



# **ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**Directeur d'établissement social et**

**médico-social public**

**Promotion 1999-2000**

**AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES DEFICIENTS AUDITIFS  
EN INTEGRATION SCOLAIRE : UN PROJET PLURIDISCIPLINAIRE**

**L'EXEMPLE DE L'INSTITUT DE REHABILITATION  
DE LA PAROLE ET DE L'AUDITION DE RONCHIN**

**BOHER Muriel**

## **AVERTISSEMENT**

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre des orientations pédagogiques majeures de l'ENSP dont les deux axes principaux sont :

- la personnalisation
- l'ouverture sur des partenariats, en particulier avec le milieu universitaire.

Le mémoire répond donc à une double commande : celle de l'université avec laquelle le stagiaire a suivi un cursus et celle de l'ENSP.

Le mémoire est réalisé selon la définition et les modalités propres à l'université, étant entendu qu'il s'agit d'un mémoire à finalité professionnelle, lié au métier ; il est rédigé de la place d'un directeur et développe la mise en œuvre stratégique d'un projet pour les usagers.

## SOMMAIRE

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	p.3
<b><u>PREMIERE PARTIE</u></b>	
La démarche de projet, une dimension inter et intra-institutionnelle	p.7
<b>I- La dimension inter-institutionnelle de la démarche de projet</b>	p.7
<b>A- Une culture commune autour de la démarche de projet</b>	p.7
1- Une notion interministérielle récurrente	p.7
2- Une collaboration pluridisciplinaire importante	p.9
3- L'établissement médico-social	p.11
<b>B- Deux regards particuliers autour de la démarche du projet</b>	p.13
1- La C.D.E.S : un organisme incontournable	p.13
2- La famille : des droits sur le projet	p.15
3- Le directeur : une influence certaine	p.17
<b>II- La dynamique intra-institutionnelle de la démarche de projet</b>	p.18
<b>A- Le lien culture et projet</b>	p.18
1- La culture organisationnelle	p.19
2- Le projet comme but	p.20
3- Les entraves possibles au projet	p.21
<b>B- Du fonctionnement inter-groupe</b>	p.23
1- Les clivages professionnels	p.24
2- Le projet comme moyen	p.25
3- La maîtrise des enjeux par le directeur	p.27
<b><u>DEUXIEME PARTIE</u></b>	
L'exemple de l'Institut de Réhabilitation de la Parole et de l'Audition	p.29
<b>I- La présentation et l'analyse du contexte institutionnel</b>	p.30
<b>A- Le descriptif de l'établissement</b>	p.31
1- Un savoir-faire à valoriser dès le S.A.F.E.P	p.31
2- Le S.S.E.F.I.S	p.32
3- Des prises en charge diversifiées	p.33
<b>B- L'analyse de la situation actuelle</b>	p.35
1- La méthodologie	p.35
2- Concilier scolarité et rééducation	p.36
3- Communiquer entre professionnels et avec les familles	p.38

<b>II-</b>	<b>La rénovation en cours : le projet d'établissement</b>	p.41
<b>A-</b>	<b>La prise en compte des évolutions structurelles et conjoncturelles</b>	p.41
	1- L'évolution technologique	p.41
	2- La culture de l'évaluation	p.42
	3- Le schéma régional des déficients auditifs	p.44
<b>B-</b>	<b>La réflexion sur la mise en oeuvre du projet d'établissement</b>	p.46
	1- Les circonstances du premier projet	p.46
	2- La méthodologie du présent projet	p.48
	3- Les enjeux du projet linguistique	p.49
<b><u>TROISIEME PARTIE</u></b>		
	<b>La stratégie et les enjeux de la démarche de projet pluridisciplinaire</b>	p.52
<b>I-</b>	<b>Une évolution favorisant la lisibilité de l'action</b>	p.53
<b>A-</b>	<b>Les nouveaux repères institutionnels et organisationnels</b>	p.54
	1- Fédérer autour d'une idéologie commune	p.54
	2- Créer une dynamique de l'offre de prestations	p.56
	3- Gérer cette philosophie d'action	p.57
<b>B-</b>	<b>D'autres pratiques facilitant l'amorce du changement</b>	p.59
	1- Une association à l'individualisation de la prise en charge	p.59
	2- L'implication dans le fonctionnement de l'Institut	p.61
	3- L'accompagnement du changement	p.62
<b>II-</b>	<b>Une efficacité demandant l'évaluation d'une action comprise</b>	p.64
<b>A-</b>	<b>Favoriser la communication externe et interne</b>	p.64
	1- Le positionnement d'image	p.65
	2- La logique des réunions	p.67
	3- Les futures actions en communication	p.68
<b>B-</b>	<b>Asseoir la démarche de projet sur l'évaluation</b>	p.70
	1- L'évaluation au service de la crédibilité	p.70
	2- Le lien avec les hommes	p.71
	3- Les orientations à venir à prendre en compte	p.73
	<b><u>CONCLUSION</u></b>	p.76
	<b><u>ANNEXES</u></b>	p.78
	<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	p.91

## INTRODUCTION

L'intégration scolaire est la manifestation d'un fait social très large afférent à la place et au rôle des personnes handicapées dans notre société. Il s'agit d'une évolution, aussi lente que profonde et inscrite dans le long terme, de la conscience collective et des consciences individuelles, d'une modification progressive des attitudes et des mentalités.

« Dire qu'un enfant ne peut être accueilli dans une école ordinaire du fait de son handicap est un propos qui paraît inacceptable aujourd'hui. Mais affirmer que tout enfant, quel que soit son handicap, quels que soient ses besoins particuliers, doit être scolarisé en milieu ordinaire paraît ne pas respecter l'enfant dans ses droits. »<sup>1</sup>

L'intégration scolaire en milieu ordinaire est perçue comme un moyen nécessaire de motivation à l'apprentissage de la parole. Toutefois, cette intégration n'est justifiée que si l'enfant, non seulement comprend la parole, mais aussi et surtout, s'il la pratique. Une fois le processus de rééducation engagé, l'enfant sera en situation d'application permanente de tout le travail de rééducation et devra être capable de réinvestir tout ce qu'il a acquis.

Comment aménager les situations susceptibles de faciliter l'intégration scolaire et sociale de l'enfant ou adolescent déficient auditif en le prenant dans sa globalité?

L'intégration peut se définir comme étant « l'opération qui consiste à assembler les différentes parties d'un système et à assurer leur compatibilité ainsi que le bon fonctionnement du système complet » ou encore, comme celle qui consiste à « faire entrer dans un groupe plus vaste. »<sup>2</sup> Par rapport au contexte qui nous intéresse, il apparaît opportun de réfléchir sur la nature de cette politique ambitieuse qui assemblerait des sous-systèmes aussi particuliers que sont les établissements médico-sociaux et les institutions de l'Education Nationale.

---

<sup>1</sup> Ferrier J., *L'intégration scolaire: une volonté politique mise en oeuvre*, Revue Réadaptation, n°383, sept.oct. 1991, pp.3-4.

<sup>2</sup> Définition du Dictionnaire encyclopédique Larousse p.728.

Dans le cadre inter-institutionnel, tout désir d'intégration scolaire en milieu ordinaire place l'élève concerné au cœur d'un système qui ne se réduit pas au seul champ pédagogique mais s'élargit en un système plus vaste, qui considère l'aspect pluridimensionnel de l'enfant handicapé. L'intégration se conçoit, donc, comme étant l'affaire de tous.

Dans un cadre intra-institutionnel, l'idée du *mieux* de l'enfant et celle de la *meilleure* prise en charge nécessite une réflexion qui ne relève pas d'une simple logique de cause à effet. L'intégration scolaire ne peut être entendue comme une prescription où d'aucuns pourraient lire des règles d'actions généralisées et généralisables. Elle nous semble devoir être comprise comme une interrogation posée sur les pratiques hors des parcours connus et balisés, proposés à d'autres jusque-là pour pouvoir élaborer un projet individuel adéquat, en regard d'une association des familles.

Dans cette perspective et au vu des responsabilités qui lui incombent, le directeur a un rôle primordial à jouer<sup>3</sup> tant en terme d'instigateur des projets (institutionnel et individuels), que de vecteur d'une communication inter-disciplinaire. Il peut ainsi permettre de s'inscrire dans des logiques de continuité et de complémentarité en veillant à éviter toute césure dans les projets d'intégration<sup>4</sup>. C'est dans ces dernières, que se situe l'intégration scolaire en milieu ordinaire des enfants déficients auditifs pour favoriser l'adaptabilité, le changement et la promotion d'une prise en charge de qualité.

Il nous a semblé important d'approfondir la problématique suivante: « Améliorer la prise en charge des jeunes déficients auditifs intégrés en milieu scolaire ordinaire : une démarche de projet pluridisciplinaire. »

Dans une première partie, nous envisagerons les dynamiques inter et intra-institutionnelle qui posent la démarche de projet comme moteur de l'intégration scolaire.

---

<sup>3</sup> Cf. Article 2 du décret n°94-948 du 28 octobre 1994.

<sup>4</sup> Cf. Circulaire DAS/RVAS/RV 1 n° 99-637 et DESCO n°99-187 du 19 novembre 1999 relative aux orientations générales en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

Ensuite, dans une deuxième partie, nous montrerons, par la contextualisation de l'I.R.P.A. et l'analyse des résultats de nos entretiens, qu'un revirement institutionnel est indispensable pour valoriser un savoir-faire technique reconnu.

Enfin, dans la troisième partie de notre étude, sera exposée une stratégie de mise en oeuvre de la démarche de projet :

- pour créer une dynamique d'échange et de rencontre efficiente entre des professionnels appartenant à des secteurs aux mentalités et aux pratiques différentes,
- pour répondre aux exigences de l'esprit de la réforme de la loi de 1975<sup>5</sup> dans son exigence qualitative.

---

<sup>5</sup> Cf. Projet de réforme de la loi de 1975 n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales ; document DAS du 4 août 1999.

## **PREMIERE PARTIE :**

### **LA DEMARCHE DE PROJET, UNE DIMENSION INTER ET INTRA-INSTITUTIONNELLE.**

*« Les gens qui n'ont pas de projet sont des amnésiques du futur. »*

*Ph. GELUCK*

Permettre l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des enfants déficients auditifs dans le cadre du choix de l'intégration scolaire en milieu ordinaire, revient à s'interroger sur les moyens à mobiliser en ce sens hors et dans l'organisation médico-sociale.

La volonté d'offrir un meilleur service à la personne accueillie va dans le sens du projet de réforme de la loi de 1975<sup>6</sup>: « ...La personne accueillie doit être placée au cœur du système de la prise en charge sociale et médico-sociale...Celui-ci doit s'organiser autour d'elle afin de lui assurer un égal accès aux prestations existantes et le meilleur service. »

A quelles conditions, le choix de cette politique d'intégration scolaire répond-il au problème posé par l'éducation pluridimensionnelle des enfants et adolescents déficients auditifs? Selon nous, à la condition de donner un sens commun à cette éducation.

Toujours dans l'intérêt de l'enfant pris en charge, il s'agit d'utiliser la notion de projet à des fins de dynamique :

- inter-institutionnelle pour pérenniser le partenariat d'une part (I),
- intra-institutionnelle afin de surmonter les clivages professionnels, d'autre part (II).

C'est dans ce contexte, que l'établissement médico-social conduira une recherche de l'amélioration qualitative de sa mission de service public grâce à un management prenant en compte les relations internes et environnementales.

---

<sup>6</sup> Cf. Article 261-3 ; idem.



## **I- La dimension inter-institutionnelle de l'intégration scolaire des enfants et adolescents déficients auditifs :**

La dimension inter-institutionnelle nous permet de voir à travers l'évolution législative de ces vingt dernières années, comment la culture de projet s'est inscrite de façon récurrente dans le paysage éducatif et médico-social. Elle a pour fondement un partenariat pluridisciplinaire. Enfin, elle soumet l'établissement médico-social à une réflexion en terme d'ouverture et à un souci de qualité.

Autour de cette réflexion, le rôle de la Commission Départementale d'Education Spéciale (C.D.E.S.) et la place de la famille sont essentiels dans la construction de tout parcours d'intégration garanti par l'intervention du directeur d'établissement médico-social.

### **A- Une culture commune autour de la démarche de projet**

La pérennisation de la notion de projet dans les textes issus de l'Education Nationale comme dans ceux des Affaires Sociales, fait émerger la collaboration pluridisciplinaire comme moyen de gérer la complexité de la thématique pratique de l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés. Gestion, qui doit permettre à l'établissement médico-social de surmonter les écueils de ce choix institutionnel en général, et situationnel en particulier. Choix, qui véhicule une exigence de méthode pour assimiler les outils nécessaires à sa viabilité.

#### **1- Une notion interministérielle récurrente**

La pratique d'une pédagogie par objectifs, d'un décloisonnement des classes et surtout l'instauration des Projets d'Action Educative (PAE)<sup>7</sup> ont largement façonné la démarche de projet. Ces derniers impulseront, grâce à une extension progressive de leur champ d'application, une réflexion autour de l'élève désormais objet et sujet du projet.

Ainsi, le projet d'école (ou d'établissement) touche-t-il l'ensemble des activités internes et périscolaires en véhiculant l'idée de l'adéquation entre ce cadre et les aspirations

et/ou besoins de chaque élève. Ce projet est assimilé à un élément d'efficacité comme précisé dans la circulaire n°87-273 et 87.08 du 7 septembre 1987<sup>8</sup>: «un établissement est un ensemble dont l'efficacité baisse lorsque les projets ne sont pas harmonisés. »

La loi d'orientation du 10 juillet 1989 fait obligation à chaque école d'élaborer un projet qui intègre « les modalités de mise en oeuvre des objectifs et des programmes nationaux ». Il a pour vocation d'insérer la structure scolaire dans son environnement socioculturel et économique d'une part, de compléter le projet pédagogique d'autre part (précisions des rythmes scolaires, par exemple). Le but est de constituer un élément moteur fondé sur la participation de toute la communauté éducative et de ses partenaires.

Dans le domaine des institutions médico-sociales, c'est une circulaire d'octobre 1973<sup>9</sup> qui introduira la nécessité de projet « pédagogique, éducatif et thérapeutique » comme réponse à une formalité administrative budgétaire. Les décrets n°88-423 et 424 du 22 avril 1988 réformant les Annexes XXIV n'évoquent le projet individuel qu'en tant qu'outil d'association de la famille pour son élaboration et son suivi. Le décret n°89-796 du 27 octobre 1989 donnera une définition plus précise du projet d'établissement comme « un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique qui précise les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer la prise en charge. »

Finalement, sans exhaustivité sur le nombre et le contenu des nombreuses circulaires parues qui se situent au carrefour interministériel généré par le processus d'intégration scolaire des enfants handicapés, nous devons évoquer les grandes lignes des circulaires de 1982,1983,1991 et 1999.

Les circulaires du 29 janvier 1982 et 1983 présentent le projet intégratif comme « la voie à privilégier pour la complémentarité des intérêts et des soutiens à la fois pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques. » Elles rappellent l'aspect multidimensionnel du projet individuel comme l'épine dorsale du processus d'intégration. Mais elles insistent surtout, sur les dangers des pratiques ségrégatives.

---

<sup>7</sup> Cf. Bulletin Officiel de l'Education Nationale n°31 du 10 septembre 1987.

<sup>8</sup> Cf. Infra, la Bibliographie, p.91.

<sup>9</sup> Cf. Circulaire du 31 octobre 1973 adressée aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Les trois circulaires de 1991 spécifient que la fonction du projet individuel est de dessiner les formes de l'intégration et que celle du projet d'établissement est de prendre en compte les actions à conduire dans ce cadre. Elles définissent le mode de l'intégration comme un domaine, où il ne saurait y avoir de règles définies « puisque chaque intégration répond aux besoins particuliers d'un élève handicapé.»

Les circulaires de 1999 sont le reflet de cette évolution vers l'utilisation régulière du projet dans le paysage de l'intégration scolaire des enfants handicapés. Ce qui n'est pas synonyme d'un construit figé mais tout au contraire « évolutif ». Il est vrai que, quelle que soit la forme de l'intégration, il s'agit toujours d'une situation individuelle sans possibilité de systématisation, car projetée dans un futur incertain.

Enfin, aujourd'hui, on peut affirmer que ces deux mondes parallèles, qu'ont été les institutions scolaires et celles du secteur médico-social, sont passés de la co-errance à la cohérence en matière d'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés. Ceci grâce au choix de fédérer cette action intégrative autour de la démarche de projet qui permet d'envisager en commun l'avenir, en fixant un cadre de fonctionnement transparent, c'est-à-dire connu de tous.

## 2- Une collaboration pluridisciplinaire importante

L'intégration n'est pas un état, c'est une dynamique qui se fixe des objectifs pour un enfant et qui s'inscrit dans des échanges entre les professionnels que l'enfant mobilise. Pour pouvoir prendre en compte l'ensemble des situations vécues par ce dernier, il faut dépasser la seule sphère scolaire. Par ailleurs, « la préparation et la réalisation de tels projets doivent être l'une des voies privilégiées pour amener dans la concertation et la complémentarité des interventions, les multiples secteurs d'accueil concernés à coopérer et s'adapter pour favoriser une évolution déjà amorcée. »<sup>10</sup>

A quelles conditions la politique d'intégration scolaire répond-elle au problème posé par l'éducation des enfants déficients auditifs?

---

<sup>10</sup> Cf. Circulaires n°82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982 relative à la mise en place d'une politique d'intégration en faveur des enfants et des adolescents handicapés.

Si la réussite de l'intégration dépend assurément de bonnes conditions matérielles, elle est surtout fonction de la capacité des différents intervenants autour de l'enfant d'organiser la difficile cohabitation entre l'exigence médico-sociale et l'exigence de résultats scolaires. Il s'agit de donner à ces enfants, d'une part, les moyens de maintenir les mêmes rythmes scolaires que leurs camarades, et, d'autre part, le soutien et les soins nécessaires à leur situation personnelle, comme des capacités de communication et de relations compatibles, grâce à l'appui des services spécialisés organisés conventionnellement par les partenaires des Affaires Sociales et de l'Education Nationale.

Faire le choix de l'intégration, dépasse la seule considération d'un enfant et de sa famille. C'est, forcément en amont, instaurer un système complexe et des possibilités de fonctionnement. C'est, non seulement, considérer chaque élément de ce système et les différentes institutions qu'il questionne, mais c'est aussi évoquer surtout leurs relations dans un objectif commun et cohérent d'épanouissement de l'enfant accueilli.

Le principe de collaboration, entre l'établissement scolaire d'accueil et celui chargé d'apporter les soins et le soutien spécialisé, par le conventionnement est affirmé par la circulaire de 1983. La convention<sup>11</sup> formalise les relations partenariales et permet un examen préalable conjoint des projets d'intégrations entre les services départementaux de l'Education Nationale et ceux des Affaires Sociales. Elle peut alors être considérée comme le pilier du projet individuel où « l'enfant relève en même temps de mesures éducatives et thérapeutiques, chacun des partenaires devant conserver son originalité et exercer ses responsabilités en toute indépendance mais dans une coopération aussi étroite que possible des équipes. »

La circulaire du 19 novembre 1999<sup>12</sup> précise: « La démarche de l'intégration est le projet individualisé. Pour atteindre ces objectifs, il faut toujours conjuguer dans une démarche commune les attentes du jeune et de sa famille, l'action des enseignants et celle, indispensable des équipes de soins et d'accompagnement. C'est la démarche du projet individualisé qui s'appuie sur une évaluation précise et continue des besoins de

---

<sup>11</sup> Cf. Infra, la Bibliographie: Décret n°90-788 du 6 septembre 1990 et circulaire n°91-303 du 18 novembre 1991, p.91.

<sup>12</sup> Circulaire n°99-187 du 19 novembre 1999 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

chaque enfant et chaque adolescent, à partir de laquelle les adaptations et les assouplissements qui s'imposent sont définis. »

Pourtant, si l'obligation éducative pose la réalité de cette collaboration, gardons à l'esprit que cette dernière ne se décrète pas. Au contraire, elle se construit dans le temps, en fonction du contexte, de l'enfant et des personnes qui l'entourent. Elle exige toujours, un préalable: un dialogue permanent et constructif où chacun respecte les contraintes de ses partenaires dans un souci commun d'apporter la réponse la plus ajustée à l'ensemble des besoins éducatifs et rééducatifs du jeune handicapé.

L'établissement médico-social doit être attentif à l'évolution de ce partenariat. La préparation et le suivi des projets d'implants cochléaires appellent à considérer une augmentation du nombre de partenaires autour de l'enfant déficient auditif, ici les centres hospitaliers. Cette collaboration pluridisciplinaire est présentée comme une « condition sine qua non de la réussite du projet d'implantation. »<sup>13</sup>

On voit ainsi comment l'établissement médico-social, à mission de ségrégation « minimum », doit prôner l'ouverture pour faire cohérence avec un projet d'ensemble, tout en prenant en compte ces nouveaux enjeux.

### 3- L'établissement médico-social

Au niveau institutionnel, l'établissement médico-social a, par les annexes XXIV renouvelées au décret du 9 mars 1956, entre autres, une mission de préparation et d'accompagnement de l'intégration scolaire. Il doit s'inscrire dans la complémentarité entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé: il avait à cette fin, la possibilité de créer des services d'éducation précoce et à l'intégration scolaire.

Pour compléter ces dispositifs, il devrait y avoir désormais, au niveau départemental, les groupes de coordination: Handiscol<sup>14</sup>. Quelles sont les missions de ces groupements ?

---

<sup>13</sup> Circulaire DAS/RVAS/DH/DGS n°99-232 du 16 avril 1999 relative à la prise en charge des enfants sourds implantés.

<sup>14</sup> Cf. Infra, la Bibliographie, p.91.

