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale.

CFA : Centre de Formation des Apprentis.

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé.

CLIS : Classe d'Intégration Scolaire.

CMJ : Conseil Municipal des Jeunes.

CMP : Centre Médico Psychologique.

CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DSF : Direction de la Solidarité et de la Famille.

GIP : Groupement d'Intérêt Public.

GRETA : Groupement Régional d'Etablissements de formations scolaires et professionnelles.

IME : Institut Médico Educatif.

IRP : Institut de Rééducation Psychopédagogique.

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social.

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse.

SEES : Section d'Enseignement et d'Education Spécialisée.

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.

SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile.

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle.

UJA : Unité Jeunes adultes.

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration.

INTRODUCTION

« *Les droits de l'enfant handicapé sont ceux de tous les enfants* ». Préambule du rapport d'un groupe parlementaire sur l'intégration scolaire, adressé en février 1997 au secrétariat d'état à la Santé et à la Sécurité Sociale, ce nécessaire rappel est significatif du malaise de la société française à l'égard des personnes atteintes d'un handicap.

Depuis les lois du 30 juin 1975, les politiques sociales nationales se sont engagées dans la construction communautaire de l'Europe sociale, et le principe de l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées est inscrit dans la Charte européenne du 9 décembre 1989, adjointe le 1^{er} mai 1999 au Traité d'Amsterdam. Mais en réalité, les directives européennes ont encore à ~~œuv~~rer pour baliser le champ de l'égalité pour tous, dans le respect des libertés de chacun.

L'intégration est un facteur fondamental du processus d'insertion sociale qui prend racine, à l'école, aux sources de la socialisation. L'autonomie joue un grand rôle dans ce processus, dans la mesure où elle permet à la fois d'accéder à sa place au sein de la société, et d'exercer ses droits fondamentaux.

Partageant cette conception d'une société intégratrice et respectueuse des dissemblances, j'organise, en tant que chef de service éducatif, l'accueil en Institut Médico Educatif, d'adolescents qui ne trouvent plus leur place à l'école traditionnelle. Ils sont alors « placés », pour être « pris en charge », dans une structure spécialisée, qui recherche paradoxalement à les rendre « acteurs » de leurs trajectoires personnelles, et à concrétiser leur insertion socio professionnelle future.

De fait, ces enfants sont apparus en souffrance à l'école. Leur quête de sécurisation, de renarcissisation, de socialisation est grande, et l'estime qu'ils ont d'eux même trop dévalorisée pour qu'ils aient l'énergie suffisante pour affronter seuls les difficultés rencontrées.

Si l'accueil en établissement spécialisé contribue incontestablement à restaurer ces désavantages, force est de constater cependant qu'il engendre par ailleurs des phénomènes de ségrégation et le sentiment accru d'être « anormal », particulièrement dans la situation d'internat.

La surprotection, les compensations matérielles et financières, la prépondérance du soin, sont également des facteurs de déresponsabilisation, préjudiciables au processus d'autonomisation et d'accès à la citoyenneté de ces jeunes adolescents.

Il me semble indispensable de repositionner la mission médico éducative de l'I.M.E. du Val d'Yon dans sa dimension d'accompagnement de « l'enfant sujet » vers une autonomie sociale et relationnelle optimale. Le maintien au domicile chaque fois que faire se peut, le partenariat avec les familles des enfants, l'individualisation des projets d'accueil, le respect des droits et libertés de chacun sont autant d'orientations réglementées par les Annexes XXIV qui doivent s'enraciner dans un projet d'établissement réactualisé.

Garant du plein accès de ces droits, le directeur d'établissement médico éducatif a la responsabilité de manager le cheminement institutionnel, dans le but d'adapter les pratiques professionnelles aux besoins et attentes des bénéficiaires de nos prestations. Mais au-delà des pratiques, c'est à la qualité du service rendu à ces personnes qu'il convient de s'attacher tout particulièrement.

Ma stratégie de direction se voudra participative, et respectera les phases d'évaluation et de réflexions avec les équipes, préalablement aux décisions à prendre. Je suis convaincue que l'extériorisation et le travail en réseau partenarial sont des voies dans lesquelles il nous faut nous engager plus résolument que nous ne le faisons aujourd'hui. Mon rôle de directrice consistera donc à donner suffisamment de sens à ces orientations pour qu'elles suscitent motivations professionnelles et dynamisme, dans l'intérêt des enfants accueillis.

PREMIERE PARTIE

Protéger les personnes vulnérables en favorisant leur insertion sociale, un enjeu majeur des missions médico sociales.

« La grandeur d'un pays démocratique est de protéger les plus faibles de ses citoyens. C'est à l'aune du dispositif mis en place pour protéger les mineurs ou les majeurs les plus vulnérables qu'on peut juger de l'humanité d'une société ».¹

Le concept de protection s'est construit au fil des évolutions de la société, jusqu'à constituer, le 29 juillet 1998, un véritable programme politique de prévention et de lutte contre les exclusions. L'article 1 de cette Loi transversale, élaborée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité en donne une définition tout à fait explicite : *« la lutte contre les exclusions est un impératif national, fondé sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains, et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ».*

S'agissant des personnes handicapées, le risque d'exclusion avait été soulevé par les rapports BLOCH LAINE , dès 1967, et LENOIR en 1974. Prônant l'importance de l'intégration sociale des «inadaptés », ces acteurs politiques ont contribué au vote d'une Loi spécifique en faveur des personnes handicapées, la Loi 75-534. dont les objectifs sont de garantir un régime de compensation financière du handicap, et de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des personnes. Controversée par le fait qu'elle induit une classification des personnes en fonction d'une norme sociale établie, cette Loi constitue néanmoins une avancée remarquable au niveau des conditions d'existence et du respect de la dignité des personnes.

¹ Bruno CATHALA, « Repères juridiques du travail social », ESF 1997.

I. UN CADRE REGLEMENTAIRE EN PLEINE EVOLUTION.

I. 1. La ségrégation, une pratique sociale obsolète.

I. 1. 1. Historique du processus de reconnaissance sociale de la personne handicapée.

De tout temps, et dans la plupart des civilisations occidentales, la place de la personne handicapée a suscité des questionnements étroitement liés aux valeurs et aux croyances de sociétés en quête de norme. Banni par la Grèce antique, idolâtré par les Egyptiens qui voyaient en lui un message divin, le handicap a longtemps été constitutif d'un groupe social marginal, dont l'hétérogénéité varie en fonction des époques.

En France, le récit historique depuis le Moyen Age met en valeur l'évolution des pensées, de la notion de « charité » à celle « d'assistance » pour accéder au concept de « solidarité ». Dans « Les métamorphoses de la question sociale »², Robert Castel relate le cheminement de la société française fortement marquée par la valeur du travail salarial. Avant la Révolution, les pauvres constituaient deux groupes distincts, les « valides » et les « invalides », cette seconde terminologie regroupant l'ensemble des personnes dans l'incapacité de vivre de leur travail (personnes âgées, orphelins, mendiants, fous, handicapés physiques ou mentaux). Si les villages assuraient la survie des personnes relevant de leur territoire, en organisant des œuvres de charité et de bienfaisance orchestrées par l'Eglise et le seigneur féodal, il n'en était pas de même pour les vagabonds qu'on assimilait aux bandits des grands chemins. La peur de l'autre, la difficulté à différencier les « bons indigents » des « mauvais indigents », a engendré des politiques d'enfermements systématiques, de contraintes, que les principes révolutionnaires inspirés par les philosophes des Lumières n'ont pas suffi à faire tomber. Il faudra attendre la fin de la deuxième guerre mondiale, pour voir se constituer avec l'Etat Providence, le dispositif de « protection sociale ». La dette sociale à l'égard des mutilés et orphelins de guerre n'est pas étrangère à cette évolution. C'est dans un contexte économique de plus en plus exigeant en termes de rythme et de production,

² Robert CASTEL, « Les métamorphoses de la question sociale », FAYARD, 1996.

que sera utilisée, pour la première fois en 1957, la terminologie de handicap en droit du travail.

I. 1. 2. Du constat des incapacités à la prise en compte du désavantage social, l'évolution du concept de handicap.

D'origine anglo-saxonne, le terme de «handicap » s'est véritablement imposé dans le cadre de la loi 75-534, du 30 juin 1975. Avant cette date, la population des personnes handicapées relevait du cadre général des « inadaptations ». Le handicap intellectuel était réduit au seul niveau de déficience, qu'on graduait sous les termes peu valorisants de « débilité, imbecillité ou encore arriération mentale ». L'introduction du concept a permis de signifier le rapport existant entre les potentialités des personnes et leurs difficultés spécifiques, qu'il s'agisse de déficience intellectuelle, motrice ou fonctionnelle, d'incapacités ou de désavantages.

Suite aux travaux du Docteur Philip Wood, l'Organisation Mondiale de la Santé a entériné en 1975, une Classification Internationale des Handicaps. Cette nouvelle terminologie a mis en valeur la notion de relativité des troubles des personnes, la part active de l'environnement social en terme de désavantages, et l'essentialité des actions curatives sur le niveau de handicap. En effet, et comme le soulignent Philippe Jeanne et Jean Paul Laurent, « *le handicap est évolutif, comme tout phénomène ou réalité humains* ». ³

L'Organisation Mondiale de la Santé travaille à la réalisation d'une nouvelle classification, la CIH2. Le projet consacre l'abandon de la notion d'incapacité au profit de celle d'activité, tout comme il confirme la promotion de la participation sociale des personnes handicapées, en substitution de la notion de désavantage. Cette recherche atteste de la nécessité d'adhérer à une conception modernisée du handicap, prenant en compte à parts égales, les aspects médicaux et sociaux des difficultés des personnes. Il s'agit de reconnaître, non plus les incapacités des personnes, mais bien

³ P. JEANNE, JP LAURENT, « Enfants et adolescents handicapés. pour une prise en charge qualitative du handicap », ESF 1998

l'incompétence des sociétés environnantes à répondre aux besoins de l'ensemble des citoyens qui les composent.

I. 1. 3. La mise à l'écart des personnes handicapées n'a pas contribué à faire évoluer les représentations sociales du handicap.

Après 25 ans d'utilisation en politique sociale, le terme de handicap ne jouit à nouveau plus, en effet, des effets régulateurs qu'il a suscités en 1975. La crise économique a propulsé au cœur des préoccupations sociales une population fragilisée par la pénurie d'emploi. Ce nouveau phénomène de paupérisation génère des actions de solidarité nationale qui pourraient modifier le système de compensations financières en faveur des personnes handicapées.

Il est incontournable de délimiter le champ du handicap, pour déterminer le profil des bénéficiaires des dispositifs d'actions médico sociales. Cependant, la classification a pour effet secondaire une « a-normalisation » de la personne handicapée. En effet, la terminologie de « personne handicapée » est porteuse d'un signifiant négatif et stigmatisant, dans la mesure où elle est associée aux représentations « d'incapacités », « d'inaptitudes », voire « d'improductivité ».

Plus encore que de la catégorisation administrative, c'est donc du désavantage social dont souffrent les personnes atteintes d'une déficience. Et malgré tout l'intérêt qu'elle présente, la Loi 75-534 n'a pas suffi à faire évoluer les représentations sociales vis à vis du handicap. Le handicap mental, notamment, inspire encore une méfiance archaïque très vive. Pascal Doriguzzi⁴, docteur en sciences politiques à l'Université de Montpellier, lui-même atteint d'une ataxie, a analysé l'histoire politique du handicap, de l'infirme au travailleur handicapé. Interrogeant l'opportunité même d'une définition législative du handicap, il dénonce « *le classement juridico-administratif* », qui « *a-normalise l'homme* », et le traitement contemporain du handicap, qui « *produit le mythe d'une égalité par la compensation juridique du désavantage* ». Selon son témoignage, ce n'est pas tant d'une politique « en faveur » dont auraient besoin les personnes handicapées, mais d'une véritable égalité d'accès à la vie sociale professionnelle et culturelle.

⁴ Pascal DORIGUZZI, « Histoire politique du handicap », L'Harmattan 1994.

I. 2. L'insertion, un dispositif de protection prenant en compte le risque d'isolement social.

L'insertion sociale est une des avancées conceptuelles majeures des politiques sociales contemporaines en faveur des personnes handicapées.

L'éclairage historique montre en effet à quel point les conceptions de l'assistance aux personnes les plus vulnérables de notre société étaient étroitement liées à la notion de ségrégation. La Loi du 30 juin 1838 illustre s'il en est besoin la fonction de « l'enfermement réglementé », dont le double objectif était de protéger les malades mentaux de la société, et la société des malades mentaux.

La reconnaissance des droits des personnes a nécessité des étapes. De l'impulsion législative à la création de structures spécialisées, un cheminement s'est opéré, à partir de la prise en considération des conditions d'existence des personnes. Cependant, la spécialisation n'a pas contribué à promouvoir la place de la personne handicapée dans une société de plus en plus individualiste et productiviste. Tout au contraire, on peut considérer qu'elle a exacerbé les mécanismes de marginalisation.

Le processus d'insertion de la personne handicapée dans son environnement permet aujourd'hui de réduire ce risque, et son corollaire, l'intégration, est posé par le législateur comme un droit pour la personne handicapée et une obligation de la société à son égard. Il s'agit en effet de favoriser l'accès des personnes à leur autonomie sociale, et de positionner l'environnement en situation de réceptivité. *« L'intégration sera favorisée dès lors qu'un double mouvement sera opéré, d'accroissement de la réceptivité du milieu d'accueil et d'optimisation des compétences des personnes handicapées »*⁵.

I. 2. 1. Insertion, intégration, deux concepts clés de la législation sociale.

Utilisés l'un et l'autre dans le cadre des politiques sociales, les termes d'insertion et d'intégration semblent se confondre dans une démarche similaire, aux contours flous. Pour tenter d'y voir plus clair, je me suis référée au dictionnaire critique de l'action sociale⁶. Le vocable « *insertion* » y est désigné comme « *à la fois un processus et un*

⁵ P. JEANNE, JP LAURENT, déjà cités.

⁶ Dictionnaire critique de l'action sociale, BAYARD éditions, 1995.

état qui conduit un sujet à trouver une place reconnue dans un système» et celui « d'intégration » comme « un état de forte cohérence entre des éléments, ou bien le processus qui conduit à cet état ».

➤ Le terme « insertion » a tout d'abord concerné le monde du travail. Evoluant avec le temps, il a maintenant un sens beaucoup plus global et s'applique à un ensemble d'actions destinées à des personnes en situation de vulnérabilité sociale, comme le logement, la culture ou encore la santé. Il s'agit à la fois de restaurer des identités, de recomposer un réseau de relations, de permettre un nouvel ancrage dans le tissu social, un échange entre des personnes en danger de « désaffiliation » et le reste de la société.

➤ Le terme « intégration », quant à lui, décrit plus précisément le système d'appartenance à des groupes sociaux distincts : *« on ne peut parler des conditions de l'intégration, ni du degré d'intégration sans préciser à quel niveau de la réalité sociale on se place, ou à quelle forme de groupement on fait référence »*⁶. Ce système est composé d'un ensemble d'interactions, et les forces intégrantes qui le constituent contiennent un ordre de valeurs déterminantes pour la survie du groupe. Tout individu fait partie d'une multitude de groupes au sein desquels il est intégré.

Les mots sont porteurs de sens, et leur utilisation dans le champ du médico social tend à faire du processus d'intégration *« un accompagnement permettant l'aboutissement ultime qu'est l'insertion, c'est à dire la capacité, pour la personne handicapée, de vivre et de travailler de manière autonome... Lorsque cet accompagnement est devenu inutile, on peut parler d'insertion »*.⁷

I. 2. 2. L'intégration en milieu scolaire, un moyen d'action efficace sur les représentations sociales du handicap.

*« L'intégration des personnes handicapées dans une société respectueuse de leur dignité et soucieuse d'atténuer les désavantages de leur situation, ne peut se réaliser que si dès le plus jeune âge, tous les enfants apprennent à l'école à se reconnaître, à se côtoyer, à se respecter et à s'entraider. »*⁸.

L'impact de la démarche intégrative influence lentement les habitus sociaux, et l'isolement reste encore aujourd'hui un des risques majeurs pour la personne handicapée. Depuis 1982, plusieurs circulaires signées conjointement par les ministres

⁷ P. JEANNE, JP LAURENT, déjà cités.

⁸ Circulaire 99-187, du 19 novembre 1999

de la Santé et de l'Education Nationale tentent d'engager l'école sur le chemin de l'intégration des enfants handicapés. En 1989, parallèlement à la parution des Annexes XXIV, une Loi d'orientation sur l'éducation a posé le caractère obligatoire de l'intégration scolaire des enfants handicapés. Les circulaires 91-302 et 91-304 du 18 novembre 1991 ont instauré les CLIS (classes d'intégration scolaire), au sein des établissements primaires, et les circulaires 95-124 et 95-125 du 17 mai 1995 les UPI (unités pédagogiques d'intégration), au niveau des collèges et lycées.

En dépit des incitations politiques réitérées, force est de constater que la vision de l'école sur les enfants handicapés n'a que peu évolué. On assiste donc, à travers les circulaires 99-187 et 99-188 à une nouvelle relance du processus. Précisant que *«la scolarisation est un droit...permettant aux jeunes, quel que soit leur handicap, de trouver dans le milieu scolaire la possibilité d'apprendre et de grandir avec les autres pour préparer leur avenir d'hommes et de femmes libres et de citoyens... »*, le Ministre chargé de l'Enseignement scolaire, Madame Royal, rappelle la dimension de devoir qui s'impose aux institutions scolaires : *« chaque école, collège, lycée a vocation d'accueillir sans discrimination les enfants et adolescents handicapés dont la famille demande l'intégration scolaire.⁹ »*.

I. 3. L'usager des établissements et services sociaux et médico sociaux, un acteur sujet de droits.

Le concept « d'usager des établissements et services sociaux et médico sociaux » nécessite d'être préalablement précisé. S'agit-il du bénéficiaire direct de l'action mise en place, de son représentant légal ? Le fait qu'il soit mineur ou majeur, bénéficiaire ou non d'une mesure de tutelle influence-t-il son rôle d'acteur ? Pour me situer à travers ces questionnements, j'ai emprunté à Yves Matho et Roland Janvier ces deux citations :

- L'usager correspond à *« toute personne qui établit un rapport d'utilisateur à l'institution »*¹⁰. Selon les situations auxquelles nous nous référerons, il pourra être l'enfant en personne, sa famille, ou le groupe familial dans son ensemble.
- *« Les mineurs, comme les incapables majeurs, sont titulaires de ces droits et libertés inaliénables. Seul l'exercice de ces droits peut éventuellement leur être limité pour*

⁹ Circulaire 99-187, du 19 novembre 1999

¹⁰ Janvier & Matho « Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale », DUNOD 1999.

assurer leur protection par les tuteurs légaux ou provisoires, parents, éducateurs, médecins, pédagogues...en fonction des nécessités inhérentes à leur mission »¹¹.

I. 3. 1. L'utilisateur, un citoyen

Rappeler que l'utilisateur est avant tout un citoyen, une personne, au sens latin de « persona », (un citoyen libre), n'est pas inutile au regard du traitement réservé par le passé aux plus vulnérables d'entre nous. Le concept d'utilisateur consacré dans la juridiction française dans les années 70 est donc porteur d'une volonté explicite de reconnaître l'universalité des droits de l'homme, « inaliénables et imprescriptibles ».

Si le droit international symbolisé par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (ONU, 10 décembre 1948) impose aux états le principe fondamental de respect de la dignité humaine, la démocratie française est quant à elle basée sur celui de réciprocité des droits et des devoirs entre l'homme et la société. On peut donc dégager deux types de droits :

- Les droits sociaux personnels, s'articulant autour du respect de la vie privée, et des garanties d'accès aux facteurs économiques, sociaux et culturels.
- Les droits civiques qui permettent à chacun de prendre part à la vie de la collectivité, et exercer ses responsabilités.

I. 3. 2. L'utilisateur, une personne handicapée

Dans le secteur médico social, l'utilisateur bénéficie, nous l'avons souligné, de l'intégralité de ses droits de citoyen. Pourtant, il est remarquable de constater, que de nombreuses déclarations internationales, européennes ou françaises viennent rappeler le droit en faveur de publics spécifiques et vulnérables.

- Déclaration des droits de l'enfant (ONU, le 20 novembre 1959). Cette déclaration sera suivie en 1989 de la Convention Internationale des Droits de l'enfant.
- Déclaration des droits du déficient mental (ONU, le 20 décembre 1971)
- Déclaration des droits des personnes handicapées (ONU, le 9 décembre 1975)

Ces textes, n'en doutons pas, sont révélateurs d'une nécessité de réduire les inégalités entre les hommes, même si leur utilité interroge au regard de l'universalité des droits de l'homme, et de leur application « *sans distinction aucune, notamment de*

¹¹ C. VOGT « Grammaire des institutions », ENSP, 1992.

race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. »¹².

S'agissant d'une personne handicapée, la Loi 75 534 du 30 juin 1975, fixe des orientations qui illustrent la volonté du législateur d'élargir le champ d'action jusqu'alors limité aux domaines de l'assistance et de l'insertion professionnelle. L'article premier fait de l'intégration sociale une obligation nationale : *« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, constituent une obligation nationale¹³ »*. Ce texte fondateur concentre les différents facteurs « d'accès à la citoyenneté et aux droits et libertés individuelles ». Par la mise à la disposition des personnes des moyens d'une autonomie la plus satisfaisante possible, (avec les supports logistiques et matériels nécessaires), il garantit à chacun la capacité à accomplir, avec ou sans aides, les actes de la vie quotidienne, et à accéder aux prestations offertes à tous (transports, loisirs, consommation, culture, sports...).

