

**IRTS**  
**Franche-Comte**

**DSTS**

**Promotion 2001-2004**

**Le handicap mental léger, un processus de désignation entre l'école et la stigmatisation**

**Etude menée à l'IMP de Rougemont le château**

**Directeur de mémoire**  
**Mme Gamba-Nasica**

## **REMERCIEMENTS**

Nous souhaitons présenter nos sincères remerciements aux personnes qui ont contribué à la réalisation de cette recherche, pour leur aide et leur soutien.

Nous remercions particulièrement l'équipe de professionnels qui intervient à l'IMP St Nicolas, qui nous a permis de mener l'enquête à son terme.

Enfin, nous adressons notre gratitude à Mme Christine Gamba-Nasica, maître de conférence à l'université de Franche Comté, qui a accepté de diriger ce travail avec exigence.

# Sommaire

**Introduction**

p 1

## **Première partie : du général au singulier**

<b>1.1 Des constats</b>	p8
<b>1.1.1 Cheminement professionnel</b>	p8
<b>1.1.2 La structure : institut médico-pédagogique</b>	p9
1.1.2.1 Définition	p9
1.1.2.2 Historique de l'établissement	p9
1.1.2.3 Evolution de la structure	p11
1.1.2.4 L'établissement dans sa configuration actuelle	p12
1.1.2.5 Son implantation	p13
<b>1.1.3 Une politique de projet</b>	p14
1.1.3.1 La nature du projet d'accompagnement	p14
1.1.3.2 Le projet éducatif	p14
1.1.3.3 Le projet thérapeutique	p15
1.1.3.5 Le projet individuel	p16
<b>1.1.4 Un champ d'action : l'éducation spécialisée</b>	p17
1.1.4.1 Une pratique professionnelle	p17
1.1.4.2 Rapport à l'historicité	p18
1.1.4.3 Développement des structures spécialisées	p20
<b>1.2 La population accueillie</b>	p20
<b>1.2.1 Une problématique : la déficience mentale légère</b>	p20
<b>1.2.2 L'échec scolaire</b>	p23
<b>1.2.3 Une orientation vers le secteur de l'éducation spécialisée</b>	p26
1.2.3.1 Les classes spéciales	p26

1.2.3.2 Le projet du docteur Bourneville : l'enseignement spécial	p27
1.2.3.3 L'intégration scolaire des enfants handicapés	p27
1.2.3.4 Les commissions départementales d'éducation spéciale	p31
1.2.3.5 Le développement d'une alternative	p33
<b>1.2.4 Principaux textes de lois</b>	p34
1.2.4.1 Textes nationaux	p34
1.2.4.2 Textes internationaux	p36

<p><b>Deuxième partie : le handicap mental léger, une construction sociale et un processus de désignation</b></p>
---

<b>2.1 La notion de déficience mentale</b>	p38
2.1.1 Champ de définition	p39
2.1.2 D'hier à aujourd'hui	p40
2.1.2.1 Les précurseurs	p40
2.1.2.2 Une action sur les textes en vigueur	p41
2.1.2.3 Le rapport à l'éducabilité	p42
2.1.2.4 La dualité Santé publique- Education nationale	p42
2.1.2.5 L'enfance inadaptée	p43
2.1.2.6 Evolution de la notion	p44
2.1.3 Les classifications	p45
2.1.4 Les données statistiques	p47
2.1.5 Le quotient intellectuel et les tests	p47
2.1.5.1 Un repérage des difficultés scolaires	p47
2.1.5.2 Les différentes formes d'intelligences	p50
2.1.5.3 Les classifications : l'apport de l'OMS	p51
2.1.5.4 Les origines de la déficience mentale	p52
2.1.5.5 Vraie ou fausse déficience	p53
2.1.6 Une définition recouvrant de multiples situations	p53
2.1.7 L'entrée dans une filière ou simple passage ?	p55
2.1.8 Le risque de l'étiquetage	p56

2.1.8.1 Changement d'époque, changement de vocable	p56
2.1.8.2 Un marquage stigmatisant	p57
<b>2.2 Emergence de l'hypothèse centrale</b>	p58
<b>2.3 Le référentiel théorique</b>	p59
2.3.1 L'interactionnisme symbolique	p59
2.3.2 H.Becker et la déviance	p60
2.3.3 E.Goffman et la stigmatisation	p63

<p><b>Troisième partie : les professionnels et les jeunes en situation de handicap, quelles perceptions ?</b></p>
---

<b>3.1 Recueil de données auprès des acteurs</b>	p66
<b>3.1.1 Enquête par entretien</b>	p66
3.1.1.1 Une manière d'entendre	p66
3.1.1.2 L'entretien semi-directif	p67
3.1.1.3 Contexte de l'entretien	p67
<b>3.1.2 Interview des professionnels</b>	p68
<b>3.1.3 Elaboration d'un guide d'entretien</b>	p69
<b>3.2 Phase de traitement</b>	p70
<b>3.2.1 Analyse des discours</b>	p70
3.2.1.1 Le handicap mental léger, une notion difficile à cerner	p70
3.2.1.2 Influence du milieu familial	p72
3.2.1.3 Le manque de performance	p73
3.2.1.4 Trouble du langage, trouble du comportement	p73
3.2.1.5 Un outil de catégorisation : les tests d'intelligence	p74
3.2.1.6 Le poids des mots	p75
3.2.1.7 De l'école à l'institut médico-pédagogique	p75
3.2.1.8 La structure IMP, école ou lieu de soins ?	p77
3.2.1.9 Et après, quelles perspectives ?	p80

## **Quatrième partie : un étiquetage porteur de sens**

<b>4.1 Interprétation des données</b>	p81
<b>4.1.1 Un processus de désignation</b>	p81
<b>4.1.2 Une situation hors norme</b>	p81
<b>4.1.3 Une zone aux contours flous</b>	p83
<b>4.1.4 Les effets de l'orientation</b>	p83
<b>4.1.5 Une stratégie de masquage du handicap</b>	p84
<b>4.1.6 Le renforcement de la stigmatisation</b>	p85

## **Cinquième partie : un autre regard sur le handicap mental léger**

<b>5.1 De nouvelles stratégies</b>	p86
<b>5.1.1 Sortir d'un étiquetage discriminatoire</b>	p86
<b>5.1.2 Déjouer la logique de filière</b>	p88
<b>5.2 Un partenariat à développer</b>	p89
<b>5.2.1 Enseignant-éducateur, deux acteurs pour un projet</b>	p89
<b>5.2.2 La recherche d'une synergie</b>	p90
<b>5.2.3 Une démarche préventive</b>	p90
<b>5.3 Des actions en dehors de l'IMP</b>	p91
<b>5.3.1 Une flexibilité des pratiques</b>	p91
<b>5.3.2 De l'intra à l'extra-muros</b>	p92
<b>5.3.3 Contribution à la formation des maîtres</b>	p93
<b>Conclusion</b>	p95
<b>Bibliographie</b>	p98
<b>Annexes</b>	

# Introduction

## **Une approche du handicap mental**

La réflexion que nous nous proposons de développer concerne le monde du handicap mental. Nous y sommes confrontés depuis plus de vingt ans maintenant du fait de notre pratique professionnelle. Notre première rencontre avec les personnes handicapées s'est déroulée dans le cadre d'un institut médico-pédagogique et actuellement nous retrouvons cette population puisque nous intervenons dans le même type de d'établissement. L'idée de prendre du recul en menant un travail de recherche nous paraît très mobilisatrice.

En effet, autant hier les jeunes déficients que nous avons accompagnés étaient repérables par les stigmates du handicap, c'est-à-dire soit par leur déficience manifeste, soit par des signes physiques, autant aujourd'hui la visibilité de leur problématique apparaît de prime abord moins accessible.

Le constat de départ que nous formulons est que le handicap mental, notamment la déficience légère, n'est pas une donnée anthropologique mais une construction sociale qui résulte d'un processus que nous visons justement à mettre au jour dans ses multiples dimensions.

## **Une notion en évolution**

Le handicap mental est une notion assez vaste qui recouvre des réalités différentes, englobant tout un ensemble de déficiences intellectuelles. Cette notion a subi des changements importants au cours de l'histoire sociale. Du Moyen-Age où les « vagants » erraient sur les chemins à l'enfermement du siècle dernier, aujourd'hui c'est le maintien de la personne handicapée dans le milieu ordinaire qui est privilégié. Notons cependant que les premiers à considérer la personne handicapée comme ayant besoin d'une prise en charge particulière ont été les médecins aliénistes au siècle dernier. Et ce fut d'abord les sourds qui en ont bénéficié. Ainsi ont débuté les prémices de la prise en charge de la personne handicapée, qui s'est développée jusqu'à devenir, avec l'appui des politiques sociales, le système de prise en charge éducative spécialisée qui est en vigueur actuellement.

Ces transformations ont modifié le regard qui est porté à la fois sur les personnes touchées par le handicap et sur la façon de leur proposer une aide afin de pallier l'état de dépendance qui les caractérise.

### **Une nécessaire prise en charge**

Les enfants concernés par le handicap de déficience légère font l'objet de mesures particulières et bénéficient d'orientation vers des structures d'éducation spécialisée, leur situation personnelle étant altérée par ce que suscite la déficience mentale, à savoir une dépendance relationnelle, une atteinte de leur autonomie, une spécificité de leur trajectoire scolaire puis professionnelle.

Parallèlement aux modalités de prise en charge, les systèmes de repérage du handicap ont évolué, allant dans le sens de la recherche d'une solution la plus adaptée et proposée le plus tôt possible, pour mettre en place une démarche de relation d'aide. Ce dispositif tend à soutenir les aspects les plus perfectibles de la situation de l'enfant et de sa famille.

Face à la complexité de la question du handicap, la définition même de ce dernier laisse entrevoir une marge que les législateurs ont justement souhaitée afin de ne pas trop restreindre le terme.

### **L'école, un vecteur déterminant**

Un facteur primordial a marqué le champ du handicap, il s'agit des lois Jules Ferry (1882) qui ont rendu l'école obligatoire. La volonté de normalisation de cette institution a révélé les situations d'inadaptation que rencontraient certains enfants. Cette époque est alors celle de l'émergence d'une détermination qui consiste à normaliser davantage.

Actuellement, le repérage des enfants en situation de handicap s'établit dans le cadre scolaire et le processus de désignation s'élabore au sein du monde scolaire. L'enfant qui est reconnu en difficulté notamment par un déficit dans les apprentissages, se voit orienter, dans la plupart des cas, vers des structures du champ de l'éducation spécialisée. Cette situation de retard dans les acquisitions contribue, parallèlement à une condition familiale souvent précaire, à la construction du statut de handicapé mental léger, tel que le définissent les textes officiels.

## **La particularité du handicap mental léger**

Dans ce contexte de réflexion, nous avons pu observer, en tant que professionnel, que le handicap mental léger était celui qui prêtait le plus à la controverse, étant celui qui se situe le plus près de la limite entre le « normal » et « l'anormal ». Dans le discours des professionnels, cette catégorie est particulièrement sujette à des questionnements. Doit-on considérer les enfants étiquetés comme tels davantage dans le registre du handicap ou les assimiler avant tout à un niveau de difficulté scolaire? Le débat est alimenté en partie par la zone de flou qui entoure le champ de définition. Cette question entre autres, a suscité notre intérêt et participé de notre réflexion initiale.

En effet, une des premières questions que l'on peut énoncer concerne directement le handicap mental : que recouvre aujourd'hui cette notion ?

Force est de constater qu'une distinction est à opérer pour différencier le type de handicap auquel on se réfère, dans la mesure où l'incidence sur l'individu n'est pas identique suivant que l'on désigne des personnes se situant dans la déficience légère, moyenne ou profonde.

Lorsqu'il s'agit d'un trouble qui atteint précocement l'individu, qui est lié à une atteinte organique, le repérage est évident et le statut de handicapé est clairement établi : on parle alors de handicap avéré. En ce qui concerne le handicap mental léger cela se complexifie du fait que la situation de handicap n'est pas innée, et que l'individu qui est considéré comme conforme va franchir le seuil de la non-conformité. De ce constat émerge une autre interrogation, quels sont les facteurs qui contribuent à la construction de ce type de handicap ?

### **Quelques données chiffrées**

Aujourd'hui en France, il y a 68774<sup>1</sup> personnes dont la déficience principale est d'ordre intellectuel, ce qui représente l'effectif le plus important, tout handicap confondu.

On retrouve quasiment cette tendance au niveau des établissements qui accueillent les handicapés puisque 67 % des personnes atteintes d'un handicap fréquentent une structure pour déficients intellectuels.

---

<sup>1</sup> Source : DRASS Enquête ES. FINES 1.01.2001

Au vu de la pré- enquête que nous avons effectuée, nous constatons que la représentation que les professionnels se font du handicap mental aujourd'hui prend en compte une réalité singulière, définie par les normes actuelles. Au regard de cette observation, nous pouvons nous demander en quoi la nature du handicap a-t-elle changé si l'on admet que les critères scolaires ont évolué et plus généralement que la société change ?

Si cette question est envisagée sous l'angle de la déviance, il est intéressant de s'interroger sur les normes qu'appliquent les instances de désignation. Mais au-delà de cette approche, il semble que la question de la construction identitaire soit importante. Si la déviance agit comme un marquage, un stigmate qui influe sur l'identité alors l'identité (les identités) peut être re-construite sur un mode moins stigmatisant

Le handicap mental léger subit les effets de l'évolution de la société. Les entretiens exploratoires font apparaître que l'abord de cette notion de handicap mental dans le cadre de l'institut médico-pédagogique associe autant la déficience à l'expression de retard dans les acquisitions que de la précarité des familles. En effet, les professionnels qui constituent l'équipe pluridisciplinaire reconnaissent que les origines sociales des enfants qui leur sont adressés, proviennent de milieux défavorisés, confrontés à des situations familiales complexes. De ce fait, les instances de désignation sont amenées à identifier des jeunes qui relèvent autant d'une problématique sociale que déficitaire sur le plan cognitif.

Aussi, au centre du dispositif de repérage du handicap, la notion de déviance a changé et englobe autant la difficulté sociale des personnes que l'expression de leur handicap.

### **Le but de notre recherche**

Avec cette enquête, nous cherchons à comprendre de quelle manière les professionnels qui composent l'équipe pluridisciplinaire de l'institut médico-pédagogique, se représentent-ils actuellement les jeunes qui sont pris en charge, présentés comme handicapés mentaux dans le registre de la déficience mentale, et plus précisément la déficience mentale légère.

La première précision que nous pouvons apporter sur l'objet même de notre recherche, c'est que nous nous attachons à observer le handicap non pas dans une définition large, mais plutôt en sériant davantage ce que représente le handicap mental léger. L'intérêt majeur que nous portons à cette catégorie vient du fait que c'est justement la proximité avec la normalité qui caractérise particulièrement ce handicap et qui en rend plus complexe le développement :

pourquoi un individu qui menait une existence dans le monde de la normalité se retrouve-t-il par un certain concours de circonstances dans celui du handicap mental ?

Ce processus ne s'établit pas instantanément, il résulte d'une imbrication de difficultés, d'un contexte social particulier, d'une histoire, qui conduisent la personne à être désignée comme celle devant relever d'un dispositif socio-éducatif.

Cette démarche de désignation relève d'une construction sociale, élaborée par les instances ayant compétences dans ce domaine. En l'occurrence, le repérage de la situation s'étant effectué dans le cadre scolaire, c'est bien l'école qui remplit la fonction d'organisme de désignation et qui favorisera la mise en place d'une réponse d'aide face aux difficultés rencontrées.

L'équipe pluridisciplinaire au sein d'une institution du secteur médico-social est l'un des fers de lance de la mise en œuvre et de l'application des politiques sociales.

L'intérêt de les consulter pour notre travail d'enquête est motivé par la proximité que ces personnes peuvent avoir avec les jeunes accueillis dans la structure. Pour la plupart, ils ont une certaine expérience dans leurs pratiques du fait de leur ancienneté dans leur fonction, ce qui peut, par la comparaison, favoriser une prise de recul par rapport à la pratique et permettre un regard distancié sur le temps écoulé depuis le début de leur implication professionnelle.

Qui plus est les pratiques sont inscrites dans un contexte plus englobant caractérisé, entre autres, par une institution familiale profondément bouleversée avec une configuration différente, à savoir plus de monoparentalité, un taux de divorce plus important, ce qui entraîne des recompositions familiales et par une situation économique peu favorable générant davantage de situations de précarité et modifie la relation à la valeur « travail ».

Dans un tel contexte, que pouvons-nous repérer concernant le handicap mental et de sa prise en charge ? Quels sont les changements ? Les problèmes rencontrés actuellement sont-ils semblables à ceux rencontrés auparavant ? Qu'en est-il des normes qui définissent la désignation de ces groupes marginalisés ? Quelle place un établissement comme l'IMP peut-il avoir 50 ans après sa création ? Qu'en est-il des pratiques professionnelles au regard des changements sociétaux ?

Afin d'apporter des éléments de réponses à cet ensemble de questions réorganisées ultérieurement, nous nous appuyerons sur une série d'entretiens que nous avons réalisés auprès des professionnels qui ont en charge ces jeunes déficients.

Notre enquête s'est déroulée sur le lieu de travail et nous a permis de répertorier des données sur la population accueillie, sur les formes d'accompagnement et sur les différents niveaux d'interactions entre les partenaires. Les échanges ainsi recueillis constituent notre corpus d'entretiens et apportent un éclairage sur la manière dont les discours des personnes restituent leurs perceptions et actions. Dès lors, on voit apparaître des niveaux de représentation différents et finalement des conceptions du handicap qui recouvrent des points de vue différenciés.

Notre démarche de restitution qu'est le mémoire se décline en cinq grandes parties. La première d'entre elles fixe le cadre où s'est déroulé l'essentiel de notre recherche, c'est la structure : institut médico-pédagogique. Cet établissement du secteur sanitaire et social représente le terrain où nous avons mené nos investigations, où nos entretiens se sont déroulés. Les personnes participant aux entretiens de l'enquête font partie de l'équipe pluridisciplinaire de l'institut. Il sera abordé les particularités de la prise en charge des jeunes déficients ainsi que les textes de référence qui régissent ce type d'établissement.

Nous présenterons également la population accueillie, en tentant de cerner la nature des troubles la caractérisant.

Nous clôturerons cette première partie en dégagant les questionnements possibles autour de la construction du handicap mental, qui constituent le fondement de la question de départ. Le travail exploratoire viendra éclairer cette fin de partie.

La seconde partie développera la notion de handicap mental léger qui est au cœur de la problématique énoncée. Il s'agira de mieux comprendre comment fonctionne la désignation qui aboutit au franchissement du conforme vers le non conforme et de mieux saisir le rôle de l'école dans l'élaboration de ce processus.

Cela débouchera sur la formulation de l'hypothèse principale, qui fera office de fil conducteur à notre recherche.

A l'issue de cette partie, il sera opportun de dérouler le référentiel théorique et de développer l'intérêt porté aux auteurs retenus, en rapport au thème de recherche.

La méthodologie de l'enquête et les outils utilisés seront détaillés dans la troisième partie. Il s'agira de mener une réflexion sur la teneur du discours des professionnels de terrain, et de percevoir en quoi les interviews recueillies sont en résonance avec l'énonciation de l'hypothèse centrale. Cette démarche d'analyse des discours ponctuera ce chapitre.

La quatrième partie sera axée sur l'interprétation des données. A partir des matériaux accumulés, nous tenterons de tester l'hypothèse de recherche et de mettre en place une démarche qui consistera à dégager un sens aux résultats observés.

A l'issue de cette démarche, l'objectif de la dernière partie sera de proposer un prolongement pratique de la recherche, ce que l'on pourrait nommer « l'effet de la recherche ». Il s'agit de dégager des perspectives et de proposer des modèles d'actions prenant en compte les résultats de la recherche.

## Première partie : du général au singulier

### 1.1 Des constats

#### 1.1.1 Cheminement professionnel

Une de mes premières approches du handicap mental s'est réalisée au début des années 1980. A cette époque, nous étions pré-stagiaires, c'est-à-dire non diplômé mais en situation professionnelle. Nous intervenions dans un institut médico-pédagogique auprès d'enfants présentant une déficience légère et moyenne. Une vingtaine d'années après, nous retrouvons cette population puisque les jeunes déficients que nous accompagnons actuellement en tant qu'éducateurs spécialisés, correspondent au même critère de handicap, puisqu'ils présentent un retard léger et moyen.

Cette période, qui nous sépare de ce premier contact avec le monde du handicap, est jalonnée de différentes étapes où nous avons rencontré d'autres situations professionnelles. Tout au long de ce parcours, nous avons côtoyé des personnes en difficulté, mais ne relevant pas exclusivement du registre de la déficience mentale.

Nous avons pu constater des changements tant au niveau des pratiques professionnelles que des politiques sociales. Le regard que nous portons aujourd'hui sur le secteur médico-éducatif, notamment sur le handicap mental s'est transformé, du fait de l'expérience acquise et des connaissances accumulées.

Au-delà de tous les changements repérables au niveau de sa sphère personnelle, de l'environnement dans lequel nous évoluons, l'idée d'interroger les populations accueillies dans les structures spécialisées, du type institut médico-pédagogique dans leurs éventuelles transformations, nous est apparue intéressante : en quoi les jeunes déficients mentaux sont-ils différents aujourd'hui par rapport à leurs aînés, alors que le contexte socio-économique a subi des mutations importantes et que la notion de famille s'est considérablement modifiée ?

Guy Rocher<sup>2</sup> évoque les transformations que la société provoque sur elle-même et qui modifient sa nature, son orientation, sa destinée avec des effets sur ses membres, son milieu.

---

<sup>2</sup>Guy Rocher, *Le changement social*, éditions HRH, Paris, 1972.

Ces constats nous amènent à nous intéresser à cette dimension du changement perceptible auprès du public de l'institut médico-pédagogique.

Aussi une étude comparant deux époques dans la prise en charge du handicap mental se profilait-elle, afin de déterminer la nature des changements. En portant notre intérêt sur les transformations repérables dans l'expression même de la déficience, nos questionnements se sont élargis, notamment sur la façon dont un enfant quitte le champ de la normalité pour celui du handicap, considérant que la particularité du handicap mental léger est qu'il n'est pas inné mais acquis.

Ce passage est un processus complexe qu'il est nécessaire de décrypter pour en comprendre les rouages. D'autant que franchir le seuil de la normalité pour affronter l'univers du handicap et être désigné comme une personne handicapée avec des implications en termes de ségrégation, de différence, de marginalité n'est pas un parcours sans obstacles. C'est par rapport à ce processus là que notre démarche tentera d'apporter un éclairage afin de saisir ce qui peut conduire un enfant à être considéré comme handicapé mental avec les conséquences que cela implique surtout en terme de stigmatisation.

Les orientations politiques en direction des personnes handicapées prônent un accès à un statut de personne à part entière, en lui reconnaissant des droits, la plus grande autonomie possible, une intégration sociale maximale ainsi qu'une participation à la vie de la communauté, c'est à dire un programme d'actions visant à garantir une réelle égalité des chances. Jamais la question du handicap n'a autant mobilisé les responsables nationaux au point que le Président de la république en a fait une priorité de son quinquennat.

Tous ces paramètres nous ont amenés à retenir comme objet d'étude le handicap mental léger et le processus de désignation qui conduit des personnes à être identifiées dans le champ de l'anormalité. La déficience légère est la plus ambiguë, puisque trop proche de la normalité pour être considérée comme un handicap sévère, mais suffisante pour désigner un enfant comme déficient mental. Cet étiquetage est lourd de conséquences et marque une entrée dans le secteur de l'éducation spécialisée.

## **1.1.2 La structure : L'institut médico-pédagogique (IMP)**

### **1.1.2.1 Définition**

C'est une structure qui assure une prise en charge globale de l'enfant en difficulté, présentant un retard mental, entravant en partie sa scolarité. Une équipe pluridisciplinaire met en place un dispositif, axé sur trois niveaux d'actions, le pédagogique, l'éducatif et le thérapeutique.

Ce plateau technique ajuste les différents outils dont il dispose pour répondre au mieux à la situation singulière de chaque enfant.

L'IMP vient s'inscrire dans la logique des classes de perfectionnement mais en offrant une possibilité d'internat, ce qui dans certains cas de placement est une option essentielle.

L'internat répond à une nécessité de pallier des carences graves du milieu familial. Dans certaines situations, l'institut représente une alternative rassurante, équilibrante qui représente un lieu neutre où l'enfant peut évoluer dans un cadre adapté avec deux champs d'intervention principaux : un enseignement spécialisé et une action thérapeutique.

Après ce préambule et avant de revenir plus en détails sur le fonctionnement de la structure, il nous semble important, pour comprendre la définition actuelle de l'établissement, de développer son historique ainsi que son évolution.

### **1.1.2.2 Historique de l'établissement**

Une famille de notables de la région crée en 1859 un orphelinat agricole pour garçons. L'industrialisation importante étant productrice de situations misérabilistes, cette structure était une réponse au développement économique trop rapide et aux effets du changement dans les modes de vies.

Des religieuses dominicaines assurent ensuite le fonctionnement en 1868 et l'accueil est exclusivement pour les filles.

Un centre d'enseignement ménager est créé en 1940, parallèlement à l'internat.

L'année 1950 voit enfin la création de l'« association de l'IMP saint- Nicolas » ( association loi 1901) déclarée en préfecture de Belfort le 31 juillet 1952. Les critères d'admission

définissent l'accueil d'enfants présentant une débilité légère et moyenne, dont l'âge se situe entre 6 et 14 ans. Le nombre de places est fixé à 31.

Au cours des années suivantes, des changements successifs vont avoir lieu, modifiant le nombre de places, l'âge des enfants, l'instauration de la mixité, pour en arriver au profil d'établissement tel qu'il est apparu dans les années 1990 :

- internat de 50 places
- semi-internat de 10 places
- mixité
- enfants de 8 à 14 ans

En 2002, une dernière restructuration modifie la configuration de l'établissement. L'association Saint Nicolas, en redéploiement de moyens, crée un institut de rééducation. Cela a pour effet de réduire le nombre de places de l'IMP à 36 places.

### **1.1.2.3 Evolution de la structure**

On constate depuis la date de création qui se situe au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, que l'histoire qui accompagne la structure est marquée par des périodes de changements qui ont eu des effets autant sur la nature des populations accueillies que sur les pratiques développées dans la prise en charge.

La problématique exprimée par les jeunes en 1859 se situait davantage dans une dimension sociale et la structure de l'époque devait répondre à la misère produite par un fort essor industriel.

Ce n'est que dans les années 1950 que la notion de déficience mentale apparaît pour caractériser la population prise en charge, cela correspond également au développement des IMP sur le territoire national avec l'apparition des annexes XXIV en 1956, textes qui régissent les IMP.

