

La conférence de Bertrand DUBREUIL vient clore la série d'exposés que nous avons restitués dans nos dernières publications. Notre intention étant de faire bénéficier au plus grand nombre les divers apports des 2^{èmes} Journées interrégionales co-organisées par les CREAL Centre et Bourgogne qui se sont déroulées à Orléans les 30 septembre et 1^{er} octobre 2009.

Comment l'évolution de la commande sociale interroge l'identité des professionnels en IME et en IEM ? Sur quelles bases la redéfinir ?

par **Bertrand DUBREUIL**,
sociologue, directeur de Pluriel Formation Recherche

Je vais d'abord définir une série de termes, poser des repères pour établir en final la place de l'établissement médico-social dans le traitement du handicap, pour établir son rôle sociétal, autrement dit ce qui fonde votre identité professionnelle.

I - Petite histoire d'une occasion manquée

La question des difficultés scolaires n'est pas apparue dès la création de l'école obligatoire. Le projet républicain n'était pas en effet aussi égalitaire qu'il le prétendait. Au peuple était destinée une instruction élémentaire, aux élites bourgeoises était réservé l'enseignement secondaire et supérieur.

Cette distinction en deux niveaux va dissimuler quelque temps la question des difficultés d'apprentissage de certains enfants. Le problème n'émergera qu'aux alentours de 1900. L'école publique est alors en rivalité avec les écoles privées confessionnelles et les élèves en difficulté nuisent à son image de marque. Pour les écarter des classes ordinaires, la loi de 1909 crée les classes de perfectionnement, invention de l'enseignement spécialisé.

L'école publique s'inscrit ainsi dans une logique de distinction psycho-médicale au lieu de s'interroger sur ses approches pédagogiques. Freinet et d'autres ont pourtant exploré des voies nouvelles, mais ils sont restés minoritaires, sinon marginaux. L'école publique ne se donnera, d'ailleurs, pas les moyens de son ambition d'accueillir les enfants en difficulté dans des classes particulières. En 1944, 35 ans après la loi de 1909, 274 classes de perfectionnement seulement auront été créées.

Le régime de Vichy va accentuer le processus. Il sollicite la psychiatrie infanto-juvénile et la justice pour traiter la question de l'enfance victime ou coupable que les troubles de la guerre rendent aiguë. En naîtra l'Enfance inadaptée, embryon du secteur médico-social. A la Libération, les associations de parents, avec l'appui de pédopsychiatres, créent les premiers instituts médico-éducatifs autour du mot d'ordre : « Non aux asiles dépotoirs ! ». Ils sont soutenus par les pouvoirs publics, qui souhaitent limiter la chronicisation coûteuse des arriérés mentaux dans les hôpitaux psychiatriques.

Progressivement, s'institutionnalise une éducation spéciale. Alors que la pédagogie reste centrale pour l'enfance ordinaire, elle s'efface pour l'enfance inadaptée au profit du thérapeutique. Le déficient mental n'est plus seulement perçu à partir de son retard intellectuel mais comme une personnalité psychiquement fragile. Les CMPP témoignent de ce mouvement. Conçus pour accueillir les enfants en difficulté à l'école et leur apporter un soutien psychopédagogique, ils sont progressivement désinvestis par l'Education nationale et l'approche thérapeutique y devient prévalente.

Dans les années 60, l'Education nationale est confrontée à la scolarisation de masse. Elle laisse les associations privées s'investir dans la prise en charge de la déficience. Cependant, peu après 68, l'exclusion scolaire d'un nombre de plus en plus élevé d'enfants suscite une réaction. Une pédagogie adaptée se développe par l'intermédiaire des Groupes d'Aide Psycho-Pédagogiques (GAPP) et la création de classes dites annexées, qui deviendront les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS).

Les circulaires sur l'intégration s'enchaînent alors au sein de l'Education nationale : 1976, 1982, 1983, 1989, 1991. Elles déclinent sur tous les tons le principe selon lequel il faut maintenir le jeune avec un handicap à l'école ordinaire. Mais l'Education nationale ne parvient à faire décoller sa politique d'intégration, elle voit même son rôle décroître en matière d'enseignement spécialisé au profit du secteur médico-social. Ce n'est que dans la deuxième partie de la décennie 90, avec le lancement de Handiscol, que les résultats seront plus encourageants. Et ce n'est qu'autour de la loi du 11 février 2005, qu'ils deviendront significatifs en volume.

II - Quel est le sens sociétal de l'école ?

Je viens de le dire, au début du 20^{ème} siècle, l'école publique a manqué l'occasion d'une pédagogie différenciée, qu'impliquait son ambition d'être l'école de tous. Elle a privilégié l'excellence sur l'articulation du socle commun et de la différence. On n'oubliera pas cependant qu'une société a l'école dont elle se donne l'ambition.