I. 3. 3. L'utilisateur, un bénéficiaire d'un service d'action sociale.

En tant qu'utilisateur d'un service d'action sociale, l'utilisateur a vu également s'organiser autour de lui un cadre réglementaire destiné à garantir ses droits.

Dès 1978, Les lois 78-17, « Informatique et libertés » et 78-753 « Commission d'accès aux documents administratifs » signifiaient les responsabilités du service public vis à vis de ses usagers.

Dans les années 80, le droit des usagers a connu un essor particulier qui prend sa source dans le rapport Bianco Lamy « L'aide à l'enfance demain ». Des droits des familles de l'Aide sociale à l'enfance en 1984, aux Lois hospitalières de 1991 puis de 1996, une nouvelle conception de l'utilisateur s'est instaurée, plus respectueuse des droits civils et sociaux des personnes. La réforme du décret des Annexes XXIV, le 27 octobre 1989, s'inscrit pleinement dans ce mouvement.

¹² Déclaration universelle des droits de l'homme, (article 2), ONU, 10 décembre 1948.

¹³ Loi 75-534, (article premier).

Regroupant les établissements et services relevant du champ du social et du médico social, la Loi 75 535 du 30 juin 1975, a posé les premiers jalons du droit des usagers. Malgré la volonté de ses auteurs, cette Loi comporte des imprécisions qui nécessitent qu'elle soit réformée. De Jacques Barrot à Pierre Gauthier, les Directeurs successifs de l'action Sociale ont mis en oeuvre le vaste chantier de cette réforme.

Basé sur le rapport Terrasse remis à l'Assemblée Nationale le 15 mars 2000, le projet pourrait voir le jour dans les mois qui viennent.

Dans le Lien Social du 17 février 2000, Monsieur Gauthier en décline les principaux fondements :

- Conférer leur pleine citoyenneté aux bénéficiaires et promouvoir l'innovation en matière de prises en charge, en reconnaissant et en fondant des droits nouveaux, en élargissant les missions de l'action sociale et médico sociale, et en assouplissant, en les diversifiant, les actions des établissements et services, en mettant l'accent sur l'intégration en milieu ordinaire .
- Planifier le régime des autorisations, développer l'évaluation des pratiques.
- Instaurer la coordination des acteurs, développer la coopération et la contractualisation¹⁴.

I. 4. Les Annexes XXIV, un décret qui a réglementé l'action en faveur des enfants et adolescents handicapés.

Le 27 octobre 1989, trois mois après la Loi 89-486 d'orientation sur l'éducation, une réforme des Annexes XXIV au décret du 9 mars 1956 est publiée, portant sur les conditions techniques d'autorisation et de fonctionnement des établissements et services spécialisés pour enfants. Ce décret a entraîné un mouvement d'une ampleur nouvelle, allant bien au-delà d'une simple adaptation technique. Pour les professionnels du secteur médico social, les Annexes XXIV ont généré une grande inquiétude, comme en témoigne cet article de la revue Lien Social n° 73, en date du 19 avril 1990 : *« il est clair, que, appliquées à la lettre, les directives de la nouvelle Annexe XXIV et de la circulaire qui constitue son corollaire, auront pour conséquences la fermeture et la reconversion d'un grand nombre d'établissements spécialisés »*¹⁵.

¹⁴ 1 P. Gauthier, « L'esprit de la réforme », Lien Social n°519, du 17 février 2000.

¹⁵ Lien Social n° 73, du 19 avril 1990

Dans le cadre du décret du 27 octobre 1989, chaque établissement s'est pourtant vu tenu de renégocier dans les 3 ans à suivre son agrément, en proposant aux organismes de contrôle un projet d'établissement rénové, en conformité avec les nouvelles directives.

Les nouvelles Annexes XXIV ont la particularité d'encadrer de manière très précise les conditions de fonctionnement des établissements relevant de leur champ d'application, ce qui semble bien être le signe d'une détermination politique forte et volontariste. Outre les recommandations en matière de fonctionnement et de qualité d'accueil sanitaire et social, un certain nombre de directives sont énoncées, dont je relèverai les principales :

- Le renforcement de la place active des familles, le maintien de l'enfant au domicile chaque fois que faire se peut, le développement des SESSAD.
- La nécessité de développer des soutiens les plus précoces possibles.
- La nécessité de personnaliser les modes d'accompagnement et de garantir aux enfants et à leurs familles des actions thérapeutiques, pédagogiques et éducatives coordonnées, adaptées aux besoins individuels.
- Le renforcement de la mission d'intégration, notamment scolaire, afin de favoriser l'insertion socio professionnelle future des enfants.
- Le développement de la formation générale et professionnelle.
- L'obligation d'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle à la sortie des établissements, pendant une durée minimum de 3 ans.

Une telle révision des modalités de l'accompagnement médico social était en fait une nécessité, dans la mesure où les manières de penser le handicap devenaient obsolètes au regard des nouvelles normes de référence (CIH, droits des usagers).

II. LE CENTRE DU VAL D'YON, UN IME AU CŒUR DES ENJEUX PARADOXAUX DE L'ORIENTATION SPECIALISEE.

Le Centre Spécialisé du Val d'Yon est établi au chef lieu du département de la Vendée. C'est un établissement médico éducatif privé, géré par l'Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, et le Soutien aux Adultes et Familles en Difficulté. L'établissement, de type I.M.E (institut médico éducatif), est ouvert depuis le 1^{er} octobre 1971. Spécialisé dans l'accueil et la « prise en charge » d'adolescents présentant un handicap mental, il a obtenu, le 11 avril 1994, un

agrément de la D.D.A.S.S de Vendée, relatif à la mise en œuvre d'un projet d'établissement actualisé et mis en conformité avec les nouvelles Annexes XXIV du 27 octobre 1989.

Un SESSAD spécialisé dans l'accompagnement de jeunes suivant un apprentissage adapté a également été autorisé à cette occasion, conformément à l'application de l'article 48 des Annexes XXIV. Il reçoit par ailleurs, à titre expérimental depuis septembre 1999, 10 jeunes enfants fréquentant une UPI (Unité pédagogique d'Intégration). Cette classe spécialisée dans l'accueil de collégiens handicapés en milieu scolaire est implantée dans un collège de la commune.

II. 1. Un établissement empreint de la logique d'enceinte qui a présidé à sa création.

II. 1. 1. Une structure médico éducative traditionnelle.

Le Centre du Val d'Yon est autorisé à accueillir 103 jeunes, garçons et filles, présentant une «déficience intellectuelle légère, avec ou sans troubles associés », et âgés de 12 à 20 ans. Quelques jeunes de plus de 20 ans, dont le nombre varie en fonction des situations individuelles, bénéficient de leur maintien au titre de l'amendement CRETON, dans l'attente d'une place en CAT. L'établissement fonctionne en internat de semaine. La capacité d'accueil est de 58 internes, la notification d'internat spécialisé relevant de la CDES.

En application des directives des Annexes XXIV, le Centre offre la possibilité de développer les apprentissages scolaires, techniques, manuels et relationnels, en organisant le cursus à partir d'une *SEES* (Section d'Enseignement et d'Education Spéciale), puis d'une *SIPFP* (Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle). Des soins médicaux, psychologiques, orthophoniques ou psychomoteurs sont assurés en fonction des besoins, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre. Tous les jeunes majeurs sont extériorisés sur une *UJA* (Unité Jeunes Adultes), où ils bénéficient d'un accompagnement extériorisé (appartements en ville, formation professionnelle se déroulant dans des entreprises partenaires, ou sur un atelier préparatoire à l'entrée en Centre d'Aide par le Travail) .Le but de cette organisation est de favoriser l'insertion du jeune, en signifiant le passage de la majorité civile, comme une étape essentielle de son autonomisation.

II. 1. 2. Des valeurs professionnelles fortes qui cloisonnent l'action collective.

La culture d'entreprise est fortement imprégnée de l'histoire de l'établissement. Accueillant à son origine des garçons, le Val d'Yon, qui s'appelait «Les Peupliers» avant la crise institutionnelle de 1994, a construit ses savoir-faire sur la valeur du travail manuel de gros œuvre (maçonnerie, métallerie, maraîchage, peinture en bâtiment, carrelage). Pour les professionnels issus du secteur du bâtiment, la force et le respect de la consigne sont plus valorisés que l'initiative et le questionnement. Leurs conceptions se heurtent à celles des équipes thérapeutiques et éducatives, plus jeunes et plus récentes dans l'établissement. A la défense des valeurs professionnelles, s'ajoutent des conflits inter générationnels qui complexifient la coordination de l'action médico éducative. La mise en place de la mixité, en 1995, a révélé à quel point il est encore difficile d'adapter les pratiques aux besoins des usagers.

II. 1. 3. Une organisation rigide.

Au fil des années, une organisation s'est construite autour de l'accueil des jeunes. Les programmes pédagogiques, les soutiens thérapeutiques, l'action éducative, ont été répartis de manière à correspondre aux ressources humaines. Les projets des équipes entérinent l'organisation plus qu'ils ne l'interrogent.

Les temps de scolarisation des jeunes sont un exemple de cette rigidité institutionnelle. Quelles que soient leurs capacités d'acquisitions et leurs attentes, les jeunes ont un temps de classe identique : ½ temps de 12 à 16 ans, puis une seule ½ journée hebdomadaire au de-là (les jeunes ne sont plus en obligation scolaire). On constate également que le choix des ateliers est très limité, notamment pour les filles, et que l'internat offre peu de possibilités de modulation.

Certains enfants, certaines familles, déplorent le caractère immuable de cette organisation. En dépit des efforts d'adaptation que nous réalisons, au cas par cas, force est de constater qu'il est difficile d'assouplir l'organisation globale. Des inquiétudes s'expriment qui sont légitimes, et nécessitent que le changement soit accompagné, à travers des échanges, de la réflexion, une information sur l'évolution de la législation et des connaissances dans le domaine de la déficience intellectuelle.

II. 1. Un environnement politique et associatif attentif aux besoins des personnes handicapées.

II. 1. 1. Des orientations politiques départementales qui mettent en œuvre les Annexes XXIV.

Un schéma départemental de l'enfance déficiente a été défini par la DDASS, en juillet 1995. Il fixe les orientations suivantes (Annexes I.) :

- La répartition des enfants dans les IME du département est organisée en tenant compte du niveau de handicap des enfants. C'est ainsi que le Val d'Yon est spécialisé dans l'accueil de jeunes présentant un retard mental léger. Deux autres établissements sont autorisés à accueillir ce public dans le département. Les établissements sont mixtes pour favoriser le choix des familles au moment de l'admission.
- Une réduction progressive des capacités d'accueil des IME est visée, avec parallèlement le développement de SESSAD.
- La notification d'un internat spécialisé doit faire l'objet d'une attention particulière et répondre à des besoins médico éducatifs identifiés.

II. 1. 2. Des valeurs associatives qui prônent le respect et la protection des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Créée en 1958, l'Association Départementale pour la Sauvegarde de L'Enfance et de l'Adolescence et le Soutien aux Adultes et Familles en difficulté gère cinq établissements ou services, et emploie 220 salariés.

Outre l'IME du Val d'Yon, elle se compose d'un service de tutelles, d'un Service d'assistance éducative en milieu ouvert, d'un Service de prévention spécialisée et d'un Centre d'Aide par le travail. Un siège social, avec à sa tête un directeur général, coordonne les actions des différentes équipes dans le cadre du projet associatif, dont le but est *«la lutte contre l'exclusion et pour la cohésion sociale »*.

L'Association départementale fonde son activité sur les principes philosophiques humanistes que sont *«le respect des personnes, le renforcement du rôle de la famille, une action directe auprès des jeunes et des adultes les plus en difficulté, une écoute des évolutions de la société, et un esprit associatif, favorisant le pluralisme, l'adaptation et l'innovation dans les projets et actions »*. L'éducation et l'apprentissage spécialisés, les soins thérapeutiques aux jeunes déficients intellectuels sont au cœur des missions associatives, qui sont par ailleurs *«la protection et l'aide aux mineurs en situation*

critique, l'aide et conseil aux familles en difficulté ou conflictuelles, l'aide à la gestion des budgets familiaux, l'accompagnement social des jeunes adultes en difficulté, et l'accueil d'adultes handicapés dans des structures de travail protégé ».

II. 2. Un réseau partenarial potentiel.

II. 2. 1. L'organisation du secteur médico éducatif départemental.

L'orientation des jeunes adolescents vers le secteur médico social est prononcée par la CDES de Vendée. Le recrutement se fait au niveau départemental. La notification doit favoriser, dans la mesure du possible, le choix du lieu d'accueil par la famille.

II. 2. 2. Les services de l'Education Nationale.

En concertation avec les membres de la C.D.E.S., des actions partenariales sont conduites avec 3 collèges de la Roche sur Yon, qui accueillent des jeunes du Val d'Yon en intégration scolaire. L'un d'entre eux abrite une Unité Pédagogique d'Intégration, que le SESSAD de l'établissement est mandaté pour accompagner. Les 2 autres collèges assurent des intégrations individuelles de jeunes dans des classes de SEGPA. Pendant l'année scolaire 99-2000, trois jeunes ont bénéficié de ce dispositif d'intégration partielle, qui fait l'objet de conventions tripartites Inspection Académique, établissements scolaires et IME. Je déplore toutefois qu'il ne soit actuellement pas possible d'étendre ces partenariats aux autres établissements scolaires. 10 jeunes sont en attente d'intégration scolaire, faute de partenaires.

II. 2. 3. Les partenaires de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes accueillis dans l'établissement.

D'autres partenaires interagissent en complémentarité de l'action médico éducative proposée par le Centre du Val d'Yon. Il s'agit principalement des organismes de contrôle (DDASS état), de la Direction de la Solidarité et de la Famille (service social départemental, ASE), des établissements et services sociaux (MECS, Service d'action en milieu ouvert, PJJ), de la psychiatrie infanto-juvénile, (notamment le centre de soins pour adolescents du CHS), des centres de formation pour adultes (AFPA, GRETA, Chambre des métiers), des services concourant à l'insertion des jeunes

en difficultés, (CAP Insertion, AGEFIPH, missions locales, services de tutelles adultes), et d'une trentaine d'entreprises recevant les jeunes en stages.

III. LA PROMOTION DE L'AUTONOMISATION SOCIALE DU JEUNE HANDICAPE, UN LEVIER POUR L'INSERTION.

L'analyse réglementaire développée tout au long de ce chapitre, permet de relever deux éléments qui semblent en contradiction:

- L'insertion sociale et professionnelle des jeunes que nous accueillons est le but qui doit finaliser notre action professionnelle.
- Le système médico-social comporte une ambiguïté en ce qui concerne la protection des droits des personnes handicapées, dans la mesure où il enferme ces personnes dans un système qui peut s'avérer surprotecteur et ségrégatif.

Si le droit à l'insertion sociale et professionnelle nécessite effectivement d'être garanti, donner à la personne les moyens personnels d'accéder à cette insertion est une responsabilité centrale qui incombe aux professionnels qui lui viennent en aide. Le développement de l'autonomie est le vecteur de cet accompagnement au quotidien, qui devra prendre en compte, non seulement les capacités de la personne à se prendre en charge au niveau matériel, mais également celles à s'intégrer dans la société, à s'y exprimer, à s'y épanouir.

III.1. L'influence de l'expertise médico éducative en IME ne favorise ni l'autonomisation des jeunes, ni l'exercice de la responsabilité parentale.

III. 1. 1. Les professionnels ont un pouvoir insuffisamment régulé.

La mise en œuvre de la participation des jeunes d'un IME à leur projet d'accueil n'est pas facile à concevoir. Il est certes difficile de bâtir une logique qui respecte le rythme de chacun tout en garantissant la cohérence du fonctionnement global. Mais au-delà des questions organisationnelles, il est remarquable de noter que les professionnels mettent eux-mêmes des freins, parce qu'ils craignent l'échec et la dévalorisation des jeunes. Il peut être plus facile en effet de surprotéger une personne que de l'accompagner dans une démarche personnalisée complexe et anxiogène.

Le risque d'influence par les professionnels n'est pas non plus à minimiser, même s'il est difficile à reconnaître par les praticiens que nous sommes. Pourtant, il suffit seulement de confronter les règlements intérieurs des établissements au droit des personnes pour s'apercevoir que nous sommes souvent « hors la loi », au nom de principes éducatifs subjectifs.

III. 1. 2. La médicalisation de l'accueil médico éducatif ne favorise pas la responsabilisation des personnes.

La médicalisation, pas toujours justifiée, de l'accueil médico social est un autre facteur qui limite la dimension participative des enfants et de leurs parents.

➤ Le médecin responsable de l'établissement médico éducatif doit être un psychiatre. (article 11 des Annexes XXIV). Si pour les enfants malades et leurs familles, la rencontre du psychiatre à l'occasion de l'orientation peut paraître logique, il n'en est pas de même pour ceux dont les causes du handicap sont inconnues. Lorsque le symptôme de la déficience intellectuelle s'avère être la situation d'échec scolaire, une telle rencontre peut s'avérer très impressionnante, et interroger l'état de « normalité » de l'enfant. Les usagers paraissent généralement démunis face à un spécialiste incarnant un pouvoir déterminant pour le devenir de l'enfant.

➤ Le suivi de la santé est une obligation réglementaire quel que soit le type de handicap. On comprend bien l'intérêt de la globalisation des soins destinés à l'enfant. Cependant, force est de constater que la mission dévolue aux professionnels en ce domaine entraîne un risque de déresponsabilisation de la famille qui, dans certaines situations, pose problème. Outre le fait qu'elles sont trop souvent désappropriées du choix des spécialistes intervenant auprès de leurs enfants, (dentiste, ophtalmologiste), les familles en arrivent parfois à ne même plus faire appel à leur médecin de famille le week end, et envoient leur enfant malade au centre le lundi suivant, « puisque l'infirmerie se chargera de lui ».

➤ L'indication thérapeutique d'internat génère une mise à distance entre l'enfant et sa famille qui s'avère dans certains cas subie. On note depuis un an ou deux, une évolution significative dans les notifications de la CDES, qui, de moins en moins, orientent les enfants en internat contre le gré de leurs parents. Mais ce cas de figure se produit encore de temps en temps. L'indication thérapeutique d'internat est bien sûr de la responsabilité d'un médecin, qui juge qu'une distanciation est nécessaire entre

l'enfant et ses parents, le plus souvent sa mère. L'orientation en internat peut être refusée par la famille, qui a des voies de recours possibles. Mais là encore, la puissance médicale est suffisamment influente pour limiter le libre choix des acteurs, et l'affirmation de leur volonté.

➤ La protection qui entoure le dossier médical limite le droit d'information des familles, lorsque le médecin estime ne pas avoir à leur communiquer le contenu des certificats qu'il rédige. C'est une pratique encore courante du secteur médico social.

III. 2. Le processus d'autonomisation sociale, un concept qui met en valeur le caractère évolutif du niveau d'autonomie des personnes.

Le critère d'autonomie joue un rôle central dans les procédures d'évaluation des personnes accueillies dans les structures sociales. On peut même considérer qu'il conditionne les possibilités d'accès à ces structures. Ce constat met en évidence le double sens d'un terme qui désigne à la fois un état et le processus qui conduit à cet état.

L'évaluation du niveau d'autonomie révèle que des étapes d'évolution existent, et que ce niveau est en constante mouvance chez une même personne. L'autonomisation correspond donc en un accompagnement personnalisé du processus évolutif qui conduit à chacune de ces étapes. Des critères de niveau d'autonomie existent qui présentent un intérêt très relatif, sauf à mesurer les évolutions personnelles pour adapter les actions professionnelles. Beaucoup utilisés dans le secteur médico social, dans les années 80, à l'instar du modèle canadien, ces critères assemblés sous forme de grilles n'ont pas vraiment contribué à faire avancer l'autonomisation des personnes, notamment sur le plan social et relationnel.

III. 2. 1. Définition du concept d'autonomisation sociale.

Le concept d'autonomie, en référence à sa racine étymologique grecque «*auto nomos* », est défini dans le Dictionnaire critique de l'action sociale comme «*la capacité, la liberté et le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi même, qu'il s'agisse d'un peuple, d'un état ou d'un individu* ».

S'agissant d'une personne, la recherche scientifique s'est abondamment penchée sur l'exploration de ce concept, dans les domaines de la philosophie, des mathématiques, de la biologie ou encore des sciences sociales. De l'autonomie comme «*l'expression de la volonté pure* » du philosophe Kant, aux conceptions béhavioristes sur les

comportements humains, les théories et leurs applications dans le domaine de la pédagogie sont multiples. Elles convergent dans une définition empirique et interactionniste de l'autonomie, qu'elle soit traitée dans ses aspects fonctionnels, moraux, relationnels ou sociaux.

Mon approche du concept d'autonomie sociale sera empruntée au courant psychosociologique, qui présente, me semble-t-il, l'intérêt de prendre en compte l'individu en relation avec les valeurs et la culture environnante, les comportements psychologiques en société, le développement de la personnalité et de l'identité, et les interactions entre les personnes. Je m'appuierai sur l'approche théorique proposée par deux auteurs dont les travaux sont une référence très intéressante dans l'action sociale et médico sociale :

- Raynald Brizais, d'une part, psychosociologue et maître de conférence à l'université de Nantes, développe le concept d'autonomie comme « *la capacité d'un sujet à gérer à son initiative, ses dépendances*¹⁶ ».
- Marie Agnès Hoffmans-Gosset, d'autre part, Docteur en sciences de l'éducation à Paris 2, s'attache à démontrer l'interdépendance entre l'autonomie et les valeurs sociales qui la composent.