Il faut attendre les années 70 et plus précisément le 7/07/1978 pour voir se concrétiser l'élaboration d'un « contrat simple » qui instaure un enseignement scolaire officiel.

A partir de cette époque, des enseignants spécialisés vont assurer le fonctionnement des classes au sein de l'établissement. Auparavant, des cours étaient proposés par du personnel éducatif.

En 2002, un projet de restructuration réorganise l'activité de l'établissement puisque va être créé dans le cadre d'un redéploiement d'activité deux structures qui sont un institut de rééducation (IR) d'une part et un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SSESSAD) d'autre part. Cela a eu pour effet de réduire l'effectif des enfants de l'IMP qui est passé de 60 à 32 places.

De l'orphelinat agricole pour garçons à l'accueil des filles au centre d'enseignement ménager, puis de l'instauration de la mixité à la création de classes spéciales, ces différentes étapes constitutives de l'évolution de l'IMP, montre la nécessité pour une structure de coller à la réalité de son environnement.

On peut repérer par l'énoncé de ce cheminement que chaque évolution s'accompagne de transformations structurelles :

- instauration de la mixité
- Elargissement de l'internat au semi- internat
- Modification dans les tranches d'âges
- Création de classe scolaire
- Changement de locaux
- Restructuration avec création d'un IR et d'un SESSAD

#### **1.1.2.4 L'établissement dans sa configuration actuelle**

La structure prend en charge des jeunes en groupe mixte, entre 8 et 14 ans, qui sont dans le champ de la déficience intellectuelle légère et moyenne, identifiés comme étant en retard scolaire.

La nature de leur trouble peut revêtir des formes diverses :

- Troubles neurologiques légers

- troubles du langage
- épilepsie stabilisée
- troubles affectifs légers
- énurésie
- troubles psychomoteurs

Les enfants sont scolarisés sur place dans trois classes, en fonction de leur âge et de leur niveau d'efficiences. L'enseignement est dispensé par le biais d'une pédagogie adaptée, en prenant en compte la singularité de chaque enfant.

Quant à l'hébergement, la répartition s'établit sur deux sections :

- une section internat de 24 lits.
- une section semi-internat de 12 places.

L'établissement fonctionne sur le mode de l'internat de semaine, les enfants rentrant au domicile familial ou en famille d'accueil le week-end.

#### **1.1.2.5 Son implantation**

Les locaux sont situés en zone rurale, à 18 kilomètres de l'agglomération Belfortaine, dans la vallée de la Saint Nicolas dans les contreforts des Vosges, sur la commune de Rougemont le Château ( Territoire de Belfort ).

La particularité de la situation de l'établissement réside dans le fait que l'environnement naturel offre un cadre où l'espace et la qualité de vie prennent un sens important. Les enfants disposent d'un lieu à vivre permettant un compromis entre la vie rurale et la vie citadine.

Le couvent qui hébergeait les groupes jusqu'aux années 1995 a été délaissé au profit de nouveaux bâtiments, situés à proximité des anciens lieux.

Actuellement, l'IMP se compose de trois structures indépendantes qui représentent les internats, un gymnase et un bâtiment administratif avec les classes.

### **1.1.3 Une politique du projet**

#### **1.1.3.1 La nature du projet d'accompagnement**

Les textes définissant les orientations au sein de l'établissement apparaissent clairement rédigés sous la forme d'un projet institutionnel en 1987, réécrit en 1992.

Une réactualisation a eu lieu en prolongement d'un travail de réflexion, amorcé dans le cadre d'une formation institutionnelle orientée vers une démarche qualité en 1998 et 1999.

L'objectif était d'optimiser le dispositif de prise en charge avec notamment deux thématiques :

- Accompagnement des familles
- Elaboration du projet individuel

A la suite de la restructuration de l'établissement en 2002 et l'élargissement de son champ d'action avec deux nouvelles structures, le projet institutionnel a été remodelé afin de s'adapter aux nouvelles définitions de travail.

Le projet institutionnel se décline en fonction des différents registres d'intervention :

- projet éducatif
- projet pédagogique
- projet thérapeutique

#### **1.1.3.2 Le projet éducatif**

Il est souligné que le séjour de l'enfant doit s'inscrire dans une logique de temporalité courte, comme une orientation transitoire permettant d'ajuster une prise en charge globale, au regard de la situation de difficulté le caractérisant.

Il précise que l'admission est à considérer comme une aide provisoire et non comme une entrée dans une filière du handicap. Cela implique qu'apparaissent des pistes quant aux perspectives d'intégration sociale et professionnelle.

L'esprit de ce projet se fonde en partie sur ce que préconisent les textes en vigueur dans le champ sanitaire et social, à savoir les annexes XXIV modifiées et la loi du 2/02/2002 rénovant l'action sociale et médico- sociale.

Les actions essentielles portent sur différents objectifs :

- Créer un climat chaleureux, nécessaire à l'épanouissement de l'enfant
- Favoriser le développement de sa personnalité
- Remobiliser l'appétence scolaire afin de permettre des acquisitions durables
- Développer l'accession à l'autonomie, facteur d'une insertion sociale

L'accompagnement s'établit dans le cadre de la vie quotidienne. La prise en charge se déroule à l'internat, ainsi que dans les autres sphères auxquelles est confronté l'enfant. L'accent est porté sur l'aspect relationnel, c'est à dire que tout est mis en œuvre pour favoriser la communication et l'expression de l'enfant, dans la perspective d'augmenter son capital de confiance ainsi que l'expérience de situation où il peut se valoriser, ayant été souvent confronté à l'échec.

### **1.1.3.3 Le projet pédagogique**

Les enfants sont scolarisés sur le lieu même de l'IMP puisque les classes sont intégrées à la structure. Ils bénéficient d'une pédagogie adaptée, avec des classes à effectifs réduits.

### **1.1.3.4 Le projet thérapeutique**

L'IMP est aussi un lieu de soins, proposant dans le panel de prise en charge des interventions de plusieurs spécialistes. Suivant le niveau de demande, des soutiens sont proposés, avec des visées thérapeutiques, sous la forme le plus souvent de relation duelle. Cela recouvre aussi bien des séances de psychomotricité que de l'orthophonie ou des entretiens effectués par les psychiatres et psychologues. Chaque spécialiste est à même d'accompagner l'enfant dans son parcours institutionnel. L'intérêt de ce dispositif est qu'il permet à l'utilisateur de bénéficier d'un véritable plateau technique où les actions sont regroupées sur un même lieu. Au regard de la complexité de certaines situations dont l'IMP doit faire face, un tel registre d'interventions est un atout par rapport à des structures moins importantes.

Un accompagnement des familles est également prévu dans le dispositif d'aide et la dimension de prise en charge globale inclut aussi la cellule familiale. Non seulement les textes réglementaires le préconisent mais c'est un compartiment de l'accompagnement qui est privilégié, dans la mesure du possible.

L'IMP en tant que structure médico-sociale n'est pas uniquement une école mais également un lieu d'éducation spéciale, de soins et de rééducation.

### **1.1.3.5 Le projet individuel**

Il prend en compte ce qu'il y a de plus singulier chez l'enfant. La prise en charge globale relève d'un rouage général, prévu pour le plus grand nombre. Elle trace les grandes lignes de l'action commune. Chaque enfant ayant ses particularités, son unicité, pourra s'inscrire avec d'autant plus d'intérêt et de facilité dans le dispositif institutionnel, que celui-ci adapte la prise en charge à la situation précise de l'enfant.

L'objectif est de passer du commun au singulier, dans une démarche d'ajustement thérapeutique, éducatif, pédagogique. La mise en application de ce principe demande à bien cerner la situation de l'enfant, à le placer au centre de l'action, à s'assurer de la cohérence entre les différents projets.

C'est une des raisons qui amène la désignation d'une personne au statut de référent, souvent un éducateur, qui s'assure du bon fonctionnement ainsi que de la mise en oeuvre de cette démarche.

Tout travail centré sur un projet implique une autre phase, celle de l'évaluation. Il est important de mesurer l'impact des actions entreprises.

L'éducateur référent peut assurer le suivi tout au long de l'élaboration et de l'application du projet mais pour qu'il demeure un outil dynamique et conserver du sens, il est nécessaire qu'il soit évalué et réajusté au fil du temps.

Cette prise en compte du changement qui s'opère dans la situation de l'enfant doit modifier l'énoncé du projet afin qu'il reste un outil vivant et évolutif.

## **1.1.4 Un champ d'action : l'éducation spécialisée**

### **1.1.4.1 Une pratique professionnelle**

Le terme d'éducation spécialisée regroupe différents types d'actions et inclut tout un ensemble de troubles dans son champ d'intervention.

L'éducation spécialisée s'adresse aux personnes présentant des difficultés, en terme d'inadaptation. Cela concerne un public dit inadapté, en raison de problèmes scolaires, sociaux, médicaux.

Cette inadaptation ne permet pas aux personnes concernées d'avoir une autonomie suffisante et nécessite une aide, afin de répondre à la situation de manque, qui peut générer une disqualification. Dans le cas de jeunes déficients mentaux légers, l'objectif est de leur permettre de développer leurs potentialités par le biais d'une prise en charge éducative spécialisée et une pédagogie adaptée.

On peut penser que l'éducation spécialisée vient suppléer le système scolaire, dès qu'un enfant se retrouve en situation d'échec. Toutefois, il est important de considérer le milieu familial dans l'analyse des états de carence que l'on peut constater. Même si l'école révèle la situation de l'enfant inadapté, le cadre familial est déterminant dans l'émergence de l'inadaptation.

L'apparition des institutions se fait dans un contexte historico-économique particulier, à savoir une période où le changement de société est important. La société essentiellement rurale du 19<sup>ème</sup> siècle tend à devenir industrielle et urbaine. Cela implique des modifications dans les manières de vivre.

Le type de société d'alors fonctionnait sur le mode des « solidarités naturelles », qui impliquaient en cas de nécessité de soutenir et d'accompagner une personne confrontée à des difficultés. Ainsi, « l'idiot du village » était plus ou moins intégré dans le groupe mais cela relevait d'un réflexe communautaire naturel.

La personne handicapée n'est pas une conséquence de la modernisation. Il y a depuis que les sociétés existent, des situations d'inadaptation. L'élément nouveau se situe davantage dans la reconnaissance qui est portée à ces personnes et aux réponses sociales qui accompagnent ce

phénomène. Les structures médico-sociales dans leurs définitions actuelles sont-elles des créations relativement récentes.

#### **1.1.4.2 Rapport à l'historicité**

Avant d'être spécialisée, l'éducation par ce qu'elle incarne, c'est à dire la mise en œuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain, comme l'indique le Petit Robert, est complètement imbriquée à la notion même de société.

En effet, par l'éducation les sociétés assurent leur continuité par le biais de la transmission inter- générationnelle. Elles contribuent à leur permanence en léguant une mémoire et des manières de faire. Toutefois, pour admettre qu'une société évolue, il est nécessaire que le changement puisse s'exprimer. En matière d'éducation, la pensée novatrice de personnages illustres a marqué l'histoire, en particulier dans les sciences sociales. De nouvelles façons d'aborder l'éducation, que se soit par l'école ou la prise en compte de « l'anormalité », se sont révélées être un critère essentiel de l'évolution des systèmes qui régissent les groupes sociaux.

Dans le champ de l'éducation spécialisée, on mesure à quel point l'audace des précurseurs a contribué à modifier les pratiques de prise en charge des personnes en difficultés, pour finalement disposer aujourd'hui de dispositifs développés, répondant aux normes actuelles.

Une des grandes idées des dispositifs d'action dans le secteur de l'éducation est de pouvoir permettre au plus grand nombre l'accès aux apprentissages scolaires notamment.

Dans la mesure où certains éprouvent des difficultés dans l'intégration de ces apprentissages, le système éducatif spécialisé est une réponse, il propose une prise en charge personnalisée, adaptée, au regard de chaque situation rencontrée.

En premier lieu, l'éducation se dispense au sein de la famille qui est le premier lieu de socialisation de l'enfant. On peut observer à ce sujet que la famille actuelle recouvre des réalités diverses et qu'un enfant n'est plus confronté à un modèle familial mais plusieurs.

L'école représente la deuxième grande instance de socialisation. Elitiste au début, l'enseignement s'est ouvert au plus grand nombre par la suite, notamment avec la loi d'obligation scolaire de 1882. Nous remarquons d'ailleurs que l'histoire, par l'étude des faits sociaux, nous indique la marge qu'il existe entre l'émergence d'une idée, d'un projet, et sa phase de mise en œuvre qui nécessite plusieurs années voire des décennies. Dans le cas de la

scolarité, si l'obligation pour les communes de posséder une école date de 1833, il faut attendre la fin du siècle pour instituer l'école obligatoire.

Le 19<sup>ème</sup> siècle, associé à l'expansion industrielle et au développement des sciences, renforce « la perception progressiste de l'histoire humaine qui veut que l'éducation améliore l'individu et ses relations avec ses semblables »<sup>3</sup>. Dans ce contexte, l'école devient un lieu de socialisation, d'apprentissage, d'égalitarisme que certains diront théorique.

En appliquant un fonctionnement méritoire, où l'on désigne ceux qui réussissent mais aussi ceux qui sont en difficulté, on tend à créer des différences de niveaux, qui favoriseront l'émergence des classes de perfectionnement.

Sous l'effet de la loi de 1882 imposant l'inscription scolaire des enfants de 6 à 13 ans, on voit apparaître ceux qui éprouvent des difficultés d'apprentissage. La mise en place d'une scolarité pour le plus grand nombre révèle d'une part que les niveaux de compétence dans l'intégration des données scolaires ne sont pas homogènes et que certains enfants ne peuvent s'inscrire dans ce qu'il est convenu de nommer « la moyenne ». D'autre part, au-delà de cette question des difficultés d'apprentissage, un congrès de la Ligue de l'enseignement aborde le problème posé par les « enfants anormaux » dès 1885.

Ainsi, les instances gouvernantes prennent en compte ce phénomène et l'on verra s'instaurer peu à peu un système éducatif particulier, tentant de répondre aux manques, aux états de carence de certaines situations d'enfant et de famille.

Le problème de l'enfance en difficulté n'est pas récent et les pratiques éducatives contemporaines sont dans la continuité de l'héritage des années cinquante, date de création des premiers instituts médico-pédagogiques. Un point sur lequel l'évolution est notoire, c'est l'élargissement du champ d'intervention des personnels éducatifs.

Si la profession éducatrice est relativement récente, les populations auprès desquelles elle intervenait auparavant étaient essentiellement constituées de problématiques d'ordre comportemental ou social. Aujourd'hui, on assiste à un élargissement du champ de la pratique et force est de constater que l'éducateur intervient dans des réalités qui se sont complexifiées. Cela recouvre aussi bien des handicaps divers que des situations sociales dégradées où la

---

<sup>3</sup> P. Fuster P. Jeanne, *Se former à l'éducation et à l'enseignement spécialisé*, Paris, Bordas, 2001, p.4.

précarité et les effets d'un climat économique tendu renforcent le niveau de difficulté rencontrée.

Dans la pratique quotidienne, des changements sont également intervenus. La tendance qui semble se dessiner tend vers le maintien en milieu ordinaire. Cela a des répercussions sur les modalités de prise en charge, on constate une diminution du nombre de places en internat. L'enceinte asilaire et le patient qu'on dissimule à l'abri des regards sont révolus. L'idée qui anime les législateurs est de redonner une place citoyenne à la personne handicapée et ce, en utilisant toutes les possibilités d'intégration sociale.

Même si l'on peut mesurer un écart entre ce que prônent les textes officiels et la réalité de la mise en œuvre, il n'empêche que les orientations ainsi définies offrent des possibilités d'action allant dans le sens de la réduction d'une forme de mise à l'écart, qui a été pendant longtemps le sort des personnes en situation de handicap.

#### **1.1.4.3 Développement des structures spécialisées**

Après guerre, l'assurance maladie intervient dans le financement du placement d'un enfant dans les instituts médico-pédagogiques. Cette mesure favorisera le développement de ce type d'établissement. Le décret du 9/03/1956 réglementera ces structures et participera à leurs essors.

Les critères d'admission de l'époque concernent des enfants dont la déficience se situe dans la zone comprise entre 50 et 70, c'est-à-dire les débiles moyens (les légers devaient être accueillis en classe de perfectionnement). Nous rappelons qu'à cette époque, les seuils d'un quotient intellectuel considéré comme normal étaient au-dessus de 80.

## **1.2 La population accueillie**

### **1.2.1 Une problématique : la déficience mentale légère**

L'institut médico-pédagogique accueille des enfants qui présentent une déficience intellectuelle légère ou moyenne, parfois associée à d'autres troubles, et étant en situation de retard scolaire important.

Leur état de déficience signifie que leur quotient intellectuel est évalué en dessous de la norme, qui est fixée à une mesure correspondant à 70 : seuil de la normalité.

Si les résultats des tests psychométriques se situent en dessous de cette limite, l'enfant est considéré en situation de déficience intellectuelle.

Il y a plusieurs niveaux de quotient intellectuel qui définissent une forme de déficience :

- Un quotient compris entre 50 et 70 correspond à une déficience intellectuelle légère.
- Un quotient compris entre 35 et 49 correspond à une déficience intellectuelle moyenne
- Un quotient compris entre 20 et 34 correspond à une déficience intellectuelle sévère
- Un quotient inférieur à 20 correspond à une déficience intellectuelle profonde.

Sur l'ensemble de l'effectif qui bénéficie d'une prise en charge dans le cadre de l'établissement, il est à noter que la déficience légère caractérise une grande partie des jeunes accueillis. A la consultation des dossiers, nous remarquons que ce type de déficience affecte à peu près les trois quarts des enfants.

Comme le souligne Jean-Luc Lambert<sup>4</sup>, « l'identification des handicapés mentaux légers est très certainement le problème le plus délicat auquel est confronté le psychopédagogue dans le domaine du handicap mental ». La particularité du handicap mental léger est qu'il n'est pas d'origine organique. Le diagnostic initial se fonde essentiellement sur un retard intellectuel et un déficit d'adaptation sociale. Il n'y a pas à priori de symptomatologie organique qui définit d'une manière absolue la nature des troubles.

Il poursuit en développant l'idée que le handicap mental léger résulte d'exigences scolaires et que l'école est l'agent d'identification. L'étiquetage des enfants par la dénomination : « handicapés mentaux légers » relèvent en grande partie de normes sociales, plus particulièrement scolaires. Il précise que les critères actuels de classification reposent sur un procédé arbitraire. Selon lui, ces enfants sont « handicapés mentaux légers » pendant les temps de classe mais qu'ils se comportent comme les autres enfants en dehors de ce contexte. La position de cet auteur montre à quel point il est complexe de définir clairement les contours de cette forme de handicap mental.

Si la déficience légère est la plus représentée, elle ne se manifeste pas forcément de la même manière. L'expression du déficit revêt des particularités d'un enfant à l'autre et à quotient intellectuel semblable, on trouve des domaines de compétence différenciée.

---

<sup>4</sup> Lambert J.L., *Enseignement spécial et handicap mental*, P. Mardaga éditeur, Bruxelles, 1981, p. 31.

Le parcours scolaire antérieur et la nature de l'environnement familial sont des facteurs importants de la traduction des potentialités de l'enfant.

Ce qui semble prédominer actuellement dans la prise en charge éducative de la déficience mentale légère, concerne le regard porté sur la personne en situation de handicap. Celui-ci est modifié par le fait que la mesure du quotient intellectuel n'est pas une donnée figée, qui rend irréversible la manifestation du handicap. On admet que c'est un facteur qui peut évoluer, modifiant ainsi le statut de la personne handicapée.

Des enfants ayant lors de leur admission un quotient en dessous de 70, ont pu évoluer et au bout d'un certain temps de prise en charge modifier leur résultat aux tests psychométriques et franchir le seuil du retour à la normalité. Même si ce n'est pas le cas de tous, on remarque le caractère évolutif du handicap comme possible, ce qui est moins évident avec les autres formes de handicaps mentaux.

Le dénominateur commun à tous ces enfants au-delà de la déficience, est qu'ils sont tous en situation d'échec scolaire. Force est de constater que le handicap mental affectant le niveau de performance intellectuelle, influe négativement sur les apprentissages scolaires. Ce qu'il est intéressant à noter, c'est la représentation que l'on peut avoir de l'enfant dans ce contexte précis de la prise en charge institutionnelle. Soit il est perçu avant tout par le versant déficitaire, avec l'étiquetage du handicap mental, soit le registre scolaire est privilégié et il apparaît prioritairement comme un enfant en situation de retard scolaire important.

La déficience mentale est révélée par l'institution scolaire et elle ne concerne pas uniquement l'enfant mais également la famille. Les textes récents, notamment la loi de rénovation sociale de janvier 2002, la placent au centre du dispositif d'aide éducative de leur enfant.

La cellule familiale est le premier lieu d'apprentissage pour l'enfant, véritable espace fondateur de l'autonomie et de la construction identitaire. Elle contribue à la mise en place d'un cadre de référence où l'enfant vit des expériences multiples, l'aidant à se positionner dans sa future vie sociale. Ce qu'il vit au sein de sa famille est défini par la nature des situations éducatives qu'il y rencontre. La relation parent-enfant façonne, en partie, ce que l'enfant sera dans sa vie adulte. Donc, l'enfant qui est en phase d'apprentissage, est influencé par les rapports qu'il entretient avec sa famille.

Face aux difficultés rencontrées par certains parents, des aides sous la forme de soutien sont proposées. Toutefois, l'enfant s'étant construit avec ces références là , il reste à apprécier la nature de ses difficultés.

Si la famille est le lieu de la transmission, notamment des connaissances, l'école formalise des niveaux de connaissance qui donnent une part essentielle au langage. Le langage est une clé d'accès au savoir. Sa maîtrise et son utilisation dépendent du niveau d'investissement et de compétence rencontrée dans la cellule familiale, creuset d'expérience de l'enfant. Aussi, le contexte dans lequel l'enfant évolue participe à mettre en place des cadres d'expériences sur des conduites à tenir face à certaines situations. Ces cadres mettent en situation l'enfant et l'aident à se situer dans les façons de faire, d'agir.

### **1.2.2 L'échec scolaire**

Les situations des enfants à l'institut médico-pédagogique sont reliées entre elles par ce que l'on nomme: un retard important dans les acquisitions scolaires.

En effet, dans chaque dossier, cette caractéristique apparaît comme un élément important de la problématique de l'enfant et l'on retrouve cette donnée dans tous les documents concernant l'enfant.

Le repérage des difficultés s'étant opéré dans le cadre scolaire, il y a une logique à ce que la nature des troubles soit associée à l'univers de l'école. D'ailleurs, dans le discours des parents, l'établissement représente un type d'école adaptée, où l'enfant est nommé avant tout par le vocable « élève » alors que la structure est aussi un lieu thérapeutique et éducatif.

Les ré-éducateurs précisent que la perception des difficultés rencontrées est moins culpabilisante pour les parents, appréhendée par ce versant.

Si l'échec scolaire est un phénomène qui caractérise la population de l'institut, une question demeure essentielle quant au devenir de ces jeunes : quelles perspectives s'offrent à eux, au regard de leur retard scolaire ?

L'intégration socioprofessionnelle des jeunes ayant fréquenté un établissement spécialisé laisse entrevoir un niveau de difficulté important, sachant que, d'une part, le niveau de performance demandé à l'heure actuelle est de plus en plus élevé. Fuster P. Jeanne P<sup>5</sup> relatent

---

<sup>5</sup>P. Fuster P. Jeanne P, *Se former à l'éducation et à l'enseignement spécialisé*, Paris, Bordas, 2001. p. 6.

que 80 % d'une génération aujourd'hui atteint le niveau du baccalauréat contre 10 % il y a 40 ans.

D'autre part, ce que l'on appelait les « petits boulots » tend à disparaître. Cette conjoncture ne favorise pas les démarches de mise sur le marché de l'emploi de ceux qui ne répondent pas aux critères de la « moyenne », mais sont en quelque sorte hors norme.

Dans la notion d'échec scolaire, nous pouvons situer la diffusion même de ce terme dans les années soixante, lorsque de grandes enquêtes ont été menées dans les pays occidentaux, révélant que des proportions importantes d'enfants de milieux défavorisés rencontraient des situations d'échec au niveau de l'enseignement. D'ailleurs, sur cette question de l'origine sociale, nous constatons que le handicap mental léger est souvent associé à la notion d'échec scolaire et à un environnement marqué par la précarité sociale.

Dans son ouvrage, Michel Mirabail<sup>6</sup> fait un état des travaux qui traitent des liens entre le milieu socio-culturel et l'enfant « débile », terme encore utilisé à l'époque de la sortie du livre, et parvient à des résultats qui montrent que la débilité légère est plus une émanation de milieux sociaux se situant en bas de l'échelle sociale. Il insiste sur l'influence du milieu et cite Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron qui défendent l'idée d'une pédagogie rationnelle, fondée sur une sociologie des inégalités culturelles. Il s'agit de s'intéresser au type de langage utilisé par l'enseignant pour optimiser la qualité de la transmission du savoir. Entre autres déficits caractérisant l'enfant handicapé mental léger, le langage revêt une grande importance pour le cursus scolaire est souvent celui-ci traduit une pauvreté lexicale, renforçant le niveau de difficulté d'intégration dans le cadre scolaire. Basil Bernstein<sup>7</sup> indique que les formes de langage dépendantes de caractéristiques culturelles déterminent l'accès à l'acquisition de compétences dont la position conditionne la réussite scolaire et professionnelle. Nous percevons bien l'enjeu de ce qui se joue autour du capital langagier.

Les sociétés anciennes sont restées un certain temps à un niveau d'« alphabétisation restreinte ». Au 19<sup>ème</sup> siècle, le développement économique et social, la révolution industrielle, et l'enseignement obligatoire sont autant de paramètres essentiels favorisant un projet d'alphabétisation de masse.

---

<sup>6</sup>M. Mirabail, *La débilité mentale de l'enfant*, Toulouse, Privat, 1979.

<sup>7</sup> Basil Bernstein, *Langage et classes sociales*, Paris, Les éditions de minuit. 1975.

Ainsi, savoir lire et écrire donne à la personne un statut de normalité sociale, et reflète une intelligence correspondant aux attentes normatives des groupes sociaux dominants. Dans le cas des jeunes déficients mentaux, ne pouvant répondre aux exigences du milieu scolaire, ils se retrouvent en situation d'exclusion et orientés vers le milieu de l'éducation spécialisée.

Peu après la mise en place de la scolarité obligatoire en 1882, il est apparu des enfants ayant des difficultés à s'inscrire dans les programmes scolaires. La notion même d'échec scolaire n'étant pas en usage à cette époque, on associe cette situation à l'enfance anormale pour apporter un éclairage à ce qui représente un véritable phénomène de non-réussite.