D'abord, faciliter et coordonner les actions des différents partenaires concernés par l'intégration scolaire des jeunes handicapés et s'assurer de la cohérence du dispositif global d'intégration et d'éducation. « Dans cette perspective : Il (le groupe) établit régulièrement un état des besoins...une évaluation des réponses. Il assure un suivi des modalités de scolarisation des enfants pris en charge par le secteur sanitaire et médico-social... »

Ensuite, ces rôles « d'observation, de suivi, de coordination et d'évaluation sont enrichis d'un rôle prospectif visant à proposer des adaptations et des améliorations au schéma départemental de scolarisation et au schéma des équipements sociaux et médico-sociaux dans le souci d'offrir aux jeunes handicapés des alternatives, des complémentarités afin d'assurer une continuité éducative. »

Ceux-ci doivent permettre de s'ouvrir au travail interministériel efficient dans un souci permanent de l'amélioration qualitative de la prise en charge. Ainsi, à la suite d'un rapport annuel sur le dispositif intégratif, ces groupes feront-ils des recommandations pour viser cet objectif qualitatif. La mise en place de ces groupes de coordination départementaux Handiscol' conduira à une mission de centre de ressources au service tant des professionnels du secteur concerné que des familles et de leurs associations.

En effet, l'action médico-éducative doit surmonter l'écueil de la multiplication des intervenants autour de l'enfant et rester cohérente pour ne pas être compromise et garder son sens. Toute structure médico-sociale est guettée par cette tentation de vouloir réduire la complexité inter-institutionnelle.

L'ouverture sur l'extérieur et l'observation stratégique de l'environnement sont des moyens pour assurer le maintien de l'établissement médico-social adapté aux exigences mouvantes de ce qui entoure la prise en charge globale de l'enfant déficient auditif.

Elle induit une réflexion autour de l'adéquation de l'offre de services à la demande de prestations des usagers ou de leurs familles pour une meilleure lisibilité des actions menées. Il s'agit alors, de modifier les pratiques de mobilisation, de gestion et d'animation autour des projets d'établissement afin d'être en interaction avec les attentes et les contraintes environnementales.

Mais d'autre part, il s'agit aussi d'améliorer qualitativement la prise en charge individuelle. Ceci, nous amène, dans cette démarche de projet, à envisager l'intervention de la C.D.E.S. et celle de la famille, comme base essentielle de l'éducation précoce fondamentale pour les enfants déficients auditifs, mais aussi comme facteur d'efficience de l'intégration en général.

## **B- Deux regards particuliers autour de la démarche du projet**

Aujourd'hui, la prise en compte de la place de la famille va en s'élargissant, alors l'intervenant administratif qu'est la C.D.E.S. doit répondre à ses questionnements par rapport au processus de réalisation effective de l'intégration scolaire en milieu ordinaire et doit aussi éviter les dysfonctionnements afin d'assurer le maintien d'une cohérence du dispositif.

### **1- La C.D.E.S: un organisme incontournable**

La circulaire d'application de la nouvelle annexe XXIV détermine quatre missions aux établissements: informer, associer, soutenir les familles, maintenir et favoriser les liens parents-enfants. En ce sens, la C.D.E.S. joue un rôle important dans la mise en oeuvre de cette politique.

Certes, elle est dotée de compétences multiples:

- pouvoir d'attribuer l'aide financière à la famille (compétence exclusive qui ne peut être déléguée) et pouvoir de graduer l'Allocation d'Education Spéciale en fonction de l'évolution du handicap sur la base de dossiers composés de quatre éléments (bilan social, psychologique, éducatif et médical);
- capacité à déterminer le type d'éducation ordinaire ou spécialisée dont l'enfant a besoin; elle a pour tâche de désigner « les établissements ou services [...] dispensant l'éducation spéciale correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent et en mesure de l'accueillir. » La C.D.E.S. doit donc proposer aux familles plusieurs établissements pour leur permettre d'exercer un choix. Toutefois, il lui est permis de n'en proposer qu'un seul, dans le cas assez rare, où il serait l'unique établissement correspondant aux besoins de l'enfant;
- pouvoir de décision à l'égard des établissements, des organismes de prise en charge,

à l'égard des enfants et des adolescents et de leurs parents, mais sous réserve, ainsi que le législateur l'a expressément prévu, d'une liberté de choix reconnue à ces derniers. En effet, dans ce cas, son pouvoir est seulement relatif.

Mais elle doit aussi intervenir directement dans l'orientation des enfants et des adolescents handicapés, et doit s'assurer de la qualité technique de ses orientations. La connaissance des établissements met la C.D.E.S. en position de pouvoir apprécier la qualité de la prise en charge, d'ajuster les réponses médico-sociales aux besoins des jeunes sourds et doit être un élément moteur dans la mise en oeuvre d'une politique intégrative.

Par délégation de la C.D.E.S., deux commissions interviennent :

- La Commission de Circonscription Préscolaire et Élémentaire (C.C.P.E.) est compétente pour ce qui concerne l'examen, le traitement, la validation et la transmission des dossiers des enfants scolarisés à l'école primaire ( vers la C.D.E.S. pour prise en charge financière ou la C.C.S.D. en cas d'orientation vers le second degré).
- La Commission de Circonscription du Second Degré (C.C.S.D.) examine les dossiers de ceux qui vont être ou qui sont scolarisés dans le second degré.

Elles s'occupent des orientations mais dans le respect de l'accord des familles. Désormais, leur rôle est plus large et s'inscrit souvent dans le cadre d'études et de propositions dans les démarches intégratives. Elles ont, aussi, un rôle de promotion des actions d'intégration et ont un droit de regard sur les conventions signées dans ce domaine.

Ainsi trois principes peuvent guider les équipes techniques: l'avis de la famille, l'orientation doit se faire à partir d'un examen attentif de la situation de l'enfant, l'aide apportée doit privilégier la maintien dans le milieu naturel.

Si le principe d'intégration en milieu ordinaire est posé, il ne saurait compromettre l'épanouissement de l'enfant (c'est-à-dire lorsque l'isolement géographique ou social



rend difficile les conditions de l'intégration ou lorsque pour des motifs divers, l'enfant n'est pas en mesure de suivre un enseignement adapté en milieu ordinaire).

Les degrés de prise en charge à travers le choix d'intégration scolaire sont très divers. Par conséquent, au vu de cette diversité, la C.D.E.S doit établir la coordination nécessaire avec les deux commissions précédentes, lorsqu'une prise en charge financière est octroyée. Mais, en échange, celles-ci doivent informer la C.D.E.S. de tout projet d'intégration.

En conclusion, si la C.D.E.S. et ces deux commissions de circonscription jouent un rôle de pivot en matière d'orientation scolaire et autour des projets intégratifs, la famille comme interlocuteur privilégié des différents professionnels, dès le plus jeune âge de l'enfant, est un gage de succès de cette intégration choisie.

## 2- La famille : des droits sur le projet

Comme nous venons de le voir, en aucun cas, la décision d'intégrer n'est délaissée à la responsabilité d'une seule personne physique ou morale : c'est bien dans la capacité de négociation des différents partenaires que s'élabore le projet intégratif. Et jamais, telle ou telle commission ne pourrait se substituer à la volonté de la famille.

La circulaire de 1983 retient le droit d'initiative de la famille dans l'élaboration du « projet éducatif individuel ». Celle de 1987<sup>15</sup> énonce un droit à l'information : « chaque famille a le droit de savoir quels sont les objectifs visés pour son enfant par l'éducation et l'enseignement dispensés. Tout comme elle a le droit d'être tenue régulièrement au courant du déroulement du cursus scolaire de son enfant. » Droit renforcé dernièrement avec la mise en place des groupes Handiscol'.

Le décret de 1988 réformant l'annexe XXIV Quater précise un droit d'association pour la famille en ces termes : « Quelle que soit la situation, la famille doit être constamment associée à l'élaboration du projet thérapeutique, pédagogique et éducatif et tenue régulièrement informée...Elle ne doit jamais se trouver dépossédée de ses responsabilités fondamentales ou privée de ses possibilités d'actions. »

La circulaire du 19 novembre 1999<sup>16</sup> lui octroie un droit de regard permanent par la possibilité de révision du projet de l'enfant : « chaque partenaire du projet, et en tout premier lieu la famille, peut demander à tout moment que tel ou tel élément du projet soit revu. »

Si elle a des droits, elle a aussi des devoirs notamment celui de favoriser l'éducation précoce. Celle-ci est une stimulation fondamentale pour les jeunes enfants déficients auditifs par rapport à la communication. Pour tout enfant, la famille est un endroit privilégié d'éducation car il y découvre la communication avec autrui, puisque sa surdité tend à exclure de ce processus fondamental.

Il importe donc, de sensibiliser les parents dès le plus jeune âge de leur enfant. Il faut informer de ce processus naturel qu'eux seuls peuvent mettre en place et faire prendre conscience que cela facilitera l'appréhension du langage et plus tard l'intégration scolaire.

Là, se fonde la nécessité de l'éducation précoce au sein de la famille accompagnée par des professionnels. On peut affirmer que, de même qu'il est le meilleur vecteur du langage initial, le lien de l'enfant avec sa famille est à l'origine du développement scolaire et de l'adaptation sociale comme facteur de réussite.

La réforme des annexes XXIV avait fait une brèche vers l'instauration de relations plus démocratiques, la loi de 1975 a concrétisé les droits des personnes handicapées et l'instauration des premiers conseils d'établissement : les conseils de maison.<sup>17</sup>

Désormais, dans cette continuité, l'utilisateur et sa famille sont acteurs de la prise en charge. Ils disposeront d'outils obligatoirement utilisés et d'instances obligatoirement instaurées si le projet de réforme de la loi de 1975, notamment dans ses articles 261-4 à 261-7, reste dans les mêmes termes en ce qui concerne le projet d'établissement, le projet individuel, le livret d'accueil, la charte ... Ils ont ainsi un véritable droit de cité.

---

<sup>15</sup> Cf. Infra, p.91.

<sup>16</sup> Circulaire n°99-187 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés.

<sup>17</sup> A.Thévenet, *Créer, gérer, contrôler un équipement social et médico-social*, Paris, Ed. E.S.F., 1996, pp.412-413

### 3- Le directeur d'établissement médico-social: une influence certaine

A la lumière des éléments précédents, le maintien fructueux d'un enfant dans son milieu ordinaire préconisé par les dispositions des annexes XXIV, est basée sur un élément qui nous semble fondamental: l'association de la famille à la vie de son enfant.

Aujourd'hui, on peut dire que derrière son apparente faiblesse, la famille oblige l'institution médico-éducative à analyser ses pratiques professionnelles. Elle la pousse à faire des efforts pour s'organiser et se renouveler. Cependant, cette évolution ne saurait se concrétiser que, si tous les acteurs sont mobilisés dans une logique partenariale dynamique, grâce à une direction garante des projets.

Le directeur doit, en parallèle, prévoir des moyens à mettre en oeuvre selon une démarche rationnelle et progressive avec méthodologie. C'est précisément la démarche de projet qui évitera tout recours à la systématisation, tout comme elle permettra d'éviter l'enlisement dans l'utopie.

Le directeur est le dépositaire d'une politique dialectique entre la norme et la différence. Dans le sens où l'enfant accueilli n'est jamais soluble dans la classe, cette politique amène à redécouvrir l'importance des profils singuliers et des existences individuelles. Ensuite parce que nous devons admettre que toute tentative de normalisation s'oppose, en fait à la complexité du réel humain.

Enfin, nous lui reconnaissons une influence :

- dans l'empêchement d'une rupture entre les gestionnaires du dispositif d'intégration scolaire pour instaurer un partenariat constructif et durable,
- dans l'impulsion d'une réflexion sur l'élaboration de nouvelles politiques justifiées par une confrontation permanente aux paradoxes et contradictions permanents qui jalonnent le processus d'évolution de chaque enfant intégré,
- dans l'acceptation de l'équipe pluridisciplinaire d'un état de confrontation à une pluralité de références et non plus un modèle homogène généré par une des deux institutions (l'ordinaire ou la spécialisée).

En conclusion, les implications respectives de la C.D.E.S et de la famille permettent d'être attentifs à ce que le processus de l'intégration scolaire ne résulte pas d'un simple accord ou d'une réponse sans condition qui risquerait de la banaliser à un acte administratif d'inscription d'un enfant déficient auditif dans une structure scolaire.

Le directeur utilisera le projet en tant que moyen pour cette prise en charge dans le cadre de l'intégration (c'est-à-dire comme un outil, au niveau organisationnel et situationnel), mais aussi en tant que but (c'est-à-dire comme un sens donné à l'action au niveau institutionnel) (II).

Au regard de l'exposé précédent, nous devons, à présent, analyser les enjeux de la dimension intra-institutionnelle comme diagnostic préalable à l'instauration par le directeur, d'une démarche de projet, comme mobilisation autour de nouvelles pratiques professionnelles.

## **II-La dimension intra-institutionnelle de l'intégration scolaire des enfants et adolescents déficients auditifs :**

Réfléchir au principe d'une amélioration de la qualité dans la prise en charge des déficients auditifs par la démarche de projets, s'analyse alors comme une nécessité pour l'action médico-sociale, qui trouve un nouveau sens.

Mais cela signifie l'existence d'une capacité d'adaptation aux changements culturels et à d'autres pratiques professionnelles que le directeur favorisera.

### **A- Le lien culture et projet**

Le concept d'identité, à travers la culture organisationnelle donne une interprétation à la place occupée par les individus à l'intérieur d'une structure sociale (ici l'établissement médico-social) et aux phénomènes de catégorisation dans les relations inter-groupe.

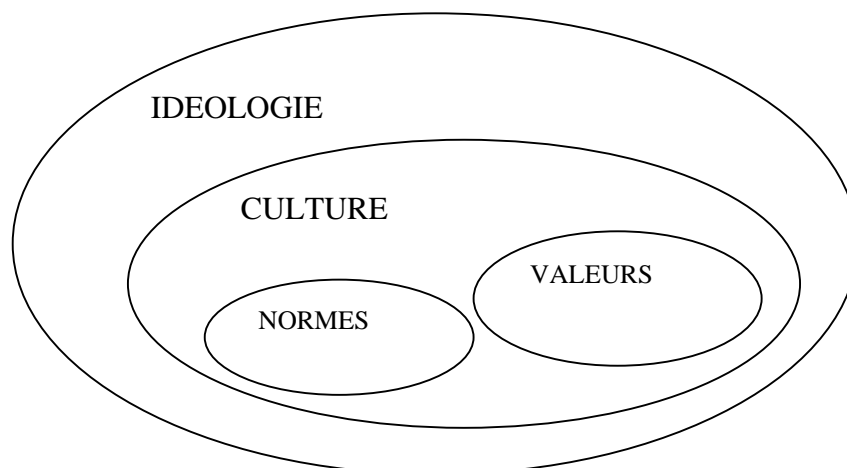
## 1- La culture organisationnelle

Une organisation ne peut être analysée sans son contexte. Elle est façonnée, du fait de sa réalité historique mais aussi humaine, par sa propre culture. La culture organisationnelle fait référence au mode de vie dans une organisation pour tous les groupes qui la composent. Ce mode de vie renvoie, lui-même, à des significations de valeurs, de normes détenues par les différents membres d'un groupe, en commun.

Les valeurs peuvent être assimilées à des préférences collectives d'un groupe qui apparaissent à un moment concret de son évolution et qui, par la manière dont elles se forment, contribuent à la régulation de celui-ci. Les normes sont, elles, des règles implicites, non écrites qui s'imposent à lui et qui fixent les comportements appropriés ou non par rapport aux situations. Enfin, la culture intervient comme étant cet ensemble de valeurs, de règles de vie, de modes de penser et d'agir propre au groupe.

Ainsi pourrait-on en déduire qu'instaurer une démarche de projet induit une crise d'ordre culturel par ce changement organisationnel qui a une logique transversale. Pour nous, il s'agit, en fait, d'un bouleversement institutionnel touchant l'idéologie même de l'établissement. En effet, l'idéologie englobe la culture et s'apparente à un système de pensée, issu du réel ayant pour objectif de le rationaliser et servant de moteur à l'action.

Nous représentons cette articulation des différents niveaux du particulier au plus général, comme suit :



Comme on peut le voir sur ce schéma, ces différents niveaux s'emboîtent. Alors la modification d'un seul entraîne une modification des autres car ils sont interdépendants.

En effet, si comme sous l'angle psychosociologique de l'analyse stratégique, on considère l'organisation comme un système composé de sous-systèmes, tout système tendrait à s'autoréguler, tendrait à l'homéostasie. Tous les sous-systèmes, ici en interaction, tendent aussi vers l'équilibre. Dans ce cas d'équilibre au sein du système, si un élément du système bouge, cela aura des conséquences sur tous les autres.

Donc, dans une volonté d'introduire un changement pour améliorer la prise en charge, il est important de mesurer tous les enjeux sur l'ensemble de l'organisation et notamment réfléchir sur l'articulation entre les différents niveaux de projet.

## 2- Le projet comme but

Si nous rapprochons la figure précédente des dimensions propres aux projets, nous en déduisons que l'aspect le plus théorique, l'idéologie, correspond à la dimension du projet de l'entité gestionnaire, la culture est plutôt liée au projet d'établissement et, enfin, autour du dernier niveau s'articulent les projets individuels.

Le fait de s'interroger sur une amélioration de la prise en charge par un recentrage des équipes sur l'utilisateur interpelle l'établissement sur le type de population auquel il s'adresse, sur l'évolution possible des admissions (comme les enfants implantés, par exemple) et/ou des besoins qui peuvent conduire à une adaptation des projets.

Le projet institutionnel ne saurait être une fin en soi et une simple réponse aux exigences législatives et administratives. Il repose sur le triptyque : missions confiées, population accueillie, moyens déployés pour les prestations de service correspondantes.

Mais aussi, il l'oblige à réfléchir sur la nature de ce service rendu et la méthodologie professionnelle adéquate, ce qui demande de prendre en compte: l'aspect organisationnel à travers le but des réunions, le rôle et les fonctions de chacun en leur sein, mais également l'aspect méthodologique à travers la pertinence de l'élaboration et de la mise en place d'outils d'observation et d'évaluation des décisions prises pour

l'enfant. Parmi ces outils, le projet individuel entraînant la question de l'évaluation est celui qui est, selon nous, le meilleur antidote à l'auto-légitimation naturelle de toute institution médico-sociale.

Là, surgit le lien complexe entre deux types de projets. Un projet de nature collective et générale et plusieurs autres de nature individuelle et plus proche du quotidien, qui doivent instaurer une continuité dans la logique des interventions individuelles et une cohérence dans l'action globale.

Il faut être attentif à ce que ces projets qui interagissent les uns sur les autres restent cohérents dans les interconnexions à géométrie variable qui peuvent se créer. En effet, des interférences systémiques existent, sans que l'on puisse prédéterminer quel niveau fait changer l'autre, quel niveau prévaut sur l'autre.

Les intentions éthiques et stratégiques du projet d'établissement se concrétisent-elles en un savoir-faire adéquat autour des enfants et adolescents accueillis ? Les relations d'équipe pluridisciplinaire/usagers, logique familiale/logiques institutionnelle et scolaire, contraintes environnementales/contraintes internes se retrouvent-elles en amont, comme des illustrations d'un moteur d'une réflexion institutionnelle sans cesse remise en cause, au cœur du projet d'établissement ?

Une fois encore, ces projets mis bout à bout doivent constituer une chaîne sans chaînons manquants : pour y arriver le sens commun de l'action doit être un recentrage du travail autour de l'utilisateur.

### 3- Les entraves possibles à la démarche de projet

La position actuelle de l'établissement médico-social est la réponse à une évolution en phase avec le « passage historique d'une logique de placement où l'on sollicitait avant tout la capacité d'accueil d'un établissement à une logique de prestation de service où l'on examine sa capacité à répondre à une problématique. »<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> J.R. Loubat, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, Coll. Action sociale, 1997.

De ce changement doit émerger une autre compréhension de l'utilisateur, individu accueilli dans un espace collectif en harmonie avec l'aspect institutionnel et familial donc une autre culture professionnelle. Il faudra que l'idéologie organisationnelle soit en cohérence avec la culture réelle, c'est-à-dire telle qu'elle va transparaître à travers les décisions, les actes.

En référence à Kurt Lewin, « le processus de changement comprend trois étapes :

- la décristallisation consistant à abaisser le seuil de résistance ;
- le déplacement permettant le passage d'un niveau A à un niveau B ;
- la cristallisation résidant en un renforcement du nouvel état d'équilibre atteint en niveau B. »<sup>19</sup>

De plus, le groupe de référence d'un individu avec ses normes collectives, représente une attraction, car, s'il s'en éloigne, il prend le risque d'être exclu de son groupe. Le directeur devrait dans cette optique de changement de relations inter-professionnelles autour de l'utilisateur, « diminuer la valeur attribuée à la norme et modifier le niveau de conduite perçu comme utile. »<sup>20</sup>

Pour nous, la gestion de ce processus doit aller plus loin. Elle peut passer par l'institutionnalisation du changement, c'est-à-dire en choisissant un fonctionnement organisationnel qui permette l'évolution. Elle est envisagée comme une phase dynamique dans laquelle se trouverait l'institution, et non, comme un état.

Ce type de fonctionnement se concrétise à travers le repérage des dysfonctionnements de l'organisation par son observation permanente. La difficulté en la matière, est d'être juge et partie. En d'autres termes, il faudra se donner les moyens de fonder l'observation sur des faits réels pour que l'organisation devienne apprenante.

Que signifie de rendre possible l'apprentissage organisationnel ?

Quand un décalage sera perçu entre les résultats des actions entreprises et les objectifs visés, la première solution consisterait à envisager une nouvelle action sans pour autant questionner la logique sous-jacente comme les choix en amont (apprentissage en simple

---

<sup>19</sup> Alain Cerclé et Alain Somat, *Manuel de psychologie sociale*, Paris, Dunod, Coll. Psycho sup, pp.127, 1999.

<sup>20</sup> Alain Cerclé et Alain Somat, op.cit. Ibid.



boucle). Argyris et Schön, proposent une autre solution pour éviter les incompréhensions, les erreurs en cascade. D'une part, il suffit de disposer d'informations valides pour faire des choix, contrôler leur mise en oeuvre pour repérer et corriger les erreurs. D'autre part, il faut évaluer. C'est-à-dire être capable de se remettre en question afin de réaliser ce qu'ils ont appelé des apprentissages en double boucle.