III. 2. 2. L'autonomisation, au sens de « capacité à gérer, à son initiative, ses dépendances ».

Selon Raynald Brizais, « *c'est la rencontre d'une personne avec un objet désiré qui permet que cette personne développe la capacité de satisfaire son désir* ». Pour répondre à sa quête de l'objet désiré, la personne développera ou de l'indépendance (efficience à produire l'objet par sa seule activité) ou de la médiation sociale (négociation avec une autre unité sociale pour accéder à l'objet). Toujours relative, l'autonomie n'est jamais totale. Elle n'a ni début ni fin. C'est un processus d'apprentissages qui recouvre une dynamique personnelle, et se fonde sur les étapes psychiques de la séparation - individuation (processus par lequel l'individu accède à toutes ses potentialités et s'affirme comme sujet identifié) . La part active du sujet à son évolution dans sa réalisation dépend du niveau de conscience de soi, et de l'acceptation de sa dépendance à l'égard des multiples sources de satisfaction de ses besoins.

¹⁶ Raynald BRIZAIS, intervention à la journée pédagogique du centre du Val d'Yon du 30 sept 1997.

La dépendance est un enjeu majeur des rapports de pouvoir, car le sujet qui n'est pas conscient de sa dépendance subit inexorablement la domination du pourvoyeur de ses besoins. Pour signifier la relation paradoxale qui relie la personne handicapée et son médiateur social, Raynald BRIZAIS utilise le terme « d'assujettissement ». Ce concept superpose dans sa terminologie, deux antithèses : action et conscience par rapport à dépendance et soumission. Révélateur de l'ambiguïté de la prise en charge médico sociale, et volontairement provocateur, il met en valeur le fait qu'être sujet, « *c'est pouvoir s'affirmer dans un « je », et prendre des initiatives à partir de ses assujettissements* ». ¹⁷

Dans la situation de handicap, à quelque niveau de déficience que ce soit, l'enjeu pour la personne est de faire face à ses impossibilités. Les professionnels du secteur médico social ont pour mission de leur proposer leur médiation. Au regard de la complexité des rapports qui les unissent, et des risques de toute puissance professionnelle, on peut considérer que l'autonomisation est une garantie essentielle.

III.2.3. L'autonomisation, une valeur de citoyenneté qui favorise l'insertion.

Dans le domaine des sciences sociales, l'étude du concept d'autonomisation est étroitement liée aux notions de citoyenneté, d'identité, de culture. Ainsi seraient posés, selon Madame Hoffmans-Gosset « *les principes organisateurs de l'autonomie : la présence d'autrui, la présence de la Loi et la conscience de Soi* » ¹⁸.

➤ La *présence d'autrui* fait référence au fait que l'autonomie se construit dans l'action, le langage, l'apprentissage et donc la communication. Elle est en ce sens indissociable de la socialisation. Elle se fonde sur le fait que la « liberté absolue », « l'indépendance » n'existent pas, et que les sources de dépendances sont multiples : « on dépend toujours de quelque chose ou de quelqu'un ». Le dictionnaire critique de l'action sociale cite à ce propos, le psychosociologue A Memmi : « *La dépendance ne s'oppose pas à l'autonomie... Tout homme, en effet, est dépendant, chacun à sa façon, inégalement et d'une manière dynamique et variable selon les conjonctures. On pourrait dire... que l'autonomie est l'autogestion équilibrée des multiples réseaux et chaînes de dépendances que nous entretenons avec d'autres individus...dans la ronde incessante de la satisfaction de nos divers besoins* ». Des influences aux contraintes,

¹⁷ Raynald BRIZAIS, déjà cité.

¹⁸ Hoffmans-Gosset, « Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation », Chronique Sociale, 1996.

aux rythmes de vie imposés, aux devoirs, le processus d'autonomisation est un mouvement perpétuel d'adaptation qui accompagne la personne tout au long de sa vie.

➤ *La présence de la Loi* vient signifier le fait que l'autonomie n'est pas la liberté, mais tout au plus un processus de libre choix, (autonomie psychique), de libération des affects (autonomie relationnelle) et des contraintes sociales (autonomie sociale). «*La Loi, qu'elle soit morale ou psychologique est nécessaire pour que se construise l'individu, et s'harmonise sa vie sociale* ». Devenir autonome s'apparente donc au fait d'avoir suffisamment intériorisé la Loi pour s'en distancier. C'est un état de conscience de soi et une reconnaissance des autres et de la société qui donnent une dimension philosophique au sujet humain.

➤ *La conscience de Soi* : principe fondateur de l'identité et de la valeur morale de la personne, la conscience de Soi se développe au fur et à mesure que le «Moi» accède au stade de «sujet acteur ». Elle respecte donc un cursus d'étapes liées au développement de la personnalité et au processus d'individuation.

La conscience de soi, comme principe organisateur de l'autonomie donne accès à la connaissance et à la gestion de ses dépendances, par la mise en œuvre de conduites adaptées aux situations rencontrées. Cette étape permet, au-delà de l'action, la prise de responsabilités, et l'engagement personnel du sujet acteur.

Bien qu'elles soient spécifiques par leur approche, ces deux théories sont porteuses d'une conception dynamique de l'usager acteur et de l'accompagnement médico social. L'autonomisation y apparaît comme un processus d'évolution vers une participation sociale qui enrichit les missions d'insertion socio professionnelle d'une dimension de citoyenneté, et fonde une éthique de l'intervention médico sociale.

III. 3. La valorisation de la participation du jeune, une garantie pour leur autonomisation sociale.

III. 3. 1. Du projet individualisé au projet personnalisé.

L'individualisation est une directive qui a fait son apparition dans le cadre des Lois sociales de 75, parallèlement à la construction du droit des usagers des services sociaux et médico sociaux. Il s'agissait alors de reconnaître que la société était constituée « d'individualités », dont les besoins et les droits étaient spécifiques à chacune d'entre elles.

Dans le secteur médico social, les Annexes XXIV ont renforcé ces directives, obligeant les établissements et services à réaliser, pour chaque enfant accueilli un « projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel », révisable une fois par an. La mise en place des projets individualisés a largement contribué à la restauration progressive de la place centrale de l'enfant et de sa famille. Cependant, plus que d'un projet individualisé, je souhaiterais que l'on parle de « *projet personnalisé* », car pour moi, la notion de personnalisation revêt un caractère plus humaniste que celle d'individualisation. La notion de personnalisation me renvoie en effet au sens de « personne » tel qu'il a été prôné par E. Mounier à travers « sa *pensée personnaliste* ». Ce philosophe de l'avant guerre définissait le concept de personne comme un acteur social : « *être spirituel constitué comme tel par une manière de subsistance et d'indépendance de son être, elle entretient cette subsistance par son adhésion à une hiérarchie de valeurs librement adoptées, assimilées et vécues par un engagement responsable et une constante conversion* »¹⁹.

III. 3. 2. De la notion de prise en charge, à l'offre de service spécialisé.

En établissement spécialisé, l'adaptation des dispositifs favorisant l'autonomisation doit impérativement tenir compte du stade de développement psychique des enfants, de leurs capacités cognitives et fonctionnelles, de leur rythme d'acquisitions, et de leur motivation. Vulnérabilisé par le handicap, l'enfant peut trouver des bénéfices secondaires dans un assistanat médico social qualifié par Monsieur Brizais de « *domination pourvoyeuse* ». En outre, l'autonomisation peut être un facteur d'insécurité pour qui n'est pas en capacité de s'affirmer comme sujet acteur de son existence. Le projet individualisé prend une dimension particulière dans l'élaboration des stratégies d'autonomisation. L'institution détermine en effet des options globales, indispensables à la cohérence du système d'accompagnement. Ces options se traduisent dans une organisation qui limite, réglemente, ritualise le processus d'autonomisation des jeunes. Sans nier l'aspect repérant de cette organisation, son adaptabilité est indissociable de la notion d'individualisation. La faisabilité de cette adaptation est significative des choix institutionnels vers plus de protection ou plus d'autonomisation.

Le terme de « prise en charge » utilisé pour signifier l'accompagnement catalyse le « *paradoxe de l'éducation* », pour citer à nouveau Raynald Brizais. Tous les termes

¹⁹ Citation extraite du livre de Marie Agnès Hoffmans-Gosset, déjà citée

faisant sous-entendre une notion de « *mise en dépendance* » devraient être retirés des textes réglementaires. L'utilisation du terme « *accompagnement* » à la place de « *prise en charge* », me semble mieux respecter la part active de la personne aidée.

Il est important que le cadre réglementaire incite à une nomination plus exacte et plus respectueuse des usagers. A ce titre, il est tout à fait intéressant de noter la volonté politique qui s'exprime à travers la réforme de la Loi 75 535. L'utilisateur pourrait désormais être considéré comme « bénéficiaire » des actions sociales. Et la « prise en charge » médico sociale, une « prestation de soins et de services ».

Conclusion de la première partie

Pour garantir les droits et libertés fondamentales de la personne handicapée, les politiques sociales délimitent un cadre réglementaire qui par un phénomène de rétroaction positionne cette personne en marge de la norme sociale, complexifiant par conséquent son insertion sociale.

Si la réglementation est un levier indispensable pour susciter l'évolution des pratiques professionnelles dans les institutions sociales et médico sociales, les actions locales politiques, associatives et professionnelles ont le devoir de se coordonner pour trouver ensemble les moyens de réduire les risques ségrégatifs.

Au centre spécialisé du Val d'Yon, le fait d'initier un questionnement des professionnels autour de concepts aussi fondamentaux que celui du processus d'autonomisation sociale des jeunes accueillis me paraît être un moyen intéressant à mobiliser. La mise en synergie du droit et de la psychosociologie permet en effet de concevoir une approche plus précise du concept de bénéficiaire.

Afin de susciter ce questionnement, je m'attacherai à évaluer la qualité de l'accompagnement médico éducatif, tel qu'il est organisé dans l'établissement, au regard de la spécificité de la population accueillie, des besoins recensés en matière de processus d'autonomisation sociale, et des témoignages des enfants et de leurs familles.

La finalité à terme est bien de promouvoir l'enfant et sa famille, en tant que partenaires à part entière de l'action qui les concerne.

DEUXIEME PARTIE

Le Centre Spécialisé du Val d'Yon, un espace surprotecteur qui ne favorise pas l'autonomisation sociale des jeunes qui lui sont confiés.

La première partie de ce mémoire visait à présenter l'établissement et ses missions dans le cadre générique de l'action médico éducative. Il s'agit maintenant d'analyser plus précisément le fonctionnement du centre spécialisé et d'évaluer l'impact de nos interventions sur le développement de l'autonomie sociale des jeunes. Le système médico social, nous l'avons vu, génère des effets surprotecteurs qui engendrent des réactions de dépendance. Mais l'activité, telle qu'elle est conçue au Val d'Yon, a aussi une grande influence qui peut renforcer ces effets ou au contraire les réduire. Après avoir présenté la population, ses difficultés et ses attentes, nous étudierons ce qui, dans nos pratiques au quotidien, favorise ou limite le processus d'autonomisation sociale des jeunes, sans oublier la place des parents, premiers responsables du devenir de leur enfant.

I. UNE CARACTERISTIQUE DU CENTRE SPECIALISE EST DE RECEVOIR UN PUBLIC HETEROGENE.

La présentation de la population qui va suivre, repose sur une étude de population réalisée à partir de la situation des 116 jeunes présents dans l'établissement au 1er septembre 1999, et sur un sondage effectué auprès des jeunes et de leurs familles en mai 2000 (consultable en annexes III.1).

I. 1. L'IME est autorisé à accueillir des adolescents présentant un retard mental léger.

I. 1. 1. L'arrêté du 9 janvier 1989 fixe les différents niveaux de handicaps.

Une Nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages fixe par arrêté, la description des handicaps (arrêté du 9 janvier 1989).

Le niveau de déficience traduit les aspects lésionnels du handicap, qu'ils soient intellectuels, physiologiques ou anatomiques. La déficience intellectuelle se caractérise par l'altération de l'intelligence, de la mémoire ou de la pensée. Le retard

mental est évalué à partir du calcul du quotient intellectuel. Il est classé en 4 catégories :

- Le retard mental léger (QI 50 à 70)
- Le retard mental moyen (QI 35 à 49)
- Le retard mental sévère (QI 20 à 34)
- Le retard mental profond (QI < 20)

Innée ou acquise, la déficience intellectuelle peut être liée à une maladie, un facteur génétique, un accident cérébral ou encore à la conséquence de carences affectives précoces. Pour ce qui concerne la déficience intellectuelle légère, il est fréquent qu'aucune causalité ne soit établie, comme en témoigne le tableau ci dessous.

Tableau synoptique des origines de la déficience chez les jeunes de l'IME

Enfants malades (présentant des syndromes génétiques générateurs de déficience intellectuelle, des séquelles de maladies, des psychoses stabilisées, des troubles de la personnalité).	25
Enfants dont les troubles du développement cognitif sont liés à l'histoire familiale.	16
Enfants ne présentant pas de symptomatologie médicale.	75

I. 1. 2. Les troubles associés, un facteur aggravant des difficultés intellectuelles.

Ce vocable désigne les difficultés qui, sans avoir de rapport direct avec la cause de la déficience, en sont consécutives. Il s'agit principalement, dans le cadre de la déficience intellectuelle légère, de troubles du développement (difficultés psychomotrices, troubles du langage, retard staturo-pondéral), de troubles de la conduite (intolérance à la frustration, conduites d'échecs, agressivité, manque d'autonomie...), de troubles de la relation (inhibitions, immaturité psycho-affective), de troubles de la personnalité (troubles de la communication, angoisses invalidantes).

Indépendamment du retard scolaire, facteur de sentiments d'échec et de dévalorisation personnelle, les «troubles associés» ont une grande influence sur le parcours scolaire de ces jeunes. Ils interfèrent tout autant en effet, sur les fonctions cognitives que sur le comportement. La diversité de symptomatologies confirme l'importance de cerner le profil de chaque jeune, de manière à adapter la prise en charge à ses besoins propres. La Circulaire d'application des Annexes XXIV, le précise ainsi: *« l'intelligence ne peut plus être considérée comme une fonction et une capacité univoque. L'observation, l'usage de plusieurs types de tests psychométriques (tests verbaux, échelle de capacités sociales), doivent être conjugués avec des entretiens et des tests de personnalité, dès lors que l'on cherche à faire leur juste place aux différents axes de fonctions cognitives : déficiences de logique, mémorisation, perception,*

communication, intérêt, attention... »²⁰.

I. 1. 3. L'existence de la déficience intellectuelle légère n'est pas toujours établie.

Les adolescents qui sont orientés vers l'établissement se caractérisent par une déficience intellectuelle légère en principe «avérée». Dans les faits, il est particulièrement difficile de diagnostiquer cette déficience. Ils révèlent en effet une grande hétérogénéité aux résultats du QI ce qui vient signifier des troubles sans rapport direct avec leurs compétences cognitives. C'est la conjugaison d'une situation de souffrance scolaire, et d'une indication de soins qui conduisent les commissions de l'éducation nationale, à préconiser l'orientation vers le milieu spécialisé.

En septembre 1999, nous avons pu établir que 17 jeunes sur 116 (14.6%) ne présentaient pas de déficience intellectuelle, leurs quotients intellectuels étant supérieurs à 70. L'échec scolaire est l'élément principal qui a justifié leur orientation. Il se traduit pour 3 d'entre eux par des «inhibitions invalidantes», pour 1 autre par un comportement de «phobie scolaire», et pour les 13 derniers par des manifestations de refus scolaire (instabilité, agressivité, impossibilité d'accéder à la lecture). Il est remarquable de souligner qu'aucun de ces 17 jeunes n'est lecteur, en dépit d'un potentiel cognitif «sub-normal». Le rapport Ringard²¹, remis en février 2000 à Madame Gillot, secrétaire d'état à la santé et aux handicapés, souligne qu'un nombre important de jeunes non déficients sur le plan intellectuel fréquentent des établissements spécialisés. Ce rapporteur met en exergue l'impact des troubles de la parole et du langage sur le déficit scolaire. La dyslexie, la dysphasie, notamment, sont des symptômes qui ne sont pas reconnus par la nosologie, et qui sont parfois assimilés à une déficience intellectuelle.

Tableau synoptique des différents états de déficience

Enfants ne présentant pas de déficience intellectuelle, mais des conduites d'échec scolaire	17
Enfants déficients intellectuels légers, sans troubles associés	56
Enfants déficients intellectuels légers, présentant des troubles associés (troubles de la conduite et du comportement pour 33, et troubles du langage et de la parole pour les 10 autres)	43

²⁰ Circulaire du 30 octobre 1989, relative à l'application des nouvelles Annexes XXIV.

²¹ Rapport RINGARD, « A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique », février 2000.

I. 2. Les problématiques des jeunes, les effets de l'accueil en IME.

I. 2. 1. Des difficultés scolaires majeures.

Le niveau scolaire moyen des jeunes de l'établissement se situe aux acquis de fin de cycle II, avec des dysharmonies sévères entre les acquisitions concernant la langue, et celles du domaine des mathématiques. La plupart des enfants de 12 ans présentent un bagage culturel pauvre, des difficultés souvent très invalidantes au niveau de la mémorisation, de l'attention et de la concentration, de l'abstraction, et des repères dans l'espace et dans le temps. 85% des jeunes ont acquis la lecture courante, mais la moitié d'entre eux ont des difficultés de compréhension. L'immatunité affective, et le retard de développement psychomoteur, sont des manifestations fréquemment observées à l'admission.

Les origines scolaires sont disparates, avec une augmentation en ce qui concerne les orientations de CLIS depuis 1995 (50% en 1999), en lien avec leur ouverture en 1991. Une moyenne de 20% d'adolescents venant de SEGPA s'observe cependant chaque année, avec des demandes de plus en plus fréquentes d'orientations vers le milieu spécialisé, en fin de SEGPA. Chaque année également, quelques jeunes sont admis à l'issue de leur cursus en IRP, lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge (4 en 99). Il est à noter en effet que le département de la Vendée ne possède pas de structure IRP pour des adolescents de plus de 14ans. L'établissement est donc sollicité pour « des orientations en IME, faute de place en IRP ».

Tableau synoptique des situations scolaires préalables à l'admission :

Scolarité précédente avant l'admission	La déficience intellectuelle a-t-elle été diagnostiquée avant l'admission ?	Nombre d'enfants depuis 1995	% total
Autre IME, CLIS	Pour entrer dans ces structures, l'enfant devait être déjà reconnu handicapé	6 venaient d'IME 48 de CLIS	51.9 %
I. R. (institut de rééducation)	Les enfants étaient pris en charge pour des troubles du comportement ou de la conduite. Le diagnostic de déficience intellectuelle n'était pas encore posé	15	14.4 %
Hospitalisation en pédopsychiatrie	Les enfants étaient soignés pour une maladie mentale. Le diagnostic de handicap intellectuel n'était pas posé	5	4.8 %
Scolarité primaire, secondaire, SEGPA	Les enfants n'étaient pas considérés comme handicapés avant l'orientation vers l'IME	30	28.9 %

I. 2. 2. Le facteur social, une cause réelle de handicap intellectuel léger.

Pour effectuer l'analyse des origines socioculturelles des jeunes, j'ai différencié les internes des semi-internes, de manière à rechercher un lien éventuel de cause à effet entre la notification de placement en internat, et la situation sociale.

J'ai cherché à déterminer dans quelles proportions les facteurs géographiques, économiques ou relationnels nous sont signifiés par les familles comme susceptibles de pénaliser le développement de leur enfant. Les résultats de ma recherche sont consultables en annexes (III. 1). Ils font émerger une influence de l'environnement social, notamment dans ses aspects socio économiques et relationnels :

- Les familles nommant des difficultés relationnelles correspondent à plus de la moitié des jeunes accueillis, dont 63.3% dans les familles des internes.
- Les familles nommant des difficultés d'ordre socioculturel sont également en nombre très important, dont 50.9 % dans les familles des internes).
- L'éloignement géographique, et l'isolement social et culturel apparaissent comme des causes pouvant justifier le statut d'interne.
- Les jeunes vivant dans une famille monoparentale sont majoritairement des internes.
- Une proportion relativement importante d'internes connaît ou a connu une situation de mise à distance du milieu familial, passée ou présente, pour des raisons thérapeutiques ou sociales (27.2 %).
- En croisant les statistiques médicales et les statistiques socioculturelles, nous constatons que 17 jeunes révélant un quotient intellectuel supérieur à 70 connaissent des situations sociales gravement désavantageantes :
 - 8 ont connu ou connaissent encore un placement à l'aide sociale à l'enfance.
 - 7 sont des jeunes qui ont été orientés après un placement à l'I.R.P.
 - 9 des familles des 17 adolescents sont aidées dans le cadre de mesures d'AEMO.
 - 4 des ces jeunes ont perdu un de leurs parents.
 - Parmi les 13 autres, 6 ont leurs parents qui se sont séparés, dans un contexte de grandes violences intra-familiales.
 - 13 jeunes, ont donc connu une situation familiale perturbée, susceptible d'avoir généré l'échec scolaire.
 - Nous repérons enfin que 11 d'entre eux sont internes au Val d'Yon, et que parmi les 6 autres, 3 sont placés par les services de l'aide sociale à l'enfance, soit en

foyer éducatif ou en familles d'accueil. Pour l'ensemble de ces jeunes, c'est la recherche d'un cadre éducatif sécurisant qui a justifié l'orientation vers l'établissement.

I. 2. 3. Les conséquences de l'orientation en IME sur l'estime de soi.

A leur arrivée à l'IME, les jeunes présentent généralement des sentiments contradictoires vis à vis de leur orientation, entre soulagement par rapport à la situation vécue d'échec scolaire, et dévalorisation. Pour chacun d'entre eux, la peur d'être «anormal» est vive et fréquemment partagée par la famille. Elle engendre une modification des relations aux autres, d'autant que les enfants ont trop souvent été victimes de réflexions blessantes.