C'est suite à la prise de conscience de cet état de fait que A. Binet et T. Simon (1905) vont mettre au point leurs tests de l'intelligence. Les premières classes de perfectionnement vont être proposées afin de répondre aux élèves en situation d'échec. Dès lors, des professionnels de différents champs théoriques vont tenter de sérier ce que recouvre cette dimension de déviance, d'écart à la norme. De l'élaboration d'une nosographie à la mise en place d'un dispositif médico-pédagogique, la situation de l'enfant « anormal » sera considérée et un panel de techniques éducatives viendra soutenir les dispositifs d'aide, et tenter de réduire les effets négatifs engendrés par les difficultés d'apprentissage.

Souvent, l'école est perçue comme le révélateur d'une situation difficile. Un environnement familial producteur de carences éducatives, culturelle ne dispose pas l'enfant à intégrer aisément les notions scolaires qui nécessitent de posséder un minimum d'acquis tant dans l'expression orale qu'écrite.

L'accès à la connaissance s'opérant essentiellement par le biais de l'écriture et de la lecture, ne pas les posséder correctement altèrent considérablement l'autonomie et finalement la liberté de pouvoir exercer des choix sur son orientation à venir.

Déterminer si l'école est révélatrice d'une problématique ou productrice de l'échec scolaire, tel est la problématique qui alimente un débat dont la résolution ne trouvera pas d'issue dans une réponse simple.

Ce que peut être énoncer, c'est que les enseignants repèrent que tous les enfants n'arrivent pas à l'école avec le même niveau de pré-requis (connaissances que l'enfant intègre au cours de la socialisation primaire, c'est à dire celle acquise pendant la petite enfance) et que la persistance de difficultés le place dans une situation disqualifiante, celle de l'orientation en classe spéciale ou en institut spécialisé.

### **1.2.3 Une orientation vers le secteur de l'éducation spécialisée**

Lorsqu'un élève est repéré en difficulté d'apprentissage, dans une classe ordinaire, sa situation est prise en compte par l'équipe scolaire : enseignant et psychologue scolaire. Une réponse s'élabore déjà au sein de l'Education Nationale.

Celle-ci dispose de classes spéciales, pratiquant une pédagogie adaptée. L'élève est maintenu dans le circuit ordinaire, même s'il n'est plus dans une classe de niveau normal.

S'il y a persistance des difficultés et que le niveau d'acquisition de l'enfant reste faible au regard des attentes scolaires, alors sera saisie une commission qui statue sur l'orientation en secteur spécialisé. Le faible niveau des acquisitions et les résultats des tests psychométriques catégorisent l'enfant dans le champ du retard mental, ce qui se traduit par un quotient intellectuel inférieur à 70 et une orientation dans une structure de l'éducation spécialisée.

La commission qui a autorité pour statuer sur ces situations singulières est la commission départementale de l'éducation spéciale, qui est représentée dans chaque département. Mais avant d'aborder l'établissement spécialisé, il est important de comprendre le dispositif de l'Education Nationale

#### **1.2.3.1 Les classes spéciales**

En 1909, sont créés les premières classes pouvant accueillir des enfants déficients intellectuels, dès lors se met en place toute une organisation officielle puisque le texte de loi du 15 avril 1909 pose les jalons de l'accompagnement des « enfants arriérés » dans le cadre de l'enseignement.

Ces classes spéciales sont conçues dans l'optique de maintenir dans le milieu scolaire ordinaire, des enfants qui auraient été placés à l'asile comme cela était d'usage auparavant.

Une commission est chargée du recrutement des enfants, composée d'un enseignant, d'un médecin et d'un inspecteur des écoles. Ce fonctionnement inaugure le dispositif de repérage et de traitement des enfants présentant une déficience intellectuelle.

La pédagogie développée dans ces classes s'adresse à un groupe réduit et tente de renouer avec un enseignement où l'enfant est moins confronté aux situations d'échecs, ce qui l'a caractérisé jusque-là.

### **1.2.3.2 Le projet du docteur Bourneville : l'enseignement spécial**

Ce médecin aliéniste est un des premiers à soutenir la mise en place d'un enseignement spécial pour les enfants anormaux, les « idiots et dégénérés » comme il est d'usage de les nommer à l'époque. Avant lui, Esquirol avait le souci de faire évoluer l'asile, alors lieu d'enfermement, vers un établissement prenant en compte les besoins d'éducation et de soins des jeunes pensionnaires.

Bourneville s'inscrit dans le prolongement de son précurseur en tentant d'aménager un lieu d'accueil pour ces enfants dont l'intégration suscite des difficultés.

Etant à la fois médecin et député, Bourneville usa de ce double statut pour légitimer les réformes qu'il proposa dans son champ d'investigation : le domaine médical. Son action s'oriente vers le traitement des enfants dont il obtient la séparation d'avec l'univers de l'aliénation mentale des adultes. Ce sera en 1883 la création du « quartier spécial des enfants » qui inaugure une distinction structurelle dans la prise en charge des enfants « anormaux », comme on les nomme à cette époque.

Au travers de son engagement dans la commission chargée d'étudier l'obligation de scolarité pour les enfants anormaux en 1904, il proposera l'annexion de classes spéciales aux écoles primaires, démontrant ainsi sa volonté d'œuvrer dans le sens d'une intégration scolaire.

### **1.2.3.3 L'intégration scolaire des enfants handicapés**

Dès l'apparition de la loi de 1909 sur la création des classes de perfectionnement, on perçoit une volonté de prendre en compte les jeunes « anormaux » dans un cycle d'enseignement, on parle alors d'éducabilité.

La loi de 1975 réaffirme cette orientation et en fait non seulement une obligation nationale mais définit la scolarité en milieu ordinaire comme un droit.

En réalité, il y a des situations où l'enfant ne peut recevoir une « éducation ordinaire » et sera orienté vers une « éducation spéciale ». C'est le niveau de handicap qui déterminera le choix de cette orientation.

La question de l'intégration scolaire concerne essentiellement deux instances qui sont l'Education Nationale et le secteur médico-social. S'il est parfois reproché à l'une et l'autre de vouloir s'appropriier la gestion de la scolarité spéciale, on constate à ce jour une

complémentarité, chacune étant à même de proposer des outils améliorant la qualité de la prise en charge.

Cependant beaucoup d'articles traitant de la déficience mentale légère préconisent le maintien en priorité dans le milieu ordinaire ; cette préoccupation est perceptible également dans les textes officiels référant aux politiques sociales, où elle est présentée comme une priorité.

Entre l'intention et la mise en œuvre, la difficulté réside dans la transformation des pratiques et des moyens engagés pour soutenir la démarche. Pour renforcer le caractère primordial de cet objectif, il est demandé en 1999 au ministère de l'Education Nationale et le ministère de l'emploi et de la solidarité de produire un référentiel.

Ce document a pour finalité de coordonner les actions des différents partenaires afin de favoriser l'accueil des jeunes handicapés dans les établissements scolaires. Ce plan d'action nommé « Handiscol » comporte vingt mesures intégrant la formation des enseignants, l'information, l'amélioration et le développement des dispositifs d'intégration.

Ces vingt mesures sont déclinées en cinq items :

- Réaffirmer le droit à la scolarisation des enfants et des adolescents handicapés et favoriser son exercice
- Constituer des outils d'observation
- Améliorer l'orientation et renforcer le pilotage
- Développer les dispositifs et les outils de l'intégration
- Améliorer la formation des personnels de l'éducation nationale

Signalons que depuis la fin des années quatre vingt dix, les instances gouvernementales ont mis en œuvre deux plans pluriannuels pour répondre aux besoins insatisfaits des personnes handicapées dont un qui concerne la population qui fait l'objet de notre recherche.

- 1) Le plan pluriannuel 1999-2003 de création de places pour adultes lourdement handicapés.
- 2) Le plan triennal 2001-2003 pour les enfants, adolescents et adultes handicapés.

Ce dernier plan annoncé devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) comporte plusieurs rubriques. L'une d'entre elle aborde l'intégration dans le milieu

de vie ordinaire et plus précisément ce qui concerne le soutien à l'intégration scolaire. Il est proposé un développement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour aider au maintien de l'enfant handicapé dans sa famille et à l'école.

Cette question du maintien de l'enfant dans le milieu ordinaire relève bien d'une préoccupation majeure des législateurs qui ont énoncé un certain nombre de textes officiels en lien avec cette problématique. Pour évaluer l'impact de ce dispositif auprès des déficients mentaux légers, il serait intéressant de disposer de statistiques sur l'intégration scolaire d'enfant relevant de cette catégorie, sachant que « enfant handicapé » est une notion large, ne spécifiant pas la nature précise du handicap. Cependant, nous notons que la plupart des enfants présentant une déficience mentale sont scolarisés au sein des établissements spécialisés et que l'intégration scolaire demeure un axe de travail à favoriser, voir développer.

Dans le secteur médico-éducatif, les jeunes déficients sont scolarisés au sein même des structures, équipées de classes adaptées. Suivant le niveau scolaire, certains enfants peuvent bénéficier d'une intégration vers le milieu scolaire ordinaire mais cela reste marginal. Le guide Néret pour les personnes handicapées indique qu'une enquête réalisée à la fin des années 1990 indique que les CDES<sup>8</sup> ont orienté 4,9 % des enfants vers le milieu scolaire ordinaire et 90,4 % vers le milieu médico-éducatif.

Il faut rappeler que les enfants en situation de handicap sont soumis à l'obligation scolaire au même titre que n'importe quel enfant sauf que la nature de leur handicap représente une entrave pour une scolarité ordinaire. Concernant plus précisément le handicap mental, le critère du quotient intellectuel est déterminant puisqu'il participe à l'orientation dans les structures spécialisées. Si les tests psychométriques révèlent que le niveau de performance de l'enfant est en deçà de la barre fatidique de 70 de quotient intellectuel, l'orientation est décidée par la CDES du département d'origine vers les établissements de l'éducation spécialisée.

L'intégration scolaire concerne les enfants handicapés qui sont placés en institution spécialisée mais aussi ceux, qui reçoivent un enseignement en milieu scolaire ordinaire.

---

<sup>8</sup> Commission départementale de l'éducation spéciale.

Dans ce cadre là, on répertorie essentiellement trois types d'intégration :

- L'intégration scolaire individuelle : qui se déroule dans une classe ordinaire, et qui représente un dispositif allégé.
- L'intégration scolaire partielle individuelle ou semi- collective : elle peut concerner qu'une partie du programme scolaire et sa durée peut être limitée.
- L'intégration collective : en nombre restreint, tout en conservant le soutien nécessaire à la singularité de la situation propre à chaque enfant.

Au sein des établissements de l'éducation nationale, il y a cinq catégories de structures pouvant accueillir les enfants en situation de handicap, les classes d'intégration scolaire (CLIS), les unités pédagogiques d'intégration (UPI), les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA), les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) ainsi que les lycées d'enseignement adapté (LEA).

Les classes d'intégration scolaire : il existe quatre types de classes d'intégration en fonction de la nature du handicap.

- CLIS 1 pour le handicap mental
- CLIS 2 pour le handicap auditif
- CLIS 3 pour le handicap visuel
- CLIS 4 pour le handicap moteur

L'effectif de ces classes est limité et permet aux élèves de bénéficier d'une scolarité adaptée en milieu ordinaire. Elle est implantée le plus souvent en écoles élémentaires, parfois en maternelles. Son but est d'amener l'élève à poursuivre intégralement ou partiellement le programme scolaire ordinaire.

Les unités pédagogiques d'intégration : elles sont le prolongement des CLIS mais pour les collèges. Elles reçoivent des jeunes qui ne peuvent bénéficier d'une scolarité à temps complet, en classe ordinaire ou dans un autre cas de figure, l'évolution dans leur prise en charge institutionnelle autorise une intégration partielle ou complète.

Les sections d'enseignement général et professionnel adapté : ces sections garantissent une formation amenant l'élève à un parcours à vocation technique, débouchant vers la préparation d'un CAP ou une autre formation qualifiante.

Les établissements régionaux d'enseignement adapté et les lycées d'enseignement adapté : ils accueillent des élèves de douze à seize ans, qui bénéficient d'un enseignement adapté. On retrouve les différentes catégories de handicap énoncé ci-dessus et une orientation des objectifs tendant vers une insertion professionnelle et sociale.

#### **1.2.3.4 Les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES)**

Après avoir développé ce qui constitue le réseau de classe spéciale de l'éducation nationale, abordons maintenant ce qu'il advient lorsqu'un élève n'est plus en mesure de répondre aux attentes scolaires. Sa situation est soumise à la CDES du département d'origine (il y a une commission par département). Ces commissions ont été créées par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975. Elles s'inscrivent dans ce qui précédemment s'intitulait : les commissions médico-pédagogiques, qui furent instituées en 1909 par l'Education Nationale afin de statuer sur l'orientation des enfants en classe de perfectionnement.

Ces commissions sont compétentes à l'égard des enfants et adolescents qui présentent un handicap physique, sensoriel et mental. Elles interviennent sur la période d'âge couvrant de la naissance jusqu'à 20 ans. Au-delà, le relais est transmis à la COTOREP<sup>9</sup>, qui s'occupe exclusivement des adultes.

Elles peuvent déléguer certaines de leurs attributions à des commissions de circonscription, qui sont au nombre de deux :

- La commission de circonspection pour l'enseignement préscolaire et élémentaire (CCPE), concernant les enfants scolarisés en maternelle et en primaire.
  
- La commission de circonscription pour le second degré (CCSD), concernant les enfants scolarisés dans le second degré.

---

<sup>9</sup> Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.

Les commissions ont un rôle majeur dans l'orientation des jeunes présentant un handicap. Elles accordent des prestations notamment l'allocation d'éducation spéciale (AES) mais leur champ de décisions concerne aussi l'attribution de la carte d'invalidité, les prolongations de prise en charge dans les établissements spécialisés, et d'autres situations peu ordinaires.

Elles sont composées d'une équipe constituée de douze membres, nommés par le préfet pour trois ans renouvelables. Elle se réunit une fois par mois. Elle est assistée par une équipe technique instruisant les dossiers, désignant les établissements et services correspondant aux besoins de la personne. Elle communique aux parents les avis retenus et doit tenir compte de leur choix. Ses décisions s'imposent aux établissements et organismes qui participent à la prise en charge. Un secrétariat assure la liaison entre les différentes instances.

Pour évaluer l'étendue de son action sur le plan national, citons quelques chiffres. Pour l'année scolaire 1999- 2000, les CDES ont rendu 290000 décisions <sup>10</sup> ou avis pour 185000 enfants et adolescents handicapés. Cela représente une augmentation de 20% sur les dix dernières années.

Le dernier grand texte officiel dont le handicap est le pivot central, est le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui évoque la création de « Maison Départementale des personnes handicapées ». Ces structures accueilleraient les CDES ainsi que les COTOREP, qui seraient regroupées en une seule instance, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Les CDES sont les instances qui décident de l'orientation des enfants vers les établissements et services d'éducation spéciale pour enfants handicapés. De ce fait, elles ont une part prépondérante dans le processus de désignation qui aboutit à définir le statut de personne en situation de handicap, personne alors reconnue handicapée par la voie administrative. D'ailleurs, cette reconnaissance donne droit à l'ouverture de prestations (allocation d'éducation spéciale, carte d'invalidité) et participe à l'élaboration d'une prise en charge particulière, prenant en compte le niveau de difficulté de la personne handicapée.

Son admission dans une structure du type institut médico-pédagogique se réalise quand d'une part on évalue un niveau de retard mental qui se traduit par un quotient intellectuel en dessous

---

<sup>10</sup> Données chiffrées fournies par la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) Bulletin d'octobre 2003 N° 268.

de 70 et d'autre part sa situation personnelle nécessite l'intervention d'un plateau technique que seul peut proposer cet établissement. Une équipe pluridisciplinaire, composée de différents spécialistes, répond à la complexité des situations proposées au sein du même espace d'intervention.

A l'heure actuelle, une volonté manifeste se dessine au travers des textes qui redonnent une importance au maintien de l'enfant handicapé dans le cadre ordinaire. Toutefois, les professionnels déplorent que ces mesures soient peu développées. Conscientes de cette situation, les autorités gouvernementales compétentes poursuivent leur programme d'augmentation des capacités d'accueil dans les établissements ordinaires en créant 1000 classes d'intégration dans les prochaines années. Une rénovation de la formation des maîtres est même envisagée.

#### **1.2.3.5 Le développement d'une alternative**

Dans la plupart des cas, ce qui fait barrage à un plus fort taux d'intégration est le faible niveau d'acquisition scolaire. Pour qu'un enfant puisse éventuellement quitter le champ de l'éducation spécialisée et réintégrer une SEGPA ou un EREA, celui-ci doit être en mesure de répondre à un certain niveau d'exigences scolaires. Or, l'échec scolaire caractérisant les jeunes déficients, crée un paradoxe puisque ce sont les déficits dans le domaine cognitif qui guident l'orientation dans le secteur spécialisé. L'école est bien le lieu où la désignation s'opère et contribue à l'entrée dans la filière du secteur spécialisé mais elle permet également de pouvoir être désigné pour en sortir.

Verra-t-on dans les années prochaines une tendance qui semble s'amorcer et qui privilégie l'orientation vers les services d'éducation spéciale et de soins à domicile ? Cela représente 20% des orientations annuelles vers le secteur médico-éducatif. Ce changement se fait au détriment des orientations en internat qui est moins élevé que par le passé. Une alternative possible est de développer un partenariat permettant de concevoir une collaboration plus large entre le secteur spécialisé et l'Education Nationale.

En mixant les types d'interventions à l'encontre des enfants en difficulté d'apprentissage, l'optimisation de l'efficacité concernant l'orientation est privilégiée. Plutôt que de retenir un réseau par rapport à l'autre, il est judicieux de rendre complémentaire les outils de chaque structure en associant l'un à l'autre, afin de tenter d'améliorer le dispositif d'aide.

Concrètement, cela peut déboucher sur des formules mixtes d'accueil partiel d'enfants. J.M Gillig<sup>11</sup> évoque une association entre ces deux instances notamment entre le SESSAD<sup>12</sup> et la CLIS<sup>13</sup>, représentant le secteur spécialisé pour le premier et l'école ordinaire pour le second. Précisons que les instituts médico-pédagogiques ne disposent pas tous de SESSAD et que face au rôle que semble prendre cette instance, il serait opportun que chaque structure IMP élargisse son champ d'action par la création de ce type de service. Cependant, d'après les commissions départementales de l'éducation spéciale, ne peuvent bénéficier de cette orientation que les enfants qui ne nécessitent pas de prise en charge globale, donc réserver actuellement aux situations dont le contexte familial est relativement stable. A titre indicatif, dans l'IMP où se déroule l'enquête, il n'y a aucune intégration même partielle. La réalité du terrain montre le niveau de difficulté de la mise en œuvre d'un tel projet.

#### **1.2.4 Principaux textes de lois**

Au cours de l'histoire des sociétés, des dates marquantes sont associées aux grands événements qui jalonnent l'évolution des rapports sociaux. Ces transformations sociales successives avec la contribution des législateurs ont façonné ce qui constitue aujourd'hui le corpus de textes des droits sociaux. Parmi ces textes de références, il y en a qui sont particulièrement significatifs d'une volonté de changement, imposant une façon de voir les faits et d'agir d'une autre manière. Que ce soit la loi sur la création des classes spéciales ou la loi d'orientation en faveur des handicapés, chacune a contribué au renforcement d'actions de soutien à l'encontre des personnes en grandes difficultés.

##### **1.2.4.1 Textes nationaux**

Loi du 15/04/1909

Elle marque la création des classes spéciales au sein des écoles primaires, s'adressant aux enfants « arriérés ». Cette démarche d'éducation spéciale oriente certains enfants venant des asiles, et contribue à favoriser une meilleure prise en compte de ces enfants « anormaux ».

---

<sup>11</sup> Jean-Marie Gillig, *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*, Paris, Dunod, 1999.

<sup>12</sup> Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

<sup>13</sup> Classe d'intégration scolaire

### Loi du 30/06/1975

Cette loi dite d'orientation en faveur des personnes handicapées met l'accent sur l'intégration des personnes atteintes de différents handicaps et en fait une obligation nationale, en tentant de maintenir un cadre de vie ordinaire.

L'intégration sociale est mise en avant ainsi que le droit à la scolarité en milieu ordinaire ou à défaut une éducation spéciale.

### Loi d'orientation n° 75- 534 du 30 juin 1975

Ce texte est fondateur de l'organisation de la prise en charge des personnes handicapées. On assiste à une évolution dans l'accompagnement des personnes où l'on passe d'une notion d'assistance à une notion de solidarité. L'accent est mis sur différents points :

- la prévention et le dépistage des handicaps.
- les soins, l'éducation, la formation, l'orientation professionnelle.
- l'emploi, des ressources minimum, l'intégration sociale.
- l'accès aux sports et aux loisirs.

Cet ensemble de prérogatives est présenté comme une obligation nationale, ce qui indique le niveau d'engagement voulu par le gouvernement de l'époque.

Elle définit la responsabilité des acteurs sociaux tels que la famille, l'Etat, les collectivités locales, les associations etc.... dans la mise en œuvre de cette obligation.

Elle modifie les mécanismes d'orientation ainsi que les prestations dont peuvent bénéficier les personnes.

### Loi n° 75-535 du 30 juin 1975

Cette loi relative aux institutions sociales et médico-sociales concerne les établissements publics et privés dont les actions concernent en partie la prise en charge des enfants handicapés. Elle a participé à orienter l'organisation des structures sociales et médico-sociales.

### Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989

Sans traiter uniquement du secteur du handicap, cette loi d'orientation sur l'éducation met l'accent sur des objectifs proposés par les circulaires de 1982 et 1983, qui concerne l'intégration scolaire en précisant qu'elle doit être favorisée.

Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989

Ce texte remplace les annexes XXIV de mars 1956, et développe les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptées.

Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002

Dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, elle remplace la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales de 1975. Elle comporte quatre objectifs majeurs :

- L'affirmation et la promotion du droit des usagers
- L'élargissement des missions de l'action sociale et la diversification des interventions des établissements et services
- L'amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif
- La coordination des décideurs, des acteurs.

Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

C'est le dernier des grands textes sur le handicap, qui est en cours d'élaboration et qui devrait entrer en vigueur en janvier 2005. Il met en avant le droit à la compensation du handicap et définit une meilleure participation à la vie sociale.

#### **1.2.4.2 Textes internationaux**

Sans établir une liste exhaustive des textes internationaux, on peut citer en partie ceux qui sont significatifs de l'intérêt porté à cette thématique du handicap, qui n'est pas qu'une préoccupation nationale mais qui trouve un écho dépassant largement les limites du territoire.

A l'heure des enjeux européens qui sont au cœur des débats européens, où une monnaie unique a pu s'imposer, la question des politiques en faveur des personnes handicapées suscite une attention des Etats membres. A ce titre, l'Union européenne leur demande de se mobiliser pour la mise en œuvre et le suivi des actions à l'encontre des ces personnes. D'ailleurs, l'article 13 du traité d'Amsterdam insiste sur la nécessité de combattre toute discrimination notamment à l'encontre d'un handicap.

Parmi les textes internationaux qui revêtent un caractère intéressant en ce qui concerne le handicap, on peut citer :

- La Déclaration des droits des personnes handicapées, adoptée par l'assemblée générale des Nations unies en 1975 qui précise le droit des personnes handicapées à acquérir une plus grande autonomie.
- La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, adoptée en 1989, qui souligne l'intégration professionnelle et sociale.
- La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe révisée en 1996, met l'accent sur le droit à l'autonomie, à l'intégration sociale, à la participation à la vie de la communauté pour les personnes handicapées.
- La résolution du Conseil de l'Union européenne de 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées.

Que ce soit au niveau national ou international, on perçoit la volonté des instances dirigeantes d'élaborer des politiques en direction des personnes handicapées. On retrouve une constante dans l'énonciation de tous ces textes, c'est le souhait de réduire voire effacer l'état de marginalisation dans lequel se situent ces personnes. Pour y parvenir, les autorités s'engagent à développer l'accès à l'autonomie, à l'insertion sociale et professionnelle et surtout à la reconnaissance et l'exercice de leurs droits de citoyen.

## **Deuxième partie : le handicap mental léger, une construction sociale et un processus de désignation**

### **2.1 La notion de déficience mentale**

Aborder la question du handicap mental nécessite que l'on observe le rapport à l'histoire. Les sociétés, qu'elles soient traditionnelles ou industrielles, ont toujours eu à traiter la différence, le non-conforme. Le rattachement de cette idée à la notion de marginalité, tout au long de l'histoire des sociétés, nous indique que le phénomène de la non-conformité est inhérent aux groupes sociaux et que la différence se situe davantage dans les réponses qu'elles proposent pour traiter ce sujet.

Du Moyen Age au 16<sup>ème</sup> siècle, c'est le village ou le monastère, voire le seigneur qui, guidé par une action charitable, prend en charge le « non conforme ». Peu à peu s'instaure un renforcement du contrôle de l'Etat qui, associé au développement de l'idéologie du travail, est un des facteurs qui tendent à promouvoir un nouveau type de réponse à la marginalité : l'enfermement. La mise à l'écart de ces groupes déviants nourrit une réflexion sur les modes de traitement à mettre en place et un concept va se développer, celui de normalité. A partir de cet instant, la volonté des autorités étatiques est de proposer à ces « populations là » des soins afin de viser une « renormalisation ». Ces réponses ont évolué au cours du temps et l'action de certains spécialistes a contribué à l'émergence de progrès et de changements face à cette notion.

Le handicap mental dans son acception contemporaine est le résultat d'un processus ancien. Il prend en compte les différentes étapes d'une histoire, que les groupes sociaux ont façonné par des initiatives novatrices, par des textes de lois, par la volonté de prendre en compte ceux qui sont marqués par une différence.

### 2.1.1 Champ de définition

Le terme handicap provient de l'expression anglaise *hand in cap*, signifiant la main dans le chapeau. Ce vocable évoquait au siècle dernier un jeu de hasard et il fut ensuite utilisé dans le monde hippique en rapport avec l'égalisation des chances dans les courses de chevaux. En fait, le handicap était un lest imposé aux chevaux les plus rapides afin d'égaliser les chances en favorisant les plus faibles. Dans le domaine du handicap mental, comme l'énonce I.Ville et J.F.Ravaud <sup>14</sup> « Cette notion de chances égales a désormais disparu devant celle de désavantage. Il y eut même une inversion de sens, puisque le handicapé n'est plus le fort, mais le faible ».

Aborder le thème de la déficience mentale oblige à développer ce qui relève du normal et de l'anormal. Ces deux concepts sont fondamentaux puisqu'ils recouvrent les deux mondes qui sont en interaction, représentant l'espace d'application et de mise en œuvre des pratiques éducatives spécialisées. D'autant qu'avec la notion de déficience mentale légère, s'agissant d'un handicap acquis, la personne concernée franchit le seuil d'un monde après désignation pour atteindre l'autre, celui réservé à ceux qui ne sont « pas comme les autres ». Comme le rappelle Bernard Allemandou<sup>15</sup>, « La notion d'enfance anormale met au cœur du débat la question du rapport à la norme ». Cette norme qui marque le seuil entre deux univers, l'un traduisant ce qui relève du normatif, l'autre reflétant le terrain d'expression de la déviance, de la marginalité.