Cela posé, pour ne pas fausser le débat de la scolarisation des jeunes avec un handicap, ce n'est pas sur le sens de l'école telle qu'elle est aujourd'hui qu'il faut raisonner, mais sur ce que doit être l'école dans une société démocratique comme la nôtre, sur ce que signifie sociétalement son existence, car c'est le cadre symbolique dans lequel grandissent les jeunes avec un handicap, symbolique au sens fort du terme, ce qui leur permet de se développer en tant qu'être humain reconnu dans sa singularité et son appartenance à une société solidaire dans son principe. Ce qui fait dire à Annah Arendt que « ...nous sommes tous pareils, c'est-à-dire humain, sans que jamais personne soit identique à aucun autre homme ayant vécu, vivant ou encore à naître¹ ».

Pour établir ce que doit être l'école, je m'appuie notamment sur une intervention d'Yves Bruchon, ancien IEN ASH dans le cadre de la journée d'étude du 31 mars 2009 « A quoi ça sert l'école ? » organisée par Pluriel formation recherche. Vous pourrez en trouver le contenu exhaustif sur notre site. Yves Bruchon nous dit que l'école sert à partager un univers culturel, un univers déjà là à ma naissance, un univers de références qui s'impose à moi, de contraintes et de dons, un univers dans lequel je dois prendre ma place pour exister. « Aller à l'école, c'est s'arracher au monde privé [de la famille], au monde domestique, pour se mettre en route, en chemin, vers le monde commun, vers le monde public,[...] vers le monde de la *polis*, du vivre ensemble » .

¹ *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, Paris, 1961 et 1983 (collection Pocket-Agora), pages 41-43

La question qu'ouvre l'école à chaque enfant est celle de « Qui es-tu ? » non pas celle de ce qu'il vaut, de ses compétences et de ses incompétences, de ses aptitudes et de ses limites, mais celle de son unicité, de son caractère irremplaçable, de sa singularité absolue de sujet unique, socialement reconnu comme unique humain.

L'école est un univers de transition entre l'univers familial protecteur et l'univers social qui exige l'autonomie mais qui accorde le statut d'être unique, la liberté de penser par soi-même, l'indépendance à l'égard de son origine. Cela vaut tout autant pour les jeunes avec un handicap. Ils sont avant tout des petits d'homme qui doivent grandir avec leurs pairs d'âge en apprenant.

Yves Bruchon reconnaît que cela convoque évidemment l'enseignement actuel à une posture pédagogique qui ne soit pas obérée par l'injonction d'excellence, une posture qui sache articuler l'accès de tous les élèves au socle commun des connaissances et une pédagogie différenciée. Et il plaide avec François Dubet pour une école qui ne soit pas seulement juste au sens de l'égalité initiale des chances. « *Pour qu'une école soit vivable et juste, dit-il, encore faut-il qu'on s'y préoccupe de ce qui est dû aux élèves, indépendamment de leur réussite et de leurs échecs, donc qu'on se préoccupe de ce que l'école doit aux plus faibles [...] ; « il faut définir ce qu'une école obligatoire doit obligatoirement garantir à tous les élèves »² [...] et, pour l'instant rien ne garantit que le socle commun, parfois, souvent, interprété, [...] en termes de performances requises soit la définition de cette culture commune pensée comme protection des plus faibles, [...] des plus fragiles ; exiger l'école c'est aussi exiger de l'école qu'elle reconnaisse et forme les individus indépendamment de leur performance et de leur mérite ».*

Cette définition du sens sociétal de l'école est d'importance pour la définition de ce qu'est l'établissement spécialisé tel que l'IME ou l'IEM, car elle signifie que cet établissement ne peut répondre, lui-même à l'exigence de scolarisation, sauf à confondre éducation spéciale³ et scolarisation. Et l'unité d'enseignement n'est pas l'école mais l'étayage nécessaire pour rendre possible la scolarisation, la fréquentation scolaire.

La loi du 11 février 2005 inscrit le jeune avec un handicap dans « *le droit commun de l'obligation scolaire, signifiée par l'inscription dans un établissement scolaire* ». L'unité d'enseignement au sein de l'établissement médico-social existe dans la visée d'un accompagnement vers le droit commun, autrement dit la scolarisation dans les écoles de tous. L'unité d'enseignement est ce qui va permettre la mise en œuvre d'un plan de compensation qui implique, pour un temps donné, un séjour en établissement médico-social, sans rompre la continuité du parcours scolaire. C'est l'un des moyens d'accès à la scolarisation.

