# Université Lumière Lyon 2

Institut des Sciences et des Pratiques d'Éducation et de Formation

Année universitaire 2012-2013

Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation »

# Processus d'orientation en institut médico-éducatif

Le cas des adolescents d'un IME de l'Est lyonnais

Travail de recherche et d'étude présenté par

# Fabien DARNE

Sous la direction de Denis POIZAT, maître de conférences HDR à l'ISPEF, Université Lumière Lyon 2

#### Remerciements

Un clin d'œil dédicataire à Maryse Gueguen, compagne, soutien de chaque instant, moteur et souffle de vie.

Toute ma gratitude aux « ados » rencontré-e-s et à leurs parents qui me donnent le plaisir de travailler avec le sentiment de pouvoir faire encore « quelque chose ».

Un merci tout particulier aux professionnels qui ont bien voulu se prêter au jeu des rencontres et entretiens, Valérie Lagrange, Magali Fillion, Karim Redradj, les personnels de la maison départementale des personnes handicapées du Rhône ainsi qu'aux adolescents cités.

Une énorme reconnaissance aux collègues de l'IME Yves Farge et de l'éducation nationale qui m'ont tant appris et m'ont montré le chemin ; je ne peux les citer tous mais ceux auxquels je pense sauront se reconnaître.

Une spéciale dédicace à Isabelle Dutour et Sylviane Carlhan pour leur coup de main sur les statistiques et la carte des parents d'usagers de l'IME Yves Farge.

D'incommensurables remerciements aux relecteur-rices et conseiller-ères, Colette Paillole, Laurence Bossy et Frédéric Catinchi, pour leur patiente abnégation et leur précieuse aide.

Je suis demeuré... instituteur.

Fernand Oury

# Table des matières

INTRODUCTION	1
1. Revue de littérature, tentative pour cerner l'indiscernable	7
1.1. De la définition du handicap	
1.1.1. Une histoire de mot	
1.1.2. Où l'on commence à comprendre que ce n'est pas si simple	10
a) Normal, pathologique, déviance et stigmatisation	
b) Le modèle de Nagi	12
c) Le modèle de Wood	12
d) La classification internationale du fonctionnement	13
e) Les handicaps de situation	15
f) Le processus de production du handicap	15
g) Ni vivants, ni morts	18
1.1.3. Les définitions administratives et juridiques de référence	18
1.1.4. Les chiffres du handicap en France, une estimation impossible?	19
1.1.5. Alors faut-il nommer le handicap ?	20
1.2. Du retard mental et de la déficience intellectuelle	22
1.2.1. Encore une histoire de mot ; classer, toujours classer	22
a) Un petit retour en arrière	22
b) La définition du retard mental de l'AAMR	23
c) Le DSM-IV de la société américaine de psychiatrie	23
d) La CIM-10 de l'organisation mondiale de la santé	24
e) La CFTMEA de la pédopsychiatrie française	25
1.2.2. Mesurer et quantifier le retard mental	25
a) L'invention de la débilité légère et de la psychométrie	25
b) Les niveaux et la prévalence du retard mental	29
1.2.3. Une tentative de terminologie moins stigmatisante?	31
1.3. Des inégalités sociales de santé aux inégalités scolaires, mise en place d'un	
processus	33
1.3.1. Le rapport entre inégalités sociales de santé et handicap	33
a) Les apports des enquêtes HID	33
b) La faute des assistants de service social ?	36
1.3.2. Les inégalités sociales d'école	38
a) Des chiffres sévères	38
b) en quête d'étiologie	39
1.4. En guise de conclusion provisoire	42

2. Méthodologie et matériel	45
2.1. Supports et matériel permettant de tester les hypothèses de rechercl	ne46
2.1.1. Les questionnements	
2.1.2. Les hypothèses	47
2.1.3. Les indicateurs.	47
2.1.4. Définition de l'échantillon	48
2.1.5. Présentation des supports utilisés et du matériel collecté	48
2.1.6. Résumé de la méthodologie de recherche	
2.2. Les modalités de scolarisation	
2.2.1. Les « besoins éducatifs particuliers »	
a) Apparition de la notion	
b) La catégorisation internationale	
c) La proportion d'élèves à « besoins éducatifs particuliers »	
2.2.2. De l'intégration vers l'inclusion	55
a) Le processus intégratif	55
b) Le processus inclusif	56
c) Les différentes approches européennes	57
2.2.3. Classifications et dispositifs au sein de l'éducation nationale	58
a) Les classifications	58
b) Les dispositifs	59
c) Les différents modes de scolarisation	
2.2.4. Les chiffres de la scolarisation des élèves désignés « troubles intell	
cognitifs »	
a) Statistiques des modes de scolarisation	
b) La loi 2005-102 et ses chiffres	
2.3. Le matériel vivant de la recherche	
2.3.1. Recueil des éléments de dossier	
a) Les catégories socioprofessionnelles des parents	
b) Badra vient de loin	
c) Nadia dans les méandres de l'orientation	
d) Le parcours de Léo	
2.3.2. Les entretiens avec les professionnels.	
a) Entretiens avec Mme F. psychologue cognitiviste et M. R. conseiller d'orienta psychologue	
b) Entretien avec Mme L. enseignante référente	
2.3.3. Les rencontres avec les adolescents	
a) Le parcours de Mamadou	
b) Le stage et la rencontre d'Amélie	76
2.3.4. Les observations faites à la maison départementale des personnes	
handicapées du Rhône	
a) L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation	
b) La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	79
2.4. Conclusion d'étape	80

3. Résultats et discussion, tentative de modélisation du processus	
d'orientation en IME	81
3.1. Comment le processus d'orientation se déclenche-t-il ?	82
3.1.1. Alors quid des assistants de service social ?	82
3.1.2. Et les enseignants ?	83
3.1.3. Et les parents ?	84
3.1.4. Les facteurs déclencheurs	
3.2. Déroulement de la procédure de saisine de la MDPH, étapes, acteur	s87
3.2.1. L'équipe éducative	87
3.2.2. Des parents acteurs de l'orientation	
3.2.3 dont on obtient le consentement éclairé ?	
3.2.4. La constitution du dossier de demande à la MDPH	
3.2.5. L'instruction du dossier par la MDPH	
3.2.6. L'orientation, aboutie ou non ?	
3.2.7. Récapitulatif du processus d'orientation	
3.3. De l'institution	
3.3.1. Des institutions toujours justes ?	
3.3.2. L'école inclusive serait-elle endogamique ?	
3.4. Que sont devenues mes hypothèses ?	
3.5. Quelques préconisations	100
CONCLUSION	102
Glossaire des principaux sigles et acronymes utilisés	105
Index des figures	106
Index des tableaux	106
Références bibliographiques	107
Annexes	
AIIICACS	

# INTRODUCTION

"L'école inclusive" constitue dorénavant le nouveau paradigme de pensée et d'action instauré par la loi du 11 février 2005 "pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées", et par les différents textes réglementaires d'application. Ce paradigme remplace, dans le champ de l'éducation, celui "d'intégration scolaire", en opérant une rupture radicale et irréversible, mais pas encore toujours visible, avec ce qui se concevait et s'agissait antérieurement. Il participe d'une évolution générale qu'on retrouve dans le contexte international, et en particulier européen, autour de notions comme : égalité des chances et des droits, respect du droit des personnes, participation de la personne à son projet, situation de handicap, inclusion, accessibilité, compensation, non-discrimination, ... Ce courant se sépare quelque peu de l'ancien modèle biomédical de la déficience pour aborder les rives notionnelles de "situation de handicap" [Le Capitaine, 2007].

En lien avec les questions sociétales autour de l'inclusion des personnes handicapées, la problématique de la scolarisation des élèves handicapés dans l'école ordinaire tient désormais une place centrale dans le monde de l'éducation. Depuis une trentaine d'années, différents textes législatifs et réglementaires se sont succédé, mettant l'accent sur l'insertion et l'intégration des personnes handicapées dans la société. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005<sup>2</sup>, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a accéléré ce processus en réaffirmant les principes et le droit fondamental de l'enfant handicapé à fréquenter l'école de son secteur, dite « école de référence ». Dans son rapport de 2007, le sénateur Blanc note des progrès tout à fait significatifs en matière de scolarisation des enfants handicapés. Il indique que ces progrès « vont inévitablement conduire les établissements médico-sociaux à recentrer leur activité sur les enfants les plus lourdement handicapés. Il leur sera donc de plus en plus difficile d'augmenter significativement la proportion d'enfants scolarisés parmi les enfants qu'ils accueillent. Mais il ne faudrait pas non plus que, confrontés à des enfants plus lourdement handicapés, les établissements baissent les bras en matière de scolarisation » [Blanc, 2007].

Ces changements réglementaires s'inscrivent dans un grand mouvement international<sup>3</sup>, prônant l'inclusion des personnes handicapées dans le milieu ordinaire et la reconnaissance de l'égalité des droits des minorités au travers du principe fondamental de non-discrimination. C'est une véritable révolution idéologique qui est à l'œuvre en Europe ; ainsi, lors de la signature de la convention pour l'égalité des chances des personnes handicapées, les États membres ont-ils

<sup>1</sup> La notion d'école ordinaire est définie, dans une conception intégrative, en opposition à l'enseignement spécialisé dispensé au sein des établissements du secteur médico-social et considéré comme ségrégatif.

<sup>2</sup> Elle sera désignée dans les pages suivantes sous le nom de *loi 2005-102*.

<sup>3</sup> Dont l'une des grandes manifestations a été l'adoption par 82 pays de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* le 13 décembre 2006 au siège de l'Organisation des Nations Unies à New York.

réaffirmé leur attachement « aux principes et valeurs qui sous-tendent les règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des personnes handicapées, au principe de l'égalité des chances dans l'élaboration de politiques globales à l'égard de personnes handicapées, et au principe consistant à éviter ou à supprimer toute forme de discrimination négative fondée uniquement sur un handicap». De plus, la convention invite les États membres à examiner si leurs politiques en la matière permettent « aux personnes handicapées, y compris aux personnes gravement handicapées, de participer à la vie sociale, en tenant dûment compte des besoins et des intérêts de leurs familles et des personnes qui prennent soin de ces handicapés; de supprimer les obstacles à la pleine participation des handicapés et ouvrir tous les aspects de la vie sociale à cette participation, de promouvoir la participation des représentants des personnes handicapées à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des actions en faveur de ces personnes. » Une récente recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe prône de son côté, et de manière beaucoup plus radicale, une véritable « désinstitutionnalisation » des enfants handicapés.<sup>5</sup>

Enseignant du premier degré mis à disposition d'un IME<sup>6</sup>, j'y ai été « affecté d'office » en 1995, selon les termes consacrés par l'administration, après quelques mois seulement d'expérience à l'école élémentaire. Après des débuts difficiles, où il m'a fallu adapter mes enseignements tant au niveau des démarches pédagogiques que de la gestion de la classe, j'ai souhaité renforcer ma formation initiale en préparant et obtenant le diplôme du CAAPSAIS<sup>7</sup>, option D, en 2000.

En 2003, j'ai pris la succession du coordonnateur pédagogique dans un établissement engagé de longue date dans « l'intégration scolaire » comme il était convenu de dire alors [Darne, 2009]. Ainsi, c'est de cette place privilégiée que j'ai pu accompagner, parfois impulser, les changements au sein de cette institution et voir se transformer les pratiques professionnelles. Soutenus par un directeur très engagé sur cette question, nous avons, mes collègues et moi, adapté peu à peu un dispositif

<sup>4</sup> Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 20 décembre 1996 concernant *l'égalité des chances pour les personnes handicapées*.

<sup>5</sup> Recommandation CM/Rec (2010) 2 du Comité des Ministres aux États membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010.

<sup>6</sup> Les instituts médico-éducatifs ou IME sont des établissements médico-sociaux qui regroupent sous le même sigle les anciens instituts médico-pédagogiques (IMP) et médico-professionnels (IMPro) régis par l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 et la circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989. On regroupe communément les établissements et services médico-sociaux sous le sigle ESMS.

<sup>7</sup> CAAPSAIS: Certificat d'Aptitude aux Actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaires, devenu en 2004 le CAPA-SH. L'option D était définie ainsi: « le maître D enseigne auprès d'enfants et d'adolescents présentant des troubles importants à dominante psychologique. »

spécifique de soutien à la scolarisation afin d'accompagner au mieux les élèves de l'IME entraînés dans cette scolarisation « à temps partagé »<sup>8</sup>.

Parmi ces « usagers » de l'établissement, la plupart désignés précocement pour un parcours en institutions médico-sociales ad vitam aeternam, certains me paraissaient différents tant leurs comportements, leurs compétences sociales ou scolaires, leurs parcours me semblaient atypiques et surprenants. Il m'est ainsi arrivé plus d'une fois de me poser la question : « mais lui, comment est-il arrivé là?»; non pas que cet élève ne me semblait pas tirer profit de l'accompagnement proposé au sein de l'IME, mais plutôt que son histoire et ce qu'il donnait à voir de son rapport au monde évoquaient une possible inadéquation entre ses capacités<sup>10</sup> et ce que nous étions en mesure de lui proposer comme apprentissages et plus tard comme insertion. Ce questionnement s'est fait plus insistant au fur et à mesure de la mise en place de projets de scolarisation à temps partagé<sup>11</sup> qui révélaient bien davantage les potentialités de ces élèves « extraordinaires »<sup>12</sup> que leurs déficiences et m'amenaient à me demander ce qui avait fait que tel élève avait été orienté vers l'IME alors qu'il présentait manifestement des compétences qui auraient pu, auraient dû, être valorisées à l'école ordinaire et lui permettre de poursuivre sa scolarité avec des accompagnements adaptés.

C'est dans le cadre de ce questionnement et à la suite de plusieurs formations professionnelles et publications que j'ai souhaité m'engager dans une recherche universitaire me permettant d'étudier plus en détails et méthodiquement ces parcours « atypiques ». En commençant à mieux observer les modalités et les critères d'orientation, les parcours de certains usagers de mon établissement, des questions plus précises et lancinantes ont émergé.

Malgré ce qu'écrivait le sénateur Blanc, serait-il possible qu'un nombre, sans doute marginal, mais non négligeable, d'enfants moins « lourdement handicapés »,

<sup>8</sup> Cela signifie que l'emploi du temps de l'élève est partagé entre des temps d'enseignement dans un établissement du second degré et des temps d'accompagnement spécifiques à l'IME.

<sup>9</sup> Le terme d'usager est utilisé ici dans le sens où l'entend la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, c'est-à-dire de sujet de droit dont la participation et l'expression est l'un des principes affirmés. Même si j'avoue une préférence pour l'expression de personne accompagnée, c'est usager qui sera privilégié dans la suite de l'exposé en raison de sa référence administrative plus précise.

<sup>10</sup> Les capacités sont aussi difficiles à définir et à mesurer que les incapacités. Les capacités étant alors toutes les habiletés, les possibilités de « faire », totalement occultées par le diagnostic des « incapacités ».

<sup>11</sup> Le terme scolarisation, introduit par la loi 2005-102 et bien qu'imprécis et non spécifique aux élèves désignés comme handicapés, me semble préférable à l'expression inclusion scolaire, préconisée par l'administration française depuis la circulaire n° 2009-087 sur les CLIS. La notion d'inclusion, issue de la terminologie scientifique et technique, est généralement connotée négativement dans le langage courant car associée à l'idée de la présence d'un corps étranger indésirable ; quant aux mathématiques elles désignent l'inclusion comme le sous-ensemble d'un ensemble.

<sup>12</sup> Comme les nomme Jean-Michel Wavelet [Wavelet, 2008]

pour reprendre les mots du sénateur, soit tout de même orienté en établissements médico-sociaux ?

Serait-ce à dire que les enseignants et les professionnels de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées<sup>13</sup> au sein de la MDPH ne se sont pas encore inscrits vraiment dans le mouvement initié par la loi 2005-102 en *institutionnalisant* plutôt qu'en *désinstitutionnalisant* ?

Comment ce processus d'orientation se déclenche-t-il ? Quels sont les critères retenus par les différentes instances décisionnelles ? Quelle est la part des familles dans cette décision ? De quel poids pèsent les résultats aux tests psychométriques ? Existe-t-il un PPH<sup>14</sup> « à la française » discriminant les enfants issus des familles populaires<sup>15</sup> et, le cas échéant, selon quels critères ?

Ces questionnements m'amènent à formuler la problématique suivante : Par quels processus institutionnels des adolescents sont-ils désignés comme déficients intellectuels légers et orientés en IME ? Quelles places y prennent les déterminants sociaux, les éléments psychopédagogiques et les parents ?

J'émets l'hypothèse que le point de départ du processus d'orientation en IME émane de l'enseignant et s'appuie préférentiellement sur des critères comportementaux et de maîtrise de la langue française. Il me semble que la procédure qui se met en place ensuite est du seul ressort des professionnels de l'éducation nationale et laisse peu la place à la parole de l'enfant et ses parents, d'autant plus que leur capacité à influer sur la décision repose sur des compétences proches de la culture scolaire. Enfin, je pense que les critères retenus par les instances décisionnelles majorent les résultats aux tests psychométriques et l'avis médical.

Je propose donc dans **un premier temps** de recueillir et de commenter les données de la littérature afin de définir les concepts-clés de handicap, de déficience

<sup>13</sup> Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) résultent de la fusion des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES). C'est la CDAPH qui notifie l'orientation et établit le projet personnalisé de scolarisation (PPS) des élèves désignés alors comme handicapés.

<sup>14</sup> PPH: *Processus de Production du Handicap*, théorisé notamment par les travaux de Patrick Fougeyrollas. Ce concept sera décrit plus loin.

<sup>15</sup> Par familles populaires, j'entends familles issues de classes populaires qui constituent un « ensemble de groupes sociaux caractérisés par une position matériellement et culturellement dominée dans l'espace social et partageant des chances de vie et des conditions de vie marquée par un espace des possibles relativement restreint » [Schultheis & al. 2009].

intellectuelle et de synthétiser ces données autour des inégalités sociales de santé et de construction de l'échec scolaire.

Dans un second temps, il s'agira de préciser la méthodologie et le matériel collecté : définition de l'échantillon, présentation des supports utilisés et des modalités de recueil des données, exposition du matériel vivant de la recherche.

**Enfin**, j'analyserai et discuterai les résultats afin de développer une synthèse à partir de laquelle je tenterai de modéliser le processus d'orientation en IME et proposerai des préconisations.

Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation »
1. Revue de littérature, tentative pour cerner l'indiscernable
,

# 1.1. De la définition du handicap

Tellement tentant de vouloir distribuer le monde entier selon un code unique ; une loi universelle régirait l'ensemble des phénomènes : deux hémisphères, cinq continents, masculin et féminin, animal et végétal, singulier pluriel, droite gauche, quatre saisons, cinq sens, six voyelles, sept jours, douze mois, vingt-six lettres. Malheureusement ça ne marche pas, ça n'a même jamais commencé à marcher, ça ne marchera jamais.

Georges Perec, Penser/Classer, Hachette, 1985

Depuis toujours, langage courant, définition médicale et classification administrative se télescopent et parfois se contredisent pour tenter de définir l'indéfinissable différence entre les hommes, oscillant entre une inégalité de nature et une inégalité de droit, en passant par une conception plus systémique et environnementale.

#### 1.1.1. Une histoire de mot

Adaptable, aliéné, anormal, anormal médical, arriéré, attardé, autiste, aveugle, boiteux, bossu, cinglé, chronique, crétin, débile, déficient, dégénéré, demeuré, désavantagé social, déviant, difforme, diminué, dys (-lexique, -phasique, -praxique, etc.), élève à besoins éducatifs particuliers, estropié, fou du village, handicapé, idiot, imbécile, imbécile moral, IMC<sup>16</sup>, impotent, inadaptable, inadapté, incurable, inéducable, infirme, incapable, invalide, malentendant, malformé, mongol, muet, mutilé, non-voyant, paralysé, paralytique, personne à mobilité réduite, personne dépendante, retardé, semi-adaptable, sourd, taré, etc.; tous ces termes, qu'ils soient familiers ou scientifiques, ont désigné ou désignent encore, à des degrés de précision divers, des personnes en situation de handicap, expression générique la plus « socialement acceptable » ou « politiquement correcte » aujourd'hui. Ils témoignent de la volonté comme de la difficulté que nous avons à nommer cette différence. Certains de ces mots résonnent à nos oreilles du XXIe siècle avec plus de violence que d'autres considérés comme moins péjoratifs, mais ils traduisent tous la tonalité d'une époque et la place que nous sommes capables de faire à ces personnes « autrement capables ». En tout état de cause, cette litanie nous confirme que « Le langage est l'invention qui permet à l'humanité d'être en contact avec elle-même. C'est aussi le plus puissant outil de manipulation et d'exclusion. »<sup>17</sup>

La mise à distance moderne de cette étrangeté, de cette altérité dérangeante, par des termes apparaissant comme plus techniques (IMC...) ou comme de doux

<sup>16</sup> Pour infirmes moteurs cérébraux, on dit également IMOC pour infirmité motrice d'origine cérébrale.

<sup>17</sup> Developmental Disabilities and the legal system: A training package, Vancouver, Canada (2002)

euphémismes (malentendant...), d'aucuns diraient hypocrites, ne signifie pas toujours pour autant une réduction des inégalités ou un changement profond des mentalités.

De ce mot, handicap, il devrait être si facile de donner une définition universelle et consensuelle, qu'en faire un paragraphe dans un mémoire universitaire relèverait presque du « remplissage » ! Or, si l'on connaît maintenant bien l'histoire de ce mot si particulier grâce notamment aux travaux en France de Henri-Jacques Stiker ou de Christian Rossignol et de Jacques Côté ou Patrick Fougeyrollas au Canada (Québec), il n'en va pas de même de ses définitions scientifique, juridique ou administrative, tant les auteurs, plus ou moins partisans, et les législateurs, plus ou moins avisés, ont mis un soin tout particulier à brouiller les pistes et à embrouiller le citoyen...

Handicap - hand in cap, étymologiquement « la main dans le chapeau » - est à l'origine un mot anglais désignant un jeu de hasard. Il fait sa première apparition dans la langue anglaise écrite au XVII° siècle avec Samuel Peppys, à Londres. Anobli par le sport, notamment par les compétitions hippiques — courses avec handicap, repris par de grands auteurs français au début du XX° siècle, (Maurois, Gide), intégré officiellement dans le Dictionnaire de l'Académie française dès 1913, le mot est adopté par les travailleurs sociaux et les associations s'occupant des personnes avec des infirmités ou des incapacités, comme moins réducteur, moins stigmatisant que les termes jusqu'alors employés, surtout à partir des années cinquante. Il est définitivement admis dans la loi de 1957 sur les travailleurs handicapés et surtout par celle du 30 juin 1975 « en faveur des personnes handicapées ». Accepté en France, c'est aux Etats-Unis, pays pour lequel le principe de la non-discrimination est érigé en système de relations sociales, qu'il sera mis au ban du vocabulaire pour être remplacé, à partir des années quatre-vingts, par un mot d'origine française (dishabile aujourd'hui intraduisible), disability.

Patrick Fougeyrollas écrit au sujet de cette difficulté à nommer le handicap : Plus qu'un simple instrument de communication, le langage illustre la façon dont on se représente mentalement une réalité. Il n'est donc pas étonnant que les mots employés pour parler des personnes handicapées aient fait l'objet d'une remise en question parallèle à l'évolution de leur place dans la société. [Coll., 1984]

En saisissant le terme *handicap* dans l'extraordinaire outil de proxémie sémantique mis en ligne par le Centre National de Recherches Textuelles et Linguistiques<sup>18</sup>, on constate qu'avec la notion de *surcharge* rappelant le sens lié aux

<sup>18</sup> Le CNRTL fédère un ensemble de ressources linguistiques informatisées : <a href="http://www.cnrtl.fr">http://www.cnrtl.fr</a> dont l'outil Prox développé par le CLLE-ERSS de l'Université Toulouse II-Le Mirail : <a href="http://w3.erss.univ-tlse2.fr/">http://w3.erss.univ-tlse2.fr/</a>

compétitions hippiques, les termes d'*infériorité* et d'*infériorisation* restent encore les plus proches – synonymes – d'un point de vue sémantique. L'illustration suivante [figure 1] est une représentation spatiale pondérée en trois dimensions de la position sémantique du mot handicap dans la langue française<sup>19</sup> avec vingt sommets correspondant aux « voisins ».

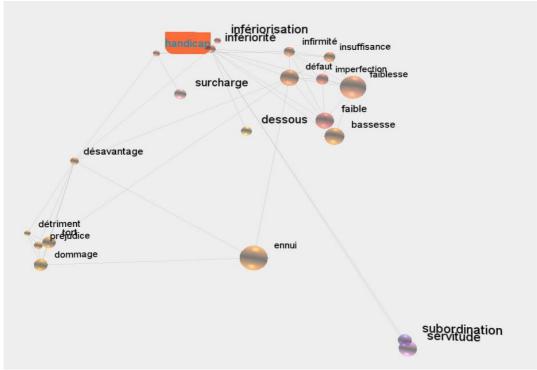


Figure 1 : Arbre de proxémie sémantique du terme Handicap [ERSS, logiciel Prox].

Plusieurs zones sémantiques se détachent clairement. Un premier groupe se distingue autour de désavantage qui regroupe détriment, tort, préjudice, dommage, on est là dans le registre du préjudice, ce qui peut donner lieu à réparation. Un deuxième groupe autour de la notion d'infériorité qui regroupe infirmité, insuffisance, défaut, imperfection, faiblesse, faible, bassesse, on est ici dans le registre de la déficience et donc du manque. Les autres termes sont isolés – surcharge - ou non directement connectés - dessous et ennui. Il nous semble important de relever qu'il n'apparaît, à cette échelle de vingt occurrences, aucune zone sémantique autour des notions d'activité, de participation ou d'autonomie.

#### 1.1.2. Où l'on commence à comprendre que ce n'est pas si simple

Si les pérégrinations et les tribulations des mots et expressions évoquées précédemment témoignent de la difficulté des humains à désigner cette dérangeante

<sup>19</sup> D'après un corpus de textes littéraires, de journaux, de revues scientifiques et de dictionnaires.

altérité, la définition du handicap en tant que concept reste un enjeu social, politique, économique et juridique non résolu et certainement non résoluble.

Christian Rossignol va même jusqu'à émettre l'hypothèse que l'usage de la notion de handicap dans notre société a pour fonction de rendre plus supportables les inégalités de revenu, de pouvoir, de prestige, inéluctables à toute société et qu'aucune politique sociale n'est jamais parvenue à éradiquer. Elle a également pour effet et probablement pour fonction sociale de faire obstacle à une véritable démarche de connaissance portant sur la question des causes réelles des phénomènes qu'elle prétend englober [Rossignol, 2010].

Un certain nombre d'auteurs vont, dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, modifier profondément la conception du normal, du pathologique et du handicap.

#### a) Normal, pathologique, déviance et stigmatisation

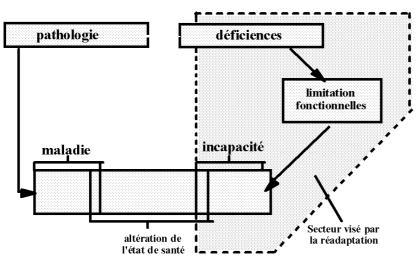
Dans Le normal et le pathologique, le philosophe et médecin français Georges Canguilhem déclare voir dans la médecine non pas une science mais « une technique d'instauration ou de restauration du normal », quand bien même cette dernière utiliserait des méthodes scientifiques. Il insiste sur le fait que si se pose la question du normal, c'est d'abord parce qu'il y a « de l'anormal qui résiste ». S'il n'y avait pas d'anormal, il n'y aurait pas de normes, il n'y aurait que des lois. Par conséquent, pour lui « l'anormal logiquement second est existentiellement premier ». En réfléchissant aux concepts de normal et de pathologique, G. Canguilhem est alors amené à faire un renversement épistémologique remettant en question la conception positiviste et désincarnée de la médecine jusque-là à l'œuvre : « La qualité de pathologique est un import d'origine technique et par là d'origine subjective. Il n'y a pas de pathologie objective. » [Canguilhem, 1966].

Les théories sur la déviance et la stigmatisation<sup>20</sup> ont introduit également la notion que les limitations physiques influencent les attitudes des autres, en raison de valeurs liées aux attentes sociales et aux définitions culturelles de ce qui constitue une performance normale et acceptable. Leurs travaux ont contribué à mieux faire comprendre les obstacles qui restreignent la participation des personnes à la vie sociale. Leurs idées ont aidé à changer les perceptions du processus de handicap antérieurement centré sur les problèmes intrinsèques de la personne, celles-ci ont évolué vers la reconnaissance du fait que le *handicap* est une construction sociétale aux importantes conséquences sociales.

<sup>20</sup> Développées respectivement par Eliot Freidson et Erving Goffman.

#### b) Le modèle de Nagi

En 1965, le sociologue américain Saad Nagi propose un modèle conceptuel qui sera adopté par les instances américaines de réadaptation (National Center on Medical Research in Rehabilitation). Il établit la distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité (disability en anglais). De ce fait, il identifie la réadaptation comme le domaine des limitations fonctionnelles et des incapacités. Nagi considère donc, à rebours du modèle biomédical classique (chaîne de causalité, étiologie → pathologie → symptômes) que le handicap est lié à des



conséquences sociales plus qu'à des attributs personnels [Nagi, 1965]. Autrement dit, il n'y aurait pas de relation directe de cause à effet les limitations entre fonctionnelles et l'impact exercé social sur activités et les rôles [figure 2].