Dans ce processus, l'école agit comme un révélateur et met en évidence les situations de ceux qui ne sont pas comme les autres, et révèle en dehors de la sphère familiale et de la sphère asilaire, la réalité d'enfant en difficulté. Du cercle familial à l'école, l'enfant anormal rencontre l'exclusion par imposition d'une norme qui prend sens comme construit social. En ce qui concerne l'école, le niveau scolaire et la notion de moyenne deviendront des repères et permettront d'évaluer tout écart, donc toute situation de déviance. Le quotient intellectuel ainsi que sa mesure contribueront au processus de désignation de l'enfant handicapé mental léger et participeront à la légitimation d'un dispositif de repérage de l'école aux établissements spécialisés.

---

<sup>14</sup> Gilles Ferreol, *Intégration et exclusion*, PUL, Lille, 1993, p 251.

<sup>15</sup> Bernard Allemandou, *Histoire du handicap*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2001, P 135.

D'une manière générale, la déficience mentale se repère essentiellement par le biais du quotient intellectuel, que l'on estime suivant les résultats de tests psychométriques. Une personne, dont les efficiences intellectuelles sont recensées en dessous de la barre de 70 de quotient intellectuel, est reconnue comme étant dans le champ de la déficience mentale.

En formulant cela, on donne peu d'éclairage sur l'étiologie de la déficience. Or elle peut trouver une origine dans différentes causes. Nicole Diederich<sup>16</sup>, sociologue qui a travaillé sur la notion de handicap, rappelle que ce vocable n'a jamais été défini. En 1975, lorsque Simone Veil<sup>17</sup>, ministre de la santé présente la loi du 30 juin de la même année, en faveur des personnes handicapées, elle justifie cette position en argumentant qu'il était souhaitable de ne pas donner une définition restrictive précisément pour éviter des exclusions dans l'avenir. Elle poursuit en indiquant que la notion de handicap doit rester très évolutive et s'adapter aux situations qui pourront se présenter ultérieurement. Ainsi, il revient aux commissions départementales de l'éducation spéciale d'évaluer et de reconnaître comme handicapées les personnes dont elles instruisent les dossiers. Il relève de leur compétence de désigner la personne qui sera reconnue en situation de handicap.

Toujours dans le même ouvrage, elle rappelle que cette désignation s'applique à des populations très différentes. Effectivement, entre une personne se situant dans le registre d'un handicap sévère, ne disposant pas de la parole, ni d'autonomie et une personne dite « déficiente légère », disposant d'aptitudes à communiquer ainsi que de potentialités très proches de la normale, l'écart est important. Cependant, toutes les deux se feront attribuer l'étiquetage de « handicapée mentale ».

## **2.1.2 D'hier à aujourd'hui : approche historique de la déficience mentale**

### **2.1.2.1 Les précurseurs**

Les premières tentatives d'élaboration de méthodes éducatives à l'encontre « d'anormaux » concernent les sourds-muets. Il s'agissait de leur permettre de compenser leur infirmité et de conserver une activité dans la vie sociale.

Ce qui est novateur à l'époque, c'est l'idée de penser, pour ce type de population, à une forme adaptée d'éducation. Il faut rappeler qu'au début du 19<sup>ème</sup> siècle, les « anormaux de

---

<sup>16</sup> Nicole Diederich, *Les naufragés de l'intelligence*, Paris, La Découverte, 2004.

<sup>17</sup> Intervention au sénat pour présenter la loi du 30 juin 1975.

l'intelligence », c'est-à-dire les idiots et les pauvres d'esprit, bien qu'étant considérés par la collectivité, ne bénéficient pas d'une telle démarche.

Un des premiers à avoir mené une réflexion sur l'éducabilité d'enfant hors norme, est un médecin, qui s'est illustré avec son étude de l'enfant « sauvage de l'Aveyron », nommé Itard, dont le mémoire parut en 1801. Il conclut sa réflexion en prônant que l'éducation des idiots était possible.

Un domaine de l'éducation jusque là en veille, se voit ainsi re-dynamisé et il s'ensuit toute une série d'expérimentations éducatives auprès de ces enfants menées par Esquirol à la Salpêtrière puis Séguin à l'hospice de Bicêtre. De par sa formation, Séguin intervient dans une école spéciale au sein de Bicêtre, avant de fonder une école privée. Il publie en 1846 un ouvrage s'intitulant : *Traitement moral, hygiénique et éducation des idiots et autres arriérés*.

Bourneville, en digne héritier reprendra la direction de ce service de Bicêtre et publiera le dernier ouvrage de Séguin, *L'éducation des enfants normaux et anormaux*.

Dès lors apparaît une volonté de mener une réflexion en ce qui concerne l'éducabilité de cette catégorie d'enfants. D'ailleurs, c'est aussi à cette époque que la place des enfants arriérés dans les asiles sera reconsidérée en leur réservant des quartiers spécifiques, puisqu'ils étaient admis auparavant dans des espaces ouverts à toutes sorte de malades, sans distinction particulière.

Les thématiques des ouvrages publiés par ces spécialistes de l'époque révèlent un intérêt novateur en leur temps, celui de l'éducation et celui de la notion d'anormalité. A travers cette question de l'éducation des « anormaux » est abordée les prémices d'un nouveau champ de pratique, associant à la fois l'enseignement même si, est plutôt évoqué les termes d'éducation et de soin, c'est à dire le médico-pédagogique.

En établissant un lien entre ces deux concepts, se construit peu à peu ce qui produira plus tard le domaine de l'éducation spécialisée. En ce sens, Itard, Esquirol, Séguin, Bourneville et d'autres sont les précurseurs qui ont posé les jalons d'une pratique devenue aujourd'hui indispensable dans l'accompagnement d'enfants déficients, que l'on nomme plus communément, enfants en difficulté.

### **2.1.2.2 Une action sur les textes en vigueur**

La situation particulière de ces enfants était régie par la loi du 30/06/1838, étendue en 1840 pour y incorporer les idiots, imbéciles, crétins. L'action de Bourneville aura une incidence

importante puisqu'il proposera une modification de cette loi, en vue de développer des sections spéciales afin de parfaire l'éducation de ces enfants anormaux.

### **2.1.2.3 Le rapport à l'éducabilité**

Dans cette période clé de l'histoire de l'anormalité, il y a une prise en compte de la catégorisation des enfants présentant des perturbations dans leurs développements. Jusque là, tous les arriérés et autres marginaux étaient regroupés dans les asiles, où l'on ne se souciait que peu de leur devenir. Dès l'instant où les spécialistes se sont investis d'une mission d'éducation à leur rencontre, il a fallu déterminer un paramètre permettant d'évaluer le niveau d'éducabilité. Or, la mesure de l'intelligence n'est pas encore un outil développé et rend cette appréciation fort délicate. Face à la diversité des situations, sont réunis des enfants présentant des niveaux de développement différents et l'un des objectifs des spécialistes est de fixer un cadre adapté pour appliquer une pédagogie envers les enfants arriérés.

Ce contexte de changement dans la prise en compte de l'anormalité suscite un commentaire de M. Pruhommeau<sup>18</sup>, professeur d'enfants arriérés, chargé du Service de Dépistage des enfants anormaux de la Seine : « A cette époque le problème était rendu plus complexe à résoudre par le fait du mélange d'idiots qui étaient prétendument éducatibles alors qu'en réalité ils ne l'étaient pas et d'enfants plus ou moins arriérés présentant chacun des possibilités d'éducabilité différentes ». Dans son premier chapitre, il évoque la volonté de ces précurseurs à dépister les enfants anormaux, mais la tâche était rendue ardue du fait de l'imprécision du terme « anormaux ». Déjà se trame une question essentielle et récurrente qui interroge les spécialistes et qui perdurera : à quel moment l'enfant normal devient anormal ?

Il s'agit bien d'une difficulté de l'époque de pouvoir distinguer les enfants présentant des troubles différents et de repérer leurs possibilités d'éducabilité ou encore de « récupération sociale ».

### **2.1.2.4 La dualité Santé publique- Education nationale**

A part Séguin qui est décrit comme un pédagogue, la plupart des instigateurs d'actions médico-pédagogiques envers les enfants arriérés sont le fait de personnalités venant du

---

<sup>18</sup> Maxime Prudhommeau, *L'enfance anormale*, Paris, PUF, 1949.

courant médical. Les premiers dispositifs expérimentaux se sont déroulés dans des services comme la Salpêtrière ou Bicêtre, hauts lieux de la Santé publique à cette époque.

Séguin quant à lui incarne davantage le courant pédagogique, à la fois parce qu'il a travaillé comme instituteur, et qu'il a dirigé une école spéciale à Bicêtre avant de fonder sa propre école privée.

Nous remarquons que les deux grandes institutions sont associées dans un partenariat qui initie finalement ce qui deviendra par la suite le secteur médico-pédagogique dont les IMP seront l'incarnation, œuvrant tant sur le plan de l'éducation que du soin.

### **2.1.2.5 L'enfance inadaptée**

Cette période de l'histoire du handicap est significative d'un phénomène qui reste contemporain, qui montre que cette notion d'enfance inadaptée est floue et extensive comme peut l'être aujourd'hui la notion de déficience légère.

Sont réunis sous cette appellation des enfants déficients et des enfants présentant des troubles du comportement. Cela permet d'inclure dans la nomenclature et classement des jeunes inadaptés les enfants délinquants ou en danger moral. Philippe Mazereau<sup>19</sup> rappelle que le terme d'enfance déficiente qui prévalait alors, était considéré trop restrictif et repris uniquement comme l'une des trois catégories retenues pour cette nouvelle nomenclature.

En 1943, le conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral reprend les missions de la commission de 1936. Les premiers travaux portent sur la mise en place d'une nomenclature et d'une classification des jeunes inadaptés.

Le critère essentiel retenu pour le repérage des troubles est l'inadaptation. La particularité de cette époque, c'est qu'elle place l'individu en position de se conformer au groupe, sans prendre en compte le niveau d'interaction. La nature du milieu dans lequel évolue la personne ne retient pas l'attention des experts en charge de ces questions.

Les travaux aboutiront à formuler une nomenclature axée sur trois catégories : les malades, les déficients, les caractériels. Le concept d'anormalité évolue vers une autre terminologie qui est le concept d'inadaptation. La frontière entre le champ du normal et de l'anormal est redéfinie par cette zone floue qui est représentée par l'inadaptation. L'aspect novateur que l'on dégage de cette période concerne l'intérêt qui est porté à une catégorie particulière, celle du «

---

<sup>19</sup> Philippe Mazereau, *La déficience mentale chez l'enfant entre école et psychiatrie*, Paris, L'Harmattan, 2001.

retardé », autrement dit le débile léger, qui présente un déficit portant avant tout sur les acquisitions scolaires et culturelles. La nomenclature le définit en ces termes : « C'est un sujet dont l'infériorité intellectuelle est assez légère pour être méconnue de l'entourage et pour que le clinicien qui la soupçonne doive recourir à des procédés spéciaux pour la démontrer et l'évaluer »<sup>20</sup>.

Ce nouveau regard s'accompagne également d'une pensée progressiste puisque est évoquée la perfectibilité du débile mental : l'enfant en situation de retard pourrait progresser. Cette manifestation d'un certain optimisme met en exergue l'éducabilité de ces enfants. Paradoxalement, c'est à cette époque que le principe de classification fait apparaître des catégories comme semi-récupérables et non-récupérables, et pour ces derniers, il n'y a pas d'autre issue que la section d'anormaux des hôpitaux psychiatriques.

#### **2.1.2.6 Evolution de la notion**

Il est important de noter à quel point les étapes de construction du champ de la déficience mentale ont été marquées par l'apport déterminant à la fois des précurseurs mais également des « experts » qui ont su faire progresser la recherche sur cette notion, en apportant un éclairage nouveau.

Depuis l'« idiot inéducable » jusqu'à la « personne en difficulté », sur une période relativement courte, les schémas de pensée qui accompagnent le handicap mental ont subi des changements majeurs. Cela laisse entrevoir aujourd'hui des perspectives de prise en charge dynamique, plaçant la personne au cœur des dispositifs d'aide, en lui reconnaissant des potentialités.

Il n'en a pas toujours été ainsi et la condition de l'enfant « anormal » avant le 19<sup>ème</sup> siècle ne lui permettait pas d'augurer d'un avenir prometteur. Le professeur Itard, avec ses observations sur Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron, ouvre la voie des possibilités d'éducation d'enfants hors norme. Des possibilités d'apprentissage sont reconnues aux enfants anormaux et des tentatives de réintégration dans la société leurs sont proposées. Le progrès généré par la plus grande connaissance de certaines sciences, notamment celles qui concernent l'homme, favorisent une meilleure prise en compte du handicap mental.

---

<sup>20</sup> *Ibid*, p 107.

Dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, en se préoccupant non seulement de la nosographie et du traitement des troubles mais également de leurs étiologies, les spécialistes de l'époque construisent peu à peu ce qui va devenir le champ de la pratique de l'éducation spécialisée. Cela aura une incidence sur la reconnaissance des difficultés de l'enfant, pour qui un dispositif de prise en charge va s'élaborer. La massification du phénomène scolaire donnera un rôle essentiel à l'école dans l'identification mais aussi la production de la ségrégation par le biais du retard dans les acquisitions.

A partir du milieu scolaire et du repérage des difficultés de certains enfants, des réponses sont formulées afin de répondre à l'écart entre la moyenne (la norme) et ceux lésés par un niveau déficitaire dans le domaine cognitif (le non-conforme). Face à l'ampleur de ce phénomène, la prise en charge est institutionnalisée et oriente ceux que l'on désigne comme étant en situation de handicap vers des structures adaptées.

La notion de handicap est relativement récente, puisqu'elle apparaît à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et début du 20<sup>ème</sup> et d'après Henri-Jacques Sticker<sup>21</sup>, elle vient supplanter celle de l'infirmité qui recouvre ceux qui sont « diminués par une atteinte du corps et/ou de l'esprit ». Cet auteur associe l'ère industrielle en plein essor et les accidents du travail inhérents aux développements des entreprises comme des facteurs qui accentuent la notion de risque, que l'Etat providence se doit d'intégrer dans ses prérogatives.

Il met en exergue la notion de norme sociale comme étant l'expression d'une moyenne, d'un compromis à atteindre, représentant une démarche morale de normalisation

C'est à cette époque que la volonté d'agir est repérée en termes d'égalisation des chances, de compensation afin d'atteindre un retour à la normalité sociale.

### **2.1.3 Les classifications**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une classification internationale d'après les travaux du britannique Philip Wood, qui a élaboré à partir de 1980 une clarification conceptuelle dans la définition du handicap. Cette Classification Internationale des Handicaps (CIH) est adoptée par la France en 1988 comme références des nomenclatures statistiques sur le handicap.

---

<sup>21</sup> H-J Stiker, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod, 1996.

La CIH définit le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne selon trois plans :

- La déficience, c'est l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience peut être permanente ou temporaire, réversible ou irréversible.
- L'incapacité est la conséquence fonctionnelle de la déficience. Elle est une réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir de façon normale une activité.
- Le désavantage découle directement de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire, professionnelle. Il est la résultante de l'interaction entre la personne en situation de handicap et l'environnement. La dimension de l'environnement prend toute son importance puisqu'il peut soit le minimiser soit l'amplifier.

En 1997, après un processus de révision de l'ancienne classification, une réactualisation des catégories est proposée et aboutit à une nouvelle formulation : Classification Internationale des Altérations du corps, des Activités et de la Participation.

Nous remarquons d'une part qu'entre les deux versions, une volonté de modifier certains termes jugés trop négatifs *incapacités* en *activités* et *désavantage* en *participation*. D'autre part, le terme de handicap n'apparaît plus. Il semble que les rédacteurs ont eut le souci de réduire la connotation négative de certains mots.

Mais les travaux n'aboutiront réellement qu'avec la proposition d'une nouvelle classification qu'en 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. Cette version donne des réponses aux questions de l'environnement et de la participation sociale. Elle s'éloigne d'une classification des conséquences de la maladie pour proposer une classification des « composants de la santé ». Elle présente un modèle où le handicap est le résultat d'une interaction entre composantes individuelles et environnementales. Une des volontés affichées est de modifier le regard porté sur la personne handicapée.

## 2.1.4 Données statistiques

Les chiffres récents concernant le handicap mental font apparaître une baisse du nombre de places en internat. Cette tendance semble se confirmer du fait du développement d'autres types de prise en charge notamment le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SEESSAD) ainsi que l'augmentation des formules d'externat.

	Franche Comté	Territoire de Belfort	France métropolitaine
Etablissements pour déficients mentaux	33	4	1151
Nombre de lits	1934	299	68774
SSESSAD nombre de places	595	45	19617

Source : DRASS. Enquête ES- Finess. Janvier 2001

Année	Franche Comté		Territoire de Belfort		France métropolitaine	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Etablissements pour déficients mentaux.	2070	1934	320	299	74924	68774
Nombre de lits						

Source : DRASS. Enquête ES- Finess. Janvier 2001

## 2.1.5 Le quotient intellectuel et les tests

### 2.1.5.1 Un repérage des difficultés scolaires

Les enfants présentant des difficultés dans les apprentissages scolaires ont vraiment été repérés lors de l'application de la loi de mars 1882 sur l'obligation scolaire. La généralisation de l'instruction a rapidement révélé que certains écoliers étaient dans l'incapacité d'intégrer les programmes proposés par les textes. En 1904, une réflexion fut menée dans le cadre d'une commission afin de développer des mesures concernant ces enfants. Il devenait nécessaire de mettre en place un enseignement adapté.

Avec ce dispositif, une question devenait centrale, celle de l'orientation pour déterminer ceux qui devaient bénéficier de telles mesures.

Deux spécialistes ont été sollicités pour mettre en place un système de mesure de l'intelligence, un ensemble d'épreuves destinées à évaluer le niveau de performance intellectuelle de l'enfant. Alfred Binet et Théodore Simon ont ainsi mis au point : une échelle métrique de l'intelligence. Cette démarche correspond en fait à une commande de la commission Bourgeois, commission ministérielle, pour permettre l'admission d'enfants anormaux en classe de perfectionnement.

Cette première approche de la mesure de l'intelligence se développera entre les années 1905 et 1911 et contribuera à la définition de ce que l'on nomme plus communément « le test Binet-Simon ».

Dès lors, il a été possible pour les spécialistes du domaine médical et du domaine pédagogique de pouvoir évaluer, après le passage d'épreuves spécifiques, le niveau intellectuel de l'enfant.

Par leurs tests, Binet et Simon ont introduit un facteur important dans leur technique, celui d'« âge mental ». Cet indicateur fait office d'unité étalon pour déterminer si l'enfant se situe dans la moyenne ou s'il se situe dans une zone plus faible. Dans le dernier cas, on évoque une situation de retard intellectuel. La notion de quotient intellectuel sera développée par le psychologue Stern en 1912.

Pour Binet et Simon, deux critères déterminent la débilité mentale, le niveau de retard scolaire et la mesure du retard mental. Ils ne font pas de lien direct avec une cause organique ou l'hérédité comme cela se produira dans une autre période.

Une nouvelle dimension est introduite dans la mesure de l'intelligence, le quotient intellectuel. Cette notion confronte deux données essentielles qui sont l'âge mental (issu des tests) et l'âge réel. En établissant un rapport entre ces deux facteurs, le quotient intellectuel est déterminé.

Ainsi le quotient intellectuel obtenu situe-t-il l'individu par rapport à une norme qui précise le seuil d'une intelligence normale et d'une intelligence altérée.

Par exemple, un enfant dont le quotient intellectuel est de 80, se trouve dans la zone normale puisque la limite est fixée à 70.

Cette période de mise en place de tests de niveau intellectuel marque l'histoire de la psychologie et améliore le dépistage de situations de carence rencontrées par certains enfants.

Cependant, conscients de l'impact de leur méthode des tests, ils ont mis en garde dans leurs articles ou ouvrages des risques d'exclusion sociale. Ainsi, ils précisent que les débiles légers admis dans les classes spéciales pourraient revenir dans les classes ordinaires sous condition que l'on ne les oriente pas dans une direction différente de la classe ordinaire. Il est intéressant de constater que, dès cette époque, se pose la question des effets de la ségrégation, de la mise à l'écart du système dit ordinaire.

Cependant, ces tests n'ont pas l'ambition de mesurer l'intelligence mais plutôt de situer l'enfant par rapport à un niveau, et de pouvoir le catégoriser en fonction de ces aptitudes. Cette volonté est corollaire de la création des classes de perfectionnement, qui sont les prémices d'une pédagogie adaptée.

A. Binet a fait preuve de modernisme par l'apport de sa vision du monde de l'anormal, considérant que la débilité n'est pas un état figé, mais au contraire, qu'il est possible d'améliorer et de renforcer l'éducabilité de l'intelligence et de repousser les limites de l'incurabilité de la débilité mentale.

Il faut bien reconnaître aujourd'hui que les tests utilisés par les psychologues ont plus une fonction d'indicateurs techniques servant à catégoriser les enfants présentant des déficiences mentales, que de proposer un tableau clinique complet sur les possibilités cognitives d'un enfant. D'autant que la mesure s'opère par rapport à des savoirs scolaires, académiques comme le soulignent certains auteurs.

Le quotient intellectuel est utilisé comme un instrument de reconnaissance, afin de délimiter le niveau de difficulté dans lequel se trouve l'élève. S'il a valeur de diagnostic et permet d'avoir une idée par rapport à une moyenne, il ne suffit pas à comprendre la situation globale de l'enfant. Les facteurs environnementaux sont déterminants et permettent une approche plus réaliste de ce qui constitue la sphère sociale de l'enfant.

#### **2.1.5.2 Différentes formes d'intelligences**

Les tests de performance que l'on fait passer aux enfants relèvent d'une épreuve particulière, dans une situation standardisée, aux performances moyennes de sujets de même âge dans une situation identique comme le rappellent J. Liegeois et C. Magnin de Cagny, formatrices au

CNEFEI<sup>22</sup> de Suresnes. L'identification du retard mental est possible par l'interprétation des résultats obtenus mais dans la zone floue qu'accompagne la déficience légère, où la frontière entre retard mental et non retard mental est complexe, la démarche de diagnostic nécessite une certaine prudence.

Elles poursuivent en précisant que les tests mesurent une forme d'intelligence, l'intelligence logico-algébrique, celle qui est mobilisée dans le type d'enseignement en vigueur actuellement par l'Education Nationale.

Aussi, les tests d'intelligence renseignent-ils sur les facultés d'adaptation de l'enfant à notre type d'enseignement. Dans ce sens, ils sont utiles dans la scolarité mais ils ne représentent pas une donnée absolue par rapport aux autres canaux de l'intelligence. Il est admissible qu'un enfant ayant des résultats de tests peu favorables dispose tout de même de potentialités, qui ne peuvent s'exprimer dans le cadre normatif du milieu scolaire.

Dans un article de la revue « sciences humaines » de mai 2001, J.Lautrey<sup>23</sup> aborde l'évaluation de l'intelligence. Il rappelle que le débat a été alimenté par l'opposition de deux courants reconnaissant d'un côté une seule intelligence générale et de l'autre une intelligence multiple. Il cite J.B.Caroll<sup>24</sup> qui a réalisé une étude sur les tests d'intelligence et qui propose un modèle hiérarchique de l'intelligence, faisant une synthèse entre les modèles unitaires et les modèles multiculturels. Au-delà de l'aspect scientifique, cette démonstration permet de distinguer non pas une, mais des formes d'intelligence, et rend possible que l'on puisse être performant dans l'une des unités factorielles et pas dans une autre.

Par rapport aux jeunes déficients qui sont orientés en structures spécialisées, les tests auxquels ils ont été soumis, ont été menés dans le cadre scolaire par rapport à des connaissances académiques. La lecture des résultats de tests donne une indication sur la capacité de l'enfant à intégrer, à un moment donné, un programme scolaire, vis à vis d'une moyenne générale.

L'enfant peut toutefois disposer d'un potentiel personnel qui ne soit pas percevable par la nature même du test. Il y a le cas de cet enfant considéré comme déficient léger, dont le père garagiste déclarait que son fils pouvait manifester une compétence dans le registre de la mécanique mais qu'il n'était pas en mesure de pouvoir gérer des opérations moins concrètes comme ce qui est exigé à l'école.

---

<sup>22</sup> Centre national d'études et de formation pour l'enfance inadaptée.

<sup>23</sup> Professeur à l'université R.Descartes, Paris 5, auteur d'ouvrages sur l'intelligence.

<sup>24</sup> Chercheur américain.

Cette illustration montre la complexité de l'utilisation des tests, sachant d'une part qu'il est difficile de pouvoir restituer toutes les capacités de l'enfant, ces dernières ne sont pas forcément que d'ordre scolaire. D'autre part, la mesure exprimée par le quotient intellectuel est amenée à évoluer, surtout dans le registre de la déficience légère. Des enfants peuvent parfois quitter le champ du secteur spécialisé pour réintégrer des structures dans le cadre de l'enseignement spécial mais au sein de l'éducation nationale dans des écoles ordinaires.

Malgré les recherches récentes sur le concept d'intelligence avec la théorie de R. Sternberg<sup>25</sup> qui décline cette notion en trois domaines (intelligence sociale, intelligence émotionnelle, intelligence pratique), les tests utilisés actuellement sont des émanations remodelées de ceux qui étaient en vigueur à l'époque de Binet et Simon. Rappelons pour conclure sur ce point que l'intelligence mobilisée pour les tests classiques, qui peut être spécifiée comme « académique », est celle requise pour les apprentissages scolaires. Cependant, il semble que les psychologues les utilisent avant tout comme des outils parmi d'autres, en considérant qu'ils n'expliquent pas à eux seuls la situation de l'enfant et que d'autres facteurs sont importants à considérer.

### **2.1.5.3 Les classifications : l'apport de l'OMS**

L'Organisation mondiale de la santé a proposé une nouvelle limite du seuil de la déficience intellectuelle, dont la zone se situait pour le retard mental léger entre 65 et 80, à 50 et 70. Ce nouveau seuil est entré en vigueur en 1989.

D'autre part, la Classification Internationale des Handicaps adopte une autre terminologie en ce qui concerne le handicap mental puisque la déficience intellectuelle est devenue le retard mental.

On remarque à ce sujet que pour la période antérieure à ces changements, les enfants qui se situaient dans cette zone de QI compris entre 70 et 80 étaient assimilés au champ de la déficience mentale alors qu'ils ne le seraient plus aujourd'hui avec la modification des frontières de la déficience.