Cependant, cette évaluation est entièrement dépendante de ce qu'on appelle le processus de perception. La perception étant « la sélection et l'organisation des stimuli que l'environnement transmet au percevant. Percevoir, c'est avoir conscience du monde- des évènements, des personnes, des objectifs, des situations et tout le reste. »<sup>21</sup>

En effet, tout individu va sélectionner certains stimuli et en ignorer d'autres : c'est là que se fondera l'utilité de mettre en place des outils d'évaluation pertinents de l'action pour éviter cette dérive subjective afin de pouvoir viser plus de qualité pour l'usager.

L'aide personnalisée donnée à chaque enfant implique un soutien, qui peut être de caractère pédagogique, social, orthophonique, psychomoteur, médical. C'est pourquoi, il convient de faire appel à l'expérience et aux moyens en personnel et de se mobiliser dans le cadre d'une collaboration multidimensionnelle.

## **B- Du fonctionnement inter-groupe**

L'équipe pluridisciplinaire institutionnelle est indispensable à la réussite de l'intégration scolaire en milieu ordinaire ; mais elle peut être aussi, une des causes principales de dysfonctionnement si elle est un lieu stérile de babélisme où s'affrontent les conceptions et les attentes des professionnels. On souhaite que le changement existe comme une capacité interne à l'organisation.

Toutefois, chaque individu qui la compose appartient à un groupe qui le détermine. Etre prisonniers des normes collectives peut rendre difficile l'acceptation d'un changement d'une différence. L'institution peut, de ce fait, être le théâtre d'un phénomène de

---

<sup>21</sup> En référence au cours de psychosociologie de Mme Maréchal.

résistance qui peut se manifester de plusieurs manières (rumeurs, rétention d'information, émergence de micro-cultures...) Alors, le respect des usagers doit être perçu, par le directeur, comme un levier de changement consensuel pour l'institution médico-sociale.

### 1- Les clivages professionnels

A partir des sphères d'influence qui ont marqué diversement l'institution et ses acteurs, s'est dessiné un important héritage tant sur le plan structurel qu'idéologiquement. Ceci est particulièrement vrai dans le milieu de la surdité : le choix du mode de communication après le congrès de Milan de 1880, a conduit à des prises de positions très arrêtées voire même extrémistes excluant toute conciliation.

A partir du construit législatif, s'est créé une entité administrative éclatée en différentes sous-identités construites autour des groupes professionnels distincts qui se sont stratifiés au fil du temps. Comment peut être définie la notion de groupe ?

On peut dire qu'il y a groupe si trois caractéristiques sont réunies : interaction, but commun et interdépendance. Mais surtout, il s'agit de présenter la signification du « nous » en psychosociologie; c'est-à-dire de considérer la théorie de la catégorisation sociale.

Selon Tajfel et Turner, ce phénomène qui dépasse le processus d'interdépendance et d'interaction<sup>22</sup>, met en avant la réalité sociocognitive du groupe.

La théorie de l'auto-catégorisation stipule que : « les individus deviennent groupe non pas essentiellement parce qu'ils développent des relations personnelles basées sur la mutuelle satisfaction de leurs besoins mais parce qu'ils opèrent une catégorisation sociale d'eux-mêmes en contraste avec les autres, une perception partagée du « nous » opposée aux « eux »<sup>23</sup>.

Lorsque les référentiels identitaires concernent un groupe, celui-ci sera le groupe de référence façonnant notre façon de penser et d'agir. Les travaux en psychosociologie ont montré que le fait, pour un individu de définir son identité en terme de

---

<sup>22</sup> Alain Cerclé et Alain Somat, op.cit.pp.29-30.

catégorisation « eux-nous » se traduit par un renforcement des aspects positifs de son identité sociale et une accentuation, à l'inverse, des traits négatifs des membres des autres groupes.

En d'autres termes, on sera en présence de :

- préjugés qui font appel au domaine de la perception ; Allport définit celui-ci comme une attitude négative ou une prédisposition à l'adopter reposant sur une évaluation erronée. Le processus psychologique de catégorisation protège notre système de valeurs par un rejet de l'autre ;
- stéréotypes qui font référence aux attitudes ; Leyens les définit comme des théories implicites de la personnalité que partage l'ensemble des membres d'un groupe à propos des membres de l'autre. Ils prennent source sur des éléments particuliers de vérité mais les généraliser est inexact. Il s'agit d'un comportement discriminatoire qui simplifie le traitement de l'information (on peut l'appeler raccourci cognitif) ;
- discrimination qui est la conséquence d'un comportement négatif à l'égard d'un groupe pour lequel nous entretenons des préjugés.

Le risque de voir surgir des clivages catégoriels illustre la difficulté de gérer la diversité de cette myriade d'intervenants autour de l'enfant intégré avec leur discours et points de vue différents. Le management des hommes au sein des groupes qui composent l'organisation est une condition nécessaire mais non suffisante, définir une action en terme d'objectif en amont et en aval de celui-ci est incontournable.

## 2- Le projet comme moyen

L'institution médico-sociale qui prend en charge les enfants et adolescents déficients auditifs, comprend ou fait appel à plusieurs corps professionnels : les éducateurs, les orthophonistes, les psychomotriciens, les psychologues, les infirmiers, les médecins (pédiatres, oto-rhino-laryngologistes, psychiatre, odontologistes...) et les instituteurs. Ces différentes catégories professionnelles ont leur identité et leur propre communication forgée au fil des échanges sociaux.

---

<sup>23</sup> Ibid.

Un manque de communication ou une mauvaise communication signifie une non satisfaction du contenu. A l'inverse, l'existence d'une communication ne signifie pas superposition de points de vue, mais la possibilité pour une équipe pluridisciplinaire d'avoir un projet commun de faire converger des pratiques professionnelles, de partager des théories qui cimenteront ce dernier.

Alors, quand l'institution ne fournit plus les informations nécessaires permettant de baliser le champ d'action de ses acteurs et les zones de compétences de chacun d'eux, que se passe-t-il ? L'incertitude va croître, les missions ne seront pas clairement définies... Ne pouvant se forger une identité collective commune officielle, les acteurs sont poussés à se définir une appartenance plus proche et repérable que l'on appelle des micro-cultures assimilables à des replis identitaires.

En pratique, les langages techniques sont différenciés et les discours sont spécifiques. En fait, l'information communiquée n'est compréhensible que pour les initiés spécialistes appartenant au même corps professionnel. Parfois, l'intérêt de l'enfant ou le secret professionnel est invoqué pour maintenir l'opacité sur les pratiques. Mais le biais de la recherche de la reconnaissance de la spécificité professionnelle est, par là-même, assimilable à une échappatoire de l'évaluation du rôle professionnel et des pratiques qui en découlent.

La mise en place d'une démarche de projet devra éviter un déficit de communication qui pourrait entraîner des conflits de pratiques. Elle devra faire en sorte que chaque praticien énonce en face de chaque objectif les moyens et les outils d'évaluation correspondants lisibles par tout membre de l'équipe pluridisciplinaire qui travaille autour d'un enfant.

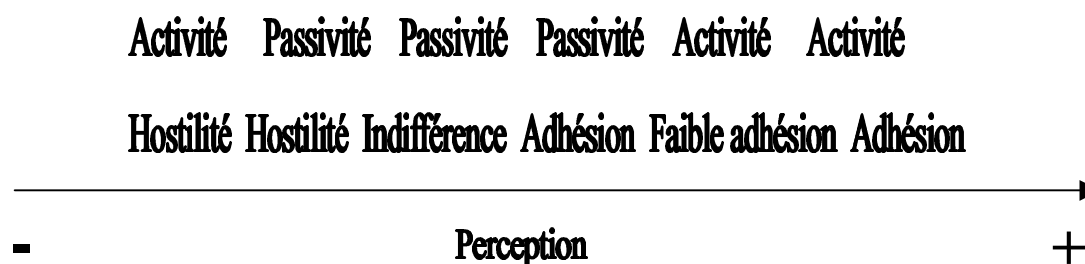
En situant autrement l'enfant ou l'adolescent dans le dispositif d'action, on tente de moderniser les fonctionnements, les pratiques de s'adapter aux attentes des familles et aux exigences de l'environnement. Une réflexion sur le management des équipes porte une stratégie d'évolution à visée institutionnelle marquée par une vision moderniste de l'action médico-sociale à travers la démarche de projet.

### 3-La maîtrise des enjeux par le directeur

L'article 2 du décret du 28 octobre 1994 <sup>24</sup> précise: « le directeur a la responsabilité des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques que l'établissement a été autorisé à conduire; à ce titre, il est chargé, en liaison avec les équipes éducatives, sociales, psychopédagogiques et techniques qu'il dirige, de l'élaboration et du suivi du projet d'établissement fixant les objectifs éducatifs, pédagogiques, thérapeutiques, sociaux et professionnels de l'établissement ainsi que la définition des projets individuels des personnes accueillies. »

A ce titre, il incombe au directeur de jouer un rôle essentiel en tant qu'acteur et coordinateur du processus instituant la démarche de projet. Vouloir introduire un changement dans les pratiques professionnelles et le réussir, suppose que des mesures appropriées ont été mises en place au niveau de l'établissement médico-social et ont, notamment suscité la participation des salariés.

Nous pouvons schématiser, comme suit, le continuum d'attitudes face au changement <sup>25</sup>:



Selon Pemartin, différentes combinaisons sont possibles face au changement : activité-hostilité, passivité- hostilité, passivité-indifférence, passivité- adhésion... Dans le cadre d'un changement réussi, l'attitude (ou activité) sera associée à une perception positive (adhésion) de cette modification. Dans le cas contraire, le comportement sera orienté pour faire échouer le changement.

<sup>24</sup> Cf. Infra, la Bibliographie, p.91.

<sup>25</sup> Pemartin Daniel, *Réussir le changement . Mutations des entreprises et problèmes humains*, Paris, Ed. E.S.F., 1987.

Un management participatif est, selon nous, une des conditions fondamentales de sa réussite même si elle demande du temps elle ne doit pas être écartée. Le partenariat induit par une pratique relationnelle empreinte de respect des spécialités de chacun permet de susciter le faisceau d'énergie nécessaire à créer les conditions indispensables pour favoriser un changement et permettre aux enfants d'aller toujours plus loin. La direction doit, alors, conserver une identité commune à un collectif d'acteurs.

Enfin, nous considérons que le directeur doit prendre en compte les trois dimensions de l'identité :

- une dimension institutionnelle permettant un consensus sur les règles du jeu dans le cadre d'un projet d'établissement induisant une culture de référence commune au-delà des appartenances catégorielles, par exemple ;
- une dimension organisationnelle évitant le renforcement des micro-cultures par une meilleure communication (même si leur existence n'est pas incompatible avec une culture globale sachant les prendre en compte ) et permettant aussi d'atteindre les objectifs du projet d'établissement
- une dimension situationnelle qui fait appel à une souplesse par rapport aux pratiques quotidiennes autour d'un projet individuel, par exemple.

Il est récurrent que les enjeux soient évoqués et formalisés au niveau organisationnel alors que le plus difficile est la modification de la dimension institutionnelle. En effet, elle a un caractère plus symbolique, intemporel, idéologique. Face à l'interdépendance, déjà présentée, le directeur doit assurer le lien en interne qui unit les parties entre elles, en externe la confrontation de cette cohérence propre avec l'environnement qui positionne les acteurs aussi.

En conclusion, comprendre le processus de la mise en oeuvre de la démarche de projet tant dans sa dimension inter-institutionnelle qu'intra-institutionnelle permettra au directeur d'élaborer une stratégie adéquate avec le contexte de son établissement. Avant d'exposer, dans la troisième partie, cette stratégie et ses enjeux, il convient de présenter le cadre expérimental dans lequel on envisage cette démarche, comme fruit d'un consensus et d'une adhésion pluridisciplinaire: l'Institut de Réhabilitation de la Parole et de l'Audition.

## DEUXIEME PARTIE :

### **L'EXEMPLE DE L'INSTITUT DE REHABILITATION DE LA PAROLE ET DE L'AUDITION.**

*«Ce n'est pas assez de faire des pas qui doivent un jour conduire au but,  
chaque pas doit être lui-même un but en même temps qu'il nous porte en avant. »*

GOETHE

L'Institut de Réhabilitation de la Parole et de l'Audition (I.R.P.A.)<sup>26</sup> est un établissement public non autonome, accueillant des enfants et des adolescents qui présentent un déficit auditif moyen, profond, sévère, entraînant une difficulté majeure dans l'apprentissage de la langue orale et écrite, de la grammaire, de l'appréhension de la syntaxe, du vocabulaire.

Fondée en 1834, par Jean MASSIEU, brillant élève de l'Abbé SICARD (successeur de l'Abbé de l'Épée), cette école pour sourds et muets accueillera aussi des aveugles dès 1872. En 1947, elle aura le statut d'école publique élémentaire départementale spécialisée. A partir de cette date, l'établissement fonctionnera dans une perspective oraliste.

En 1984, l'Institut (qui n'accueille plus que des déficients auditifs depuis 1975), sera rattaché à l'établissement public départemental autonome de soins, d'adaptation et d'éducation (E.P.D.S.A.E.) regroupant une vingtaine d'établissements sociaux et médico-sociaux, mais la structure scolaire est maintenue avec deux directeurs pédagogiques et du personnel de l'Éducation Nationale mis à disposition. Cependant, c'est seulement depuis deux ans que la direction de l'établissement, issue de la fonction publique hospitalière, a succédé à celle de l'Éducation Nationale.

Dès les années soixante-dix, l'I.R.P.A., s'est lancé dans cette démarche d'intégration facilitée par l'école existante et des professionnels mobilisés, grâce à la maîtrise de la méthode verbo-tonale<sup>27</sup> autour de cette possibilité offerte à certains.

---

<sup>26</sup> Cf. Annexe 1, p. 79.

<sup>27</sup> Cf. Annexe 2, p. 82.

Qu'est-ce-que cela induit pour l'Institut? Il faut décroiser le dispositif institutionnel existant dans une perspective d'intégration scolaire<sup>28</sup> qui limite les phénomènes d'exclusion ou de ségrégation, tout en n'omettant pas que le projet intégratif ne se borne plus à la sphère scolaire, mais prennent aussi en compte l'ensemble des situations vécues dans une dynamique d'une prise en charge de qualité pour les jeunes.

D'abord, nous exposerons le mode de prise en charge des jeunes en mettant en exergue un savoir-faire à valoriser. Ensuite, à travers notre analyse de la situation, nous soulignerons les difficultés actuelles à surmonter, afin de pérenniser et valoriser les compétences pluridisciplinaires en matière de prise en charge des jeunes sourds (I).

Associé à l'arrivée de la nouvelle directrice, depuis un an, un projet d'établissement est en cours d'élaboration avec l'objectif de représenter une demande de réajustement face à la baisse des effectifs de l'Institut. Après l'échec d'une première tentative, il y a six ans, il est important de présenter comment s'est organisée la réflexion autour de ce nouveau projet.

Ce document devra prendre en compte les évolutions structurelles et conjoncturelles pour tracer de nouvelles orientations tant au niveau des pratiques professionnelles que de l'organisation de l'action qui déterminera l'image de l'établissement (II).

## **I- La présentation et analyse du contexte institutionnel**

L'histoire séculaire de l'I.R.P.A. autant que le nombre de jeunes aujourd'hui accueillis et pris en charge<sup>29</sup> donnent un aperçu de la complexité à pouvoir saisir son fonctionnement ; un fonctionnement dépendant de la cohabitation pluridisciplinaire de divers professionnels à cause de la prise en charge globale que l'on doit apporter à tout enfant.

A travers nos entretiens, nous montrerons comment est ressentie cette complexité par les professionnels.

---

<sup>28</sup> Cf. Annexe 3, p. 84.

<sup>29</sup> 270 jeunes.



## A- Descriptif de l'établissement

Loin de pouvoir être exhaustive, cette présentation de l'I.R.P.A. permet en partant du savoir-faire accumulé de montrer quels sont les types de prises en charge dans le cadre de l'intégration et le suivi par les équipes.

### 1- Un savoir-faire dès le S.A.F.E.P.<sup>30</sup>

Pourquoi avoir adopté cette voie de l'intégration scolaire, comme moyen de prise en charge privilégiée ? D'abord l'histoire de l'école qu'a été l'Institut, a facilité la mise en place de cette pratique de l'intégration. A tel point, que ses innovations ont servi de base à l'élaboration de textes concernant l'intégration comme celui des classes d'intégration scolaire (C.L.I.S.).

Ensuite, le recul était suffisant pour savoir que l'intégration contribuait à l'évolution de la personnalité du jeune handicapé. En effet, à travers la découverte de ses limites mais aussi de ses richesses, elle renforce le sentiment de son identité et la prise de conscience que c'est en lui-même que le jeune sourd trouvera les moyens de son insertion. On peut dire qu'elle favorise la maturation.

Enfin, cela veut dire reconnaître la différence des sourds et tout mettre en œuvre pour leur donner les mêmes choix, les mêmes possibilités que les enfants non déficients auditifs. De cette volonté, découle un préalable : l'éducation précoce pour permettre, grâce au S.A.F.E.P., une intégration dès la maternelle après leurs trois ans.

L'équipe pluridisciplinaire du S.A.F.E.P., à cause de l'évolution personnelle de chaque enfant et de la prise en compte du milieu familial, devra aménager les conditions dans lesquelles le bébé pourra prendre son autonomie dans l'expression de ses émotions, de ses désirs et de ses intentions. Ceci, dans le but de reconstituer le système langagier en stimulant très tôt la vision, le toucher, l'odorat et le goût à travers l'utilisation de la méthode verbo-tonale. Les interventions du service peuvent être dispensées selon le moment individuellement, en petit groupe, dans les locaux de l'I.R.P.A. ou à domicile. Ces séances de stimulation s'insèrent dans un ensemble plus vaste de dépistage au

niveau départemental et d'accompagnement parental autant psychologique qu'informatif.

En général, il faut lors des rencontres avec les familles, aider sans cesse les parents à faire le deuil de « l'enfant parfait », à se recentrer autour des possibilités effectives du jeune et non pas par rapport à leurs désirs parfois utopiques. Il s'agit de contribuer à les réinvestir dans leur rôle, permettre des échanges dans un lieu convivial parents-parents ou parents-équipe spécialisée, clarifier les buts.

Dans ce cadre, la collaboration entre professionnels fonctionne bien. Peut-être, parce qu'elle repose principalement sur deux personnes : l'orthophoniste et la psychomotricienne. Le travail en binôme est désormais une habitude, mais il n'a pas conduit à l'élaboration d'un projet individuel formalisé. Il a plutôt favorisé des échanges informels sur les enfants pris en charge.

## 2- Le S.S.E.F.I.S.<sup>31</sup>

Pour les enfants en âge de suivre l'enseignement de maternelle (au-delà de 3 ans), la prise en charge par le S.S.E.F.I.S se fait dans le cadre d'une intégration complète. Cette période est irremplaçable du point de vue de la qualité de la voix, de son éducatibilité. Mais il faut savoir que plus l'enfant est jeune plus l'action se fait par l'intermédiaire de parents informés et guidés par les responsables du S.S.E.F.I.S.

Elle permet une éducation auditive précoce, un apport de la lecture labiale, un apprentissage de la parole et surtout la compréhension et la structuration de la pensée qui sous-tend tout échange de la communication.

Un autre cas de figure d'intervention de ce service : au niveau du primaire et du lycée, c'est le cas des intégrations individuelles, directes ou consécutives à une période de préparation spécialisée dans une classe ordinaire. Ce type de prise en charge est envisageable : soit, parce que la situation de l'enfant ne nécessite pas l'intervention permanente de personnels spécialisés, soit, parce que la nature et la fréquence

---

<sup>30</sup> Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce; Cf. Annexe 4, p. 86.

<sup>31</sup> Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire; Cf. Annexe 5, p. 87.

souhaitable de cette intervention la rendent possible, même dans un établissement ne disposant pas en permanence de moyens spécialisés.<sup>32</sup>

L'équipe est composée d'orthophonistes, de psychomotriciennes, d'éducateurs et d'assistantes de l'Institut d'une part et d'enseignants collaborant par convention d'autre part. Ils préparent l'enfant à une bonne expression orale, mettent à sa disposition les moyens techniques pour pallier le déficit auditif mais il faut aussi qu'elles aident le jeune à comprendre et à savoir-faire comprendre.

Cependant, dans un premier temps, le projet intégratif<sup>33</sup> met la priorité sur le développement de la compréhension, l'élaboration de la pensée, le respect de la dimension relationnelle pour aider l'enfant à s'approprier le langage dans une dynamique personnelle pour une communication véritable. L'éducation de l'enfant sourd ne peut échapper aux principes éducatifs généraux : éducation du corps, utilisation du vécu et du concret avant d'accéder à une pensée abstraite.

La prise en compte des particularités de chaque cas individuel nécessite une grande compétence, des moyens matériels adaptés et suffisants au regard du handicap, et, une équipe pluridisciplinaire dont l'action doit rester cohérente et complémentaire à celle de la famille. Enfin, l'individualisation des projets demande une grande souplesse.

Cependant, dans ces cas de prise en charge « légère », le pédagogique prend souvent, sous la pression des familles, le pas sur la rééducation qui semble être reléguée au rôle d'appoint malgré sa nécessité pour assimiler la dimension pédagogique.

### 3- Des prises en charges diversifiées

En dehors de ces prises en charge individuelles, à l'école primaire et au collège, les autres sont modulables comme suit:

- Il peut s'agir de l'intégration collective d'enfants sourds en petit nombre dans un établissement scolaire ordinaire où ils bénéficient des moyens susceptibles d'assurer de façon permanente le soutien médical, para-médical, social et éducatif nécessaire.

---

<sup>32</sup> On peut même imaginer en fonction du degré de surdité (unilatérale, par exemple), un suivi plus léger assuré par le centre d'audio phonologie de l'Institut (agrément de centre de santé) avec un paiement à l'acte.