La pédagogie adaptée que développe l'unité d'enseignement met à la portée du jeune avec un handicap « *les outils sociaux que l'humanité développe pour construire, penser, faire et réfléchir, et pour vivre ensemble* ». La pédagogie adaptée que développe l'unité d'enseignement met à la portée du jeune avec un handicap « *les outils sociaux que l'humanité développe pour construire, penser, faire et réfléchir, et pour vivre ensemble* ».

L'établissement médico-social développe une action spécialisée. J'entends éducation au sens large du terme, comme ce qui soutient le développement de l'enfant sur le plan pédagogique et thérapeutique autant sur celui de l'éducatif au sens plus étroit du terme qui serait celui de la socialisation qui vise à ce que le jeune compense les effets du handicap pour « *[lui] assurer l'accès (...) aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie* » ainsi que l'énonce la loi du 11 février 2005 dans son article 2.

² F. Dubet, *L'école des chances*, Paris, Le Seuil, coll. « La république des idées », 2004, p. 57.

³ Elle est définie comme l'*association* « des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales ».

III - Une société fondée sur le double principe de l'*autonomie* et de l'*égalité des droits*

Je viens de définir ce qu'est l'école en termes sociétaux, c'est-à-dire dans ses principes fondateurs, ses paradigmes ou modèles de pensée, représentations d'elle-même. J'ai aussi défini très succinctement ce qu'est l'établissement médico-social. Il faut maintenant aborder la définition sociétale du handicap et de la compensation.

Le terme de handicap recouvre une particularité qui, au sein d'une société donnée (c'est-à-dire en interaction avec les caractères de cette société), désavantage la personne dans son accès aux bénéfices que chacun peut attendre de la condition humaine telle qu'elle est définie dans cette société. Par exemple : se déplacer librement, accéder aux connaissances, travailler, avoir des relations affectives, disposer d'un revenu minimum, etc.

Des dispositions compensatoires de ce désavantage - qui viennent compenser ce désavantage - visent à ce que la personne se trouve, autant faire se peut, à égalité d'accès. La compensation doit être entendue au sens large du terme, pas seulement au sens de la prestation de compensation, mais au sens de toutes les actions développées pour compenser le désavantage, dont notamment l'éducation spécialisée développée par les établissements médico-sociaux. La compensation vise à rendre la personne handicapée autonome, c'est-à-dire capable de vivre par elle-même. Nous sommes en effet dans une société démocratique, c'est-à-dire fondée sur le principe du Contrat social, le principe selon lequel des individus se déterminent librement à vivre ensemble.

Dans les formes de sociétés antérieures à la démocratie, la dimension collective prédominait sur la dimension individuelle. Les membres de la communauté étaient établis à une place dès leur naissance et leur existence était réglée par d'étroites contraintes. A l'inverse, le Contrat social suppose des individus égaux en droit et capable de déterminer leur conduite de façon autonome au sein de la société. Il faut entendre l'autonomie à la fois comme l'intégration des normes d'une société et comme la capacité d'utiliser les supports qui permettent de vivre dans cette société. Autrement dit, c'est à la fois : savoir prendre les transports en commun mais aussi se comporter civilement dans les transports en commun, savoir lire mais aussi apprendre à lire dans le cadre normé d'une classe, etc.

Or, certains membres de la société ne sont pas autonomes, en l'occurrence les personnes avec un handicap. On pourrait dire les personnes avec un déficit d'autonomie, ce qui les met en situation d'inégalité d'accès aux bénéfices du Contrat social. La compensation est l'ensemble des mesures visant à combler ce manque d'autonomie qui rend la personne dépendante de la société, de son entourage.

Le regroupement sous la même catégorie de la dépendance de personnes avec des difficultés à vivre d'origine et de formes diverses - les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes sous la couverture du 5^{ème} risque - est aujourd'hui constitué sous le paradigme le principe, le modèle - de la *dépendance-compensation* dans une société qui repose sur les principes respectifs de l'*autonomie* et de l'*égalité des chances*.

Ce qui fait incohérence dans une société d'individus supposés autonomes, c'est le manque d'autonomie, générateur de dépendance. Certains n'étant pas autonomes, la compensation est censée réduire leur dépendance pour les rendre autonomes, non par eux-mêmes mais avec cette compensation. Ils sont ainsi réinscrits dans les paradigmes dominants de l'autonomie et de l'égalité des droits. Ils deviennent autonomes avec une prothèse, une tierce personne,

une éducation spécialisée, un poste de travail adapté, un soutien thérapeutique, etc. En témoigne le traitement de leur situation par des instances telles que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et la commission des droits et de l'autonomie.