Les résultats scolaires, comme l'environnement social et relationnel sont particulièrement influents au niveau de l'estime et de la confiance en soi. La notification d'orientation en internat spécialisé, en appauvrissant le réseau relationnel existant vient encore aggraver le sentiment de dévalorisation. La perte des relations avec les camarades, voire même les fratries, engendre une méconnaissance réciproque, et un sentiment d'isolement social qui s'exprime très fort à l'adolescence.

I. 2. 4 La difficile acceptation du handicap.

L'adhésion, la participation active de l'adolescent aux projets le concernant constituent des préalables indispensables à l'accompagnement médico éducatif, et au développement des potentialités cognitives. Elles vont de pair avec la conscience que ces enfants ont de leurs difficultés.

Le fait d'accueillir des adolescents déficients intellectuels légers complexifie la mise en relation, dans la mesure où la réalité de leur handicap est appréhendée par ces jeunes de manière très subjective. Si certains d'entre eux, qui ont connu la CLIS ont parfois tendance, à surévaluer leurs difficultés, d'autres en revanche les dénie. Il est réel qu'un jeune qui a un parcours scolaire de SEGPA n'a pas été considéré comme un enfant handicapé, et l'effet d'annonce, à l'adolescence peut provoquer un refus très net, exacerbé par les représentations sociales qui entourent le terme «handicapé ». Il est quasiment impossible d'utiliser d'emblée ce mot avec certains des jeunes du Val d'Yon parce qu'ils le reçoivent comme un jugement de valeur très violent à leur égard, qui induit un effet de rétroaction extrêmement agissant sur les stratégies d'épanouissement

de la personnalité.

Il est important également de noter que l'absence de diagnostic médical ne facilite pas l'appréhension du handicap, que ce soit chez le jeune ou chez ses proches.

Accepter d'être considéré comme « une personne handicapée », quand ce n'est pas « un handicapé » tout court, pose le problème de la reconnaissance de « l'anormalité », ce qui légitime les manifestations a priori de déni ou de refus. En effet, la délimitation du handicap n'est qu'un moyen administratif d'accès à des droits spécifiques, qui a bien peu à voir avec l'acceptation par tout un chacun de ses capacités et de ses limites. Ainsi serait-il opportun d'éviter la globalisation « enfant handicapé », et d'y substituer « avoir un ou des handicaps », qui respecte davantage l'intégrité de la personne.

II. ATOUTS ET INADEQUATIONS DE L'ACTION DU CENTRE SPECIALISE. ANALYSE DE LA QUALITE DES PRESTATIONS.

Au centre du val d'Yon, les professionnels sont sensibles aux traumatismes relationnels qu'ont connus les enfants. L'accueil est convivial, et la phase d'affiliation est qualitativement satisfaisante. A l'écoute du vécu de ces jeunes, les professionnels se sont toutefois forgés des convictions, et l'ancienneté aidant, beaucoup sont persuadés qu'on ne peut pas croire vraiment au potentiel intégratif de la société et de l'école en particulier. C'est ainsi qu'ils sont amenés à proposer un espace protecteur, propice à la restauration de l'estime de soi, mais aussi à la dépendance relationnelle. De fait, les adolescents s'épanouissent au Val d'Yon. Mais nous constatons également qu'ils restent particulièrement vulnérables à l'extérieur de l'établissement notamment sur le plan relationnel, ce qui doit nous amener à repenser nos actions en matière d'autonomisation.

II.1. Les missions réglementaires qui encadrent notre activité intègrent la dimension d'autonomisation sociale.

II. 1. 1. La socialisation et l'apprentissage de la citoyenneté, un facteur déterminant du processus d'autonomisation.

La socialisation est un axe éducatif qui émane directement de la situation de vie en collectivité. Les Annexes XXIV, dans leur article 5, en font un des objectifs

principaux de l'orientation spécialisée. Elle s'élabore en étroite relation avec la revalorisation personnelle. L'enfant a en effet besoin de restaurer l'image qu'il a de lui-même avant de pouvoir s'intéresser aux personnes qui l'entourent, et assumer ses propres responsabilités à leur égard.

Pour R. Brizais, *«la socialisation est un processus d'intégration sociale d'un sujet, par sa participation progressive aux échanges complexes et à l'œuvre du groupe où il s'insère»*²². Elle procède par l'adaptation du sujet aux représentations, usages, normes et règles du groupe concerné. A l'âge de 12 ans, les enfants se socialisent en repérant des règles de vie et une organisation du fonctionnement de la collectivité simples et concrètes. L'imitation est un facteur important, de même que l'identification à des modèles relationnels forts. Progressivement, l'adolescent va chercher à s'individualiser, en se percevant comme «je», à la fois semblable et différent des autres. C'est à ce stade du processus de socialisation, qu'il va expérimenter des actions propres, et comprendre qu'il est impliqué dans des relations d'interdépendance sociale.

La citoyenneté est le prolongement direct du processus de socialisation. Elle s'apprend très jeune, et se développe en stimulant la capacité des enfants à prendre des initiatives, et à prendre position. Si la socialisation est un axe largement développé auprès des enfants handicapés, afin de leur donner les outils de leur insertion sociale future, la citoyenneté l'est beaucoup moins. Le respect du droit d'expression des usagers est donc une nécessité, et l'action éducative auprès des jeunes doit favoriser la prise de responsabilités au sein des groupes.

Il est regrettable de noter que l'accès à la majorité civile est à bien des niveaux, banalisé par la poursuite possible de la prise en charge médico éducative jusqu'à 20 ans. Différencier la prise en charge de jeunes majeurs de celle des mineurs me paraît une nécessité éducative que nous avons signifiée au Val d'Yon, par la création de l'UJA. Cependant, je constate que nos attitudes professionnelles ne mettent pas suffisamment en valeur de qui l'on parle et à qui l'on s'adresse. Nous avons en effet tendance à la fois à demander à des enfants de 12 ans de se comporter comme des adolescents plus mûrs, et paradoxalement à adopter des attitudes infantilisantes avec de jeunes adultes. Le terme de «jeune», principalement utilisé dans cet écrit pour décrire de manière générique la population accueillie, ne doit pas nous faire perdre de vue que nous nous adressons à des enfants et des adolescents d'une part, et à de jeunes adultes d'autre part.

²² Raynald Brizais, déjà cité.

II. 1. 2. L'ouverture culturelle, l'investissement des jeunes dans le domaine des loisirs et de la culture, des axes éducatifs à ne pas sous estimer.

En IME, on peut déplorer que l'accès à la culture générale soit placé au second rang des préoccupations pédagogiques et éducatives, du fait de l'accent mis sur les apprentissages fondamentaux. Au Val d'Yon, par exemple, les enfants n'ont plus à l'admission qu'un ½temps de classe, l'autre ½temps étant consacré à l'apprentissage du travail manuel. Le développement de leur culture générale nécessite donc des actions pluridisciplinaires transversales, impliquant le personnel éducatif. A l'internat, l'ouverture culturelle est d'autant plus importante que la famille n'est pas présente au quotidien pour assurer cette fonction. Développer son bagage lexical par le jeu, lire ou écouter les informations, fréquenter la bibliothèque municipale, assister à des concerts, aller au cinéma, organiser un voyage, sont autant de sources d'enrichissement qui doivent être régulièrement encouragées. Et pour certains jeunes de milieu défavorisé, ces expériences sont de véritables découvertes, qui stimulent leur curiosité, leur sens esthétique et leur motivation personnelle. L'apport culturel n'a pas pour unique objectif le savoir. C'est également un moyen privilégié d'intégration sociale, et d'échanges relationnels.

II. 1. 3. L'internat spécialisé, un soutien temporaire efficace s'il est bien investi par le jeune et par sa famille.

Quatre motivations principales peuvent justifier la notification d'internat :

- L'éloignement géographique : le recrutement est départemental, et les temps de trajets sont parfois très longs, notamment pour les jeunes qui habitent dans les îles du littoral.
- Le manque d'autonomie ou la fatigabilité de l'enfant.
- Le traitement des troubles du comportement et de la relation, la nécessité d'une stimulation éducative et culturelle.
- L'indication thérapeutique de distanciation du milieu familial : caractère anxiogène des relations intra familial, individuation - autonomisation.

L'internat intra-muros est un lieu stimulant, contenant et souple. La convivialité des lieux de vie est recherchée pour faciliter la levée des inhibitions et la socialisation. Il accueille les enfants mineurs, jusqu'à leur passage sur l'UJA à leur majorité. Sa

capacité d'accueil est de 45 jeunes garçons et filles, répartis en fonction de leur âge, sur 3 unités de vie. Les groupes sont mixtes. Les passages d'un groupe à l'autre sont utilisés comme des repères dans le processus d'autonomisation personnelle.

Un projet éducatif définit les principes éducatifs communs à l'ensemble de la structure :

- Une collaboration avec les parents des jeunes, dans le respect des valeurs éducatives familiales.
- L'adhésion des jeunes à leur statut d'interne, la stimulation de leur participation aux projets les concernant.
- La valorisation de l'expression individuelle des enfants, leur responsabilisation.
- Une insertion dans la vie sociale et culturelle locale, en évitant les déplacements en grands groupes (peu développée).

II. 2. Des savoir-faire qui sont des atouts indéniables au niveau de la qualité de l'accueil par le centre.

L'admission en établissement médico social a pour objectif d'apporter à l'enfant un cadre sécurisant qui suscite son investissement et sa motivation. L'enfant arrive généralement, en effet, inquiet et méfiant. Il a besoin de vérifier qu'il est attendu, que les adultes qui l'entourent sont attentifs à lui, que les exigences sont à sa portée.

L'information, sous toutes ses formes est utilisée au cours de la phase de sécurisation. La visite préalable à l'admission permet de visualiser les lieux pour s'y projeter dans un proche avenir, l'explicitation des règles de vie donne accès aux limites et aux droits auxquels on peut prétendre. Il est important de stimuler la compréhension de ce qui se passe pour soi, à travers des outils concrets, et d'aider à la formulation des ressentis et des attentes, de manière à limiter l'aspect anxiogène de la situation d'admission.

II. 2. 1. Un cadre d'accueil sécurisant et repérant, ce qui favorise l'adaptation de l'adolescent dès son admission.

La phase d'affiliation est donc, nous l'avons vu, une étape privilégiée de l'accompagnement médico éducatif. Constituée par l'accueil proprement dit, elle concerne également la mise en relation des jeunes avec les adultes, le cadre, les limites, les repères spatio-temporels.

Le jour de l'admission, le jeune est accueilli avec sa famille, qui est invitée à découvrir avec lui le fonctionnement de l'établissement, et à jouer son rôle de

sécurisation le temps nécessaire (installation du jeune interne dans sa chambre).

Un référent éducatif est nommé, dont le rôle est de personnaliser l'accueil, de faciliter la compréhension du fonctionnement de l'établissement, et d'assurer une fonction de médiation entre le jeune et les autres professionnels. C'est un « adulte ressource », y compris pour les parents, et le responsable, par délégation du directeur, de la mise en œuvre du projet individualisé.

Le repérage du cadre et des limites s'effectue au niveau des différents groupes éducatifs et pédagogiques. Le respect de soi et des autres est la règle de base qui garantit la convivialité des relations interpersonnelles entre tous, grands et petits.

II. 2. 2. La promotion de la personne, et la présomption de ses compétences²³, des valeurs fédératrices.

La promotion de la personne est une valeur associative reconnue dans l'établissement. Partie prenante de l'obligation d'individualiser l'accompagnement spécialisé, elle va plus loin dans la mesure où elle intègre une dimension humaniste respectueuse des valeurs culturelles et de la dignité. Chaque jeune accueilli a une histoire personnelle singulière, une éducation, des croyances, des savoir-faire. Il s'agit de l'aider à s'appuyer sur son vécu pour s'affirmer dans ses aptitudes, quel que soit le domaine dans lequel elles se situent (cognitif, manuel, artistique, relationnel, social). Toute personne, quel que soit son niveau de déficience, a un potentiel et des capacités qu'il convient de valoriser. En ayant accès à ses propres compétences, en constatant qu'elles sont reconnues par les adultes qui l'entourent, l'enfant pourra trouver confiance en lui et la motivation nécessaire à son évolution.

Les professionnels du centre spécialisé reconnaissent cette valeur et ont signé en 1990 une charte d'accueil consultable en annexes (II.2). On peut toutefois déplorer qu'elle ne se concrétise pas aussi résolument dans l'action au quotidien.

II. 2. 3. La restauration de l'estime de soi, un facteur d'épanouissement de la personnalité, qui fonde l'ensemble des objectifs de l'accompagnement médico éducatif, et favorise la socialisation.

Retrouver une image de soi positive est, pour la quasi-totalité des jeunes accueillis à l'IME, un enjeu majeur du projet personnalisé. L'échec scolaire, tout

²³ Charte adoptée par le personnel du centre le 26 février 1990.

comme la mise en lumière du handicap ont généralement généré une blessure narcissique, renforcée par la déception des parents. Il est certain que l'orientation vers le milieu spécialisé exacerbe le sentiment d'infériorité, même si cette orientation est acceptée. Dès l'admission, les interventions éducatives et soignantes ont pour objet la revalorisation du jeune, par la mise en exergue de ses compétences. La pédagogie scolaire va consister à individualiser les enseignements, de manière à faire prendre conscience à l'enfant qu'il a des connaissances. En valorisant ces connaissances, il est ensuite possible de projeter des apprentissages en rapport avec les capacités de chacun. En IME, il est important d'éviter l'évaluation collective des résultats, tant les niveaux et les potentialités sont disparates. Le jeune devra cependant apprendre à s'évaluer et à repérer son évolution.

La qualité de l'accueil est un moyen très concret de restauration de l'estime de soi. Rapidement après le stress de l'admission, le jeune va chercher à s'adapter à son nouveau milieu de vie, faire des démarches pour entrer en relation. En lui faisant repérer son rôle actif dans la rencontre, on l'aide à reprendre confiance en ses capacités relationnelles. Si sa peur de l'échec est moins vive, il sera plus à même de se stabiliser, puis de se concentrer sur des apprentissages.

Au Val d'Yon, le travail manuel est un outil développé dès l'admission, en complémentarité des temps de classe. L'atelier d'initiation manuelle est basé sur le travail du bois. Les enfants y développent des aptitudes qui sont la plupart du temps nouvelles pour eux, ce qui les valorise tout particulièrement, et leur renvoie une image de «grand ». Des enseignements scolaires sont dispensés dans le cadre de l'atelier. Les enfants lisent, écrivent, mesurent, comptent, dans l'objectif d'une réalisation manuelle qui les décentre de leurs difficultés personnelles. Il est également plus aisé de travailler à la stabilisation du comportement et à la concentration dans cet espace.

II. 3. Des limites qui génèrent des phénomènes de dépendance.

II. 3. 1. Du besoin de sécurisation à la surprotection, le risque de dépendance relationnelle.

Lorsque le jeune arrive à l'IME, âgé la plupart du temps de 12 ou 13 ans, il présente une immaturité renforcée par le déficit intellectuel. Le cadre de vie doit en tenir compte, en proposant des repères concrets et explicites. La guidance au quotidien

est un outil privilégié pour la phase de sécurisation et une bonne assimilation du fonctionnement. Toutefois, on peut repérer les glissements possibles vers des effets surprotecteurs :

- Attentifs à son bien être, les professionnels assurent un accompagnement qui, aussi bienveillant soit-il, ne tient pas suffisamment compte du processus d'autonomisation du jeune. Nous l'avons déjà évoqué, la crainte de confronter le jeune à ses échecs provoque des attitudes surprotectrices qui lui sont indirectement préjudiciables, lorsqu'il s'éloigne des lieux de sécurisation.
- Le jeune et sa famille sont confrontés au risque de toute puissance de professionnels, persuadés qu'ils sont les mieux placés pour savoir ce qui est bien pour lui. Cette réalité génère des phénomènes de grande dépendance à la compétence de ces professionnels, qui laissent peu de place à l'expression de la volonté du sujet.
- Cet effet pervers de l'accueil spécialisé s'observe particulièrement au niveau du soin où des enfants ont tendance à somatiser leur mal-être pour éviter la confrontation à des situations anxiogènes. La fréquentation de l'infirmier paraît tout à fait excessive au regard de l'état de santé des enfants.
- La tendance à la surprotection agit également sur une déresponsabilisation de quelques familles, (de l'ordre de 15 à 20%), qui délèguent progressivement des fonctions parentales, aussi importantes que les soins de leur enfant, la gestion de son linge, le suivi de la scolarité. Il arrive que des jeunes arrivent malades le lundi à l'IME, sans linge de rechange. Des parents refusent toute participation financière aux activités socialisantes dont pourraient bénéficier leurs enfants. La prise en charge des frais de séjour ne favorise pas la participation des familles dans la mesure où tout est payé par l'assurance maladie (y compris les repas, les transports, la pension).

II. 3. 2. L'organisation de l'accueil, particulièrement en internat, entraîne un appauvrissement des relations des jeunes avec leur environnement social, et parfois même avec leurs familles.

L'admission au Val d'Yon est un événement retentissant de la vie de l'enfant. Elle vient généralement répondre à une situation de souffrance psychologique, liée à la situation d'échec scolaire et aux difficultés de socialisation qui en résultent. En semi-internat, le jeune n'est coupé que partiellement de son milieu de vie habituel. Rentrant chaque soir dans sa famille, c'est des camarades de son âge qu'il se sent généralement

coupé. La sortie du milieu scolaire ordinaire engendre cet éloignement, qui le singularise du fait de son statut d'enfant handicapé, en perturbant les autres voies de socialisation (sports, loisirs).

En internat, le placement prend une dimension particulière avec la séparation familiale. L'éloignement géographique, la fatigabilité du jeune sont fréquemment mises en avant pour justifier le statut d'interne. Le recrutement s'effectue en effet au niveau départemental, et les enfants du Nord Vendée et des îles rencontrent d'importantes difficultés de transports. Toutefois, elles ne concernent chaque année qu'une minorité des internes, des aménagements étant recherchés pour réduire les rythmes journaliers (horaires, mise en place de taxis entre les domiciles et les gares). La notification d'orientation en internat a donc, la plupart du temps, une signification implicite par rapport au milieu familial. Des carences relationnelles, éducatives et culturelles sont pressenties, qui ne sont toutefois pas explicitement énoncées par la CDES. Dans certaines situations, on constate que c'est le jeune lui-même, du fait de son handicap ou de son échec scolaire, qui porte la responsabilité de son éloignement.

II. 3. 3. L'approche du handicap intellectuel n'est pas consensuelle.

Les représentations, à l'interne, du handicap s'appuient sur des visions subjectives, et parfois statiques des potentialités des jeunes. Les professionnels les plus anciens ont peu été intéressés aux évolutions de la nosographie et de la législation. Ils doutent que les capacités cognitives des jeunes évoluent si elles sont suffisamment stimulées, et restent persuadés que le travail manuel est le vecteur de leur réussite sociale. Cette perception rencontre l'opposition de ceux qui pensent au contraire que le handicap est avant tout un désavantage social dont il convient de protéger les jeunes. Ces divergences complexifient la coordination entre les acteurs, dans la mise en œuvre des projets personnalisés, et créent de nombreuses tensions. Les réunions de synthèse sont à l'image de ces difficultés de concertation. Jean René Loubat note à ce propos que « *trop souvent descriptive de l'enfant symptôme des dysfonctionnements institutionnels, la réunion de synthèse gagnerait à se muer en réunion de projet* ».²⁴

Qu'ils aient tendance à fixer le handicap ou à en refuser la réalité, les professionnels du centre du Val d'Yon ont généralement un niveau d'exigence faible, soit parce qu'ils ne sont pas suffisamment stimulants, ou parce qu'ils craignent de

²⁴ Jean René LOUBAT, « Elaborer son projet d'établissement social et médico social », DUNOD 1997.

confronter les jeunes à un nouvel échec. C'est un constat qui doit nous interroger, dans la mesure où les jeunes doivent apprendre à faire face par eux-mêmes à leurs difficultés pour pouvoir les dépasser et s'autonomiser.

II. 3. 4. La dimension du choix dans le projet individuel est peu présente, au Val d'Yon, tant pour le jeune que pour sa famille.

- L'acceptation de la distanciation entre le jeune et sa famille n'est pas toujours choisie, (indication thérapeutique d'internat, distance géographique entre le domicile et le centre).
- L'organisation institutionnelle repose sur des fonctionnements rigides, qui ne favorisent pas la personnalisation des projets (programmation des activités quasiment immuable, absence de procédures de recueil de l'avis de l'enfant et de sa famille, cursus uniforme).
- La synthèse annuelle prévoit un temps d'information du jeune et de sa famille, ultérieur à sa réalisation, mais pas le recueil préalable de leur avis sur l'orientation du projet.
- Les bulletins semestriels se limitent à une appréciation succincte du comportement du jeune. Les prises en charge thérapeutiques, les rendez-vous chez des spécialistes ne sont pas systématiquement soumis aux familles.
- Lorsqu'un jeune rejette les modalités du projet qui lui est proposé, il n'est pas rare d'être confrontés à une difficulté d'adaptation de l'organisation à la réalisation de ses attentes. De plus, le refus a tendance à être considéré comme de l'opposition aux adultes, de la part de ceux qui estiment que c'est aux jeunes de s'adapter à ce qui leur est proposé. Double logique paradoxale, qui s'étend aux familles, la « *bonne famille* » étant celle qui coopère sans critiquer l'action des professionnels.
- Le conseil d'établissement n'est pas mis en place. C'est un élément particulièrement révélateur de la place accordée aux usagers. Le conseil d'établissement est une obligation réglementaire, garantie par le décret de 1991. Son but est de permettre aux jeunes et à leurs familles, par l'intermédiaire de leurs représentants, de s'exprimer sur l'organisation et sur les projets de l'établissement. L'absence d'une telle instance d'échange contribue à maintenir le sentiment de toute puissance professionnelle.