Des regroupements pédagogiques et thérapeutiques peuvent être opérés pour des périodes d'observation et de préparation. Mais, ils le sont, toujours en vue d'une participation progressive, partielle ou totale, aux activités pédagogiques collectives décloisonnées (comme les disciplines d'éveil, le sport) ou pas, et également, aux activités scolaires normales des classes de l'établissement qui sont autant de possibilités d'intégration partielle individuelle dans une matière fondamentale. Celles-ci servent de passerelle pour une intégration complète à venir pour laquelle un travail assidu nécessaire sur la réceptivité est ainsi facilité.

Dans ces « classes charnières », l'enfant est inscrit à l'I.R.P.A. mais scolarisé à l'extérieur. L'instituteur est nommé à l'Institut (poste à sujétion spéciale), mais enseigne dans une structure scolaire ordinaire proche géographiquement de l'I.R.P.A.. L'établissement doit régler des frais d'hébergement, de cantine et signe une convention avec l'école accueillante et la collectivité territoriale concernée.

- Il peut s'agir d'une intégration partielle, individuelle ou par petits groupes, organisé dans le cadre, par exemple, d'un projet éducatif d'un établissement ou service dont relève l'enfant.

Cette intégration peut être permanente ou limitée dans le temps et n'intervenir que pour une partie seulement des activités de l'école. Pour la C.L.I.S. l'enfant reste dans son environnement, il va dans la classe de la commune d'accueil et le maître est titulaire de sa classe. L'orthophoniste est sur place et travaille en binôme avec lui, même si des retours à l'Institut sont nécessaires pour d'autres rééducations ou des examens particuliers.

Enfin, un projet de création d'une unité sur un modèle inspiré de l'unité pédagogique d'intégration (U.P.I.) pour permettre d'avoir une suite logique aux C.L.I.S. type 2. Elle adopterait des principes similaires dans son mode de fonctionnement que cette dernière (participation même partielle aux activités des classes ordinaires du collège, intégration la plus large possible à la vie de la communauté scolaire sur la base d'un projet collectif pour le groupe et individualisé pour l'élève).

---

<sup>33</sup>Cf. Annexe 6, p. 89.

A cette fin, les réunions concernant l'enfant devraient permettre, grâce à la participation de tous les professionnels, d'appréhender la personnalité de l'enfant dans toute sa richesse pour une approche multidimensionnelle évitant des déviations réduisant la vision de l'enfant comme un élève ou comme un aphasique.

C'est là, que la gestion du respect de chaque identité professionnelle dans une action qui doit rester cohérente, prend tout son sens pour un Directeur. Il doit s'assurer que la prise en charge globale permette toutefois à l'enfant de repérer chaque professionnel dans le travail collectif et que la cohésion de logiques professionnelles parfois contradictoires existe. Nos entretiens nous permettent de voir, aujourd'hui, en pratique, comment s'organise le travail autour de l'enfant.

## **B- L'analyse de la situation actuelle**

Dans le cadre de l'intégration scolaire, nos entretiens nous ont amené à privilégier deux points particuliers : la difficulté de concilier scolarité et rééducation et la nécessité de communication. Deux axes qui reflètent le vécu des professionnels.

### **1- La méthodologie**

L'observation du dispositif de l'intégration scolaire pose la question de la coordination des différents acteurs qu'elle mobilise et la qualité de la prestation fournie. Cependant, pour appréhender toutes les variables de ce dispositif, faire un état des lieux général était un préalable inévitable pour notre compréhension de celui-ci.

Nous avons dans un premier temps, effectué une quinzaine d'entretiens exploratoires avec : la directrice, le cadre socio-éducatif responsable du S.S.E.F.I.S., la responsable des orthophonistes et des psychomotriciennes, cinq orthophonistes, l'inspecteur d'académie de l'Education Nationale qui a en charge l'I.R.P.A. et d'autres établissements du secteur spécialisé.

Ces premiers entretiens et la visite des lieux d'intégration des enfants et adolescents déficients auditifs, nous ont permis de comprendre les rouages du processus

d'intégration scolaire tant au niveau administratif et technique que dans l'organisation matérielle.

Après avoir analysé ces premières données générales, nous avons voulu approfondir nos connaissances dans le fonctionnement du dispositif au quotidien entre la direction, les professionnels et les familles. Au départ, le manque de communication paraissait être à l'origine d'une prise en charge qui rendait les emplois du temps des enfants marathoniens. Mais, dans un second temps, des entretiens semi-directifs ont apporté un éclairage particulier sur les relations entre l'équipe pluridisciplinaire autour d'un enfant précis, de sa famille d'une part et l'I.R.P.A. d'autre part.

En fait, il s'est avéré que ce manque de communication était une conséquence manifeste, et non une cause, de la perte de cohésion de la prise en charge en autant d'interventions satellites autour de l'enfant que le permettait l'organisation scolaire hebdomadaire. Situation, qui au fil des ans se serait aggravée. Elle demande, aujourd'hui, une remise à plat de ce genre de difficultés d'articulation des fonctionnements respectifs.

Ainsi, le projet nous est-il apparu comme but pour justifier une remobilisation des équipes autour de l'enfant. Il est apparu aussi, comme moyen d'une collaboration constructive pour insuffler plus d'échanges inter-catégoriels sans qu'on reste dans des luttes d'influence tentant de phagocyter les interventions des autres, sans qu'on dose l'intervention de chacun conduisant à une pléthore de projets pour l'enfant. Dans cette situation là, la tentation est, en tout cas, grande de considérer comme primordial ce qu'on désire.

## 2- Concilier scolarité et rééducation

En pratique, concilier la scolarité et la rééducation signifie concilier le fonctionnement d'un établissement médico-social ouvert 210 jours par an<sup>34</sup> avec celui d'une institution scolaire se calquant sur 36 semaines par an et 27 heures hebdomadaires réparties différemment en fonction des secteurs géographiques d'implantation.

---

<sup>34</sup> Circulaire du 24 décembre 1974 relative au calcul du prix de journée pour 1975 dans les établissements et services concourant à la protection de l'enfance et dans les établissements et services pour inadaptés et handicapés.

Aujourd'hui, la rééducation s'organise autour des contraintes pédagogiques imposées par l'intégration scolaire. Mais l'exercice se complexifie quand les rééducations ne peuvent avoir lieu dans les locaux scolaires, le mercredi et le samedi quand les enfants sont libérés. Cette situation oblige l'I.R.P.A. à « rapatrier » les jeunes ces jours-là, ou à l'occasion de « trous » dans leurs emplois du temps quotidien et hebdomadaire. On aboutit, alors, à une prise en charge qui s'échafaude sans réelle organisation de la mobilité de l'enfant en fonction de son rythme, sans réelle cohérence dans la fréquence de l'alternance entre professionnels.

Comme l'exige le processus d'intégration scolaire, l'I.R.P.A. signe des conventions avec des services hospitaliers et des spécialistes proches du domicile des enfants. Cette latitude permet d'éviter à l'enfant une coupure totale avec son orthophoniste habituel, par exemple, s'il exerce en libéral.

Par ailleurs, des conventions sont, bien sûr, signées avec les établissements scolaires partenaires et les collectivités territoriales auxquelles ils sont liés. Cependant, si certains établissements scolaires collaborent, d'autres continuent à opposer des refus aux demandes émanant des parents ou de l'établissement spécialisé.

Par rapport au respect du contenu des projets d'école, les actions d'intégration n'y figurent pas, même si, dans le quotidien des décroisements se font. Ces collaborations peuvent être régulières ou occasionnelles et ne concernent, de toute façon, qu'un nombre restreint d'enfants. Elles ne constituent ni un échange sur les pratiques, ni sur l'organisation d'un fonctionnement de classe commune.

On aurait pu penser que le plan d'action de l'Education Nationale en faveur de l'intégration scolaire du 3 février 1999 sur l'initiative de Ségolène Royal, ministre déléguée chargée de l'enseignement scolaire, sensibilise plus les professionnels à la nécessité de revoir les mesures figurant au projet d'école.

L'intégration scolaire reste un processus fragile toujours susceptible d'être remis en cause. Le fait qu'il soit soumis à la bonne volonté des directeurs d'établissements scolaires ou des enseignants, peut entraîner des ruptures de scolarité pour des jeunes déjà intégrés à la suite, par exemple, d'une récupération de locaux. De ce fait, les

passages maternelle-primaire, primaire-collège, collège-lycée sont des moments de fragilisation accrue qui rendent toujours possible l'orientation vers un milieu spécialisé vécu comme plus sécurisant ou comme lieu de relégation pour d'autres parents. De plus, les locaux peuvent être repris à tout moment : par exemple, par un maire souhaitant faire construire une cantine à la place des locaux prêtés à cause d'une hausse des effectifs de l'école.

En ce qui concerne les parents, la charge de travail hebdomadaire est parfois mal vécue car elle entraîne une coupure de l'enfant avec sa famille et son environnement tout en altérant à plus ou moins long terme sa faculté d'insertion sociale dans ce cadre. Réalité d'autant plus dure, pour les parents dont les enfants sont internes du fait de l'éloignement géographique de leur domicile par rapport aux possibilités de lieux d'intégration du jeune.

Certains, en arrivent même, à tenter une intégration sauvage même si la plupart du temps cela signifiera, a posteriori, un retour à l'I.R.P.A. avec la gestion de difficultés supplémentaires pour l'enfant qui aura accumulé retards et lacunes. D'autres, enfin, évitent les rééducations hors temps scolaire pour laisser leur enfant de pouvoir suivre le même rythme de loisir que leurs camarades.

Tous ces jours d'absence ont une répercussion sur le budget de l'établissement qui intègre 80 % de ses effectifs. Cela se conçoit, dans la mesure où le personnel est présent et que les navettes de transport sont organisées dans tout le département, voire au-delà.

Dans le souci d'éviter que les enfants ne soient ni les otages de la disponibilité des locaux, ni du bon vouloir des professionnels, ni celui de décisions unilatérales prises par les familles, une clarification des fonctions de chacun est nécessaire. Là, surgit toute la difficulté de mobiliser tous les professionnels autour du défi de l'intégration et de responsabiliser les familles tout au long de l'année.

### 3- Communiquer entre professionnels et avec les familles

Les informations sont véhiculées par les réunions. En premier lieu, la réunion de direction hebdomadaire qui comprend : la directrice, le chef de bureau, les deux cadres



socio-éducatifs, les deux psychologues, la responsable des orthophonistes et des psychosomaticiennes, les deux directeurs pédagogiques et le pédiatre de l'établissement. En fonction de l'ordre du jour, d'autres intervenants peuvent être conviés à se joindre à l'équipe de direction : le personnel médical, le proviseur du lycée professionnel voisin où l'I.R.P.A. intègre certains jeunes, toute personne directement concernée...Elle sert, en rapport avec la prise en charge, de lieu de synthèse des différentes réunions de service (S.AF.E.P., S.S.E.F.I.S., internat) et de secteurs (éducatif, médical, rééducatif, administratif, pédagogique).

Les synthèses appelées synthèses d'admission concernent, en fait, le bilan du diagnostic fait par l'équipe pluridisciplinaire, sur l'enfant. Sans procédure précise, elles tentent de déterminer, au moins, la fréquence de la prise en charge orthophonique, la nécessité ou pas de psychomotricité et l'orientation dans telle ou telle classe.

Les diagnostics dynamiques s'organisent entre une à deux fois par an en fonction de la prise en charge par la C.D.E.S.. Ils se limitent à des échanges d'informations et n'aboutissent pas à des décisions précises.

Les synthèses exceptionnelles sont organisées lorsqu'un enfant pose problème dans un domaine de prise en charge, généralement en terme de comportement. Le risque est « d'oublier » ceux qui ne poseraient jamais problème.

Actuellement, aucun support n'assure la diffusion écrite de leur respectif compte-rendu, quand il en existe un. Par conséquent, les professionnels excentrés géographiquement par rapport à l'I.R.P.A. ressentent un certain isolement et un manque de retour d'informations surtout s'ils n'ont pu être avertis suffisamment tôt pour se libérer lors d'une réunion (rééducation prévue ou charge de classe à assumer). Cet état de fait favoriserait la circulation de rumeurs et d'informations pas toujours fiables.

Ensuite, il existe des divergences importantes dans les conceptions et les pratiques professionnelles des différentes personnes concernées. Le cloisonnement de ces catégories aux spécialités différentes, rend difficile les clarifications et les ajustements.

Par exemple, le corps enseignant a pour mission première le développement des capacités d'apprentissage et l'enseignement des connaissances. Les établissements médico-sociaux demandent surtout à l'école d'assumer la socialisation, au sens de l'épanouissement de la personnalité.

Pourtant, l'intégration ne peut être envisagée et évaluée, seulement, sous l'angle de la scolarisation (au regard des résultats scolaires) ou sous celui de la socialisation (en terme d'adaptation sociale). Cette divergence des objectifs rend difficile le dialogue et l'évaluation. L'ignorance de ce qui se passe en dehors d'eux-mêmes amène certains spécialistes, à n'en voir que les effets perturbateurs.

Les essais d'échange peuvent aller de l'association des orthophonistes aux conseils de classe trimestriels à de simples échanges rapides "entre deux portes". Selon les professionnels, quand ils existent, ils ne sont pas suffisants et parfois sources d'équivoque et de mauvaises interprétations.

Dans ces conditions, il est difficile à chaque partenaire de comprendre la démarche et les appréciations de l'autre, concernant un enfant, en l'absence de projet individuel commun concerté et d'objectifs clairement définis.

Vis-à-vis des familles, les échanges se matérialisent à travers un cahier de liaison et au cas par cas de visu. Mais, elles ont le sentiment de subir l'institution : ou elles fuient, ou elles se déchargent face à une information parcellaire distillée au fil des événements. Sachant que très peu de professionnels gèrent, le problème de communication s'aggrave pour les parents eux-mêmes malentendants et n'oralisant pas et/ou qui ont un faible potentiel à comprendre les difficultés de leur enfant.

Bien que les relations avec la direction, les professionnels et les familles ne puissent pas toujours correspondre aux souhaits de chacun, aucun ne remet en cause le principe même de la collaboration qui est souhaitée plus suivie et régulière.

En conclusion, la direction doit faire face à la gestion de nombreuses problématiques corporatistes, en fonction du vécu de chacun. Le manque de cohésion d'équipe et de communication donne le sentiment d'un puzzle sans lisibilité ni cohérence globale permettant de valoriser les savoir-faire nombreux, des professionnels.

## **II- La rénovation en cours : le projet d'établissement**

Actuellement, l'avancement des groupes de travail est suspendu, en partie, en attendant un positionnement consensuel sur le choix des méthodes de communication utilisées. Dans l'optique de redonner un sens aux missions de l'établissement lisibles par tous, la réflexion relative à l'élaboration du contenu du projet d'établissement ne pourra faire l'économie d'intégrer les évolutions conjoncturelles et structurelles relevant du domaine de la surdité ou du secteur médico-social.

### **A- La prise en compte des évolutions structurelles et conjoncturelles**

Nous retiendrons trois évolutions futures qui marqueront le paysage institutionnel de l'I.R.P.A. : l'évolution technologique en ce qu'elle influence déjà l'arrivée de cohortes d'enfants implantés, la progression et la pérennisation de la culture de l'évaluation et la mise en place du schéma régional actuellement en cours d'élaboration.

#### **1- L'évolution technologique**

Aujourd'hui, un virage s'annonce dans la prise en charge des sourds : l'implant cochléaire. Il est un concept d'apprentissage auditif qui fait appel aux avancées technologiques médicales les plus récentes. Il remplace l'organe de l'audition mais en créant une sensation auditive artificielle différente de celle produite habituellement, par celui-ci. Un à deux ans est nécessaire pour constater les effets bénéfiques sur l'expression orale, les capacités auditives. A ce jour, il est clair que ses effets sont favorisés si le milieu familial opte pour une démarche oraliste.

Mais la dimension de la technologie concerne aussi les nouvelles prothèses de dernière génération à hautes fréquences. Ce qui le stigmatise, c'est son interférence avec la dimension psychologique de l'individu implanté. De nouveau, l'écart entre le rêve et la réalité se réduit. Mythes et fantasmes positifs et négatifs se déploient autour de cet apport. Ils sont ceux que les médias nous indiquent : avant l'implant rien, après l'implant l'enfant est « réparé ». Cela renvoie à la nécessité d'informer le plus clairement et le plus tôt possible.

Toutefois, on ignore encore beaucoup de choses au sujet de l'implant : comment peut-il être vécu par la famille? Est-il considéré comme une prothèse classique ou sa position interne induit-elle une surévaluation des résultats espérés? Comment est-il vécu par l'enfant ? Quels aspects des repères identitaires met-il en jeu ? L'implant supprime-t-il la surdité et le besoin de connaître d'autres semblables? Sous la pression des familles ou des chirurgiens en quête de perfectionnement, ne doit-on pas craindre des indications abusives ?...

Dans cette course en avant, il nous semble essentiel de trouver les moyens de préserver l'enfant sourd tout en lui donnant ce qu'il y a de mieux : une compétence et des moments non sous-tendus sans cesse par l'éducatif et la recherche de performance dans la communication. C'est aussi important que de leur apprendre à parler. Et si, la problématique évolue dans la prise en charge des jeunes déficients auditifs, il nous semble que le défi est le même: il faut nourrir l'intelligence au moment où il faut, ni trop tôt, ni trop tard.

Dans cette optique, la mise en place d'une réflexion sur des outils comme le projet individuel devient incontournable pour éviter tout « bricolage » dans le travail en réseau organisé autour du consensus familial. Pour aller jusqu'au bout, une évaluation minutieuse est complémentaire pour mettre en place au moment opportun, des mesures qu'elles soient, dans ce cas, d'accompagnement pré et post-opératoires ou plus généralement liées à l'intégration scolaire.

## 2- La culture de l'évaluation

A la suite des premières démarches dans les années quatre-vingt pour moderniser les services publics, le secteur hospitalier affirmera, à son tour, la promotion de la place de l'utilisateur. Autrement dit, la satisfaction de ce dernier passe par un souci d'amélioration permanente de la qualité des soins dispensés. Par la suite, les efforts toucheront l'ensemble de la prise en charge du patient de son arrivée jusqu'à son départ. La volonté politique, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, a accéléré sa mise en œuvre.

Cette logique ne peut être viable qu'associée à celle de l'évaluation. C'est ce qu'ont confirmé la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Actuellement, la procédure d'accréditation qui s'applique à ce secteur, pour renforcer l'assurance de la qualité des activités et des services, est aussi un thème porteur dans le secteur sanitaire et social. De même, ce plaidoyer a laissé son empreinte dans l'actualisation de la loi du 30 juin 1975 dans ses articles 262-4 à 262-7.

Une démarche d'évaluation des activités des établissements et services du secteur social et médico-social doit être mise en place « afin de garantir une amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des prestations qu'ils délivrent au regard de leur coût... ». Il est clair que l'on ne peut contourner cette évolution, qui induira un droit de regard supplémentaire des tutelles en matière d'autorisation sur la base d'un rapport exhaustif sur les démarches entreprises en ce sens.

L'aspect positif de l'évaluation, dans ce cadre, sera de pouvoir mieux faire face aux coûts et aux inconvénients de la non-qualité. La dérive tentatrice serait d'enfermer la prestation médico-sociale dans la seule dimension de sa rentabilité économique, même si elle ne peut être ignorée.

En clarifiant son éthique et l'image qu'il veut donner, ses missions et la responsabilité des professionnels impliqués, l'établissement médico-social se donne toutes les chances de répondre à l'objectif de qualité, par une meilleure adéquation de ses interventions avec les besoins des jeunes déficients auditifs accueillis. Cet objectif, nous semble pouvoir être défini, comme étant la juxtaposition entre les prestations attendues par l'utilisateur, celles affichées par l'institution et celles effectivement rendues à ce dernier.

Ainsi, tout engagement dans une réflexion en vue d'un projet institutionnel, ne peut-il faire l'économie d'assimiler dans sa philosophie, le respect du droit des familles et la notion de l'utilisateur citoyen. Il devrait avoir aussi l'avantage, d'alimenter la réflexion du directeur, de l'équipe pluridisciplinaire et plus généralement des partenaires extérieurs et de créer une émulation quant à la valeur ajoutée retirée par les usagers lors de leur passage à l'Institut.

Le schéma, en tant qu'outil de planification régionale, s'articule autour d'un objectif de satisfaction optimale des besoins de la population. Il suscite un bilan tant quantitatif que qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante. Il s'imbrique, lui aussi, dans la culture actuelle de l'évaluation : il doit préciser les critères d'évaluation de sa mise en œuvre et de sa réalisation.

### 3- Le schéma régional pour déficients auditifs du Nord-Pas-de-Calais

Ce schéma régional est en cours d'élaboration. Cependant, il nous a semblé opportun de l'introduire car il influence aussi l'élaboration actuelle du projet d'établissement. La future opposabilité dont l'idée imprègne le récent rapport Terrasse est la deuxième raison de son importance. Enfin, au niveau national, le nécessaire recentrage des besoins connus, la volonté de limiter les disparités constatées, la coordination des actions et leur évaluation à cet échelon, légitime la création d'un conseil national de l'action et l'évaluation sociale. Cette situation donne désormais une autre ampleur à la planification.

Le schéma régional concerne les enfants de 0 à 20 ans présentant une atteinte de l'audition avec ou sans handicap associé, présentant des troubles de la communication et du langage liés à l'atteinte auditive et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Dans les premiers comptes-rendus des travaux de groupe, certains thèmes principaux se dégagent. Le premier point est le déficit au niveau de l'offre de dépistage. L'I.R.P.A., grâce aussi à une structure comme le centre d'audiophonologie, fait un travail considérable en ce domaine ; mais, il est évident que son action doit trouver écho dans les autres établissements de la région. Les bénéficiaires d'une réelle couverture géographique est de favoriser la prise en charge très précoce souhaitée par les familles.