Figure 2 : Modèle conceptuel de Saad Nagi [Nagi, 1965].

## c) Le modèle de Wood

C'est en 1975 qu'un rhumatologue anglais, Philipp Wood, consultant de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est chargé d'élaborer une classification des handicaps qui viendrait compléter la classification internationale des maladies. L'OMS publie en 1976, à titre expérimental, une classification des « impairments and handicaps » puis une version révisée en 1980 sous le titre d'International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease [OMS, 1980].

Malheureusement, la traduction française parue en 1988 va prendre certaines libertés avec la terminologie, rajoutant quelque trouble. En effet, sous le titre Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages, on réintroduit le terme générique de handicap là où la proposition anglaise le supprimait.

Dans sa classification Wood distingue trois « niveaux d'expérience » ou composantes dans les handicaps :

1. *impairment* (traduit par **déficience**) : correspond à toute perte de substance

ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique;

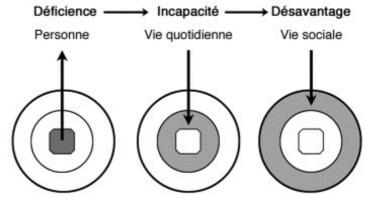
- 2. *disability* (traduit par **incapacité**) : correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales, pour un être humain ;
- 3. *handicap* (traduit par **désavantage**) : correspond au préjudice subi par un individu, résulte de sa déficience ou de son incapacité et limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels.

La CIH permettait d'introduire une certaine clarification dans cette notion floue de handicap et également de préciser le niveau de l'intervention médicale, celui de la rééducation et de l'intervention médico-sociale et, enfin, celui de l'intervention politique ou législative.

Outre la dimension incontestablement pédagogique de ce schéma à trois niveaux - l'organe, la personne, et le social - ce découpage du handicap introduisait également deux nouvelles notions, essentielles dans l'évolution de la représentation du handicap :

- il substituait un modèle réadaptatif au modèle classique de la guérison, en mettant l'accent sur la mobilisation des capacités restantes de l'individu ;
- il introduisait la notion de désavantage social qui, enfin, mettait en avant les conséquences sociales des incapacités [figure 3].

Ce *modèle de Wood*, bien que novateur, a été abondamment commenté et



et Figure 3 : Le modèle de Wood [P. Watine, 2005].

critiqué par la suite, notamment pour son approche jugée trop médicale et sa logique trop causale ; on parle parfois à son sujet de « modèle diagnostic curatif médical » ou de « chaîne du handicap ».

## d) La classification internationale du fonctionnement

La refonte complète de la CIH, donne lieu à la publication en 2001 de la

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) [OMS, 2001]. Cette nouvelle classification essaie de combler les lacunes de celle de Wood en introduisant les facteurs environnementaux et en raisonnant en termes d'activité et de participation de la personne plutôt qu'en termes d'incapacité ; elle se veut un compromis entre le courant médical et le courant environnemental. Le tableau ci-dessous compare les approches de la CIH et de la CIF.

C.I.H.	C.I.F.
Déficiences	Déficiences
Incapacités	Activités
Désavantages	Participation
	Facteurs environnementaux

Tableau 1: De la CIH de 1980 à la CIF de 2001, les principaux changements [F. Darne, 2013].

L'OMS publie en 2007 la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé pour enfants et adolescents (CIF-EA)<sup>21</sup>, dérivée de la CIF et s'appuyant sur le même cadre conceptuel du fonctionnement humain, qui définit le handicap comme le résultat des interactions entre les caractéristiques physiques, mentales et fonctionnelles propres à la personne et les caractéristiques de l'environnement dans lequel elle vit [figure 4].

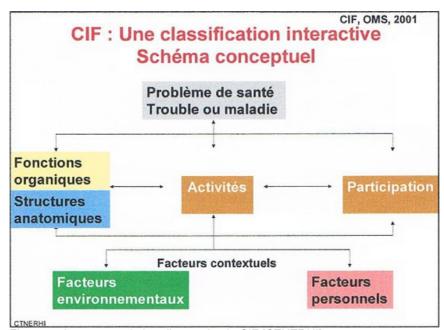


Figure 4: Le concept de handicap selon la CIF [CTNERHI].

Claude Hamonet, médecin-rééducateur français, a témoigné dans plusieurs de

<sup>21</sup> Traduction française de l'International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version (ICF-CY)

ses publications des débats épistémologiques de cette époque. Il écrit :

En France notamment, deux courants s'étaient nettement individualisés : le courant "médical" qui définissait, à la suite des propositions de Wood, le handicap, comme la conséquence d'un état pathologique (maladie ou accident) et le courant "anthropologique" qui considérait que le handicap était la résultante de la confrontation d'un être humain avec son environnement. Au total, ceci peut se résumer de la façon suivante :

- 1- C'est la lésion (ou déficience) corporelle pathologique qui rend les personnes handicapées ;
- 2- C'est la société qui crée les situations de handicap.<sup>22</sup>

La CIF repose sur la tentative d'intégration de deux modèles antagonistes, un modèle médical réadaptatif et intégratif à visée d'efficience économique et un modèle social participatif et politique à visée d'autonomie. Les tenants de ce dernier ne se satisfont pas de ce compromis. Le courant environnementaliste, encore appelé anthropologique, est essentiellement représenté par deux écoles. L'école canadienne autour de Patrick Fougeyrollas et le processus de production du handicap (PPH) et l'école française autour de Pierre Minaire et les handicaps de situation ou Claude Hamonet et le SIMH (Système d'Identification et de Mesure du Handicap).

#### e) Les handicaps de situation

Dès la fin des années soixante-dix, un petit nombre de chercheurs et praticiens français s'est intéressé à la question du rôle de l'environnement dans le handicap.

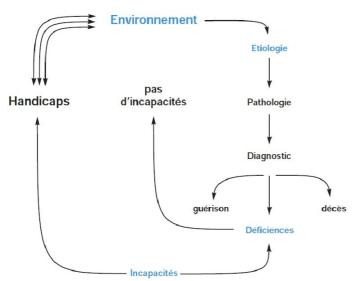


Figure 5 : Les handicaps de situation selon Pierre Minaire [Minaire, 1985].

Pierre Minaire. médecinrééducateur, a réalisé une importante étude sur la totalité de la population de Saint-Cyrsur-le-Rhône (Loire) à l'issue de laquelle il a proposé un modèle handicap du qu'il appelle « handicaps de situation » [figure 5]. Le pluriel est ici important car il signifie que les handicaps sont le résultat des interactions d'un individu présentant des incapacités son environnement [Minaire, 1985].

#### f) Le processus de production du handicap

Au début des années quatre-vingts, les travaux du réseau de recherche

<sup>22</sup> http://claude.hamonet.free.fr/fr/art\_handicap.htm

québécois sur les déterminants culturels et environnementaux des situations de handicap et de la participation sociale ont été principalement initiés et développés par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas. Celui-ci s'est particulièrement intéressé à une approche holistique<sup>23</sup> de la santé mentale.

En 1989, l'équipe du C.Q.C.I.D.I.H. (comité québécois pour la refonte de la CIDIH) réunie autour de Patrick Fougeyrollas précise le caractère situationnel du handicap comme résultat de l'interaction personne – environnement. Cette situation de handicap se traduit par une restriction de la qualité dans la réalisation des habitudes de vie de la personne concernée. L'équipe québécoise définit le concept des habitudes de vie, incluant autant les activités quotidiennes et domestiques que les rôles sociaux. Ces habitudes de vie forment un cadre de référence pour l'utilisation d'une approche globale biologique, psychologique et sociale. Elle précise également le concept de facteur environnemental, les critères qualitatifs d'obstacle et de facilitateur ainsi qu'une « nomenclature des facteurs environnementaux inspirée des travaux de Marcel Mauss et de la classification de Murdock (1971), un anthropologue américain » [Fougeyrollas, 2002].

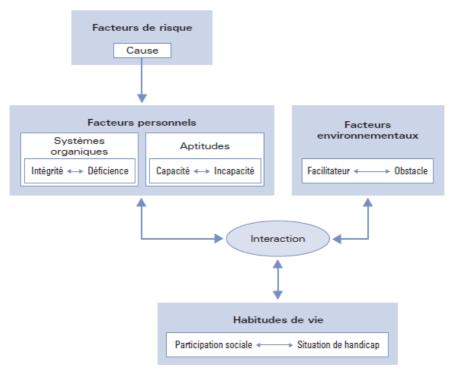


Figure 6 : Le schéma du Processus de Production du Handicap (PPH) proposé par P. Fougeyrollas et le Réseau international sur le processus de production du handicap [RIPPH, 1996].

<sup>23</sup> Holistique, adj. [En parlant d'une théorie, d'une conception] *Qui relève de l'holisme, qui s'intéresse à son objet comme constituant un tout.* Trésor de la langue française sur le site du CNRTL <a href="http://www.cnrtl.fr/definition/holistique">http://www.cnrtl.fr/definition/holistique</a>

C'est ainsi qu'est créé le modèle de « Processus de Production du Handicap » (PPH), que l'on pourrait qualifier de « modèle systémique socio-environnemental » car il tente de faire la synthèse des différentes approches, étiologique (les facteurs de risque), médicale (les systèmes organiques), fonctionnelle (les aptitudes), environnementale, des habitudes de vie (en termes de participation et d'activité) [figure 6]. L'ensemble de ces facteurs interagit pour produire le handicap et l'on constate que la fameuse « situation de handicap », dont l'expression est très souvent utilisée en France pour qualifier la totalité du handicap, n'est ici qu'une petite partie de la problématique liée « seulement » aux habitudes de vie.

En 2010, une nouvelle version du modèle conceptuel MDH-PPH (Modèle de développement humain — Processus de production du handicap) a été proposée par Patrick Fougeyrollas. Cette proposition (MDH-PPH2) intègre notamment les travaux d'Urie Bronfenbrenner sur l'écologie du développement humain [Bronfenbrenner, 1979], apportant une dimension supplémentaire dans le domaine social.

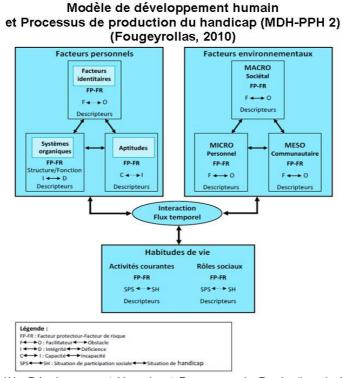


Figure 7 : Modèle Développement Humain et Processus de Production du Handicap [P. Fougeyrollas, 2010].

Les changements apportés touchent tout d'abord la place des « facteurs de risque » dans la composante PPH qui sont intégrés à l'intérieur des trois domaines conceptuels que sont les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les

habitudes de vie. Des précisions ont également été apportées aux « facteurs environnementaux », lesquels se décomposent alors en « environnement sociétal » (ou MACRO), en « environnement communautaire » (ou MÉSO) et en « environnement personnel » (ou MICRO). La complexité du schéma obtenu est à l'image de la difficulté à modéliser le handicap [figure 7].

#### g) Ni vivants, ni morts

Ces tentatives de modélisation du « processus de production de handicap » apparaissent finalement assez illusoires et dérisoires tant le handicap semble vouloir échapper à la rationalité de la catégorisation pour mieux nous rappeler la fragilité de la condition humaine. Pour l'anthropologue et écrivain Robert F. Murphy, qui raconte son propre handicap « de l'intérieur », les handicapés sont des êtres entredeux ; ils ne sont « ni malades, ni en bonne santé, ni vivants, ni morts, ni en dehors de la société, ni pleinement à l'intérieur » [Murphy, 1987].

Le handicap vient percuter la modernité fondée sur l'efficacité, la performance, la compétition, le travail, la jeunesse séduisante. Y a-t-il une place pour des personnes qui ne soient pas des super-héros ou des athlètes de haut niveau ?

Résistant à la modélisation, le handicap va se retrouver encadré par des définitions administratives s'inspirant de ces approches mais s'avérant beaucoup plus opérantes.

#### 1.1.3. Les définitions administratives et juridiques de référence

Un certain nombre de définitions administratives et juridiques apparues ces dernières années, que ce soit au niveau international ou national, fait état de l'avancement des débats sociétaux. Ces définitions s'imposent en France comme les nouveaux standards auxquels les services décisionnaires des orientations des élèves considérés comme en situation handicap font désormais référence, que ce soit dans l'esprit ou dans la lettre. Elles sont en quelque sorte l'aboutissement d'un long processus initié dans les années quatre-vingt-dix. Les trois définitions ci-dessous traduisent bien cette évolution des représentations.

Avec la parution de la classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) en 2001, l'OMS a introduit une nouvelle typologie du handicap qui prend davantage en compte les facteurs environnementaux. La définition est la suivante :

Le handicap est un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs

personnels et environnementaux).

L'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté quant à elle, le 13 décembre 2006, une « convention relative aux droits des personnes handicapées » dont voici un extrait de l'article premier précisant la définition :

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.<sup>24</sup>

En France, depuis la loi du 11 février 2005, la définition juridique et administrative officielle est la suivante :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. <sup>25</sup>

Cette définition semble vouloir concilier l'inconciliable. Une approche environnementale centrée sur l'activité et la participation dans sa première partie est accolée à une approche médicale centrée sur la déficience dans sa deuxième. Il s'est agi pour le législateur d'intégrer les évolutions conceptuelles et réglementaires à l'œuvre en Europe et dans le monde mais également, et de manière tout à fait pragmatique, de rendre applicable la loi d'un point de vue administratif et financier en fixant le cadre des compensations calculées à l'aune du futur GEVA<sup>26</sup> des MDPH. C'est la définition à laquelle il sera fait référence dans la suite de ce mémoire puisque l'ensemble des dispositifs actuels de l'administration française s'en inspirent et appliquent les droits nouveaux afférents à cette loi.

#### 1.1.4. Les chiffres du handicap en France, une estimation impossible ?

Combien y a-t-il de personnes handicapées en France? Afin de tenter de répondre à cette épineuse question, Pierre Morniche, démographe de l'INSEE<sup>27</sup>, responsable en 1999 de l'enquête « handicaps, incapacités, dépendance » (HID), écrit :

Environ 2,3 millions de personnes, vivant à leur domicile, perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Plus de 5 millions de personnes bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, pour les mêmes raisons. Deux fois sur trois, l'aide est apportée par l'entourage proche. Les difficultés vécues sont d'intensité très variable selon la nature, l'origine et la gravité

<sup>24</sup> ONU, Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006 http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf

<sup>25</sup> Article 2 de la loi du 11 février 2005, portant création de l'article L. 114 au chapitre IV du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles

<sup>26</sup> GEVA: guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées. Le Geva est devenu l'outil officiel d'évaluation des MDPH depuis la parution du décret et de l'arrêté du 6 février 2008.

<sup>27</sup> INSEE : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques.

des atteintes. [...] Enfin les inégalités sociales sont très marquées dans le domaine du handicap : un jeune, fils d'ouvrier, est deux fois plus souvent atteint d'une déficience qu'un enfant de cadre. [Morniche, 2003)

L'UNAPEI, association gestionnaire d'établissements médico-sociaux, précise quant à elle sur son site internet :

Aujourd'hui, la France compte 3,5 millions de personnes handicapées. Parmi elles, 2 millions sont porteuses d'un handicap sévère. 700 000 d'entre elles se trouvent en situation de handicap mental, ce qui représente 20 % des personnes handicapées. Chaque année, entre 6 000 et 8 500 enfants naissent avec un handicap mental.<sup>28</sup>

« Entre 280 000 et 23 650 000 personnes handicapées, selon le périmètre utilisé », note le rapport de la Cour des Comptes en 2003, qui rappelle aussi que 3,97 millions de personnes en 1999 se déclaraient titulaires d'un taux d'incapacité reconnu officiellement, soit 6,8 % de la population.

Au travers de ces exemples, nous constatons qu'à la simple question – combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? – il y a une pluralité de réponses qui recouvre des réalités différentes et varie selon la définition retenue du handicap.

#### 1.1.5. Alors faut-il nommer le handicap?

Au travers de ce tour d'horizon du concept de handicap il apparaît que non seulement ce terme n'est pas opérant techniquement et n'est d'aucune aide dans l'action quotidienne mais encore que les professionnels qui travaillent à l'inclusion des personnes qu'ils accompagnent perçoivent combien son usage est contre-productif parce que stigmatisant.

Tout d'abord parce que le handicap n'est pas un concept scientifique mais sociologique, juridique ou administratif, lié au contexte social et qu'ensuite, à vouloir trancher une bonne fois pour toutes cette question, l'on peut s'interroger sur le risque d'enfermement des personnes dans une définition qui semblerait alors définitivement efficiente.

D'un point de vue épistémologique, le concept de handicap est un concept que qui peut être qualifié de dynamique et circulaire, extrêmement suspect de performativité. Dynamique car évoluant selon le contexte et un ensemble quasi infini de paramètres ; circulaire car miroir ontologique de l'observateur et de la société qui le définissent ; performatif car il produit l'effet qu'il décrit. Nombreux sont ceux qui

Université Lumière Lyon 2 - Institut des Sciences et Pratiques d'Éducation et de Formation

<sup>28</sup> UNAPEI: Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés. http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html

pensent que la désignation vaut assignation<sup>29</sup> et risque de désaffiliation<sup>30</sup>. Il semble qu'à ce titre la situation de la déficience intellectuelle soit emblématique de cette sorte d'autopoïèse<sup>31</sup>.

En guise de conclusion, retenons alors avec Christian Rossignol que « la définition du "handicap" comme résultat d'une décision administrative est, à ce jour, la seule définition opératoire connue » [Rossignol, 2007, p. 14].

Pour la suite de l'exposé, l'expression personne désignée comme handicapée<sup>32</sup> sera utilisée d'une manière générique, expression qui semble le mieux convenir dans le cadre théorique ainsi défini.

Voyons à présent si la déficience intellectuelle, concept au cœur de la problématique, résiste davantage à l'analyse critique que celui de handicap.

<sup>29</sup> En référence à Pierre Bourdieu qui décrivait ainsi la logique d'assignation : « Il s'agit d'une obligation à être celui qui est désigné, de façon positive (titre de noblesse) ou négative ("tu n'es qu'un..."). Instituer, assigner une essence, une compétence, c'est imposer un droit d'être qui est un devoir être (ou d'être). C'est signifier à quelqu'un ce qu'il est et lui signifier qu'il a à se conduire en conséquence. » [Bourdieu, 1982].

<sup>30</sup> Robert Castel a toujours été critique à l'égard de la notion d'exclusion, préférant la notion de « désaffiliation » [Castel, 2003].

<sup>31</sup> Du grec *autos* (soi) et *poiein* (produire), tout système vivant « se produit lui-même », notamment en construisant ses propres limites, sa propre clôture opérationnelle dans un échange avec l'environnement. Ce concept issu de la biologie a été repris entre autre par Luhmann [Luhmann, 1995] qui envisage le système social dans une perspective autopoiétique. Tout système ou sous-système social - et « l'individu dans son environnement » en est un - participe à sa propre différenciation de son environnement et devient par conséquent exclusif (d'exclusion).

<sup>32</sup> En référence aux travaux de Nicole Diederich et Marie-Claude Saint-Pé présentés plus loin [Diederich & Saint-Pé, 2005].

#### 1.2. Du retard mental et de la déficience intellectuelle

Au nom de quelle légitimité, de quelle gestion raisonnable, condamne-t-on des êtres humains à demeurer des sous-hommes, des parias exclus de la vie, de la dignité et de toute rétention à la raison? Nous avons bâti autour d'eux autant de murs que de théories, de classifications de toutes sortes et d'idées fausses. Peut-être est-il temps de reconnaître tout ce qui les enferme et leur accorder le droit d'être ce qu'ils sont.

Nicole Diederich, Les naufragés de l'intelligence, Syros, 1990

Si, comme nous venons de le voir, le handicap est un processus complexe, multiforme, conjoncturel et systémique dont la validité générique reste très discutée qu'en est-il de la déficience intellectuelle ?

Son approche nosographique n'est pas possible sans un double rappel, à la fois historique, expliquant l'origine du concept, et épistémologique, précisant ses rapports avec la maladie mentale et le handicap.

#### 1.2.1. Encore une histoire de mot ; classer, toujours classer

#### a) Un petit retour en arrière...

La terminologie et la classification du retard mental ont beaucoup évolué au cours des siècles. John Locke propose à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle une différenciation devenue classique entre le retard mental et la maladie mentale [Scheerenberger, 1983].

Sur les origines historiques du concept, German E. Berrios, psychiatre et historien anglais, écrit :

Le libéralisme européen du XVII<sup>e</sup> siècle et les nouvelles sciences physiques causèrent un changement dans la vision du monde et offrirent une nouvelle justification de la classification. La dichotomie classifications artificielles (créées par l'homme) - classifications naturelles s'amplifia et se prolongea jusqu'à nos jours. Les classifications naturelles sont supposées reposer sur des éléments de la nature, lesquels peuvent déterminer et classifier tous les objets de l'univers. Lors de la première moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, les plantes, animaux, maladies, sciences, langages, produits chimiques, etc., ont été classés avec grand enthousiasme. L'ancienne justification "par convenance" fut abandonnée et tout le monde se mit à classer par et pour la science. [...]

En réalité, à cette époque, les scientifiques travaillaient à des choses plus intéressantes que de classifier et étiqueter des objets connus. Une observation des classifications médicales du XVIII<sup>e</sup> siècle, par exemple, montre que les objets d'étude ont été redéfinis et classés sur des critères plus esthétiques que scientifiques. Dans ces nosologies, les retardés mentaux firent une apparition précoce. [...]

La dichotomie artificiel/naturel qui toucha la psychiatrie de plein fouet et la recherche de "classifications naturelles" est toujours en cours.

Les psychiatres recueillent des "cas", conformément aux règles visant à préserver une objectivité ; ils présentent ensuite leurs données à des évaluateurs indépendants dans l'espoir qu'ils puissent, parmi les minces profils des échantillons cliniques, identifier comment le monde est réellement divisé.

Personne ne veut cependant accepter que l'ensemble de ces classifications soient, de près ou de loin, arrangées par l'homme et que celles-ci soient fortement déterminées par les conflits théoriques. L'investissement émotionnel et financier est néanmoins prédominant dans cet aspect "naturel" des classifications cliniques pour leur assurer une fonction "prédictive".

Les définitions et classifications du retard mental devinrent particulièrement instables durant le XIX<sup>e</sup> siècle lorsque débuta l'opposition entre les discours médical, éducatif, anthropologique, légal et statistique. » [Berrios, 2003].

En France, l'émergence de la notion remonte au psychiatre Jean-Etienne Esquirol qui, à propos de la déficience mentale grave, dans une description restée célèbre, sépare l'idiotie de la démence :

L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois. C'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. L'état de l'homme en démence peut varier ; celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup des traits de l'enfance. Celui-là conserve beaucoup de la physionomie de l'homme fait [Esquirol, 1838].

Ces quelques références historiques sur l'origine du concept de retard mental montrent combien cette volonté de classer et de définir le plus objectivement possible l'anormalité mentale de certaines personnes relève de longue date de l'exercice de la science à la recherche de classifications « naturelles ». Elle est toujours à l'œuvre actuellement.

#### b) La définition du retard mental de l'AAMR

Pour ne pas s'égarer dans les couloirs du temps, mentionnons que depuis 1876 l'AAMR (American Association on Mental Retardation) propose une définition du retard mental et suit l'évolution des connaissances, des représentations et du concept de handicap. Ainsi, la nouvelle définition du retard mental de l'AAID (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, successeure de l'AAMR) publiée en 1992 et révisée en 2002 privilégie-t-elle un modèle fonctionnel de la personne dans son environnement. Le retard mental est défini comme :

[...] une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifestent dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans [Luckasson et al., 2003].

Il est à noter que cette définition est très influente parmi les praticiens de la psychologie en Amérique du nord (États-Unis et Canada, dont la province de Québec) et qu'elle est également connue en Europe où elle fait l'objet de nombreux débats.

# c) Le DSM-IV de la société américaine de psychiatrie

Parmi les classifications psychiatriques qui ont actuellement une grande influence dans le monde y compris en France, le DSM (abréviation de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en français), publié par la Société américaine de psychiatrie (APA) est la classification américaine de référence depuis 1952.

Présentant dans sa première édition une liste de moins de cent pathologies, ce manuel diagnostique et statistique a évolué vers une approche de plus en plus catégorielle des maladies mentales depuis 1980 et l'on a assisté à une inflation des troubles. Les « éléments de langage » issus du DSM sont même passés dans le grand public avec la banalisation de termes comme « TOC » (troubles obsessionnels compulsifs) ou encore « phobie sociale »... L'édition actuelle, le DSM-IV, recense 297 pathologies, classées par grandes catégories, soit un quasi triplement en 60 ans !<sup>33</sup>

Le discrédit est d'ores et déjà jeté sur la version V qui devrait être publiée en 2013, les rédacteurs américains étant soupçonnés par leurs pairs<sup>34</sup> de *disease mongering* (littéralement « façonnage de maladies ») et de conflit d'intérêts majeur. Pour satisfaire l'industrie pharmaceutique, les psychiatres sont accusés de recycler et renommer des maladies connues de longue date pour les rendre plus attrayantes et plus rentables, voire d'inventer des maladies douteuses, appelées *troubles*<sup>35</sup>. Ces experts les décriraient à l'aide de critères délibérément vagues, pour que bon nombre de patients s'y identifient et pensent avoir trouvé l'explication à leurs difficultés de vivre ; un mal-être dont les raisons socio-économiques sont peut-être à rechercher plus que des troubles psychiatriques.

Il n'en est pas moins qu'avec la *classification internationale des maladies* de l'OMS dans son chapitre V, le manuel du DSM reste le plus influent actuellement de par le monde pour le diagnostic et la cotation des pathologies psychiatriques.

#### d) La CIM-10 de l'organisation mondiale de la santé

La Classification internationale des maladies (CIM, en anglais International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD), dont l'appellation complète est Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, est une classification médicale publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1948, dans la suite des travaux du médecin français, Jacques Bertillon, commencés en 1893<sup>36</sup>. Codifiée et classifiant les maladies et une très large variété d'autres signes et symptômes, la CIM est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine ; elle en est à sa 10<sup>e</sup> révision. Le chapitre V

<sup>33</sup> Sandrine Cabut, *Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou,* LE MONDE SCIENCE ET TECHNO, 13.05.2013. http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou\_3176452\_1650684.html

<sup>34</sup> Frances Allen, Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5, Psychiatric Times, 11 février 2010 <a href="http://www.psychiatrictimes.com/print/article/10168/1522341?printable=true">http://www.psychiatrictimes.com/print/article/10168/1522341?printable=true</a>

<sup>35</sup> Prescrire Rédaction, <u>Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions</u>, <u>Prescrire 2010</u>; 30 (317): 230.

<sup>36</sup> OMS, History of the development of the ICD, http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf

concerne la psychiatrie (codes F00 à F99 pour les *Troubles mentaux et du comportement*). Cette classification, inspirée de celle du DSM-IV, est critiquée pour les mêmes raisons que cette dernière mais aussi parce que la partie des diagnostics pédopsychiatriques est insuffisante, ce qui a tendance à confondre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte.

En France, en réaction à un DSM considéré comme un carcan trop éloigné d'une « clinique du sujet », les pédopsychiatres ont depuis 1988 élaboré leur propre classification.

# e) La CFTMEA de la pédopsychiatrie française

La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) est un système de classification psychopathologique établi sous la direction du Pr Roger Misès qui cherche à prendre en compte dans une perspective plus psychodynamique des aspects propres à l'enfance et à l'adolescence absents ou peu développés dans les classifications généralistes (DSM-IV; CIM-10). Au-delà du simple recueil des aspects comportementaux, le clinicien est appelé à prendre appui sur une approche clinique et psychopathologique élargie où il retient les données provenant des multiples courants de recherches qui traversent la pédopsychiatrie, tout en veillant à maintenir une perspective dynamique, structurelle, évolutive qui rend compte des particularités de la pathologie mentale dans l'enfance et l'adolescence. Elle a été longtemps la seule classification de référence en pédopsychiatrie pour les autorités sanitaires françaises. Aujourd'hui, il est souvent nécessaire de se référer aussi à la Classification internationale des maladies (CIM-10) dont la catégorie 5 traite des troubles mentaux et du comportement, incluant des sous-chapitres plus spécifiquement pédopsychiatriques : retard mental, troubles du développement, etc. Ainsi, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), le diagnostic (par exemple des troubles envahissants du développement) doit actuellement être posé sur la base des classifications internationales. Lorsqu'un diagnostic est fait en utilisant la classification française CFTMEA, l'équivalence CIM-10 doit être explicitement mentionnée, c'est la raison pour laquelle la 5<sup>e</sup> édition de la CFTMEA, publiée en 2012, présente des tableaux de correspondance complète avec la CIM-10 [Misès, 2012].

#### 1.2.2. Mesurer et quantifier le retard mental

# a) L'invention de la débilité légère et de la psychométrie

Le pédopsychiatre, Roger Salbreux, écrivait en 2001 que :

La généralisation de l'obligation scolaire, à la fin du XIX $^{\rm e}$  siècle, a conduit à forger le concept de débilité mentale et à utiliser la psychométrie à l'école. Dès le début du XX $^{\rm e}$  siècle, Binet et Simon, considérant que les enfants en cause sont « lents à se développer » introduisent la notion d'âge mental et Stem (1912) complète leur conception en définissant le quotient intellectuel pour décrire et classifier la déficience. La nomenclature administrative française, encore en usage, s'enrichit ainsi de deux nouvelles catégories : la débilité moyenne, où une certaine autonomie est possible et un début d'apprentissage scolaire habituel (51 < QI < 65) et la débilité légère qui se caractérise essentiellement par une inadaptation scolaire et des troubles de l'apprentissage [Salbreux, 2001].