---

<sup>25</sup> Psychologue américain, considéré comme un théoricien de l'intelligence, auteur de la théorie « triarchique », qui vise à étendre la notion d'intelligence à de nouveaux domaines.

#### 2.1.5.4 Les origines de la déficience mentale

On distingue deux origines essentielles de la déficience mentale :

- Les déficiences d'origine organique. C'est le cas des aberrations chromosomiques comme les trisomies 21 qui s'accompagne d'une déficience plus ou moins importante.
- Les déficiences liées à des troubles relationnels. Cette catégorie recouvre des facteurs relationnels, socio-économiques, socio-culturels. Dans ce registre, on ne parle plus de déficience innée mais de déficience acquise. L'apparition d'un retard du développement peut trouver son origine dans une situation de manque affectif. Les travaux de Spitz<sup>26</sup> nous indiquent avec son concept d' « hospitalisme » que des carences affectives précoces peuvent contrarier le développement de l'enfant.

L'importance de la relation mère-enfant est soulignée notamment par des courants d'inspiration psychanalytique. Maud Mannoni dans son ouvrage *l'enfant arriéré et sa mère*<sup>27</sup> associe la déficience à une expression symptomatique, qui serait l'émergence d'un conflit entre la mère et l'enfant.

Tout au long de l'histoire du handicap mental, il existe une corrélation entre les facteurs socio-culturels et la déficience mentale légère. Un lien est souvent établi entre le retard scolaire et les carences du milieu familial. L'étude plus approfondie nous indique que la pauvreté culturelle a des répercussions sur le développement du langage. Or, la maîtrise du langage est un des facteurs de réussite dans les acquisitions scolaires. Les enfants n'ayant un capital langagier répondant aux critères de l'école seront plus souvent en difficulté et susceptibles d'être orientés vers des classes spéciales ou, devant la persistance des troubles, vers le secteur de l'éducation spécialisée.

#### 2.1.5.5 Vraie ou fausse déficience ?

Dès lors que l'on admet les différents niveaux et origines de la déficience, on perçoit bien la difficulté d'appréhender un champ aussi complexe. Entre une déficience légère et une

---

<sup>26</sup> Psychiatre-psychanaliste d'origine autrichienne (1887-1974) ayant étudié les effets de la séparation précoce mère-enfant.

<sup>27</sup> Maud Mannoni, *L'enfant arriéré et sa mère*, Paris, Le Seuil, 1964.

déficience grave ou profonde, le pronostic de départ ne laisse pas envisager les mêmes perspectives d'intégration et d'évolution.

Lorsque l'on aborde la question de la déficience mentale, il est nécessaire de sérier dans quel niveau de handicap on se situe. Les tests psychométriques déterminent suivant les résultats obtenus aux diverses épreuves, le quotient intellectuel. Celui-ci se traduit par un nombre permettant de se repérer dans une échelle fixant des seuils entre le handicap léger (le seuil le plus proche de la normale) et le handicap profond (le seuil le plus éloigné).

Certains auteurs comme A. Inizan et R. Tastayre<sup>28</sup> font une distinction entre ce qu'ils nomment « la débilité vraie » et la « pseudo débilité ». Ils évoquent l'amalgame que l'on peut être amené à faire lorsque se développe une réflexion sur la question du handicap.

Ils tentent une nouvelle approche de la déficience mentale en mettant l'accent sur un postulat de départ : la véritable « débilité », qui est liée à des facteurs héréditaires, pathologiques, traumatiques, peut expliquer les formes les plus sévères mais que la majeure partie des situations rencontrées s'origine sur des causes plus floues.

Ils énoncent tout de même certaines pistes touchant davantage aux conditions environnementales, dans le domaine des carences affectives et éducatives. Dans ce cas de figure, il s'agit de déficience acquise. Cette distinction apporte une nuance quant aux possibilités évolutives de la personne et à la nature du pronostic de départ. Certains enfants ne pourront quitter le milieu éducatif spécialisé tandis que d'autres, de par leur niveau de potentialité, pourront éventuellement réintégrer le circuit ordinaire.

### **2.1.6 Le handicap mental, une définition recouvrant de multiples situations**

Lorsque que l'on tente de cerner ce que recouvre la dimension du handicap dans son acception la plus large, on constate que cela revêt un nombre important de situations. En resserrant la définition au handicap mental, on est quand même confronté à un domaine relativement étendu qui englobe des situations très différentes particulièrement sur le niveau de gravité du handicap.

---

<sup>28</sup> A. Inizan R. Tastayre, *Les enfants dits débiles*, Paris, ESF, 1978.

L'accompagnement d'une personne qui se situe au niveau du quotient intellectuel dans l'expression la plus basse, dont la reconnaissance de son handicap la catégorise dans les formes sévères de la déficience n'aura pas les mêmes possibilités d'évolution notamment pour concrétiser des projets de sortie du secteur spécialisé. En admettant que cette personne puisse bénéficier de la prise en charge et développer son accès à l'autonomie, elle devra cependant toujours être dépendante d'un soutien spécifique. En ce qui concerne la déficience mentale légère, la situation est plus nuancée. Au regard de la mobilisation des potentialités et du niveau de déficience moindre, des projets de sortie de champ spécialisé peuvent être envisagés.

Dans un établissement comme l'institut médico-pédagogique se côtoient des enfants aux projets très différenciés, aux potentialités variables. Entre des enfants dont la déficience s'origine sur des bases organiques et des enfants dont l'étiologie des troubles est davantage à comprendre dans une dimension socio-culturelle, c'est bien la désignation qui les réunit dans un même cadre avec cet étiquetage de « déficient mental ». Ce constat introduit un questionnement concernant la cohabitation d'enfants dont la déficience à une étiologie très différente. Comment peut-on harmoniser une prise en charge éducative entre ces différentes populations, dont une partie sont les déficients légers, qui sont repérés avant tout pour des difficultés d'ordre scolaire ?

Nicole Diederich<sup>29</sup> mentionne que parmi les déficiences mentales, la déficience légère, dépistée à l'école, n'a cessé de croître. Elle révèle que la part de la déficience légère double en 10 ans entre les années 1980 et 1990 alors que les autres déficiences sont plutôt stables. Elle cite René Zazzo<sup>30</sup>, « Si le nombre d'enfants réputés débiles a quadruplé depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle, c'est parce que le prix de l'intelligence a augmenté et non parce que les gens sont devenus plus bêtes ». Le commentaire possible suite à cette remarque est que le niveau d'exigence a certainement augmenté, en particulier dans le domaine scolaire. Pour Jacqueline Gateaux-Mennecier<sup>31</sup>, le développement de la déficience mentale légère signale une extension de la notion de handicap mental à des sujets qui présentent des difficultés scolaires ou d'adaptation sociale. On voit apparaître une prédominance d'un type de déficience qui traduit un renforcement des difficultés scolaires pour les enfants qui sont en difficultés et qui seront

---

<sup>29</sup> *Les Naufragés de l'intelligence, op. cit*, p 16

<sup>30</sup> Auteur d'un ouvrage sur les déficiences mentales.

<sup>31</sup> Jacqueline Gateaux-Mennecier, *La déficience légère*, Paris, Editions du CNRS, 1990.

orientés, après un processus de désignation vers les structures de l'éducation spécialisée, avec un étiquetage de « handicapé mental ».

### **2.1.7 L'entrée dans une filière ou simple passage ?**

Le fait qu'un enfant soit orienté vers une structure d'éducation spécialisée signifie que la commission départementale de l'éducation spéciale l'a reconnu dans le registre de la déficience mais également comme ayant besoin d'un accompagnement éducatif et de soin. Dans la plupart des cas, l'institut médico-pédagogique est le lieu où l'enfant sera intégré afin de bénéficier du soutien proposé par une équipe pluridisciplinaire. La diversité technique des professionnels qui la compose forme un plateau technique, permettant la mise en œuvre d'une prise en charge globale, en associant les familles, pour pallier la situation de carence engendrée par le handicap.

Nous percevons l'intérêt d'une telle démarche pour un enfant en grande difficulté qui se retrouve finalement en situation d'exclusion du cadre scolaire. Ne pouvant satisfaire aux normes fixées par l'institution scolaire, il n'a d'autre alternative que de fréquenter une structure du secteur spécialisé. Dans le cas des enfants déficients mentaux légers, la question primordiale porte sur leur perspective d'avenir, en terme de projet individualisé particulièrement. Ce qui doit être privilégié, c'est non seulement de s'assurer de la pertinence des objectifs et des moyens mis en œuvre pour finaliser les buts à atteindre mais c'est aussi de se préoccuper du devenir, de ce qu'il peut advenir après un temps d'accompagnement. Il est certainement présomptueux de s'avancer sur l'évolution probable de la personne mais considérer qu'une prise en charge spécialisée peut être un état provisoire et non un état définitif est une piste de réflexion intéressante.

Cette remarque repose en partie sur les alternatives qui sont aujourd'hui peu développées. Il y a bien des tentatives de réduire les effets stigmatisant d'une orientation dans le secteur spécialisé par l'introduction d'une formule mixte où l'enfant est suivi à l'extérieur de l'institution dans le cadre d'action d'intégration, toutefois c'est encore trop confidentiel pour avoir valeur de pratique générale.

Le principe d'accueil temporaire peut faire son chemin surtout à l'heure où est évoqué le maintien dans le cadre ordinaire comme une priorité. Penser l'orientation dans un institut comme un passage momentané nécessite de transformer le regard que l'on porte sur une

pratique mais également sur la personne pour lui proposer un lieu le moins stigmatisant possible.

### **2.1.8 Le risque de l'étiquetage**

#### **2.1.8.1 Changement d'époque, changement de vocable**

Au début du siècle, on nommait les enfants atteints d'une déficience, les arriérés, les anormaux, puis ce terme a été banni pour laisser la place à un autre vocable, celui d'inadapté. Les médecins aliénistes du 19<sup>ème</sup> siècle utilisaient également des vocables tels que « idiots, crétins » qui ont une autre connotation aujourd'hui, et qui avaient une signification précise à l'époque pour désigner les enfants handicapés.

D'ailleurs, actuellement s'utilise de préférence le terme de déficience mentale, et l'on s'oriente davantage vers l'utilisation du terme de « retard mental » qui est inscrit dans la nomenclature de l'organisation mondiale de la santé.

Au cours de son histoire, l'enfance à « l'intelligence troublée » a connu une succession de périodes au cours de laquelle on mesure une évolution terminologique pour désigner ce secteur. Dans l'ouvrage collectif auquel il a participé, F. Chapiro<sup>32</sup> répertorie les différentes phases de transformation :

- L'enfance anormale, dont fait état le projet de la loi de 1909.
- L'enfance arriérée, revendiquée par le docteur Bourneville ( qui apparaîtra dans l'énoncé de la loi de 1909).
- L'enfance déficiente, issue du front populaire.
- L'enfance inadaptée, apparaît sous le régime de Vichy.
- L'enfance handicapée, accompagne la constitution des textes visant aux conditions d'agrément des établissements.

Aujourd'hui, les acteurs du secteur médico-éducatif utilisent des termes plus en résonance avec les préoccupations contemporaines de réduire la connotation parfois dépréciative de certains mots. On évoque le retard mental, la déficience, une manière de ne pas marquer la

---

<sup>32</sup> F.Chapiro J.Constant B.Durand, *Le handicap mental chez l'enfant*, Paris, ESF, 1997.

désignation dans un registre trop négatif. D'ailleurs, ce souci était déjà présent à l'époque de Bourneville<sup>33</sup> puisque le terme « arriéré » a été retenu par les spécialistes qui jugeaient le terme « anormal » trop péjoratif.

Conscients de l'impact évocateur des termes retenus pour désigner les jeunes déficients mentaux, certains professionnels n'hésitent pas à réduire de façon sensible la portée invalidante liée au handicap et parlent davantage de jeunes en situation de difficulté.

### **2.1.8.2 Un marquage stigmatisant**

Cependant, intervenir auprès d'un enfant en difficulté dans le cadre scolaire et lui proposer une orientation dans une structure de l'éducation spécialisée répond au souhait de lui apporter une aide, tant à son niveau que celui de sa famille. Le paradoxe de cette démarche, c'est qu'elle favorise en même temps la mise à l'écart de l'enfant et s'opère de fait une ségrégation. A.Inizan et R.Tastayre<sup>34</sup> soulignent l'importance du marquage social et du niveau de conscience des enfants qui sont désignés de la sorte : condition pour l'instauration d'une prise en charge spécialisée, le repérage de la personne tombe dans l'écueil de l'étiquetage et du marquage. Pour J.L. Lambert<sup>35</sup>, « Tous les handicapés mentaux qui ont pris conscience du fait qu'ils portent cette étiquette demandent à être dissociés du groupe englobé sous l'appellation ». Il s'avère que parmi les effets d'un tel marquage, la plupart des déficients légers ont la possibilité de comprendre les implications négatives de cette dénomination. De ce fait, ils supportent mal d'être désignés comme tels.

Au regard du niveau de difficulté d'adaptation de l'enfant dans le cadre scolaire ordinaire, si l'orientation retenue concerne le milieu de l'éducation spécialisée, une des priorités est de réduire les risques de marginalisation, d'appartenance à un monde « différent », qui sont des représentations sociales courantes lorsque l'on évoque notamment les instituts médico-pédagogiques.

On ne mesure pas toujours la violence que peut imposer un mot, surtout ceux pour désigner le handicap mental. S'il est difficile d'utiliser des vocables à forte connotation négative pour nommer les personnes, c'est que nous sommes conscients de l'effet que cela peut produire à

---

<sup>33</sup> On remarque dans les ouvrages de ce médecin précurseur rédigés entre la période de 1888 et 1906 l'emploi de termes aussi divers pour évoquer l'enfance en difficulté tels que : imbécillité morale, imbécillité légère, idiot, dégénéré, arriéré.

<sup>34</sup> *op.cit*, p. 50.

<sup>35</sup> *op.cit*, p 39.

leur rencontre. Le handicap mental est souvent associé à une image invalidante, celle de quelqu'un à qui il manque quelque chose ou qui traduit une conduite parfois peu en rapport avec les attentes du groupe. L'Angleterre tente d'apporter une réponse à ce risque de discrimination en excluant dans la désignation des personnes handicapées ce terme lourd de représentations sociales chargé de sens pour lui préférer celui de « personnes en difficultés d'apprentissage ».

## **2.2 Emergence de l'hypothèse centrale**

Au regard de tous les éléments énoncés ci-dessus, il apparaît que le rôle de l'institution scolaire est primordial dans le repérage des troubles concernant les jeunes déficients mentaux légers. Ces enfants désignés comme handicapés mentaux ne peuvent répondre aux exigences de la scolarité. Leur situation d'échec scolaire cumulée à des difficultés d'ordre sociale contribue à les placer dans un état de disqualification.

De ce fait, les instances de désignation, en l'occurrence les commissions départementales de l'éducation spéciales (CDES) sont amenées à identifier des jeunes présentant des difficultés scolaires qui engendrent une situation d'échec. Ainsi, ils sont catégorisés dans le registre des handicapés mentaux et orientés vers des structures spécialisées.

Au centre du dispositif de repérage du handicap, la notion de déviance caractérise les enfants qui ne correspondent plus aux normes d'une scolarité ordinaire, qui relèvent autant d'une difficulté sociale que de l'expression d'un handicap nommé « déficience mentale légère ».

*Si les enfants qui sont désignés comme handicapés mentaux légers le sont avant tout par rapport à un repérage de leurs difficultés scolaires, et que l'orientation en structure spécialisée contribue au phénomène de ségrégation, alors l'orientation de ces enfants en institut médico-pédagogique renforce le caractère stigmatisant de leur situation.*

## **2.3 Le référentiel théorique**

### **2.3.1 L'interactionnisme symbolique**

Il s'agit d'un courant sociologique issu des travaux des sociologues de l'université de Chicago, qui s'inscrit dans une approche « micro sociologique », favorisant l'étude des situations. « L'Ecole de Chicago » qui se fonde dans les années 1920 devient un mouvement

important de la sociologie américaine. E. Goffman et H. Becker font partie de ce que l'on nomme la deuxième période, issue des années 1960.

Apparaît alors ce que est nommé l'interactionnisme symbolique, notion théorique développée par H. Blumer qui caractérise la « seconde Ecole de Chicago ». Les phénomènes sociaux sont considérés par le biais des interactions individuelles et des représentations qu'elles mobilisent, que ce soit entre deux personnes ou entre groupes constitués. L'interaction est au cœur de ce courant et « exprime l'unité minimale des échanges sociaux et désigne une situation sociale où chacun agit et se comporte en fonction de l'autre ».<sup>36</sup> L'individu aborde les situations sociales en fonction d'interactions antérieures et la confrontation à de nouvelles interactions sont sujettes à négociations et nécessite qu'il « ajuste ses relations à autrui dans le cadre des différents rôles qu'il occupe »<sup>37</sup>.

La démarche interactionniste se situe dans un autre registre que les analyses quantitatives en favorisant l'étude de petites communautés par un travail d'enquête sur le terrain. En ce sens, H. Becker avec *Outsider* et E. Goffman avec *Stigmaté* vont axer leurs recherches sur les groupes déviants, l'un avec sa théorie de l'étiquetage et l'autre avec la notion de stigmaté en tentant de cerner les types de relation qui se jouent entre normaux et handicapés.

En s'intéressant à la question du handicap, il est difficile d'ignorer les rapports entre les différents groupes sociaux et ce qui les animent. A. Ogien,<sup>38</sup> en introduisant son chapitre sur la structure sociale, rappelle, que d'une manière générale, les sociétés sont hiérarchisées, c'est-à-dire que des groupes dominants instaurent des règles qui régissent les relations collectives.

Ces modes d'action spécifiques engendrent des disparités et certains groupes sociaux sont de ce fait relégués au bas de l'échelle sociale. La situation ainsi provoquée constitue une des causes importantes de la déviance.

Ce qui semble déterminant dans la gestion de conduites perçues comme relevant de la déviance, c'est qu'elles représentent une menace pour l'ordre public. La réaction des instances de pouvoir est de proposer un dispositif de traitement, afin de contenir, voire de

---

<sup>36</sup> J.P Durand R.Weil, *Sociologie contemporaine*, Vigot, Paris, 1997, p 172.

<sup>37</sup> Dictionnaire des sciences humaines, Nathan université, Paris, 1994, p 186.

<sup>38</sup> A. Ogien, *Sociologie de la déviance*, A.Colin, Paris, 2002.

modifier les comportements d'individus défiant les lois en vigueur. La mise à l'écart et l'enfermement ont été les réponses institutionnelles formulées jusqu'à présent. Il apparaît que les derniers textes officiels traitant du handicap prônent un maintien en milieu ordinaire comme une priorité, ce qui tend à favoriser une ouverture dans les modes de prise en charge actuels et manifestent une volonté nouvelle de normaliser davantage les situations de handicap, en modifiant la nature des pratiques des institutions mandatées pour traiter ces questions.

### 2.3.2 H. Becker et la déviance

Ce terme apparaît dans la sociologie américaine dans les années 50. Il se substitue à l'expression en vigueur préalablement qui était : désorganisation sociale. Les théories interactionnistes de la déviance que l'on nomme également théories de la réaction sociale ou du marquage mentionnent que la déviance n'est pas tant le résultat d'un fait qui implique une personne mais davantage l'effet que cela produit sur le groupe et qui détermine son mode de réponse. H. Becker en donne une définition: « la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application par les autres, de normes et de sanctions à un *transgresseur*. Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette ». <sup>39</sup> C'est une construction qui s'inscrit dans un processus d'interaction collective, concernant à la fois les personnes désignées et celles qui désignent.

L'approche d'un phénomène social comme le handicap mental par le concept de la déviance tel que l'a défini H. Becker nous paraît particulièrement intéressant. Il considère dans un premier temps que le fait de ne pas se conformer aux normes provoque une situation de déviance, et que cela entraîne un étiquetage de la part de ceux qui repèrent cette transgression, qu'ils nomment d'ailleurs les entrepreneurs de morale. De ce fait, ils deviennent avec les agents du contrôle social qui sont les magistrats les policiers etc. , ceux qui créent le phénomène de déviance. La réaction sociétale par le biais de la désignation contribue à l'émergence de ce fait et la notion d'étiquetage tend à séparer les déviants du reste des groupes normaux.

---

<sup>39</sup> Howard S. Becker, *Outsiders. Etudes de la sociologie de la déviance*, Paris, A.M Métaillé, 1991, p 32.

D'une manière générale, la déviance concerne ce qui est marginal, ce qui s'écarte d'une norme définie par un groupe, ce qui diffère de ce qui est le plus commun. Evidemment, une telle approche est trop généraliste et il est nécessaire de préciser le sens que nous privilégions pour nous l'approprier dans notre travail.

Nous retiendrons une acception qui semble le mieux convenir à notre démarche de recherche, celle où la déviance est considérée comme « le défaut d'obéissance aux normes du groupe ». Chaque groupe composant la société se réfère à son propre système de normes. H. Becker rappelle que les individus appartiennent simultanément à plusieurs groupes, et de ce fait, il est admis que certaines normes prévalent sur d'autres.

La déviance est une construction. Elle n'existe que par l'existence de normes et de lois. C'est la transgression de ces règles qui constitue le statut de déviant. L'individu le devient parce qu'il enfreint la loi édictée par les institutions. La norme a un rôle essentiel puisqu'elle définit le type de conduite admissible, correspondant aux attentes sociales établies par le groupe.

Qu'est-ce qu'une norme ? Ce sont des règles qui régissent les conduites individuelles et collectives dans une société. Chaque groupe possède des normes intrinsèques et implicites.

La norme, c'est l'élément fondateur de la déviance. Cette norme a été élaborée par la collectivité. Elle précise si l'acte doit être considéré comme déviant ou pas. C'est parce qu'une norme est transgressée qu'il y a déviance. Seulement, pour que ce processus ait cours, il est nécessaire que sa mise en œuvre s'adresse à une population ciblée, identifiée, en d'autres termes : repérer en quoi elle est différente. Cette mission relève, dans le secteur de l'éducation spécialisée des psychologues, voire des enseignants eux-mêmes puisqu'ils sont les premiers à repérer les difficultés des enfants.

Prenant en compte ce qui provoque l'état de déviance, il faut admettre la part d'induction que la société distille concernant l'émergence de cet état particulier. C'est bien elle qui la crée « en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance ».

H. Becker insiste sur l'interaction entre le déviant et le groupe. En réaction à la transgression de normes, certains individus seront étiquetés comme déviants non pas au regard de la qualité de l'acte commis mais plus en conséquence de la réaction des autres vis à vis de l'acte d'une personne.

Il utilise le terme d' « Outsider » pour désigner l'individu qui transgresse une norme et qui de ce fait se singularise par rapport au groupe, garant d'une certaine conformité. En l'occurrence,

dans notre travail de recherche, nous tentons une mise en relation entre cette position de l'individu qui transgresse une norme et le jeune handicapé mental qui ne répond pas à la norme scolaire.

Il n'y a pas déviance uniquement lorsqu'il s'agit de rapport à la loi. Le fait de ne pas correspondre à certaines normes peut conduire à être marqué du sceau de la non-conformité. Ne pas respecter « les règles du jeu », favorise l'état de marginalisation qui provoque une forme de désignation : c'est la théorie de l'étiquetage. Les individus ainsi désignés sont considérés comme déviants. Cela est en lien avec la notion de stigmatisation.

Dans son chapitre sur « les entrepreneurs de morale », Becker évoque ceux qui contribuent à la création des normes et ceux qui sont chargés de les faire respecter.

Au-delà des motifs d'une telle démarche, ce qui est intéressant de noter, c'est la manière dont les faits se déroulent. Ceux qui instaurent les normes, ont une appréciation rigoureuse de ce qui est mieux pour l'autre, de ce qui pourra améliorer finalement les conditions de vie de l'individu, de créer en quelque sorte un cadre de vie plus satisfaisant.

Par rapport aux jeunes en difficultés, le dispositif scolaire tente de trouver une orientation adaptée lorsque le repérage des carences a eu lieu. La notion de retard scolaire prend une signification importante dans le processus de désignation et d'orientation vers le monde du handicap.

Ce qui intéresse le chercheur dans sa démarche, c'est de comprendre sur quoi se base la réaction sociale dans certains cas et ce qu'elle mobilise pour le groupe désigné. En somme, la déviance est le produit d'une interaction sociale et, à l'issue d'un processus complexe, la personne est désignée comme déviante. Dans la situation qui nous importe, l'école est bien une instance de désignation notamment par le biais de sa commission départementale, qui participe à l'étiquetage des élèves ne satisfaisant pas aux normes scolaires.

H. Becker précise qu'il existe différents types de déviance. Ce qui les détermine, c'est ce qui est lié au critère de conformité. Il dresse un tableau qui met en évidence si le comportement est perçu comme déviant ou non. Et c'est bien par rapport à la norme que l'on peut déterminer ce qui est conforme de ce qui ne l'est pas. Pour conclure, notons que la déviance n'est pas que le fait de transgresser la norme « mais tout autant le résultat du regard de ceux qui sont les gardiens de cette norme et qui labellisent ainsi le déviant ».

### 2.3.3 E. Goffman et la stigmatisation

Erving Goffman<sup>40</sup> aborde les handicaps et analyse les interactions modifiées entre l'individu et celui qui est marqué par un stigmate. Il développe ce qu'il nomme l'identité discréditée qui apparaît d'ailleurs dans le sous titre de la version anglaise, accolée au terme de management. Il décrit comment la personne en situation de handicap évolue dans l'interaction, en mettant en place des stratégies pour préserver son identité. Celle-ci étant menacée par le discrédit, l'individu est amené à mettre en place des conduites particulières. Pour lui, stigmatisé et normal sont des points de vue, des rôles joués par des individus. Dans le cadre des contacts mixtes, c'est-à-dire les relations entre normaux et handicapés, le stigmate traduit le désaccord entre l'identité sociale virtuelle prêtée à la personne et son identité sociale réelle.

Son approche de l'identité s'établit sur deux niveaux. Le premier s'en réfère à une identité sociale, une sorte de « moi projeté » sur les autres. Le second élabore une identité individuelle, qui restitue davantage ce qui est de son histoire, accessible qu'à un nombre plus réduit de personnes.

Que recouvre la notion de stigmate ? Ce terme remonte à l'antiquité et était utilisé pour désigner des marques corporelles. La notion de marquage prend forme et permet de distinguer ceux qui étaient « frappés d'infamie » et qu'il fallait éviter.

Lorsqu'un facteur défavorable s'inscrit entre l'identité personnelle et le rôle attendu de l'acteur social, il y a une sorte de disqualification, qui génère un stigmate et qui désignera l'individu comme étant stigmatisé.

Le stigmate est un signe, une marque qui contribue au déclassement d'un individu ou d'une catégorie d'individus.

Il propose pour désigner la personne qui se retrouve en marge par rapport à une norme, le terme de stigmatisé. Ce vocable fait référence à ce qui pourrait être l'anormalité.