IV - Le projet de vie, le plan de compensation, et les... projets professionnels

Pour établir la place de l'établissement médico-social dans le traitement du handicap, son rôle sociétal, il reste maintenant à articuler le projet de vie, le plan de compensation et l'action qui va être développée à la fois en terme de scolarité et en terme d'accompagnement spécialisé relatif à la déficience ou au trouble psychique. Il faut en effet hiérarchiser les notions pour situer les places respectives de la personne avec un handicap, des pouvoirs publics et des professionnels.

Au cours de la préparation de la loi du 11 février 2005, les représentants des personnes handicapées ont protesté contre l'emploi à leur propos de termes issus de la Classification internationale du fonctionnement, parce qu'il s'agissait à leurs yeux d'un langage technique, nécessaire pour définir la réponse apportée en matière de compensation, mais pas pour énoncer leurs choix de vie. Dans la perspective de « capacité » développée par Amartya Sen⁴, ils revendiquaient la possibilité de déterminer leurs choix de vie, un libre arbitre au même titre que tout un chacun, sans que leur soient opposées des restrictions, des précautions particulières, un bien-être défini par les institutions. Autrement dit, ils revendiquaient leur indépendance (décider par soi-même), par distinction de l'autonomie (faire par soi-même).

Conséquence logique, dans la loi, la notion de projet de vie relève de la personne. Ce projet est constitué des domaines d'activités qui permettent à la personne de choisir son mode d'existence. Ex : vivre dans un foyer, dans sa famille ou dans un logement autonome, exercer la sexualité de son choix, être scolarisé dans l'école de son quartier, etc. Je rappelle que, pour ce qui concerne les jeunes avec un handicap, le projet de vie est formulé par le représentant légal (article 12), autrement dit ses parents. Aussi, par la suite, lorsque je parlerai du projet du jeune, ce sera toujours en ayant à l'esprit que ce sont les parents qui en sont les porteurs dans un premier temps puis que ce projet devient peu à peu celui du jeune au fil de son développement.

Le plan de compensation, lui, définit les moyens mis en œuvre par la société pour soutenir l'accès à ces domaines d'activité, pour que la personne avec un handicap détermine son existence avec les mêmes capacités que chacun, capacités étant alors entendues comme les capacités propres de la personne avec un handicap + les moyens compensatoires, qui la mettent en « capacité » d'accéder aux bénéfices de la condition humaine. C'est la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) qui établit ce plan de compensation, elle représente les pouvoirs publics, la société en ce qu'elle considère les moyens qui peuvent être consacrés à l'accès aux mêmes droits que tout un chacun.

Le troisième niveau est constitué à la fois par le Projet personnalisé de scolarisation et par le projet personnalisé ou individualisé d'accompagnement dans le cadre du Contrat de séjour ou du DIPIC.

Or le législateur a pris en compte la revendication des personnes avec un handicap que le projet de vie leur appartienne, mais en même temps il a utilisé les termes de projet à propos de la scolarisation et de l'accompagnement relatif au handicap. On aurait pu concevoir que ce soit

⁴ *Ethique et économie*, PUF, Paris, 2001.

une déclinaison en deux aspects du projet de vie : le « projet de scolarisation » et le « projet d'accompagnement⁵ ». Mais le texte y adjoint le terme de personnalisé et entérine ainsi une ambiguïté entretenue depuis l'apparition dans les textes du projet individualisé.

S'agit-il en effet du projet du jeune (initialement porté par ses parents), auquel cas le terme de personnalisé est redondant, inutile ? Ou s'agit-il du projet de travail - de l'école pour la scolarisation, de l'établissement médico-social pour l'accompagnement - comme semble l'indiquer le terme de personnalisé qui vient préciser qu'il ne s'agit pas du projet d'école ou d'établissement dans son ensemble, mais de sa déclinaison personnalisée à l'intention du jeune ?

Cela témoigne d'une révolution copernicienne que nous n'avons pas encore faite. Ce ne sont pas les professionnels qui développent le projet de la personne, c'est la personne qui développe son projet avec le soutien des professionnels, c'est l'enfant qui développe son projet avec le soutien des professionnels et de ses parents, même si ce sont les professionnels qui le définissent en prenant en compte ses potentialités et sa personnalité. C'est le jeune qui développe son projet de vie parce que sa vie est un projet, comme le rappelle Sartre. Les actions développées par l'école et l'établissement sont des moyens au service du projet du jeune, de son développement.

Je rappelle toujours en la matière et à titre de métaphore, qu'il est fécond de transposer en toute situation éducative, que ce n'est pas l'adulte qui apprend à lire à l'enfant mais l'enfant qui apprend à lire, avec une méthode de lecture et un adulte.