II. 4. Des constats révélateurs des difficultés d'insertion sociale des jeunes.

II. 4. 1. L'insertion sociale des jeunes à l'issue de leur parcours médico éducatif est révélatrice de leurs difficultés relationnelles.

Ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le signifier, l'insertion des jeunes à l'issue de leur parcours est étroitement associée à leur intégration dans le milieu professionnel. Une procédure d'accès progressif au monde du travail a donc été élaborée par les enseignants techniques de l'établissement, afin d'amener les jeunes à se confronter au monde de l'entreprise. Des stages de plus en plus spécialisés et de plus en plus longs sont proposés, en collaboration avec des entreprises partenaires. L'équipe éducative participe à cette phase en aidant le jeune à s'organiser seul avec ses horaires de travail, ses déplacements, ses repas...

A sa majorité, le jeune quitte la SIPFP. Il est accueilli sur la structure « Unité Jeunes Adultes » de l'établissement. Cette structure est éclatée en ville, sous forme d'appartements (T1 ou T2), où se déroulent les actions éducatives (temps sociaux, accueil des internes). Les internes sont seuls ou à 2 dans les appartements et bénéficient d'une proximité de l'équipe éducative. L'apprentissage professionnel se déroule sous forme de stages longs en entreprises. Les jeunes qui se destinent au travail en CAT, sont quant à eux, accueillis sur un atelier polyvalent également extériorisé. Tous les jeunes se déplacent par leurs propres moyens. Les soins thérapeutiques sont volontairement recherchés auprès des CMP. Les soutiens scolaires sont assurés dans le cadre d'un partenariat avec la chambre des métiers ou le GRETA (conventions partenariales avec ces 2 organismes).

Très performant au niveau de l'orientation professionnelle des jeunes à la sortie de l'établissement, le dispositif a cependant des limites qu'on ne peut minimiser :

- Les jeunes qui n'ont pas intégré la valeur « travail », sont, et mettent les professionnels en difficultés. Le règlement ne permet pas qu'un jeune ne se rende pas en stage, ou n'ait pas un comportement adapté dans l'entreprise d'accueil. Ces jeunes, dans une proportion relativement importante, quittent prématurément l'IME, volontairement ou suite à une exclusion.
- Si les performances professionnelles des jeunes sont largement valorisées par les entreprises partenaires, le manque de confiance en soi, les troubles du comportement (inhibitions, agressivité) restent un problème qui complique les relations inter

personnelles. De leur côté, les jeunes expriment leurs difficultés à formuler des opinions personnelles et à s'affirmer face à leurs collègues de travail. Les sentiments d'infériorité, les complexes réapparaissent de manière très vive à ce stade de leur autonomisation.

➤ La quasi totalité des jeunes majeurs est à même de se prendre en charge au quotidien (courses, repas, entretien personnel et de son logement, déplacements autonomes vers les lieux de stages...). Pourtant, nombreux sont ceux qui montrent une grande inhibition dès lors qu'il s'agit de prendre une décision personnelle, ou de se diriger vers des lieux ou des personnes inconnues (démarches vers une administration, un service d'aide, un voisin, le cinéma...).

Ces commentaires mettent en évidence la nécessité de revoir nos stratégies en matière d'autonomisation, de manière à développer en amont les capacités d'affirmation de soi, d'expression de ses choix et de son point de vue.

II. 4. 2. Des jeunes qui semblent bien adaptés à l'interne, adoptent des comportements inadaptés hors de l'établissement.

C'est un autre constat qui doit nous questionner. Il est en effet assez fréquent que nous soyons sollicités parce que des jeunes ont eu un comportement inacceptable hors de l'établissement, ce qui n'est pas en soi surprenant au regard de la population reçue.

Nous sommes en revanche davantage interpellés lorsque ces jeunes ne manifestent pas de troubles dans l'enceinte de l'établissement. Questionnés sur les raisons qui motivent leur attitude, ces jeunes arguent toujours d'un ressenti de grande insécurité, notamment dans les lieux publics tels que les gares. La peur des autres, le sentiment d'infériorité sont autant d'éléments qu'ils apportent pour expliquer leur comportement, et qui viennent illustrer, s'il en est besoin, les conséquences de la ségrégation sociale.

II. 4. 3. Ce que les jeunes disent de leur accueil au Centre du Val d'Yon.

S'interroger sur les jeunes est une chose, les écouter en est une autre. Pour étayer mon propos, il m'a semblé nécessaire de recueillir l'opinion des jeunes eux-mêmes et de leurs familles sur le fonctionnement institutionnel. Les membres de l'équipe éducative se sont associés à moi pour élaborer une enquête à destination des usagers. Les jeunes ont été interviewés à partir d'un questionnaire. La présentation de l'opération a

auparavant été soumise à la réunion des délégués jeunes. Les familles ont été sollicitées sous la forme d'une enquête écrite et anonyme, accompagnée d'un courrier explicatif.

Au niveau participatif, il est intéressant de noter que 65% des familles ont répondu à l'enquête. Faute de temps, seuls les jeunes mineurs ont pu être interviewés, dont une dizaine n'a pas souhaité s'exprimer. Les résultats portent donc sur 54 familles et 62 enfants de 12 à 18 ans.

Des ressentis tout à fait significatifs ont été exprimés au travers de ces témoignages, qu'il me paraît important de souligner:

Enquête jeunes

- 61.35 % des jeunes associent leur orientation à des difficultés d'ordre scolaire.
- 70.5 % pensent que leur avis n'a pas été sollicité à l'admission.
- 79.5 % considèrent qu'ils sont là pour apprendre un métier.
- 77.3 % estiment qu'ils sont associés à leur projet personnalisé.
- 40.9 % souhaiteraient participer à leur synthèse.
- 27.7 % aimeraient retourner dans le milieu scolaire ordinaire.
- 45.45 % considèrent que leur transport collectif vers les gares les stigmatisent.

Enquête familles

- 64 % pensent que les difficultés de leur enfant sont d'origine scolaire.
- 97 % ont découvert les difficultés de l'enfant dans le cadre scolaire.
- 30 % estiment que des problèmes familiaux ont contribué à ces difficultés.
- 72 % notent que leur enfant a des difficultés relationnelles.
- 78 % s'estiment satisfaits des informations fournies avant l'admission.
- 74 % ont choisi l'établissement.
- 16 % n'ont pas eu le choix du statut de leur enfant.
- 12 % regrettent le manque de temps de scolarisation.

Les pourcentages ont été calculés à partir du nombre de personnes qui se sont exprimées.

II. L'OUVERTURE INSTITUTIONNELLE, UN PASSAGE OBLIGE.

III. 1. Les freins qui font obstacle à l'ouverture institutionnelle.

III.1. 1. Le niveau d'information concernant les évolutions du secteur médico social est nettement insuffisant.

La littérature professionnelle est insuffisamment consultée par les professionnels du centre. Une salle du personnel existe pourtant où sont exposés les journaux auxquels

nous sommes abonnés. Mal aménagée, c'est un lieu de passage peu investi. La bibliothèque professionnelle ne fonctionne plus depuis plusieurs années.

III.1. 2. Les professionnels de l'IME ont une vision inadaptée du milieu scolaire, qui les conduit à surprotéger les jeunes.

Il serait inexact de dire que le partenariat n'est pas développé au Centre du Val d'Yon, puisque le dispositif de préformation professionnelle utilise cet outil de longue date. Des stages sont régulièrement mis en place, qui font l'objet de conventions individuelles entre l'entrepreneur, l'établissement, la famille et le jeune. Les éducateurs de l'établissement assurent un accompagnement de proximité, et les entreprises s'engagent à assurer une formation des jeunes, à évaluer leurs compétences professionnelles, et délivrent des certificats de fin de stage.

L'esprit partenarial est beaucoup moins développé, en revanche, avec le milieu scolaire. En 1999, seulement 3 jeunes ont bénéficié d'une intégration scolaire en collège. De prime abord, on pourrait penser que le système scolaire induit cet état de fait. Des résistances existent, il est vrai, à accueillir des jeunes d'un établissement spécialisé, par crainte et par méconnaissance.

Sans nier ces difficultés de mise en place, on ne peut que constater que des freins viennent également de l'établissement, qui se représente le collège comme un milieu hostile dont il faut protéger les jeunes. Au regard des compétences manifestées par certains jeunes, de l'amélioration du comportement d'autres, et de la forte motivation exprimée par quelques uns, il serait regrettable que ce problème reste en l'état.

III. 1. 3. Les plus anciens se réfèrent aux valeurs fondatrices, pour affirmer leur compétence vis à vis des jeunes professionnels.

Le tableau du personnel du Val d'Yon (consultable en annexes II.1), fait apparaître d'importants écarts au niveau de l'ancienneté des salariés. Les classes d'âges correspondent en outre à des groupes professionnels.

- Le personnel des services généraux est en grande partie composé de salariés anciens dans l'établissement, de même que l'équipe d'éducateurs techniques spécialisés.
- L'équipe médicale et paramédicale, à l'exception du médecin psychiatre, est en revanche assez jeune.
- Quatre enseignants sur cinq ont une ancienneté inférieure à cinq ans.

➤ Suite à une grave crise institutionnelle qui a duré de 1990 à 1994 et engendré le départ du directeur puis d'un chef de service, l'équipe de direction et l'équipe éducative ont été entièrement renouvelées.

L'ambiance institutionnelle est empreinte inévitablement de l'histoire de l'établissement. Les éducateurs techniques et les professionnels des services généraux s'en ressentent les détenteurs, eux qui ont résisté aux crises. Ils prônent les valeurs fondatrices, comme s'ils craignaient d'être disqualifiés par leurs nouveaux collègues. Leur stabilité professionnelle les a conduits à prendre des responsabilités dans les instances représentatives du personnel qu'ils sont méfiants à partager.

Des différences de conception de l'action médico éducative, liées aux métiers de base, renforcent les difficultés relationnelles. Elles sont amplifiées, de plus, par des divergences d'ordre générationnel. Toutes ces difficultés nécessitent d'être traitées, afin de favoriser un climat plus serein et propice à la cohérence du travail. Prises en compte dans le cadre du management de l'établissement, elles sont en bonne voie d'apaisement, ce qui témoigne de l'aspiration partagée d'une cohésion dans le travail.

III. 1. 4. Les résistances sont en grande partie dues à une inquiétude concernant un risque de fermeture à terme de l'établissement.

Nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la motivation est un atout au Centre du Val d'Yon. Les difficultés rencontrées dans la gestion des ressources humaines, hormis les conflits interprofessionnels et inter-générationnels sont de l'ordre d'une résistance au changement, plus que d'un refus. A l'écoute de ces résistances, on s'aperçoit qu'il existe une inquiétude quant au devenir de l'établissement. Certains professionnels craignent sa fermeture, dès lors que les enfants seraient intégrés dans les collèges. D'autres appréhendent de devoir accueillir un public auquel ils ne sauraient faire face.

III. 1. 5. La famille a encore tendance à être considérée comme responsable des difficultés de son enfant, ce qui génère des attitudes de substitution.

Accepter l'idée du partenariat, c'est sortir d'une conception d'omnipotence professionnelle. La démarche va de pair avec une approche plus exacte de la responsabilité de la famille dans le projet de son enfant.

Au Centre du Val d'Yon, la famille a longtemps été considérée comme responsable du handicap de l'enfant, notamment quand aucune causalité médicale ne vient expliquer les difficultés qu'il rencontre. Le facteur social paraît en effet jouer un rôle actif, ainsi que semble l'évoquer l'étude de population, mais il n'est pas acceptable qu'il conduise à une mise en cause de la famille.

Progressivement, la famille de l'enfant a acquis une place mieux respectée, sous l'effet des réglementations concernant ses droits. Mais en dépit de cette évolution, elle n'est pas véritablement considérée comme un partenaire à part entière. Il existe dans les établissements et services un double discours, celui officiel, auquel elle a accès, et celui avec lequel les professionnels échangent entre eux sur les situations. Cette distorsion n'est pas compatible avec une reconnaissance du rôle participatif de la famille.

III. 2. Les objectifs à mettre en œuvre pour favoriser l'autonomisation sociale des jeunes de l'IME.

III. 2. 1. Améliorer l'accès aux droits des usagers, favoriser leur participation.

Pour répondre à cet objectif principal du changement à opérer, un certain nombre de moyens peuvent être envisagés :

- La formalisation de l'information (livret, contrat d'accueil).
- L'instauration de procédures favorisant le partenariat avec les familles dans l'accompagnement personnalisé des enfants.
- L'organisation de la consultation (conseil d'établissement, délégués jeunes).
- La diversification de l'offre de service médico social, pour permettre un accompagnement personnalisé.

III. 2. 2. Redéfinir les orientations de l'établissement et le sens de l'accueil en établissement spécialisé.

La démarche envisagée bouscule les pratiques et remet en question les convictions professionnelles, provoquant des résistances légitimes au projet de changement. L'évolution n'est pourtant possible que si tous les acteurs se sentent concernés et adhérents. A ce titre, il est primordial d'engager une réflexion collective qui favorise l'expression de tous. La réécriture du projet d'établissement est l'outil privilégié d'une

telle démarche, dans la mesure où il permet d'évaluer, de construire, d'anticiper les évolutions futures, en garantissant le sens et la cohérence de l'action collective.

III. 2.3. Organiser le partenariat, stimuler l'ouverture institutionnelle.

Le manque de relations professionnelles entre les salariés du Val d'Yon et leurs collègues d'autres établissements spécialisés vient corroborer le fait que l'établissement soit peu ouvert sur l'extérieur. Des tentatives de rencontres entre jeunes des différents IME n'ont pas abouti. De même, la participation des jeunes à des actions inter - institutionnelles telles qu'ACTE UP (association régionale théâtrale) ou Grand Large (association organisant des échanges entre jeunes accueillis dans des structures sociales, à partir de la pratique de la voile) ont reçu peu d'échos de la part des salariés. Sur le plan municipal, un grand nombre d'actions à destination des jeunes sont proposées qui développent la citoyenneté, la culture et le sens de la rencontre. Il serait intéressant d'inciter les jeunes à y participer, ce qui nécessite un positionnement institutionnel privilégiant une intégration sociale maximale.

III. 2. 4. Engager une politique de communication avec l'environnement social, pour agir sur l'étiquetage dont sont victimes les enfants accueillis à l'IME.

Encourager la participation institutionnelle hors du cadre strictement médico éducatif permet de poser les bases d'une politique de communication avec l'environnement. Il s'agit de susciter des rencontres, qui facilitent une reconnaissance mutuelle, et qui agissent sur les représentations sociales du handicap. La communication est interactive. Il faut savoir aller vers, recevoir, mettre en valeur ses atouts, s'intéresser à ceux des autres. Elle concerne les individus comme l'organisation dans sa globalité. Il est important que le Centre du Val d'Yon se dote d'une politique de communication qui ne se cantonne pas à une journée « portes ouvertes » tous les 2 ou 3 ans. Un certain nombre de leviers peuvent être retenus pour soutenir cette politique :

- Faire connaître, par l'intermédiaire des médias (quotidien, télévision locale), l'établissement, ses savoir-faire.
- Favoriser la participation des salariés, aux recherches et actions contribuant à développer la citoyenneté, la culture, les échanges entre jeunes.
- Favoriser la participation la plus large possible des jeunes de l'établissement (conseil municipal des jeunes, solidarité, manifestations diverses, participations

individuelles et collectives selon le niveau d'autonomie des jeunes).

- Développer le restaurant d'application de manière à accueillir des clients extérieurs à l'association.
- Organiser des conférences débats, des cycles de formation susceptibles d'intéresser des personnes extérieures à l'établissement.

Conclusion de la deuxième partie

Depuis sa création en 1971, l'établissement a développé des valeurs et des savoir-faire qui reposent sur une conception de l'insertion du jeune handicapé par le travail manuel. Soucieuse de son devenir, l'équipe du Centre du Val d'Yon a su, à travers les décennies, évoluer vers une vision plus globale de ses besoins, et une individualisation des projets le concernant. L'impact des Annexes XXIV sur le fonctionnement de l'établissement témoigne de cette évolution, que les jeunes professionnels concourent à enrichir.

Malgré ces avancées, les jeunes accueillis au centre expriment combien il leur est difficile de prendre leur autonomie dans une société qu'ils ressentent comme hostile. Face à cette réalité insatisfaisante, nous ne pouvons faire l'économie de nous interroger sur la pertinence de nos actions. Trop fermé sur lui-même, l'I.M.E du Val d'Yon connaît un problème de communication avec l'environnement, qui conduit à surévaluer le besoin de protection de la population accueillie et renforce les ressentis ségrégatifs. Les pratiques doivent se moderniser, et l'organisation s'adapter aux nouvelles réalités sociales. Acteur de son projet, le jeune doit impérativement bénéficier d'un service spécialisé personnalisé qui favorise son autonomisation.

Mon projet de direction va consister à mettre en œuvre une dynamique d'ouverture institutionnelle, qui intègre la dimension sociale et relationnelle de l'accompagnement médico éducatif, le respect des droits de ses bénéficiaires, leur expression et leur expérimentation, comme outils d'autonomisation sociale.

TROISIEME PARTIE

Une dynamique institutionnelle, favorisant l'épanouissement relationnel des jeunes, et leur autonomisation sociale.

L'analyse critique des pratiques me conduit à évaluer l'activité médico éducative, et mon intervention professionnelle, en tant que cadre de direction. Il ne s'agit pas, en effet, de sous estimer le travail réalisé par les acteurs professionnels mais bien d'interroger la cohérence de l'action collective et son adéquation aux besoins des jeunes.

Tout travail d'équipe nécessite un cadre de référence, et des objectifs communs que le directeur a pour fonction essentielle de garantir. A la fois concepteur de projets et animateur, il joue un rôle déterminant du fait de sa personnalité et de la manière dont il conçoit son métier.

Empruntée aux auteurs du « Métier de directeur », la définition suivante traduit bien la conception que je me fais de ce métier, parce qu'elle donne au management social une dimension humaniste, au service de la personne aidée : *« Le métier de directeur est lié à l'environnement, aux besoins organisationnels et techniques des établissements ou services. Une des spécificités du directeur du secteur social, c'est d'être à l'interface du projet de prise en charge, dont il est le garant, et des relations avec les usagers et leurs familles, dont il est l'intercesseur... L'éthique directoriale repose sur le respect de l'autre, l'écoute, l'aide et l'accompagnement pour permettre aux usagers de choisir et de se prononcer par eux-mêmes. »*²⁵

Soulignant l'impact de la personnalité du directeur au niveau de l'ambiance collective et des relations interpersonnelles, les auteurs estiment encore que *« rêver, risquer et rire »* sont des atouts indéniables dans l'exercice de sa fonction. *« Comment »,* ajoutent-ils, *« pourrait-il être moteur, s'il est constamment inquiet, insécurisé par le risque d'incident qui est permanent dans toute institution ? »*. Le projet de mise en œuvre d'une dynamique institutionnelle est dépendant, j'en suis consciente, de ma capacité à piloter les changements à venir de manière positive et dynamique.

²⁵ Jean Marie Miramon, Bernard Paturet, Dominique Couet, « Le métier de directeur », ENSP 1992.

I. L'EXERCICE DES DROITS DES USAGERS, UN PRINCIPE D'AUTONOMISATION ET UNE RESPONSABILITE QUI ENGAGE LE DIRECTEUR.

La mise en œuvre du projet que j'expose en troisième partie, repose sur le principe que non seulement les jeunes accueillis à l'IME ont des droits, mais que l'exercice de ces droits est déterminant pour leur autonomisation sociale et relationnelle. Après avoir formulé les différents axes concrets de mon action, je présenterai en deuxième lieu les stratégies visant à dynamiser les pratiques professionnelles pour qu'elles s'adaptent au cadre que j'ai posé.

I. 1. Formaliser les procédures d'information et de participation des jeunes et de leurs familles aux projets personnalisés, une priorité.

I. 1. 1. Concevoir un livret d'accueil qui permette à la famille d'être actrice du parcours institutionnel de son enfant.

Le niveau d'information des familles et des jeunes est révélateur de la volonté de collaboration des équipes professionnelles. Réglementée par l'article 3 des Annexes XXIV, cette information peut-être minimaliste, « *l'équipe médico éducative de l'établissement ou service fait parvenir, au moins tous les six mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent* », ou suffisamment claire pour favoriser des relations partenariales égalitaires.

Au centre du Val d'Yon, nous constatons d'une part que l'information n'est pas toujours transmise au moment où elle pourrait permettre aux usagers de se positionner, (bilans, conclusions de synthèses), et d'autre part qu'un certain nombre d'éléments ne sont pas fournis (prises en charge paramédicales, rendez-vous chez des spécialistes, modification du programme pédagogique de l'enfant).

Pour pallier ces manques, je prévois la mise en place d'un livret d'accueil personnalisé, qui aura pour fonction d'informer les familles sur le fonctionnement global de l'établissement, et sur le projet personnalisé.

Prévu dans le projet de réforme de la Loi 75 535, ce document s'imposera dans un avenir proche aux établissements et services sociaux et médico sociaux. L'éthique des professionnels (charte d'accueil, extraits du projet de vie), et le règlement intérieur de l'établissement, devront y figurer au même titre que le contrat d'accueil. Il

accompagnera la personne accueillie tout au long de son parcours institutionnel, sera actualisé chaque fois que de besoin, et devra recueillir l'approbation des responsables légaux sur les objectifs du projet personnalisé.