Deux autres points constituent des lacunes dans la prise en charge actuelle, l'offre de services au niveau régional. Ils interviennent, aussi, directement dans le cadre de l'intégration scolaire. Il s'agit de l'inexistence de réelles propositions de bilinguisme telles que prévues par la loi, d'une part ; d'un manque d'information et de formation sur la surdité du corps enseignant.

La première lacune, si elle devait être comblée, ne pourrait l'être immédiatement. La proposition d'un projet bilingue demande du temps pour les professionnels qui n'ont, à ce jour, pas le savoir-faire. De plus, elle aura un coût de formation certain. Il y a, tout de même, un consensus pour qu'une possibilité, au moins, existe au niveau régional pour les familles qui choisiraient cette option, en attendant des extensions futures de ce type de prise en charge.

La formation et l'information des enseignants qui participent au processus d'intégration scolaire, posent un réel problème d'organisation. Dans les deux cas, se posent la question de la légitimité de la source de formation et d'information hors du circuit de l'Education Nationale, mais aussi la difficulté de gérer les absences en termes d'organisation matérielle (aucune plage horaire prévue à cette fin, garde des enfants...)

La complémentarité des services rendus au niveau régional dans le cadre du schéma conduit naturellement à instaurer une lisibilité institutionnelle quant aux missions. Elle obligera à se positionner et à éviter toute évanescence de résultats à cause de sa dimension comparative. Pour l'instant, la réflexion autour de cet objectif de plus grande complémentarité, s'est surtout mobilisée autour de la pertinence des zones de rayonnement des S.S.E.F.I.S..

Enfin, d'une façon plus générale d'autres futurs axes politiques s'annoncent. Parmi eux, l'optimisation de la prise en charge par rapport aux souhaits des familles, aussi bien sourdes qu'entendantes et les formes de réponses institutionnelles à la préparation à l'insertion socioprofessionnelle.

Dans ce cadre, on ne peut que conclure à la nécessité du projet institutionnel. Il permettra de se positionner en terme de choix de mode de communication, d'organisation de la concertation pluridisciplinaire, de planification du travail de proximité, de collaboration avec les familles et les jeunes pour adapter les projets individuels. Il est ainsi intéressant de voir comment l'I.R.P.A. va s'intégrer dans ces orientations régionales.

## **B- La réflexion sur la mise en oeuvre du projet institutionnel**

Selon la directrice, l'intégration est bénéfique pour l'I.R.P.A. toujours en risque de maternage, de surprotection vis-à-vis des enfants encadrés tout au long de l'année par ses professionnels. Elle fait progresser l'interrogation critique des savoirs, la spécialisation entraînant en permanence la remise en cause des choix effectués. Cette prise directe avec les difficultés de la vie quotidienne lui permet de se démarquer du sentiment de toute puissance qui anime trop souvent l'institution spécialisée.

Tout ceci est différent que de se tracer une couronne de certitudes ancrées dans un fonctionnement chronique. Dans ce cadre et celui de l'obligation légale d'avoir un projet d'établissement, la nouvelle direction a impulsé une réflexion intersectorielle autour de sa mise en place.

### **1- Les circonstances du premier projet**

Lors de l'adhésion de l'Institut à l'E.P.D.S.A.E., la direction était encore celle issue du corps enseignant. A cette époque, la tentative de projet d'établissement s'est organisée sur le mode d'une réflexion autour d'un projet d'école. Quelles ont été les conséquences?

D'abord, dans ce qui commençait à ressembler de plus en plus un établissement médico-social, les professionnels n'appartenant pas à l'Education Nationale ne se sont pas sentis pleinement concernés par cette ébauche de projet pédagogique.

Ensuite, malgré l'instauration d'une démarche participative, la prise en compte de l'enfant se faisait sous l'angle de la vision de l'enseignant devant son élève. L'enfant n'était pas un enfant déficient auditif que l'on scolarisait, mais un élève avec une déficience auditive.

De plus, certains professionnels commençaient à remettre en cause l'application, pour tous de façon automatique, d'une même méthode : la méthode verbo-tonale (quand bien même efficace, par ailleurs, pour certains enfants). Face à ce qui devenait un conflit



latent sur l'évolution ou le statu quo en matière de choix de communication, la direction de l'époque a abandonné la démarche.

En effet, il n'était désormais plus possible d'établir de nouvelles procédures sans considérer le souhait de certaines familles et/ou les difficultés de certains jeunes à accéder à l'oral. Cependant, les personnes favorables à l'introduction de la Langue des Signes Française et celles pro-oralistes n'ont pas eu le temps de pouvoir réfléchir plus longuement à la question. L'abandon du projet a conduit à la reproduction à l'identique du fonctionnement antérieur sans le remettre en cause et à éviter la prise en compte de certains désirs des familles.

Pourtant, ce projet était aussi nécessaire pour repenser l'organisation des locaux de cette bâtisse datant du début du siècle avec encore des allures de collégiale. Par la suite, la restructuration des locaux s'est, donc, faite sans concertation du personnel. Pire, sans réelle adéquation entre activité et local attribué.

A titre d'exemple, cette incohérence a aussi conduit à prévoir les locaux d'un service comme le S.A.F.E.P. à l'intérieur même de la grande structure architecturale qu'est l'Institut. Or, le S.A.F.E.P. est souvent le lieu de la première prise en charge pour ces très jeunes enfants. Etre confronté à des enfants plus âgés en difficulté, n'est pas forcément adéquat pour tous.

Surtout, il est souvent le lieu de l'expression de la souffrance des parents, de la difficulté d'acceptation du handicap et celui de la libération d'un non-dit sur les espoirs légitimes de voir leur enfant épanoui. Ainsi, un local plus intimiste et convivial aurait été plus adéquat.

Enfin, c'est dans ces péripéties passées que s'inscrit la démarche d'un nouveau projet pour l'I.R.P.A.. Elle s'est basée sur une large communication auprès du personnel et sur son association. La stratégie de la direction est de faire en sorte qu'elle puisse trouver une légitimité pour certains et prouver son expression démocratique pour d'autres.

## 2- La méthodologie du présent projet

Dans un premier temps, l'équipe de direction pluridisciplinaire s'est réunie. Le personnel avait été, au préalable, informé de la procédure envisagée avec des réponses au fondement de celle-ci sur le choix de la participation de tous les personnels et à la définition du calendrier et de la méthodologie.

Cette réunion de direction avait pour objectif d'organiser une réflexion sur la mise en place d'un projet d'établissement qui réponde le plus précisément possible aux besoins des jeunes accueillis. Elle était, selon les souhaits de la directrice, dirigée par un organisme extérieur : le Conseil en Pratique et Analyse Sociales (COPAS).

A la base de cette réflexion une grille d'analyse et de réflexion a été élaborée :

- 1) De qui dépendons-nous ? Quelles sont nos contraintes et nos marges de manœuvre (rôle des parents, de la C.D.E.S, de l'établissement gestionnaire, de l'Education Nationale, des médecins, de la tutelle) et quels sont les textes, les règlements qui définissent l'établissement ?
- 2) Quelles sont les grandes tendances (à 5 ans) en matière d'attentes des usagers (familles/jeunes), de financement, de réponses techniques, d'organisation de l'offre, de clientèle (milieu social, origine géographique, problématiques associées), de textes législatifs ?
- 3) Quels sont les points forts et les points faibles de l'I.R.P.A. pour aborder ces évolutions (au niveau de savoir-faire techniques, d'organisation, d'analyse de la demande)?
- 4) Les scénarii : Dans 5 ans, quelle sera la configuration de l'établissement si l'on considère : le type de clientèle et de prise en charge, les modes d'organisation, de relations avec les familles, de financement ?

A l'issue de cette réunion et sous réserve des suggestions et remarques du personnel, six sujets d'étude ont été dégagés, centrés sur le projet individualisé de l'enfant et du jeune adulte. Il s'agit de : l'évolution de l'établissement à travers son histoire, la politique d'admission, l'élaboration du projet individualisé, la place de la famille, l'association du jeune au projet d'établissement.

La collaboration du personnel a été sollicitée à travers la constitution de six groupes de travail appelés ateliers. Chacun d'eux devait comporter 12 à 15 personnes et chaque service y était proportionnellement représenté. La participation s'est concrétisée par la désignation de représentants au sein de chaque atelier.

Cette organisation de la participation a été volontairement choisie par la directrice pour dynamiser une communication intercatégorielle. L'avantage d'une telle démarche a été de permettre une participation croisée, au sein des ateliers dépassant les regroupements entre professionnels d'un même corps. Mais aussi elle a facilité la connaissance d'autres personnes travaillant au sein de l'I.R.P.A., appartenant à des services éloignés par leurs situations géographiques, par leurs spécificités de leurs compétences ou par leurs valeurs respectives.

Enfin, un groupe de travail a dû être spécialement constitué pour traiter de façon approfondie une interrogation récurrente : la définition du contenu du projet linguistique. Dessiner les contours du projet linguistique et penser les outils pratiques de communication qui serviront sa réalisation sont essentiels pour l'I.R.P.A. sur deux points : au niveau de l'historique et de sa mission.

### **3- Les enjeux du projet linguistique**

Le Congrès de Milan a sonné le glas des gestes, comme choix de communication dans l'éducation des sourds. Pire, dès ce moment ils sont considérés comme entravant l'apprentissage de la parole. Cette situation a favorisé des prises de positions très marquées voire extrémistes.

L'I.R.P.A. était une école spécialisée ayant une fonction de scolarisation assumée grâce au savoir-faire des enseignants verbo-tonalistes autonomes et à l'appui médical. Dans les tourbillons idéologiques qui ont secoué la communauté sourde, la méthode verbo-tonale a été préférée au geste pour favoriser l'intégration scolaire et plus tard sociale. C'est cet héritage qu'il faut gérer à présent.

Du travail des 6 groupes de réflexion, la question du choix de communication a émergé. En effet, aujourd'hui, les frontières entre oralisme et gestuelle ne sont plus aussi

tranchées et les prises de position des familles et des professionnels sont plus nuancées. De plus, force est de constater, comme le souligne le Rapport Gillot « qu'aucune solution éducative ne prévaut, ni pour des raisons théoriques, ni par des réussites notoires. »

Alors, il est normal de s'interroger : en matière de politique d'admission, est-il légitime de définir un profil par rapport à ce critère ? Ensuite, sur quelles priorités doit-on baser le projet individuel ? Quelles sont les limites en terme d'introduction de nouvelles techniques d'apprentissage ? Lesquelles seraient les plus adéquates avec les possibilités de l'Institut ? Comment répondre aux attentes de plus en plus diversifiées des familles ? Quelle voie privilégier dans le cadre du futur schéma régional ?...

Plus largement, la dimension choisie pour le projet linguistique interroge la mission de l'I.R.P.A. : faciliter la communication des enfants et adolescents déficients auditifs. En effet, la non-utilisation de la langue des signes peut conduire à des paradoxes destructeurs. Par exemple, un enfant avec un quotient intellectuel élevé, peut ne pas être « nourri » intellectuellement, s'il n'accède pas à l'oralisme.

Dans ce cas, l'instauration d'un projet individuel paraît incontournable et plus que jamais pertinente. En effet, on aboutit à des constats de l'échec tardivement. Pourquoi ? Personne n'est garant, ni responsable identifié individuellement. Personne ne se sent autorisé à poser rapidement un pronostic. Alors, l'espoir subsiste aussi pour la famille d'entendre un jour un son sortir.

D'une part, dans le cadre d'une prépondérance de l'oral et d'une lacune en matière de formation des professionnels en Langue des Signes Française (LSF), ces cas d'échec font réfléchir aux pratiques de ces derniers, à leurs évaluations et plus généralement à celles des limites dans la prise de l'enfant concerné. D'autre part, l'article 3 de la loi du 18 janvier 1991 (dite loi Fabius), énonce qu'il doit être proposé aux jeunes sourds et à leurs parents, le libre choix entre une communication bilingue associant la LSF et le français, et une communication orale.

Alors, à l'heure actuelle, les propositions du groupe de travail supplémentaire composé de volontaires, pour étudier ce thème de façon transversale, sont les suivantes : étudier

les effets sur le développement de l'enfant, d'un apprentissage de la langue des signes associée à l'oralisme à travers les expériences d'autres instituts; prévenir le risque d'échec de l'oralisme par un apprentissage de la langue des signes conçu comme une formation à une deuxième langue; assurer une formation, au moins basique, des professionnels à la LSF; informer largement les familles qui souhaitent l'oralisme de la dimension préventive de cette décision.

Reste, enfin, le cas des enfants à handicaps multiples, pour lesquels la question de l'apprentissage ne se résume pas à changer de « langage » pour communiquer. Ici, les solutions toutes faites n'existent pas : il s'agirait d'inventer des formules alternatives à la scolarisation sans pour autant basculer dans l'éducation qui relèverait d'un IMPro.

« Diriger un établissement, c'est élaborer -avec d'autres- des projets, fixer des objectifs, se doter des moyens de les atteindre. (...) L'achèvement d'un projet requiert, de la part du dirigeant, la capacité de l'harmoniser avec la conjoncture et les potentiels disponibles, de construire une argumentation crédible, à partir d'une analyse fiable. »<sup>35</sup>

A la lumière de tous ces enjeux, on voit combien il a été primordial que la direction choisisse de comprendre les évolutions conjoncturelles, structurelles et historiques pour se préparer à gérer leurs conséquences, pour préciser ses propres missions et ne pas subir son futur.

Après avoir présenté le cadre expérimental de l'I.R.P.A. de Ronchin, il nous est possible d'exposer les plans d'actions qui se dessinent et la stratégie de conceptualisation et de mise en oeuvre de ses nouvelles orientations pour améliorer la prise en charge en général.

La restructuration, au travers du projet institutionnel, ne peut se concevoir que dans la prise en compte des défis à venir. L'I.R.P.A. amorce désormais un autre virage de son histoire : après cette phase de diagnostic, il se fixera une ligne d'horizon qui l'amènera, en tant qu'établissement médico-social à intégrer une démarche d'évaluation pour viser la qualité.

### TROISIEME PARTIE

#### **LA STRATEGIE ET LES ENJEUX DE LA DEMARCHE DE PROJET PLURIDISCIPLINAIRE.**

« *On ne subit pas le futur, on le fait.* »

BERNANOS

La notion de stratégie fait référence à l'art de diriger un ensemble de dispositions pour atteindre un but, l'art de coordonner l'action. Si nous l'envisageons sous l'angle de la théorie des jeux, elle est un « ensemble de décisions prises en fonction d'hypothèses de comportements des personnes intéressées dans une conjoncture déterminée »<sup>36</sup>. Nous pouvons transposer ces définitions de la stratégie à celle de la démarche de projet.

Cette dernière représente pour le directeur une volonté de prendre en compte les comportements des acteurs de l'action, les mutations environnementales pour réaliser une meilleure prise en charge des enfants déficients auditifs en intégration scolaire grâce à l'instauration d'une dynamique de projet. Cela passe, en amont, par l'initiation d'un mouvement d'anticipation et d'adaptation de l'action pour orienter sciemment le futur de l'organisation visée ; en aval, il s'agit de coordonner l'action ainsi définie pour atteindre son but.

Ainsi, le projet exerce-t-il une possibilité de créer une transition choisie et non pas subie entre le passé, le présent et le futur. Il oblige l'institution à regarder devant elle<sup>37</sup>. Cette transition est une schématisation d'objectifs et de plans d'actions correspondants à leur mise en oeuvre.

Le projet évite de s'enliser dans un déterminisme nuisible à une prise en charge adaptée. Les professionnels impliqués dans cette démarche acceptent de se placer dans une position de réflexion tridimensionnelle prenant en compte l'histoire institutionnelle, les

---

<sup>35</sup> Miraman J.M., Couet D., Paturet J.B., *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, ENSP, 1992, p.117.

<sup>36</sup> Définition de l'Encyclopédie Larousse; p.1338.

<sup>37</sup> Le concept de projet vient du latin *prospicere* : regarder devant soi.

évolutions en cours et les changements prévisibles. Il ne faut pas craindre d'affronter l'incertitude de la prospective pour tracer des perspectives.

Ce premier état des lieux<sup>38</sup> du cadre de la prise en charge des enfants en intégration scolaire a conduit à une présentation et à une analyse de l'héritage du passé et de l'existant. A présent, la démarche de projet engagée par la direction doit assurer la transition entre le présent et le futur tant dans sa dimension inter qu'intra-institutionnelle. Dans ce cadre, le caractère de service public de l'action sociale et médico-sociale doit être intégrée, comme le souligne le projet de réforme de la loi de 1975 qui la place sous l'égide de l'intérêt général<sup>39</sup>.

Nous verrons, d'abord, que l'engagement dans cette nouvelle démarche ouvre la voie à une clarification des missions de cet établissement public et par là-même à une plus grande lisibilité dans l'action pluridisciplinaire. Comme nous l'avons envisagé<sup>40</sup>, le processus dans lequel s'est engagé l'établissement a modifié les relations entre les personnes concernées par l'enfant autour d'un même but : le projet collectif et individuel. Ces changements fédérateurs, que la direction accompagnera, vont justifier la mise en place de nouveaux outils et instances (I).

Ensuite, dans une perspective de maintien de la cohésion entre les spécialistes de l'I.R.P.A. et de la cohérence de la prise en charge, la communication externe et interne prendra une nouvelle place dans la stratégie de direction. Pourtant, l'amélioration continue de la prise en charge des jeunes en intégration scolaire ne saurait être pérennisée sans une confrontation des méthodes, des pratiques et des résultats à des exigences de qualité (II).

## **I- Une évolution favorisant la lisibilité de l'action pluridisciplinaire :**

Grâce à la mise au point évoquée précédemment, de nouveaux repères vont servir de jalons à la conceptualisation de la prise en charge des enfants déficients auditifs accueillis à l'I.R.P.A. dans le futur. Grâce à un repositionnement des professionnels, la direction devra s'atteler à alimenter la mobilisation de tous.

---

<sup>38</sup> Cf. Partie II.

<sup>39</sup> Cf. Article 260-1 du Projet de réforme de la loi de 1975, document DAS du 4 août 1999.

Dans un second temps, la modification des pratiques par une action médico-sociale centrée sur l'utilisateur et orientée vers la prise en compte de l'avis des familles demandera l'utilisation de nouveaux outils. La direction, enfin, sera le vecteur d'un changement consensuel voulu et non pas subi.

## **A- De nouveaux repères institutionnels et organisationnels**

Les préalables à tout changement dans une organisation, sont la phase de diagnostic déjà évoquée et celle, qui nous intéresse à présent, de construction de plans d'actions autour d'une approche sur le fond et sur la forme. A ce niveau d'avancement du projet, l'implication et la motivation du personnel par la direction sont les atouts de leur mise en œuvre effective.

### **1- Fédérer autour d'une idéologie commune**

Le projet d'établissement institué officiellement dans le secteur médical en 1991<sup>41</sup> insistait surtout sur la compatibilité du projet avec son environnement interne (plans de formation, gestion...) et externe (schéma d'organisation sanitaire...). Depuis quelques années il a pris une place croissante dans l'orientation et la définition des établissements sociaux et médico-sociaux. Cependant, aujourd'hui il s'est enrichi de nouveaux objectifs.

Dans le cadre du projet d'Actualisation de la loi de 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales un des enjeux de la mission de service public est de mettre l'utilisateur au cœur du dispositif. Si l'institution médico-sociale est plurielle, les différentes catégories professionnelles trouvent là, une raison d'unité dans l'élaboration anticipée de l'action à travers le projet institutionnel.

Sur le fond, cette orientation partagée vers l'enfant suppose aussi qu'elle existe pour sa famille. Pourtant, des divergences quant à sa mise en œuvre existent. La pierre d'achoppement est la diversité dans le choix des modes de communication que tentent d'instaurer les familles. Il est crucial pour une institution prenant en charge des enfants

---

<sup>40</sup> Cf. Partie I.

<sup>41</sup> Article L.714-11 du CSP de la loi du 31 juillet 1991.



sourds de dépasser ces polémiques pour s'avancer objectivement vers un consensus pluridisciplinaire sur l'option de telle ou telle combinaison possible. C'est une des conditions qui déterminera la réussite de la mobilisation de tous les professionnels, par la direction. En effet, tout changement dans une des différentes strates identitaires de l'Institut, ici la sphère idéologique, met en péril l'homéostasie générale.<sup>42</sup>

Rappelons que la mission principale de l'I.R.P.A. est de faciliter la meilleure communication possible de l'enfant. En interne, c'est à partir de celle-ci que se déclineront tous les objectifs annexes et que s'articulera la prise en charge. A l'extérieur de l'institution, l'idéologie s'apparente à un fil rouge qui dessine les contours de l'action et qui traduit ses objectifs pour les partenaires. La cohésion de tous les acteurs est essentielle dans la volonté d'une stratégie lisible, fiable et garante de la prise en compte de l'influence de l'environnement.

Sur la forme, l'organisation participative dans la démarche de projet élève le débat. Sa réussite est fondée sur un engagement tacite de renoncement à des intérêts particuliers catégoriels qui passeront au second plan. Elle s'oriente vers un dépassement des cloisonnements idéologiques et professionnels qui ont prévalu jusqu'à présent, pour mutualiser avec efficacité les différents points de vue.

A l'I.R.P.A., elle a permis de privilégier une lecture transversale de l'institution qui n'est plus égocentrée, parcellaire mais globale dans l'intérêt de l'enfant. La meilleure illustration en est le travail, organisé par l'intervenant extérieur, avec les 6 groupes de réflexion intégrant des spécialistes différents sur la requête de la direction. Tout le processus suit cette logique : de la stratégie imaginée à l'étude de sa faisabilité en passant par le choix des outils méthodologiques nécessaires à sa mise en œuvre.

Le fait de réfléchir autour d'un projet commun a révélé une collaboration inter et intra-institutionnelle. Cette dernière s'est érigée en pratique fédératrice d'enrichissement mutuel, de remise en cause de l'organisation actuelle au profit de l'enfant. Au fil des mois, un nouvel équilibre a marqué les relations entre professionnels, la famille et les jeunes.

---

<sup>42</sup> Cf. Schéma, partie I, p.19.