Le législateur aurait donc été bienvenu de délaisser le terme de personnalisé pour s'en tenir à ceux de « projet de scolarisation » et de « projet d'accompagnement » (qu'on aurait pu dénommer aussi « projet de développement » pour se situer plus clairement du côté de l'enfant, mais, perçu pour sa dimension globale, le terme se serait trouvé fortement opposé à celui de scolarisation).

Ajoutons que pour embrouiller un peu plus les choses :

- L'ANESM a choisi le terme de « projet personnalisé » pour définir l'action menée par les établissements médico-sociaux, d'une part parce que c'était le terme le plus communément employé par les acteurs du secteur médico-social, d'autre part parce qu'il est employé par le décret sur l'évaluation externe.
- Le décret du 2 avril 2009, relatif à la collaboration entre l'Education nationale et le secteur médico-social et concernant notamment les unités d'enseignement, emploie le terme de « projet individualisé ».

Cela témoigne une nouvelle fois de l'absence d'articulation entre l'Education nationale et le médico-social.

⁵ Loi 2005-102 – Article 19

« Le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant »

« Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence.

Dans le cadre de son projet personnalisé, si ses besoins nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un autre établissement »

« Elle [la formation scolaire, professionnelle ou supérieure] est complétée, en tant que de besoin, par des actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales coordonnées dans le cadre d'un projet personnalisé »

« En fonction des résultats de l'évaluation, il est proposé à chaque enfant, adolescent ou adulte handicapé, ainsi qu'à sa famille, un parcours de formation qui fait l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation assorti des ajustements nécessaires en favorisant, chaque fois que possible, la formation en milieu scolaire ordinaire »

V - Une identité professionnelle mieux repérée

Vous allez sans doute penser que c'est bien joli tout cela, très idéal, mais que ce n'est pas votre réalité d'aujourd'hui. Je le sais bien, mais d'une part le principe au fondement de l'éducation spécialisée c'est de modifier la réalité, d'autre part les principes ne signifient pas que cela fonctionne à tout coup comme ça dans la réalité, mais pour donner du sens à son action il faut être clair sur les principes qui la sous-tendent, il faut développer un argumentaire conceptuel solide, sans faux semblant afin de déterminer au fur et à mesure les compromis qui ne les dénaturent pas et les dérives qui pervertissent l'action et aboutissent à des injonctions paradoxales à l'intention de l'utilisateur et envers soi-même.

Vous allez peut-être aussi vous demander où je vous mène avec mes définitions successives, qui ne parlent de l'établissement qu'en ses alentours. Nous allons voir maintenant que ces bornes comme autant de repères, étaient nécessaires pour définir votre identité professionnelle, car celle-ci repose sur la définition sociétale du rôle de l'établissement médico-social.

Résumons rapidement ces repères avant d'aller plus loin.

- 1) Au début du 20^{ème} siècle, l'école publique fait le choix de l'excellence et manque l'occasion d'une pédagogie différenciée favorisant l'accès de tous au socle commun.
- 2) L'école est un univers de transition entre l'univers familial protecteur et l'univers social qui exige l'autonomie et reconnaît la singularité de chaque être, son caractère d'être social unique. L'établissement spécialisé n'est pas une école mais un lieu d'éducation spécialisée qui vise le droit commun, l'accès à « *un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie* ».
- 3) La compensation vise à offrir aux personnes handicapées une égalité d'accès aux bénéfices de l'existence dans une société fondée sur le Contrat social, libre adhésion d'individus autonomes et se reconnaissant une égalité de droit.
- 4) Les places respectives du jeune et de ses parents, de la société représentée par la CDA et des professionnels sont les suivantes :
 - le projet de vie du jeune,
 - le plan de compensation élaboré par la CDA avec les parents du jeune,
 - le projet de scolarisation et le projet d'accompagnement formulés respectivement par l'école et par l'établissement médico-social.

Au regard de ces éléments, votre identité professionnelle se caractérise par trois fondements. Il y en a peut-être d'autres mais ceux-là me semblent conceptuellement et concrètement particulièrement solides aujourd'hui :

- l'interdisciplinarité de l'action qui permet la prise en compte de la globalité du jeune,
- la définition clinique de la situation du jeune,
- la continuité de l'accompagnement éducatif qui contribue à la construction d'une personnalité.

5.1 Interdisciplinarité

Si, avec Bruchon, on considère que la scolarisation constitue l'entrée en société du jeune avec un handicap, son inscription au sein d'un groupe de pairs formant une génération qui va prendre sa place dans la société, l'accès au socle commun des acquisitions nécessaires pour s'intégrer socialement, si c'est donc la scolarisation qui permet cela, le projet d'accompagnement de l'établissement médico-social est le moyen compensatoire au service de cette scolarisation et donc dépend du projet de scolarisation.