Une participation active des professionnels du Centre à la conceptualisation du livret sera recherchée, afin de garantir leur investissement dans son utilisation future.

1. 1. 2. Soumettre les décisions de synthèse à l'avis du jeune et de sa famille.

Indépendamment du constat d'une difficile concertation des professionnels au service d'un projet dynamique et propositionnel, la gestion de ce lieu décisionnel me paraît être significative de la part active que l'on réserve à l'utilisateur. Le centre du Val d'Yon n'échappe pas à cette contradiction qui interroge le décalage entre la promotion de la personne et sa subordination.

Garante du projet personnalisé, j'envisage de mettre en place une procédure de recueil des attentes du jeune et de sa famille quelques jours avant la réunion de synthèse. Cette procédure s'imposera aux éducateurs référents, qui seront ainsi chargés de la transmission des éléments. La décision de synthèse ne sera officialisée qu'après une restitution écrite du projet personnalisé, adjointe au livret d'accueil.

Au cours des interviews, certains jeunes du Val d'Yon nous ont fait part de leur désir de participer à la réunion de synthèse les concernant. Cette demande est intéressante et s'avère un bon support à la réflexion de l'équipe. Pour autant, je pense qu'accéder à leur demande n'est pas souhaitable. Les professionnels ont en effet besoin, me semble-t-il, d'espaces d'échanges et de réflexions techniques où l'utilisateur en personne n'a pas sa place. J'envisage de proposer qu'ils soient en revanche invités aux conclusions de la réunion de synthèse.

I. 2. Adapter les modalités de l'accompagnement aux attentes des jeunes et de leurs familles, une nécessité.

I. 2. 1. Diversifier notre activité, favoriser l'alternative à l'accueil en IME.

L'adaptation de nos moyens aux attentes n'est actuellement pas satisfaisante, dans la mesure où nos offres de services sont peu diversifiées, au regard des demandes du public accueilli.

Une extension de 23 places de SESSAD supplémentaires, compensée par la

diminution de 10 places en internat offrirait aux familles un plus large éventail de possibilités d'accompagnement médico éducatif tout en répondant à plusieurs critères :

- Baisse régulière des demandes d'internat depuis 5 ans (sous effectif depuis 2 ans compensé par un sur effectif sur le semi-internat).
- Attentes exprimées par plusieurs familles.
- Adaptation aux orientations du schéma départemental de l'enfance déficiente.
- Partenariat possible avec les services de l'Inspection Académique de Vendée qui projettent l'ouverture de 2 nouvelles UPI en septembre 2001.

La faisabilité de ce projet nécessite de recueillir en premier lieu l'accord du Conseil d'administration de la Sauvegarde de l'Enfance et celui de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. Ces instances décisionnelles m'ont d'ores et déjà fait connaître leur intérêt pour le projet. Une nouvelle répartition sectorielle, est d'ailleurs initiée par l'inspecteur DDASS, qui habilitera le SESSAD du Val d'Yon à intervenir sur le secteur de la côte et une partie du chef lieu. L'activité destinée actuellement à des adolescents doit pour cela être étendue aux enfants de 6 à 20 ans, de manière à répondre à diverses situations scolaires ou pré-professionnelles (CLIS, UPI, SEGPA, formation professionnelle).

L'extension de la capacité du SESSAD et la modification de son habilitation, doivent être soumises à l'avis favorable du CROSS. Je vais donc, pour mener à bien ce projet, proposer un budget prévisionnel prenant en compte les transformations de notre activité, et constituer le dossier administratif. S'il est autorisé, la réalisation peut être envisagée en septembre 2001.

A l'interne, une attention particulière est accordée à l'information et la consultation des salariés du centre spécialisé. Le projet de transformation aura en effet, des répercussions sur l'organisation interne de l'établissement qu'il ne faut pas minimiser. L'information au niveau de la faisabilité, concerne deux niveaux : celui des représentants du personnel, pour favoriser le droit d'expression sur le fond, et celui des cadres de direction qui doivent être partie prenante du projet pour réfléchir avec leurs équipes à un nouveau fonctionnement.

L'équipe éducative de l'internat est directement concernée par ce projet, qui nécessitera la fermeture d'un des 3 groupes intra muros, et le transfert de 3 éducateurs sur le SESSAD. Très ouverte à sa réalisation, à laquelle elle a déjà réfléchi, l'équipe

d'internat doit maintenant consacrer l'année scolaire 2000 2001 à la réorganisation de l'accueil en 2 groupes, sous la responsabilité du chef de service.

L'étape suivante consistera à recruter les éducateurs qui auront opté pour le changement de service. Compte tenu des contraintes liées au travail en internat, je m'attends à plusieurs candidatures internes entre lesquelles il faudra choisir, sans trop générer de déceptions. Je baserai la sélection sur des entretiens de motivation professionnelle, sur l'esprit d'ouverture partenariale des postulants, et à compétence égale, sur l'ancienneté.

I. 2. 2. Moduler le rythme d'internat en fonction des besoins personnels.

Réduire le nombre de places en internat au profit du SESSAD ne signifie pas dans mon esprit que l'internat doive à terme disparaître. Bien au contraire, car ce serait à mon avis priver des jeunes d'un accompagnement spécialisé qui peut être déterminant en termes de protection, de socialisation, d'autonomisation.

Je note cependant que la décision d'internat, telle qu'elle est actuellement prise, ne prend pas suffisamment en compte les besoins du principal concerné. Qu'il ait besoin pour s'épanouir de se distancier du milieu familial est une chose. Qu'il la ressente comme une violence n'est en revanche pas acceptable. L'enquête fait apparaître que 70,5 % des jeunes interrogés estiment ne pas avoir choisi leur statut. Ceux qui tolèrent mal leur statut d'interne sont fort heureusement moins nombreux, mais chaque année, une dizaine d'entre eux environ, manifestent leur mal-être. Les nouveaux arrivants sont les principaux concernés. Mais nous observons également ce phénomène chez des jeunes de 16 ans qui ne supportent plus l'éloignement familial.

Au regard de ces constats, ce n'est pas tant les conditions de vie à l'internat qu'il convient d'adapter, mais le rythme et les conditions de renouvellement de la notification. Des retours en milieu de semaine permettent d'assouplir dans bien des cas, les tensions, notamment si la famille est opposée au retour quotidien de l'enfant, ou si la distance ne permet pas ce retour. Exceptionnellement mis en place, en situation de crise, cet outil devrait être généralisé et proposé avant que le jeune ne se sente trop en difficultés. De même, il pourrait être suggéré à des familles qui demandent que leur enfant soit semi-interne pour éviter une souffrance liée à la séparation. Un accueil un ou deux soirs par semaine permettrait d'engager un travail plus spécialisé avec le jeune.

Ces assouplissements sont certainement envisageables, sous réserve que le principe en soit justifié auprès des organismes partenaires, notamment au niveau de la tarification.

I. 3. Favoriser l'intégration sociale des jeunes de l'IME, une réorganisation.

I. 3. 1. Assurer la continuité des relations sociales des enfants accueillis à l'IME.

Au regard de notre mission d'autonomisation sociale, nous avons à privilégier les liens relationnels des enfants avec leurs camarades chaque fois que cela est souhaité par le jeune et par sa famille. A nous donc de nous organiser pour faciliter la fréquentation des clubs au plus près du domicile familial, en facilitant les retours dans la famille le mercredi midi, ou en offrant aux internes la possibilité de rentrer un ou 2 soirs dans la semaine.

L'équipe éducative met à la disposition des enfants de nombreuses activités à vocation culturelle et sportive. Les mercredis sont consacrés à travailler avec les unités de vie les outils de l'autonomisation personnelle (déplacements en vélo ou en bus urbain, repérages spatio-temporels). Sans remettre en cause ces principes, il s'agit d'organiser leur mise en place en fonction des intérêts des enfants. Un jeune qui rentrera chez ses parents le mercredi doit pouvoir bénéficier de l'accompagnement éducatif à un autre moment de la semaine.

La relation qu'ont les jeunes avec leurs camarades extérieurs n'est pas toujours facile. Je pense pourtant que s'il le désire, c'est en se confrontant chaque fois que possible, que le jeune de l'IME développera ses capacités à s'affirmer auprès de ses pairs. Plus accompagnants que protecteurs, les éducateurs et psychologues auront à jouer un rôle essentiel de soutien et de valorisation.

I. 3. 2. Adapter le système de transport des jeunes vers les gares, pour ne pas les singulariser des autres utilisateurs de ces lieux.

La mise en question de l'organisation des transports des enfants vers les gares, avant et après les activités médico éducatives, est inspirée des remarques qui nous ont été faites par les jeunes eux-mêmes. Elle traduit le sentiment de disqualification éprouvé par de nombreux jeunes du Val d'Yon. Le fait qu'il n'y ait « vraiment pas de quoi avoir

honte », généralement opposé par les adultes à ce mal-être est une réaction de bon sens qui ne leur est pas utile dans la mesure où la réalité est là qui les perturbe. Les phénomènes de groupes sont tels chez les adolescents qu'il serait illusoire de penser qu'une action directe est possible sur le rejet du handicap qui s'exprime de cette manière. La résolution du problème me semble donc être à deux niveaux :

- Une action sur le fond, qui vise à faire prendre en compte les nécessités d'une adaptation de l'environnement aux besoins des jeunes . Je projette de solliciter auprès de la municipalité, dans une démarche commune avec nos voisins, une ligne de bus directe entre les gares et l'établissement (l'arrêt de bus le plus proche est actuellement à plus d'un kilomètre du centre spécialisé). Une piste cyclable favoriserait par ailleurs l'autonomisation d'un nombre plus important de jeunes de l'établissement.
- Une action plus immédiate qui consiste à faciliter le déplacement individuel des adolescents les plus autonomes qui le demandent (deux roues, déplacements à pied).

La deuxième proposition peut rapidement être mise en place, sous réserve d'autorisations parentales. Elle présente l'avantage de valoriser l'importance des remarques des jeunes sur le fonctionnement, et de souligner que leur opinion est prise en considération.

I. 4. Développer la citoyenneté des jeunes, un facteur d'autonomisation.

I. 4. 1. Accentuer le rythme des réunions de délégués jeunes.

Les jeunes accueillis au Centre du Val d'Yon ne participent actuellement au fonctionnement de l'établissement que de manière très superficielle. Un groupe constitué de délégués de chacune des unités est invité 2 ou 3 fois par an pour un échange avec les membres de l'équipe de direction. Les suggestions des enfants sont rarement suivies d'effets, et le temps de parole ne leur permet guère d'exprimer leur opinion, d'autant que la prise de parole dans un contexte de réunion est un exercice difficile pour chacun d'entre eux.

Le jeune doit être sollicité à double titre, d'une part parce qu'il est un usager de l'établissement, et d'autre part parce que le développement de son autonomie nécessite qu'il soit encouragé à prendre des responsabilités et à formuler ses opinions ou celles de ses camarades. Sensible à ce double enjeu, j'ai la volonté de ne pas minimiser l'importance de ce lieu d'échanges propice à l'apprentissage de la citoyenneté.

J'organiserai donc, dès septembre 2000, des réunions tous les 2 mois. Un procès verbal de réunion sera soumis à l'information de tous, de manière à officialiser cette instance. Un éducateur sera invité à chaque réunion, pour soutenir les jeunes dans la compréhension et la restitution des informations.

I. 4. 2. Proposer leur participation au conseil municipal des jeunes.

La représentation des jeunes élus à des instances d'élaboration de projets, est un principe de citoyenneté issu des événements de 1968, qui a fait ses preuves à l'éducation nationale, chaque fois que la parole leur a été véritablement donnée. Depuis les années 80, cette pratique s'est étendue dans bon nombre de villes et de conseils généraux. Les jeunes handicapés sont la plupart du temps exclus de ces instances, comme s'ils n'avaient pas le droit, comme leurs camarades plus à l'aise avec le langage oral, d'émettre des opinions et des attentes.

Permettre aux jeunes d'être représentés par 1 ou 2 camarades au conseil municipal est une option à laquelle j'attache une grande importance. Contacts pris avec le responsable du conseil municipal jeunes, le principe est acquis et pourra être mis en place dès la rentrée 2000. A partir de cette expérience, jeunes et professionnels de l'établissement auront un outil supplémentaire pour faire évoluer les regards extérieurs sur le handicap et encourager ceux qui auront choisi de se responsabiliser.

I. 4. 3. Faire participer les jeunes à la réalisation du règlement intérieur au sein des unités éducatives.

La question du règlement intérieur contient les enjeux de l'accueil, des droits et des devoirs des personnes. Elle fait donc partie intégrante du projet de réforme de la Loi 75-535, sous la forme d'un « règlement de fonctionnement ».

De manière générale, et particulièrement au centre du Val d'Yon, le rappel des devoirs a tendance à occulter les droits.

Pour le directeur d'établissement, c'est un sujet complexe. La formalisation des devoirs de l'utilisateur permet de garantir la sécurité du cadre institutionnel, et notamment les conditions de protection des usagers entre eux. Interdire l'alcool, le flirt, les sorties non autorisées, la violence, sont autant de points de règlement qui méritent d'être réfléchis. En effet, ils sont une garantie pour le fonctionnement global et la responsabilité professionnelle du dirigeant mais ne reconnaissent pas des droits

individuels. Ayant en charge des usagers en difficultés majeures, le fait de relier de tels comportements à une exclusion pose problème au regard de notre mission à leur égard.

Je pense qu'il faut différencier le règlement en fonction du public accueilli, les mineurs n'ayant pas les mêmes besoins que des adultes sur le plan de l'éducation. Je pense également que des limites doivent être posées. Mais nul n'est besoin de rappeler les interdits qui s'appliquent à tout citoyen ordinaire. Et plutôt que d'interdire, mieux vaut amener le jeune à s'autonomiser, en l'aidant à intérioriser la loi en fonction de son rapport à l'autre.

Concrètement, une base réglementaire commune et transmise à l'admission me paraît indispensable. De nombreux autres points peuvent en revanche être soumis chaque début d'année à des débats au sein des unités de vie, sous la responsabilité des équipes éducatives.

I. 5. Associer la famille, une éthique à promouvoir.

La manière d'associer la famille aux actions menées auprès de son enfant suscite de nombreuses interrogations dans un secteur sanitaire et social, et malgré une évolution certaine, l'équipe médico éducative du Val d'Yon démontre une ambivalence à cet égard.

*« Les familles ont le droit imprescriptible de savoir ce que l'on fait avec leur enfant...La famille de l'utilisateur a donc toujours un rôle capital à jouer dans le registre éducatif. Il s'agit par conséquent pour les professionnels de dépasser les jugements de valeur, voire les sentiments de rivalité ou de défiance, pour réfléchir aux attitudes et dispositifs les plus propices à de réelles et nécessaires relations de collaboration ».*²⁶

Cette citation, qui ne peut laisser indifférent le praticien soucieux de la qualité de son action, replace les parents comme les véritables éducateurs de leurs enfants, et les intervenants médico sociaux comme « un élément d'un incontournable ménage à trois ». Facteur de culpabilisation des parents, le jugement de valeur sur la famille n'est plus acceptable en ce début de XXI^{ème} siècle. Son refus nécessite un positionnement éthique qui doit indubitablement être promu au niveau associatif. C'est parallèlement de ma responsabilité d'en interdire la pratique et de mettre en œuvre les moyens d'une contractualisation respectueuse des personnes.

²⁶ Jean René LOUBAT, déjà cité.

I. 5. 1. Du parent coupable au parent responsable, la reconnaissance de la compétence de la famille.

Si la volonté d'associer l'enfant et ses parents est nommée par les professionnels du Centre du Val d'Yon, à travers leurs écrits, elle ne se concrétise pas toujours dans l'action médico éducative au quotidien. Certes, l'histoire du handicap interfère encore aujourd'hui les conceptions professionnelles, et la famille « coupable » des difficultés de son enfant reste une théorie à laquelle certains se réfèrent plus ou moins implicitement. Jean René Loubat note encore à ce propos que: *« Depuis des années, les parents sont désignés implicitement comme responsables de la maladie et des difficultés de leur enfant. La psychiatrie traditionnelle a accentué cette désignation (importance de la dimension négative de l'individu et de sa famille, utilisation de vocables extrêmement forts, comme familles psychotiques ou pathogènes, mères hyper-protectrices ou castratrices, enfants déviants) »*. Il est vrai que jusqu'à la fin des années 60, le handicap était étroitement associé à une pathologie et donc très médicalisé. Le système médico éducatif est construit sur cette représentation. Progressivement, une évolution se fait sentir. Les sciences humaines imprègnent peu à peu les pratiques, inspirant de nouvelles façons d'aborder l'homme, le groupe, la famille, sous l'angle de leurs compétences et du respect de leurs valeurs.

Pour être mieux garantie, la collaboration entre la famille et les professionnels, nécessite des procédures (réunions collectives, entretiens individuels, outils de communication écrite, recueil des autorisations parentales), qu'il me faut réglementer plus officiellement que ce n'est fait actuellement. La réalisation du livret d'accueil et les entretiens de pré-synthèse font partie intégrante de ce projet.

I. 5. 2. L'alliance éducative, un partenariat possible entre les professionnels et la famille.

L'utilisation du vocable de « partenariat » pour décrire la relation entre les professionnels et les familles enrichit le champ de la collaboration, parce qu'il introduit un rapport plus équilibré entre les différents acteurs en place. Soulignant que l'enjeu de leur rencontre est l'intérêt supérieur de l'enfant, Guy Ausloos, praticien systémique belge suggère la notion « *d'alliance éducative* »²⁷. Cet auteur développe l'idée que toute

²⁷ G. Ausloos, « La compétence des familles », ERES, 1996

famille possède en elle les compétences nécessaires à la résolution des difficultés qu'elle rencontre. Le rôle du praticien doit savoir être de soutenir sa démarche d'élaboration, en évitant de se placer comme un expert susceptible d'induire une relation de dépendance, et en valorisant tout au contraire, les capacités d'expertise du groupe familial.

Concevoir la relation entre parents et professionnels comme un partenariat, intègre une dimension d'écoute aux répercussions des interactions qui s'échangent dans la mesure où les familles ne peuvent pas être neutres par rapport au regard posé sur leur enfant. Sans chercher à minimiser les difficultés de l'enfant, il est indispensable de prendre soin des personnes, en évitant les diagnostics qui peuvent s'avérer blessants.

I. 5. 3. Mettre en place le Conseil d'Etablissement.

Le conseil d'établissement est fondé par le décret 91- 1415 du 31 décembre 1991.(cf Annexes I.) . Il trouve son origine dans l'article 17 de la Loi 75 535, sur les « conseils de maison », première mouture des droits des usagers dans les institutions sociales et médico sociales. Les « conseils de maison » deviendront des «conseils d'établissement » dans le cadre de la Loi 85-10, du 3 janvier 1985.

C'est un dispositif qui a rencontré beaucoup de résistances, si l'on en juge par le nombre des textes législatifs qu'il a fallu pour l'imposer. Il lui a longtemps été reproché de ne pas tenir compte de la spécificité des publics accueillis (parents maltraitants, personnes atteintes de pathologies très lourdes, services accueillant des usagers sur un très court laps de temps).

S'il a rencontré de nombreux détracteurs, le conseil d'établissement a également reçu le soutien de personnalités comme P. Verdier: *« Le décret rappelle qu'on ne peut plus se contenter de faire pour (les usagers et leurs familles), mais qu'il faut faire avec eux. Que la seule action sociale qui s'inscrit dans une optique de développement social, c'est celle qui permet aux usagers de devenir acteurs du changement de leurs conditions d'existence , d'accéder à une citoyenneté »*²⁸.

Ainsi que le rappellent Roland Janvier et Philippe Matho, le conseil d'établissement *« est un lieu d'information et de débats...Il peut permettre aux usagers ou à leurs parents d'interpeller des pratiques de questionner des projets, d'apporter*

²⁸ P. Verdier, « Les usagers acteurs ». Union sociale n° 49. Mai 1992.

*leur expérience à partir de la place qu'ils occupent pour faire avancer l'institution ».*²⁹

Pour les jeunes adolescents accueillis au Val d'Yon, la participation au Conseil d'établissement est un support privilégié aux actions éducatives de socialisation, de responsabilisation et d'autonomisation par l'expérience de l'expression des opinions.

Pour la famille, il s'agit d'une reconnaissance officielle de son rôle en tant que partenaire de l'établissement.

En accord avec le conseil d'administration de l'association, j'ai pris la décision de mettre en place un conseil d'établissement à la rentrée scolaire de septembre 2000. Je présenterai le dispositif réglementaire au cours de la journée de rentrée, diffuserai une large information à destination des familles et des jeunes, et organiserai les élections des représentants.

II. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DYNAMIQUE DE CHANGEMENT. UNE FONCTION MANAGERIALE STRATEGIQUE.

A l'analyse, le fonctionnement du Centre spécialisé ne laisse pas apparaître de lassitude dans l'action auprès des jeunes, mais plutôt un décalage entre les fondements de cette action et les besoins des jeunes d'aujourd'hui.

L'engagement des professionnels suscite le respect au regard de l'ancienneté de certains. Et les dysfonctionnements sont liés aux divergences qui complexifient la cohérence globale.

Face à cette réalité, je pense qu'il est important que je m'emploie à faire émerger le consensus. Ne pas renforcer les rivalités en valorisant un groupe professionnel par rapport à un autre, tenir compte des résistances qui parlent de l'inquiétude face à l'avenir, mettre en place des actions éducatives concrètes dont l'évaluation collective permettra de rendre pertinent le changement, sont autant de stratégies qui me semblent adaptées à la problématique de l'établissement. La mise en application du droit des usagers et de leurs familles, nécessite par contre, un positionnement plus directif.