L'histoire de la mise en place de cette sélection d'élèves a bien été étudiée par la philosophe et chercheuse Monique Vial. Une sociologie critique a accrédité longtemps la thèse selon laquelle la classe bourgeoise dominante aurait cherché à mettre à l'écart de la scolarisation ordinaire, les enfants des couches populaires qui menaceraient l'ordre social afin de pouvoir, grâce à une pédagogie « spéciale », normaliser leurs conduites et les moraliser. Les interventions de certains parlementaires de l'époque semblent aller dans le sens d'un meilleur contrôle social de ces rejetons des « classes dangereuses ». Or, Monique Vial, par une relecture minutieuse des débats parlementaires, des revues de pédagogie (notamment le Bulletin de la Ligue française de l'enseignement de 1881 à 1909), des rapports de spécialistes et des témoignages de l'époque, apporte un démenti formel à cette thèse. Elle démontre que la demande de création de classes spéciales n'a jamais émané des enseignants eux-mêmes qui se plaignaient essentiellement, dans ces années-là, de l'absentéisme des élèves et revendiquaient seulement la pleine application de l'obligation scolaire instaurée par la loi de 1882. C'est en fait la production d'un discours scientifique sur l'anormalité par les médecins aliénistes comme le neurologue Désiré Magloire Bourneville et les psychométriciens comme Alfred Binet et Théodore Simon, initialement avec la volonté d'instruire les enfants les plus malades dans des classes spéciales des écoles ordinaires, qui a entraîné la redéfinition des besoins de l'école et la création de ces classes et écoles de perfectionnement. Monique Vial opère ainsi un retournement complet de perspective où ce sont les experts scientifiques qui interviennent sur le fonctionnement de l'école et non les enseignants qui demandent une intervention spécialisée du fait de difficultés identifiées. A. Binet et T. Simon témoigneront de cette méfiance des instituteurs à l'égard de la psychométrie naissante dans ce passage de 1905 qui montre également le mépris dont ils font preuve à l'égard de ces sceptiques:

Certains sont catégoriquement hostiles à la recherche des anormaux ; ce sont des timorés qui craignent d'avoir des « affaires » avec les parents. Ce sont des orgueilleux qui croient que l'aveu d'un anormal prouvera leur incompétence pédagogique. Ce sont aussi de doux philosophes qui s'imaginent que l'école idéale est celle dont on ne parle jamais, et qui fonctionne dans le parfait recueillement de la routine. Ce sont aussi des sceptiques qui sont fatigués d'attendre une réforme des anormaux et n'y croient plus. (...) D'autres sont conduits par un zèle exagéré à faire

l'erreur en sens inverse. Ils paraissent se faire le raisonnement suivant : « voilà une bonne occasion de nous débarrasser des enfants qui nous gênent » [Binet & Simon, 1905].

Jacqueline Gateaux-Mennecier en fait une analyse différente. Elle considère la loi de 1909 comme le produit d'une histoire complexe détournant le projet initial de Bourneville qui cherche à obtenir la création de classes destinées aux enfants « anormaux » hospitalisés, qu'il refuse de voir mélangés aux adultes dans l'hôpital dont il a la charge. Du côté des responsables de l'instruction publique, la préoccupation est différente, ils s'inquiètent des élèves « anormaux » et indisciplinés qui perturbent le fonctionnement des classes ordinaires. Au final, les classes de perfectionnement nouvellement créées ne seront pas destinées à des enfants de l'asile, mais à des élèves qu'il s'agira de repérer dans les classes ordinaires. Pour Jacqueline Gateaux-Mennecier, la catégorie de débilité légère est une « construction idéologique » qui masque la véritable fonction ségrégative des classes de perfectionnement [Gateaux, 2001].

Pour Monique Vial, ce n'est pas la découverte d'une nouvelle catégorie d'écoliers posant des problèmes aux maîtres qui entraîne la construction de l'échelle métrique de l'intelligence, « c'est la construction de celle-ci qui amène une nouvelle définition des catégories existantes et un nouveau regard sur les difficultés de l'école face à certains enfants » [Vial, 1990].

Dans un article récent, Catherine Dorison confirme que « l'invention de la catégorie de débilité légère et de l'échelle métrique de l'intelligence est liée à la création des classes de perfectionnement. Ce n'est pas parce qu'il y avait des débiles légers dans les classes ordinaires, dont ils auraient perturbé le fonctionnement, que les classes de perfectionnement ont été créées, mais, c'est parce que les classes de perfectionnement ont été créées que la catégorie de débilité légère a été progressivement construite et l'échelle métrique inventée » [Dorison, 2006].

L'exigence scolaire a donc été à l'origine de la création des tests avec pour souci de distinguer les enfants aptes à une scolarité normale et ceux qui ne l'étaient pas. Aussi débilité et inaptitude scolaire ont été confondues au début de la psychométrie.

Alfred Binet et Théodore Simon proposent en 1904, leur première *échelle métrique d'intelligence*. C'est une échelle qui estime le degré de développement intellectuel de l'enfant [Binet & Simon, 1904]. William Stern introduit la notion de  $QI^{37}$  en 1912. Cinquante ans après, dans la lignée des travaux d'A. Binet et T. Simon,

<sup>37</sup> Quotient intellectuel, rapport entre l'âge mental et l'âge réel multiplié par cent. Ce concept a été inventé par le psychologue allemand William Stern en 1912.

René Zazzo introduit la NEMI – nouvelle échelle métrique de l'intelligence, qui n'est quasiment pas utilisée dans le cadre scolaire.

Le psychologue américain David Weschler développe à partir de 1938 des tests selon sa conception de l'intelligence qui lui apparaît non pas unitaire mais composite, les différents traits étant mesurables séparément. Il conçoit en 1949 le Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC dont on est à la quatrième révision publiée en 2005) afin de mesurer l'intelligence des enfants entre 6 et 17 ans. Se fondant sur quatre grandes composantes, « la compréhension verbale » qui fait appel à l'intelligence cristallisée, « la mémoire de travail » qui fait appel à la mémoire de travail et à la mémoire à court terme, « le raisonnement perceptif » qui fait appel à l'intelligence fluide et « la vitesse de traitement », le WISC-IV évalue différentes aptitudes intellectuelles réputées essentielles aux processus d'apprentissage 38. Il est l'instrument d'évaluation psychométrique le plus utilisé au monde notamment avec les enfants en grandes difficultés, au point d'être devenu un nom générique dans le

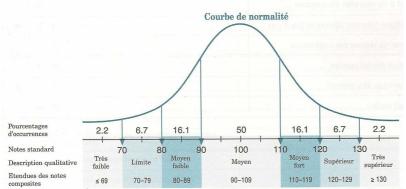


Figure 8 : Graphique représentant la répartition théorique de la population par QI standard selon le test du WISC IV. II présente les caractéristiques d'une courbe en cloche, les tests étant étalonnés à cette fin pour permettre une bonne discrimination dans les zones médianes [Manuel du WISC].

milieu de la psychologie scolaire.

Dans numéro du un mensuel Sciences humaines consacré aux « autres intelligences », Jean-François Marmion écrit que le QI de type Wechsler s'est imposé comme échelle d'évaluation de

l'intelligence mais constitue la source d'un malentendu. Le chiffre obtenu laisse croire que chacun disposerait d'une certaine dose de facultés intellectuelles, or, le QI Wechsler ne mesure pas l'intelligence comme on mesure la taille ou le poids, mais classe un individu en fonction de ses performances par rapport à ses pairs de même âge selon une distribution statistique quasi gaussienne [figure 8]. Le QI a donc une valeur statistique et non pas métrique, relative et non pas absolue [Marmion, 2008].

Par ailleurs, le QI n'est pas immuable, il varie considérablement selon

<sup>38</sup> L'intelligence fluide et cristallisée (en abrégé Gf et Gc, respectivement) sont des facteurs identifiés par le psychologue Raymond Cattell. L'intelligence fluide est la capacité à penser logiquement et résoudre des problèmes dans des situations nouvelles, indépendantes de l'acquisition de connaissances. L'intelligence cristallisée est la capacité à utiliser les compétences, les connaissances et l'expérience.

l'environnement socio-culturel et selon l'état psycho-affectif du sujet au moment de la passation des tests. Il n'est pas rare d'observer dans un IME de très fortes variations d'un test à l'autre, même s'il n'est pas recommandé de multiplier les passations sur une période trop courte.

Le QI est donc un instrument complexe, aussi bien dans son évaluation que dans son interprétation, c'est le message qu'a voulu faire passer un groupe de praticiens français dans un article-pétition lancé par le psychologue Robert Voyazipoulos en  $2005^{39}$ . Le psychologue devrait se réserver le droit de ne pas communiquer le QI à la famille ou à l'intéressé, les attentes sociales étant telles en la matière que l'annonce d'un faible comme d'un fort QI par exemple entraîne un réel danger de stigmatisation. Quant au psychologue Jacques Lautrey va plus loin, pour lui le QI n'aurait plus de raison d'être et nous gagnerions à le supprimer purement et simplement [Lautrey, 2007]!

Rappelons qu'un bilan psychologique est systématiquement demandé par les MDPH en vue de l'instruction du dossier d'orientation d'un élève en IME ou en ITEP<sup>40</sup>, conformément aux préconisations du GEVA<sup>41</sup> et qu'il comporte très généralement un bilan psychométrique. Il est à noter que pour les demandes d'orientation vers les SEGPA<sup>42</sup> des collèges, le bilan psychométrique est en revanche exigé.<sup>43</sup>

#### b) Les niveaux et la prévalence du retard mental

Au niveau de la terminologie, A. Binet et T. Simon parlent d'idiotie, d'imbécillité et de débilité mentale pour qualifier les différents stades de retard mental constatés chez les anormaux, appelés encore arriérés mentaux [Binet, 2004]. Les termes ont depuis évolué en lien avec les intervalles statistiques des tests psychométriques et la nosographie internationale. Le DSM-IV-TR et la CIM-10 spécifient quatre degrés de sévérité, indiqués dans le tableau 2, pour refléter le niveau du déficit intellectuel.

<sup>39</sup> In *Journal des psychologues*, septembre 2005. Cité sur : <a href="http://www.psychologies.com/Moi/Se-connaitre/Personnalite/Articles-et-Dossiers/Qu-est-ce-qu-etre-intelligent">http://www.psychologies.com/Moi/Se-connaitre/Personnalite/Articles-et-Dossiers/Qu-est-ce-qu-etre-intelligent</a>

<sup>40</sup> Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique. Ces établissements, régis par le décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, « accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. »

<sup>41</sup> GEVA: Guide d'évaluation des MDPH qui stipule II.7 - Volet 5: volet psychologique - La nécessité d'un bilan psychologique est appréciée en fonction de la situation ou du handicap de la personne.

<sup>42</sup> Section d'enseignement général et professionnel adapté au sein de certains collèges. Ces sections « accueillent des élèves présentant des difficultés scolaires graves et durables auxquelles n'ont pu remédier les actions de prévention, d'aide et de soutien et l'allongement des cycles. ». Circulaire n° 2006-139 du 29 août 2006.

<sup>43</sup> Une circulaire du DASEN du Rhône diffusée à la rentrée 2012 rappelle que le dossier de demande d'orientation en SEGPA devra comporter : « un bilan psychologique, réalisé par un conseiller d'orientation psychologue, étayé explicitement par des évaluations psychométriques. »

Niveau de retard mental	DSM-IV-TR (APA, 2003) Quotient Intellectuel	CIM 10 (OMS, 1994) Quotient Intellectuel	
Léger	50-55 à 70	50 à 69	
Moyen	35-40 à 50-55	35 à 49	
Grave	20-25 à 35-40	20 à 34	
Profond	Inférieur à 20-25	Inférieur à 20	

Tableau 2 : Les quatre degrés de sévérité du retard mental selon l'APA et l'OMS [F. Darne, 2013].

La fréquence de la déficience mentale dépend à l'évidence de sa définition, en particulier si l'on y inclut ou non la déficience limite, zone d'intelligence faible. Elle varie, pour les enfants d'âge scolaire, entre 1,5 % et 5,5 % selon les études.

L'ordre des psychologues du Québec écrit, dans la plaquette *Lignes directrices* pour l'évaluation du retard mental, que le taux de prévalence de la déficience intellectuelle est estimé à environ 3 % de la population générale, c'est pour cela que la distribution de l'intelligence sur la courbe normale situe à environ 3 % la tranche de population présentant un QI en deçà de 70. « Toutefois, cette proportion diffère et s'établit plutôt aux alentours de 1 % lorsque les limitations significatives du comportement adaptatif, critère nécessaire au diagnostic de retard mental, sont concurremment prises en compte (Baroff, 1982; Mercer, 1973; Tassé et Morin 2003). Curry et coll. (1997) ont également révisé à la baisse la prévalence du retard mental de 3 % à 1,14 % chez les enfants scolarisés de 6-17 ans. » [OPQ, 2007].

Afin d'avoir une idée de la situation française, les statistiques du ministère de l'éducation nationale ont été croisées avec celles du ministère de la santé afin de calculer une prévalence de la déficience intellectuelle au sein de la population d'âge scolaire, c'est-à-dire majoritairement entre 6 et 16 ans. Il en ressort une prévalence de 1,25 % c'est-à-dire du même ordre que ce qu'on peut trouver dans la littérature bien que ceux-ci restent fluctuant selon les critères retenus<sup>44</sup>. Il est à noter que le pourcentage d'occurrences en-dessous de 70 de QI dans le WISC IV est de 2,2 % [figure 8], soit 1,76 fois plus important. Serait-ce à dire qu'une part non négligeable de la population « déficiente intellectuelle » échappe à l'école ou bien n'est pas dépistée et donc identifiées comme telle ? Cette question de la prévalence scolaire et de la prévalence globale dans la population questionne, de nouveau et au-delà de la précision des outils utilisés, sur le sens même de cette mesure. La totalité des calculs est consultable en annexe [Annexe 1, pages 1-2].

<sup>44</sup> Cf. p. ex. Ordre des psychologues du Québec, Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental, Montréal, 2007 et Handicap en chiffres, CTNERHI, juin 2005.

En guise de clôture de ce chapitre sur l'épineuse question de la quantification du retard mental, donnons la parole à Roger Perron, psychanalyste français, qui écrivait en 1968 :

L'usage des tests de « niveau global », en entretenant l'illusion d'une intelligence unitaire, a en effet renforcé l'idée que le retard mental était, somme toute, quelque chose d'assez simple. Tout le développement des idées portait, je l'ai souligné précédemment, à affirmer l'homogénéité fondamentale des cas de retard mental, sous le signe commun de la définition d'Esquirol; mais, le QI n'a pas peu contribué à renforcer cette position, par l'apparente caution scientifique qu'il lui apportait. Car, variable quantitative continue, le QI permettait de considérer les cas de retard mental comme différant entre eux par le degré, non par la nature. L'usage du QI porte à dire que tel sujet est plus, ou moins, débile, que tel autre — qu'il est plus arriéré, ou moins arriéré. C'est affirmer qu'ils diffèrent quantitativement, non qualitativement [Perron, 1968].

# 1.2.3. Une tentative de terminologie moins stigmatisante?

Depuis les travaux de Michel Foucault (1961) et d'Erving Goffman (1968), il est établi que l'enfermement dans des lieux lourdement chargés de connotation négative engendre une stigmatisation indélébile, qu'il s'agisse d'un hôpital psychiatrique ou, comme dans les situations qui nous intéressent, d'un institut médico-éducatif pour handicapés mentaux.

Les adolescents orientés à l'IME Yves Farge ne s'y sont d'ailleurs pas trompés, eux qui dénoncent l'« Institut Médicament » ou cette « école de fous » et préfèrent dire à leurs copains du quartier que, s'ils ne sont pas au collège, c'est qu'ils sont déjà, dans une sorte d'« apprentissage » professionnel.

Nicole Diederich et Marie-Claude Saint-Pé écrivent dans le rapport d'une recherche-action portant sur l'autodétermination des personnes en situation de handicap et s'intéressant au parcours de vie de travailleurs d'ESAT<sup>45</sup>, que la condition de « handicapé mental » est difficile à assumer tant ce statut renvoie à une vision négative de la personne perçue comme dépourvue de toute capacité de jugement et d'autonomie. Dans le cadre des entretiens et des débats organisés lors de la recherche, cette notion est jugée infamante par la plupart des participants et les auteures considèrent qu'aujourd'hui « la stigmatisation qui s'y rattache empêche l'individu d'être considéré comme un être humain à part entière ». Elles proposent à l'instar de certains pays anglo-saxons, d'abandonner l'expression de « handicap mental » au profit de notions moins statiques et se rattachant moins à la défectologie comme, par exemple, « personne avec des difficultés d'apprentissage » (people with learning difficulties, préférable à people with learning disabilities, qui cible les troubles), ce qui est très important pour les personnes concernées et leur entourage.

<sup>45</sup> Acronyme signifiant Entreprises et Services d'Aide par le Travail ; ils ont succédé en 2007 aux Centres d'Aide par le Travail (CAT).

« Pourquoi ne pas demander effectivement aux personnes directement concernées ce qu'elles pensent de la manière dont on les nomme ? » s'interrogent les deux auteures qui montrent l'importance de remettre en cause les appellations ; « le mot handicap suppose un état figé, statique, alors que l'expression difficultés d'apprentissage est plus dynamique et laisse à penser que l'on peut progresser et dépasser ces difficultés » [Diederich et Saint-Pé, 2005].

Pour la suite de l'exposé nous ne reprendrons pas cette expression car elle est trop peu précise dans le cadre culturel scolaire qui va être étudié.

Nous allons voir maintenant comment s'intriquent les inégalités sociales de santé et les inégalités sociales scolaires au sein du processus de production du handicap intellectuel. Un consensus semble désormais se dégager pour dire que non seulement la déficience intellectuelle légère n'existe pas mais qu'en plus elle est le produit d'inégalités sociales reproduites par l'école en majorant la représentation des enfants issus de familles populaires dans les IME.

# 1.3. Des inégalités sociales de santé aux inégalités scolaires, mise en place d'un processus

Qu'est-ce qu'un handicapé ? Celui qui te fait croire que tu es normal... Simone Sausse, Le miroir brisé, Calmann-Lévy, 1996.

Parmi le matériel récolté qui vient éclairer la problématique et ses hypothèses, les apports des enquêtes HID - « Handicaps, Incapacités, Dépendance », et les travaux récents sur la construction des inégalités scolaires sont apparus comme incontournables pour tenter de comprendre comment se met en place ce processus handicapant menant à l'orientation en institution médico-éducative.

# 1.3.1. Le rapport entre inégalités sociales de santé et handicap

# a) Les apports des enquêtes HID

En France, jusqu'aux années 2000, on ne disposait pas de données statistiques permettant d'évaluer les différents paramètres de la relation entre le handicap et les inégalités sociales. Les enquêtes HID menées par l'INSEE<sup>46</sup> sous l'égide du démographe Pierre Morniche entre 1998 et 2002, ont abordé pour la première fois les conséquences des problèmes de santé sur les capacités, aptitudes et performances des personnes, leur vie quotidienne et leur vie sociale. Menées auprès de deux échantillons représentatifs totalisant plus de 30 000 personnes (16 945 personnes pour HID-Ménages, 14 611 pour HID-Institutions), leur objectif était de fournir des

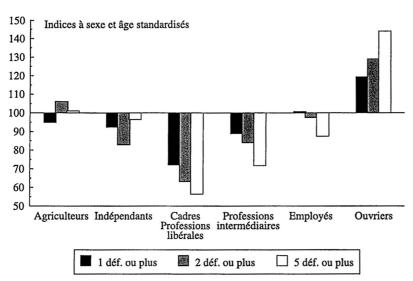


Figure 9 : Distribution du nombre de déficiences déclarées selon la catégorie socioprofessionnelle [Morniche, 2002].

données de cadrage aux nombreuses enquêtes statistiques d'origine administrative.

Ces études ont prouvé que les inégalités sociales dans le domaine du handicap se situent dans le prolongement des inégalités sociales de santé. On observe des écarts tout fait

<sup>46</sup> Institut national de la statistique et des études économiques.

significatifs dans la distribution des déficiences selon les professions ou catégories socioprofessionnelles. Il apparaît très clairement une opposition entre les familles d'ouvriers et celles dont la personne de référence est cadre ou exerce une profession libérale, de plus l'écart augmente avec le nombre de déficiences déclarées.

Qu'il puisse exister un lien de cause à effet entre l'atteinte par des déficiences et la catégorie socioprofessionnelle 47 ne fait aucun doute. Il est en effet incontestable que certaines déficiences (déficiences intellectuelles ou psychiques par exemple) puissent empêcher certains individus à accéder aux catégories d'emplois les plus élevées. Pierre Morniche pose la question de savoir s'il pourrait exister un lien causal inverse, c'est-à-dire sur une influence du milieu social sur les déficiences. L'enquête HID s'est donc intéressée à la distribution des déficiences chez les enfants en fonction de la catégorie socioprofessionnelle de leurs parents et a montré que l'on retrouvait tous les écarts constatés dans la population globale [figure 9]. Bien que cette corrélation statistique soit observée elle ne suffit pas à établir un lien de causalité direct entre ces deux termes ; elle constitue cependant un argument sérieux en faveur d'une influence du milieu social sur la distribution des déficiences.

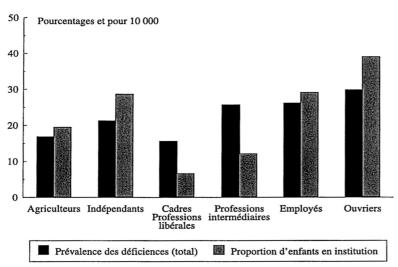


Figure 10 : Fréquence des déficiences et proportion des enfants en habituellement jugés comme institution selon leur milieu social [Morniche, 2002].

Le recours à une prise en charge institutionnelle du handicap est un processus plus complexe encore à appréhender et l'interprétation d'un recours différencié à l'institution en termes d'inégalités sociales paraît délicate. Dans contexte où le domicile et le ordinaire milieu sont

mieux adaptés, nous avons

néanmoins considéré que le recours à l'institution est souvent plus contraint que choisi et qu'un environnement social favorisé pouvait, à déficiences égales, permettre d'éviter ce recours.

Le groupe constitué des ouvriers et des employés se retrouve, tous âges confondus, plus de deux fois et demie plus souvent en institution que le groupe de

<sup>47</sup> Appelée CSP par la suite.

référence (le rapport est de 2,62) [figure 10].

Il n'est pas impossible que la distribution des catégories socioprofessionnelles constatées exprime le poids des déficiences qui confinent les personnes dans des emplois peu qualifiés (quand elles ne les excluent pas du marché du travail), plutôt qu'elles ne reflètent véritablement leur milieu social. Pour autant une telle interprétation ne saurait rendre compte des écarts constatés pour les enfants et les adolescents de moins de 16 ans, puisque la catégorie socioprofessionnelle relevée est alors celle de leurs parents. Or, le rapport entre le taux d'institutionnalisation des enfants d'ouvriers et d'employés est trois fois et demie supérieur à celui des enfants de cadres et de professions intermédiaires et l'écart s'accroît si l'on compare les enfants de cadres à ceux d'ouvriers : ces derniers se retrouvent plus de six fois plus souvent en institution. Il est donc vraisemblable que le milieu social influe sur le recours à l'institution.

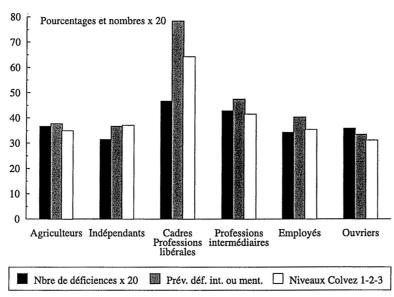


Figure 11 : Sévérité des atteintes pour les enfants en institutions selon l'origine sociale [Morniche, 2002].

On remarque la cohérence des résultats, qui, pour les trois échelles choisies, vont tous dans le même sens : les enfants hébergés en institution dont et les cadres parents sont ou exercent une profession sont libérale plus sévèrement atteints que les enfants d'ouvriers. Si l'on considère l'ensemble des catégories

socioprofessionnelles, on

constate un gradient de déficience inverse pour la population d'enfants placés en institution de celui précédemment observé pour l'ensemble des enfants. Autrement dit, on ne retrouve en institution que les plus gravement atteints des enfants issus de milieux favorisés. Ces résultats semblent corroborer l'hypothèse selon laquelle un milieu social favorable peut permettre, dans la mesure où les déficiences ne sont pas trop sévères, d'éviter l'institutionnalisation des enfants handicapés [figure 11].

L'examen des incapacités et des désavantages au cours des enquêtes HID a confirmé ces écarts selon les catégories socioprofessionnelles et a même montré une amplification du phénomène le long du modèle de Wood. Jean-François Ravaud et Pierre Morniche observent en effet que :

Même la dimension biomédicale du handicap (le niveau lésionnel des déficiences) dépend de la position occupée dans la société et par conséquent ne peut être entièrement comprise comme un fait de nature. Mais lorsqu'on se rapproche de la dimension sociale, l'écart entre les groupes ouvrier et cadre s'accroît : il est pour les désavantages très supérieur (six fois et demi plus fréquent chez les premiers que chez les seconds) à l'écart constaté pour les incapacités (rapport de un à quatre et demi), lui-même plus prononcé que celui décrit pour les déficiences (de l'ordre du simple au double).

Ainsi quand on s'achemine de l'inscription de l'inégalité dans les corps à sa traduction dans la vie sociale, l'inégalité d'atteinte des divers groupes sociaux s'accroît. Cela amène à interroger l'efficacité des dispositifs de compensation que met en œuvre notre société. Plus précisément, ils ne prennent pas suffisamment en compte l'inégale capacité à surmonter le développement du handicap selon le revenu, les conditions de vie, la culture, l'entourage et les relations. [Morniche & Rayaud, 2003]

Bien que ces enquêtes soient basées sur le modèle conceptuel de la CIH, il n'en ressort pas moins des résultats qui viennent illustrer les capacités prédictives du modèle québécois du PPH, ce que relève Pierre Morniche :

Tout se passe comme si l'inégalité sociale cumulait ses effets à chacune des étapes du processus :

- dans un premier temps, elle génère une inégalité de santé et de déficiences ;
- dans un second temps, elle amplifie cette inégalité en la traduisant en incapacités ;
- dans un troisième temps, elle l'accroît encore lors de la confrontation avec l'environnement social, qui débouche sur les désavantages. [Morniche, 2002]

Il apparaît également une grande disparité selon le genre. En effet, les filles sont très minoritaires dans les établissements pour enfants handicapés, où les garçons sont 70 % à 15 ans. Les divers indicateurs d'incapacité montrent que les pensionnaires féminines sont en moyenne plus handicapées que leurs homologues masculins. La présence plus nombreuse d'adolescents et d'hommes dans les établissements médico-sociaux indique sans doute une plus grande difficulté d'insertion sociale, familiale ou professionnelle mais pourrait également masquer une orientation quasi préventive, menée alors par les assistantes sociales, ciblée sur les garçons au titre de la protection de *l'enfance déficiente ou en danger moral*<sup>48</sup> du fait principalement de problèmes de comportement, comme semble le penser Hervé Morisset [Morisset, 2005 et 2010].

# b) La faute des assistants de service social?

Pour Hervé Morisset, c'est la conjonction de trois facteurs qui va présider, à compter des années 1950, à la sortie progressive des enfants handicapés des asiles d'aliénés. Il y a d'abord les progrès de la médecine qui permettent de sauver

<sup>48</sup> Selon la terminologie en usage à l'époque du gouvernement de Vichy, citée par Michel Chauvière dans *Enfance inadaptée : l'héritage de Vichy*, éd. Ouvrières, 1980.

beaucoup plus d'enfants à la naissance, avec pour corollaire, l'accroissement parmi les survivants du taux de handicap mental. C'est ensuite l'organisation des familles en mouvements associatifs de parents agissant activement auprès des pouvoirs publics. C'est enfin la montée en puissance des neuropsychiatres qui vont contribuer à convaincre les différents acteurs de la nécessité d'orienter les « débiles mentaux » vers des établissements de soins médico-psychologiques. Le combat pour créer une filière spécialisée médico-sociale est couronné de succès, puisqu'entre 1956 et 1980, le nombre d'IMP<sup>49</sup> passe de 197 à 1 350.

Hervé Morisset postule que l'orientation des enfants issus des classes populaires vers les instituts médico-pédagogiques se serait réalisée à compter de 1958, non à partir de difficultés d'ordre intellectuel, mais bel et bien sur des indicateurs sociaux et comportementaux. Pour lui, le principal acteur de cette dérive serait le corps professionnel des assistantes sociales. L'auteur a étudié 371 dossiers d'admission pour les sept IMP du département de la Seine-Maritime, durant la période qui va de 1958 à 1975. Il ressort que dans l'échantillon étudié, les enfants issus des classes populaires admis en IMP ont le quasi-monopole de l'évocation de critères d'ordre social (parents divorcés, famille monoparentale, père sans travail...), moral (inconduite des parents, violence familiale, éthylisme...) ou somato-psychique (parents malades, nerveux, débiles mentaux ou ayant des troubles psychologiques...) - observations peu présentes dans les autres catégories socioprofessionnelles (sauf quand la profession des parents est inconnue). Comme ce sont les assistantes sociales qui font les admissions dans la grande majorité des cas, Hervé Morisset en conclut que ce sont bien ces travailleurs sociaux qui portent la responsabilité de la violence symbolique que constitue l'attribution de l'étiquette d'inadaptation, du fait de « leur manière de repérer et de prendre en charge ce qu'il est convenu d'appeler un déficit normatif » [Morisset, 2010].