A l'inverse, si l'on considère que le projet d'accompagnement prend en compte la globalité de l'existence du jeune, de son devenir, de sa trajectoire de vie, dont la scolarité n'est qu'un des aspects, le PPS dépend de la proposition d'accompagnement ou projet personnalisé.

Je pense qu'il faut concevoir le projet de scolarisation et le projet d'accompagnement en tension, l'un incarnant l'entrée en société, l'accès au socle commun, l'inscription dans une génération au même titre que tous les jeunes, l'autre assurant la prise en compte de la différence en ce que le handicap ne se réduira jamais à la seule compensation qu'il faudra toujours considérer le rapport de la personne à son désavantage au fil de son développement et de son existence.

La scolarisation assure l'inscription sociale du jeune et à ce titre le projet d'accompagnement s'inscrit en complément du projet de scolarisation, mais le projet d'accompagnement assure la cohérence d'une existence appréhendée dans sa globalité, sa spécificité et sa continuité.

La compensation n'est pas résolutive du handicap. La situation de handicap d'une personne est toujours singulière et problématique dans une société fondée sur l'autonomie. On n'en a jamais fini avec la compréhension de la situation d'une personne avec un handicap parce que la personne n'en a jamais fini avec cette situation qui constitue un problème dans sa société d'appartenance.

La CDA réfère le jeune à une catégorie sociale (la déficience sensorielle, le trouble de la personnalité, le handicap psychique, etc.), et détermine une action destinée à compenser sa difficulté de vie. Mais la situation du jeune n'est pas statique, les moyens requis pour participer aux bénéfices de la condition humaine - sa capacité - varient en fonction de son évolution et de son environnement. Le rôle de l'établissement médico-social est de poursuivre l'analyse de sa situation, d'adapter les réponses à son évolution.

La notion de compensation comporte le danger d'induire une perspective de résolution : le manque (la déficience) est compensé, il n'y a donc plus de situation de handicap. Les besoins sont appréhendés comme les compensations requises par la déficience : besoin d'un fauteuil, d'une rééducation, de pédagogie et d'éducation spécialisée. On a confondu la finalité - les besoins humains du jeune - et les moyens - la compensation permettant au jeune de répondre à ses besoins.

A contrario, considérer que la situation du jeune est singulière et évolutive implique de mettre en cohérence les différents aspects du dispositif de compensation relatif à son handicap pour que ce dispositif prenne sens au regard de sa singularité et de son évolution. Cette cohérence est une préoccupation majeure de vos pratiques professionnelles et les parents témoignent amplement qu'elles y trouvent une continuité d'écoute et de réponses qui est déterminante pour leur équilibre, déterminante pour affronter les difficultés rencontrées avec leur enfant, et penser son avenir.

Vous avez développé dans vos établissements une interdisciplinarité, une transversalité autour du projet individuel, dont vous n'avez plus toujours conscience, mais qui est largement relevée par les personnes extérieures au secteur médico-social, dont les enseignants notamment.

Je fais l'hypothèse que le caractère hors norme du handicap est à l'origine d'un effort particulier de cohérence. Ce qui ne s'inscrit pas dans le modèle social dominant, - aujourd'hui l'autonomie - l'intégration des normes et la maîtrise des supports qui permettent de vivre par soi-même, exigent une construction propre pour s'intégrer socialement. La compensation n'y suffit pas car elle répond certes à un manque mais sans réduire la différence qui fait problème. Condition de la cohérence des actions auprès du jeune, l'interdisciplinarité est ce qui donne sens au dispositif de compensation en liant humainement ses différents aspects, de telle sorte que la compensation ne reste pas une simple prothèse mais que soit reconnue la spécificité de la condition du jeune avec un handicap, que son handicap ne soit pas considéré comme

un simple attribut compensé mais comme une caractéristique qui détermine fondamentalement son existence, et qui demande un accompagnement humain pour se saisir de ce que cela implique au fil de son développement.

5.2 Clinique

Vous vous souvenez des trois niveaux déterminant les places respectives :

- le projet de vie du jeune, relevant de ce dernier et de ses parents,
- le plan de compensation élaboré par la CDA avec les parents du jeune,
- le projet de scolarisation et le projet d'accompagnement.

Le plan de compensation détermine des moyens à partir d'une définition générique de la déficience identifiée, - visuelle, auditive, intellectuelle, motrice, psychique. C'est une définition normative, à partir de représentations générales.

L'établissement médico-social, lui, accompagne un jeune singulier, autrement dit aborde sur le mode clinique la définition générique de sa déficience. Expression d'une commande sociale, la mission qui est conférée à l'établissement fixe le sens de son action, mais elle le charge en même temps d'apprécier sous quelle condition cette commande sert le développement du jeune.