Pour aborder cette dualité entre normaux et ceux qui ne le sont pas, il énonce que ceux qui répondent aux attentes particulières, c'est-à-dire ce que le groupe attend de la personne, sont les normaux et que les autres, les discriminés sont porteurs d'un stigmate.

Lorsqu'il analyse les formes de rapports que peuvent entretenir les normaux et les stigmatisés, il nomme ces relations : des contacts mixtes, c'est-à-dire des instants où les individus

---

<sup>40</sup> Erving Goffman, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Editions de minuit, 2001, (1964).

partagent une même situation sociale. Il précise la manière dont le stigmatisé s'adapte face aux situations rencontrées.

Cela relève de l'évitement, de la difficulté à cerner dans quelle catégorie le situer, de la crainte de s'exposer émotionnellement, ce qui l'amène à conclure que les individus stigmatisés ont des raisons particulières de sentir que les situations sociales mixtes tendent à produire des interactions flottantes et angoissées.

E. Goffman parle du rôle protecteur de la famille qui tend à placer l'enfant dans un cocon et ainsi à favoriser une image de lui normale, l'amener à se voir « comme un humain ordinaire ». Lorsqu'il fréquente le monde scolaire, l'enfant est hors du milieu protecteur familial et très rapidement, les manques dont il fait l'objet vont être perçus et désignés comme son stigmat. Il dit à ce sujet : « Il est intéressant de remarquer que plus l'enfant est handicapé, plus il risque d'être envoyé dans une école spécialement destinée aux gens de son espèce, et plus il doit faire face brutalement à l'idée que le monde extérieur se fait de lui ». <sup>41</sup>

Toujours par rapport à l'identité, il la définit comme un moyen de reconnaître l'unicité de la personne, elle-même recouvrant ce qu'il nomme des « signes patents » c'est-à-dire la représentation que l'on a d'une personne, de sa place dans la famille.

Il attache une importance particulière à la combinaison des faits propres à un individu, qui font que ces informations nous permettent d'identifier la personne. La combinaison de ces deux notions lui permet une approche qui prend en compte également que des faits sociaux nouveaux peuvent s'inscrire dans l'histoire de l'individu.

Il décline le concept d'identité dans son acception générale sous trois formes : l'identité sociale, l'identité personnelle et l'identité pour soi.

Il s'accorde à reconnaître que si l'individu a une histoire singulière, il utilise le terme de biographie, celle-ci a un caractère d'unicité, alors que l'on peut trouver une « multiplicité intérieure » dans les autres composantes, notamment dans l'expression des rôles sociaux.

La personne dépréciée peut elle-même révéler la nature de son stigmat ( plus aisément dans un groupe restreint, voire intime), alors qu'elle peut à l'opposé masquer son stigmat et ainsi « dissimuler l'information qui la dévoilerait ».

---

<sup>41</sup> *Stigmat*, *op.cit.*, p.47.

Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune déficient représente un lieu protégé, où son identité sociale est définie par rapport à son niveau de déficience puisque c'est ce qui justifie sa place dans l'institution. Lorsqu'il est en dehors de ce milieu, il peut opérer à un autre niveau en termes d'image de soi, d'identité personnelle, et utiliser le faux-semblant afin d'être moins discrédité et tenter de mettre en conformité ses attitudes.

Ce statut de « dissimulateur » impose à la personne une attention particulière dans le déroulement des situations sociales. Ce qui relève « des routines inconscientes des normaux posent souvent des problèmes d'organisation aux individus discréditables »<sup>42</sup> et oblige à adopter une vigilance particulière afin de ne pas dévoiler une information dépréciative.

Et pour conclure sur le lien entre ce modèle théorique qu'est la stigmatisation vue par Goffman et notre objet de recherche, nous rappellerons que ce phénomène social s'origine sur la difficulté d'un groupe à satisfaire aux normes, notamment celles fixées par le monde scolaire. La non-conformité induit un étiquetage de l'individu, ce qui influera sur son expression identitaire. Il utilise d'ailleurs le terme de « norme d'identité » pour spécifier ce qui engendre la déviation ou la conformité. Notons à ce sujet que l'écart entre ces deux positions est parfois très réduit, ce qui explique en partie la possibilité de masquage du stigmate par la personne. Enfin, la notion de stigmate désigne moins un groupe d'individus qu'un processus social, « le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre ».

---

<sup>42</sup> *op.cit*, p. 108.

## **Troisième partie : Les professionnels et les jeunes en situation de handicap, quelles perceptions ?**

### **3.1 Recueil des données auprès des acteurs**

#### **3.1.1 Enquête par entretien**

##### **3.1.1.1 Une manière d'entendre**

La collecte d'informations auprès des professionnels s'est opérée par le biais d'entretiens, une technique qualitative. Cette méthode d'enquête est appropriée pour recueillir les données ayant trait aux représentations, aux points de vue singuliers selon les termes utilisés par Stéphane Beaud et Florence Weber<sup>43</sup>. Ainsi, il est possible de recenser l'opinion qui émane de l'équipe institutionnelle vis à vis des personnes dont elles assurent l'accompagnement.

Concernant la question du handicap mental léger, les apports livresques et théoriques éclairent une partie de la connaissance sur cette thématique et les parties ci-dessus en font largement écho. L'intérêt à ce niveau de la recherche est de pouvoir disposer de ce que le professionnel peut énoncer sur ce sujet, avec son expérience, sa singularité. « L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs »<sup>44</sup>. En effet, notre objectif est de recueillir par le discours des personnes la manière dont elles perçoivent leur intervention ainsi que la perception qu'elles ont de la population de l'institut médico-pédagogique.

En privilégiant cette méthode, nous favorisons l'émergence d'éléments variés de réflexion, qui traduisent avec nuance les perceptions que les interviewés éprouvent face aux situations rencontrées. La relation directe qui s'instaure entre l'enquêteur et les interlocuteurs autorise la transmission d'informations détaillées, approfondies et renforce la richesse des résultats obtenus. Il convient donc de préparer les conditions de l'entretien afin que l'interaction entre

---

<sup>43</sup> Stéphane Beaud Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 2003.

<sup>44</sup> Alain Blanchet Anne Gotman, *l'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan, 2001, p. 27.

interviewé et intervieweur se déroule dans un climat de confiance, en expliquant le sens de sa démarche.

### **3.1.1.2 L'entretien semi-directif**

Si A. Blanchet et A. Gotman présentent l'entretien comme une rencontre, il reste à optimiser le recueil de données et cela dépend en partie de la façon de procéder. L'entretien semi-directif permet de sérier le sujet en délimitant par des consignes le thème abordé mais en laissant une ouverture suffisamment large pour que l'interlocuteur puisse conserver une marge de choix dans les mots utilisés. L'interaction personnelle qui s'établit dans cette rencontre donne consistance à un discours, reflétant un point de vue propre à l'interviewé. La vision personnelle d'une situation est restituée avec d'autant plus de profondeur que l'espace de l'entretien rend possible le développement des idées. Dans cet espace de communication, il est nécessaire d'utiliser la relance, de savoir saisir ce que l'interlocuteur propose dans l'échange, en considérant que la grille d'entretien pré- établie est utilisée comme un guide. Le déroulement de la rencontre offre la possibilité de reformuler une question ou de recentrer l'échange sur les thèmes retenus.

### **3.1.1.3 Contexte de l'entretien**

Les professionnels sollicités ont tous accepté le principe de l'entretien, leur ayant au préalable donné quelques éléments sur l'objet de notre recherche. Faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire au même titre que les enquêtés, notre démarche s'est accompagnée d'une volonté d'être dans une position la plus objective qui soit. Conscient que certains professionnels sont des collègues de travail, notre objectif était de maintenir une neutralité ou du moins de s'en approcher le plus possible. Ce qui signifie que pendant le déroulement des entretiens, la rigueur imposée était d'exercer un contrôle sur ce qui peut entraver l'entretien comme des commentaires sur ce qui est énoncé ou d'avoir des réactions affectives, autant d'éléments pouvant influencer le cours de l'interview.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu même de l'exercice professionnel, à savoir l'institut médico-pédagogique. En fonction de la disponibilité des personnes, les rencontres se sont réalisées après avoir pris des rendez-vous et en précisant la durée approximative des échanges afin que les espaces temps consacrés soient suffisants.

Les salles où ont eu lieu les entretiens sont dans la majeure partie des bureaux, offrant un espace favorable à ce type de rencontre. La durée des échanges se situe entre quarante cinq minutes et une heure et quart. Toutes les personnes ont accepté le principe de l'enregistrement et nous avons rappelé l'engagement du respect de l'anonymat, ce qui peut rassurer les personnes.

L'entretien étant un outil de la pratique des professionnels participants à l'enquête, ceux -ci ont révélé une certaine aisance verbale dans l'échange, cette pratique leur étant relativement familière. Ce détail technique est important à souligner pour éclairer le fait qu'il y ait peu d'hésitation ou de difficulté d'expression langagière dans l'énoncé des propos recueillis lors des entretiens.

### **3.1.2 Interview des professionnels**

Les personnes qui ont participé à l'enquête sont des professionnels, acteurs de l'institut médico-pédagogique puisqu'ils interviennent au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge des jeunes déficients.

Leur lien commun est de collaborer au travail collectif dans le cadre de l'établissement et en fonction de leurs spécificités professionnelles, d'accompagner les jeunes accueillis en cohérence avec leur projet individualisé.

Ils appartiennent tous à la même structure en intervenant soit à temps plein soit à temps partiel mais réunis par un même projet, celui de permettre l'expression des potentialités des enfants, pour tendre vers plus d'autonomie et d'acquisitions cognitives.

Aujourd'hui, la pluridisciplinarité est au cœur de l'action sociale. Le partenariat est devenu un maître mot dans le champ institutionnel. La possibilité de recenser les points de vues reflétant cette hétérogénéité nous a paru un élément central de l'enquête, afin de se situer dans un courant actuel.

Les interviewés se répartissent de la façon suivante : une psychomotricienne, deux institutrices, un directeur, deux psychologues, une orthophoniste, deux psychiatres, deux éducateurs. Chaque profession est au moins représentée une fois, ce qui nous donne un panel représentatif de l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble. Notre souhait étant de recueillir le discours des personnes qui interviennent à un moment ou un autre auprès de l'enfant.

Nom	âge	Profession	Sexe	Ancienneté	Statut
Alix	48	psychomotricienne	F	25 ans	vacataire
Nina	40	orthophoniste	F	18 ans	vacataire
Céline	41	institutrice	F	20 ans	temps plein
Valérie	53	institutrice	F	32 ans	temps plein
Rémi	55	directeur	M	12 ans	temps plein
Audrey	35	psychologue	F	12 ans	vacataire
Sophie	50	psychologue	F	27 ans	vacataire
Marc	51	psychiatre	M	24 ans	vacataire
Arnaud	55	psychiatre	M	29 ans	vacataire
Romain	36	éducateur	M	15 ans	temps plein
Lucie	43	éducateur	F	22 ans	temps plein

(Prénoms fictifs)

### Profil des professionnels interviewés

Le tableau fait apparaître que l'expérience professionnelle des enquêtés est relativement importante. Il n'y a donc pas de personnes débutantes, et toutes sont dans la structure depuis au moins douze années pour les derniers embauchés et bien davantage pour les autres. Certains sont vacataires, ils interviennent dans d'autres établissements ou en consultations privées pour les psychologues.

Les secteurs professionnels représentés reflètent les catégories de personnes qui interviennent dans les structures du champ sanitaire et social.

Il est à noter une plus grande proportion d'intervenantes du sexe féminin. ( sept femmes pour seulement quatre hommes )

#### 3.1.3 Elaboration d'une grille d'entretien

Le choix des entretiens semi-directifs permet à l'interviewé d'exprimer ses idées avec une marge de liberté relativement importante, notamment par l'utilisation de questions relativement ouvertes. Bien que nous soyons en contact direct avec un niveau d'interaction manifeste, l'objectif recherché est d'orienter l'échange dans des directions en lien avec l'objet de la recherche mais en respectant une faible directivité. En ce sens, la grille d'entretien facilite la démarche puisqu'elle propose des séries de question sur des thématiques concernant la recherche, et autorisant une ouverture quant à l'expression de l'enquêté.

L'intérêt de cette méthode repose également sur le fait que qu'il est possible au cours d'une digression de revenir aux objectifs de départ en recentrant l'échange, à l'aide de questions adaptées à la rencontre.

Notre grille d'entretiens est construite autour de quatre grands thèmes qui émanent de l'hypothèse, le fil conducteur de notre travail de recherche à savoir :

- ✓ L'orientation du jeune déficient
- ✓ La population accueillie
- ✓ Le handicap mental léger
- ✓ La structure institut médico-pédagogique

### **3.2 Phase de traitement**

#### **3.2.1 Analyse des discours**

##### **3.2.1.1 Le handicap mental léger, une notion difficile à cerner**

Le classement thématique des entretiens fait apparaître que le handicap mental est perçu comme une catégorie aux contours flous, « extrêmement vague » comme l'énonce (Romain). Etre reconnu en situation de handicap signifie une orientation en dehors des structures ordinaires vers ce qu'il est d'usage de nommer le circuit spécialisé. Ce passage de l'école à l'institution spécialisée engendre tant pour les parents que les enfants des remaniements profonds non sans mal, « Il y a l'image de la débilité, de ce qui sort de la norme, c'est difficile d'être hors norme »(Nina). « C'est une grande blessure narcissique que d'avoir un enfant porteur de difficulté d'ordre mental » (Sophie).

Il a souvent été dit au cours de l'enquête que le monde du handicap est plus associé à des formes sévères, « Souvent on associe le handicap mental à des gens qui ont une forte déficience, de ce fait on a une super étiquette » (Nina), minimisant la place du handicap mental léger alors que la structure où se sont déroulés les interviews accueille principalement ce type de handicap.

Le handicap mental léger est la catégorie qui se situe au plus près de la zone du normal. Les enfants qui sont intégrés, repérés dans ce niveau de quotient intellectuel disposent de langage, d'un certain niveau d'autonomie, ne sont pas marqués physiquement par les stigmates du handicap, autant de caractéristiques qui brouillent la lisibilité de leur déficience.

L'élément de repérage de leurs difficultés se situe davantage dans le registre des apprentissages, par un retard conséquent des acquisitions scolaires et des conditions sociales précaires. Cette première analyse s'appuie sur l'ensemble des entretiens et peut expliquer particulièrement les propos de deux des enquêtés, « A la limite, ce sont des jeunes d'intelligence normale, je ne sais pas si on peut parler de handicap mental, plutôt de problèmes sociaux »(Valérie), « Handicap léger, ça veut dire qu'il n'y a pas de retard intellectuel du tout, en tout cas on joue avec la limite et je n'ai pas le sentiment de travailler avec le handicap mental » (Audrey). La proximité de ce handicap avec la limite théorique de la normalité (quotient intellectuel de 70), indique qu'il y a une marge de progression au niveau des potentialités, que « le quotient intellectuel est une notion évolutive, pas figée » Rémi.

Du fait de la singularité des différents niveaux de handicap, il y a peu de points communs entre une déficience légère qui laisse entrevoir une marge de progression relativement importante et une déficience profonde. Celle-ci ne traduit quasiment aucune autonomie et le pronostic établi est limité quant aux possibilités d'évolution. Audrey fait état de « situations extrêmement variées ».

Le handicap mental léger est perçu comme étant moins ancré dans un déficit grave, « Nous avons dans la structure des enfants qui présentent un handicap assez léger »(Sophie). Cette remarque positionne le handicap léger dans un registre de gravité moindre mais néanmoins suffisant pour orienter l'enfant ainsi désigné vers l'éducation spécialisée.

Il est précisé au cours de plusieurs entretiens que c'est une déficience qui n'est pas innée, « le handicap léger, ce n'est pas de naissance, c'est un handicap acquis » (Nina).

La particularité de ce type de déficit intellectuel est fréquemment soulignée. Cela se traduit par des précisions soit sur l'association avec un retard scolaire ou sur le milieu familial, « Les difficultés des enfants se situent au niveau scolaire et social, c'est évident »(Rémi). Cela se vérifie d'autant plus lorsqu'il est fait allusion au handicap mental léger. Pour Sophie « la déficience légère ne signifie pas grand chose, c'est une catégorie qui recouvre pas mal de chose, parfois de vrais déficits intellectuels mais aussi des carences familiales, sociales ». Le terme « carence » employé par tous les interviewés est associé au handicap mental léger afin de mieux définir ce qui caractérise ce handicap ainsi que l'expression « manque de stimulation » que nous relevons dans la moitié des entretiens, « Le manque de stimulation peut provoquer la déficience mentale »(Nina). « Dans ce type de handicap, il y a plus de difficultés psychogènes survenues durant l'enfance sur le plan social, familial, des carences d'apport, des discontinuités brisantes » (Marc).

Dans l'abord de la déficience légère, nous percevons l'importance de la construction d'une situation qui accumulant des manques parvient à placer l'enfant hors du système scolaire ordinaire, faute d'acquis suffisants.

Contrairement à d'autres formes de déficience mentale, la traduction de ce handicap léger ne permet pas d'emblée de déterminer la nature précise du niveau de difficulté que rencontre la personne, « Quand on est dans la déficience légère, la marge d'évolution est nettement plus importante que pour les autres types de déficiences et le handicap est moins visible » (Lucie). Nous notons par ailleurs que quatre des personnes interrogées disent que les possibilités d'évolution sont plus probantes à ce niveau de handicap mental, « Dans cette catégorie des légers, une évolution est toujours possible, il y a une plasticité neuronale » (Marc). « Dans le handicap léger, il y a un espoir parce que, en ce qui concerne l'appareil psychique, le développement est moins dans l'archaïsme »(Arnaud).

Il apparaît que l'évocation du handicap mental léger prend en considération le niveau de difficultés rencontrées par l'enfant « Ils ont un retard scolaire d'un an ou deux » (Valérie) mais également la situation familiale « On se rend compte qu'il y a souvent de grosses carences d'apport et des carences provenant du milieu socio-culturel »(Sophie). Il est rarement évoqué le handicap mental léger sans l'union du déficit scolaire et de la situation familiale précaire, « On a de plus en plus de famille en détresse sociale, on est aux premières loges pour recevoir les enfants en grandes difficultés »(Alix).

### **3.2.1.2 Influence du milieu familial**

La situation socio-familiale est présentée comme ayant une influence importante sur l'émergence de ce type de handicap, dont les causes sont liées à des manques tant sur le plan des apports que de la stimulation. « Pour le handicap mental léger, c'est très nettement une origine sociale défavorisée, par carence d'apport, c'est très net que le milieu à avoir avec ce type de handicap » (Sophie).

Dix enquêtés sur onze évoquent les conditions sociales des familles qui sont souvent proches des milieux sujets à la précarité « Les difficultés sociales et culturelles sont très présentes pour ce handicap »(Audrey). Il semble que contrairement aux autres catégories de handicap mental, la déficience légère soit associée le plus souvent aux « basses couches sociales » (Arnaud) et comme le souligne encore (Arnaud) « Au moins en partie, la déficience légère est produite par la précarité ». Parmi les causes évoquées pour expliquer l'origine du handicap léger, il est

souvent énoncé les carences d'apports, « Leurs difficultés, c'est une question d'environnement et de milieux sociaux défavorables »(Romain).

### **3.2.1.3 Le manque de performance scolaire : un handicap ?**

Ce qu'il y a de singulier dans le rapport au handicap mental léger, est ce qui concerne justement le manque de performance. La situation de déficit engendrée par le retard acquis pendant la scolarité ne permet pas à l'enfant de répondre aux normes scolaires.

Plusieurs des interviewés disent que le niveau d'exigence du milieu scolaire ou plus généralement de l'environnement social est de plus en plus important. « Il faut être performant de plus en plus, cela résulte d'un rapport d'exigence plus élevé »(Lucie). « Les exigences sociales sont de plus en plus élevées »(Arnaud). « Il y a de moins en moins de place pour les enfants fragiles, il faut être prêt dans tous, être *au top* » (Céline).

Même dans le domaine scolaire, ce rapport à la hausse est traduit particulièrement par Sophie, « Le niveau de performance demandé est plus important qu'auparavant que ce soit à l'école ou au travail ». Le monde scolaire est présenté comme étant en évolution et la recherche de performance comme un objectif majeur, « Dès la moyenne section maternelle, on s'intéresse aux performances et on est déjà dans une démarche de performance et d'apprentissage, ça me semble décalé par rapport à la réalité psychique des enfants de cet âge »(Romain).

### **3.2.1.4 Trouble du langage, trouble du comportement**

L'enfant déficient léger est associé à une situation de carence, qui recouvre entre autres le domaine du langage, « Il y a un manque de stimulation du langage » (Valérie). Cette question du langage revêt une certaine importance puisqu'elle permet de mieux sérier la nature même des autres handicaps, « Ce qui différencie le plus les niveaux de handicap mental, c'est le langage » (Audrey). « Je pense qu'ils sont disqualifiés par rapport à l'usage et la compréhension du langage, il y a un manque d'étayage précoce qui est lié aux conditions de vie sociale » (Romain).

Le déficit langagier apparaît comme un facteur déterminant dans l'expression du handicap mental. Pour Sophie, « Ce sont des enfants qui n'ont pas le vocabulaire usuel, un langage bien organisé, des troubles de l'adaptation, enfin un tableau global d'échec scolaire ». Cette carence a une incidence majeure sur les acquisitions scolaires puisque pour être à même de

suivre l'enseignement tel qu'il est proposé, il faut disposer du code d'accès, c'est-à-dire des bases langagières permettant d'intégrer les programmes scolaires.

Les troubles du comportement qui semblent être un phénomène prenant de l'ampleur d'après la fréquence de citations dans les entretiens, peuvent être liés au manque langagier, « Les troubles du comportement sont une évidence tellement on en rencontre mais l'enfant qui a peu de langage pose des actes » (Audrey).

### **3.2.1.5 Un outil de catégorisation : les tests d'intelligences**

La mesure du quotient intellectuel est une démarche essentielle dans le processus de désignation de la personne en situation de handicap. Son rôle est largement perçu et transparait tout au long des différents entretiens « La notion de handicap mental est artificielle, arbitraire, elle est liée à ce fameux quotient intellectuel et c'est ça qui fixe l'état de déficience »(Rémi). Il y a une certaine réserve à l'encontre des tests d'intelligence où il est souvent précisé qu'une relativisation est nécessaire, que cela correspond à un moment précis, « un instantané » (Sophie).

Pour Arnaud, « le quotient intellectuel est une mesure administrative, une mesure accessoire qui est très réductrice ». Cependant, chaque enfant qui est orienté vers le secteur spécialisé l'est au regard de son quotient intellectuel qui doit être inférieur à 70 (limite de la zone de normalité) . Sur le caractère restrictif des tests, Sophie précise que « les tests ne prennent en compte que certains aspects intellectuels, par exemple on parle d'intelligence émotionnelle, elle n'apparaît pas dans le calcul du quotient intellectuel ».

Cette proximité avec le normal rend l'approche plus complexe, surtout lorsqu'il faut déterminer le moment où l'enfant est désigné comme handicapé mental, « Cet état de limite entre le normal et l'anormal nous pose beaucoup de questions »(Audrey).« Il n'y a certainement pas beaucoup de différence entre un quotient intellectuel de soixante et de soixante dix » (Nina).

Toutefois, la plupart des enquêtés s'accordent à reconnaître que le quotient intellectuel surtout dans cette catégorie de handicap n'est pas figé, « Il y a des enfants qui sont arrivés ici avec des quotients de déficients et qui sont repartis avec des quotients normaux, c'est une chance que ça bouge »(Audrey).

### 3.2.1.6 Le poids des mots

Parler du handicap mental oblige à employer un vocabulaire spécifique, composé de termes qui ont une résonance particulière, « C'est difficile de nommer un enfant dans la déficience, c'est une étiquette pas très glorieuse » (Nina).

Nous percevons une réticence à l'utilisation de vocable tel que : handicapé mental, déficient mental, « Quand je rencontre des parents, je parle de leur enfant comme étant en difficulté, je trouve que c'est choquant d'employer le terme de handicap mental » (Nina). « Le vocable de handicap peut être gênant, il faudrait effectivement s'en détacher définitivement » (Marc).

Au cours des entretiens, ces mots n'ont pas la préférence des professionnels, qui optent pour une expression reflétant moins de stigmatisation comme : enfant en situation de retard, en grande difficulté, présentant des perturbations, en difficulté de développement, « Je me suis toujours rebellé intérieurement avec ce terme là, je préfère parler de retard scolaire important » (Alix). « On aurait intérêt à rechercher une terminologie plus satisfaisante, moins engageante, moins riche de sous-entendu » (Marc).

Au-delà du constat de la difficulté à nommer les jeunes accompagnés à l'IMP, la plupart des professionnels de l'enquête font le choix de retenir des expressions plus neutres, conscients de l'impact d'une terminologie chargée de sens le plus souvent négatif, « On ne devrait pas parler de handicap mental, carrément, je pense qu'il ne faut pas parler de handicap du tout, parce que tant qu'un enfant a ses chances, c'est un mot qu'il faut mettre à la marge » (Marc). « Les enfants que j'accompagne souffrent de l'étiquette, ils appellent ça : *gogol*, ils en ont tous souffert, c'est pour ça qu'il faut faire très attention avec les mots » (Alix).

### 3.2.1.7 De l'école à l'institut médico-pédagogique

Tous les enfants qui sont orientés vers les structures de l'éducation spécialisée comme l'institut médico-pédagogique, le sont par l'Education Nationale et la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES). L'école a un rôle essentiel dans la désignation du handicap, notamment avec la commission qui détermine si l'enfant est reconnu déficient ou pas.

Au début du processus de repérage des difficultés de l'enfant, il y a l'enseignant qui peut intervenir lorsqu'il constate une situation traduisant des difficultés d'apprentissage mais ce n'est pas une démarche aisée, « Certains enseignants éprouvent de l'embarras à effectuer un

signalement d'enfants limités, conscients de l'étiquetage ainsi que de la réaction de l'entourage » (Rémi).

L'intégralité des interviewés fait référence à l'échec scolaire et aux carences du milieu familial. Les deux critères sont très souvent associés à l'évocation du handicap mental léger. Nous avons développé ci-dessus ce qui concerne l'environnement familial, l'accent sera mis ici sur l'aspect scolaire.

Lorsque l'on tente de définir ce que représente la déficience légère, unanimement les personnes enquêtées précisent que c'est une situation d'échec scolaire, « Cette étiquette vient du fait qu'il n'arrive pas à acquérir les bases des apprentissages scolaires »(Nina).

Les difficultés dans les acquisitions créent une situation où l'enfant est repéré comme ayant besoin d'une aide, d'un soutien, « L'orientation d'un enfant se décide après un signalement parce qu'il ne peut plus suivre le cursus normal »(Sophie).