Hervé Morisset pose la question de savoir si désormais les enseignants auraient remplacé les assistants de services sociaux dans cette fonction d'orientation [Morisset, 2005], mais il se pourrait que l'expertise psycho-médicale soit bien davantage à l'œuvre que l'approche psychopédagogique.

A l'issue de cette partie nous pouvons raisonnablement penser avec les résultats des enquêtes HID et les travaux historiques de H. Morisset qu'il existe des mécanismes de production des inégalités en terme de handicap permettant

<sup>49</sup> Instituts médico-pédagogiques (pour enfants) qui, avec les Instituts médico-professionnels (pour adolescents) sont désormais regroupés sous l'appellation générique d'Instituts médico-éducatifs (IME).

d'affirmer que « le social s'immisce dans le biologique » [Morniche & Boissonnat, 2005] et que l'institutionnalisation de la déficience intellectuelle, notamment des garçons, procède d'un aiguillage social reposant sur des critères extrêmement subjectifs.

# 1.3.2. Les inégalités sociales d'école

Où l'on voit que les inégalités sociales de santé transposées au handicap viennent s'ajouter aux inégalités scolaires bien connues.

# a) Des chiffres sévères...

L'OCDE publie périodiquement les fameuses enquêtes « PISA » portant sur la réussite scolaire des enfants scolarisés dans les 34 pays les plus développés de la planète. L'une des variables concernant l'équité des systèmes éducatifs porte le nom de « pente du gradient socio-économique ». Elle mesure l'écart moyen de score entre les élèves issus de milieux socio-économiques différents. Il s'agit de savoir dans quelle mesure l'école est capable de compenser les effets négatifs d'un milieu social ou familial défavorisé. Plus la pente est faible, plus le système scolaire est apte à corriger les inégalités sociales, plus la pente est forte, plus l'école est élitiste et ségrégative.

Avec un gradient de 25, le Mexique, détient l'école la plus apte à corriger les effets néfastes du milieu social d'appartenance, devant l'Islande, l'Estonie et l'Espagne. La France et la Nouvelle-Zélande, avec des pentes respectives de 51 et 52, possèdent les systèmes scolaires qui reproduisent le mieux les inégalités sociales. <sup>50</sup>

L'OCDE relève également dans un autre document que le milieu socioéconomique d'origine impacte grandement les risques de résultats scolaires faibles. Pour l'organisation, « les élèves issus de milieux socio-économiques défavorisés sont 2,68 fois plus susceptibles d'avoir de moins bons résultats que leurs camarades de familles aisées, selon les résultats du PISA 2009, qui dépassent la moyenne de l'OCDE dans ce domaine (2,37 fois). Les élèves dont les parents sont peu instruits sont davantage exposés à ce risque (2,43 fois), et, comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, les élèves issus de l'immigration sont également plus susceptibles d'obtenir des résultats faibles (2,19 fois), de même que les garçons par rapport aux filles (1,82 fois) »<sup>51</sup>

<sup>50</sup> OCDE. 2010, Résultats du PISA 2009 : Synthèse, 25 pages.

<sup>51</sup> OCDE. 2012, Équité et qualité dans l'éducation - Comment soutenir les élèves et les établissements défavorisés ? Coup de projecteur sur la France. www.oecd.org/edu/equity

#### b) ... en quête d'étiologie

Depuis les travaux de Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, il est établi que le système scolaire français peine à compenser les effets des inégalités sociales et que l'ascenseur social est quelque peu en panne [Bourdieu & Passeron, 1971]. Les acteurs apparaissent dans leurs ambitions par rapport à l'école comme socialement raisonnables, sans avoir besoin de mettre en œuvre une raison de type logique ou calculatrice. Ils se raisonnent ou se font une raison plus qu'ils ne raisonnent. Ils intériorisent des contraintes sociales objectives au point de prendre non pas leurs désirs pour la réalité, mais la réalité des possibles pour leurs désirs les plus personnels. Bernard Lahire résume en ces termes le processus d'autocensure sociale qui est en jeu :

La famille, par l'intermédiaire de laquelle chaque individu apprend à découvrir le monde social et à y trouver sa place, est l'espace premier (primitif) qui tend à fixer objectivement – sans le savoir ni le vouloir – les limites du possible et du désirable. L'estimation subjective des chances de parvenir à telle ou telle position sociale, à telles ou telles ressources matérielles ou symboliques, n'a rien d'un calcul conscient et ne se présente jamais aussi clairement que la résolution d'un problème de probabilité. En fait, les possibilités objectives, statistiquement mesurables par les chercheurs, se manifestent dans la vie quotidienne de multiples façons et engendrent chez les acteurs des intuitions pratiques sur ce qu'il leur semble normal ou anormal, possible ou impossible, raisonnable ou irraisonné de faire, de viser ou d'espérer. [Lahire, 2010]

Plusieurs travaux donnent à croire que l'appropriation de la culture scolaire, plus particulièrement écrite, est au cœur des premiers problèmes d'apprentissages rencontrés et des processus d'échec scolaire des enfants issus des familles les plus éloignées de l'école [Lahire, 1993 et 2010 ; Laparra, 2011 ; Laparra et Margolinas, 2012].

#### Bernard Lahire pense ainsi que:

[...] pour les familles les plus dépourvues de ressources et d'expériences scolaires, seule l'école est en mesure de faire ce qui ailleurs a été partiellement, voire parfois totalement, fait dans l'intimité du foyer. L'école a donc une responsabilité pédagogique et politique considérable vis-à-vis de ces enfants qui n'ont bien souvent que le temps passé entre les murs de l'école pour entrer dans la culture scolaire et se l'approprier. Or, il faut beaucoup de temps – des milliers d'interactions plutôt que quelques dizaines – pour faire acquérir certaines habitudes corporelles ou langagières, certains modes de raisonnement ou certaines techniques manuelles comme intellectuelles. Traiter de façon parfaitement égale des enfants inégalement dotés culturellement du fait des processus de socialisation familiale socialement différenciés, c'est contribuer en définitive à reproduire l'ordre inégal des choses. [Lahire, 2010]

Le sociologue Daniel Thin qui a longuement étudié les rapports souvent conflictuels entretenus par l'école et les familles dites « populaires », note quant à lui un fréquent surinvestissement des mères à l'égard des activités scolaires [Thin, 2009].

Par ailleurs, les parents en difficulté par rapport à la culture scolaire ne seraient pas en mesure de maîtriser les codes nécessaires au partenariat avec les enseignants. Pierre Perier liste les conditions sine qua non à ce partenariat :

La compréhension du « mode d'emploi » des rencontres et des échanges (Quand dans l'année ? Selon quelle fréquence ? Avec qui ? À propos de quoi ?), les conditions pratiques (disponibilité horaire, prise de rendez-vous, mobilité), la maîtrise d'une langue (le français) et de formes langagières (façons de parler), la connaissance supposée de l'école, de son fonctionnement et l'identification de ses acteurs, une capacité à suivre les apprentissages, voire à aider dans les devoirs. Autant de compétences tenues pour acquises par l'ensemble des familles mais qui, en réalité, s'adressent à un parent « idéal » [Perier, 2005]

Pour cet auteur, « il n'en demeure pas moins que les parents des classes moyennes seraient, du fait d'une plus grande proximité sociale avec les agents de l'institution scolaire, les premiers bénéficiaires d'une offre de partenariat opérant sur un mode qui leur est plus familier (Henriot-van Zanten, 1996) » [Perier, 2005].

Les travaux des sociologues qui décrivent comment les différentes classes sociales n'usent pas du langage de la même manière, apportent une explication sociologique au constat que certains élèves sont plus en difficulté que d'autres dès lors qu'il s'agit de produire une analyse formelle de la langue. Pour Daniel Thin par exemple, il serait plus difficile de passer de la langue familiale à la langue scolaire que de la langue maternelle à la langue française. L'école, en privilégiant les situations où les élèves doivent mettre en jeu des usages de la langue auxquels certains d'entre eux ne sont pas habitués dans leur cadre familial, tend à reproduire en son sein les inégalités langagières externes et se trouve impuissante à les résorber.

Afin de répondre aux objectifs démocratiques qui lui sont assignés par la société, l'école n'aurait pas d'autres ressources alors que de penser le problème en termes de « compensation », de « remédiation », de « différenciation », de « besoins éducatifs particuliers » [Laparra et Margolinas, 2012].

Marceline Laparra a observé comment apprennent les enfants des grandes sections de maternelle, notamment en ZEP<sup>52</sup>. Elle a constaté que les enfants issus de milieux populaires disposaient de compétences linguistiques suffisantes pour leur permettre de procéder à des classements, des comparaisons, des appariements, etc. Marceline Laparra affirme donc qu'on a tort de considérer que « leur usage de la langue dans la communication quotidienne ne leur permet pas de réaliser les verbalisations qu'exigent les activités cognitives en jeu dans les apprentissages ». De même, « contrairement à une idée reçue, il n'est pas nécessaire de disposer d'un lexique abondant pour apprendre à lire, il suffit que les supports utilisés pour ce faire n'utilisent qu'un lexique commun à tous les élèves », lexique souvent bien plus

<sup>52</sup> Zone d'éducation prioritaire.

riche qu'on ne le croit et « largement suffisant pour travailler sur des énoncés intelligents et motivants » [Laparra, 2011].

Ce qui est plus grave, c'est que l'école dévalorise très tôt l'univers de l'oralité en voulant prouver à tout prix, dans des activités considérées alors comme vraiment scolaires, la supériorité de l'écrit sur l'oral. Non seulement elle cherche à enlever le statut scolaire à tout ce qui appartient à l'oralité mais encore elle ne renforce pas suffisamment « les connaissances de l'oralité dont l'élève aura besoin quand il passera dans l'univers de la littératie ». On entreprend de démontrer aux élèves dont l'oralité fait partie du quotidien, souvent considérés comme les plus faibles de la classe, qu'ils ne peuvent se souvenir des résultats d'une opération de dénombrement par exemple que s'ils les écrivent. L'univers de l'oralité leur est présenté comme imparfait et instable au point qu'ils perdent confiance en eux et finissent par admettre qu'ils ne sont plus sûrs de ce qu'ils disent [Laparra, 2011].

En exigeant trop tôt et systématiquement le passage à l'écrit, l'école aggrave les différences entre les enfants qui bénéficient d'un entraînement graphique à la maison et ceux qui n'en ont pas. Or, Marceline Laparra montre que les enfants les plus favorisés n'utilisent qu'un nombre restreint de mots et apprennent à assembler des lettres à la manière d'un jeu de construction sans faire de lien au début avec les verbalisations. « Il s'agit d'activités fortement routinisées, effectuées dans un climat affectif sécurisant ; elles appartiennent pour les acteurs adultes et enfants au monde matériel ». Faute d'entraînement suffisant, les élèves les moins favorisés sur ce plan là, se trouvent démunis quand commence l'analyse de la chaîne graphophonologique. Peu à peu se met en place un cercle vicieux, dans lequel les élèves repérés comme en difficulté se trouvent cantonnés dans « des activités dites de bas niveau, parcellisées et répétitives : sans fin ils copient des modèles, procèdent inlassablement à des dénombrements ; ils s'appliquent à effectuer toutes les tâches matérielles avec la plus grande minutie et finissent par perdre le sens des apprentissages » [Laparra, 2011].

Pour compléter ce tableau inquiétant, les aides qu'apporte l'enseignant viennent le plus souvent et à son insu seulement renforcer les différences entre les « bons » élèves et les élèves « en difficulté » en incitant les uns à adopter une attitude réflexive ou en leur donnant des outils méthodologiques, en soufflant directement la réponse aux autres ou en les cantonnant dans des activités périphériques à la notion travaillée [Laparra et Margolinas, 2012].

Au-delà d'un simple effet pygmalion<sup>53</sup>, qui interviendrait notamment lors de la transmission stigmatisante de l'étiquette « élève en difficulté » au passage dans la classe supérieure, Marceline Laparra et Claire Margolinas pointent un problème plus pédagogique. Elles observent par exemple qu'au cours d'une activité de recherche du mot « escargot » dans le dictionnaire, le maître du CP ne reconnaît pas comme un savoir en tant que tel *l'énumération alphabétique*; « il n'a donc pas conscience de l'enseigner à l'un et non à l'autre puisqu'il ne croit pas faire là quelque chose d'important. » Ainsi, pour ces auteures, qui préconisent une « redidactisation de la difficulté scolaire » afin de sortir des dispositifs d'aide trop individualisés et de la notion de « besoins particuliers », « c'est la transparence de certains objets de savoir qui empêche le professeur de comprendre la nature différenciée des situations ainsi installées »[Laparra et Margolinas, 2012].

Les phénomènes décrits affectent toutes les disciplines et se reproduisent à tous les niveaux de classe avec des différences qui tiennent aux effets cumulés des difficultés. On imagine sans peine que cette accumulation peut à terme obérer les chances de réussite des élèves considérés comme les plus en difficultés et même entraîner un tel retard dans les apprentissages (qui pourra être objectivé par les tests psychométriques) que la question de la poursuite du cursus en milieu ordinaire finisse par se poser.

#### 1.4. En guise de conclusion provisoire

Nous avons vu que non seulement le handicap n'existe pas en tant qu'état médicalement objectivé, que seules des déficiences et des incapacités peuvent être établies et parfois mesurées - le handicap découlant seulement de situations ; mais encore, que le retard mental léger, sans étiologie évidente autre qu'un spectre diffus de paramètres psychosociaux, est une production historique, sociale et idéologique extrêmement stigmatisante, marquant plus particulièrement les enfants issus de milieux défavorisés.

Il en ressort que la population ciblée dans ce travail échappe à des critères de catégorisation indiscutables et qu'elle entre seulement dans le cadre d'une définition administrative. Afin de concilier l'approche conceptuelle qui vient d'être développée et les nécessités d'utiliser une terminologie en adéquation avec des pratiques sociales normées, nous privilégierons pour la suite de cet exposé les expressions « élèves

<sup>53</sup> L'effet Pygmalion (parfois nommé effet Rosenthal) est une prophétie autoréalisatrice qui consiste à influencer l'évolution d'un élève en émettant une hypothèse sur son devenir scolaire, il peut se produire à l'insu de l'enseignant. Cf. Rosenthal R. & Jacobson L., 1971 et Trouilloud D. & Sarrazin P., 2003

désignés comme handicapés » ou « élèves désignés comme déficients intellectuels légers ».

Les relations souvent difficiles entre l'école et les familles dites « populaires » pour les raisons que nous venons de voir, les conditions de vie précaires de nombreuses familles de Vaulx-en-Velin et sa proche région, les représentations des uns et des autres, pourraient venir « handicapiser » des situations d'échec scolaire aux racines complexes mais en partie identifiées.

Nous allons présenter dans la partie suivante la méthodologie proposée et le matériel collecté dans le cadre de cette recherche afin de tenter d'entrevoir des pistes de réponse à la question de la mise en place du processus d'orientation d'élèves désignés comme déficients intellectuels.

Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et	pratiques de l'éducation et de la formatio	on »
	2. Méthodologie et mate	ériel
Iniversité Lumière Lyon 2 - Institut des Sciences et Pratiques d'Éd	lucation et de Formation p	age 45

# 2.1. Supports et matériel permettant de tester les hypothèses de recherche

Je suis tombée de la main des dieux et j'ai brisé le miroir. Comment vous le raconter ?

Fabienne Swiatly, *Annette*, création de la compagnie les Transformateurs, 2013<sup>54</sup>

s'agit maintenant de passer en revue les indicateurs, les supports retenus et le matériel collecté en lien avec les questionnements et les hypothèses.

#### 2.1.1. Les questionnements

L'observation au cours de ma carrière de plusieurs situations considérées comme « atypiques », les parcours « extraordinaires » de certains adolescents entrés puis sortis du « champ du handicap », les propos de parents expliquant qu'ils ne voulaient pas que leur enfant vienne dans cet IME, la lecture de nombreux travaux de recherche autour des questions d'inégalités sociales de santé et d'inégalités scolaires, ont entraîné la formulation d'un certain nombre de questionnements. Ils peuvent paraître simples au premier abord mais touchent des domaines extrêmement larges recouvrant plusieurs sciences humaines et posent d'importantes difficultés méthodologiques.

Les questions qui se sont faites jour peu à peu :

- Comment ce processus d'orientation se déclenche-t-il? Questions complémentaires : Quels sont les éléments déclencheurs? Qui en est à l'origine?
- Quel est le déroulement de la procédure qui se met en place ? Questions complémentaires : quels en sont les modalités, les participants, les échéances ?
- Quels sont les critères prépondérants retenus par les différentes instances décisionnelles ? Question complémentaire : De quel poids pèsent les résultats aux tests psychométriques ?
- Quelle est la part des familles dans cette décision? Questions complémentaires : Quels outils, quelles procédures visent à recueillir leur « consentement éclairé »<sup>55</sup>? Quelles sont les compétences nécessaires aux parents pour influer sur la décision?
- Finalement, existerait-il un PPH à la française discriminant plus

<sup>54</sup> http://lestransformateurs.com/spectacles/view/id/14

<sup>55</sup> Cf. 3.2.3. pour la définition.

particulièrement les enfants issus des familles populaires?

# 2.1.2. Les hypothèses

Au vu de ces questionnements je formule les quatre hypothèses suivantes :

- le point de départ du processus d'orientation en IME émane de l'enseignant (et non d'autres professionnels) et s'appuie préférentiellement sur des critères comportementaux et de maîtrise de la langue française notamment écrite ;
- la procédure qui se met en place est du seul ressort des professionnels de l'éducation nationale, elle laisse peu la place à la parole de l'enfant et ses parents ;
- les critères retenus par les instances décisionnelles majorent les résultats aux tests psychométriques et l'avis médical ;
- l'avis des parents n'est pas toujours recueilli en toute connaissance de cause (comment s'assurer par exemple d'un « consentement éclairé » des parent dans le cas de familles allophones ou récemment arrivées en France ?) d'autant plus que leur capacité à influer sur la décision repose sur des compétences proches de la culture scolaire.

Compte tenu des hypothèses de recherche posées, le champ d'étude se révèle très large et touche aussi bien à des éléments d'analyse institutionnelle (procédures et fonctionnement des établissements scolaires et de la MDPH), à des données statistiques, à l'analyse de travaux sociologiques ou psychologiques, qu'à l'étude du parcours de vie des élèves de l'échantillon. Il s'agit de cibler maintenant les éléments pouvant infirmer ou confirmer les hypothèses.

#### 2.1.3. Les indicateurs

Les indicateurs qui peuvent être relevés dans les dossiers ou lors d'entretiens avec les élèves de l'échantillon sont essentiellement qualitatifs.

- Difficultés et lacunes mises en avant dans les écrits pédagogiques
- Résultats aux tests psychométriques
- Critères retenus pour la proposition d'orientation
- Catégorie socioprofessionnelle des parents
- Situation parentale
- Le cas échéant, âge à l'arrivée en France
- Parcours scolaire antérieur

D'autres indications, plutôt qu'indicateurs, seront prélevées dans les compte rendus d'entretien avec les professionnels et les observations réalisées.

#### 2.1.4. Définition de l'échantillon

L'échantillon concerne quinze adolescents ayant entre 13 et 16 ans au moment de leur orientation à l'IME Yves Farge et dont la trajectoire de vie semble atypique ou interroge quant à sa cohérence institutionnelle : long parcours en école ordinaire voire au collège, orientation en ITEP puis en IME, éléments de dossiers contradictoires, etc.

Il s'agit dans tous les cas d'adolescents désignés par la MDPH comme déficients intellectuels légers (c'est-à-dire présentant un QI entre 50 et 70) avec ou sans « troubles associés », conformément à l'agrément de l'IME.

Les conditions pour lesquelles un élément entre dans l'échantillon correspondent à un ensemble de connaissances empiriques et d'informations recueillies sur le terrain de ma pratique professionnelle. Ces connaissances m'amènent ainsi à m'intéresser à la situation de l'adolescent afin d'interroger les imbrications de son parcours scolaire. L'événement découvert et les éléments trouvés ensuite confirment alors ou non l'hypothèse de départ.

Il s'agit donc d'une approche par *tracking*. Le *tracking*, littéralement « tracer quelque chose », « traquer », « pister », ne s'inscrit pas dans un protocole rigide, l'échantillon est réalisé intuitivement avec un seuil d'inclusion assez large et intuitif ; dans cette approche le chercheur modifie son protocole au fur et à mesure des rencontres.

#### 2.1.5. Présentation des supports utilisés et du matériel collecté

Les supports utilisés sont de trois ordres :

- 1. Exploitation des données issues de dossiers et de listes ;
- 2. Entretiens ou rencontres avec les acteurs ;
- 3. Exploitation des données statistiques et administratives.

# Ils se déclinent selon six modalités :

- 1. Types de scolarisation et dispositifs au sein de l'éducation nationale.
- 2. Analyse des professions et catégories socioprofessionnelles<sup>56</sup> des parents, afin

<sup>56</sup> L'INSEE utilise le sigle PCS pour sa nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles mais conserve le codage en catégories socioprofessionnelles (CSP).

de voir si un profil « sociologique » se dessine.

- 3. Synthèse de parcours singuliers à partir des éléments de dossier.
- 4. Entretiens avec la psychologue de l'IME, un conseiller d'orientation psychologue et l'enseignante référente du secteur.
- 5. Entretiens ouverts type « récit de vie » avec des élèves de l'échantillon afin de collecter des éléments du parcours de vie et la perception qu'ils en ont.
- 6. Participation en tant qu'observateur à une réunion de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) et à une réunion plénière de la CDAPH en relevant à chaque fois le poids des tests psychométriques et de l'avis médical, la part des cultures professionnelles en jeu et l'importance accordée à l'avis des familles.

Il est important de préciser qu'ayant mené au cours de ce travail une sorte de « recherche-action », c'est-à-dire une investigation méthodique tout en continuant à travailler avec les personnes objets de mon étude, je n'ai pas souhaité procéder à des entretiens formels avec les parents des adolescents de l'échantillon. En effet, les ayant rencontrés de nombreuses fois durant plusieurs années, j'ai pu recueillir leurs avis, parfois leurs colères et leurs déceptions. Ils ne sont pas étrangers à ma démarche et m'ont apporté, souvent involontairement, de nombreuses réponses aux questions les concernant. J'ai ainsi pu collecter un grand nombre d'informations qui seront utilisées en partie lors de l'exploitation des dossiers « usagers » et dans la discussion.

De même je n'ai pas souhaité, dans les pages suivantes, développer chaque situation individuelle d'élèves de l'échantillon, j'ai préféré présenter celles qui me paraissaient les plus emblématiques ou qui me tenaient le plus à cœur. Le lecteur retrouvera en annexe le tableau complet des quinze dossiers étudiés [Annexe 2, pages 3-4].

# 2.1.6. Résumé de la méthodologie de recherche

Le tableau ci-après récapitule de manière synthétique les hypothèses formulées, les supports et matériel retenus et les indicateurs choisis [tableau 3].

Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation »

Hypothèses	Supports et matériel	Indicateurs
Le point de départ du processus d'orientation en IME émane de l'enseignant et s'appuie préférentiellement sur des critères comportementaux et de maîtrise de la langue française notamment écrite	<ul> <li>Analyse des comptes rendus d'équipes éducatives ayant entraîné la demande d'orientation à la MDPH (dossiers)</li> <li>Entretiens individuels</li> </ul>	<ul> <li>Parcours scolaire antérieur</li> <li>Difficultés et lacunes mises en avant dans les écrits pédagogiques</li> <li>Comportement scolaire</li> </ul>
La procédure qui se met en place est rapide et du seul ressort des professionnels de l'éducation nationale, elle laisse peu la place à la parole de l'enfant et ses parents	<ul><li>Observations ESS</li><li>Entretiens individuels</li></ul>	<ul> <li>Déroulement de la procédure</li> <li>Professionnels concernés</li> <li>Modalités de recueil de l'avis des parents</li> </ul>
Les critères retenus par les instances décisionnelles majorent les résultats aux tests psychométriques et l'avis médical	<ul> <li>Conclusion des comptes rendus (dossiers)</li> <li>Compte rendu psychologique (dossiers)</li> <li>Entretiens individuels</li> <li>Observations MDPH</li> </ul>	<ul> <li>Résultats aux tests psychométriques conformes à la définition de la déficience intellectuelle ou non</li> <li>Critères retenus pour la proposition d'orientation</li> </ul>
L'avis des parents n'est pas toujours recueilli en connaissance de cause d'autant plus que leur capacité à influer sur la décision repose sur des compétences proches de la culture scolaire	Tableau profession et CSP des parents, situation parentale et répartition géographique des élèves de l'IME en lien avec les indicateurs de précarité selon le SIG « politique de la ville »      Éléments de parcours de vie (dossiers et entretiens individuels)	<ul> <li>CSP des parents</li> <li>Situation parentale</li> <li>Le cas échéant, âge à l'arrivée en France</li> <li>Langue parlée par les parents</li> </ul>

Tableau 3 : Résumé synthétique de la méthodologie choisie [F. Darne, 2013].

La méthodologie étant en place, nous allons, dans la partie suivante, récolter des informations concernant la manière dont l'éducation nationale française, prise dans un mouvement international, héritière d'une longue tradition ségrégative puis intégrative, détecte, nomme, classe, puis regroupe des enfants réunis autour de la notion d'élèves à « besoins éducatifs particuliers », principalement ceux relevant des troubles intellectuels et cognitifs orientés vers les CLIS, les ULIS ou les IME.

#### 2.2. Les modalités de scolarisation

On devrait pouvoir ouvrir des écoles pour professeurs inadaptés. Alphonse Allais, Les pensées, Le Cherche midi, 1987.

Du modèle normatif unique de l'école laïque et obligatoire issu des lois Ferry, la France est passée à la fin des années quatre-vingt à un modèle intégratif visant la création de passerelles entre l'éducation spécialisée et l'école ordinaire. A l'heure actuelle, il est souvent fait référence à un modèle inclusif visant la désinstitutionnalisation et l'inclusion de tous dans la société et donc dans l'école, mais où en sommes-nous vraiment des parcours et des modalités de scolarisation? Quelles sont les évolutions récentes? S'inscrivent-elles en continuité ou en rupture? Comment s'articulent les classifications et leur déclinaison en dispositifs au sein de l'éducation nationale française? En passant du modèle exclusif au projet personnalisé de scolarisation, n'y a-t-il par risque de complexification et perte de lisibilité? Les parents s'y retrouvent-ils? Ces questions s'inscrivent dans un vaste mouvement de reconnaissance de la spécificité et des besoins d'une part de la population scolaire.

# 2.2.1. Les « besoins éducatifs particuliers »

#### a) Apparition de la notion

Depuis le début des années 2000 et sous l'effet de plusieurs conférences internationales (par exemple Salamanque, UNESCO 1994) apparaît en France la notion de « besoins éducatifs particuliers », traduction non littérale de special educational needs, le terme spécial étant très connoté en France. Cette expression rassemble les élèves ayant besoin d'une adaptation de l'enseignement du fait d'une situation de handicap désignée mais aussi plus généralement tous les élèves qui, du fait de leurs difficultés, peuvent se trouver exclus des parcours ordinaires de scolarisation (allophones, enfants du voyage, élèves de SEGPA...).

La notion de special educational needs apparaît pour la première fois au Royaume-Uni dans un rapport de la commission d'enquête sur l'éducation des enfants et jeunes personnes handicapés, dirigée par Mary Warnock [Rapport Warnock, 1978]. Le texte propose une suppression de la liste des catégories des handicaps reconnus dans le système éducatif et son remplacement par le concept beaucoup plus général de Special Educational Needs (SEN), qui devient indissociable de la notion d'éducation inclusive. Du fait de ce nouveau mode de reconnaissance, les

SEN deviennent un problème pédagogique, contrairement au handicap qui était un problème médical.

Mary Warnock fournit dans un ouvrage récent (2005) des précisions sur le contexte d'élaboration de cette notion nouvelle, notamment deux mises en garde adressées à la commission par le Ministère de l'Education dès 1974. La première est de ne pas inclure la dyslexie dans les besoins spécifiques. Selon l'auteure, on pensait à l'époque que la dyslexie était une invention fantaisiste des parents de classes moyennes et supérieures pour dissimuler le fait que certains de leurs enfants étaient trop idiots pour apprendre à lire, écrire et parfois compter. La seconde est de ne pas compter comme ayant des besoins particuliers les enfants qui étaient simplement socialement défavorisés ou dont l'anglais n'était pas la langue maternelle. Il apparaît important de relever ici qu'aux yeux du ministère britannique ces besoins éducatifs particuliers ne sont pas et ne doivent pas être déterminés par des caractéristiques sociales.