Votre technicité de professionnel est la médiation qui reformule la définition normée des besoins de l'utilisateur en définition clinique, c'est-à-dire définition en situation pour une personne. Je répète car c'est le cœur de votre identité professionnelle. Votre technicité de professionnel est la médiation qui reformule la définition normée des besoins de l'utilisateur en définition clinique, c'est-à-dire définition en situation pour une personne.

Tout en considérant que le jeune vit dans une société avec ses exigences, l'établissement prend *a priori* son point de vue, il considère la singularité personnelle de sa déficience, de sa difficulté ou problématique. Qu'il s'agisse de la déficience en tant que telle, de ses troubles réactionnels ou des troubles psychiques à l'origine du handicap - un blocage scolaire, un comportement perturbateur, un retrait relationnel, etc. - il s'agit toujours d'une manifestation socialement normée - générique donc - d'une difficulté singulière à vivre sa condition. La démarche clinique ne traite pas tant la manifestation socialement normée que la difficulté singulière du jeune à vivre une condition qui fait socialement problème.

Votre action professionnelle, votre savoir-faire, consistent à rechercher avec le jeune une issue qui lui permette d'élaborer sa difficulté singulière, consistent à élaborer avec lui une réponse appropriée à la singularité de cette difficulté.

Dans cette démarche clinique, le risque qui vous guette par contre, c'est d'appliquer une théorie à la difficulté du jeune, ce qui vous dispense de chercher avec lui des modalités de résolution au travers d'une interaction qui comporte des formes d'accord et de confrontation. Vous remplacerez alors la formulation socialement normée de la difficulté, du désavantage vécu par le jeune, par une autre formulation socialement normée au nom d'une théorie scientifique, en oubliant que ce n'est pas la situation de la personne qu'il faut appréhender à partir de quelques théories que ce soit, mais la théorie qu'il faut approcher de la singularité de la situation du jeune. Je souligne là aussi : ce n'est pas la situation qu'il faut expliquer par la théorie, c'est la théorie qu'il faut approcher de la singularité de la situation.

5.3 Continuité éducative

La continuité éducative est également un fondement de l'action de l'établissement médico-social, et donc de l'identité professionnelle de ses membres : une continuité quotidienne qu'il offre au jeune dont le handicap occasionne une diversité d'interventions spécialisées qui

risquent de morceler son vécu psychique et donc de nuire à la construction d'une personnalité capable d'initiative, d'adaptation, de dynamisme projectif.

Cette continuité quotidienne me semble déterminante pour permettre au jeune de devenir non seulement autonome au sens de capable d'effectuer les actes nécessaires aux diverses situations de l'existence, mais aussi indépendant au sens de capable de prendre des décisions et de déterminer son existence. Or, pour déterminer son existence d'adulte, il faut que le jeune ait été accompagné par des personnes dans une diversité de situations au cours desquelles il a pu expérimenter ses modalités de réponse aux problèmes rencontrés, au travers d'un processus d'essais-erreurs-réussites.

C'est d'ordinaire le rôle des parents. Le jeune avec un handicap a, lui, besoin d'un accompagnement suppléant par des professionnels et au moins pour partie en compagnie de jeunes qui partagent son handicap pour développer des stratégies appropriées. C'est cette double référence à des pairs qui partagent sa condition de vie et à des adultes relativement constants qui va permettre au jeune de construire une personnalité au travers de la diversité des situations de vie qu'il va rencontrer.

Cette continuité du quotidien assurée par les professionnels qui encadrent les jeunes en établissement médico-social est encore plus nécessaire aux jeunes qui accusent des troubles graves de la personnalité comme vous en accueillez aujourd'hui une proportion significative dans les IME et les IEM.

Je cite en la matière quelques extraits d'un article du Philippe Gabbai⁶. Celui-ci rappelle que les accordages émotionnels et affectifs se réalisent « dans la triviale des expériences de la vie quotidienne .../... [que] l'apaisement des angoisses passe par une attention extrême portée à l'aménagement de la quotidienneté .../... Pour que la personne autiste grave accroche sur le temps, il faut que la quotidienneté organise des rythmes [...] qui établissent une fonction « contenante » basique du monde .../... C'est la quotidienneté que les pathologies autistiques, psychotiques et anaclitiques attaquent le plus violemment. C'est par la quotidienneté que passent la majeure partie des actions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques ».

Le quotidien en établissement n'est pas un temps vide, secondaire, de moindre valeur que des interventions techniques ou les temps d'entretiens.

C'est l'espace de l'interaction psycho-éducative :

- d'une part dans sa dimension transférentielle, au sens où le professionnel offre au jeune le support d'un personnage sur lequel il rejoue des aspects non résolus de son histoire,
- d'autre part dans sa dimension identificatoire, au sens où le professionnel offre au jeune les images qui contribuent à la construction de sa personnalité.