²⁹ R. Janvier, P. Matho, déjà cités.

II. 1. Susciter l'adhésion à l'idée du changement.

« *Nul n'est hostile au changement, pour peu qu'il y trouve un intérêt* ». Michel Crozier.³⁰

L'analyse stratégique, en mettant en valeur la part active de chacun des acteurs à la résolution des problèmes rencontrés, définit l'organisation comme un ensemble de jeux interpersonnels, où chaque individu met en œuvre ses propres objectifs. Les stratégies développées par les acteurs, constituent en se rencontrant des zones d'incertitude dans lesquelles se jouent les enjeux de pouvoirs.

Les auteurs définissent le pouvoir comme une relation d'échanges et de négociation entre des acteurs interdépendants qui cherchent à la fois à élargir leur propre marge de liberté, et à limiter celle de l'autre en la référant au cadre organisationnel. La compétence, la maîtrise de l'environnement, la transmission de l'information et la référence aux règles organisationnelles sont des atouts précieux qui réduisent les zones d'incertitude.

Le changement favorise la recherche de satisfaction des objectifs individuels et collectifs, et à ce titre, il suscite l'intérêt de l'ensemble des acteurs. L'introduction d'un processus de changement nécessite que soient explicités son opportunité, les choix et les contraintes qui s'offrent à l'organisation, ce qu'il y a à gagner et à perdre, et pour qui ?.

II. 1. 1. Informer, communiquer, pour donner du sens au changement.

L'information est, nous avons eu l'occasion de le dire, une base indispensable au questionnement des pratiques. L'équipe professionnelle du Val d'Yon est, dans sa grande majorité, trop fermée sur elle-même pour avoir accès à l'évolution du champ médico social.

Informé sur les réglementations à venir, (réforme de la Loi de 75), sensibiliser les acteurs professionnels aux droits et aux attentes des jeunes, aux exigences d'une démarche qualité, à l'intérêt de se construire des outils d'évaluation qualitative et de s'ouvrir sur l'environnement social, sont autant d'objectifs que je me suis fixés.

Etroitement liée à la démarche informative, la communication dans l'établissement est un enjeu majeur pour l'ambiance institutionnelle et la motivation au travail. Elle nécessite donc une gestion rigoureuse des circuits qu'elle emprunte.

³⁰ Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG, « L'acteur et le système », Editions du SEUIL, 1977.

Il est de ma responsabilité de veiller à ce qu'une information claire et lisible soit accessible à l'ensemble du personnel, et que les instances servant à traiter ces informations soient propices au dialogue et à la négociation.

La communication s'opère dans un sens ascendant comme dans un sens descendant. Soucieuse de transmettre les éléments en ma possession, j'ai à savoir également me mettre en situation de recevoir de l'information. Indépendamment des canaux officiels d'information, (représentants du personnel, tableaux d'affichage, entretiens, réunions, journaux internes, notes de service), il est intéressant de ne pas négliger les réseaux informels de communication, en s'attardant pour écouter les avis, les opinions, les ressentis des uns et des autres.

La communication au sein d'un établissement s'évalue également sur le plan qualitatif. Les désaccords, les difficultés relationnelles sont inhérents à toute vie de groupe, mais les dysfonctionnements perturbent la vie institutionnelle, dès lors qu'ils se manifestent sous forme de non-dits, de bruits de couloirs, d'attitudes irrespectueuses. Le règlement intérieur de l'établissement joue un rôle important pour la régulation des relations interpersonnelles, et le directeur doit savoir y faire référence si besoin est, pour garantir un cadre relationnel sain.

Fondement de la communication interne dans l'établissement, je souhaite souligner l'importance que j'accorde à la convivialité entre les personnes. Valeur sûre d'un accueil de qualité des enfants reçus, le souci de convivialité détermine en effet la bonne distance relationnelle et stimule l'appétence au travail. La convivialité ne se décrète pas ; c'est un état d'esprit qui s'élabore progressivement dans un contexte de respect et de confiance, au profit de l'ensemble des personnes présentes. Le directeur en est un acteur privilégié, dans la mesure où il dispose de moyens pour la valoriser. Je pense par exemple qu'il est très important de signifier l'arrivée d'un nouveau jeune ou d'un nouveau salarié, de remercier un professionnel qui quitte l'établissement, de fêter ensemble un départ en retraite. J'ai également en projet de réaménager la salle du personnel, d'y installer des casiers personnalisés, les tableaux d'affichage, la bibliothèque professionnelle et un mobilier accueillant.

II. 1. 2. Planifier des instances de réflexion et de propositions.

Le style de management influence profondément l'introduction du changement des pratiques. Pierre Morin, qui en propose la définition suivante, souligne ici la

complexité de la fonction: *«L'action de manager mêle rigueur et improvisation, rigidité et souplesse, bricolage et méthode systématique, obsession et impulsion soudaine. L'art de manager consiste à conjuguer ces attitudes.»*³¹.

Pour le responsable d'établissement, le fait d'être entouré de cadres est une ressource essentielle. Leurs responsabilités propres, leurs conseils techniques, les délégations que je leur attribue agissent en complémentarité de mon action, dans l'élaboration des stratégies managériales. La réflexion concernant l'organisation et le pilotage des projets s'effectue dans le cadre d'une équipe de direction, qui me fournit les éclairages nécessaires à ma prise de décision.

La participation de l'ensemble des acteurs professionnels est dans mon esprit une valeur, qui prône le respect des acteurs, quelle que soit la place où ils se situent. Susciter la réflexion ne suffit pas en soi. Il est nécessaire de prévoir concrètement les moyens de sa mise en œuvre, en planifiant des temps de réunions, en organisant l'animation des échanges, en s'assurant que des comptes rendus écrits garantissent la continuité des débats. Mon rôle est en effet de faire en sorte que les professionnels passent de la réflexion à des propositions concrètes. Cette étape sera d'autant plus investie que les propositions seront traitées avec attention. Une proposition non retenue nécessite d'être expliquée, afin que son concepteur ne se sente pas dévalorisé.

II. 1. 3. Mettre en œuvre la réécriture du projet d'établissement.

Le projet d'établissement constitue *« une chance unique pour les établissements de revisiter leur fonctionnement, c'est à dire de se poser quelques questions fondamentales quant à leur vocation et à leurs méthodologies... Il s'agit donc d'articuler les composantes du projet d'établissement autour du service à rendre »*.³² Réactualiser le projet d'établissement est un objectif auquel j'attache une grande importance. Le projet d'établissement permet en effet de formaliser le sens de l'action collective, en mettant en valeur les engagements et les modes d'organisation choisis, et en assurant la promotion vis à vis des partenaires internes et externes.

Fondée sur une démarche évaluative des pratiques, sur une réflexion et une mise en perspectives, la réécriture du projet est l'outil privilégié pour faciliter la participation des professionnels. C'est donc un objectif à initialiser en premier lieu.

³¹ Pierre MORIN, « Cahier de la documentation française n° 287 », juillet 1998.

³² Jean René LOUBAT, déjà cité.

Je suis favorable à l'intervention d'un cabinet conseil autour de cette démarche qui nécessite à mon sens une animation à la fois objective et méthodique.

Une phase préalable d'explicitation du projet, réalisée au niveau associatif, DDASS et comité d'entreprise a reçu un écho positif. Je suis donc en mesure de mettre en œuvre l'opération dès le mois de septembre 2000. Les représentants de la DDASS et la direction générale de l'association proposent leur participation financière, pour 1/3 chacun du coût total.

Deux organismes ont été sollicités. Celui avec lequel je choisis de traiter fixe le montant de l'opération à 75 000 francs. Le projet est basé sur 9 interventions directes, sur la rédaction des comptes rendus des réunions de travail, et sur la mise en forme du document final.

La réalisation est prévue sur une durée de 8 mois, et s'organisera de la façon suivante :

- 3 réunions informatives de l'ensemble des personnels, animées par un membre du cabinet conseil sont programmées en début, milieu et fin du travail.
- Des groupes d'élaboration technique, interprofessionnels, seront chargés de nourrir la réflexion et de la relayer au sein des équipes dont ils sont issus. Leur travail, animé par les chefs de service sera basé sur des questionnements du cabinet conseil.
- Le groupe de pilotage, composé du directeur, du directeur général et du responsable de projet du cabinet conseil, se réunira également à trois reprises. Il sera chargé de vérifier l'adéquation du projet au cahier des charges et arrêter les orientations.

Le projet d'établissement fera l'objet d'une production écrite d'une vingtaine de pages. Sa diffusion nécessitera une programmation budgétaire afin de permettre une communication interne et externe efficace. Je pense notamment qu'il est nécessaire de remettre un exemplaire du projet à chaque salarié de l'établissement, présent et à venir. Une présentation officielle par le Président de l'ADSEA, s'il en est d'accord, lui donnera une dimension politique stratégique, à l'interne comme à l'externe.

II. 2. Optimiser les compétences professionnelles.

La stimulation des compétences des professionnels nécessite de se doter de moyens d'évaluation de leur travail. J'organise des entretiens annuels d'évaluation qui ouvrent un espace d'échange sur les fonctions exercées et sur les objectifs propres à

chaque salarié. C'est l'occasion pour moi de noter les compétences et de valider les perspectives professionnelles individuelles. L'entretien annuel d'évaluation est un outil d'encadrement qui sert de référence tout au long de l'année.

Certains salariés, en fin de carrière, ont perdu une grande part de leur dynamisme. Afin de ne pas les mettre en difficultés personnelles, je m'attache à reconnaître leur expérience. Je pense en effet qu'il faut savoir limiter ses exigences, et déléguer les responsabilités professionnelles en fonction des capacités des personnes à les assumer.

L'ambiance générale au travail est un autre facteur qu'il ne faut pas négliger. M'appuyant sur des indicateurs tels que le taux d'absentéisme ou le « turn over », j'essaie de déterminer les moments propices aux effets d'annonce, afin d'améliorer la réceptivité du personnel.

II. 2. 1. Cibler les axes prioritaires du plan de formation.

La formation permanente est un outil central, qui permet à la fois de renforcer l'efficacité et le dynamisme des professionnels. Pour être efficace, le plan de formation doit s'articuler avec les orientations en lien avec le projet institutionnel. Il s'élabore à partir de l'appréciation des ressources et des manques de chaque salarié, et de l'adhésion de ces salariés, au regard des bénéfices qu'ils peuvent acquérir (objectif promotionnel ou qualifiant, amélioration de la compétence, prise de distance).

Le plan de formation intègre différents niveaux d'interventions qu'il est intéressant de mailler : formations individuelles, collectives, participation à des colloques, interventions ponctuelles, formations collectives inter-institutionnelles. Je projette d'utiliser tous ces moyens en fonction des possibilités d'investissement des salariés. La formation individuelle est un moment de ressource pour une personne qui ressent le besoin de prendre du recul dans son travail. La participation à des colloques, la formation collective à l'interne présentent l'avantage d'être plus accessibles pour des salariés peu disponibles, et d'un moindre coût ce qui augmente le nombre de bénéficiaires. Un projet de formation collective inter-institutionnelle agirait en rétroaction sur l'objectif d'ouverture et de partenariat.

Le fait de projeter des orientations dans un plan pluriannuel garantit la cohérence, et permet d'engager l'ensemble des personnels dans un processus de formation en tenant compte de leur disponibilité personnelle. Cela permet également de souligner différents niveaux de priorités.

Pour les deux années à venir, les axes prioritaires du plan de formation seront :

- La mise en œuvre du droit des usagers dans la réforme de la Loi de 75.
- La construction d'outils d'évaluation de l'action médico éducative (par exemple le processus d'autonomisation des jeunes).
- L'activité médico éducative dans le cadre des SESSAD.

II. 2. 2. Structurer une démarche d'évaluation du niveau d'autonomie sociale des jeunes à leur sortie de l'établissement.

Le principe de l'évaluation de l'activité se développe tout particulièrement depuis quelques années, dans le secteur social et médico social. Etroitement liée au concept de projet, dont elle est une étape obligée, et à celui de démarche qualité, elle devrait faire son apparition dans la réglementation, dans le cadre de la refonte de la Loi 75-535. Artisan de cette réforme, le directeur de l'action sociale, Pierre Gauthier explique dans Lien Social que le projet prévoit que des référentiels de « *bonnes pratiques* »³³ doivent être élaborés par les professionnels, aux fins de validation par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico sociale.

L'évaluation est un processus de mesure qui se distingue de la quantification des actes transmise aux organismes de contrôle. Elle vise une meilleure maîtrise des champs de l'action, une réduction des zones d'incertitude, et la valorisation des services et des personnes. Jean René Loubat, tout en soulignant la difficulté de circonscrire le champ de l'évaluabilité médico social, en propose la définition suivante : « *c'est la projection d'un modèle utile sur des situations données de la part de l'acteur, afin d'améliorer la maîtrise de son projet et de valider ses stratégies* ». ³⁴ Son efficacité dépend de la manière positive et dynamique avec laquelle elle est conduite. Elle nécessite également que soient clairement posés les objectifs visés.

L'évaluation est un dispositif peu développé au Centre du Val d'Yon. Je vais devoir en stimuler le principe, en l'inscrivant comme une priorité du plan de formation permanente, et déterminer avec les professionnels les outils de mesure sur lesquels nous allons nous appuyer. L'évaluation du niveau d'autonomie sociale acquis par les jeunes adultes est un exemple que nous pouvons utiliser. Etant réglementairement tenus de

³³ Pierre Gauthier « Lien Social » février 2000.

³⁴ Jean René Loubat, déjà cité

suivre l'évolution des sortants dans les trois ans qui suivent leur départ, il nous est possible en effet d'évaluer notre intervention au cœur même du processus d'insertion sociale. Nous évaluons actuellement l'accès à l'emploi ordinaire ou protégé. Mon intention est d'élargir le champ de cette recherche, en mesurant l'investissement des jeunes dans la vie sociale (ont-ils des activités extra professionnelles, pratiquent-ils un sport, font-ils appel en cas de besoin, participent-ils à la vie de leur quartier ? Combien d'entre eux obtiennent le permis de conduire, fondent une famille, partent en vacances ?) . La réalisation d'un référentiel construit par les équipes chargées du suivi des jeunes me semble un outil intéressant à promouvoir. L'enquête d'opinion auprès des usagers est également un instrument de mesure de la qualité de nos interventions que j'ai l'intention de renouveler.

II. 2. 3. Spécifier l'obligation de collaborer avec les familles dans le règlement intérieur destiné aux salariés.

L'obligation de collaborer avec les familles des jeunes accueillis doit être mieux posée. J'ai pour projet de l'inscrire précisément dans le règlement de fonctionnement destiné aux salariés, au même titre que le respect de la personne . Nous acceptons trop souvent d'entendre des propos jugeants ou qui négligent les règles de base de la discrétion.

II. 3. Réduire les zones d'incertitude.

II. 3. 1. Prendre en compte les inquiétudes.

Je pense que les inquiétudes sur le devenir de l'établissement influencent les résistances qui s'expriment, et je vais m'employer à apporter aux professionnels du centre les éclairages dont ils ont besoin pour comprendre l'intérêt du changement à opérer. Tous les professionnels ne considèrent cependant pas le projet de la même manière. L'équipe thérapeutique et l'équipe éducative sont d'ores et déjà inscrites dans un processus évolutif qui les amène à soutenir mon action. Les enseignants craignent spécifiquement les effets de l'intégration scolaire, mais trois d'entre eux sur cinq assurent un remplacement temporaire. Moins impliqués personnellement, ils sont donc plus ouverts à l'analyse objective de la démarche intégrative. L'équipe technique et les services généraux, en revanche, sont très réticents.

En fonction de ces constats, je me propose de me fixer les objectifs suivants :

- Clarifier le sens des orientations, à travers des réunions à caractère institutionnel. Ces réunions introduiront la réécriture du projet d'établissement.
- Organiser des instances de réflexion sur l'évolution des pratiques.
- Rassurer les personnels inquiets sur la pérennité de leur emploi. S'engager à ne transformer des postes qu'au fur et à mesure des départs naturels des salariés.
- Planifier sans précipitation les différents axes du projet, déterminer les priorités et le management de chacun de ces axes, valoriser les innovations qui donneront satisfaction.
- Favoriser l'expérimentation, mettre en place des commissions de suivi des expériences entreprises.

II. 3. 2. Proposer des expérimentations qui concrétisent le changement recherché.

L'expérimentation est une manière d'introduire du changement, et d'innover en se donnant les moyens, avec les acteurs concernés, de mesurer les effets escomptés. Elle permet en outre de répondre rapidement à des demandes d'utilisateurs motivés. La mise en place de partenariats inter-institutionnels, de conventions d'intégrations scolaires, d'accueils en internat modulé, sont des champs d'expérimentations possibles, dans cette phase de transition. Mon rôle de directrice consistera à les promouvoir et à en faciliter la mise en œuvre.

II. 4. Dynamiser l'ouverture institutionnelle.

II. 4. 1. Stimuler des intégrations scolaires partielles dans les collèges environnants, en proposant la création d'un groupement d'intérêt public.

L'intégration en milieu scolaire ordinaire est, nous l'avons vu, peu développée au centre du Val d'Yon. Pour favoriser l'accès des jeunes à ce dispositif, il me faut agir à l'interne, dans le cadre des décisions de synthèses, et à l'externe, en sollicitant le soutien des commissions départementales et de l'Inspection Académique.

Sachant que les autres établissements spécialisés sont confrontés à des difficultés internes et externes identiques, je propose la création d'un GIP, (Groupement d'intérêt

public), dont l'objectif sera d'organiser au plan départemental l'intégration scolaire partielle des jeunes des IME.

Fondé par la Loi du 15 juillet 1985, article 22, le groupement d'intérêt public permet d'exercer en partenariat des programmes d'actions impliquant des acteurs publics et privés. Créé pour favoriser dans un premier temps la recherche scientifique, il a été étendu au domaine de l'action sanitaire et sociale, de la culture et de l'enseignement technologique et professionnel dans le cadre de l'article 22 de la Loi du 23 juillet 1987 . (cf Annexes I.).

Le GIP est doté de la personnalité morale. Il est composé de personnes morales de droit public et de droit privé. La présence d'au moins une personne publique est nécessaire à sa constitution, dont la voix est prépondérante. Celle du président du conseil d'administration de la Sauvegarde de l'enfance, s'il y souscrit, donnera au projet intégratif une dimension associative tout à fait significative.

L'intérêt de constituer un GIP permet à mon avis de regrouper les différents niveaux décisionnels et opérationnels, et de renforcer le partenariat entre les acteurs de l'intégration scolaire, sous le contrôle des pouvoirs publics. Les conventions d'établissement à établissement montrent en effet leurs limites. Le GIP est en outre un moyen de coordination spécifié à l'article 262-13 du projet de réforme de la Loi 75 535 : *« Des groupements d'intérêt public, ou des groupements d'intérêt économique peuvent être constitués entre personnes morales gestionnaires d'établissements sociaux ou médico sociaux, ou entre celles ci et les établissements de santé mentionnés au code de la santé publique, en vue d'exercer ensemble des activités dans le domaine de l'action sociale ou médico sociale au sens et dans les conditions du présent titre. ».*

II. 4. 2. Animer un projet d'activité en partenariat avec une SEGPA.

La méconnaissance réciproque qui complique l'intégration scolaire en SEGPA peut être travaillée à différents niveaux. Il pourrait être intéressant de proposer une action qui favorise le partenariat entre les deux institutions que sont le collège et l'IME. La réalisation d'un ouvrage en commun, au niveau des ateliers pré professionnels me semble un bon moyen, dans la mesure où la réalisation manuelle est un point de valorisation fort des jeunes de l'IME. La construction d'un kart est suggérée par l'éducateur technique chargé de l'atelier métallerie de l'établissement. Le projet sera soumis au responsable d'un atelier mécanique en SEGPA, pour une réalisation en

commun. Le projet pourrait ensuite avoir des prolongements au niveau de rencontres inter classes.

II. 4. 3. Organiser une formation inter institutionnelle.

Ainsi que je l'ai souligné précédemment, la mise en place d'une formation inter-institutionnelle, me semble un outil pouvant favoriser l'ouverture et le partenariat. L'évolution du droit des usagers à travers la réforme de la Loi de 75 étant un des axes prioritaires que j'ai retenus dans le plan de formation, j'ai l'intention d'organiser quatre journées d'information - réflexion autour de ce thème. Deux établissements spécialisés m'ont fait part de leur intérêt pour ce type d'action, que nous prévoyons de réaliser à partir de fonds mutualisés, inscrits au budget 2001. Un intervenant extérieur sera conjointement choisi. Le déroulement de la formation s'effectuera dans un espace loué à cet effet, pour marquer notre volonté d'ouverture institutionnelle. Une vingtaine de salariés (6 ou 7 par établissement), pourront bénéficier de cette formation, qui pourra être reconduite dans un an en fonction de l'évaluation qui en sera faite.

II. 4. 4. Mettre en œuvre un programme de communication externe.

La spécificité de cette action vise à agir sur les représentations sociales de l'établissement et de ses usagers. Solliciter le réseau de télévision locale pour le tournage d'un reportage dans l'établissement me semble un moyen de communiquer avec l'extérieur, tout en amenant les acteurs internes à se mobiliser dans un projet d'ouverture institutionnelle.

Complémentaire des journées « portes ouvertes », ce projet permet d'associer les jeunes de l'établissement. Je pense que l'action partenariale autour de la construction du kart peut le cas échéant représenter un bon support au tournage.