Marianne Woollven note ainsi que « dès le début, on observe donc un paradoxe au cœur de la définition de la notion SEN, d'une part, le but explicite est de dépasser les catégories médicales pour reconnaître les spécificités pédagogiques, mais d'autre part, les problématiques d'ordre social sont considérées comme non pertinentes. Dès sa genèse, la notion de SEN implique un idéal de justice : chaque élève doit être traité selon ses besoins. Pourtant, les critères de définition de ces besoins sont explicitement non-sociaux. »<sup>57</sup>

En France, la notion de « besoins éducatifs particuliers » (BEP) est loin d'avoir le même niveau de notoriété et de reconnaissance institutionnelle qu'au Royaume-Uni. Elle est encore relativement peu diffusée et utilisée seulement comme synonyme élargi de la notion de handicap ou renvoie le plus souvent à une orientation dans l'enseignement spécialisé. L'idée de justice sociale n'apparaît qu'implicitement, dérivée des catégories préexistantes (situations de handicap, difficulté scolaire). Néanmoins, on peut s'interroger sur les relations existant entre les principes de justice et la notion de besoins éducatifs particuliers dans les pratiques des acteurs impliqués.<sup>58</sup>

<sup>57</sup> Marianne Woollven est doctorante en sociologie à l'ENS de Lyon (Centre Max Weber). Sa thèse porte sur la genèse et la mise en œuvre de la catégorie de dyslexie en France et au Royaume-Uni : La dyslexie comme besoin éducatif particulier à l'école ordinaire, Version provisoire consultée sur internet

<sup>58</sup> Agence Européenne pour le Développement de l'Education des Personnes ayant des Besoins Particuliers, *Les besoins éducatifs particuliers en Europe*, PUBLICATION THEMATIQUE, Janvier 2003. <a href="https://www.european-agency.org/publications/ereports/special-needs-education-in-europe/sne\_europe\_fr.pdf">https://www.european-agency.org/publications/ereports/special-needs-education-in-europe/sne\_europe\_fr.pdf</a>

Marceline Laparra interroge également cette notion en ce qu'elle fait porter les difficultés sur l'élève, qui aurait donc des « besoins particuliers », alors qu'elle observe de la part des enseignants le plus souvent une ignorance des savoirs à l'œuvre par manque de « didactisation » des situations d'apprentissage et ce, dès la maternelle [Laparra, 2011].

#### b) La catégorisation internationale

L'OCDE, qui produit régulièrement des statistiques sur les systèmes éducatifs des pays membres et des pays partenaires, propose des définitions pratiques des catégories d'élèves à besoins éducatifs particuliers, suivant en cela *la classification internationale de l'éducation* de l'UNESCO [UNESCO, 1997], plus sociale que la notion des SEN au Royaune-Uni.

Il est à noter que le titre des rapports de l'OCDE a évolué de Besoins éducatifs particuliers: Statistiques et indicateurs en 2000, à Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux: Politiques, statistiques et indicateurs depuis 2004, témoignant d'une volonté de distinguer les causes médicales, psychologiques et sociales au sein des besoins éducatifs particuliers, considérés sans doute comme trop englobants.

Les trois catégories internationales ainsi désignées par l'OCDE sont :

- Catégorie internationale «A/Déficiences». Elle concerne les élèves présentant des déficiences ou incapacités considérées du point de vue médical comme des troubles d'origine organique (liés par exemple à des déficiences sensorielles, motrices ou neurologiques). On considère que le besoin éducatif résulte principalement des problèmes imputables à ces déficiences.
- Catégorie internationale « B/Difficultés ». Elle concerne les élèves présentant des troubles du comportement ou des troubles affectifs ou des difficultés spécifiques d'apprentissage. On considère que le besoin éducatif résulte principalement de problèmes d'interaction entre l'élève et l'environnement éducatif.
- Catégorie internationale « C/Désavantages ». Elle concerne les élèves présentant des désavantages découlant principalement de facteurs socio-économiques, culturels, et/ou linguistiques. Le besoin éducatif consiste à compenser les désavantages imputables à ces facteurs.<sup>59</sup>

<sup>59</sup> OCDE (2008), Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux : Politiques, statistiques et indicateurs.

Ce qu'il est intéressant de relever dans cette classification est qu'elle regroupe déficiences et incapacités au sein de la catégorie A concernant les élèves ayant un trouble organique médicalement diagnostiqué. Par ailleurs, elle sous-entend que la catégorie B concerne des élèves n'ayant pas de déficience mais des difficultés liées à l'interaction avec le milieu éducatif – on s'interroge alors sur la nature de leur handicap qui serait seulement psychologique, et que la catégorie C, concerne seulement les élèves ayant des désavantages sociaux. L'OCDE procède donc à une totale redéfinition de la « trilogie » de la CIH et sort du champ médical une partie de la population scolaire considérée jusqu'alors comme handicapée : les enfants relevant d'ITEP et ceux relevant d'IME sans cause organique (catégorie B). Les élèves de SEGPA pouvant, quant à eux, relever des catégories B ou C. Cette redistribution des cartes témoigne des questionnements à l'œuvre dans les systèmes éducatifs des pays les plus industrialisés de la planète.

# c) La proportion d'élèves à « besoins éducatifs particuliers »

Si l'on regarde de près la déclinaison de cette notion nouvelle au sein de l'OCDE, force est de constater que la population des élèves à « besoins éducatifs particuliers » recouvre des réalités extrêmement variables d'un pays à l'autre et que la prise en compte de ces besoins peut revêtir des formes très différentes selon les cultures, en mettant tantôt l'accent sur des structures spécialisées, tantôt en valorisant au contraire l'intégration dans le système ordinaire.

C'est la raison pour laquelle les chiffres recueillis varient de 1,5 % pour l'Italie, connue pour sa politique déjà ancienne de « désinstitutionnalisation », à 17% pour la Finlande, la France présentant des chiffres autour de 3,5% [source : OCDE]. Le nombre d'élèves identifiés comme étant à besoins particuliers varie donc dans une proportion de un à vingt au sein des pays industrialisés, traduisant par là même des approches sociétales et culturelles très différentes.

Par ailleurs, tempérant les statistiques, Denis Poizat relève que « les différences dans les pourcentages d'élèves scolarisés dans des structures séparées reflètent davantage la diversité des procédures d'évaluation et des modes de financement que les différences dans l'incidence réelle des besoins éducatifs particuliers entre les pays. » [Poizat, 2006]

Au-delà des chiffres, la question est bien davantage qualitative, c'est-à-dire savoir comment les systèmes éducatifs s'emparent de ces besoins particuliers afin de proposer un enseignement adapté visant la réussite de tous en évitant l'exclusion.

Il est donc important de souligner, comme l'écrit Denis Poizat, que :

en matière d'éducation des jeunes ayant des besoins éducatifs particuliers, on s'accorde généralement sur le fait que la situation souhaitable est leur intégration dans l'enseignement obligatoire ordinaire, même si tout le monde n'est pas d'accord sur le fait que cet enseignement soit toujours le plus approprié. Il est donc important de garder à l'esprit que l'examen de l'évolution de la proportion d'élèves à besoins éducatifs particuliers scolarisés séparément ne dit rien, à lui seul, sur la question de la qualité de l'éducation. L'intégration dans un établissement ordinaire ne garantit pas nécessairement un enseignement de qualité; inversement, la scolarisation dans un environnement éducatif séparé n'aboutit pas, pour certains élèves, à un enseignement inapproprié [Poizat, 2006].

Ainsi l'augmentation quantitative du nombre d'élèves désignés comme handicapés scolarisés en milieu ordinaire notamment depuis la loi 2005-102 ne préjuge en rien d'effets automatiquement positifs. Nous allons cheminer à présent sur la longue route de l'inclusion scolaire et voir, qu'au delà des classifications et des dispositifs, il y a encore beaucoup de passerelles à inventer pour améliorer la personnalisation et la qualité des parcours.

#### 2.2.2. De l'intégration vers l'inclusion

#### a) Le processus intégratif

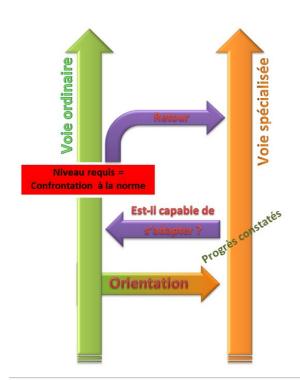


Figure 12 : Schéma représentant le concept de l'intégration scolaire telle que pratiquée en France jusqu'en 2005 [F. Darne, 2013].

L'intégration scolaire est le pendant de la ségrégation dans le système éducatif français. Le processus intégratif est en fait un processus « réintégratif », puisque l'enfant a été à un moment donné « orienté » à partir de la voie « ordinaire ». Ce processus est dû à la coexistence de deux filières parallèles et consiste à passer d'une filière à l'autre. Le processus intégratif se focalise sur les difficultés individuelles. Il y a mise à l'épreuve de l'élève à la norme scolaire, au niveau requis et s'il ne l'a pas il retourne dans le milieu spécialisé [figure 12].

Cela part d'une idée qui se veut généreuse, la logique du « détour

ségrégatif », selon laquelle l'enfant va pouvoir se ressourcer, se renforcer, se réparer pour mieux repartir ensuite. Or les chiffres montrent que, par exemple, seuls 2,5 %

des élèves des classes de perfectionnement rejoignaient le milieu ordinaire battant en brèche l'efficacité et l'équité d'un tel système.

#### b) Le processus inclusif

Depuis longtemps déjà la notion d'inclusion est discutée et employée par des acteurs associatifs ou des chercheurs. La Conférence mondiale sur les besoins éducatifs spéciaux : accès et qualité, qui s'est tenue en juin 1994 à Salamanque (Espagne) sous l'égide de l'UNESCO, a donné un élan majeur à l'éducation inclusive. La déclaration est inspirée « par le principe de l'intégration et la reconnaissance de la nécessité de travailler à la création d'écoles pour tous — c'est-à-dire d'établissements accueillant tous les enfants, exaltant les différences, épaulant les élèves dans leur apprentissage et répondant aux besoins individuels de chacun »<sup>60</sup>. Au terme de cette déclaration deux concepts sont mis en évidence : les « besoins éducatifs spéciaux » et l'« éducation inclusive ». Deux concepts que la France a bien du mal à intégrer dans la terminologie et traduire dans les faits.

Ainsi, la loi 2005-102 parle-t-elle de *scolarisation*, concept vague et générique initialement non réservé aux seuls « élèves à besoins éducatifs particuliers » et qui recouvre désormais toutes les dispositions visant à faciliter l'intégration ou l'inclusion scolaire. Il faut attendre la circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009 portant sur l'organisation des CLIS<sup>61</sup>, pour voir apparaître le terme d'inclusion dans un texte réglementaire français. Il est d'ailleurs assez amusant de constater que la circulaire reprend dans son en-tête le terme d'intégration aux côtés de celui d'inclusion scolaire. 62

L'inclusion consiste en la scolarisation généralisée de tous les élèves dans le milieu ordinaire. Elle représente un idéal, c'est pourquoi l'on parle de processus en ce qu'elle procède d'une dynamique sans cesse réadaptée.

Le processus inclusif [figure 13] fait référence à une voie unique et sort du « dualisme éducatif ». Il permet de passer d'une logique de filière à une logique de parcours. Il se focalise sur l'accessibilité de l'école (la situation, l'environnement, les écarts à la norme scolaire), non sur les difficultés de l'élève.

 $<sup>60\</sup> http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000984/098427 Fo.pdf$ 

<sup>61</sup> Classes pour l'inclusion scolaire

<sup>62</sup> Ministère de l'éducation nationale, Adaptation et intégration scolaires - Scolarisation des élèves handicapés à l'école primaire ; actualisation de l'organisation des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS), circulaire n° 2009-087 du 17 juillet 2009.



Figure 13 : Schéma représentant le concept de l'inclusion scolaire approches européennes telle que pratiquée en France depuis 2005 [F. Darne, 2013].

Depuis la loi 2005-102, le système éducatif français évolue vers « un système à voie unique de référence », le secteur médicosocial ne devant plus être une d'accueil mais instance d'accompagnement. instance Ainsi, s'il y a nécessité d'un accompagnement médico-social par exemple sous forme d'un accueil temporaire établissement spécialisé, le lien avec le milieu ordinaire devra être maintenu.

Philippe Espagnol

Patricia Prouchandy reprennent

différentes

c)Les

dans un document de la  $\mathrm{DREES^{63}}$  les trois types de politique éducative en faveur des élèves désignés comme handicapés identifiés par l'agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers [Agence européenne..., 2003, p. 7]. Ils distinguent :

- les pays à option unique (one track approach) qui se sont engagés pour l'intégration de presque tous les élèves dans l'enseignement ordinaire, avec cependant de nombreux services spécialisés concentrés dans les écoles ordinaires et répondant aux différents besoins spécifiques (Suède, Norvège, Espagne, Grèce, Italie, Portugal);
- les pays à deux niveaux d'enseignement (ordinaire et spécialisé, two tracks approach), régis souvent par des législations différentes (Allemagne, Belgique, Pays-Bas);
- et enfin, les pays à approche multiple (multi-tracks approach), comme la France, qui ont développé des formules intermédiaires : classes spéciales à temps partiel ou temps complet, coopération entre écoles ordinaires et spécialisées (Angleterre, Autriche, Finlande, Danemark) [Espagnol &

<sup>63</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé

Prouchandy, 2007].

D'autres auteurs considèrent que la France d'après 2005 appartient à une quatrième catégorie, celle des pays qui se sont engagés dans une marche volontariste pour la scolarisation majoritaire des élèves dans le milieu ordinaire, mais force est de constater que coexistent encore aujourd'hui l'école ordinaire et les établissements ou services médico-sociaux, constituant deux voies peu perméables et maintenant un fort effet de filière.

Par ailleurs, la multiplication des classes et dispositifs pour l'inclusion scolaire (CLIS, ULIS<sup>64</sup> et de manière marginale les classes dites « délocalisées ») au sein des établissements de l'éducation nationale n'a pas systématiquement entraîné une amélioration de la qualité de l'inclusion scolaire dans les classes ordinaires. En effet, les pratiques sont extrêmement variables d'un établissement à l'autre et encore tributaires de l'implication personnelle des professionnels et des moyens humains mis à disposition par l'institution (AVS, EVS...). D'aucuns disent qu'au travers des CLIS et des ULIS l'école se contenterait de recréer une filière spécialisée héritière des classes de perfectionnement au sein des EPLE<sup>65</sup>.

Il est vrai que, depuis la disparition de ces classes de « relégation » au profit des CLIS en 1991<sup>66</sup>, l'institution scolaire cherche à s'approcher au plus près des nouvelles injonctions nationales ou internationales : évolution du concept de handicap, changements fréquents des classifications, apparition de la notion de besoins éducatifs particuliers, prégnance des enquêtes et statistiques nationales et internationales, etc. Les contradictions et incohérences que l'on voit poindre ici ou là entre classifications et dispositifs témoignent de la difficulté que l'école rencontre à faire correspondre les besoins et les accompagnements.

#### 2.2.3. Classifications et dispositifs au sein de l'éducation nationale

# a) Les classifications

Une nouvelle nomenclature des types de handicap a été mise en place au niveau de l'éducation nationale en application de l'arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R.146-28 du code de l'action sociale des familles. L'adoption de cette nouvelle nomenclature a entraîné la disparition de la catégorie « troubles spécifiques des apprentissages » avec le

<sup>64</sup> Unité localisée pour l'inclusion scolaire, dispositif du second degré.

<sup>65</sup> Établissement public local d'enseignement, dénomination générique pour les écoles, collèges et lycées.

<sup>66</sup> Circulaire n° 91-304 du 18 novembre 1991.

classement des dyslexies et des dysphasies dans « les troubles du langage et de la parole » ; en revanche, les dyspraxies sont maintenant répertoriées dans « les troubles moteurs » ; les troubles envahissant du développement (TED), dont l'autisme, sont regroupés dans « les troubles intellectuels et cognitifs ». Cette évolution liée à la mise en place du GEVA dans les MDPH représente une avancée importante pour les parents d'enfants dyslexiques et dysphasiques, plus clairement encore distingués de la déficience intellectuelle et pour lesquels on sait que des adaptations pédagogiques ciblées sur des troubles précisément identifiés donnent d'excellents résultats en terme d'apprentissage scolaire. On verra cependant un peu plus loin que la déclinaison de ces catégories en dispositifs mélange de nouveau ces « publics spécifiques ».

Il est à noter que la DEPP<sup>67</sup> distingue uniquement deux groupes pour établir ses statistiques, groupes qui suivent une autre logique de catégorisation :

- les élèves porteurs de déficiences d'ordre physique (viscérales, sensorielles, motrices) ainsi que ceux présentant des troubles du langage et de la parole ou des troubles « autres », qui semblent connaître une scolarité proche de celle de l'ensemble de la population. Ils fréquentent majoritairement une classe ordinaire hors section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA). Les enfants ayant ces déficiences ou handicaps ont donc été rassemblés dans le groupe 1;
- les élèves porteurs de troubles intellectuels et cognitifs, de troubles psychiques ainsi que ceux présentant des troubles associés constituent le groupe 2. Ces enfants porteurs de troubles plus importants sont davantage scolarisés dans le premier degré que dans le second degré. De plus, ils sont plus souvent affectés dans une CLIS, une ULIS ou une SEGPA dans le second degré ou dans un établissement spécialisé. 68

# b) Les dispositifs

La nouvelle catégorisation des CLIS (classes pour l'inclusion scolaire du premier degré) tient compte en partie seulement de cette typologie, puisque les troubles « dys » restent administrativement rattachés aux troubles des fonctions cognitives. Ainsi la définition des CLIS 1 est-elle restée très large : « classes destinées aux élèves dont la situation de handicap procède de troubles des fonctions cognitives ou mentales. En font partie les troubles envahissants du développement

<sup>67</sup> Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'éducation nationale.

<sup>68</sup> DEPP, « La scolarisation des jeunes handicapés », Note d'information 12-10, 2012

ainsi que les troubles spécifiques du langage et de la parole. »<sup>69</sup>, ce qui contraint généralement les services départementaux de l'éducation nationale à inventer une sous-catégorie permettant de distinguer les « dys », par exemple « CLIS 1 TSLP » et les autistes, par exemple « CLIS 1 TED ».

L'intitulé des ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire du second degré) pousse plus loin quant à lui les distinctions par type de handicap :

- TFC: troubles des fonctions cognitives ou mentales (dont les troubles spécifiques du langage écrit et de la parole);
- **TED**: troubles envahissants du développement (dont l'autisme);
- **TFM**: troubles des fonctions motrices (dont les troubles dyspraxiques);
- **TFA**: troubles de la fonction auditive;
- **TFV**: troubles de la fonction visuelle;
- TMA : troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladie invalidante).

L'éducation nationale organise les CLIS selon quatre catégories de public mais les ULIS en six catégories <sup>70</sup>, difficile sans doute pour les parents et les professionnels de s'y retrouver! <sup>71</sup>

Au travers de cet inventaire qui peut paraître par moment surréaliste, on pourra noter que l'administration semble avoir bien du mal à décliner ses propres classifications (l'exemple de la dyslexie est symptomatique) au sein de ses dispositifs et que cela contribue, comme en miroir de l'impossible définition du handicap notamment mental, à un brouillage généralisé du message.

C'est désormais en naviguant entre tous ces dispositifs, en tentant de personnaliser davantage son parcours, que l'élève désigné comme handicapé va tenter d'investir son projet personnalisé de scolarisation (PPS).

#### c) Les différents modes de scolarisation

La loi 2005-102 pose comme un droit la scolarisation en milieu ordinaire des élèves désignés comme handicapés dans leur établissement scolaire de référence. De fait, dans une immense majorité des cas d'enfants orientés dans le « champ du handicap mental »<sup>72</sup>, cette scolarisation n'est pas effective et prend la forme d'une

<sup>69</sup> Scolarisation des élèves handicapés à l'école primaire ; actualisation de l'organisation des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS), circulaire n° 2009-087 du 17-7-2009, Ministère de l'éducation nationale, France.

<sup>70</sup> Cf. annexe pour le détail des dispositifs spécialisés au sein de l'éducation nationale.

<sup>71</sup> Dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré, circulaire n° 2010-088 du 18-6-2010, Ministère de l'éducation nationale, France.

<sup>72</sup> Cette expression est couramment utilisée par les professionnels.

« inscription inactive », euphémisme administratif indiquant que l'élève est inconnu de son établissement de référence. Cependant, les nouvelles dispositions réglementaires qui découlent de la loi incitent les professionnels de l'éducation nationale et du secteur médico-social à coopérer, à faire preuve d'innovation et à trouver de nouveaux modes de scolarisation pour ces élèves « extra-ordinaires ».

Il existe trois principaux modes de scolarisation, la scolarisation en milieu ordinaire qu'elle soit individuelle ou dans un dispositif collectif (CLIS, ULIS) et avec ou sans aide humaine (AVS, EVS); la scolarisation en milieu spécialisé au sein d'une unité d'enseignement d'un établissement médico-social (IME, ITEP...) ou d'une classe délocalisée d'un établissement médico-social au sein d'un EPLE; la scolarisation en milieu hospitalier.

Il existe diverses modalités d'accompagnement de cette scolarisation qui peut être éducatif, rééducatif, pédagogique ou thérapeutique. L'accompagnement peut être assuré par des auxiliaires de vie scolaire, des professionnels d'un SESSAD ou d'un autre service médico-social, etc.

À partir des trois principaux modes de scolarisation, des « passerelles » et combinaisons peuvent être proposées et définies dans le PPS, en fonction des besoins de l'enfant et des collaborations développées entre établissements. En voici quelques-unes que l'on voit apparaître progressivement dans les pratiques actuelles :

- Temps partiel en ULIS et temps médico-éducatif en IME (qu'on appelle scolarisation « à temps partagé »)
- Accompagnement et suivi des enfants scolarisés en milieu ordinaire par un enseignant ou un éducateur ou un autre professionnel de l'IME au sein d'un dispositif dédié structuré ou non<sup>73</sup>
- Scolarisation au sein d'une classe délocalisée ou externalisée de l'établissement médico-social avec un temps très partiel de scolarisation en classe ordinaire de l'EPLE.
- Aménagement de passerelles avec des ateliers de formation professionnelle en lycée professionnel.

Certes ces « innovations » tendent à se développer sous l'action conjuguée de professionnels engagés et de textes réglementaires de plus en plus incitatifs <sup>74</sup> mais elles restent encore trop marginales pour pouvoir offrir à chacun la possibilité de

<sup>73</sup> Cf. à titre d'exemple le projet de l'USS (Unité de Soutien à la Scolarisation) de l'IME Yves Farge en annexe.

<sup>74</sup> La variété (ULIS, SEGPA, LP, MFR, CFA...) et le nombre (jusqu'à 25 % de l'effectif) des projets de scolarisation à temps partagé à l'IME Yves Farge depuis 2004 témoigne également de ce mouvement.

développer ses compétences de manière personnalisée.

La figure 14 rend compte de la situation générale actuelle des parcours et orientations et témoigne de l'existence persistante de voies « parallèles » ainsi que d'un effet de filière entre CLIS et ULIS<sup>75</sup>.

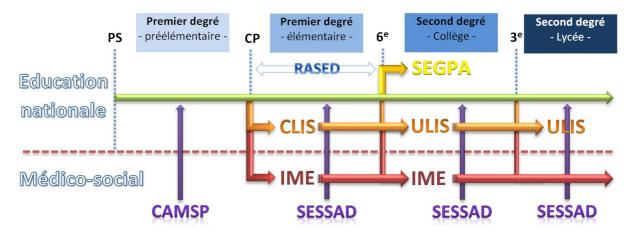


Figure 14 : Les circuits d'orientation entre établissements de l'éducation nationale et secteur médico-social [F. Darne, 2013].

Dans ce schéma la largeur des portions de flèche est approximativement proportionnelle aux flux d'élèves orientés à chaque « goulot d'étranglement » que représentent les passages en CP, en 6° et l'orientation post-troisième. Bien entendu il existe des situations, à la marge, dans lesquelles des élèves sont orientés à d'autres moments du parcours ou bien réintègrent la voie ordinaire.

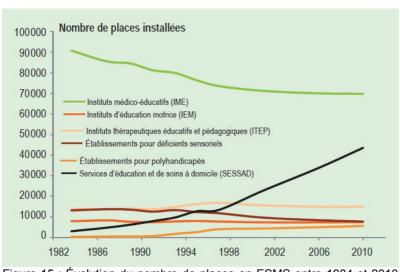


Figure 15 : Évolution du nombre de places en ESMS entre 1984 et 2010 [DREES, 2013].

# 2.2.4. Les chiffres de la scolarisation des élèves désignés « troubles intellectuels et cognitifs »

# a) Statistiques des modes de scolarisation

Il est très difficile de comparer les statistiques sur la scolarisation des enfants en situation de handicap car les chiffres globaux dissimulent une grande variété de

<sup>75</sup> Les UPI, devenues des ULIS en 2011, ont été créées entre autres pour absorber le flux d'élèves sortant des CLIS créées 4 ans auparavant.

situations qui font que, parfois, les élèves sont comptés deux fois (par exemple dans les cas de scolarisation à temps partagé).

Les chiffres de la scolarisation [tableau 4] sont à rapprocher des statistiques générales du secteur médico-social [figure 15]. En effet, fin 2010, on comptait 2 118 établissements d'éducation spécialisée pour enfants et adolescents et 1 451 services d'éducation et de soins à domicile (SESSAD), représentant environ 150 000 places installées, nombre globalement stable au cours des deux dernières décennies, ne traduisant pas le glissement important des établissements vers les services, notamment des IME vers les SESSAD (on observe la disparition de près de 20 000 places entre 1985 et 1995 puis une stabilité depuis).<sup>76</sup>

Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap				
	2011-2012			
Niveau d'enseignement (1)	Scolarité en milieu ordinaire		Établissements	Établissements médicaux
	Individuelle	Collective	hospitaliers et s	et sociaux – EMS (2)
Premier degré	86 089	44 428	5 389	62 700
Pré-élémentaire	27 391	7 111	2 053	18 844
Élémentaire	58 698	37 317	3 336	43 856
Second degré	56 719	23 159	2 442	6 449
Premier cycle	44 602	8 574	1 640	4 641
Second cycle	11 555	1 638	802	1 808
Indifférencié (3)	562	12 947	322	2 476
Total	142 808	67 587	8 153	71 625

<sup>(1) :</sup> niveau d'enseignement estimé pour la scolarisation collective et la scolarisation en établissements hospitaliers et médico-sociaux.

#### b) La loi 2005-102 et ses chiffres

Depuis la loi 2005-102, la scolarisation de tous en milieu ordinaire est certes un droit mais elle renverse totalement la perspective jusque-là en vigueur dans les ESMS<sup>77</sup>. Désormais, l'orientation en IME doit être l'exception et seulement temporaire, le lien avec le milieu ordinaire devant être maintenu. C'est la logique du « détour nécessaire et profitable » mais la finalité de l'accompagnement médico-social est bien maintenant le retour dans le milieu ordinaire, en référence à la *« trajectoire* 

<sup>(2) :</sup> hors jeunes accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.

<sup>(3) :</sup> les élèves fréquentant un établissement de second degré ordinaire sans avoir nécessairement le niveau et les élèves scolarisés dans un établissement spécialisé dont le niveau est difficile à déterminer.

Tableau 4: Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap en 2011-2012 [DEPP].

<sup>76</sup> Makdessi, Y. (2013), « L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », Études et résultats, n° 832, DREES, février 2013.

<sup>77</sup> Établissements et services médico-sociaux.

unique de référence ».

C'est un changement philosophique majeur transformant peu à peu les mentalités des professionnels du secteur médico-social, qui redoutent parfois une prégnance du « tout scolaire », ainsi que celles des professionnels de l'Éducation nationale, qui méconnaissent l'éducation spécialisée et attendent trop souvent des établissements ou services médico-sociaux une solution « magique » aux difficultés des élèves désignés comme handicapés.

Or, si les chiffres sont là pour montrer l'amélioration quantitative de la scolarisation en milieu ordinaire depuis 2005 des élèves présentant des troubles intellectuels et cognitifs [figure 16], reste posée la question de savoir si certains élèves en difficulté relationnelle, sociale d'apprentissage ne sont pas un peu rapidement désignés déficients intellectuels par professionnels de des l'éducation nationale

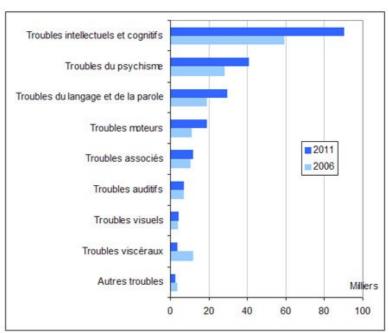


Figure 16 : Les effectifs d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire selon la déficience en 2006 et en 2011 [DEPP, 2012].

pensant que les « experts » des établissements et services médico-sociaux réussiront là où ils ont échoué.

On constate que 90 700 élèves porteurs de troubles intellectuels et cognitifs sont scolarisés en milieu ordinaire en 2011 contre 59 400 élèves en 2006, soit 52% d'augmentation en 5 ans (c'est l'effet CLIS et surtout ULIS, qui se sont énormément développées ces dernières années), ce qui représente un effort considérable pour l'ensemble de l'institution scolaire (et des élèves!). On peut s'interroger sur les limites d'un tel système quantitatif quand on observe par exemple dans le Rhône un véritable « goulot d'étranglement » à l'entrée au lycée qui laisse les trois-quarts des élèves sortant de troisième ULIS TFC sans possibilité de poursuivre dans une formation professionnelle avec le soutien de ce dispositif. On pourra lire en annexe des calculs et des projections édifiants à ce sujet [Annexe 3, pages 5-6].

Après ce tour d'horizon de l'organisation de l'éducation spécialisée en France et de ses chiffres, regardons le matériel plus « vivant » recueilli dans le cadre de la recherche, parcours de vie, entretiens et rencontres.

#### 2.3. Le matériel vivant de la recherche

L'homme que le hasard ou la nature a marqué, pourquoi faut-il que toutes ses autres vertus en soient obscurcies dans le regard des autres ?