La fonction psycho-éducative de l'établissement médico-social risque aujourd'hui d'être secondarisée par la prévalence accordée à la scolarisation, elle risque d'être réduite à une dimension occupationnelle qui n'aurait plus qu'à se préoccuper d'être bien-traitante. Sauf que la bienveillance n'est pas l'objectif de l'interaction éducative, elle est la condition nécessaire d'un accompagnement mais pas sa raison d'être.

Les IME et les IEM doivent donc aujourd'hui reformuler cette fonction psycho-éducative. Cela consiste :

- d'une part à soutenir la socialisation de jeunes dont on sait que les acquisitions cognitives et fonctionnelles ne suffisent pas à les rendre autonomes et capables de comportements sociaux appropriés, qu'ils doivent les expérimenter en situation ;

⁶ Propos triviaux sur une quotidienneté thérapeutique, Les Cahiers de l'Actif n°386/387, Juillet/Août 2008, pages 65 à 72.

- d'autre part à offrir un espace de développement de la personnalité de chacun de ces jeunes au sein d'un groupe de pairs, et de construction identificatoire à des adultes qui les reconnaissent dans leur spécificité.

J'évoque rapidement une situation qui me semble illustrative de cette perspective.

Des professionnels en IMPro expliquaient que des jeunes disposaient d'habiletés manuelles et de compétences techniques, mais qu'ils avaient des conduites inadaptées en situation scolaire ou professionnelle parce qu'ils s'étaient insuffisamment appropriés le sens des conduites sociales. Leur parcours de scolarisation et de professionnalisation impliquait un accompagnement éducatif dans une diversité de situations sociales pour les expérimenter concrètement. Au regard de la fragilité psychologique des uns, des troubles de la personnalité des autres, c'est l'accompagnement psycho-éducatif qui articulait dans une globalité la scolarisation ou la professionnalisation, les apprentissages sociaux et le développement psychoaffectif.

Pour qu'ils n'éprouvent pas leur existence sur le mode d'un vécu morcelé en séquences de scolarisation, stages professionnels, soutien rééducatif et/ou thérapeutique, l'accompagnement éducatif en internat leur offrait la continuité nécessaire à leur développement. Cet accompagnement se poursuivait ensuite dans des appartements indépendants, supports à l'entrée dans une vie d'adulte.

« La continuité nécessaire à leur développement ». En suppléance à la responsabilité éducative des parents, il revient donc aux établissements médico-sociaux d'assurer cette continuité. Parce que la construction de la personnalité de chaque jeune passe par la définition d'un cadre de vie constant, pour qu'il y prenne ses marques, y inscrive ses habitudes intimes et identitaires. Les habitudes quotidiennes garantissent une continuité d'existence. Ainsi que l'écrit Reynald Brizais, « *le quotidien est ce qui fait tenir une identité* ».

Pour exister comme le « même être » tout au long de ma vie bien que je sois complètement différent de ce que j'étais enfant, j'ai besoin d'éprouver cette « mêmété » au quotidien avec des êtres familiers et donc constants. Ce qui implique notamment une grande cohérence des conduites éducatives, compte tenu du nombre de professionnels qui encadrent les jeunes concernés.

Interdisciplinarité, clinique, continuité éducative, me semblent donc être trois fondements de votre identité professionnelle en IME et IEM. Cela implique que vous formuliez les pratiques. C'est la condition de leur reconnaissance par les pouvoirs publics, les gestionnaires et par vous-même. L'écrit ne fige pas, contrairement à ce qu'on dit parfois, il prend date pour avancer, il permet de mesurer le chemin, il incite à préciser sa pensée parce qu'avec le recul il la fait apparaître dans ses incomplétudes.

Nous avons la responsabilité de ne pas nous laisser dominer par la crainte de l'avenir, de ne pas aborder les changements que sur le mode de leurs contraintes, car le professionnalisme s'y épuise dans une déconsidération identitaire.

Le rôle de l'établissement médico-social est peut-être aujourd'hui plus délimité, spécifié sur le mode de la suppléance spécialisée au regard du handicap. Je pense qu'il sort affiné de la mutation qu'implique le processus de scolarisation voulu par la loi du 11 février 2005, je pense qu'il se déleste de certaines illusions, qu'il se dégage de certaines confusions et y précise sa qualité clinique.

C'est en construisant un professionnalisme plus rigoureux dans ce qui le justifie, un professionnalisme qui se reconnaît dans la validité de ses savoir-faire, c'est ainsi que nous sommes utiles à ceux qui nous sont confiés.