## 2- Créer une dynamique d'offre de service

Replacer l'enfant au coeur de la mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire pour conceptualiser le projet, a initié un nouvel élan vers les jeunes et leurs familles dans la considération de « l'exercice effectif de la citoyenneté »<sup>43</sup>, de l'écoute et surtout de l'association à la vie de l'établissement. Nous verrons que les professionnels mettent sur pied des outils méthodologiques et préparent la création de nouvelles instances

Ainsi ce ne devrait plus être l'enfant qui s'adapte au fonctionnement de l'établissement et la famille qui accepte une prise en charge « clé en main », mais bien l'I.R.P.A qui revisite son organisation pour la rendre adaptable aux besoins de l'enfant et de l'accompagnement familial.

Actuellement, deux pistes principales sont envisagées. Elles pourraient, toutefois coexister. Il s'agirait d'organiser un modèle « centre ressource » et un modèle déconcentré. Dans l'optique de ces nouvelles prestations de service, les scénarii budgétaires (location de locaux, transports, gestion du parc automobile...) et de management du personnel à détacher sont à élaborer par la direction.

Dans le premier cas, l'Institut se positionne comme un centre ressource vis-à-vis de ses partenaires extérieurs. Par exemple, les orthophonistes formées à la surdité pourraient aider leurs collègues localement sur les lieux d'intégration, fournir de l'appareillage et/ou des méthodes de travail. De même, les éducateurs pourraient venir en appui des travailleurs sociaux locaux et des familles, si nécessaire. L'Institut serait lieu de rencontre, de coordination des pôles déconcentrés. Ainsi on valoriserait un rôle de formation, d'expertise, d'aide à la construction de projets individualisés...

Dans le second cas, on considère que la déconcentration actuelle sous forme d'antennes n'est pas achevée: elles regroupent 3 ou 4 personnes maximum, ce qui induit un sentiment d'isolement important. Elles ne favorisent pas, pour l'instant, le développement d'un travail en équipe suffisamment diversifié, ou au moins qui faciliterait le sentiment d'appartenance à l'I.R.P.A..

---

<sup>43</sup> Cf. Article 261-1, document DAS, op..cit.

Le groupe de travail a proposé une déconcentration plus complète, où la plupart des moyens seraient localisés dans des bassins d'intégration dans lesquels l'I.R.P.A. serait ce centre ressource à disposition des pôles locaux et des partenaires extérieurs. Dans ces pôles locaux, des instituteurs de l'Institut viendraient en appui de C.L.I.S. ou de classes charnières. Certains de ses éducateurs se chargeraient de travailler avec les familles d'une même zone et aideraient à la coordination du dépistage dans les écoles et les centres de protection maternelle et infantile...

L'échéance du plan d'action qui va être mis en place est de 6 mois pour être formalisé de façon offensive en concordance avec le calendrier du schéma régional. Ce plan d'action comprend le repérage de l'origine géographique des enfants, l'analyse de la prospective de population, la définition de l'implantation territoriale adéquate, la définition et la configuration des pôles et du centre ressource.

Cette autre façon de travailler, d'être ensemble fait émerger un bouleversement des schémas inter et intra-institutionnels jusque-là établis. La direction reste maître du choix du ciment qu'elle emploie pour rendre le tout performant.

### 3- Gérer cette philosophie de l'action

La nouvelle philosophie de l'action de l'I.R.P.A. suppose que le projet d'établissement soit « une démarche globale visant à mobiliser ses ressources dans un sens partagé et connu de tous, et adapté aux caractéristiques de son environnement ». A cette fin, « il s'appuie sur des choix d'objectifs, de moyens, et d'actions, visant à orienter de manière déterminante et pour le moyen terme, les activités et le fonctionnement de l'établissement. Il débouche sur la mise en oeuvre cohérente et programmée d'actions articulées entre elles, dans le cadre des orientations définies pour la performance de l'établissement, au regard de son environnement spécifique et de l'ensemble du tissu sanitaire ».<sup>44</sup>

Il ne suffit pas que la direction veuille une amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire pour que ces idées inscrites dans un projet institutionnel donnent du sens à la vie de l'établissement. Pour que la vie au quotidien et les prestations soient de

qualité, l'ensemble du personnel doit être partie prenante de l'individualisation de la prise en charge et de la qualité de celle-ci. Mais ni l'individualisation de la prise en charge, ni la dimension collective du projet d'établissement ne sont spontanées. Il y a nécessité de procédures. L'organisation et la méthodologie de la démarche de projets interpellent plusieurs facettes de la fonction de directeur du décideur au manager.

Le choix d'un management participatif et la possibilité d'adaptation jamais figée du projet a désamorcé des conflits latents par un nouveau dialogue et instauré une reconnaissance de la diversité des compétences nécessaire aux jeunes. Chacun met celles-ci au service de l'enfant sans autre priorité que celle des besoins de ce dernier, identifiés collectivement.

En référence au schéma de Pémartin<sup>45</sup>, nous soulignons, ici, l'avantage d'initier un management participatif pour faire apparaître la nécessité du changement (le pourquoi) et de préférer une réflexion collective à sa mise oeuvre (le comment) à une orientation de la politique de l'établissement plus directive dans sa conceptualisation et dans son opérationnalisation.

Par exemple, en pratique, l'acceptation d'impulser un développement du travail de proximité, déjà mis en oeuvre dans le cadre du S.S.E.F.I.S. et du S.A.F.E.P., répond à une demande des familles et à un plus grand respect des rythmes de l'enfant. Cependant, la direction doit traiter le délicat problème de restructuration des équipes.

En effet, cette modification de l'organisation ne peut se faire en laissant la maison mère en l'état. Ce qui induit de gérer une mobilité future du personnel. La résistance perceptible face à une évolution incompatible avec certains intérêts personnels, devra se confronter au fait qu'il faut prendre conscience de la baisse constante des effectifs et de la suppression programmée de moyens. L'ignorance d'opportunité de redéploiements des moyens serait, alors, suicidaire, surtout avec un schéma régional en cours d'écriture.

La définition d'un projet pour l'I.R.P.A., est bien sûr placée sous l'autorité de la directrice mais doit devenir un projet global et partagé qui recherche la participation et

---

<sup>44</sup> In Informations hospitalières n°38, 1992.

<sup>45</sup> Cf. Partie I, p.27.

l'adhésion de tous. Le projet a une réelle portée managériale mais n'a d'existence que si les équipes pluridisciplinaires se l'approprient pour le faire vivre. Pour le moment, les groupes de travail ont déjà envisagé l'instauration de nouvelles instances et proposé de nouveaux outils méthodologiques.

## **B- D'autres pratiques facilitant l'amorce du changement**

A cause d'une nouvelle vision de la famille moins utilitariste, d'une position du jeune moins infantilisante, l'Institut s'engage dans la voie de la citoyenneté où personne n'est déchargé de ses responsabilités. Des instances nouvelles et des outils méthodologiques, jusqu'ici sous-exploités, individualisant la prise en charge, vont être mis en place. Le renforcement du pouvoir de l'usager citoyen et de sa famille sont de réels leviers pour sortir des anciennes logiques de fonctionnement pluridisciplinaire, pour accompagner le changement. De plus, ils rendent l'action plus lisible pour tous.

### **1- Une association à l'individualisation de la prise en charge**

Associer la famille permet une sollicitation de l'équipe sur l'enfant dans sa globalité et évite la transmission unilatérale d'informations parcellaires. Les familles se sentent moins seules. Un livret d'accueil et une nouvelle plaquette de l'I.R.P.A. devraient voir le jour pour rendre l'établissement plus proche. L'Institut bénéficierait, ainsi, d'une image plus crédible et réaliste. Il pourra remplir ses missions de façon plus pertinente et efficace par plus de cohérence dans les pratiques professionnelles autour de l'enfant.

Toutefois, la motivation et l'implication des familles ne peuvent pas être des pré-requis pour décider de les associer puisque leur absence d'investissement est le symptôme à faire disparaître. C'est au contraire la nécessité de les associer qui doit conduire à mettre en place des stratégies d'action dans ce sens. Les professionnels doivent sans cesse solliciter la famille et montrer les limites de la prise en charge par eux-mêmes pour que les parents s'impliquent dans le développement de compétences transversales. Dans la mesure du possible, le même élan doit exister vers le jeune pour lutter contre la passivité, l'assistanat et favoriser l'autonomie, la citoyenneté.

Le projet individualisé est un moyen dans cette recherche de leur collaboration, un outil de définition d'une série d'interventions de prise en charge connue et validée par les personnes concernées. Il est essentiel d'arriver à un écrit validé par tous les professionnels, la famille et/ou le jeune. Un document qui débouchera sur une stratégie d'actions à mettre en place, en tenant compte des besoins de l'enfant à un moment précis.

Selon, les comptes-rendus validés par les groupes de travail au projet d'établissement l'individualisation de la prise en charge débiterait par un bilan restitué aux parents comme synthèse technique avec proposition de prise en charge par rapport aux modalités d'intégration scolaire et de rééducation. Cette restitution par la direction et au moins un membre qui prendra en charge l'enfant, devra permettre un échange et l'élaboration d'un pré-projet dans lequel apparaîtront les possibilités de l'équipe technique et celles de la famille. Ensuite, une période d'observation d'une durée au plus égale à un mois permettra d'affiner la proposition de prise en charge pluridisciplinaire.

Seuls les éducateurs rattachés à l'internat, avaient un modèle de projet individuel. Leurs compétences devraient être mis à profit pour une adaptation et une utilisation institutionnelle de cet outil. S'engager, à ce moment-là, dans une démarche évaluative des actions, de leurs mises en œuvre et de leurs résultats est incontournable. Pourtant, cette question n'a pu être formalisée par écrit à travers des grilles prévues à cet effet, par exemple. D'autre part, la question d'un garant pour le projet de chaque enfant n'a pas été tranchée.

Ainsi, cette situation laisse-t-elle en suspens, pour l'instant, deux questions. D'abord, celle de l'évaluation qui sous-tend celle de l'adoption d'un formalisme commun compréhensible par tous, ainsi que la famille. Ensuite, celle de la responsabilisation par la désignation d'un garant. Elle est considérée comme étant à double tranchant. En effet, la désignation d'un garant conduira, pour certains, à dévier vers l'évaluation de la personne. Pour d'autres, dire que l'équipe est responsable, présente le risque de rester au stade des bonnes intentions. Quand tout le monde est responsable, personne ne l'est vraiment.

Enfin, même si tout n'est pas encore formalisé dans un cadre précis de documents écrits ou de procédures formelles, des avancées vers une contractualisation des rapports sont à saluer. La plus importante est que désormais, la place des parents n'est plus considérée comme concurrente mais comme complémentaire dans la prise en charge individualisée des enfants. Qu'en est-il au niveau du fonctionnement de l'Institut ?

### 3- Une implication dans le fonctionnement de l'Institut

La position de l'établissement est exagérée par rapport à ses prérogatives et aux effets réels de son intervention sur l'enfant. La place du jeune et de sa famille pose la question du rôle de l'institution dans la vie de l'enfant. L'idée est de réajuster le champ de compétence de chacun, de permettre à l'Institut de sortir de sa position de toute puissance. Jusqu'à présent, les jugements sur les familles étaient plus négatifs que positifs : cela n'incitait pas à les impliquer, à les responsabiliser, à les considérer comme des interlocuteurs à part entière.

Les instances actuelles connaissent des dysfonctionnements. L'association de parents paraît fonctionner au ralenti. Ses missions et son intérêt ne sont perçus clairement ni par les professionnels, ni par les familles. Le conseil d'école compte plus de professionnels que de parents, qui du fait du fort taux d'enfants intégrés n'ont plus le même positionnement vis-à-vis de l'institution. Les délégués de classe font défaut.

D'abord, il est envisagé de créer des lieux de parole pour les familles et la dynamique de ces groupes pourrait être prise en charge par l'association de parents. Dans cette optique, il est jugé nécessaire de mettre en place des supports écrits et des interprètes pour finaliser une action cadrée dans l'intérêt de l'enfant. Ensuite, l'expérience de l'organisation de portes ouvertes en collaboration avec les jeunes et leurs familles sera reconduite à échéance fixe.

Dans une association plus formelle et pour répondre à l'obligation légale, un conseil d'établissement sera créé à la prochaine rentrée scolaire. L'article 8 bis de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales précise

l'association obligatoire des usagers, des familles et du personnel au fonctionnement de l'Institut par la création, notamment, d'un conseil d'établissement.

Désormais, le décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales mentionnés à l'article 3 de la loi précédente prévoit les dispositions applicables à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux et réaffirme l'obligation d'instituer ce conseil.

La direction, dans ce lieu où il est admis que les représentants des usagers et leurs familles soient majoritaires, peut pérenniser une dynamique participative au sein des établissements. Avec cette forme d'association à la vie de l'I.R.P.A, toutes les personnes concernées deviennent actrices de la prise en charge institutionnelle et les droits des usagers s'en trouvent renforcé.

En complémentarité, va être créé un conseil des jeunes qui élira ses représentants au conseil d'établissement. Ses finalités sont de leur donner la parole, de les responsabiliser dans leurs demandes et leurs actions, de susciter le dialogue avec les professionnels et de les associer au projet d'établissement.

Cette idée n'est pas sans poser plusieurs interrogations quant à sa mise en oeuvre, au danger d'une non représentativité de tous les jeunes, et à la subjectivité des adultes impliqués dans le fonctionnement de cette instance.

Parce que la gestion par projet a pour objet le changement lui-même, c'est une démarche d'accompagnement des évolutions à venir qu'il faut engager. Mais, même dans le cas d'une évolution qui lui vient de l'extérieur, l'organisation reste maître de son avenir à condition de définir les modalités d'adaptation, d'appropriation et d'intériorisation.

#### **4- Un accompagnement du changement**

Malgré l'élargissement de l'équipe des professionnels à d'autres spécialistes, le pédagogique a longtemps prévalu, dans la mesure où les autres disciplines le servaient. Elles n'étaient pas considérées comme étant sur le même pied d'égalité. Aujourd'hui,



l'I.R.P.A. est un établissement médico-social avec un « pool » d'enseignants mis à disposition. Ce qui a eu pour effet de déplacer le centre de gravité.

Même si le dispositif de l'intégration scolaire en milieu ordinaire des enfants sourds accueillis n'a jamais été remis en cause, il est envisagé, désormais, comme étant le lieu de rencontre d'influences externe et interne. Il met en exergue un processus constant d'adaptation de la vie de l'institution qui veut s'améliorer.

Dans le cadre de la réflexion du projet d'établissement et du diagnostic de la prise en charge des enfants, les professionnels ont pris conscience de l'enjeu de leur rôle respectif au sein de l'équipe. Chacun est un maillon de ce dispositif et la responsabilité de tous est en jeu dans une mission qui n'est jamais figée, qui s'adapte à l'enfant.

« Nul n'est hostile au changement pour peu qu'il y trouve un intérêt !... »<sup>46</sup>. Cette occasion de travail en groupe de progrès a été perçue comme un moyen de faire entendre la voix de chaque spécialité professionnelle. La refuser signifie perdre la chance d'exposer son point de vue, de faire des suggestions mais aussi de ne pas pouvoir exprimer ses craintes et s'enfermer dans des non-dits nuisibles à la construction d'un avenir commun.

De même, au niveau institutionnel, il y a une obligation à raisonner en termes de systèmes. L'intervention d'un établissement est toujours traitée comme une partie seulement du quotidien de l'enfant, surtout dans le cadre de l'intégration scolaire. Donc, la légitimité de l'institution n'est jamais acquise définitivement. Par conséquent, la vigilance par rapport à son environnement est une composante majeure de la fonction de directeur. Il y a une notion de mission de service public liée à une commande sociale où le directeur est identifié comme le garant de l'exercice de cette mission.

La direction, dans l'accompagnement du changement, a misé sur une procédure participative pour que l'implication du personnel se concrétise par une concertation

---

<sup>46</sup> M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

véritable. En reprenant l'idée de la maxime de Bernanos<sup>47</sup>, l'objectif est bien de réaliser un « changement agi »<sup>48</sup> et non pas subi.

A ce niveau du processus, le phénomène que Kurt Lewin a appelé la décristallisation et qui consiste à abaisser le seuil de résistance, est terminé. La situation de l'Institut a évolué, la direction doit à présent renforcer le nouvel équilibre associé à la cristallisation.

Dans cette optique, vouloir mettre l'utilisateur au centre pour améliorer la prise en charge et rendre plus lisible l'action des professionnels peut être un vœu pieux si la stratégie de projet ne s'appuie pas sur deux éléments : la circulation de l'information et l'évaluation.

## **II- Une efficacité demandant l'évaluation d'une action comprise et connue :**

Pour rendre l'action plus lisible il est nécessaire de fédérer autour d'une idéologie commune et de clarifier les missions orientées autour de l'enfant. Agir n'est pertinent que si l'on accepte le regard d'autrui sur son fonctionnement. L'enjeu est de faire connaître et comprendre son positionnement institutionnel en définissant une communication inter et intra-institutionnelle.

Alors, mettre en oeuvre une dynamique de projet au service d'une amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant déficient auditif, rompre les habitudes pour affronter les incertitudes et les résistances demandent une maîtrise du processus. En d'autres termes, cela exige de s'engager sur un résultat et son évaluation.

### **A- Favoriser la communication externe et interne**

Nous avons souligné l'incontournable prise en charge globale de l'enfant car sa dissociation d'avec l'environnement comme son découpage parcellaire sont impossibles. Tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'Institut, la direction doit prendre en compte les enjeux de la connaissance, de la compréhension des missions et du

---

<sup>47</sup> Cf. p.52.

<sup>48</sup> Daniel Pémartin, *Réussir le changement, Mutations des entreprises et problèmes humains*, Editions E.S.F., 1987.

fonctionnement de ce que certains appellent « la nébuleuse ». Le lancement d'actions en communion répond à cette nécessité dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge.

### 1- Le positionnement d'image

Jusqu'à présent, l'I.R.P.A. pouvait apparaître tout-puissant pour les familles et les jeunes, puisque l'admission ne se faisait pas si l'offre des professionnels ne correspondait pas à la demande des parents: à moins que ces derniers finissent par s'en accommoder. Désormais, la mise en œuvre du droit des usagers nécessaire à l'amélioration du dispositif d'intégration scolaire des jeunes de l'I.R.P.A. place l'établissement dans la position inconfortable de la perception constante de ses limites, condition indispensable à un travail authentique. Elle l'oblige à préciser ses buts, à se donner des moyens et à avoir un message tangible aux yeux de ses partenaires.

Une autre étape dans l'élaboration du projet institutionnel est de le faire vivre, aussi, par sa diffusion et sa déclinaison cohérente en termes de projets individuels. Ainsi, le directeur ne peut-il et ne doit-il pas se cantonner à réaliser la seule présence d'un enfant dans un groupe sans qu'il y ait insertion réelle. L'intégration est nécessairement conçue comme un processus réciproque d'acceptation. Agir en ces termes, signifie que chaque projet s'inscrit dans sa propre histoire mais également dans une perspective dynamique d'échange avec l'environnement dans lequel il s'exprime.

Cette ouverture sur l'extérieur impose une communication de ses intentions à certains partenaires comme la C.D.E.S. qui a un rôle pivot vis-à-vis de la transmission des projets d'établissement aux familles. Elle oblige à une attention particulière pour que la diffusion de l'image institutionnelle valorise non seulement l'établissement, lui-même, mais aussi les prestations servies par ce dernier.

Pour que le processus de mise en oeuvre d'une action lisible soit complet, il est essentiel que le positionnement d'image voulu par l'établissement et correspondant au projet institutionnel, soit traduit fidèlement sur le terrain par les équipes afin que sa perception par l'environnement ne soit pas biaisée. La communication axée sur la prestation aura pour finalité de favoriser l'adhésion à cette offre. Elle s'adresse à une population

précise, « cible » potentielle de cette prestation. Elle est sensée projeter une image de marque, spécifique à l'établissement, associée à un savoir-faire justement valorisé.

La communication axée vers tout le personnel de l'institution doit susciter l'adhésion. Elle le peut, en les considérant comme des interlocuteurs partenaires qui, par leur comportement et le message qu'ils diffusent à leur tour à leurs collaborateurs extérieurs, déprécient ou valorisent les actions et l'image de l'établissement.

Son fondement s'appuie sur une écoute institutionnelle ( par la récolte des articles de presse, des projets d'école, par l'organisation de tables rondes...), sur le message divulgué (par la presse interne comme le journal de l'établissement ou à travers le contenu des conventions avec les partenaires extérieurs et celui des futurs livrets d'accueil pour le personnel, les stagiaires, les familles et les enfants...) et enfin, sur des actions d'ouverture (les journées portes ouvertes, la mise en place d'un groupe de communication interne...)

En parallèle, une bonne diffusion des informations entre professionnels est aidante pour renforcer le sentiment d'appartenance à l'I.R.P.A., surtout pour le personnel délocalisé géographiquement et corollairement diminuer l'impression d'isolement.

La direction peut ainsi, faire disparaître également certains préjugés<sup>49</sup> favorisant la catégorisation sociale. Par exemple, l'idée selon laquelle plus on travaille dans un périmètre de rayonnement géographique proche de l'I.R.P.A. plus la reconnaissance professionnelle par les supérieurs, est importante.

Enfin, la logique des réunions doit être revue afin que les informations récoltées à l'extérieur, sur le terrain, soient exploitées. Même si l'instituteur ou l'orthophoniste d'un lieu d'intégration ne peuvent être présents un retour fidèle doit empêcher une déperdition, une interprétation subjective de l'avis de l'équipe pluridisciplinaire par rapport à tel ou tel enfant, par rapport à un thème précis concernant l'institution.

## 2- La logique des réunions

L'évolution des styles de management vers une forme participative provoque parfois une augmentation injustifiée du temps consacré aux réunions. Certains cherchent à tout résoudre par la réunion. D'autres, au contraire, parlent de « réunionniste » et pensent qu'elles sont des lieux stériles de conversations inutiles, vides de décisions constructives. En réalité, elles sont des lieux de rencontre institutionnels indispensables et de coordination de l'action collective. Elles permettent de prendre du recul par rapport au travail quotidien, d'avoir des échanges d'informations, d'analyser des résultats, de prendre des mesures correctives pour la période à venir.