Shakespeare, Hamlet, Acte 1, Scène 4

ous avons vu dans les deux chapitres précédents qu'une partie du matériel collecté provenait de données statistiques et administratives de nature à éclairer la question de la production sociale du handicap mental au travers d'inégalités sociales de santé et d'inégalités scolaires. Les points saillants étant la catégorie socioprofessionnelle des parents, la maîtrise de la langue française notamment écrite de l'enfant et la culture scolaire des parents, nous allons voir à présent ce qui fait écho dans le matériel « vivant » collecté, c'est-à-dire les entretiens avec les professionnels, les rencontres avec les élèves et les parents, les éléments de dossier témoignant des critères d'orientation et les observations *in situ* lors des équipes de suivi de la scolarisation ou à la maison départementale des personnes handicapées.

#### 2.3.1. Recueil des éléments de dossier

#### a) Les catégories socioprofessionnelles des parents

A partir des dossiers des usagers il a été possible de lister la plupart des professions et catégories socioprofessionnelles des parents des usagers admis à l'IME Yves Farge pour l'année 2010-2011. N'étant pas obligatoire, la disponibilité de cette donnée dépend des réponses des parents lors de l'inscription de leur enfant. Il y a cependant un bon taux de retour, puisque pour 73 % des pères et 96 % des mères,

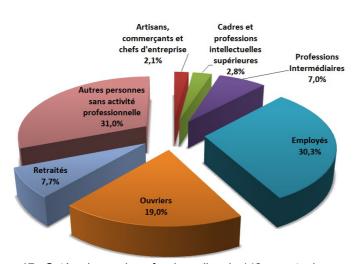


Figure 17 : Catégories socioprofessionnelles de 142 parents des usagers de l'IME Yves Farge, année scolaire 2010-2011 [F. Darne, 2013].

l'information est connue. La différence tient sans doute au fait que ce sont les mères qui procèdent à l'inscription dans la majorité des cas et qu'elles ne connaissent pas toujours l'intitulé du métier du père de l'enfant, surtout dans les cas où elles sont Enfin, séparées. dans quelques situations, le père décédé est et aucune

profession n'a été indiquée (3 cas) ou la mention est illisible ou incompréhensible (3 cas).

Afin d'obtenir des statistiques sur une assise suffisamment large et parce qu'il n'est pas possible de définir une unique profession de référence pour un couple de parents, les professions des deux parents ont été confondues. Les calculs portent donc sur 142 réponses.

Il apparaît à l'analyse des résultats [figure 17] que les catégories socioprofessionnelles de faible qualification sont très représentées; en effet, la moitié de la cohorte est composée d'employés et d'ouvriers. Si l'on y ajoute les « inactifs » (chômeurs, mères au foyer ou retraités) on obtient un total très impressionnant de catégories socioprofessionnelles « à faibles revenus » de 88 %.

Ces statistiques ont la particularité de montrer une surreprésentation des personnes sans activité professionnelle (31 %, essentiellement les mères). Ce Chômage résultat est à mettre en lien avec les

indicateurs de précarité du  $SIG^{78}$ « politique de la ville » pour Vaulx-en-

Velin<sup>79</sup> [figure 18]<sup>80</sup>:

- Chômage
- Non-diplômés
- Moins de 25 ans
- Ménages non imposés
- Étrangers
- Familles monoparentales

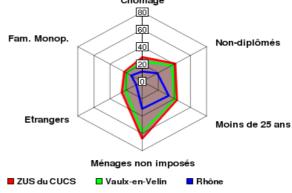


Figure 18 : Graphique en radar présentant la part des indicateurs de précarité pour le département du Rhône, la commune et la zone urbaine sensible de Vaulx-en-Velin [SIG politique de la ville].

La carte de l'aire de recrutement des usagers est consultable en annexe [Annexe 4, page 7] et montre que si seules vingt des familles sont effectivement domiciliées à Vaulx-en-Velin, plus de la moitié de l'effectif total l'est dans un rayon de moins de quatre kilomètres autour de l'établissement, correspondant au croissant qu'on appelle l'Est lyonnais et dont les caractéristiques socio-économiques sont sensiblement proches de celles de la zone d'implantation de l'IME.

<sup>78</sup> Système d'information géographique

<sup>79</sup> http://sig.ville.gouv.fr/Synthese/CS8253

<sup>80</sup> Les Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont succédé en 2007 aux contrats de ville comme cadre du projet de territoire développé au bénéfice des quartiers en difficultés. Une zone urbaine sensible (ZUS) est un territoire infra-urbain défini par les pouvoirs publics français pour être la cible prioritaire de la politique de la ville

Il s'avère donc que, même si nous ne disposons que d'estimations concernant les indicateurs de précarité des parents de la cohorte (près d'une trentaine de familles monoparentales et de nombreux placements ou mesures éducatives, six à huit étrangers, très peu de familles imposables compte tenu des revenus et des fratries) une majorité des familles de l'IME Yves Farge cumule plusieurs indicateurs de précarité.

Les statistiques concernant les parents des élèves de l'échantillon montrent une similitude sociologique bien que les ouvriers semblent davantage représentés. Il est difficile de pousser plus loin l'analyse, l'échantillon étant trop réduit pour en faire une lecture quantitative. Les tableaux et graphiques ayant permis l'analyse sont également consultables en annexe [Annexe 5, pages 8-11].

Ces données sont à rapprocher de celles de l'enquête « handicaps, incapacités, dépendance » de 1999 et rappellent les difficultés socio-économiques du territoire d'implantation de l'établissement.

Il s'agit de voir maintenant comment ces caractéristiques macroscopiques de la population observée s'articulent avec le parcours individuel des adolescents de l'échantillon.

#### b) Badra vient de loin

**Badra** est née en Algérie en 1993. Elle ne parle pas le français à son arrivée en 2001 à presque huit ans. Son père est ébéniste et sa mère, sans profession, élève ses six enfants.

Après une année en CLIN (classe d'alphabétisation), les progrès sont lents et Badra présente un véritable « blocage » par rapport à la lecture. Un « dossier MDPH » est constitué et elle est orientée en CLIS en 2002. En 2005, son enseignant écrit dans son dossier : « Vocabulaire restreint, non francophone ?, reconnaissance de quelques mots, manque de logique, des progrès, de la motivation » [bilan du 15/09/2005]. L'orthophoniste qui suit la jeune fille note quant à elle : « des difficultés importantes en langage oral ; des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace. Pas de sens à ce qu'elle lit ».

Badra intègre l'IME Yves Farge en septembre 2006. Elle progresse lentement mais montre toujours sérieux et détermination. A partir de 2008, un projet de scolarisation à temps partagé est mis en place avec l'ULIS d'un collège voisin, elle semble en tirer profit. Testée en janvier 2010 avec le WISC IV, ses résultats sont très faibles et signent une déficience intellectuelle moyenne. A la fin de la troisième,

Badra obtient pourtant le CFG (certificat de formation générale) avec l'aide d'un secrétaire et d'un tiers-temps réglementaire.

Badra demande à intégrer l'ULIS d'un lycée professionnel dans lequel elle veut passer un CAP de maintenance et d'hygiène des locaux (MHL) mais pour d'obscures raisons administratives se retrouve inscrite directement en première année de CAP MHL. L'unité de soutien à la scolarisation de l'IME fait le maximum pour la soutenir mais les professionnels craignent le pire compte tenu des difficultés persistantes de Badra. Contre toute attente, celle-ci se révèle l'une des bonnes élèves de la classe car montrant de bonnes capacités professionnelles durant les stages. Elle obtient son CAP MHL en 2012 et poursuit par la préparation d'un second CAP en service hôtelier.

#### c) Nadia dans les méandres de l'orientation

Nadia est également née en Algérie en 1993 et est arrivée en France à l'âge de onze ans. Sa langue maternelle est l'arabe. Elle a été scolarisée en Algérie jusqu'au CM2 (2003).

Alphabétisée en CLIN<sup>81</sup> durant deux ans (2003-2005), Nadia entre au collège en sixième avec un an de retard. Ses résultats aux évaluations nationales sont très faibles. Sa fiche de renseignements scolaires rédigée en 2006 à destination de la maison départementale des personnes handicapées afin d'instruire la demande d'orientation en IME stipule :

Difficulté en langue. La mère ne parle pas français. <u>Évaluation 6ème rentrée 2005</u>, Français : 15,8 %, mathématiques ; 28,3 %.

Les statistiques disponibles plus loin dans le document montrent que la classe est à 45,4 % français et 50,4 % en mathématiques et l'établissement à 46,4 % et 53,0 %.

La pré-adolescente est testée en novembre 2005 avec le WISC III ; ses résultats psychométriques indiquent QIV : 60, QIP : 70, QIT :  $60^{82}$ . Le conseiller d'orientation psychologue note dans sa conclusion :

Je pense que Nadia est une élève sérieuse qui a sans doute un désir d'apprendre et de réussir. Elle a peut-être quelques difficultés intellectuelles, mais les résultats sont certainement minorés par le contexte d'arrivée récente en France. Une orientation vers une classe de SEGPA serait peut-être à envisager si d'importantes difficultés scolaires persistent, mais il faudra qu'elle soit en mesure de continuer à s'investir dans les apprentissages en faisant le deuil de certaines ambitions.

Manifestement, cette recommandation n'est pas entendue puisque Nadia

<sup>81</sup> Classe d'intégration pour non-francophones.

<sup>82</sup> QIV : quotient intellectuel verbal, QIP : quotient intellectuel performance, QIT : quotient intellectuel total.

passe en cinquième générale à la rentrée 2006.

Une équipe éducative se réunit dès septembre pour constituer un dossier de demande d'orientation en IME. Voici des extraits du document :

Souhaits exprimés par l'équipe enseignante pour changement du parcours scolaire : les compétences ne sont absolument pas acquises, cette élève se trouve en très grande difficulté scolaire. Sa bonne volonté et son sérieux lui permettraient sans doute de réussir à mieux investir les apprentissages dans le cadre d'une poursuite d'études en enseignement spécialisé (IME, ITEP).

La juxtaposition IME et ITEP interroge quant à la connaissance de « l'enseignement spécialisé » du rédacteur. A la fin du document, le principal note :

<u>Avis de l'établissement à propos de l'aménagement du parcours scolaire</u> : de par la difficulté de concentration, nous pouvons dire que cette élève présente de "légers troubles du comportement". Un soin approprié dans un établissement de type ITEP pourrait l'aider à progresser dans ses apprentissages.

Au final, c'est donc bien un ITEP qui est demandé et pourtant, à la rentrée 2007, Nadia arrive à l'IME Yves Farge, elle a 14 ans. Les professionnels sont très surpris de cette élève qui détonne par les compétences sociales et scolaires qu'elle montre rapidement. Dès l'année suivante, un projet de scolarisation « à temps partagé » entre la quatrième SEGPA et l'IME est mis en place. Les résultats de Nadia sont à la hauteur des espérances et, l'année suivante, elle sort de l'IME et du « champ du handicap » pour son entrée en troisième SEGPA. Nadia intègre ensuite un lycée professionnel où elle obtient un CAP d'agent polyvalent de restauration.

#### d) Le parcours de Léo

Dans le cadre du partenariat entre l'IME Yves Farge et le collège H., a été mis en place un « stage d'évaluation » en vue d'une demande de réorientation en IME. Léo, élève en 3ème SEGPA, a donc suivi un stage à l'IME Yves Farge du 8 au 26 novembre 2010, dans les ateliers « nature et environnement », « habitat », « électromécanique » et « mise en situation de travail ». Au regard de ce que Léo a montré durant ce stage, tant au niveau des savoir-faire techniques et professionnels qu'au niveau de son comportement et de ses attitudes, et compte tenu de la majorité de la population accueillie en IME, il n'avait aux yeux de l'équipe pluridisciplinaire de l'IME aucune raison d'être orienté en institution médico-sociale.

Ses difficultés semblaient bien plutôt relever des écarts culturels révélés par son arrivée très récente en France et de son analphabétisme en langue française.

La dernière phrase du rapport indique :

Léo est autonome, sérieux et motivé ; il nous semble, avec un accompagnement adapté, pouvoir tout à fait s'inscrire dans une démarche de formation professionnelle.

Le lecteur pourra prendre connaissance de l'intégralité du rapport dans les

annexes [Annexe 6, pages 12-14].

#### 2.3.2. Les entretiens avec les professionnels

# a) Entretiens avec Mme F. psychologue cognitiviste et M. R. conseiller d'orientation psychologue.

Mme F. est psychologue cognitiviste de formation et travaille à temps partiel à l'IME Yves Farge. Elle connaît donc les problématiques cognitives des élèves qui y sont orientés ainsi que les tests psychométriques. Son travail se partage entre l'animation d'ateliers de remédiation cognitive et des bilans individuels.

M. R. est conseiller d'orientation psychologue, « COP », rattaché au centre d'information et d'orientation de Lyon Vaise. Il suit environ 1800 élèves et son travail est aux deux tiers tourné vers des entretiens individuels en vue de préparer l'orientation ; une part, minoritaire, concerne la réalisation de bilans psychologiques avec, quasi systématiquement, la passation de tests psychométriques (en l'occurrence le WISC IV).

Au cours de ces entretiens dont l'intégralité de la transcription est lisible en annexe [Annexe 7, pages 15-19], il apparaît chez ces professionnels une confiance tout à fait prudente dans les résultats du WISC ou des autres tests en ce qu'« ils mesurent selon un modèle et l'on n'est pas au bout des modèles de l'intelligence ! » [Mme. F.] Il y a la conviction que certains enfants ne rentrent pas très bien dans ce « moule ». Au sujet de J. qui montre des progrès spectaculaires entre deux passations (62 de QI au WISC III puis, 18 mois plus tard, 72 de QI au WAIS III), Mme F. constate qu'« effectivement, l'écart est très important et l'on peut s'interroger sur ses progrès mais aussi sur ce qui a pu faire qu'il ne réussisse pas le premier test. ». Le problème c'est que 18 mois plus tôt, sa déficience intellectuelle était avérée et que d'une classe de SEGPA, le jeune J. a été orienté en IME, dont il sortira avec un quotient intellectuel « sub-normal », hors des normes actuelles de la déficience intellectuelle. J. aurait-il été orienté en IME malgré toutes ses difficultés s'il avait montré un QI de 72 ?

Les deux psychologues insistent d'ailleurs sur l'importance de l'observation clinique lors de la passation et du compte-rendu circonstancié du bilan psychologique, bien plus riche à leurs yeux que le seul résultat au test.

Le positionnement du conseiller d'orientation psychologue durant l'ESS est intéressant également. Il se considère comme un professionnel au même titre que les autres et ne cherche pas à imposer « sa science ». A la question de connaître sa

réaction devant les participants à une équipe de suivi de la scolarisation qui désapprouveraient sa proposition d'orientation, M. R. répond que « si les professionnels insistent, je peux discuter. » Plus loin, il indique qu'« ULIS et IME c'est le même public mais quelques paramètres semblent jouer : comportement, fragilité (l'IME est plus protecteur), des besoins autres que le pédagogique... » et là se pose la question des représentations du médico-social. Au cours de la discussion, nous convenons que les professionnels de l'éducation nationale connaissent très mal les établissements médico-sociaux et pensent souvent que ces derniers possèdent une armée de spécialistes à même de couvrir les besoins de l'enfant handicapé. L'idée de protection est souvent mise en avant mais sur quoi repose-t-elle ? Sur la supposée « fragilité » de l'élève en question ? Sur l'établissement spécialisé supposé « protecteur » ? Quand on voit la violence, notamment psychique, à l'œuvre dans les IME (ou les ITEP), produite par l'institution et ses bénéficiaires, il y a de quoi s'étonner. La vie au sein d'un IME n'a rien à envier à celle d'un collège ou d'une maison d'enfants de ce côté-là.

# b) Entretien avec Mme L. enseignante référente

Mme L. est enseignante référente pour la scolarisation des élèves handicapés (ER-SH) sur la commune de Vaulx-en-Velin depuis plusieurs années. Après un long parcours en tant qu'enseignante spécialisée en RASED, elle est devenue enseignante référente dès le début de la mise en place de ces postes créés par loi 2005-102. Elle connaît très bien ce secteur géographique et sa population. Son travail consiste à assurer le suivi de la mise en œuvre du PPS des 182 élèves « notifiés » par la MDPH sur son secteur au travers de l'animation des ESS, des rencontres avec les familles, du lien avec la maison départementale des personnes handicapées ; on imagine avec peine l'ampleur de sa tâche!

Elle note que plus de 75 % de ces élèves sont identifiés comme présentant des troubles des fonctions cognitives (hors autisme). Les orientations d'adolescents depuis le second degré vers un IME sont rares, de l'ordre de 3 à 4 %, et se font depuis les ULIS, quasiment jamais au départ des classes ordinaires, mais pour l'essentiel les orientations sont demandées au premier degré et émanent des CLIS, rarement des classes ordinaires.

Concernant les éléments déclencheurs de la demande d'orientation, l'enseignante référente relève que pour les élèves concernés, « sur l'élémentaire, il y a déjà eu des aménagements scolaires (moins de travail, des tâches aménagées, des niveaux différents, des adaptations, par exemple des CM2 qui travaillent au CE2).

Mais les difficultés scolaires persistent, même avec les aménagements ça ne va pas, soit ils se replient, soit ils pètent les plombs. Ils sont tous passés dans les RASED. » Elle rajoute : « Ce qui déclenche, c'est l'impression de ne pas pouvoir les faire avancer. Il y a généralement une année de retard (c'est le cas de tous dans le secondaire). »

La demande émane des enseignants, jamais des parents. Les parents sont associés dès les premiers signes d'inquiétude des enseignants, la réunion de l'équipe éducative n'intervient qu'après toute une série de rencontres, échanges, écrits, entre professionnels et avec les parents. A Vaulx-en-Velin, il y a une tradition du travail en réseau et de travail avec les familles, « les équipes sur le secteur font un gros boulot d'accompagnement. » Mme L. témoigne de cette implication : « Il y a un gros travail en amont pour travailler avec la famille, il n'y a pas de "mauvaise surprise" lors de l'équipe éducative. Il faut souligner ici le rôle primordial du RASED. C'est plutôt le psy du RASED qui fait ce travail avec la famille. Pour info, il y a quatre psychologues scolaires et deux COP sur le secteur. » En revanche, l'enfant n'est que très rarement consulté et associé aux décisions.

Les critères qui apparaissent comme déterminants sont avant tout scolaires et non pas comportementaux. « C'est le retard que montre l'enfant par rapport aux autres. A partir de deux ans de retard, au regard des compétences qui devraient être acquises en référence aux évaluations nationales, c'est là que ça devient inquiétant. C'est vraiment sur le scolaire que ça porte. » Certes, les difficultés en maîtrise de la langue semblent peser dans ce tableau « mais les enseignants sont très vigilants au raisonnement également. Beaucoup d'enfants de Vaulx-en-Velin peuvent présenter des difficultés dans ce domaine et ne sont pas pour autant orientés dans le médico-social, mais ça majore l'ensemble. »

Avant de « basculer » l'enfant dans le médico-social ou parfois devant des familles réticentes, l'équipe éducative va proposer un dispositif spécialisé au sein de l'éducation nationale, « la CLIS ou l'ULIS c'est encore du milieu ordinaire, on va les privilégier pour voir s'il peut en tirer profit. », d'autant plus que les parents préfèrent cette option car « l'ULIS, ou la CLIS, donne l'impression qu'il est encore dans le milieu ordinaire », mais l'est-il encore ?

Au sujet de la situation sociale des familles concernées et de leur attitude ou capacité à agir face à l'institution (éducation nationale ou maison départementale des personnes handicapées), l'enseignante référente témoigne qu'« il y a très souvent des mesures sociales. Dans environ 2/3 des situations il y a du social ou du judiciaire.

[...] Les familles se laissent porter, assister. Il y a peu de familles autonomes qui soient en mesure de faire le dossier seules, de demander les pièces, qui me tiennent informée, qui m'informent quand elles ont reçu la notification, qui relancent. J'estime à environ 15 à 20 familles sur 200 celles qui ont des niveaux d'étude plus importants, et qui, si elles sont d'origine étrangère, sont depuis plus longtemps en France et donc pour lesquelles la barrière de la langue est moindre. »

Comme nous l'avons vu plus haut, l'adhésion des parents est généralement acquise du fait du travail mené par les équipes. Il arrive cependant que des familles soient réfractaires à l'idée d'une orientation de leur enfant dans un établissement médico-social. Mme L. estime qu'« il y a peu de familles très résistantes ; cette année sur 20 nouveaux dossiers, 2 familles seulement ne sont pas venues voir l'enseignante référente. » Pour celles-là « c'est le fameux papier "4 mois", qui indique le délai audelà duquel l'IA est saisie et la maison départementale des personnes handicapées doit entrer en négociation avec la famille. Généralement ces familles sont dans une grande douleur. On leur propose de nouveaux rendez-vous, on les laisse cheminer. » Il arrive parfois qu'il y ait des « familles résistantes, qui refusent tout, 1 an, 2 ans, avec des défauts de soin. Cela peut aller jusqu'à l'IP (information préoccupante) au conseil général, après enquête sociale menée par les AS de la MDR (maison du Rhône, émanation du CG) de secteur. Parfois ça fait avancer les choses. Parfois, il y a des rapports au juge et des décisions judiciaires (AEA, AEMO) avec des décisions de placement. »

Mais la plupart des parents sont tout simplement démunis devant ce dossier. C'est la raison pour laquelle l'enseignante référente indique que « la fiche officielle de l'IA dit vous avez 4 mois pour faire les démarches, soit vous constituez le dossier vous-mêmes, soit avec l'enseignante référente, soit avec la MDPH, mais tous appellent l'enseignante référente! La majorité veut qu'on le remplisse ensemble. »

Les représentants de la famille pour ces questions-là sont quasi exclusivement les mères, en effet, « à 95 % l'interlocuteur c'est la mère et très souvent en tant que parent isolé. Parfois, il y a les pères mais c'est en présence des mères. Un père seul c'est rare, c'est quand la mère ne parle pas français. »

Chaque année, un petit nombre de notifications d'orientation en IME pour déficients intellectuels légers n'aboutit pas malgré le travail réalisé par les uns et par les autres. Ceci est dû, certes à un manque de places, ce qui est surtout vrai pour des déficiences plus importantes (autisme, trisomie, maladies...), mais surtout à la motivation réelle des familles qui ont pourtant accepté la décision. Mme L. observe

qu'« il existe des revirements, des familles pas autonomes, qui se laissent porter, qui n'ont pas d'initiative, qu'il faut relancer. Elles ne contactent pas les établissements, ne font pas les démarches d'inscription. Il y a aussi pour certaines la peur de l'établissement. Des conduites d'évitement, le refus du handicap "hors-ordinaire". Et puis il y a aussi des questions d'éloignement, de trajets. [...] C'est aussi la question des « représentations » que renvoie l'établissement : état des locaux, enfants qu'on croise lors de la visite, accueil reçu. »

Ces enfants « à l'orientation non aboutie » restent comme « en attente » dans le milieu ordinaire, généralement dans le même niveau de classe. « Pour ceux qui sont maintenus dans le milieu ordinaire on peut dire que le niveau de tolérance des écoles est maximal sur Vaulx-en-Velin [...]. Il s'agit aussi de faire poids et d'accéder à la priorisation. Donc, parfois, on propose qu'ils soient maintenus à domicile (notamment pour la déficience moyenne) pour qu'ils puissent devenir prioritaires l'année d'après », indique l'enseignante référente. Les critères de référence de la maison départementale des personnes handicapées du Rhône pour définir la priorité concernent « les enfants déscolarisés (qui ont moins de trois demi-journées d'accompagnement dans la semaine) ou en fin d'agrément d'âge pour leur structure (12 ou 13 ans en CLIS par exemple) ou qui ont eu deux notifications l'une après l'autre, et puis c'est les autres... » [Annexe 8, pages 20-23].

Pour complément d'information, depuis plusieurs années déjà, l'IME Yves Farge n'admet plus que des adolescents « estampillés » prioritaires par la MDPH, par souci de répondre aux besoins identifiés sur son secteur de recrutement mais également pour ne pas mettre les équipes de professionnels dans la position ou l'illusion, toutes deux intenables, de pouvoir « choisir ».

#### 2.3.3. Les rencontres avec les adolescents

#### a) Le parcours de Mamadou

Né au Sénégal, arrivé en France en 1998 à l'âge de 6 ans, Mamadou n'était pas scolarisé dans son pays d'origine et sa langue maternelle n'est pas le français mais un dialecte peul. Entré à l'IME Yves Farge en 2004, il était scolarisé auparavant dans une CLIS de Vaulx-en-Velin. Il a suivi le parcours assez classique des usagers qui entrent à 12 ans dans l'établissement et bénéficient d'un accompagnement essentiellement pédagogique et éducatif au travers d'activités suivies en classe, en atelier ou dans des groupes éducatifs.

Si ses progrès scolaires sont lents, en revanche, Mamadou montre rapidement

de bonnes capacités et une grande motivation dans l'apprentissage de la maçonnerie. C'est ainsi qu'un projet de scolarisation à temps partagé au sein du CAP maçonnerie d'un lycée professionnel du bâtiment est mis en place.

Mamadou réussit brillamment son CAP et après un parcours semé encore de quelques embûches est accompagné actuellement vers l'emploi par une société d'intérim spécialisée dans le bâtiment.

La totalité du récit de ce parcours atypique est lisible en annexe [Annexe 9, pages 24-25] et témoigne, s'il en était besoin, des capacités souvent insoupçonnées des adolescents orientés en IME.

# b) Le stage et la rencontre d'Amélie

La rencontre d'Amélie, 16 ans, s'est déroulée dans un contexte particulier puisque cette adolescente n'était pas inscrite à l'IME Yves Farge mais en ULIS dans un collège de secteur. En effet, c'est à la suite de la demande de l'enseignante-coordinatrice de l'ULIS du collège en vue d'une orientation en IME, qu'un stage « d'évaluation » de trois semaines a été proposé par l'IME Yves Farge en vue de donner un avis circonstancié sur les besoins et les capacités d'Amélie. Il n'était évidemment pas question de se substituer à l'équipe pédagogique du collège ou à l'équipe d'évaluation de la MDPH en validant ou infirmant une orientation demandée mais d'affiner l'évaluation des compétences d'Amélie dans le cadre strict de l'IME et de sa population afin d'aider au diagnostic.

Amélie, élève de 3<sup>e</sup> ULIS, a donc suivi un stage à l'IME Yves Farge dans les ateliers « nature et environnement », « habitat », « électromécanique » et de « mise en situation de travail » ainsi que dans certains temps de classe. Elle a pu bénéficier également d'un bilan psychologique avec passation du WISC IV.

Le rapport détaillé de ce stage qui s'est déroulé en janvier et février 2012 est lisible dans son intégralité en annexe [Annexe 10, pages 26-29].

C'est en tant que coordonnateur pédagogique responsable de ce stage que j'ai pu avoir un long entretien très ouvert avec Amélie, sous la forme d'un « récit de vie » que j'ai tenté de retranscrire dans la vignette « Parcours de vie – Amélie, une adolescente en quête de racines » mise en annexe [Annexe 11, pages 30-33].

Ce qui ressort de ces deux documents, l'un très formel, issu de l'évaluation normée de six professionnels appartenant à trois métiers très différents répondant à une commande institutionnelle, l'autre, très personnel, tiré des ressentis subjectifs d'Amélie, c'est que cette jeune fille, séparée de ses parents, peu scolarisée au Congo, ayant connu la guerre, se retrouve en France contre son gré et totalement « déboussolée ». Ses lacunes scolaires, sa faible estime de soi, son inhibition, son retard (?) de langage, ses résultats extrêmement faibles au WISC IV n'ont pas de sens sans cet éclairage. Mais les parcours ne sont-ils pas tous singuliers ?

Nous retiendrons plusieurs phrases du bilan de stage qui attirent l'attention. Tout d'abord, celle de la conseillère d'orientation psychologue du collège X. dont les conclusions du bilan indiquent « une déficience cognitive très basse du fait des traumatismes de l'enfance et de la séparation familiale parentale et une orientation vers le secteur du handicap ». Celle du chef du service thérapeutique de l'IME Yves Farge ensuite, qui conclut également : « Le déracinement culturel nous semble être le facteur majeur limitant sa capacité d'adaptation sociale. ». L'enseignante qui note : « Sur le plan des apprentissages, le niveau est faible (CP). Son arrivée récente en France explique sans doute son manque de vocabulaire qui peut avoir des répercussions sur la compréhension verbale, mais il est difficile de faire la part des choses entre les effets d'une scolarisation en pointillés au Congo et une possible déficience intellectuelle. En mathématiques, elle parvient à calculer de petites sommes en dessinant des bâtons. Les techniques opératoires ne sont pas en place. La lecture n'est pas maîtrisée, il est difficile à Amélie de lire des mots ou même des syllabes. » Et la conclusion qui se termine par « Elle aurait, selon nous, besoin de cours d'alphabétisation et de stages de mise en situation de travail. »

Il ne s'agit pas de remettre en doute les écrits des professionnels ou les difficultés d'Amélie mais bien d'interroger la pertinence d'une orientation en IME, après seulement quelques mois d'alphabétisation et quelques mois d'ULIS au collège. La question de l'orientation post-troisième pèse déjà d'un poids énorme sur l'itinéraire de cette jeune congolaise. Toute sa résignation ressort d'ailleurs dans cet extrait de son récit de vie : « ma mère dit que c'est mieux de venir ici. Au collège c'est vrai que c'est trop difficile. Je veux plus aller à l'école. Dans mon quartier on me dit que c'est pour les handicapés. Je dis rien. Je pense pareil. Je ne suis pas comme eux. Du coup je ne veux pas y aller, mais je n'ai pas d'autre solution. »

# 2.3.4. Les observations faites à la maison départementale des personnes handicapées du Rhône

#### a) L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation

L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la maison départementale des personnes handicapées est l'instance d'instruction des dossiers de demande de compensation du handicap, en l'occurrence, pour les enfants d'âge scolaire les PPS (qui sont un volet du plan personnalisé de compensation, PPC) et les demande d'AEEH<sup>83</sup>. Ce sont les enseignants-gestionnaires de la MDPH qui animent les EPE à partir des situations émanant de leur secteur. Les professionnels qui participent à l'étude des dossiers sont pour une part des fonctionnaires permanents de la maison départementale des personnes handicapées (psychologue, enseignant-gestionnaire, assistant de service social) pour une autre part des professionnels du secteur sanitaire, médico-social ou de l'éducation nationale. Les propositions de décision faites par l'EPE<sup>84</sup> seront ensuite tranchées par la CDAPH, instance décisionnaire et souveraine de la MDPH.