L'école représente un lieu d'apprentissage et de formation déterminant quant au devenir de la personne, « Dans notre société, c'est par rapport à l'école qu'ont est jugé »(Alix). Quand des problèmes émergent au sein d'une classe, malgré les dispositifs d'aide gérés par l'équipe enseignante, la représentation qu'en ont certains interviewés laisse entrevoir que cela n'est pas suffisant, « Sur le terrain, il y a des gens qui ont besoin de soutien, il y a des instituteurs qui appel au secours, ils ne savent plus quoi faire, ils n'ont aucun moyen » (Céline).

Dans sa configuration actuelle, l'école est un lieu de formation, d'enseignement et non de soin comme peut l'être un IMP. Trois des interviewés préconisent de délocaliser le type de prise en charge spécialisée dans le milieu scolaire afin de maintenir les enfants dans le cycle normal « On pourrait concevoir de scolariser les enfants en milieu ordinaire tout en leur permettant de bénéficier de ce genre de soin en parallèle »(Céline). « L'IMP ne devrait pas exister pour les déficients légers, ils devraient être pris en charge par l'Education Nationale » A4. Cette option de « maintenir les enfants dans le domaine scolaire ordinaire » (Audrey) est au centre des préoccupations d'une partie des professionnels mais la mise en œuvre de ce dispositif nécessite des efforts qui ne semblent pas suffisant à l'heure actuelle, « L'objectif aujourd'hui c'est de maintenir ces enfants dans les classes ordinaires mais on ne met pas les moyens nécessaires en place » (Céline).

La structure spécialisée apparaît dans certains entretiens comme un système ségrégationniste et une mise à l'écart. L'école quant à elle ainsi que ces classes adaptées telle que les CLIS ou SEGPA bénéficient d'une proximité avec les établissements scolaires, ce qui leur donne une image de normalisation plus acceptable pour l'enfant et les parents. Arnaud précise : « Même

dans les classes spéciales au sein de l'école ordinaire, la ségrégation est moindre que celle que vive les enfants en établissements spécialisés ».

### **3.2.1.8 La structure IMP, une école spéciale ou un lieu de soins ?**

Entre l'école et l'institution spécialisée, des niveaux de partenariat permettent à des enfants en grande difficulté d'apprentissage d'avoir une prise en charge adaptée mais les représentations véhiculées par le handicap mental entravent parfois l'adhésion des familles au processus de prise en charge, « Les gens se font une image du handicap, ils ne nous connaissent pas, le problème est là, dans une image qui est parfois blessante, en plus, l'association du médico-pédagogique et du handicap mental provoque des blocages terribles » (Rémi).

Un des interviewés indique qu'au moment de l'admission de l'enfant, un paradoxe subsiste, difficile à résoudre dans l'état actuel des choses, « Les parents nous voient d'abord comme une structure de ségrégation et nous nous présentons avant tout comme une structure de d'aide » (Romain).

Une tendance ressort de plusieurs interviews, concernant l'activité professionnelle qui s'exerce au sein de l'établissement et le manque de communication, la méconnaissance des partenaires sur ce qui se déroule dans l'IMP, « Il faudrait plus communiquer sur notre pratique professionnelle, montrer ce qu'est le circuit spécialisé, il y a un déficit de communication, on ne collabore pas assez avec les enseignants » (Sophie). Ce souhait d'ouverture est exprimé également par Nina, « On est dans un milieu trop fermé, il faudrait mieux se faire connaître, dire ce que l'on fait ».

Avant son admission en IMP, l'enfant est en situation d'échec scolaire dans l'école ordinaire. La désignation n'a pas opéré puisqu'il est encore dans le cursus normal. Pour bénéficier d'une prise en charge particulière et être dans ce lieu « où l'on travaille selon trois axes, le pédagogique, l'éducatif et le soin, c'est-à-dire le soutien psychologique » (Rémi), il est nécessaire que l'enfant soit considéré en situation de déviant scolaire, celui qui ne répond plus aux exigences scolaires. Ce statut fait suite à tout un processus (repérage par l'enseignant, persistance des difficultés, retard scolaire, désignation et orientation) et répond à une nécessité : maintenir l'enfant dans un cycle d'apprentissage en tenant compte « du manque de compétence intellectuelle et des troubles cognitifs » (Sophie).

L'accès à ce type de prise en charge n'est possible qu'après avoir été étudié en commission départementale de l'éducation spéciale (CDES). Deux tendances apparaissent lorsque les questions s'en réfèrent au lieu de la pratique : l'institut médico-pédagogique (IMP).

Un premier courant qui émane de deux des interviewés, présente l'orientation en structure spécialisée comme « Une grande chance pour l'enfant de trouver un milieu enfin adapté à ses possibilités, à ses besoins » (Sophie) ainsi que le propos de Rémi, « Je considère qu'un enfant qui vient à l'IMP, c'est une chance pour y trouver les conditions pour progresser parce que ceux qui sont rejetés en classe sont parfois soulagés d'être à l'IMP ». L'école ordinaire dans son fonctionnement actuel ne laisse pas à l'enfant en grande difficulté la possibilité de pouvoir bénéficier de l'aide d'une équipe professionnelle composée d'orthophoniste, de psychomotricien, de psychologue, d'éducateur, d'instituteur spécialisé sur un même espace « La structure propose une prise en charge globale des difficultés de l'enfant avec une équipe pluridisciplinaire et pour moi c'est un plus, parce que notre but est de sortir l'enfant de ce cercle infernal : trouble du langage, échec scolaire, trouble du comportement » (Sophie).

Un deuxième courant provenant de la majorité des enquêtés et traduit le placement vers le secteur spécialisé en terme plus mitigé, avec parfois des connotations négatives, « C'est un système ségrégationniste, un monde parallèle » (Romain). « Les enfants qui sont ici se sentent exclus du système scolaire, ils savent bien que c'est différent du système scolaire habituel » (Arnaud). Pour l'enfant déficient mental léger, « A part l'IMP il n'existe pas grand chose » (Nina). D'autre font allusion au cercle familial qui réagit parfois avec virulence au placement, « Je comprends que les parents se battent pour que leur enfant ne soit pas orienté en IMP » (Valérie).

Les classes d'intégration (CLIS 1) qui font partie des groupes scolaires, ne disposant pas de même moyens que le secteur spécialisé, ne peuvent répondre à certaines problématiques bien qu'elles accueillent de jeunes déficients. La CDES précise que le choix de l'orientation se définit en fonction de l'intensité des difficultés et de la nécessité de soins, ce qui fait penser à une prise en charge plus conséquente. Les SSESSAD<sup>45</sup> qui connaissent un développement important aujourd'hui semblent plus adaptés pour des accompagnements de situations moins complexes.

Les enfants eux-même semblent éprouver une gêne vis à vis de leur passage en structure spécialisée, « Ils ont du mal à vivre leurs orientations ici, ils disent : je suis pas *gogol* et quand ils se traitent de *gogol*, c'est l'autre qui est comme ça, ils ne sentent pas désignés mais ils ont

---

<sup>45</sup> Service d'éducation et de soins à domicile

une conscience négative de leur exclusion »(Arnaud). Ils ont tendance à dissimuler la nature de l'établissement qu'ils fréquentent en masquant ce qui a trait au handicap, sensible au caractère de marginalité pouvant accompagner l'orientation en structure spécialisée, « C'est pour cela que les enfants à l'extérieur, présentent l'IMP comme une école, en niant le caractère spécialisé de la prise en charge, c'est une façon d'atténuer les effets du placement » (Romain).

Bénéficiaire d'un lieu plus adapté pour les enfants déficients légers signifie qu'ils sont intégrés dans un IMP. Or, ce type de structure accueille aussi d'autres formes de handicap, des catégories de déficience plus importantes. L'amalgame qui peut être fait avec la déficience légère semble pénaliser les enfants dont la problématique se situe principalement en terme de retard dans les acquisitions scolaires. Ainsi, Nina indique : « Les enfants sont stigmatisés d'être dans le circuit spécialisé, cela renvoie une image négative ». D'autant plus que le niveau d'atteinte des fonctions mentales entre un déficient léger et un déficient profond n'est en rien comparable et pourtant, les deux sont dans la déficience mentale. « Souvent, on associe le handicap mental à des gens qui ont une forte déficience, de ce fait on a une super étiquette » (Nina). Cette remarque indique jusqu'où la confusion peut porter.

Finalement, ce qui semble léser la structure IMP dans sa définition actuelle, c'est qu'elle intervient auprès de handicaps mentaux très différents dans leur traduction et que cela influe sur le niveau de représentation que les parents peuvent en avoir. Le propos de Rémi corrobore ce constat : « Ce qui me gêne, c'est qu'un établissement comme l'IMP porte le même nom qu'un établissement qui accueille des déficients profonds ».

La confrontation des parents avec le milieu spécialisé est traduite comme étant douloureuse, « Cela génère de la souffrance, une blessure, un deuil, c'est quand même extrêmement blessant d'entendre son enfant qualifié de déficient, de hors norme »(Romain). « Pour les parents c'est difficile d'avoir des enfants sortis de la norme »(Alix).

L'orientation énoncée par la CDES permet à l'enfant de « Disposer d'un plateau technique offrant une prise en charge globale, ce qu'une CLIS 1<sup>46</sup> n'a pas les moyens de faire »(Rémi). Ce passage du normal au spécialisé se fait par le biais de l'étiquetage, du sceaux de l'anormalité. Même si « On va peut-être pour la première fois proposer à l'enfant quelque chose d'adapté, en le considérant dans toute sa singularité et lui proposé un soulagement de la

---

<sup>46</sup> Classe d'intégration scolaire pour handicapés mentaux

pression scolaire »(Sophie), le dispositif d'aide permettra un meilleur niveau d'acquisition, mais en plaçant l'enfant dans un registre qui est celui de la déficience mentale.

### **3.2.1.9 Et après, quelles perspectives ?**

L'orientation vers le secteur spécialisé afin de bénéficier d'un soutien pédagogique, éducatif, thérapeutique correspond à un moment donné aux aspirations des commissions départementales d'éducation spéciale mais qu'en est-il de la possibilité de retrouver un parcours normal ?

Cette question du devenir des enfants après leur passage en IMP interroge d'autant plus qu'elle pose le problème de la possibilité d'un retour vers la société des normaux.

« Quand on oriente un enfant en EREA<sup>47</sup>, il peut reprendre un parcours qui tend vers le cursus normal »(Sophie), cette éventualité correspond à un des rares biais par lequel l'enfant déficient peut sortir du circuit spécialisé. Seulement cette option semble marginale du fait du peu d'enfants concernés par ce type de mesure. L'année dernière, quatre enfants ont pu être orientés vers un établissement semblable. Plusieurs points sont développés sur ce sujet, « Hormis le niveau scolaire, le problème est le manque de place en EREA, c'est vrai que ça bloque, on augmenterait les places, ça serait pas mal »(Rémi). Pour notre région, il existe deux structures de ce type.

Le marquage stigmatisant semble avoir un effet négatif entravant l'intégration sociale des jeunes déficients, « Il y a un déterminisme administratif qui fait que quand vous êtes marqué du sceau du circuit spécialisé, il est difficile d'en sortir, d'ailleurs on remarque qu'il est plus facile d'y entrer que d'en sortir »(Arnaud). Cinq des enquêtés expriment la difficulté de quitter le secteur spécialisé et « réintégrer un circuit ordinaire »(Céline).

---

<sup>47</sup> Etablissement régional d'enseignement adapté

## **Quatrième partie : un étiquetage porteur de sens**

### **4.1 Interprétation des données**

#### **4.1.1 Un processus de désignation**

Au regard des éléments observés et de la confrontation des résultats avec l'hypothèse de recherche, nous constatons que les éléments développés tout au long de l'enquête tendent à reconnaître que le fait d'être désigné comme porteur d'un handicap mental léger n'est pas sans incidence sur le parcours personnel de l'enfant.

L'orientation en institut médico-pédagogique du jeune déficient mental léger est le résultat d'un processus de désignation dont les acteurs principaux, « les entrepreneurs de morale » selon l'expression de H. Becker, sont membres de l'institution scolaire à savoir la commission départementale d'éducation spéciale (CDES). Cette instance d'experts étudie les situations qui lui sont soumises et désigne les enfants qui sont orientés vers les structures d'éducation spécialisée. Nous observons le rôle essentiel de l'école qui intervient dans le repérage des troubles de l'enfant et contribue de la sorte à la construction de l'état de déviance qui caractérise l'élève en grande difficulté et qui ne peut être maintenu dans une scolarité ordinaire.

La norme scolaire fixe un niveau d'acquisitions cognitives que l'enfant se doit d'atteindre. En cas d'échec par des difficultés d'apprentissage, l'élève ne s'inscrit plus dans un schéma de conformité, ne répond plus aux attentes scolaires et s'inscrit dans un statut différent, celui de déviant. Ce statut résulte d'un processus intégrant des difficultés scolaires mais également des difficultés familiales. Les interviewés ont souvent évoqué l'origine sociale des déficients légers en citant les classes défavorisées.

#### **4.1.2 Une situation hors norme**

En désignant l'enfant en grande difficulté d'apprentissage comme déviant puisque ne pouvant satisfaire à la norme scolaire, l'école participe à l'étiquetage de l'élève et contribue ainsi à le placer dans le registre de la déficience mentale. La notion de retard scolaire revêt une signification importante dans le processus de désignation qui conduit l'enfant vers le secteur de l'éducation spécialisée.

Le comportement déficitaire du jeune handicapé mental correspond à un parcours où il a rencontré des états de carences, des absences de stimulation qui ont favorisé un manque d'appétence. L'école est le lieu de repérage des difficultés de l'enfant, agissant comme un révélateur, participant à la mise en œuvre des dispositifs d'aide et d'orientation en IMP.

Cette entrée dans le monde du handicap marque l'appartenance du jeune déficient à un groupe identifié, organisé, celui des déviants. H. Becker insiste sur ce phénomène en rappelant que cette démarche influe sur la conception que l'individu a de lui-même.

Au cours de l'enquête, nous notons que la plupart des interviewés font état du caractère stigmatisant de la prise en charge en structure spécialisée. Certains allant jusqu'à dire qu'il faudrait éviter d'orienter les enfants handicapés mentaux légers vers un établissement qui étiquette les jeunes du sceau de handicap mental, du fait de la connotation d'anormalité liée à ce type d'institution. La nature des troubles qui les affectent est plus souvent le fait de difficultés liées à des carences affectives et culturelles graves. Pourtant ils sont assimilés à une population subissant les effets de représentations négatives sur le handicap mental, ce qui complexifie l'intégration sociale de la personne déficiente mentale légère.

Il ressort également des entretiens que les enfants ont du mal à admettre leur statut de handicapé mental léger. Ils désignent l'autre comme celui qui est « gogol »<sup>48</sup>, mais ils ne peuvent admettre qu'ils sont à ce moment-là dans la même situation. Cette observation indique à quel point il est difficile pour eux de vivre leur orientation en IMP autrement que par un sentiment négatif. Le rythme institutionnel auquel ils doivent adhérer est différent, ils n'ont pas les mêmes congés scolaires, un véhicule de l'établissement vient les chercher au domicile pour ceux qui sont externes, ces institutions se localisent généralement à l'écart des centres urbains...autant d'éléments qui distinguent leur nouveau groupe d'appartenance. D'ailleurs, un des objectifs lors de leur admission est de leur permettre de se projeter dans un projet personnalisé dynamique afin de dégager un sens positif à leur orientation.

Les parents aussi éprouvent des difficultés à accepter l'orientation de leur enfant en IMP. Etre dans ce type de structure signifie pour l'enfant qu'il est en situation de non-normalité, hors de la norme scolaire, dans le registre du handicap mental léger. Cela est traduit à plusieurs reprises dans les entretiens.

---

<sup>48</sup> Cette contraction vient du terme mongolien, qui désigne les personnes trisomiques. Les enfants de l'établissement utilisent fréquemment cette expression pour parler du handicap mental.

### **4.1.3 Une zone aux contours flous**

Les barèmes qui définissent officiellement les niveaux de déficiences sont clairs et précis, notamment avec les mesures de quotient intellectuel. Cependant, il a été dit dans les échanges que les différences entre des quotients intellectuels situés dans une zone comprise entre soixante et soixante dix ne sont pas probantes mais cela suffit quand même à reconnaître un enfant dans la déficience mentale. Une grande prudence est manifestée lorsque est abordée la question des tests d'intelligence, toutefois, c'est le système en vigueur pour évaluer le niveau intellectuel de l'enfant même si d'autres facteurs sont pris en compte.

La réalité exprimée par les interviewés traduit une difficulté à situer les enfants handicapés mentaux légers. Comme l'ont exprimé certains enquêtés, ils n'ont pas le sentiment d'accompagner des enfants handicapés. Ils présentent la situation de l'enfant avant tout par le biais de l'échec scolaire. Certains parlent davantage de trouble du comportement plutôt que de handicap mental, d'autres font allusion à « l'intelligence normale des jeunes », autant de points qui montrent la complexité et la singularité d'un handicap à la frontière du normal et de l'anormal.

### **4.1.4 Les effets de l'orientation**

Les interviewés emploient des termes à connotation chargée de sens, parfois péjoratif : exclusion du système scolaire, ségrégation, mise à l'écart, monde parallèle, autant d'expressions qui indiquent que l'accompagnement d'enfant en situation de handicap mental léger est fréquemment associé au handicap mental dans une acception large, prenant peu en compte les spécificités de cette catégorie. Nous avons pu constater que les jeunes déficients légers ont un quotient intellectuel relativement proche de la zone d'intelligence normale. Malgré leur retard scolaire, ils disposent de potentialités. Une des difficultés est de trouver les moyens de mobilisation de ces ressources afin de renforcer les niveaux d'acquisitions et améliorer l'accès à plus d'autonomie. En règle générale, les pronostics d'évolution sont plus importants puisqu'il arrive parfois que certains enfants quittent le monde du handicap pour réintégrer le circuit ordinaire, comme cela a été souligné dans des entretiens, même si c'est une démarche qui reste marginale.

Actuellement, le dispositif de prise en charge est constitué de telle manière que les enfants de cette catégorie sont intégrés aux seules structures existantes, qui sont les instituts médico-pédagogiques. Il a été dit au cours de l'enquête que la juxtaposition des quatre catégories

principales de handicap mental (léger, moyen, sévère, profond) au sein du même type de structure n'était pas sans poser des problèmes, notamment dans le niveau des représentations que les personnes ont du handicap mental. Ce qui peut expliquer en partie l'a priori négatif que les parents ressentent en découvrant L'IMP. C'est apparu dans les entretiens lorsque a été évoquée l'opposition existant entre le ressenti des familles par rapport à un sentiment ségrégatif du placement et la démarche des professionnels à présenter leur action comme une aide. D'après les personnes interrogées, lors de l'admission et des premières rencontres, les parents ont un deuil à accomplir, celui de voir leur enfant hors d'une scolarité normale, avec ce que cela implique, sachant que la majorité des orientations à l'issue de la prise en charge en l'IMP se traduit par l'intégration à un centre d'aide par le travail.

Cela résume le parcours institutionnel courant, bien qu'il soit possible pour les meilleurs niveaux, c'est à dire les jeunes déficients dont les situations ont fortement évolué de quitter le champ de l'éducation spécialisée pour rejoindre des établissements tels que les SEGPA ou les EREA, mais le peu de places disponibles rend la démarche rare.

#### **4.1.5 Une stratégie de masquage du handicap**

Un autre aspect du handicap qui est développé dans les entretiens concerne la construction du handicap mental léger. Nous avons pu percevoir le rôle essentiel de l'institution scolaire, la place désignée dans laquelle le jeune déficient est catégorisé, le nouveau statut qui devient le sien, celui que quelque chose disqualifie et empêche d'être considéré comme étant dans la norme : l'élève en grande difficulté devient une personne stigmatisée. E. Goffman parle de contacts mixtes pour traduire les relations entre normaux et stigmatisés. Ce qui est particulier dans la situation du jeune déficient mental léger, c'est qu'il n'est pas porteur de son stigmate depuis la naissance contrairement à certains handicaps. Avant d'appartenir aux groupes de déficients mentaux, il faisait partie de son premier groupe d'appartenance, celui de l'école ordinaire. C'est après cette première expérience du monde des normaux qu'il va franchir le seuil du conforme pour celui du stigmatisé. E. Goffman précise, à propos de ce moment où l'on indique à l'enfant la nature de son stigmate que cela revêt un caractère particulier « car c'est alors qu'il se voit précipité dans une nouvelle relation avec ceux qui, eux aussi, possèdent ce stigmate »<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup> *Stigmate, op.cit*, p 50.

Il ne s'agit pas d'un stigmaté inné, on peut tout au plus repérer des facteurs pouvant favoriser des états de carence comme la précarité, des difficultés familiales. Cependant, ce qui semble être l'étape révélatrice du stigmaté, c'est l'école.

Une autre caractéristique du handicap mental léger abordée dans l'enquête concerne la visibilité de ce qui discrédite les jeunes déficients. Contrairement à d'autres formes de handicaps où des signes manifestes nous indiquent la nature de leur handicap, dans la situation de la déficience légère, l'identité sociale de la personne ne traduit pas avec évidence le manque qui la caractérise. D'autant que certains jeunes, conscients de l'aspect discriminatoire de leur handicap dissimulent des traits liés à leur identité de stigmaté. Lorsqu'ils parlent de l'IMP, le fait qu'ils masquent la réalité de la prise en charge éducative, illustre la gêne éprouvée de l'étiquetage stigmatisant mais aussi de la possibilité qu'ils ont lors d'interaction avec des protagonistes extérieurs d'exercer un contrôle de l'information sur leur personne. En définitive, ils sont amenés à user de stratégies, lors de contacts mixtes envers des personnes qui ne savent rien de leur stigmaté, afin de dissimuler la nature de leur handicap, perçu sur un mode stigmatisant.

#### **4.1.6 Renforcement de la stigmatisation**

Au regard de l'analyse des informations obtenues par les entretiens menés auprès des professionnels de l'institut médico-pédagogique, et à l'issue de l'enquête de terrain, nous constatons que les résultats observés confirment l'hypothèse formulée pour cette démarche de recherche. Les données recueillies mettent en évidence le renforcement de la stigmatisation lors de l'orientation de l'enfant déficient mental léger en institut médico-pédagogique.

Pour conclure, nous pouvons dire que plus des trois quarts des personnes participant à l'enquête ont exprimé leur difficulté à évoquer le handicap mental pour aborder la situation des enfants pris en charge à l'institut. Ils sont en revanche unanimes pour modifier les termes à forte connotation qui sont utilisés actuellement pour nommer les enfants. L'orientation est aussi vécue comme une exclusion du système scolaire ordinaire, provoquant une brisure, instituant un statut particulier de celui qui ne peut répondre aux attentes scolaires.

## Cinquième partie : un autre regard sur le handicap mental léger

### 5.1 De nouvelles stratégies

#### 5.1.1 Sortir d'un étiquetage discriminatoire

Dans la dernière partie de cette réflexion sur le handicap mental léger et sur la dynamique de la stigmatisation, le but recherché est de proposer des modalités de prise en charge qui puissent permettre une mise en œuvre de stratégies raisonnées, novatrices et efficaces, visant une transformation des pratiques.

Très concrètement, il s'agit de développer des axes de travail prenant en compte les remarques et enseignements, issus de l'analyse que nous avons développée dans ce mémoire. Les propositions formulées visent à promouvoir la construction d'actions qui puissent faire partie intégrante de l'amélioration l'intervention professionnelle.

Le chapitre qui suit tente de faire un état de ce qui est possible de réaliser dans la pratique quotidienne afin non seulement d'optimiser les réponses formulées mais aussi de créer d'autres réponses dans l'accompagnement des jeunes déficients mentaux légers.

Les entretiens réalisés auprès des professionnels révèlent que certains compartiments de la prise en charge des personnes ne les satisfont pas complètement. Certains préconisent des pistes de réflexion pouvant aboutir à des changements, en particulier dans la prise en charge des enfants présentant un handicap mental, sujet qui est au centre de notre recherche sur la déficience mentale légère.

Nous avons pu remarquer au cours de l'enquête que l'une des difficultés pour les parents comme pour les enfants est le passage du monde de la normalité au monde du handicap. La démarche de prise en charge qui se traduit par une assistance de l'enfant en difficulté sur le plan scolaire relève d'un processus qui a deux effets. Le premier consiste à identifier la personne nécessitant un dispositif d'aide pour lui proposer un accompagnement individuel et répondre à l'état de carence générant un retard dans les acquisitions. Le second découle du premier, à savoir qu'en reconnaissant la personne comme ayant besoin d'une action spécifique, la désignation ainsi formulée crée une catégorie, les déficients légers aux contours flous. Les entretiens réalisés auprès des professionnels indiquent que cette catégorie de

handicap est souvent assimilée aux formes de déficience mentale plus sévère, ce qui porte préjudice aux enfants ainsi désignés et rend l'étiquetage plus difficile à porter.

Ce que nous retenons comme objectif à atteindre dans ce chapitre sur la transformation des pratiques est de mettre en exergue des moyens d'actions proposant de lever la stigmatisation ou du moins de la réduire. Il s'agit bien de concevoir des stratégies visant déjà à atténuer les conséquences négatives d'une orientation en institution spécialisée. Les déficients mentaux légers sont entrés dans le monde du handicap avec un quotient intellectuel proche de la zone limite de la normalité donc il est particulièrement important de prendre en compte l'atténuation des effets du placement.

Un des premiers points qui participent aux conséquences de l'orientation des personnes en circuit spécialisé, est l'appellation par laquelle on les nomme : « handicapés mentaux légers ». Il semble possible de modifier, à partir des résultats de l'analyse, la manière de désigner les personnes dans le handicap mental léger. Nous avons constaté que l'association de « handicap » avec « mental » renvoie une image accentuant la stigmatisation alors que le handicap mental léger par rapport à des formes plus sévères de déficience mentale ne traduit pas la même gravité dans la nature des déficits. Pouvoir différencier davantage cette catégorie concernant des enfants avant tout en échecs scolaires est une priorité pour inscrire l'accompagnement des « déficients légers » dans un contexte favorable, prônant la diversité et le droit à la différence. Donc, la réduction de la stigmatisation est un élément central de la volonté de changement perceptible dans ce chapitre.

Une des possibilités d'atténuation de ce que Nicole Diederich<sup>50</sup> nomme « les effets individuels et sociaux de notions aussi invalidantes que celles se rapportant au handicap mental » est de changer de vocable pour évoquer les enfants de l'institut médico-pédagogique relevant de cette catégorie. Même si le changement de vocable en soi n'est pas suffisant, c'est un début dans une approche différente de cette catégorie de déficients. Il est important de souligner que pour renforcer l'intérêt de la démarche innovante que nous tentons à ce niveau de l'enquête, il faut s'appuyer également sur des pratiques nouvelles, ce qui sera abordé par la suite.