Si, comme dans toute organisation le fonctionnement de l'Institut est basé sur un certain nombre de réunions, la richesse de cet outil veut qu'il soit utilisé à bon escient pour éviter des ondes parasites dans la circulation de l'information.

Nous nous intéressons à celles qui concernent directement les enfants. Elles sont au nombre de quatre. Nous y intégrons la réunion de direction, même si elle ne concerne qu'occasionnellement les jeunes. Précédemment réservée au directeur et aux seuls directeurs pédagogiques, elle est désormais menée par la directrice et élargie à tous les cadres de l'Institut. Par contre, quelle que soit la réunion, il faut remédier au constat selon lequel, aucun compte-rendu écrit n'est distribué aux différentes équipes sur place ou excentrées.

A travers les réunions s'affichent la cohérence des équipes pluridisciplinaires et au-delà celle de l'institution: dans l'élaboration d'un calendrier distribué, dans l'assiduité et l'implication des participants, dans la préparation et la définition de son contenu, dans l'écriture et la diffusion de son compte-rendu, dans l'application fidèles des décisions prises.

Actuellement, la synthèse d'admission devrait s'apparenter plutôt à une réunion interdisciplinaire permettant réellement l'élaboration d'un pré-projet individuel. Par contre, le temps prévu de synthèse exceptionnelle a l'avantage de permettre, dans le cadre organisationnel, la gestion des situations de crise. Par ailleurs, les diagnostics

---

<sup>49</sup> Cf. Partie I, p.25.

dynamiques ne constituent pas toujours une réunion discussion où tous les avis sont envisagés. Parfois les professionnels ont une solution toute faite qu'ils tentent d'imposer aux autres. Ces réunions doivent déboucher sur une décision claire où tous les acteurs connaissent et ont organisé le déroulement de leur action commune autour de l'enfant.

Il est donc nécessaire que chaque réunion ait un profil type : a-t-elle lieu un jour précis, y a-t-il un horaire défini, quel est l'objectif, quels sont les participants, est-elle un lieu décisionnel ou/et informatif, concerne-t-elle l'étude d'un ou plusieurs problèmes ?...

Alors, pour répondre aux dysfonctionnements actuels et solutionner la question du « qui, quoi, comment, à qui, quand » par des supports et une organisation adéquate, la direction veut lancer un plan annuel de communication et mettre en place un groupe de communication interne.

### 3- Les futures actions en communication

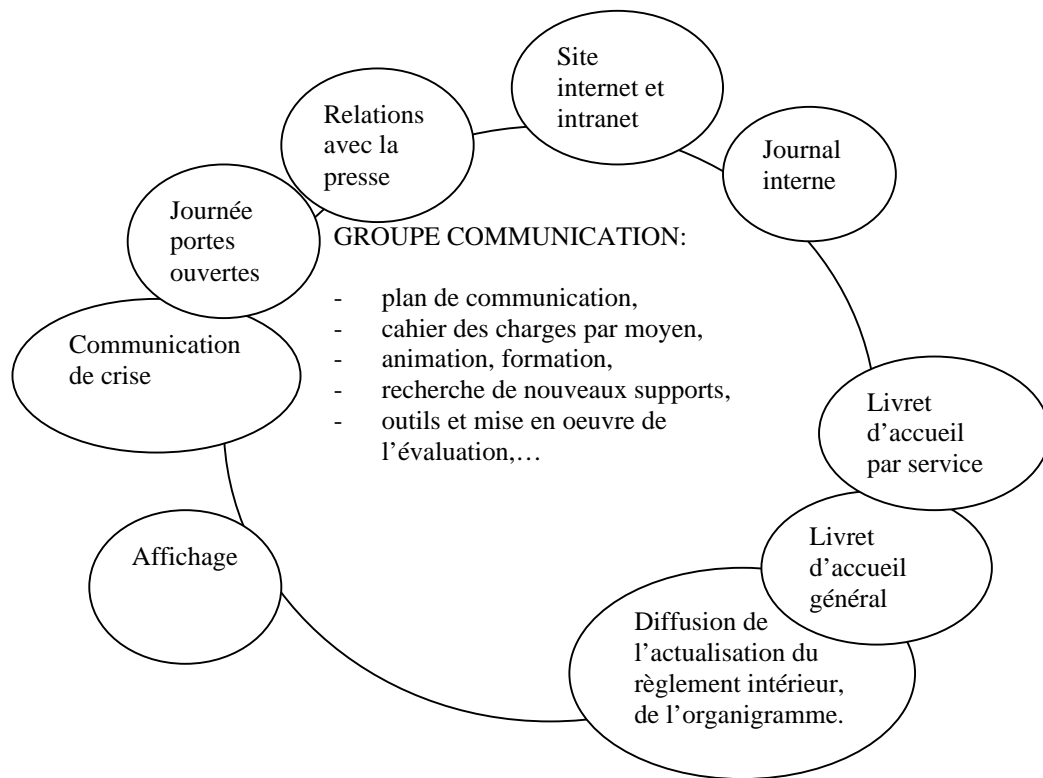
L'intérêt d'avoir un plan de communication est de se protéger des idées élaborées en dernière minute. C'est aussi une preuve de la conduite d'une logique réfléchie, une possibilité d'avoir d'un tableau de bord et un guide travail.

Le plan de communication doit faire état, au cas par cas, des publics visés (descriptif et nombre) comme par exemple concernant le personnel interne, la C.D.E.S., les prescripteurs, les usagers et leurs familles, les responsables institutionnels, les partenaires, les stagiaires, la presse, les fournisseurs...

Les étapes sont au nombre de quatre et concernent :

- la stratégie pour atteindre son objectif. Il peut s'agir de susciter de l'adhésion, de l'estime, du soutien, de la reconnaissance d'efficacité ou d'avoir un relais de confiance, un réseau de reconnaissance de la mission, une bonne diffusion de l'image... ;
- le message, c'est-à-dire qu'il faudra décliner le concept à diffuser jusque dans le cadre des projets d'école, par exemple;
- les plans d'actions qui fondent le positionnement d'image ;

- les évaluations des actions entreprises, notamment par un groupe de communication interne qui s'organisera comme suit :



Ce qui est à retenir de cette future organisation, c'est le passage de relations par référence au corps d'appartenance ou au lieu commun d'intégration des enfants pris en charge, à des relations transversales dans lequel la formation de groupe à participation croisée a une position centrale.

La modification des vecteurs et des supports de la communication externe et interne permet une meilleure compréhension et connaissance de l'établissement, de son fonctionnement en général ainsi qu'une meilleure cohérence dans les échanges formels et informels entre les professionnels concernés par la prise en charge d'un enfant.

Toutefois, si l'Institution veut réussir ce changement au service d'une amélioration des prestations proposées en instituant de nouvelles pratiques professionnelles, de nouveaux outils méthodologiques, chacun doit prendre ses responsabilités. Pour une plus grande clarté, il faut s'engager sur un résultat c'est-à-dire accepter de subir les conséquences

d'un écart par rapport aux objectifs et de pouvoir ajuster l'action par une évaluation à tous les niveaux.

## **B- Asseoir la démarche de projet sur l'évaluation**

Plusieurs grands principes de l'action précisés au travers de la réflexion sur le projet d'établissement, ont déjà été énoncés, comme la dynamique d'offres de services, la volonté de placer l'utilisateur au centre de celle-ci, le travail avec les familles, la nouvelle dimension pluridisciplinaire, l'intérêt de communiquer. Au-delà de ces derniers qui vont façonner l'I.R.P.A., il convient de relever une nouvelle exigence en terme de responsabilité par rapport à l'action qui l'oblige, à tous les envisager dans le cadre d'un processus d'évaluation conformément aux orientations du projet de réforme de la loi de 1975.

### **1- L'évaluation pour la crédibilité de l'action**

Envisager le futur, c'est devoir faire face à la complexité et aux incertitudes. La mise en oeuvre du projet ne peut se concevoir que dans une action par tâtonnements précédée et suivie d'une évaluation.

L'I.R.P.A. doit profiter de la réflexion institutionnelle engagée pour élaborer des outils à avoir à son actif, pour proposer une action crédible, fiable et fidèle aux ambitions du projet d'établissement à ces partenaires, comme aux familles. Dans la démarche de projet, avec une approche collective ou individuelle, l'évaluer se situe en prolongement du prévoir et du faire pour pouvoir réajuster. Mais il faut, en fait, la situer à chaque étape du projet. C'est un questionnement régulier puisqu'il faut confronter les moyens utilisés avec les principes affirmés. Pourtant, la tendance naturelle consiste souvent à n'évaluer que les résultats.

En pratique, en amont il est important de différencier ce qui relève de l'accueil, de l'admission et de l'élaboration d'un avant-projet individuel. Après l'accueil, le mandat donné à l'institution (comme aux professionnels) influencera la réalisation d'une première évaluation par un diagnostic prenant en compte toutes les facettes de l'enfant sur la base d'outils méthodologiques fiables. Désormais, il faudrait que la rencontre de



l'équipe pluridisciplinaire débouche, à la suite de ce diagnostic fait à l'admission, sur une recommandation d'ordre de priorités des interventions. C'est là que la famille et l'enfant pourraient suivre l'élaboration d'un plan d'actions avec un contenu précis qui formaliserait le profit individuel (stratégie de mise en oeuvre avec l'intensité et la durée, partage des responsabilités, conditions matérielles et humaines, procédé d'évaluation par professionnel concerné...)

C'est en aval l'évaluation de la mise en oeuvre d'abord qui permettra de vérifier le degré de conformité de l'intervention pluridisciplinaire avec le plan proposé initialement. Elle oblige à vérifier le dosage des interventions en particulier, et les stratégies de gestion des apprentissages, en général.

Ensuite, l'évaluation des effets de l'intervention elle-même, s'oriente plus spécifiquement sur l'atteinte des objectifs poursuivis par l'action de tous les professionnels. Sous ce dernier angle, l'équipe doit considérer des objectifs spécifiques et pas trop généraux qui facilitent la compréhension de l'évolution de l'enfant dans une situation sans cesse mouvante.

Enfin, mettre la qualité au service du projet pose la question de l'évaluation car l'introduction d'une amélioration à un niveau peut, du fait des interdépendances déjà évoquées, générer des dysfonctionnements en d'autres points de l'organisation. Comme le projet est un système où tous les éléments sont interdépendants, l'appropriation du changement par tous les collaborateurs impose leur association à l'évaluation.

## 2- Le lien avec les hommes

L'intégration scolaire implique que tous les besoins ne puissent être satisfaits dans l'enceinte de l'établissement. Dans une prise en charge des jeunes déficients auditifs, ainsi plus crédible, l'évaluation est une méthodologie dans l'action à faire partager par toute l'équipe pluridisciplinaire. Toutefois, chaque cas est unique, provoquant potentiellement chez les professionnels un foisonnement d'hypothèses de travail.

Le risque de la pluralité des intervenants est, alors, de noyer la responsabilité au détriment de l'acceptation d'un jugement sur le travail de chacun pour participer au

construit du projet individuel. La somme des projets individuels est différente du projet d'établissement mais cependant, s'il n'y a pas de projet d'établissement qui fédère les idées principales et définisse les responsabilités, les projets individuels ne pourront pas vivre car trop liés à la volonté des agents.

Son rôle comme ses limites doivent être expliquées au personnel. Il est de prôner une ouverture au réel, à ce qu'exprime l'utilisateur, à une évolution perpétuelle mais aussi aux interprétations non retenues, qui à un moment donné peuvent s'avérer fécondes. L'évaluation favorise une réflexion plus approfondie sur le type d'action sur le fond et la forme. Mais elle doit avoir pour corollaire une responsabilisation de chacun, qui, autant qu'elle peut contraindre, peut valoriser.

Pourtant, il est important de ne pas oublier que l'évaluation n'est jamais qu'un outil au service de la finalité que les initiateurs voudront bien lui attribuer. Par exemple, chaque type d'évaluation va s'insérer dans sa propre logique, dont la finalité va permettre de déterminer l'objet de l'évaluation (ou ce que l'on apprécie) et le sujet de l'évaluation (ou qui on apprécie).

L'évaluation suppose, pour permettre à l'action d'être crédible, de respecter une certaine rigueur méthodologique. Le risque est, sinon, de voir se créer un écart plus ou moins grand entre ce que l'on cherche à évaluer et ce qu'on évalue en réalité. En d'autres termes, il s'agit d'arriver à dépasser la subjectivité inhérente à cette pratique pour ne pas tomber dans le piège de l'indulgence ou de l'acharnement. Rendre l'organisation apprenante<sup>50</sup>, ne met pas à l'abri des erreurs de perception. La confrontation pour être efficace ne doit pas viser le consensus à tout prix mais un regard porté dans un esprit interdisciplinaire qui peut permettre de circonscrire les possibilités de fausses pistes sans apporter la moindre garantie d'objectivité. Pour nous, le suivi de la situation ne peut que s'enrichir des divergences exposées et s'appauvrir d'un alignement sur une position dominante.

Toutefois, deux enjeux, en balance, nous semblent à considérer en priorité pour la prise en charge des jeunes :

---

<sup>50</sup> ou selon Argyris et Schon, initier un processus d'apprentissage organisationnel ; Cf.p.23.

- Un en terme de poids car par un recueil d'informations elle permet un jugement de valeur en vue d'éclairer de nombreuses décisions;
- Un en terme de pouvoir car une monopolisation de la maîtrise des outils de l'évaluation peut exister.

Ainsi, faut-il retenir que prévoir la mise en place d'un processus d'évaluation est aussi important que la pertinence, la compréhension et la communication de ses outils à tous les professionnels concernés par l'enfant, pour éviter de se perdre dans un langage d'initiés commun à une minorité<sup>51</sup>. La compétence et la volonté d'évaluer ne suffisent pas pour réaliser des évaluations judicieuses. Le dispositif doit être approprié dans ses principes au système de valeurs de l'organisation. Il faut éviter un détournement de la démarche. Un dispositif de mauvaise qualité peut induire une perte totale du sens de l'évaluation.

Le projet d'établissement ainsi conçu et lui-même évalué<sup>52</sup>, pourra représenter pour le personnel et pour les partenaires une référence permettant d'assurer un service de qualité. Enfin, l'instauration d'une démarche qualité permet aussi au directeur de « faire » le futur de son établissement afin de préparer, pas à pas, tous les professionnels aux futures obligations qui se dessinent à travers le projet de réforme de la loi de 1975 et des circulaires interministérielles concernant aussi l'Education Nationale.

### 3- Les orientations à venir à prendre en compte

Si dans les années 1980, le fonctionnement de l'entreprise privée est devenu une référence, il a été source de comparaison public-privé, le secteur public doit préserver sa spécificité sans que celle-ci puisse justifier d'éventuelles faiblesses. A contrario, du fait de cette spécificité, les normes du secteur marchand ne peuvent être transposées telles quelles dans le secteur public social et médico-social. Dès lors, nous retiendrons que « l'évaluation des politiques et actions publiques est un devoir s'imposant à tous les services et à tous les niveaux de l'Etat. Elle est un gage de l'efficacité mais aussi de l'effectivité du service public. »<sup>53</sup>

<sup>51</sup> Cf. Partie I, p.26.

<sup>52</sup> Article 265-10, document DAS, op.cit.

L'action sociale et médico-sociale, dont le caractère de service public est affirmé dans le projet de réforme de la loi de 1975, s'inscrit donc, tout à fait dans ce cadre. Aujourd'hui, la volonté d'appuyer cette efficience par une démarche qualité est une garantie de rationalisation et de pérennisation de l'évaluation dans le secteur social et médico-social.

Selon Maurice Blanchard, secrétaire général de l'association des communautés éducatives (A.N.C.E.) : « une démarche de qualité participative et continue implique une vision à plus long terme avec l'intégration par chaque membre de l'équipe des projets de l'institution au long cours. Au lieu d'une réaction aux événements de l'extérieur vers l'intérieur, nous plaçons les acteurs sociaux dans une démarche intérieure qui va vers l'extérieur. C'est-à-dire une anticipation des événements possibles par l'intériorisation de chacun des objectifs recherchés par l'institution. Cette démarche réflexive sera toujours tendue vers le respect des droits de l'utilisateur et on peut ainsi concevoir qu'un véritable contrat de séjour sera proposé au client, ainsi que des règles de qualité donnant des repères pour chaque membre de l'équipe dans son action quotidienne. De même, un véritable travail interdisciplinaire situant la problématique de l'utilisateur au centre des préoccupations sera un des outils essentiels de cette recherche de qualité constante »<sup>54</sup>.

Le projet d'actualisation de la loi de 1975 précise cette contractualisation des rapports qui s'illustre à travers plusieurs documents à adopter: un contrat individuel définissant les engagements réciproques (article 261-7), des conventions entre établissements pour favoriser leur complémentarité, leur coordination et la continuité des prises en charge (article 262-12) ou encore des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (article 263-15) « entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et, la ou les autorités chargées de l'autorisation et le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin de permettre d'une part, la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont elles relèvent, d'autre part la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service. »

---

<sup>53</sup> De Quatrebarbes B., *Usagers ou clients ? Ecoute, marketing et qualité dans les services publics*, Paris, Ed. d'Organisations, 1998.

Mais nous trouvons la même logique dans la circulaire interministérielle du 9 juillet 1998 qui précisait les modalités de mise en oeuvre des Contrats Educatifs Locaux. Leur conception et leur réalisation reposent sur l'initiative des acteurs locaux au moyen d'un partenariat départemental défendant un projet éducatif de qualité suivant un cahier des charges (réponses aux besoins éducatifs repérés, cohérence les différents projets du territoire, espaces de concertation, cadre pédagogique des activités...). Ce dispositif est désormais renforcé, à travers la circulaire du 22 juin 2000,<sup>55</sup> par le contrat local d'accompagnement scolaire. L'orientation interministérielle reflète la volonté de faciliter cette efficacité dans la prise en charge pluridisciplinaire des enfants, en général, et des enfants déficients auditifs intégrés en milieu scolaire ordinaire, en particulier.

En conclusion, aujourd'hui, introduire une amélioration de la qualité de prise en charge par une méthodologie de projet, est complexe par ses aspects multidimensionnels, mais incontournable, car elle est une solution pour recentrer tous les professionnels autour d'un but commun : l'utilisateur et son projet.

Dans la mouvance du contexte actuel, le directeur fondera sa stratégie de mise en oeuvre du projet, comme démarche pluridisciplinaire, au centre de l'évaluation et de la contractualisation, pour s'approprier une action orientée vers une démarche qualité propre, adaptée localement aux besoins des enfants et adolescents déficients auditifs.

---

<sup>54</sup>Blanchard M., *Vers une démarche de qualité participative des acteurs sociaux : s'intéresser à notre devenir plutôt que le subir*, site Internet de l'ANCE, mai 2000.

<sup>55</sup> Circulaire DAS/RVAS/DSF 2 n° 2000-341 du 22 juin 2000.

## CONCLUSION

*« Il est bon de poursuivre sa pente, pourvu que ce soit en montant. »*

*A. Gide*

De la loi Jules Ferry du 21 mars 1882 à la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, le dispositif législatif témoigne d'une continuité dans l'affirmation du droit à l'éducation pour tous. Aujourd'hui, l'établissement médico-social est confronté, toutefois, à la traduction de nouvelles exigences dans sa pratique quotidienne. Ces dernières tendent à l'inscrire dans un partenariat de plus en plus affirmé.

C'est dans une dynamique inter et intra-institutionnelle, que se conçoit l'intégration scolaire des enfants et adolescents déficients auditifs. Elle est fondée sur une démarche de projet pluridisciplinaire que le directeur peut initier par ses choix. Est ainsi visée, l'amélioration continue de la mission de l'établissement social et médico-social. Même si l'intégration est appropriée, elle ne doit être perçue comme une fin en soi, mais, comme un préalable facilitant l'insertion socioprofessionnelle<sup>56</sup> (ou du moins, un des moyens pour l'atteindre).

A l'aune du comparatisme, deux systèmes de prise en charge existent en Europe. Le premier (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas) est défini comme étant à filières séparées, à cause du peu de contacts entre le milieu ordinaire et le milieu spécialisé. Le deuxième est appelé système intégratif. Il va d'un système intégratif, proche du modèle inclusif à l'américaine<sup>57</sup> où le système éducatif ordinaire prime face à un système spécialisé embryonnaire (Italie, Grande Bretagne, Espagne), à un système dit mixte (France, Portugal, Irlande). Ce dernier permet, pour l'instant, la coexistence du système éducatif ordinaire et celui du secteur éducatif spécialisé avec une non étanchéité, garante d'une modulation des prises en charge.

---

<sup>56</sup> Cf. Circulaires n°82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982 relative à la mise en place d'une politique d'intégration en faveur des enfants et des adolescents handicapés.

<sup>57</sup> Le modèle de full inclusion systématise l'intégration scolaire de tous les enfants quelque soit le handicap et le degré de gravité de celui-ci.

Cependant, la volonté politique française d'assurer une intégration pleine et entière des enfants handicapés considérés globalement, ne doit pas ignorer les risques de dérive dans un courant d'harmonisation des politiques sociales européennes. En effet, un modèle français évoluant vers un modèle inclusif à l'italienne où l'intégration est érigée en règle, conduirait aussi à l'intégration sans distinction de *tous* les enfants.

Or, pour nous, l'intégration ne saurait se résumer à une cohabitation de l'individu avec le groupe. C'est une phase nécessaire mais insuffisante. L'intégration scolaire, sans réel projet de partenariat ne saurait, à notre avis, être une réponse adéquate à la citoyenneté de la personne handicapée.