L'étude d'une situation consiste à lire les éléments du dossier qui sont partagés entre les participants par domaine professionnel : pédagogique, médical, psychologique, social et le compte-rendu de l'ESS et à tenter de reconstituer ensemble une histoire et un profil afin de prendre la meilleure décision. Il est consacré moins de dix minutes à chaque dossier. Dans leur propositions les membres de l'EPE tiennent compte des contraintes liées au déplacement. Les notifications sont parfois l'occasion d'envoyer une sorte de message à la famille, l'établissement, le travailleur social, le juge... Toutes les personnes qui siègent ne connaissent pas l'ensemble des établissements ou services qu'ils préconisent, il s'agit d'une connaissance en partie théorique et essentiellement géographique. La constitution pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de l'assemblée est là également pour réduire ces écarts. Les décisions se prennent au consensus.

L'intégralité des notes prise durant cette réunion est lisible en annexe [Annexe 12, pages 34-37], les numéros des situations décrites ci-dessous correspondent à celles qui me semblent les plus en mesure d'éclairer la problématique :

- Situation n° 4: L'école « pousse » pour un ITEP dans ses écrits mais la mère fait blocage. Finalement, dans le compte-rendu d'ESS l'école se range à l'avis de la mère. Il y a une mesure éducative (AEMO). La décision finale est une orientation en ITEP. Il est dit que cela pourra pousser le juge à prendre également des mesures.
- Situation n° 5: Jeune roumain primo-arrivant. Il apparaît une contradiction

<sup>83</sup> AEEH: allocation d'éducation pour l'enfant handicapé. C'est une prestation de compensation notifiée par la MDPH.

<sup>84</sup> Le décret du 19 décembre 2005 portant création des MDPH précise : L'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle. Sa composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap quelle que soit la nature de la demande et le type du ou des handicaps ; cette composition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne handicapée.

dans le dossier pédagogique, il est écrit qu'il progresse et plus loin qu'il ne progresse pas. A fait un bilan psychométrique mais n'a pas passé le test verbal. Les scores obtenus donnent IP 76 et IT 58. La demande de la famille portée par l'assistante sociale scolaire c'est une orientation en IME, mais du côté du conseiller d'orientation psychologue et des enseignants c'est une demande d'ULIS TFC. Décision de l'EPE : ULIS TFC partagée avec un IME ou un SESSAD.

- <u>Situation n° 7</u>: Sortie d'ULIS collège, demande ULIS LP. Pas de bilan psychologique actualisé. Décision: ULIS LP.
- Situation n° 9: Demande: ITEP à défaut milieu ordinaire + AVS (pour le médecin, mais l'inverse pour l'équipe pédagogique). Pas de bilan psychométrique mais avis du pédopsychiatre qui demande un ITEP et, à défaut de places, le milieu ordinaire avec AVS. L'équipe pédagogique demande l'inverse. Décision: ITEP avec internat à défaut SESSAD + AVS (12h), si pas de places en ITEP.
- <u>Situation n° 22</u> : il est en sixième ordinaire la première notification (mai 2012) stipulait une orientation en SEGPA. Mais refus catégorique de la mère qui veut que son enfant aille en ULIS. La conseillère d'orientation psychologue dit ULIS également. La mère dit qu'il ne trouve pas sa place au collège, qu'il souffre. Au WISC IV passé en mars 2011, l'enfant présente un QI de 84. Il est dit qu'« on n'a pas à aller dans le sens des parents si l'intérêt de l'enfant est en jeu ». La psychologue de la MDPH voudrait faire le lien. Il y a déjà beaucoup de soins: médication, orthophonie, thérapie familiale. Décision: orientation en SEGPA mais pas en ULIS car il n'est pas déficient. Quelqu'un fait remarquer que la mère ne voudra pas qu'il aille en SEGPA. l'équipe se ravise, finalement changement de décision : ULIS TPC85 + SESSAD pour 3 ans.

## b) La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

La CDAPH est l'instance décisionnaire de la MDPH. Elle est composée de 21 membres représentants de services de l'État, du conseil général, de syndicats, d'associations de parents et de personnes handicapées, etc. Ses décisions sont prises sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et des souhaits de la personne handicapée exprimée dans son projet de vie. Ses décisions sont motivées et s'imposent à tous.

<sup>85</sup> TPC: troubles de la personnalité et de la conduite. Deux ULIS TFC dans le département du Rhône sont « fléchées » TPC.

Au cours de la séance plénière de la CDA, une situation a semblé intéresser la problématique.

■ Situation n° 2: la CDAPH a déjà rendu une notification pour cet enfant accueilli en IME en indiquant quatre IME et pas d'ULIS. Il s'agit d'un recours gracieux de la famille qui demande une ULIS. Les parents disent leur inquiétude que l'IME ne soit pas adapté. Les professionnels de l'IME pensent au contraire qu'il a besoin d'un cadre rassurant. L'EPE maintient sa proposition. Le pédopsychiatre confirme que l'enfant a un faible potentiel cognitif et un relationnel fragile. Président : « et s'il n'y a pas de place ? » Réponse du gestionnaire : « Il est en limite d'âge ». Commentaire : « Dommage que la famille ne s'en soit pas emparé ». Trouver une place dans la continuité. Notification jusqu'en 2015 à l'IME M. Validation : IME, régime indéterminé.

Cet échange montre que la famille n'est pas suivi dans sa requête, les professionnels étant soucieux de protéger l'enfant qui a besoin d'un « cadre rassurant ». La question du président est intéressante également car elle révèle la contingence matérielle liée aux places disponibles dans les IME. C'est la raison pour laquelle la MDPH du Rhône prend très souvent des décisions de double notification, IME ou ULIS. Les notes prises durant cette réunion sont consultables en annexe [Annexe 13, page 38].

## 2.4. Conclusion d'étape

Cette partie a permis dans un premier temps de présenter la méthodologie et le matériel récolté. A partir des hypothèses formulées, des indicateurs ont été choisis ainsi que les supports utilisés. Dans un second temps, les modalités de scolarisation ont été explorées à travers la notion d'élève à « besoins éducatifs particuliers » et les nouvelles classifications mises en application dans le système éducatif français. Les concepts d'intégration et d'inclusion ont été précisés en même temps que les nouveaux parcours de scolarisation. Dans un troisième temps, le matériel vivant de la recherche a été analysé et exploité, que ce soient des éléments de dossiers, des éléments socio-économiques concernant les parents, des entretiens avec des professionnels, des récits de vie, des observations à la MDPH.

Nous allons maintenant synthétiser les résultats obtenus et les discuter en vue de tenter de modéliser un processus d'orientation en IME répondant à tout ou partie des hypothèses. Nous terminerons par des préconisations qui seraient à même d'améliorer le dispositif.

Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques	de l'éducation et de la formation »
	(lia atia walio wwa a a a a a a
3. Résultats et discussion, tentative de modé	d'orientation en IME

# 3.1. Comment le processus d'orientation se déclenche-t-il ?

Quelles que soient la qualification et la compétence des professionnels qui prennent en charge l'enfant handicapé, ils ont à admettre qu'aucun d'entre eux n'a une influence aussi primordiale que celle des parents.

Charles Gardou, Parents d'enfant handicapé, Erès, 1996.

l'issue de ce parcours, nous allons reprendre les éléments collectés afin de modéliser le processus d'orientation. Il s'agit dans cette première étape d'identifier les acteurs et les facteurs à l'origine du déclenchement du processus d'orientation.

#### 3.1.1. Alors quid des assistants de service social?

Dans la partie 1.3.1 consacrée aux inégalités sociales de santé nous avons vu qu'Hervé Morisset postulait que l'orientation des enfants, issus des classes populaires, vers les instituts médico-pédagogiques à partir de 1958, essentiellement sur des critères sociaux ou comportementaux et sur l'influence grandissante des neuropsychiatres, serait surtout le fait des assistants de service social. Il posait finalement la question de savoir si désormais les enseignants auraient remplacé les assistants sociaux dans cette fonction d'orientation [Morisset, 2005 et 2010].

Les observations de terrain, la lecture des compte rendus des dossiers de demande d'orientation, les entretiens nous montrent que, si le travail des assistants de service social est une part importante de la construction pluridisciplinaire d'un diagnostic et de l'orientation d'un enfant en IME, il n'est pour autant que rarement décisif. Ce qui semble avoir été à l'œuvre durant la période 1958-1975 (l'« âge d'or » des classes de perfectionnement) ne l'est sans doute plus du fait de l'évolution de la population orientée en IME aujourd'hui. La conjonction de plusieurs paramètres a transformé le paysage :

- sortie en 1989 des élèves de SES<sup>86</sup> de la catégorie de la déficience intellectuelle légère pour devenir des élèves en « difficulté scolaire grave et persistante » accueillis en SEGPA [Benoit, 2005] ;
- augmentation de l'offre quantitative au sein de l'éducation nationale par le développement des classes et dispositifs pour l'inclusion scolaire (CLIS et ULIS) à destination des élèves présentant des troubles des fonctions cognitives jusqu'alors accueillis en IME;
- effets de la loi 2005-102 entraînant la mise en place des CDAPH, des PPS et

<sup>86</sup> Sections d'éducation spécialisée, héritières des classes de perfectionnement au sein des collèges.

des équipes de suivi de la scolarisation rendant quasi obligatoire le bilan psychométrique et modifiant profondément les procédures d'admission des établissements médico-sociaux, admission qui n'est plus du seul fait des assistants de service social.

Au regard des quelques observations faites à la MDPH et sur le terrain de ma pratique professionnelle, je fais l'hypothèse cependant que leur avis pèse d'un poids plus important sur les orientations vers les ITEP pour lesquelles les problématiques psycho-comportementales sont beaucoup plus souvent interprétées comme étant intriquées avec le social.

#### 3.1.2. Et les enseignants ?

Il apparaît clairement que ce sont les enseignants, dans la grande majorité des cas, qui sont à l'origine du processus d'orientation en IME, la classe étant le terrain d'observation privilégié par la loi 2005-102. C'est donc à partir d'une batterie de grilles et de critères d'évaluation dont l'éducation nationale s'est dotée depuis plusieurs années, en lien avec l'hyper-normalisation des savoirs scolaires par le socle commun de connaissances et de compétences<sup>87</sup>, que le professeur des écoles (PE) dans le premier degré ou le professeur de lycée et collège (PLC) dans le second degré va déclencher le processus. La grille de renseignements scolaires utilisée jusqu'en 2013 dans le département du Rhône pour transmission à la MDPH et qui témoigne de l'expertise mise en œuvre est remplacée à la rentrée 2013 par celle du GEVA-Sco<sup>88</sup>, outil extrêmement technique élaboré en commun par le ministère de l'éducation nationale et celui de la santé dans un souci d'harmonisation. Pour l'avoir déjà utilisé je peux témoigner de la prégnance du modèle médical dans le GEVA-Sco, certains items « scolaires » $^{89}$  ne correspondant pas à la culture à l'œuvre dans les écoles et étant directement repris du GEVA, lui-même inspiré de la CIH et de la CIF. La cotation selon quatre niveaux d'autonomie (A : Activité réalisée seul, sans aide humaine et sans difficulté ; B : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle, etc.) n'a pas non plus beaucoup de sens pour des enseignants, notamment du premier degré, qui travaillent

<sup>87</sup> Créé par le décret du 11 juillet 2006, le socle commun des connaissances et des compétences recense « tout ce qu'il est indispensable de maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire ». Il est organisé en sept grands domaines et trois paliers (CP, CM2 et 3°).

<sup>88</sup> Le guide d'évaluation et d'aide à la décision (GEVA-Sco) a été élaboré conjointement par la DGESCO et la CNSA, à partir des différents outils recueillis auprès des MDPH.

<sup>89</sup> par exemple dans la rubrique Apprentissage, application des connaissances, « lire », correspond à « Effectuer les activités nécessaires pour comprendre et interpréter des textes écrits » dans le GEVA. Dans le guide du GEVA-Sco il est indiqué : « L'activité « lire » pour un élève de 8 ans, correspond aux compétences telles que « lire seul, à haute voix un texte comprenant des mots connus et inconnus », « lire seul et comprendre un énoncé, une consigne simple », etc.

par compétences et non par activité. L'activité « *apprendre à lire* » par exemple est symptomatique de ce « choc des cultures ».

#### 3.1.3. Et les parents?

Même si la loi 2005-102 pose comme un droit intangible des parents la possibilité de saisir la MDPH pour les besoins de compensation de leur enfant, il apparaît, sur le territoire considéré et pour la population étudiée, que ce n'est qu'exceptionnellement le cas (cf. *a contrario* la situation n° 22 présentée dans la partie 2.3.4.).

Nous avons vu, au travers du témoignage de l'enseignante référente ou de l'analyse des caractéristiques des parents de l'IME Yves Farge, que ce sont les mères qui, dans la très grande majorité des cas, sont les interlocutrices de l'école, plus encore que dans la population générale sans doute par un lien de cause à effet avec leur très faible taux d'emploi. A cela se rajoute le fait que, dans les familles monoparentales étudiées, les « mères isolées » soient surreprésentées.

Ces situations sociales fréquentes, mais encore connotées négativement, ne génèrent-elles pas des représentations « agissantes » chez des professionnels percevant alors ces mères comme inaptes à maintenir de bonnes conditions d'épanouissement de leur enfant <sup>90</sup> et parfois décrites comme « démunies » ? N'y aurait-il pas mise en place d'une sorte d'« équation logique » : *mère seule = manquements éducatifs probables => besoin de cadre* d'où « institutionnalisation » des difficultés de l'enfant. Cette demande d'un cadre protecteur et rassurant apparaît fréquemment dans les écrits des professionnels et les échanges à la MDPH. En tant qu'institution éducative, l'IME présente souvent aux yeux des acteurs plus de garantie de ce côté-là que l'ULIS, et apparaît pour cela plus rassurant (sauf peut-être pour l'enfant...) ; l'internat peut également être préconisé pour les mêmes raisons. Nous retrouvons là des thématiques proches de celle évoquées par Hervé Morisset.

Je considère comme témoignage de ce mouvement le fait que l'internat Adolphe Favre de la ville de Lyon accueille à plus de 77 % des enfants dont les parents sont divorcés ou séparés et la plupart du temps élevés uniquement par leur mère<sup>91</sup>.

<sup>90 « 90 %</sup> des enquêtés pensent que "pour grandir en étant heureux, un enfant a besoin d'un foyer avec un père et une mère". La réalité est néanmoins éloignée de ce modèle idéal, les familles monoparentales étant de plus en plus nombreuses : 8 % des enfants de moins de 25 ans vivaient en famille monoparentale (avec leur mère le plus souvent) en 1968, contre 18 % en 2007. » Alice Mainguené, Couple, famille, parentalité, travail des femmes - Les modèles évoluent avec les générations, INSEE Première, n° 1339 - mars 2011.

<sup>91</sup> L'internat Favre a pour mission « d'accueillir et d'accompagner les enfants en difficultés sociales et/ou en situation d'échec

Le psychiatre Alain Metteau perçoit là des parents à « [...] la responsabilité mise à mal par la disqualification de leur fonction symbolique du fait du transfert sur autrui des décisions concernant leur enfant » [Metteau & Bonjour, 2005].

Il faut sans doute y voir la conjonction de phénomènes psychosociaux complexes qui tendent à disqualifier les capacités éducatives des parents isolés, la surreprésentation des mères provenant du fait que dans 72,1 % des cas de divorce la garde des enfants leur revient<sup>92</sup>. On ne peut cependant pas exclure la possibilité que d'autres représentations liées à la culture ou au genre pèsent sur l'ensemble de ces paramètres.

#### 3.1.4. Les facteurs déclencheurs

Le déclenchement du processus d'orientation d'un élève en ULIS ou en IME repose pour l'essentiel sur des critères scolaires, en l'occurrence des retards dans les apprentissages. L'enseignante référente indique dans l'entretien que ces enfants ont « généralement une année de retard » et les enseignants le « sentiment de ne plus pouvoir les faire avancer ». Mme L. précise qu'« à partir de deux ans de retard, au regard des compétences qui devraient être acquises en référence aux évaluations nationales, c'est là que ça devient inquiétant ».

Du côté du comportement, ce que les enseignants appellent « l'attitude face au travail » ou « le métier d'élève » apparaît certes dans certains rapports mais pas comme un élément déterminant.

A Vaulx-en-Velin, contrairement à d'autres secteurs, le RASED est toujours actif et il a été rappelé son dynamisme. Bien avant la réunion d'une équipe éducative visant à prendre la décision d'une demande d'orientation, les enseignants des classes ordinaires ont signalé les élèves identifiés comme en grande difficulté à leurs collègues, « maître E » ou « maître G », spécialistes de l'aide et des remédiations. Ils ont également échangé avec les psychologues scolaires qui ont pu mener leurs propres investigations en concertation avec les parents, telles que définies par leurs missions psychologiques présents dans les dossiers en témoigne. L'enseignante référente indique que c'est d'ailleurs plutôt le psychologue qui se charge du lien avec la famille.

Bien que cette première étape du processus soit à l'initiative de l'enseignant de

scolaire ». L'admission se fait à la demande de la famille. Extrait du projet d'établissement 2012-2017.

<sup>92</sup> Que ce soit par décision de justice ou d'un commun accord. Source : Ministère de la justice, 2010.

<sup>93 «</sup> Conformément à la circulaire n° 90-083 du 10 avril 1990, le psychologue scolaire réalise, <u>en concertation avec les parents</u>, les investigations psychologiques comprenant éventuellement les examens cliniques et psychométriques nécessaires à l'analyse des difficultés de l'enfant et au choix des formes d'aides adaptées. » circulaire n° 2009-088 du 17 juillet 2009.

la classe, il y a finalement tout un faisceau d'éléments convergents qui est réuni peu à peu par une équipe pluridisciplinaire, en amont de la décision de réunion de l'équipe éducative.

Au collège, où les cas d'orientation à partir des classes ordinaires sont très marginaux, cette première étape est beaucoup plus simple car il n'y a pas d'intervention du RASED. C'est généralement au cours des conseils de classe ou des réunions de synthèse pour les SEGPA que le problème est soulevé par les enseignants. Les éléments scolaires sont généralement réunis par le professeur principal ou le chef d'établissement. La réunion de l'équipe éducative se déroule ensuite comme dans le premier degré.

# 3.2. Déroulement de la procédure de saisine de la MDPH, étapes, acteurs

Si le nombre d'enfants (et d'adultes) réputés débiles a quadruplé depuis le début du  $XX^e$  siècle, c'est parce que le prix de l'intelligence a augmenté et non parce que les gens sont devenus plus bêtes.

René Zazzo, « Débilité mentale », in Encyclopedia Universalis, 1979.

Phase centrale du processus d'orientation, la procédure de saisine de la MDPH répond à un protocole très encadré, avec des acteurs clairement identifiés. Pour chacune de ses étapes nous allons voir à présent les actions menées et les interactions observées. Il s'agit, au-delà du fonctionnement théorique défini par les textes, de détailler les pratiques sur le terrain afin d'identifier les enjeux et les acteurs.

#### 3.2.1. L'équipe éducative

L'équipe éducative est réunie à l'initiative du directeur de l'école ou du principal du collège qui est censé animer la réunion. Dans les faits, il n'est pas fréquent que les chefs d'établissement participent aux équipes éducatives ou aux ESS. On a vu qu'à Vaulx-en-Velin l'enseignante référente pouvait être sollicitée dès la tenue de l'équipe éducative (ce qui n'est pas une pratique généralisée ne serait-ce que pour des raisons de charge de travail), dans ce cas c'est elle qui se retrouve en position d'animer la réunion.

Participent à la réunion (modèle pour le premier degré) : le directeur, l'enseignant de la classe, les parents ou représentants légaux, l'enfant concerné (mais on a vu que c'était rarement le cas) et toute personne pouvant concourir à l'analyse de la situation, médecin scolaire, infirmière scolaire, assistante sociale, psychologue scolaire, professionnels extérieurs à l'école, etc. La réunion dure généralement une heure.

Il peut y avoir plusieurs réunions de l'équipe éducative avant la décision de constituer un dossier de demande d'orientation en CLIS, ULIS ou IME, mais, compte tenu de ce qui a été dit plus haut, dans la plupart des situations ce n'est pas nécessaire, le travail pluridisciplinaire bâti en lien avec les parents étant suffisamment étayé et les élèves concernés ayant été identifiés en amont comme relevant de la déficience intellectuelle.

A ce stade-là, même s'il n'est pas donné en réunion plénière, le quotient intellectuel de l'enfant est connu des professionnels que ce soit sous une forme chiffrée ou de niveau de déficience.

La question de la validité du test est posée, non pas du fait de la qualité de l'outil ou du sérieux des professionnels, mais de la grande variabilité des résultats selon l'état psycho-affectif de l'enfant au moment de la passation ou tout simplement de sa volonté de ne pas coopérer. Les psychologues savent très bien cela et beaucoup résistent à la tentation du « tout psychométrique »<sup>94</sup>, malheureusement certains chiffres de quotient intellectuel sont rappelés dans les dossiers des adolescents, sans que l'on en connaisse toujours la source ni les conditions d'obtention, et marquent durablement ces derniers du sceau de l'authenticité qui n'est ensuite plus réinterrogée.

Je ne peux pas dire l'effet exact que ce diagnostic a sur l'ensemble des participants, ni son poids dans la décision d'orientation, mais je postule qu'il vient comme une validation scientifique de ce que tout le monde pensait s'il est conforme aux attentes. On sait aussi que s'il ne l'est pas (QI supérieur à 70), l'enfant ne sera pas proposé à l'orientation.

#### 3.2.2. Des parents acteurs de l'orientation...



Figure 19 : Procédure mise en œuvre en cas de désaccord des parents avec la proposition d'orientation de l'équipe éducative [F. Darne, 2013]

Dans certains cas, rares on l'a vu, des parents sont en désaccord avec la proposition d'orientation. S'applique alors cette sorte de « délai carence» de quatre mois, l'issue desquels l'école saisit la MDPH par la voie hiérarchique. La figure ci-contre présente la procédure mise en œuvre dans ces situations de blocage [figure 19].

En dehors de ces situations extrêmes, le processus se déroule plutôt bien et c'est ce calme apparent qu'il convient d'interroger. Pour autant, définir la part des parents est la question la plus difficile à traiter au vu du matériel récolté.

Les travaux de Pierre Morniche ou d'Hervé Morisset montrent le lien entre inégalités sociales et institutionnalisation du handicap, ceux de Marceline Lapparra

<sup>94</sup> Cf. la conférence de consensus en psychologie qui s'est achevée en novembre 2010 et qui a donné lieu à la publication de L'examen psychologique et les mesures en psychologie de l'enfant, ainsi que l'avis n° 2010-08 du 11/10/2010 de la CNCDP, commission nationale consultative de la déontologie des psychologues, portant sur le libre choix des psychologues de faire passer ou non des tests psychométriques malgré l'exigence de la MDPH.

ou Bernard Lahire l'articulation entre milieu social défavorisé et échec scolaire, pour d'autres raisons d'ailleurs que celles communément citées, faibles attentes scolaires ou carences diverses. Je fais pour ma part l'hypothèse d'une « handicapisation » et d'une institutionnalisation des situations d'échec scolaire des élèves issus de milieux précarisés.

Bien que mes hypothèses se soient précisées au regard des travaux de recherche, des données statistiques et de l'approche socio-économique des parents des usagers de l'IME Yves Farge, je ne suis pas en mesure d'affirmer les raisons précises qui entraînent l'orientation de ces enfants en IME avec l'apparent consentement des parents.

Il m'apparaît désormais évident qu'un certain nombre de processus institutionnels échappent à ces parents, en partie sans doute en fonction de leur niveau de compréhension de la langue (je n'ai pu approcher cette dimension qu'au travers des témoignages et de mon expérience professionnelle) qui les met dans une grande situation de dépendance face à leurs interlocuteurs, en partie aussi du fait leur faible connaissance et expérience du système scolaire (supposées d'après les travaux sociologiques et les catégories socioprofessionnelles).

Je fais aussi l'hypothèse que ces parents, aussi soucieux du bien-être de leur

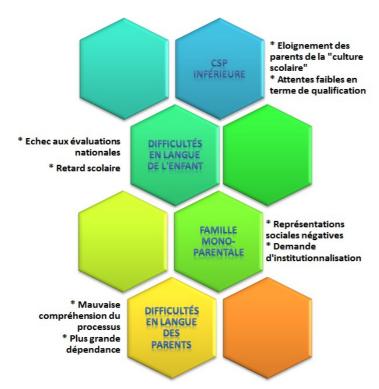


Figure 20 : Mosaïque des éléments sociologiques contribuant à l'orientation en IME à Vaulx-en-Velin [F. Darne, 2013].

enfant que n'importe quel parent, sont, du fait de leur situation socio-économique difficile, parfois précaire, et de leur confiance en l'institution, plus enclins à accepter ce qui est présenté comme une aide pour leur enfant en difficulté. Il n'y aurait ni renoncement, acceptation aveugle handicap, mais une sorte de calcul inconscient avantages et inconvénients face à une situation qu'ils ne maîtrisent pas.

La figure 20 tente de résumer, à ce stade-là de l'analyse, un certain nombre de données issues de travaux sociologiques, d'observations réalisées dans le cadre de cette étude, de retours d'expérience professionnelle. Chaque hexagone représente un paramètre susceptible de peser sur le processus d'orientation. Il y a d'autres paramètres qui rentrent certainement en ligne de compte mais que je n'ai pas identifiés, ils sont représentés par les formes vides. Ce schéma de synthèse n'a pas prétention à l'exhaustivité mais seulement à réunir un « faisceau de présomptions » mêlant connaissances scientifiques et hypothèses.

#### 3.2.3. ... dont on obtient le consentement éclairé ?

Que signifie ce « consentement éclairé », très précisément encadré dans le secteur sanitaire et introduit dans le médico-social avec la loi 2002-2 ? Je reprends à mon compte les questions d'Alain Metteau :

Quelle est la possibilité réelle de la famille de vouloir ce qu'elle veut ? Quelle est celle de ne pas vouloir ce qu'elle ne veut pas ? [...] Peut-on parler d'autonomie pour ces parents, et plus précisément d'autonomie de la volonté ? Il s'agit plutôt d'une situation d'hétéronomie, qui devient le filtre au sein duquel doit se comprendre le consentement : "Je dois faire cette chose, parce que je veux autre chose » (être conforme aux règles sociales proposées) ? [Metteau & Bonjour, 2005].

Il ne faut pas nier non plus l'existence de véritables rapports de force entre l'école et les parents les moins conciliants que le législateur tente de réguler au mieux des intérêts de la nation. C'est sans doute le sens de l'article 4 ter du projet de loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République n° 767 qui modifie en ces termes l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation précisant le fonctionnement des équipes de suivi de la scolarisation :

Elles peuvent, après avoir consulté et recueilli l'avis de ses parents ou de son représentant légal, proposer à la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code toute révision de l'orientation d'un enfant ou d'un adolescent et des notifications concernant son accompagnement qu'elles jugeraient utile, y compris en cours d'année scolaire.

Il était auparavant stipulé qu'il fallait **l'accord** des parents et pas seulement **l'avis** et il n'y avait pas la précision « en cours d'année scolaire ». Le tollé soulevé par cet amendement auprès des associations de parents d'enfants handicapés, notamment autistes, n'a pas fait fléchir le législateur. L'avenir nous montrera les effets réels de cet article dans les pratiques professionnelles mais gageons que pour les familles de notre champ d'étude cela ne change pas grand-chose.

#### 3.2.4. La constitution du dossier de demande à la MDPH

S'ensuit la constitution du dossier qui comporte, outre le formulaire normalisé CERFA n° 13788\*01 comprenant la demande relative à un parcours de scolarisation et les justificatifs courants, les conclusions de l'équipe éducative, la fiche de

renseignements scolaires (désormais GEVA-Sco), un bilan psychologique comportant de manière quasi systématique les résultats aux tests psychométriques, un certificat médical dressant le tableau clinique des troubles et formulant une préconisation. D'autres pièces peuvent être jointes au dossier selon la situation particulière de l'enfant : bilan orthophonique, compte-rendu du CMP, bilan social, etc.

Il faut noter que le certificat médical est rédigé par le médecin sans nécessaire concertation avec les autres professionnels, ce qui explique les divergences parfois très fortes avec l'équipe pédagogique relevées dans certains dossiers traités par la MDPH.