III. LE PLAN DE TRAVAIL. UNE METHODOLOGIE DE L'ACTION.

Cette dernière partie a pour objet de planifier le prévisionnel d'actions et leur impact budgétaire pour l'année 2001 dans le but de présenter aux organismes de contrôle, aux familles et aux professionnels du centre spécialisé un projet global, synthétique et coordonné qui permette d'en suivre le déroulement.

III. 1. Plan prévisionnel des actions en faveur des droits des usagers.

III. 1. 1.	ACTIVATION DES INSTANCES REPRESENTATIVES DES USAGERS (Conseil d'établissement, réunions délégués jeunes, participation des jeunes au conseil municipal des jeunes).
Echéance :	Septembre à décembre 2000
Objectifs visés :	➤ Mise en œuvre du décret du 31 décembre 1991. ➤ Positionnement ferme en faveur des droits des usagers. ➤ Valorisation du droit d'expression des jeunes, expérimentation de ce droit, action sur l'autonomisation sociale et relationnelle . ➤ Participation à la vie de la cité, ouverture institutionnelle. ➤ Favoriser la rencontre avec des jeunes qui ne rencontrent pas les même difficultés.
Partenaires à solliciter :	➤ Les jeunes et leurs familles (information, appel à candidatures). ➤ Les dirigeants associatifs. ➤ Les représentants du personnel et l'ensemble des salariés (information et appel à candidatures). ➤ Un élu de la commune (participation au conseil d'établissement à titre consultatif), et le responsable municipal du CMJ (démarche déjà faite).
Moyens à développer :	➤ Initier les jeunes au principe des instances de représentation (procédures d'élections, rôle des délégués, responsabilités). ➤ Soutenir la participation des jeunes élus (valorisation de leur responsabilité, accompagnement éducatif personnalisé). ➤ Organiser les élections. ➤ Elaborer avec le président élu, le calendrier des conseils d'établissement et l'organisation de la communication des informations. ➤ Fixer le calendrier des réunions de délégués jeunes et la communication des comptes rendus de réunions.
Effets escomptés :	➤ Améliorer la participation des usagers. ➤ Susciter chez les professionnels une nouvelle approche des usagers. ➤ Faire évoluer les représentations sociales entre l'établissement et son environnement. ➤ Favoriser l'intégration sociale de jeunes volontaires. ➤ Encourager la responsabilisation et la citoyenneté des jeunes .
Outils d'évaluation :	➤ Niveau de participation des usagers aux élections. ➤ Enquêtes usagers. ➤ Procès verbaux de réunions. ➤ Prise en compte des propositions formulées par les différentes instances.

III. 1. 2 .	REVALORISER LA PLACE DE LA FAMILLE ET SA RESPONSABILITE DANS LE PROJET INDIVIDUALISE DE SON ENFANT
Echéance :	Année scolaire 2000-2001
Objectifs visés :	➤ Restaurer la place centrale de l'usager dans les projets le concernant. ➤ Améliorer l'information et la collaboration avec les familles. ➤ Introduire les notions de « parents partenaires », de contractualisation. ➤ Favoriser le principe de l'internat modulé.
Partenaires à solliciter :	➤ L'ensemble des praticiens de l'établissement (réunion de rentrée). ➤ Les chefs de service, les cadres, les éducateurs référents. ➤ Les familles sous forme d'une information de rentrée.
Moyens à développer :	➤ Notifier dans les fiches de poste des éducateurs référents, l'obligation de rencontrer la famille préalablement à la réunion de synthèse. ➤ Délégation aux chefs de service de la mise en œuvre du projet.
Effets escomptés :	➤ Facilitation de la participation des familles. ➤ Limitation des effets de toute puissance institutionnelle.
Outils d'évaluation :	➤ Comparatif entre les listings de synthèses, et les dates d'entretiens familiaux. ➤ Enquêtes usagers.

III. 1. 3.	TRANSFORMATION DE 10 PLACES D'INTERNAT EN 23 PLACES DE SESSAD
Echéance :	Septembre 2001
Objectifs visés :	➤ Adapter les moyens aux attentes des bénéficiaires. ➤ Répondre aux objectifs fixés par le schéma départemental de l'enfance déficiente, et préconisés par les partenaires administratifs (DDASS, CDES). ➤ Favoriser l'ouverture institutionnelle et l'intégration sociale des jeunes présentant un retard mental léger.
Partenaires à solliciter :	➤ L'inspecteur DDASS chargé du contrôle et de la tarification (incidences réglementaires, budgétaires, présentation d'un dossier en CROSS). ➤ Les dirigeants au niveau associatif. ➤ Les différentes instances consultatives (salariés, usagers). ➤ Les membres de l'équipe de direction, les cadres. ➤ L'équipe éducative de l'internat (modification de l'organisation à N+1, ventilation des moyens humains vers le SESSAD).
Moyens à développer :	➤ Réunions de réflexion et d'organisation de l'internat (en 2 groupes à l'interne au lieu de 3) ➤ Elaboration du dossier CROSS (dépôt envisagé en Décembre 2000). ➤ Prévisionnel budgétaire. (création d'un ¼ temps de psychologue). ➤ Appel à candidatures d'éducateurs spécialisés de l'internat (3 postes à ventiler). ➤ Recrutement interne ou externe si nécessaire. ➤ Communication externe.

Effets escomptés :	➤ Diversification des offres de service. ➤ Ouverture institutionnelle, intégration sociale.
Outils d'évaluation :	➤ Adéquation de l'organisation institutionnelle aux demandes d'admission. ➤ Communication interne et externe. ➤ Enquêtes usagers. ➤ Evaluation technique de l'équipe du SESSAD.

III. 1. 4 .	PROPOSITION DE CREATION D'UN G.I.P.
Echéance :	Premier semestre 2001.
Objectifs visés :	➤ Organiser un dispositif d'accès à l'intégration scolaire partielle. ➤ Se doter d'un outil partenarial structuré , regroupant des acteurs publics et privés. ➤ Proposer au niveau associatif, un engagement dynamique en faveur de l'intégration des jeunes handicapés.
Partenaires à solliciter :	➤ DDASS ETAT ➤ CDES ➤ CCSD ➤ Inspection Académique (Inspecteur AIS). ➤ Les dirigeants associatifs. ➤ Les associations médico sociales partenaires. ➤ Des directeurs de SEGPA. ➤ Les cadres, les membres du personnel volontaires. ➤ Les représentants des familles.
Moyens à développer :	➤ Constitution statutaire du GIP (élections, dépôt des statuts) ➤ Proposition que l'association de Sauvegarde de l'enfance mette ses locaux à disposition. ➤ Recrutement du directeur (je proposerai d'assumer cette responsabilité, sous forme d'une mise à disposition de 0,10% de mon temps de travail.) ➤ Recrutement d'un ½ temps éducatif, chargé de la liaison entre les établissements scolaires et spécialisés).
Outils d'évaluation :	➤ Bilan de fonctionnement en assemblée générale. ➤ Etude des évolutions de l'intégration scolaire des adolescents orientés en IME..

III. 1. 5.	AUTRES PROPOSITIONS A SOUMETTRE A LA REFLEXION DES PROFESSIONNELS DU CENTRE SPECIALISE.
Echéances :	Programmables en fonction du niveau d'adhésion des acteurs.
Actions envisagées:	➤ Favoriser les dispositifs d'internat modulé. ➤ Encourager une participation plus importante aux activités de l'environnement social, individuelle et collective. ➤ Réfléchir aux modalités de transports des jeunes vers les gares, au regard de leurs attentes et des pré-requis en matière d'autonomie. ➤ Construction du kart en partenariat avec une classe de SEGPA. ➤ Proposition du tournage d'un reportage télévisé dans l'établissement.
Objectifs visés	➤ Promouvoir l'ouverture institutionnelle et le partenariat. ➤ Favoriser des expérimentations. ➤ Accompagner la dynamique institutionnelle à travers des actions concrètes.
Outils d'évaluation :	➤ Analyse du pourquoi les propositions auront ou non été suivies des faits. ➤ Communication interne et externe. ➤ Enquêtes usagers.

III. 2. Plan prévisionnel des axes de gestion des ressources humaines.

III. 2. 1.	MISE EN ŒUVRE D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE, ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT.
Echéance :	Année scolaire 2000 - 2001
Objectifs visés :	➤ Introduire l'obligation d'adapter les fonctionnements aux besoins des usagers. ➤ Améliorer la concertation entre les professionnels. ➤ Favoriser l'évaluation des pratiques. ➤ Valoriser les axes d'insertion et d'autonomisation sociale des jeunes, l'intégration scolaire, le projet personnalisé. ➤ Se doter d'un outil de communication interne et externe. ➤ Anticiper sur la mise en conformité avec la future Loi sociale (travailler à la réalisation d'une charte, d'un livret d'accueil, du contenu d'un projet de vie).
Partenaires à solliciter :	➤ Les dirigeants associatifs. ➤ La DDASS (co-financeur du projet) ➤ Le cabinet conseil sélectionné. ➤ Les membres de l'équipe de direction, les cadres. ➤ L'ensemble des salariés et leurs représentants.

	➤ Les membres du conseil d'établissement (information, consultation).
Moyens à développer :	➤ Réunions institutionnelles d'information. ➤ Réunions consultatives. ➤ Réunions d'élaboration technique. ➤ Une aide à la mise en forme (cabinet conseil). ➤ Organisation de la communication interne et externe.
Effets escomptés :	➤ Evolution des pratiques, changement de fond des représentations du système médico éducatif par les praticiens, prise en compte du cadre réglementaire. ➤ Participation de l'ensemble des acteurs au processus évolutif engagé . ➤ Institutionnalisation de l'ouverture sur l'environnement.
Outils d'évaluation :	➤ Niveau de communication interne. ➤ Suivi de projet (respect des échéances, procès verbaux, participation). ➤ Impact au niveau de la communication externe.

III. 2. 2 .	ORGANISATION D'UN AXE DE FORMATION INTER ASSOCIATIF.
Echéance :	Deuxième semestre 2001.
Objectifs visés :	➤ Doter le plan de formation d'un dispositif supplémentaire. ➤ Organiser une formation adaptée à nos besoins, à moindre coût. ➤ Favoriser l'ouverture institutionnelle. ➤ Choisir un axe de formation concernant les droits des usagers.
Partenaires à solliciter :	➤ L'organisme chargé de la tarification. ➤ Les directeurs des deux IME partenaires. ➤ Les membres du Comité d'entreprise. ➤ Les intervenants susceptibles de répondre à l'appel d'offre. ➤ Le CAT UTIL'85, pour l'accueil des stagiaires en formation.
Moyens à développer :	➤ L'information des professionnels. ➤ Le cahier des charges du projet. ➤ Le recrutement de l'intervenant. ➤ Le choix de la date de l'intervention. ➤ La reconduction éventuelle de l'action en 2002, si elle s'avère pertinente.
Effets escomptés :	➤ Permettre la rencontre entre les professionnels des IME. ➤ Actualiser les connaissances par les salariés du cadre réglementaire.
Outils d'évaluation :	➤ Bilans effectués par les stagiaires et par le formateur. ➤ Evaluation de l'évolution des compétences après la formation.

III. 3. Incidences budgétaires des actions mises en œuvre.

III. 3. 1. Incidences liées à la transformation des places d'internat en SESSAD.

Configuration septembre 2000	Configuration septembre 2001
IME du Val d'Yon ➤ 103 jeunes : 58 internes et 45 semi internes. ➤ Salariés : 60,55 ETP ➤ Nombre de journées prévues : $179 \times (58+45) = 18437 - 6\% = 17330 \text{ j.}$ ➤ Budget alloué = <u>19 122 347 FF.</u> ➤ Prix de journée moyen : 1103,45 FF SESSAD du Val d'Yon ➤ 8 jeunes de 16 à 20 ans en apprentissage adapté. 10 jeunes en UPI (budget exceptionnel). ➤ Salariés : 1,75 ETP ➤ Nombre de journées : $179 \times 18 = 3222 - 6\% = 3028 \text{ j}$ ➤ Budget alloué : <u>822 132,28 FF</u> ➤ Prix de journée moyen : 271,15 FF	IME du Val d'Yon ➤ 93 jeunes : 48 internes et 45 semi internes ➤ Salariés : 57,55 ETP ➤ Nombre de journées prévues : $179 \times (48+45) = 16647 - 6\% = 15648 \text{ j.}$ ➤ Budget prévisionnel (baisse des charges liées au fonctionnement d'un groupe d'internat, salaires et charges correspondant à 3 postes ETP d'éducateurs spécialisés) = <u>17 730 000 FF</u> ➤ Prix de journée moyen prévisionnel : 1133,05 FF SESSAD du Val d'Yon ➤ 35 jeunes de 6 à 20 ans, en formation professionnelle, en UPI, en SEGPA ou en CLIS (attribution du secteur côte et d'1/3 du chef lieu). ➤ 5 ETP (+ 3 ES venant de l'IME, + ½ création psychologue). ➤ Estimation journées : $179 \times 35 = 6265 - 6\% = 5890 \text{ j.}$ ➤ Budget prévisionnel (dont charges de fonctionnement, location d'un véhicule, location immobilière, ventilations et création d'emploi) : $(5890 \times 271,15\text{F}) + 150\,000 \text{ F} + 550\,000 \text{ F} = \underline{\underline{2\,297\,000 \text{ FF}}}$ ➤ Prix de journée moyen proposé: 389,98 FF

Calcul du surcoût lié à la transformation :

➤ Augmentation du budget SESSAD : 2 297 000 FF – 822 133 FF = 1 474 867 FF

➤ Diminution budgétaire de l'IME : 19 122 347 FF - 17 730 000 FF = 1 392 347 FF

➤ **82 520 FF**

➤ L'augmentation correspond à **0,4%** du budget global IME = SESSAD alloué pour l'année 2000, tout en proposant une diversification de services, et l'accompagnement de 25 jeunes supplémentaires par rapport à l'existant.

III. 3. 2. Prévisionnel des charges liées à la mise en œuvre du projet.

Comptes	Intitulés	Alloué 2000	Imputations	Incidence budgétaire	Ecart
60	Achats	1 629 100			
606410	Projet d'établissement		5 000	1 639 100	0.6%
606800	Matériau kart		5000		
61	Services extérieurs	938 700			
611230	Intervention télévision locale		25 000		
618200	Documentation générale		2 500	966 200	2.9%
62	Autres services extérieurs	652 000			
62200	Cabinet conseil, formateur		35000		
623000	Frais publication projet institut		15 000		
624220	Transports internat modulé		20 000		
626300	Frais communication externe		3 000	73 000	11.9 %
63	Impôts et taxes	90 000			
				90 000	
64	Charges de personnel	14 444 442			
				14 444 442	
65	Autres charges gestion courante	587 764			
				587 764	
66	Charges financières	95 132			
				95 132	
67	Charges exceptionnelles				
68	Dotation amortissements	697 755		697 755	
	Total charges classe 6	19 134 894	101 500	19 235 394	0.53%

NB. Les propositions suivantes n'intègrent pas le projet de transformation de places d'internat en SESSAD.

Conclusion de la troisième partie

La mise en œuvre d'une dynamique institutionnelle donne accès dans mon esprit à un changement de fond des conceptions de l'activité du centre spécialisé. J'ai donc cherché à coordonner dans un projet global, des actions opérationnelles, ciblant directement le développement de l'autonomisation sociale de ces jeunes, et des stratégies managériales pouvant influencer sur les représentations que les praticiens ont des jeunes accueillis à l'IME.

L'autonomisation sociale de ces jeunes est au cœur de la problématique que j'ai choisi d'exposer en légitimant leur statut de bénéficiaires d'un accompagnement médico éducatif. J'ai par ailleurs tenu à souligner l'essentialité des droits de leurs parents, dans une conception résolument systémique de l'usager acteur . J'estime en effet que la famille est le partenaire principal du développement de l'autonomie de l'enfant.

Mes objectifs pour la rentrée scolaire de septembre 2000, (mise en place des instances de consultation des usagers, actualisation du projet d'établissement), me permettent de poser un cadre directif aux orientations que j'ai préalablement soumises aux dirigeants associatifs. Il s'agira pour moi ensuite, de susciter la participation de l'ensemble des acteurs, dans un esprit de coopération.

Mon projet de direction consacre une large part aux axes de communication avec les partenaires extérieurs. La mutualisation des moyens entre établissements, des activités communes avec des institutions scolaires, le groupement d'intérêt sont autant de moyens qui permettront que l'établissement sorte progressivement de la logique d'enclavement dans laquelle il se cantonne actuellement. De mon point de vue, l'ouverture institutionnelle sur l'environnement social est l'atout majeur du développement de l'autonomisation sociale des jeunes de l'IME.

CONCLUSION

Mes interrogations au sujet des processus d'autonomisation concernant les jeunes accueillis à l'IME sont issues du constat de leur difficile insertion sociale. Stigmatisés par la reconnaissance administrative de leur déficience intellectuelle, et par la situation d'échec scolaire, ils rencontrent en effet de grandes difficultés à s'affirmer en dehors des lieux de sécurisation, ce qui les conduit à éviter la confrontation avec l'environnement social.

Au fil de cette étude, j'ai acquis la conviction qu'en se voulant protecteur, le centre du Val d'Yon place l'utilisateur dans une relation de dépendance qui le déresponsabilise et appauvrit son réseau relationnel. Malgré la volonté clairement énoncée par les professionnels de promouvoir le respect des jeunes handicapés et la présomption de leurs compétences, les pratiques professionnelles ont du mal à évoluer vers une véritable mise en œuvre des droits individuels des usagers et de leurs familles.

Si mon projet de direction vise à modifier les représentations que les professionnels ont de leurs missions et des besoins des jeunes, je suis déterminée par ailleurs à faire émerger l'établissement de la logique d'enceinte dans laquelle il se trouve. L'intégration sociale et scolaire des jeunes est pour moi, en effet, une des orientations fondamentales qui prépare la place des personnes handicapées dans la société de demain. Il nous faut donc construire des relations partenariales qui favorisent des projets intégratifs variés. Il nous faut également nous engager dans une nouvelle définition du sens de notre action médico éducative et passer de la notion de prise en charge, à celle d'accompagnement personnalisé de l'enfant acteur des projets qui le concerne.

« L'ouverture sur l'autre, à laquelle nous invite l'enfance handicapée, est l'ouverture sur une condition humaine différente, et l'intellection du handicap est l'un des paramètres du bouleversement conceptuel que nécessite l'abord du XXI^{ème} siècle et l'aventure de l'avenir ». (P. Jeanne, JP. Laurent).

BIBLIOGRAPHIE

- AUSLOOS Guy : « La compétence des familles ». ERES, 1996.
- BRIZAIS Raynald : « Autonomie, socialisation ,insertion - intégration, trois débats ». intervention effectuée au Centre Spécialisé du Val d'Yon le 30/09/1997.
- Cahiers de la Documentation Française : « La protection sociale en France ». 1997.
- Cahiers de la Documentation Française : « Management et organisation des entreprises ». n° 287, juillet 1998.
- CASTEL Robert : « Les métamorphoses de la question sociale ». FAYARD, 1996.
- CATHALA Bruno : « Repères juridiques du travail social ». ESF, 1997.
- Collège coopératif de Bretagne : « Handicap et insertion ». Septembre 1996.
- Conseil supérieur du travail social : « L'intervention sociale d'aide à la personne ». ENSP, 1998.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard : « L'acteur et le système ». Seuil, 1977.
- Dictionnaire critique de l'action sociale, BAYARD, 1995.
- DORIGUZZI Pascal : « Histoire politique du handicap ». L'HARMATTAN, 1994.
- FUSTER Philippe, JEANNE Philippe : « Enfants handicapés et intégration scolaire ». A.COLIN, 1992.
- HOOFMANS-GOSSET Marie Agnès : « Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation ». Chronique sociale, 1996.
- JEANNE Philippe, LAURENT Jean Paul : « Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap ». ESF, 1998.
- JANVIER Roland, MATHO Yves : « Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale ». DUNOD, 1999.
- LEFEVRE Patrick : « Guide de la fonction de direction ». DUNOD, 1998.
- LENOIR René : « Les exclus ». Editions du Seuil, 1974.

- LOUBAT Jean René : « Elaborer son projet d'établissement social et médico-social ». DUNOD, 1997.
- MIRAMON Jean Marie, PATURET Bernard, COUET Dominique : « Le métier de directeur ». ENSP, 1992.
- MIRAMON Jean Marie : « Manager le changement dans l'action sociale ». ENSP, 1996.
- RISSELIN Patrick : « Handicap et citoyenneté ». ODAS Editions, 1998.
- ROCA Jacqueline : « De la ségrégation à l'intégration, l'éducation des enfants inadaptés de 1905 à 1975. ». PUF, 1992.
- ROSANVALLON Pierre : « La nouvelle question sociale, repenser l'état providence ». Editions du SEUIL, 1995.
- VOGT Christian : « Grammaire des institutions ». ENSP, 1992.

Articles, revues, rapports.

- Lien Social n° 73, du 19 avril 1990 : « Les Nouvelles Annexes XXIV ».
- Lien Social n° 519, du 17 février 2000 : « L'esprit de la Réforme ». P. Gauthier, directeur de l'action sociale.
- Lien social n° 519, du 17 février 2000 : « Droits usagers, qualité des prestations, évaluation » D. Gillot, secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale.
- Revue n° 96 du CREA I Pays de Loire : « A propos de... ». P. Roussel, chargée de recherche au CTNERHI.
- Ministère de l'Education nationale, de la recherche et de la technologie : « Scolarisation des enfants handicapés ». S. Royal, ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire, 3 décembre 1998.
- Union sociale n° 49, Mai 1992 : « Les usagers acteurs ». P. Verdier.