Parce qu'il faut placer l'usager au coeur du dispositif, l'utilité sociale des établissements médico-sociaux est légitimée. Pour conclure, la tendance actuelle demandera un positionnement clair du secteur médico-social entre des parents qui veulent échapper au handicap et un secteur éducatif qui ne saurait être efficacement autonome. Dans une perspective européenne, telle que nous l'avons envisagée, un choix d'éthique s'imposera dans l'orientation de sa mission d'intérêt général.

# **ANNEXES**



# **ANNEXE 1**

## **PRESENTATION DE L'INSTITUT DE REHABILITATION DE LA PAROLE ET DE L'AUDITION**

L'Institut de Réhabilitation de la Parole et de l'Audition (I.R.P.A.) de Ronchin est un Établissement Public en capacité d'accueillir 310 enfants présentant une déficience auditive dès la confirmation du handicap, jusqu'à l'âge de 20 ans. Il en prend actuellement en charge 270.

Cet Institut est géré par l'Établissement Public Départemental de Soins, d'Adaptation et d'Éducation (E.P.D.S.A.E.). Il relève de la compétence de l'état (D.D.A.S.S.) et est financé par la Sécurité Sociale.

Il accueille des jeunes originaires des départements du Nord, du Pas de Calais, de l'Aisne, de la Somme et de l'Oise, orientés par la Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (C.D.E.S.)

L'Institut compte 127 professionnels répartis comme suit : une directrice, 10 personnes représentant le personnel administratif, 32 le personnel éducatif, 42 le personnel paramédical, 37 le personnel technique et 5 vacataires. L'institut compte également 15 Assistantes Maternelles. L'Éducation Nationale met à disposition de l'I.R.P.A. 32 enseignants dont 2 Directeurs Pédagogiques.

### **SA MISSION**

L'I.R.P.A. a pour principale mission d'amener le jeune déficient auditif de 0 à 20 ans à appréhender sa future vie d'adulte dans un monde entendant en développant toutes ses potentialités au travers de sa santé, son éducation, sa communication, sa socialisation, son insertion professionnelle.

## LES MOYENS

Pour répondre aux besoins des jeunes accueillis et atteindre ainsi sa mission, l'établissement s'est doté d'un certain nombre de moyens.

### **Dans le domaine de la santé et des soins :**

- ↳ **un suivi médical** est chargé des suivis pédiatriques médicaux, O.R.L., ...
- ↳ **un suivi psychologique**, chargé des bilans d'admission, du soutien des enfants en difficulté, du suivi et des orientations.
- ↳ **un Centre d'Audiophonologie** qui assure un suivi audiométrique et orthophonique de tous les enfants de la structure et effectue les différents bilans d'entrée. C'est également un centre de santé habilité à recevoir tout public extérieur.

### **Dans le domaine de l'éducation :**

- ↳ **un enseignement spécialisé pour sourds structuré dès la maternelle au lycée (cf. Annexe 3) :**

L'ensemble des structures scolaires à l'intérieur de l'institut, en intégration partielle ou complète est conçu pour être évolutif et adaptable aux profils des élèves, afin d'exploiter au maximum leurs potentialités par la mise en place de projets individuels pour développer la communication et accéder aux savoirs et savoir-faire nécessaires à l'intégration de l'adulte sourd dans le monde du travail.

### **Dans le domaine de la rééducation :**

- ↳ **un suivi orthophonique** : L'objectif du travail des 26 orthophonistes de l'IRPA est de faire découvrir à l'enfant sourd la communication orale la plus large possible suivant les possibilités de l'enfant, son âge et la gravité de son handicap.
- ↳ **un suivi psychomoteur** : Les 5 psychomotriciennes assurent par leur travail, une stimulation globale pour rattraper certains retards de développements.

### **Dans le domaine de la socialisation et de l'insertion professionnelle :**

- ↳ **un suivi social** chargé des liens avec les familles
- ↳ **un hébergement sous 2 formes** : internat et familles d'accueil
- ↳ **un service de suite** chargé de l'accompagnement social, de l'aide à la communication et de la recherche d'emploi pour les jeunes sourds en démarche d'autonomie.

↳ **les enfants profitent aussi d'ateliers spécialisés** tels que la musique, bibliothèque, contes, théâtre, informatique, avec ouverture d'un site Internet.

Enfin, l'I.R.P.A. dispose d'une logistique adaptée : transports, restauration (les 2/3 des enfants accueillis sont demi-pensionnaires).

## ANNEXE 2

### LA METHODE VERBO-TONALE

Privés de toutes formes de communication orale, les enfants atteints de surdité sont souvent coupés du monde extérieur. A l'I.R.P.A. de Ronchin, ils apprennent à parler pour pouvoir s'ouvrir aux autres et s'insérer dans la société. Cette volonté d'ouverture amorcée à partir des années 70, conditionne toute l'organisation et la pédagogie de l'Institut : ce dernier pour faciliter l'intégration des enfants déficients auditifs dans la société a fait le choix de l'oralisme : les enfants apprennent à parler pour communiquer.

L'intégration, si elle est indispensable, doit toutefois s'accompagner d'une pédagogie spécifique pour apprendre à parler : pour réaliser cet apprentissage l'I.R.P.A. utilise la méthode verbo-tonale. La méthode verbo-tonale a été élaborée, il y a quarante ans, par le Professeur Guberina linguiste de Zagreb, qui a réalisé un système d'apprentissage du français à l'étranger par les techniques audiovisuelles avec une démarche structuro-globale. Cette méthode a bouleversé les conceptions sur la rééducation en considérant qu'il était possible d'entreprendre l'éducation dès que les enfants étaient admissibles en maternelle. Aujourd'hui, les moyens ont tellement évolués que l'on entreprend le travail encore plus tôt.

Elle propose un entraînement auditif visant à développer les capacités fonctionnelles de réception des zones auditives non atteintes. Par ailleurs, considérant le langage comme étant en mouvement, elle met en oeuvre la participation corporelle comme médiateur de l'apprentissage de la parole grâce à des techniques complémentaires.

Plus précisément, elle vise, en premier lieu, la communication et non pas l'information comme le font les méthodes articulatoires. Elle mobilise toutes les possibilités du sujet sourd en s'intéressant à ce qui est resté intact, en exploitant les acquisitions faites dans tous les domaines : c'est-à-dire qu'elle se construit non seulement sur les restes auditifs de chaque enfant, mais aussi sur la réaction de leurs organes sensoriels (toucher,

intonation, accents, rythmes, pauses, aspect visuel, images, expression, motricité, l'affectivité, les expériences, la mémoire.

En parallèle des orthophonistes s'occupent individuellement ou collectivement des enfants plusieurs fois par semaine : c'est une intervention sur le langage : contrairement aux entendants, les enfants ne savent que ce qu'on leur apprend. Ce sont des exercices comparables à ceux utilisés dans l'apprentissage d'une langue étrangère pour mémoriser la structure de la langue.

Le corps tout entier est engagé dans la rééducation du sourd, tant pour la perception que pour la production de la parole. L'objectif est l'éducation de la voix, du rythme, de l'intonation et de la parole. La globalité de cette approche nécessite obligatoirement que le sujet sourd soit en situation de communiquer. Il faut donc veiller à la qualité de son environnement d'où la place centrale de la famille dans ce travail pluridisciplinaire.

## ANNEXE 3

### LES ASPECTS SCOLAIRES DE L'INTEGRATION

#### **Au cycle préélémentaire :**

Il est mis en place un système d'intégration éclaté dans les écoles maternelles situées à Ronchin, Lille, Fâches-Thumesnil. Dans chaque école les enfants ont à leur disposition outre le matériel spécifique, des orthophonistes et des instituteurs spécialisés qui leur apportent en moyenne, sur place, 3 heures de travail spécialisé.

#### **Au cycle élémentaire, 3 possibilités :**

1. une école intérieure de 6 à 14 ans, en classe à faible effectif, qui assure un enseignement spécifique adapté, avec des instituteurs spécialisés et une rééducation collective et individuelle donnée par des orthophonistes.
2. Des pôles d'intégration représentées par des classes spécialisées intégrées dans des écoles élémentaires de Ronchin et Lille (appelées classes charnières). Dans chaque école, une équipe d'enseignants et d'orthophonistes de l'Institut assure le fonctionnement de la classe spéciale, ainsi que la rééducation et le soutien pédagogique de ceux qui sont intégrés individuellement.
3. Des déficients auditifs communiquant particulièrement bien par la parole peuvent être intégrés à proximité de leur domicile. Ils sont suivis par le S.S.E.F.I.S..

#### **Au premier cycle :**

1. En intégration individuelle, 2 solutions :
  - scolarité en intégration avec soutien pédagogique sur place (6 à 7 heures hebdomadaires) au collège en moyenne ;
  - scolarité dans le collège de leur district, comme en élémentaire, avec un soutien assuré par l'Institut grâce au S.S.E.F.I.S.
2. En intégration en classe intégrée au collège, 2 solutions :
  - section pour enfants communiquant bien mais de faible niveau avec des enseignants spécialisés. cette section joue un rôle de remise à niveau pour certains élèves ;

→section pour enfants communiquant plus difficilement mais de bon niveau, avec conjointement, enseignants spécialisés et professeurs du collège.

**Au lycée professionnel, 2 possibilités :**

→ intégration complète ;

→ aménagement du lycée pour entendants (annexe du lycée professionnel Jean Monet), aux enfants déficients auditifs. La partie professionnelle de l'enseignement reste commune avec un soutien inclus dans le temps d'atelier. La partie théorique est séparée avec un enseignement adapté aux handicapés auditifs.

**Au second cycle :**

Eclatement par spécialités dans les différents lycées avec un suivi des élèves par le S.S.E.F.I.S. en relation avec les professeurs, la direction de l'établissement d'accueil et le rectorat.

**Dans les antennes :**

Les jeunes déficients auditifs bénéficient d'une rééducation intense, comme à l'Institut. Ils rentrent chez eux chaque jour.

Ces antennes ont été mis en place à Maubeuge, Douai, Dunkerque, Valenciennes. Ce sont des structures légères, qui ne peuvent garder en école élémentaire que les enfants susceptibles de parvenir en un an ou deux à une intégration complète dans une classe d'entendants. Les élèves y sont considérés comme des écoliers ordinaires. Les familles paient la cantine. Les enseignants sont ceux de l'école mais les orthophonistes relèvent de l'Institut.

## ANNEXE 4

### **LE S.A.F.E.P**

Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce pour les enfants sourds de la naissance à 3 ans (art.7 de l'annexe XXIV quater du décret n°56-284 du 9 mars 1956 modifié par le décret n°88-423 du 22 avril 1988).

L'équipe est composée de : un responsable cadre socio-éducatif, un médecin O.R.L., un médecin psychiatre, une orthophoniste, une psychomotricienne, une auxiliaire de puériculture, une psychologue, une assistante sociale et une secrétaire.

Des moyens en personnel peuvent être mis à disposition d'enfants jeunes relevant du S.S.E.F.I.S. Les enfants viennent en éducation précoce, accompagnés de leurs parents deux fois par semaine au Centre, pour un travail avec l'orthophoniste et la psychomotricienne.

Ces professionnelles se rendent à domicile selon les besoins. Le travail est orienté sur l'acquisition de la parole, la stimulation de l'audition et le bon développement général de l'enfant. Cette forme de prise en charge permet aux parents de conduire l'enfant en crèche, si tel est leur désir ou de le scolariser dans l'école maternelle de leur quartier.

L'accompagnement des parents se fait individuellement suivant les besoins et dans le cadre de réunions d'échanges avec d'autres parents ou avec des professionnels.

Le S.A.F.E.P. s'est également donné pour mission d'informer le monde de la petite enfance sur la surdité et la nécessité de dépistage précoce (crèche, halte-garderie, école maternelle, P.M.I.)



## ANNEXE 5

### **LE S.S.E.F.I.S.**

Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire s'adresse aux enfants de plus de 3 ans et normalement jusqu'à 21 ans (art.7 de l'annexe XXIV quater du décret n°56-284 du 9 mars 1956 modifié par le décret n°88-423 du 22 avril 1988).

Ce service a été créé pour prendre en charge un nombre croissant d'élèves en intégration scolaire totale : actuellement, il suit plus de 50 enfants dans plus de 40 établissements de la région. Il apporte en modulant son intervention une aide à la compensation de la surdité au développement du travail des restes auditifs, à l'apprentissage de techniques palliatives. Il assure le soutien pédagogique nécessaire à l'enfant intégré en milieu scolaire ordinaire et peut intervenir auprès de l'équipe d'enseignants de l'établissement d'accueil. L'intégration efficace ne peut se concevoir que soutenue sur le plan médical, éducatif, prothétique, psychologique, pédagogique, orthophonique et psychomoteur.

L'équipe est composée de plusieurs professionnels:une responsable, des enseignants, des orthophonistes, une psychologue et une éducatrice spécialisée.

Pour pallier les difficultés de l'enfant intégré, le service met en place plusieurs stratégies :

- 1) la présentation de la mission du service et de l'élève dès le début de l'année dans l'établissement d'accueil,
- 2) l'organisation des séances de rééducation et du soutien pédagogique sous différentes formes (soutien donné par les enseignants spécialisés du service, intervention auprès du rectorat qui met à disposition des établissements, des heures de soutiens supplémentaires, possibilités pour le service de rémunérer des professeurs dont a besoin l'enfant.)
- 3) le contact régulier avec les enseignants qui ont en charge les élèves pour adapter au mieux le soutien,

4) la présence au conseil de classe,...

Tous ces moyens sont mis en place en début d'année en respectant les emplois du temps des enfants.

Le soutien et la rééducation orthophonique peuvent s'effectuer soit dans l'établissement d'accueil, soit à l'intérieur du service lui-même ou soit à domicile.

Le service s'adapte aux demandes des familles, il respecte les orientations prises par les familles, il ne se substitue pas aux familles, il les encourage.

## ANNEXE 6

### **LE PROJET INTEGRATIF (EXTRAITS)**

Vu la loi n°75-534 du 30 juin 1975

Vu les circulaires n°82-048 du 29 janvier 1982

n°82-082 du 29 janvier 1983

n°91-302 du 18 novembre 1991

#### ARTICLE 1

Le présent projet, conforme aux dispositions prévues par les textes précités a pour objet de déterminer les modalités d'organisation de l'action d'intégration, concernant l'enfant..., représentants légaux..., cursus scolaire et/ou antécédents préalables à l'intégration.

#### ARTICLE 2

Situation actuelle de l'enfant (placement spécialisé, non scolaire...) et descriptif de la démarche ayant abouti au projet.....

Établissement scolaire proposé...

#### ARTICLE 3

Nature du ou des handicap(s) ou de la maladie de l'enfant (cf. nomenclature publiée au BOEN n°8 du 23 février 1989).....

#### ARTICLE 4 DESCRIPTIF DU PROJET

Acquis de l'enfant (socialisation, autonomie, acquis scolaires...)

Objectifs spécifiques visés par l'intégration (éducatifs, thérapeutiques, pédagogiques...)

Projet d'orientation à moyen terme envisagé pour l'enfant...

Modalités de l'intégration (classe concernée, nom de l'enseignant...)

Accompagnement et aides prévus : Intervenants Éducation Nationale, extérieurs à l'Éducation Nationale...

Aménagements matériels éventuels à mettre en place...

#### ARTICLE 5 ASSURANCE

L'enfant est assuré par...

Les intervenants Éducation Nationale ou extérieurs à l'Éducation Nationale sont assurés par : ...

#### ARTICLE 6 EVALUATION DU PROJET

Conformément aux textes précités, chaque fois qu'il sera jugé nécessaire, et, au moins une fois par trimestre, il sera organisé une réunion de tous les personnels concernés. Les parents seront invités.

L'objectif de ces réunions est d'effectuer des bilans réguliers et d'actualiser ou d'affiner le projet.

Fréquence et lieu de réunion...

#### ARTICLE 7

Le coordinateur de l'action d'intégration est... Il organise les réunions et est responsable du suivi de l'intégration devant la C.C.P.E....

#### ARTICLE 8 CLAUSES PARTICULIERES EVENTUELLES...

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **OUVRAGES**

- AMIEL M., BONNET F., JACOBS J., Management de l'administration, Bruxelles, De Boeck Université, Coll. Management, 1998
- CERCLE A., SOMAT A., Manuel de psychosociologie sociale, Paris, Dunod, Coll. Psycho sup, 1999
- COUSERGUE C., Guide de l'intégration scolaire de l'enfant et adolescent handicapés, Paris, Dunod, Coll. Guides, 1999
- CROZIER M. ET FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Seuil, 1977
- DE QUATREBARBES B., Usagers ou clients ? Ecoute, marketing et qualité dans les services publics, Paris, Ed. d'Organisations, Coll. Service public, 1998.
- FISCHER G.N., Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Paris, Dunod, Coll. Psycho sup, 1996
- GILLIG J.M., Intégrer l'enfant handicapé à l'école, Paris, Dunod, Coll. Enfances, 1999
- JANVIER R. et Y. MATHO, Mettre en oeuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, Paris, Dunod, Coll. Action sociale, 1999
- JEANNE P. et LAURENT J.P., Enfants et adolescents handicapés pour une prise en charge qualitative du handicap, Paris, Editions ESF, Coll. Actions sociales/Société, 1998
- LAGUARDA A., Pour une classe réussie en A.I.S. Livret pédagogique, Paris, Nathan
- LEFEVRE P., Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social, Paris, Dunod, Coll. Guides, 1999
- LESSAIN DELABARRE, Guide de l'adaptation et de l'intégration scolaire, Paris, Nathan
- LOUBAT J.R., Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, Paris, Dunod, Coll. Action sociale, 1997
- MIRAMAN J.M., COUET D., PATURET J.B., Le métier de directeur, techniques et fictions, Rennes, ENSP, 1992, p.117.
- PEMARTIN D., Réussir le changement . Mutations des entreprises et problèmes humains, Paris, Ed. E.S.F., 1987

- THEVENET A. ,Créer, gérer et contrôler un équipement social ou médico-social, Paris, Editions ESF, Coll. Actions sociales, 1996
- ZAFFRAN J., L'intégration scolaire des handicapés, Paris, L'harmattan, Coll. Technologie de l'action sociale, 1997

### **COURS**

- Cours de Mme D. MARECHAL, Psychosociologie sociale, DESS Ingénierie des ressources humaines appliquées aux institutions éducatives, Université de Lille III
- Cours de Mr P. DUMOULIN, L'évaluation du projet, DESS Ingénierie des ressources humaines appliquées aux institutions éducatives, Université de Lille III
- Cours de Mme M. VASCONCELLOS, Sociologie des organisations, DESS Ingénierie des ressources humaines appliquées aux institutions éducatives, Université de Lille III
- Cours de Mr R. CHARLEY , La qualité dans les institutions éducatives, DESS Ingénierie des ressources humaines appliquées aux institutions éducatives, Université de Lille III
- Cours de Mme C. DRONIOU, La promotion de l'utilisateur, ENSP Rennes

### **REVUES ET DOSSIERS**

- FERRIER J., L'intégration scolaire: une volonté politique mise en oeuvre, Revue Réadaptation, n°383, sept.oct. 1991, pp.3-4
- Informations Hospitalières n°38, 1992
- Communautés Educatives : revue mensuelle de l'ANCE, supplément au Bulletin Mensuel de Novembre/Décembre 1999
- Communautés Educatives : revue trimestrielle de l'ANCE, n°107, juin1999
- CREAI RHONE-ALPES, L'accès à l'enseignement des enfants et adolescents handicapés, Dossier technique n°123, août 1999
- CREAI NORD PAS-DE-CALAIS, Document de travail sur le Schéma Régional des déficients auditifs, janvier 2000

### **DIVERS**

- BLANCHARD M., Vers une démarche de qualité participative des acteurs sociaux : s'intéresser à notre devenir plutôt que le subir, site Internet de l'ANCE, mai 2000
- Rapport Gillot: 115 propositions

- Projet de réforme de la loi du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales, Document de travail de la DAS, Août 1999
- Rapport Terasse : relatif au projet de réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975
- Bulletin Officiel de l'Education Nationale n°31 du 10 septembre 1987

### **TEXTES OFFICIELS**

- Décret 56-284 du 9 mars 1956, annexes XXIV Quater modifiées par le décret n° 88-423 du 22 avril 1988 relatif aux conditions d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave
- Décret n° 94-948 du 28 octobre 1994 portant statut particulier des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (4°, 5° et 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions médico-sociales
- Circulaires n°82-2 et 82-048 du 29 janvier 1982 relative à la mise en place d'une politique d'intégration en faveur des enfants et des adolescents handicapés
- Circulaires n°83-082, 83-4 et 3/83/S du 29 janvier 1983 relative à la mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration des enfants et des adolescents handicapés
- Circulaire n°87-273 et 87.08 du 7 septembre 1987 relative à l'organisation pédagogique des établissements publics, nationaux, locaux et des établissements privés accueillant des enfants et adolescents atteints de déficience auditive sévère et profonde
- Circulaire n° 88-09 du 22 avril 1988 relative à la modification des conditions de prise en charge des enfants et adolescents déficients sensoriels par les établissements et services d'éducation spéciale
- Loi d'orientation sur l'éducation n° 89-486 du 10 juillet 1989
- Circulaire n° 90—091 du 23 avril 1990 sur l'éducation spécialisée et l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés
- Circulaire n°90-039 du 15 février 1990 relative au projet d'école
- Circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 sur l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés

- Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991 relative à la scolarisation des enfants handicapés à l'école primaire. Classes d'intégration scolaire (CLIS)
- Circulaire n° 91-303 du 18 novembre 1991 relative à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements à caractère médical, sanitaire ou social
- Circulaire DAS/RVAS/RV 1 n° 99-637 et DESCO n°99-187 du 19 novembre 1999 relative aux orientations générales en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés
- Circulaire DAS/RVAS/RV 1 n° 99-638 et DESCO n° 99-188 du 19 novembre 1999 relative à la mise en place des groupements départementaux de coordination Handiscol'
- Circulaire DAS/RVAS/DH/DGS n°99-232 du 16 avril 1999 relative à la prise en charge des enfants sourds implantés
- Circulaire DAS/RVAS/DSF 2 n° 2000-341 du 22 juin 2000.