Un des premiers constats établis à l'issue de l'enquête est la difficulté des interviewés à nommer les enfants qu'ils accompagnent. En filigrane, apparaît alors ce qui est perçu comme « le poids d'une désignation stigmatisante ». Les interviewés présentent la situation de

---

<sup>50</sup> *Op. cit* p 14.

l'enfant davantage par le versant de l'échec scolaire et des difficultés d'ordre social que par la déficience mentale. D'emblée, aucune des personnes interrogées fait allusion au handicap mental. Comme cela a été exprimé dans l'enquête, conscient des effets négatifs et du risque de discrimination, le choix préconisé par une partie des professionnels est d'utiliser un terme moins disqualifiant tels que : enfant en grande difficulté scolaire , enfant présentant un retard dans les acquisitions ou encore déficient léger.

### **5.1.2 Déjouer la logique de filière**

Ce qui doit être interrogé également, c'est la question de la logique de filière. Il est apparu dans plusieurs entretiens le constat que les enfants qui entrent dans le circuit spécialisé ont beaucoup de mal à le quitter.

Lorsque les parents envisagent le devenir de leur enfant, l'entrée dans le monde du handicap par la voie de l'IMP est vécue sur le mode de la marginalisation, de la ségrégation. Ce qui pourrait contribuer à la réassurance des parents serait de pouvoir leur faire envisager l'orientation de leur enfant comme une étape transitoire et non comme une voie sans issue qui condamne la personne à être maintenue dans un circuit dont on ne sort pas. L'état de dépendance est générateur de crainte pour la famille et pour l'enfant. S'il est possible de présenter l'orientation en IMP comme un passage transitoire, les parents seraient davantage rassurer sur les perspectives d'avenir pour leur enfant.

Un des changements fort de la transformation des pratiques concerne donc l'entrée à l'IMP : agir pour qu'elle ne soit pas forcément l'entrée dans une filière. Cette action renvoie à une préoccupation des professionnels accompagnant la perception qu'ont les personnes. Comment permettre à l'enfant de bénéficier du dispositif d'aide sans que cela signe son appartenance au groupe pour un temps long ?

Un des premiers points sur lequel nous pouvons insister, c'est de considérer la prise en charge, c'est-à-dire lors de l'admission, comme une étape dans un parcours et non comme le début d'une carrière de déviant. Il s'agit de penser l'accompagnement dans un temps court, ce qui nécessite d'évaluer l'efficacité de la prise en charge de façon régulière, par des réunions, des synthèses rapprochées et d'envisager des relais dès que les potentialités exprimées de l'enfant le permet. Pour évaluer de façon satisfaisante le dispositif d'aide, le bilan rapproché autorise des réajustements qui peuvent répondre aux objectifs d'optimisation de la prise en charge éducative.

Un second point essentiel qui permet d'avoir des repères sur l'évolution de l'enfant et sur la possibilité d'apprécier l'action entreprise est le projet personnalisé. Il n'a jamais autant été question du projet individuel qui concerne directement la personne, prenant en compte sa singularité, et la replaçant au centre du dispositif d'aide. Auparavant, la personne devait s'adapter à la structure, actuellement l'inverse est plus probant. Cette nouvelle dynamique induit de fait de s'ouvrir sur l'extérieur mais aussi de développer un travail en réseau, un maillage avec d'autres partenaires.

Pour que cette façon de penser l'accompagnement puisse trouver un écho significatif, il est souhaitable qu'un partenariat avec l'école s'établisse le plutôt possible, avant que les troubles de l'enfant ne soient trop développés. Citons le cas de cette jeune déficiente qui est restée quatre années en CLIS, situation qui a engendré un état d'usure tant chez l'enseignant que les parents. Un relais a été proposé face à cet état de fait alors que la passation aurait pu se faire avec moins de tension à l'issue de la première année. En amont, le repérage précoce des difficultés de l'enfant est un moyen pour intervenir avec un dispositif moins lourd mais qui nécessite qu'un partenariat étroit existe entre les deux institutions.

Par contre, la réalité actuelle est peu favorable quant aux possibilités de sortie du circuit spécialisé pour ceux qui en ont les moyens au regard du nombre restreint de places dans les structures telles que les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA). Ce type d'établissement représente à ce jour une des rares possibilités pour un enfant déficient léger sortant d'IMP de retrouver une scolarité hors de l'éducation spécialisée (deux structures seulement pour la région Franche-Comté). Citons également les sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) dont les places sont aussi limitées.

## **5.2 Un partenariat à développer**

### **5.2.1 Enseignant- éducateur, deux acteurs pour un projet**

Dès l'instant où l'on aborde ce qui précède ou ce qui prolonge l'action entreprise dans la structure spécialisée, apparaît ce qui représente un axe majeur de l'intervention sociale, le partenariat.

Nous avons développé le rôle essentiel de l'école, lieu du repérage des difficultés de l'enfant mais également lieu d'orientation vers les structures spécialisées. Ce lien étroit qui existe entre l'école et l'institut médico-pédagogique est entretenu par le fait que lorsque l'institution

scolaire doit répondre à des situations d'enfants en grande difficulté d'apprentissage, elle n'a d'autre possibilité que de proposer un relais. Dans le dispositif actuel, pour faire face à un retard scolaire important, la structure spécialisée représente l'espace adapté de la poursuite du projet scolaire. Nous constatons entre ces deux instances qui sont amenées à travailler en concertation, un manque d'échange, engendrant une frustration. La citation à propos de l'enseignant disant méconnaître l'activité de l'IMP et évitant de coopérer avec ce type de structure est de ce point de vue significatif.

### **5.2.2 La recherche d'une synergie**

Il est essentiel d'instaurer des « passerelles » qui, pour reprendre une expression relevée au cours des entretiens, relie l'école à l'IMP afin de permettre aux acteurs de chaque secteur de travailler en synergie, à la réalisation du projet personnel de l'enfant.

Pour ce faire, des contacts réguliers doivent s'établir entre les partenaires notamment par des temps de réunion. A ce jour, les rencontres se font essentiellement avec l'équipe technique de la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES). L'action à entreprendre pour améliorer le niveau de partenariat serait de mettre en place des rencontres avec les enseignants pour sensibiliser davantage l'équipe pédagogique sur les outils possibles à développer et échanger sur les niveaux de pratique professionnelle.

Plutôt que de considérer la passation d'un relais d'un lieu vers un autre, ce qui, à l'heure actuelle, se traduit par une orientation pratiquement définitive vers le milieu spécialisé, on pourrait concevoir d'envisager le placement comme une étape temporaire. Il pourrait être retenu l'éventualité d'un retour dans le cadre scolaire normal ou du moins adapté mais non plus dans le secteur spécialisé. Rappelons que les jeunes déficients légers sont ceux qui, dans le handicap mental, ont les niveaux de quotient intellectuel les plus élevés.

### **5.2.3 Une démarche préventive**

Une précocité dans la mise en œuvre d'un dispositif d'aide augmente l'efficacité des actions entreprises à l'encontre de l'enfant en situation de handicap. Actuellement, lorsque la personne déficiente est orientée vers la structure spécialisée, c'est après avoir été confronté à l'échec, parfois de manière récurrente. L'état de déficit ainsi cumulé rend l'accompagnement plus complexe, face à la dégradation d'une situation qui place l'enfant dans une position de discrimination. Au bout de ce processus, ne pouvant plus répondre aux exigences scolaires,

l'orientation représente alors la seule alternative. Une action précoce pourrait modifier ce mécanisme, à condition que le niveau de partenariat entre les deux institutions soit plus opérant. Plusieurs des professionnels interrogés ont fait état du manque d'échanges, de rencontres entre les équipes. L'axe de travail à développer devrait permettre d'améliorer les interactions entre les enseignants et les éducateurs et de définir des objectifs communs au travers du projet individualisé de l'enfant en situation de handicap.

### **5.3 Des actions en dehors de l'IMP**

#### **5.3.1 Une flexibilité des pratiques**

L'approche quelque peu différente de l'actuelle prise en charge implique que le mode d'accompagnement évolue vers davantage de flexibilité. Il est possible de concevoir qu'un partenariat qui, le plus souvent se limite au transfert d'une situation d'enfant en difficulté d'un lieu vers un autre, puisse évoluer vers une collaboration différente. Il est concevable que la prise en charge dans le secteur spécialisé s'oriente vers un aménagement, sous la forme d'un accompagnement à temps partiel, sous la forme d'une délocalisation de l'intervention éducative spécialisée. Ce dispositif nécessite que le repérage des difficultés soit réalisé rapidement, de manière à ce qu'un soutien remédie à l'état de déficit caractérisant certains enfants, souvent les plus fragilisés sur le plan socio-économique.

Cette configuration d'accompagnement mixte prend en compte l'intervention spécialisée non pas uniquement à partir de la structure IMP, mais en étendant son champ d'action dans une véritable collaboration avec l'institution scolaire. L'enfant déficient est à la fois dans le champ du spécialisé pour bénéficier du plateau technique de l'établissement et dans le champ du cadre scolaire ordinaire. Cette alternance dans la prise en charge s'inspire du système instauré en pédopsychiatrie à la fin des années quatre vingt lorsque les centres de guidances infantiles ont expérimenté l'accompagnement d'enfant à temps partiel.

L'avantage est de maintenir l'enfant en partie dans le cadre scolaire ordinaire, même si dans l'absolu, le plus satisfaisant est qu'il soit intégré complètement dans le milieu ordinaire.

Nous avons observé au cours de l'enquête, la difficulté à quitter le circuit spécialisé. Cette alternative d'accompagnement concilie deux paramètres essentiels pour le devenir de la personne. Il s'agit de la prise en compte de ses difficultés et de la volonté de la maintenir en partie dans un cadre normal, ce qui réduit la dimension de stigmatisation d'un placement total en structure spécialisée.

### 5.3.2 De l'intra à l'extra-muros

Face à l'échec scolaire, le dispositif d'aide éducative, psychologique, pédagogique proposé à l'enfant en difficulté s'élabore dans le cadre de l'établissement spécialisé. Malgré l'existence et le développement des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et des classes d'intégration scolaire (CLIS), il semble, qu'au regard de la gravité des troubles de certains enfants, l'institut médico-pédagogique avec son internat soit une réponse correspondant aux besoins d'enfant dont le contexte familial défavorable renforce les difficultés rencontrées.

Comme cela a été dit, L'Education Nationale dispose de classe spéciale (CLISS) qui s'adresse à des situations qui ne sont pas perçues dans un registre d'échec grave. Une des raisons qui justifie le placement de l'enfant dans le circuit spécialisé au-delà de la déficience constatée est le niveau de difficulté plus complexe qui caractérise certaines situations familiales elles-mêmes marquées par des problèmes d'ordre socio-économique. Fort de ce constat, si le placement hors de l'école est inéluctable, motivé aussi par la nécessité d'une prise en charge globale avec un besoin d'internat, le projet est celui d'une délocalisation des classes. Actuellement la scolarité des jeunes déficients légers est dispensée au sein même de la structure. L'extériorité du lieu d'enseignement accentue la différence imposée à l'enfant. Nous avons repéré au cours de l'enquête le décalage et la différence de rythme entre la classe ordinaire et la classe spécialisée. Il ne s'agit pas de vouloir normaliser à tout prix mais de trouver des moyens de réduire le sentiment de ségrégation comme l'ont souligné des enquêtés à propos des deux types de classe : celles qui seraient implantées en milieu ordinaire bénéficieraient d'une ségrégation moindre.

Le projet de délocalisation des lieux d'enseignement trouve son fondement dans cette volonté de rapprocher l'activité scolaire de la structure spécialisée au plus près de l'établissement scolaire ordinaire, de manière à modifier la représentation que peuvent en avoir les enfants ainsi que les parents. Ce décloisonnement d'une partie de l'activité correspond à une démarche de modernisation dans le sens où les établissements spécialisés ont été depuis leur création jusqu'aux années quatre vingt dix, des lieux à l'extérieur des centres urbains s'installant parfois dans des demeures imposantes, parfois des châteaux légués à des œuvres de bienfaisance. Le paysage social et médico-social actuel est dans une autre dynamique, notamment dans les nouvelles implantations où l'aspect fonctionnel est privilégié ainsi que ce

qui peut favoriser l'intégration sociale, à savoir la proximité des infrastructures publiques. Dans cette logique, l'institut de rééducation nouvellement créé par l'association dont dépend l'institut médico-pédagogique lieu de l'enquête, est implanté sur le site de Belfort. Nous percevons dans la traduction actuelle des politiques sociales, la volonté d'être au plus près des personnes bénéficiaires des prestations proposées avec le souci de tendre vers un maintien dans le milieu ordinaire.

### **5.3.3 Contribution à la formation des maîtres**

Une situation paradoxale est apparue dans le discours des professionnels en ce qui concerne la question du handicap à propos des enseignants. Si l'école oriente les élèves en retard dans les acquisitions vers une structure d'accueil d'enfants dits « handicapés mentaux légers », les enseignants eux-mêmes méconnaissent la nature de l'accompagnement spécialisé

Un des éléments de réponse qu'il est possible de formuler pour résorber en partie ce manque, est d'améliorer l'information sur ce sujet lors de leur formation initiale, c'est-à-dire lorsqu'ils poursuivent les cours de l'IUFM<sup>51</sup>. Une sensibilisation sur la thématique du handicap et des formes de prise en charge possible dans le secteur spécialisé, augmenterait le niveau de connaissance des enseignants et ainsi contribuerait à les éclairer sur la nature précise de ce qui compose le secteur sanitaire et social. Il ne s'agit pas de proposer une formation approfondie, puisque ces futurs enseignants se destinent à occuper des postes en classe ordinaire, contrairement à leurs collègues spécialisés. Toutefois, face à la fréquence de situations d'enfants en difficulté, l'intérêt est de sensibiliser davantage le personnel enseignant sur les particularités de ces enfants, avec des éléments précis sur les dispositifs concernant la prise en charge spécialisée notamment.

Le plan « handiscol » pour l'amélioration de la scolarisation des élèves handicapés élaborée en 1999, fait état d'un renforcement de la formation des personnels de l'Education Nationale. Il pourrait être envisagé d'établir des rencontres pendant la formation entre les professionnels de l'établissement et les enseignants en formation. Ces journées de rencontre sur les lieux de l'exercice de la pratique professionnelle s'intégreraient au module de formation. L'intervention de professionnels du secteur spécialisé dans le cadre de l'IUFM pour exposer les modalités d'intervention auprès des enfants en situation de handicap est une proposition qui pourrait faire l'objet d'une proposition de partenariat avec les responsables pédagogiques

---

<sup>51</sup> Institut Universitaire de Formation des Maîtres

de l'IUFM de Belfort. Cette collaboration rapprocherait les deux institutions, l'Education Nationale et le secteur spécialisé, et participerait à la modification des niveaux de représentations que les enseignants peuvent avoir à l'encontre du handicap.

## Conclusion

Au terme de cette recherche sur le handicap mental léger et les effets de la désignation pour la personne, il n'est pas aisé de clôturer un sujet aussi dense et complexe tant la diversité des situations rencontrées est complexe. Nous serions tenté de dire qu'il y a de la singularité dans chaque histoire, chaque vécu personnel et que si l'enfant est repéré à un moment donné en difficulté d'apprentissage, cela résulte de divers paramètres (familiaux, socio-économiques).

La réponse de l'école face au déficit dans les acquisitions répond à une norme de niveau, élément qui permet de jauger l'aptitude de l'enfant à montrer sa compétence scolaire. Comme le rappelle Jean-Pierre Terrail dans son dernier ouvrage<sup>52</sup> précise qu'auparavant l'enseignement était fractionné, avec une école pour le peuple et une autre pour l'élite sociale. Actuellement, elle est la même pour tous mais les parcours empruntés au cours de la scolarisation sont inégaux. Pour ceux qui rencontreront l'échec scolaire et des conditions socio-économiques précaires impliquant l'enfant et la famille, l'institution scolaire propose un relais avec le champ de l'éducation spécialisée. Ce processus élaboré depuis le cadre de l'Education Nationale conduit ceux qui sont étiquetés dans le registre de la déficience mentale légère, de l'école ordinaire à la structure spécialisée.

Dans le cas de l'enfant désigné comme « handicapé mental léger », une orientation en institut médico-pédagogique représente aujourd'hui une alternative à la scolarité dans le circuit ordinaire. Mais cette entrée dans le monde du handicap, même si elle se réalise par la voie d'une déficience légère, n'en reste pas moins une catégorisation dans le champ du handicap mental. L'enquête auprès des professionnels de l'IMP montre que l'association de ce type de handicap avec des formes plus sévères de déficience tend à renforcer la stigmatisation dont sont sujettes les personnes en situation de handicap mental léger. Les discours recueillis révèlent que les niveaux de représentation sur la déficience mentale, souvent associés à des versants négatifs, discriminants, sont un facteur déterminant dans la production d'images véhiculées par la position de déviant. En étant en dehors du cadre normatif imposé par les exigences scolaires, en particulier celle de la norme de niveau, l'enfant en difficulté d'apprentissage (échec scolaire) ne pouvant plus être maintenu dans ce premier groupe

---

<sup>52</sup> Jean-Pierre Terrail, *De l'inégalité scolaire*, La Dispute, Paris, 2002.

d'appartenance, se voit attribuer par la commission départementale de l'éducation spéciale, une reconnaissance de son statut de déficient. Ce processus de désignation opérant par un mécanisme d'étiquetage, décide de l'orientation du jeune reconnu déficient vers la structure spécialisée et de sa nouvelle appartenance à un groupe marqué du sceau de la différence, celui des handicapés.

Ce passage de l'école ordinaire à l'institution spécialisée conduit la personne déficiente à intégrer un groupe hétérogène, celui de ceux qui sont en marge du système scolaire normal. Ce groupe construit n'est pas une entité sociale, c'est bien le résultat d'une histoire qui s'est développée depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle avec l'ouverture de l'école pour le plus grand nombre et la mise en place des tests d'intelligence par Alfred Binet et Théodore Simon. Au-delà de ces deux faits significatifs, nous percevons bien le rôle essentiel de l'école dans la constitution de cette catégorisation que représente le handicap mental léger. Ce qui caractérise les personnes appartenant à cette catégorie, ce sont les difficultés qu'elles rencontrent à l'égard des normes scolaires pour l'essentiel.

Aujourd'hui, une des réflexions qui émerge à l'issue des résultats obtenus dans cette enquête sur le handicap est de trouver les moyens de réduire les effets de stigmatisation produit par la désignation. Le quotient intellectuel est évalué dans le registre de la déficience pour des résultats proche de la zone limite de normalité mais néanmoins suffisant pour être assimilés au handicap mental, avec son cortège de préjugés, d'images tenaces qui favorisent des représentations ségrégationnistes.

Le processus d'accompagnement des jeunes en situation de handicap mental léger se faisant actuellement depuis une structure différenciée de l'école ordinaire, le schéma proposé pour atténuer les effets de l'orientation est d'apporter des modifications dans la manière de prendre en charge les personnes. C'est le sens de la partie sur la transformation des pratiques, chapitre qui clôt cet écrit. Les réflexions développées sur ce sujet prennent en compte les éléments énoncés par l'équipe pluridisciplinaire qui a composé le groupe d'enquêtés. Certaines actions préconisées peuvent se mettre en place à court terme, d'autres nécessitent un temps plus long. Il demeure que la volonté exprimée par ces réflexions est de promouvoir une autre perception de la personne en situation de handicap.

Pour contribuer à l'émergence d'un autre regard sur le handicap mental léger, il est primordial de mieux informer les partenaires extérieurs sur la teneur réelle de la pratique professionnelle exercée à l'IMP. Les propos tenus par certains interviewés montrent qu'il est nécessaire d'améliorer à la fois le niveau d'information sur la nature précise de l'accompagnement des jeunes déficients mais aussi de renforcer la collaboration avec l'institution scolaire. Si l'école révèle et dépiste l'échec scolaire et la situation de retard qu'il engendre, il serait souhaitable que la faiblesse des performances scolaires soit vécue moins négativement par la famille et l'enfant désigné. Les propositions énoncées vont dans ce sens, pour permettre la mise en œuvre de pratiques différentes, visant à dé-stigmatiser ou, du moins, à réduire les effets négatifs de l'orientation de l'enfant dans la structure d'éducation spécialisée.

L'évolution du secteur de l'éducation spécialisée laisse entrevoir des dynamiques partenariales nouvelles, favorisant le remaniement des représentations les plus courantes quant au handicap mental. La loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale préconise largement l'utilisation d'outils tels que le projet individualisé et la contractualisation. Ces dispositifs incitent à « faire avec les personnes », substituant la participation plutôt que l'intégration, avec le souci de dénoncer toute pratique discriminatoire. La participation, la coopération sont des vecteurs de la politique sociale actuelle, qui tend à promouvoir un rapprochement entre la société des « sans déficience » et celle des « avec déficience ». Enfin, les actions innovantes menées par des équipes éducatives, comme cette expérience de travail partenarial avec un SESSAD pour enfants déficients légers et l'école, où les enfants bénéficient de l'accompagnement d'une éducatrice aux côtés de l'institutrice. Cette démarche progressiste ouvre la voie à une pratique renouvelée, pouvant modifier le regard porté sur une population trop longtemps isolée.

## Bibliographie

- ALLEMANDOU Bernard, *Histoire du handicap*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2001.
- BEAUD Stéphane WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, Paris, 2003.
- BECKER Howard, *Outsiders: études de sociologie de la déviance*, A.M. Métailié, Paris, 1991.
- BERSTEIN Basil, *Langage et classes sociales*, Editions de Minuit, Paris, 1975.
- BLANCHET Alain GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan, 2001.
- CAPUL Maurice LEMAY Michel, *De l'éducation spécialisée*, Erès, Toulouse, 1996.
- CHAPIREAU Francois CONSTANT Jacques DURANT Bernard, *Le handicap mental chez l'enfant*, ESF, Paris, 1997.
- DE QUEIROZ Jean Manuel ZIOLKOVSKI Marek, *L'interactionnisme symbolique*, PUR, Rennes, 1994.
- DUBET François MARTUCCELLI, *A l'école, sociologie de l'expérience scolaire*, Seuil, Paris, 1996.
- DUBREUIL Bertrand, *Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté*, Dunod, Paris, 2002.
- DURAND Jean.Pierre WEIL Robert, *Sociologie contemporaine*, Vigot, Paris, 1997.
- ELLUL Jacques, *Déviances et déviants*, Erès, Toulouse, 1992.
- INIZAN André TASTAYRE Roger, *Les enfants dits débiles*, ESF, Paris, 1978.
- FUSTER Philippe JEANNE Philippe, *Se former à l'éducation et à l'enseignement spécialisé*, Bordas, Paris, 2001.
- GATEAUX-MENNECIER Jacqueline, *La débilité légère : une construction idéologique*, CNRS, Paris, 1990.
- GILLIG Jean Marie, *Intégrer l'enfant handicapé à l'école*, Dunod, Paris, 1999.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, Paris, 1975.
- GOMEZ Jean-François, *Le temps des rites : Handicaps et Handicapés*, Desclée de Brouwer, Paris, 1999.

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

JEANNE Philippe, LAURENT Jean Paul, *Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap*, ESF, Paris, 1998.

LANGOUET Gabriel (sous la dir. De), *L'enfance handicapée en France*, Hachette, Paris, 1999.

MANNONI Maud, *l'enfant arriéré et sa mère*, Le Seuil, Paris, 1964.

MAZEREAU Philippe, *La déficience mentale chez l'enfant entre école et psychiatrie*, L'Harmattan, Paris, 2001.

MIRABAIL Michel, *La débilité mentale de l'enfant*, Privat, Toulouse, 1979.

OGIEN Albert, *Sociologie de la déviance*, Armand Colin, Paris, 2002.

PRUDHOMMEAU Maxime, *L'enfance anormale*, PUF, Paris, 1949.

QUIVY Raymond VAN CAMPENHOUDT Luc, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1988.

RINGLER Maurice, *Comprendre l'enfant handicapé et sa famille*, Dunod, Paris, 2001.

ROCHER Guy, *Le changement social*, HMH, Paris, 1972.

STICKER Henri-Jacques, *Corps infirme et sociétés*, Dunod, Paris, 1997.

TERRAIL Jean Pierre, *De l'inégalité scolaire*, La Dispute, Paris, 2002.

ZRIBI Gérard POUPEE-FONTAINE Dominique, *Dictionnaire du handicap*, ENSP, Rennes, 2002.





Nom : <b>Mugnier</b>	Prénom : <b>Patrice</b>	Date du jury : <b>3 Février 2005</b>
Formation : <b>Diplôme Supérieur en travail social</b>		
Titre : <b>Le handicap mental léger, un processus de désignation entre l'école et la stigmatisation</b> Etude menée à l'IMP de Rougemont le château (90)		
<p><u>Résumé</u> : Le travail de recherche conduit auprès de l'équipe éducative d'un institut médico-pédagogique (IMP) montre que le handicap mental recouvre un champ large, intégrant des situations différentes. Parmi les catégories rencontrées, il y en a une qui est caractérisée par le fait qu'elle se situe au plus près de la zone de la normalité : la déficience mentale légère.</p> <p>Cette catégorie concerne des enfants qui sont repérés à l'école comme étant en échec scolaire grave, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent répondre aux exigences scolaires, notamment en terme de norme de niveau. Après avoir bénéficié des classes spéciales de l'Education nationale, la persistance d'un retard dans les acquisitions incite la commission départementale d'éducation spéciale (CDES) à orienter l'enfant vers les structures de l'éducation spécialisée.</p> <p>Pour pouvoir intégrer un dispositif d'aide dans ce type de structure tel que l'IMP, l'enfant doit être inscrit dans un processus de désignation et reconnu comme déficient mental.</p> <p>Ce que nous visons à cerner par le biais de cette recherche, c'est de comprendre comment fonctionne ce processus, et de recenser les modifications produites par cet étiquetage.</p> <p>Cette orientation hors de l'école ordinaire s'accompagne de changements, tant au niveau du statut de l'enfant que sur les réactions de l'environnement proche. L'hypothèse centrale trouve son fondement dans le rapport à la stigmatisation. En orientant des enfants dont le niveau de quotient intellectuel est proche du seuil de la normalité, ne risque-t-on pas de la renforcer ?</p> <p>L'enquête menée auprès des personnes qui accompagnent les jeunes déficients mentaux tente d'apporter un éclairage sur le sens de cette désignation et sur ces conséquences.</p> <p>Au regard des constats établis à l'issue de la recherche, nous développons des propositions pour l'élaboration de pratiques professionnelles renouvelées, afin de répondre concrètement à l'accompagnement le plus adapté et à réduire les effets négatifs de l'orientation.</p>		
Nombre de pages : 99		Volume annexe : 7
Centre de Formation : <b>Institut Régional de Travail Social, 4 b rue Léonard de Vinci</b> <b>25000 BESANCON</b>		