A Vaulx-en-Velin, le dossier de demande à la MDPH est très fréquemment rempli avec l'aide d'une professionnelle, l'enseignante référente ou l'assistante sociale scolaire ou de secteur. Pour l'avoir moi-même rempli de nombreuses fois avec des parents, je peux témoigner de l'aspect rébarbatif de l'exercice pour une personne pourtant rompue à la lecture des documents administratifs et totalement rédhibitoire pour celle qui ne lirait et n'écrirait que très difficilement le français.

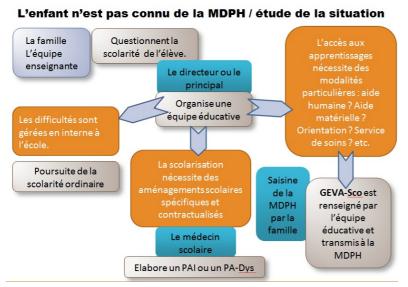


Figure 21 : Étapes du processus d'orientation : l'équipe éducative et le dossier MDPH [F. Darne, 2013].

Dans le département du Rhône, ce dossier doit être ensuite déposé par la famille auprès du référent handicap de la MDR (Maison du Rhône, antenne locale du conseil général) contre un reçu mentionnant le numéro d'enregistrement. La figure 21 résume ces deux étapes du processus.

# 3.2.5. L'instruction du dossier par la MDPH

Le dossier reçu par l'intermédiaire de la MDR est attribué au gestionnaire MDPH du secteur concerné. Celui-ci contrôle les pièces, demande des compléments éventuels ou des pièces manquantes et met la situation de l'élève concerné à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

Le fonctionnement de cette dernière a été étudié dans la deuxième partie, on sait que la CDAPH vient valider les propositions faites par l'EPE et qu'il s'ensuit décision de notification établie par le gestionnaire [figure 22].

La durée totale de traitement du dossier, de son dépôt à la MDR jusqu'à la réception de la notification d'orientation, varie dans le Rhône, selon les périodes de l'année et les gestionnaires, de un à trois mois. Il faut ajouter à cela la durée des procédures d'admission en

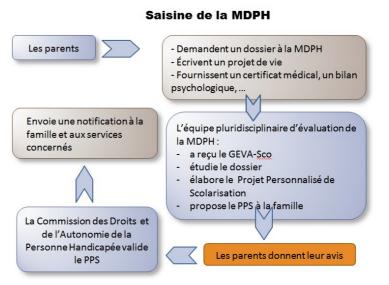


Figure 22 : Étapes du processus d'orientation : l'instruction du dossier et la notification par la MDPH [F. Darne, 2013].

IME ou de commission d'affectation en CLIS ou ULIS. Ces délais doivent donc être intégrés dans le calendrier des équipes éducatives si elles veulent voir l'orientation devenir effective. Il est maintenant tacitement convenu que pour qu'une orientation ait des chances d'aboutir à la rentrée suivante, le dossier doit être déposé au plus tard en février ou mars.

#### 3.2.6. L'orientation, aboutie ou non?

Ce point est à relier à la question du choix entre ULIS TFC et IME. On sait que la population des ULIS TFC est la même que celle des IME en ce qui concerne la déficience légère, qu'est-ce qui fait alors qu'un élève est orienté plutôt vers le dispositif intégré à l'éducation nationale ou vers l'établissement médico-social ?

En amont de la décision, un ensemble de paramètres fait que l'on propose à la famille plutôt l'ULIS ou plutôt l'IME. Selon les cas, le côté supposé plus « protecteur » ou plus « cadrant » de l'IME (avec ou sans internat) pourra guider le choix du médico-social, mais un maintien dans l'éducation nationale sera proposé devant la réticence des parents à orienter leur enfant en IME car « l'ULIS, ou la CLIS, donne l'impression qu'il est encore dans le milieu ordinaire » [entretien avec l'enseignante référente] quitte à l'assortir d'une demande d'AVS. La proximité géographique de l'un ou l'autre sera également prise en compte dans le choix des familles ou les propositions des professionnels.

Enfin, tous ces choix, voulus ou plus ou moins subis, seront suspendus à une donnée matérielle incontournable, l'existence ou non de places disponibles, d'autant plus que les procédures d'admission ou d'affectation ne sont absolument pas identiques pour l'IME et pour l'ULIS. C'est la raison pour laquelle, bien que la demande émanant de l'équipe éducative ou de l'ESS indique ULIS ou IME, la MDPH du Rhône prend très fréquemment des décisions de double notification « IME ou ULIS TFC à défaut de place », ou l'inverse selon les cas, afin d'augmenter les chances des familles de trouver « une solution » pour leur enfant.

Un certain nombre d'enfants « notifiés » ULIS TFC ou IME ne voient ainsi pas leur orientation se transformer en affectation (ce qu'on appelle dans le jargon « orientation non aboutie ») du fait du manque de places ou de calendrier non respecté. Ils sont donc généralement maintenus dans le milieu ordinaire en attendant de devenir prioritaires, conformément au processus indiqué par l'enseignante référente, ce qui n'est pas pour autant une garantie pour l'année d'après.

On a vu que l'IME Yves Farge n'acceptait plus que des candidatures prioritaires depuis plusieurs années déjà pour des raisons éthiques et pratiques. Ceci dit, devant le nombre de demandes reçues, le directeur procède nécessairement à un choix à partir de critères propres à l'établissement comme l'équilibre de la pyramide des âges, les places disponibles à l'internat, les prévisions de sortie, la répartition des sexes, etc. Il en résulte qu'un certain nombre d'orientations n'aboutissent pas alors même que les situations sont prioritaires et ce, parfois deux années de suite. Entre temps il arrive que l'enfant ait trouvé une place en ULIS TFC, parfois avec le soutien d'AVS, montrant là aussi la « porosité » entre les deux orientations.

#### 3.2.7. Récapitulatif du processus d'orientation

Nous venons de voir les différentes étapes du processus assez complexe de l'orientation d'un élève vers une ULIS ou un IME. Le schéma ci-après [figure 23] récapitule l'ensemble des éléments recueillis et des procédures et tente de modéliser ce processus. Il faut le lire en articulation avec la figure 21, qui s'intercale entre les étapes 1 et 2, et la figure 22, qui détaille le processus entre les étapes 2 et 3.

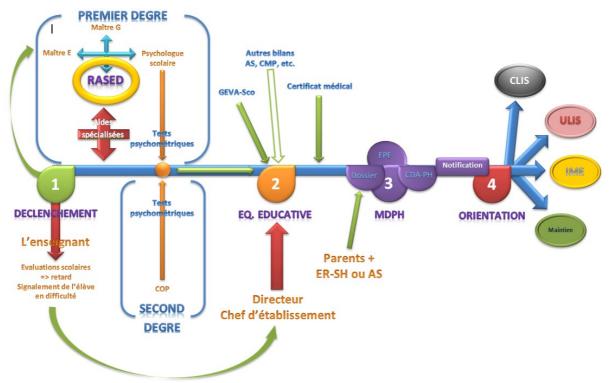


Figure 23: Processus d'orientation en IME [F. Darne, 2013].

#### 3.3. De l'institution

Appelons « visée éthique » la visée de la « vie bonne » avec et pour autrui dans des institutions justes.

Paul Ricoeur, Soi-même comme un autre, Seuil, 1990.

Difficile d'aborder la question du passage d'élèves de l'école vers un établissement médico-social sans questionner l'institution. Cette institution, quasi organique, qui produit peut-être elle-même ce qu'elle est censée faire disparaître.

#### 3.3.1. Des institutions toujours justes ?

L'école ou l'IME en tant qu'institutions prennent une place importante dans la problématique de ce travail de recherche, elles apparaissent ici comme des organismes à part entière ayant leurs propres logiques d'intérêt.

La société se donne des moyens pour gérer des situations de vie précaires, marquées par des souffrances physiques, matérielles, psychiques, morales et sociales dépassant le cadre de la normalité ou de l'acceptable. Parmi ces moyens et dans le cadre qui nous intéresse se trouvent les institutions médico-sociales. Elles reçoivent pour mandat de gérer l'ingérable, de rendre supportable l'insupportable, mais aussi, de fait, de tenir à distance une partie de la population. Il est vrai que dans ces institutions des enfants, des adolescents, bénéficient de soins, d'apprentissages pédagogiques ou éducatifs, d'une forme de protection dont ils ont sans doute besoin, mais ils subissent en retour une forme d'exclusion et une stigmatisation très souvent douloureuses. C'est dans cette ambiguïté que les institutions médico-sociales les accompagnent au mieux, avec l'aide de professionnels souvent très impliqués.

Au sein de l'école ordinaire, le handicap surgit là où il y a confrontation du hors normes avec l'institution, avec le fait institutionnel, ici la norme scolaire.

Oserais-je dire que c'est l'institution qui produit le handicap ? Il me vient à l'esprit quelques phrases paradoxales en guise de réponse : « C'est parce qu'il y a des ULIS qu'on manque de places en ULIS », « ce n'est pas parce qu'il y a des clients qu'il y a des IME, c'est parce qu'il y a des IME qu'il y a des clients ».

#### 3.3.2. L'école inclusive serait-elle endogamique ?

L'école qui, on l'a vu dans la première partie, a toujours cherché à dépister de manière la plus objective possible les « anormaux d'école » chers à Alfred Binet, a trouvé par le passé sa caution scientifique hors ses murs, que ce soit les psychologues et la psychométrie, les médecins et la neuropsychiatrie, les assistants de services sociaux et le signalement pour mineur en danger. Elle a su cependant, lentement, s'organiser à l'interne, en développant un service de santé scolaire, un service social et une psychologie scolaire<sup>95</sup>, ainsi que des postes d'enseignants spécialisés, formés aux spécificités du handicap. Il s'est donc opéré une sorte de retournement de perspective puisque l'expertise recherchée jusqu'alors en dehors de l'école est désormais disponible en son sein, jusqu'à l'enseignant référent censé pourtant représenter une médiation entre tous les partenaires<sup>96</sup>. L'institution scolaire semble bien avoir repris de ses prérogatives et de son pouvoir qu'elle avait partiellement délégués à d'autres.

Il y a bien, en théorie, dans le processus d'orientation en IME, deux niveaux d'expertise et d'évaluation, l'équipe éducative ou l'ESS au sein de l'école et l'EPE au sein de la MDPH, sauf que ces deux équipes n'évaluent pas la même chose. L'EPE ne donne qu'exceptionnellement son avis sur le bien-fondé de la demande au regard des difficultés de l'enfant (aucun enseignant n'y siège d'ailleurs qui serait en mesure d'interroger le bilan scolaire), elle procède seulement à évaluer l'adéquation entre la proposition d'orientation et la spécificité des établissements médico-sociaux d'une aire géographique donnée et à attribuer des moyens de compensation (AVS, AEEH, matériel pédagogique adapté, etc.).

En partant des modèles intégratif et inclusif, en analysant les catégorisations, les dispositifs et les pratiques actuellement à l'œuvre au sein de l'éducation nationale, j'observe que l'école a grandement amélioré son accompagnement des élèves à besoins éducatifs particuliers notamment ceux considérés comme présentant des troubles intellectuels et cognitifs. Les résultats quantitatifs sont bien là, les qualitatifs plus difficiles à mesurer.

Je constate cependant qu'il y a persistance d'une double filière spécialisée de relégation de la déficience intellectuelle légère en IME pour les « incasables » et d'inclusion en CLIS 1 puis ULIS TFC à l'interne pour les autres, alors que rien ne permet d'un point de vue diagnostic de distinguer les deux populations ainsi créées.

L'organisation quasi « endogamique »<sup>97</sup> de l'école actuelle serait alors la manière la moins problématique pour l'institution de répondre à la commande sociale d'inclusion scolaire.

<sup>95</sup> Psychologue scolaire et conseiller d'orientation psychologue, dont les professions ont été créées en 1985 et 1991.

<sup>96</sup> Cf. la fiche « enseignant référent » sur le site de l'ONISEP.

<sup>97</sup> Au sens anthropologique du terme, l'endogamie est l'obligation faite aux membres d'un groupe social de choisir leur conjoint à l'intérieur de ce groupe.

# 3.4. Que sont devenues mes hypothèses ?

Je crois encore qu'on pense à partir de ce qu'on écrit et pas le contraire (...). Ainsi écrire c'est aussi tenter de vivre le paradoxe qui régit l'implication dans l'action, en passant de l'implicite à l'explicite de sa pensée, de ses pratiques, de ses hypothèses, et de ses points de vue.

Louis Aragon, Je n'ai jamais appris à écrire, Albert Skira 1969.

En reprenant les hypothèses visant à modéliser le processus d'orientation d'élèves issus de familles défavorisées vers un IME voici ce que je pense avoir obtenu.

- Le point de départ du processus d'orientation en IME émane effectivement de l'enseignant, bien que d'autres professionnels interviennent ensuite, notamment ceux du RASED dont j'avais totalement sous-estimé le rôle et qui se révèle d'importance dans le secteur géographique étudié. Le corps des assistantes sociales, s'il a pu par le passé jouer un rôle central d'après Hervé Morrisset, n'est pas concerné à ce stade-là. Il est cependant probable qu'une partie aux moins des représentations sociales qui déterminaient l'orientation par le passé et qui relevaient de la culture professionnelle des assistants de service social soit désormais partagée par un grand nombre de professionnels au sein de l'éducation et ait une influence dans le déclenchement, bien que je n'ai pu en mesurer l'importance. En revanche, il apparaît clairement que le diagnostic initial porté par l'enseignant ne repose pas sur des critères comportementaux. Ceux que j'ai pu relever, font état plutôt d'inhibition ou de fragilité et ont pu influer seulement sur le choix de l'IME, considéré comme plus protecteur, plutôt que de l'ULIS. Les critères de maîtrise de la langue française notamment écrite n'ont pu être objectivés. Je n'ai découvert les travaux de Marceline Laparra que tardivement et ils me semblent les plus solides pour étayer mon hypothèse car reposant sur des données didactiques et non seulement sociologiques. Ce que j'ai obtenu n'est qu'un ensemble de points convergents, certes issus de sources scientifiques et de mon expérience, mais qui n'ont pas dans le cadre de cette étude valeur de preuve.
- La procédure qui se met en place s'avère bien du seul ressort des professionnels de l'éducation nationale. Il n'y a plus d'intervention extérieure, l'ensemble de la ressource scientifique et technique étant disponible à l'interne. Il m'a été assez facile de valider cette hypothèse globalement

descriptive. Replacée dans la perspective historique de la construction de la déficience intellectuelle et des processus de relégation dans les classes de perfectionnement elle prend tout de même un relief particulier. C'est au regard de ces éléments que je me suis autorisé à interroger cette école endogamique plutôt qu'inclusive. Quant à dire que la procédure laisse peu la place à la parole de l'enfant et ses parents, il m'a été impossible de prouver quoi que ce soit. La question était sans doute mal formulée car ce qui est ressorti de l'étude c'est que l'enjeu n'était pas la place de la parole de l'enfant et surtout de celle de ses parents mais plutôt son autonomie dans l'intrication des rapports sociaux de pouvoir. Je n'avais pas les moyens d'étudier cette dimension et n'ai pu que constater, au travers de travaux d'autres chercheurs, qu'il y avait une forte suspicion d'assujettissement de cette parole à des contraintes socio-économiques et culturelles difficiles à isoler.

Je ne peux pas affirmer que les critères retenus par les instances décisionnelles majorent les résultats aux tests psychométriques et l'avis médical. Il est apparu évident que, bien que les textes réglementaires n'obligent en rien à fournir un bilan psychométrique dans le dossier de demande d'orientation, la pratique le systématise. Ce qu'il ne m'est pas possible de mesurer c'est l'importance que revêt le résultat des tests dans l'esprit de ceux qui prennent les décisions. Je ne peux que constater avec d'autres qu'il pèse encore du poids de la science dans la définition et le diagnostic de la déficience intellectuelle. En tout état de cause, la MDPH ne pourrait pas décemment orienter en IME un enfant présentant plus de 70 de QI, par défaut au moins, le résultat aux tests valide l'orientation. Pour ce qui est de l'avis médical, je ne peux valider que deux choses. D'une part, le certificat médical (qui, rappelons-le, formule une préconisation d'orientation) est de la seule responsabilité du médecin, qui, tenu par le secret médical, ne le partage qu'avec un confrère siégeant à la MDPH; ceci constitue une différence de taille en terme de pouvoir au regard de la décision collégiale prise par l'équipe éducative. D'autre part, le diagnostic médical est posé en référence à la CIM et à la CIF, systèmes de cotation de référence pour le GEVA utilisé ensuite par la MDPH pour décider de la compensation. Si je rapproche cela de mon expérience et de mes quelques observations à la MDPH, je peux juste considérer que cet ensemble d'éléments laisse à penser que l'avis médical reste prégnant dans la décision.

■ L'avis des parents n'est pas toujours recueilli en toute connaissance de cause. D'un point de vue formel, il n'y a pas, en dehors de l'émargement fait lors de la réunion de l'équipe éducative, de recueil circonstancié et argumenté de l'avis des parents. On l'a vu, même le dossier MDPH, dans lequel il y a la place pour que la personne puisse exprimer ses attentes (la fameuse page « projet de vie ») est très souvent rempli par une tierce personne. Et en amont de la procédure, au début du processus, quand la machine à orienter se met en marche, qu'en est-il de l'avis des parents ? Même si je ne peux pas répondre à cette question, j'émets l'hypothèse, que l'avis des parents, même quand il est recueilli, est un avis incomplet, sous contrainte, en tout cas pas suffisamment « éclairé ». C'est le sens d'une des préconisations que je propose maintenant, celle concernant le code de déontologie ou la recommandation de bonnes pratiques.

# 3.5. Quelques préconisations

La personne handicapée empêche la société des hommes d'ériger en droit et en modèle à imiter, la santé, la force, l'intelligence. Elle dénonce la folie des bien-portants...

Henri-Jacques Stiker, Corps infirmes et sociétés, Dunod, 1982.

l'issue de cette recherche, j'ose quelques pistes d'amélioration que les services de l'éducation nationale et de la santé auraient profit à envisager dans l'optique de tenter de réduire quelque peu certaines des inégalités constatées et d'améliorer la qualité du processus d'orientation :

- Poursuivre la création d'ULIS notamment en lycée professionnel afin de réduire le goulot d'étranglement de la troisième. La position de principe d'une seule ULIS dans un même établissement est à réinterroger.
- Former les personnels de l'éducation nationale afin d'améliorer les connaissances du secteur médico-social chez les professionnels « prescripteurs ».
- Réaffirmer la nécessité absolue d'associer les parents à toutes les étapes du processus en s'assurant de leur accessibilité à un choix éclairé (interprétariat, explication du travail engagé avec leur enfant, rapports d'étape, favoriser l'oral, etc.).
- Garantir la présence de l'enfant aux réunions le concernant et recueillir systématiquement son avis pour les décisions le concernant.
- S'assurer la participation d'enseignants praticiens aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.
- Mettre le gestionnaire MDPH sous l'autorité unique du conseil général (recrutement).
- Appliquer au sein de l'école les « recommandations pour la pratique de l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant » de la conférence de consensus en psychologie.
- Redidactiser la difficulté scolaire (formation, animation pédagogique, échanges de pratiques, politique de circonscriptions).
- Édicter un code de déontologie ou une recommandation de bonnes pratiques pour le fonctionnement des équipes éducatives, des équipes de suivi de la scolarisation et la constitution des dossiers.

■ Accélérer le développement des partenariats entre l'éducation nationale et le secteur médico-social au travers de dispositifs innovants : unité de soutien à la scolarisation, centre de ressources, stages d'évaluation, échanges de service, projets communs, etc.

Ces dix recommandations ne sont pas toutes complexes ou coûteuses à mettre en œuvre mais l'ensemble de nos institutions gagnerait sans doute à ce que celles-ci voient le jour.

#### CONCLUSION

Cette recherche est l'aboutissement d'une réflexion approfondie sur la nature du handicap et de la déficience intellectuelle légère, les enjeux de la scolarisation et l'intrication d'éléments sociologiques dans des situations observées au cours de ma pratique professionnelle. Elle ne s'est pas faite sans écueils, ni sans quelques doutes. La difficulté principale à laquelle j'ai été confronté a été de transformer mon terrain de pratique professionnelle en support de recherche, mes outils de travail et mes observations empiriques en méthodes et en matériel.

Dans l'univers foisonnant de mes lectures sur les concepts et les données sociologiques, l'échec scolaire et la production de la déficience intellectuelle, j'ai formulé certaines hypothèses qui se sont avérées non démontrables à mon niveau car relevant d'un domaine sociologique et statistique beaucoup trop vaste pour cette étude.

Du côté des supports, m'ont manqué des entretiens avec des enseignants « prescripteurs » de l'orientation pour recueillir leurs critères de « dépistage » et leurs représentations. Ont été aussi rarement disponibles dans les dossiers les grilles d'évaluation des élèves orientés. Leur analyse détaillée aurait sans doute apporté des gages supplémentaires à l'hypothèse de la maîtrise de la langue. Enfin, il est dommage de n'avoir pas pu faire d'étude sur la population des ULIS du secteur, cela aurait pu donner des éléments additionnels concernant le choix de l'orientation entre ULIS et IME. Au final, je ressors de cette épreuve avec plus de questions que de réponses, j'espère que cela est de bon augure.

Dans l'analyse des résultats et les enseignements que j'en ai tiré la prudence s'impose et je me garderai de toute conclusion hâtive qui, dans le cadre de ce travail pourrait facilement paraître tendancieuse, d'autant plus qu'une telle étude si l'on en croit Jean-Marie Van der Maren n'aurait qu'une « validité locale et contextuelle » 98.

Mais cette recherche, de la conception aux lectures, rencontres et à la mise en forme du matériel récolté, aura réussi à consolider un faisceau de présomptions. Même si la variabilité des parcours individuels est supérieure aux tendances des données macroscopiques et si quelques exemples particuliers ne font pas une loi, mes observations, corroborées à la littérature sociologique et aux données statistiques, ont pris peu à peu, me semble-t-il, le relief particulier de la vraisemblance, puis de la crédibilité.

<sup>98</sup> Van der Maren, J.-M. 1995, Méthode de recherche pour l'éducation, Bruxelles : De Boëck.

Au cours de la rédaction de ce mémoire un questionnement m'est progressivement apparu. Et si cette nouvelle forme de l'« handicapisation » des difficultés scolaires des classes populaires se retrouvait paradoxalement amplifiée par la politique d'éducation prioritaire menée en France depuis bientôt trente ans ? C'est-à-dire que si, sous prétexte de « donner plus à ceux qui ont moins », les dispositifs d'aides psychopédagogiques ne produisaient finalement pas ce qu'ils étaient censés traiter ? En « ZEP », en « réseau ambition réussite », en dispositif « éclair » aujourd'hui, on rencontre des enseignants qui se sentent souvent démunis et qui sont en recherche de sens devant les difficultés rencontrées, qu'elles soient pédagogiques ou éducatives. Ils se tournent vers leurs collègues du RASED ou du service médico-social scolaire, à leurs yeux seuls capables d'apporter à ces élèves les aides spécialisées, les remédiations et les expertises indiscutables. C'est l'idée de l'école endogamique.

Si je poursuivais cette recherche, ce serait sans doute pour aller chercher du côté des effets sociologiques de la politique d'éducation prioritaire, du côté aussi de la construction de l'échec scolaire au travers des effets parfois pernicieux des aides pédagogiques que soulève Marceline Laparra.

La problématique des troubles « dys » chez les élèves désignés comme déficients intellectuels légers mériterait sans doute aussi d'être explorée. En effet les enfants désignés comme présentant des troubles des fonctions cognitives ne peuvent pas être diagnostiqués dans un centre de référence car la déficience intellectuelle est considérée comme prédominante en quelque sorte. Mais ne pourrait-on pas imaginer l'inverse dans certains cas ? c'est-à-dire que des troubles « dys », confrontés à la norme scolaire, produisent de la déficience intellectuelle ? Pourquoi 70 % environ des élèves de sixième SEGPA du collège Jean-Philippe Rameau de Champagne-au-Mont-d'or (Ouest lyonnais) bénéficient-ils d'un suivi orthophonique (parmi eux, 40 % sont diagnostiqués « dys » par l'orthophoniste qui les suit, par un centre de référence ou par la MDPH), alors qu'aucun des élèves de la SEGPA du collège Aimé Césaire de Vaulx-en-Velin n'a une telle prise en charge ?

De même, crois-je important de réinterroger le modèle idéologique à l'œuvre aujourd'hui dans la scolarisation des élèves désignés comme handicapés. Serge Ebersold pense par exemple que la relation entre l'école et les élèves a été complètement remise en cause par une conception managériale du projet de scolarisation plaçant l'enfant au centre. Pour cet auteur, « le handicap réside désormais dans les différents facteurs remettant en cause la relation de service entre

l'école et les élèves ou leur famille ». La vision managériale du handicap, en plaçant l'enfant au centre, compliquerait désormais singulièrement la tâche [Ebersold, 2005]. J'ai pour ma part observé de très nombreuses fois que si, pour les acteurs impliqués dans le projet, l'enfant constitue l'enjeu autour duquel se construit leur légitimité professionnelle, la coopération est particulièrement difficile.

Voilà donc quelques champs d'étude qu'il me semblerait intéressant de labourer...

Je sors de cette recherche convaincu que l'une des clés de « l'école pour tous » n'est pas de déposséder les enseignants de leurs prérogatives, mais bien au contraire de les réaffirmer dans leur compétences de pédagogues en leur donnant les moyens de « redidactiser » l'échec scolaire. Il sera peut-être alors possible d'enrayer un processus de production de la déficience intellectuelle reposant sur des difficultés d'apprentissages et des inégalités sociales scolaires. Le travail à mener est certes à la hauteur des enjeux mais l'idéal démocratique s'en trouverait grandi au sein d'une école plus juste.

### Glossaire des principaux sigles et acronymes utilisés

ASH Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés, dénomination actuelle de secteur spécialisé au sein de l'éducation nationale  AVS Auxiliaire de vie scolaire. Décliné en AVSi (pour individuel) et AVSco (pour collectif)  CAMSP Centre d'action médico-social précoce. Pour les 0 à 6 ans.  CAPA-SH Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignement adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap. A succédé en 2004 a	
CAMSP Centre d'action médico-social précoce. Pour les 0 à 6 ans.  CAPA-SH Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignement adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap. A succédé en 2004 a	
CAPA-SH Certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignement adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap. A succédé en 2004 a	
adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap. A succédé en 2004 a	
CAAPSAIS. Il y a également le 2CA-SH pour le second degré. Options : A (handica auditif), B (handicap visuel), C (handicap moteur), E (aides spécialisées), D (handica mental), F (adaptation scolaire), G (rééducation).	u p
CDAPH Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au sein de MDPH. C'est elle qui statue sur les orientations et prononce les notifications.	а
CDO-EA Commission départementale de l'orientation vers les enseignements adaptés. C'e l'instance d'orientation des élèves en SEGPA.	st
CLIS Classe pour l'inclusion scolaire, a succédé à la classe d'intégration scolaire en 2009	
COP Conseiller d'orientation psychologue, dans le second degré	
DASEN Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale, directeur de la DSDEN	
<b>ER-SH</b> Enseignant référent pour la scolarisation des élèves handicapés. On peut voir aus ERSEH.	si
<b>EPE</b> Équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH. Met en place, oriente et évalue PPS.	е
EPLE Établissement public local d'enseignement.	
ESS Équipe de suivi de la scolarisation	
Inspection académique a été remplacée en 2012 par la DSDEN et également Inspected d'Académie, dont le titre est DASEN depuis 2012.	ır
IME Institut médico-éducatif, regroupe les anciennes dénominations d'IMP et d'IMPro	
ITEP Institut thérapeutique éducatif et pédagogique	
LP Lycée professionnel	
MDPH Maison départementales des personnes handicapées	
MEN Ministère de l'éducation nationale	
PPS Projet personnalisé de scolarisation	
PPS Projet personnalisé de scolarisation  RASED Réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté	
RASED Réseau d'aide spécialisée aux élèves en difficulté	

### Index des figures

Figure 1 : Arbre de proxémie sémantique du terme Handicap [ERSS, logiciel Prox]	10
Figure 2 : Modèle conceptuel de Saad Nagi [Nagi, 1965]	
Figure 3 : Le modèle de Wood [P. Watine, 2005]	.13
Figure 4: Le concept de handicap selon la CIF [CTNERHI]	.14
Figure 5: Les handicaps de situation selon Pierre Minaire [Minaire, 1985]	15
Figure 6 : Le schéma du Processus de Production du Handicap (PPH) proposé par P. Fougeyrollas e	t le
Réseau international sur le processus de production du handicap [RIPPH, 1996]	
Figure 7 : Modèle Développement Humain et Processus de Production du Handicap [P. Fougeyrol	las.
2010]Figure 8 : Graphique représentant la répartition théorique de la population par QI standard selor	n le
test du WISC IV. Il présente les caractéristiques d'une courbe en cloche, les tests étant étalonné	
cette fin pour permettre une bonne discrimination dans les zones médianes [Manuel du WISC]	
Figure 9 : Distribution du nombre de déficiences déclarées selon la catégorie socioprofessionne	
[Morniche, 2002]	lieu
social [Morniche 2002]	3⊿
social [Morniche, 2002]Figure 11 : Sévérité des atteintes pour les enfants en institutions selon l'origine sociale [Mornic	·he
2002]	35
Figure 12 : Schéma représentant le concept de l'intégration scolaire telle que pratiquée en Fra	nce
jusqu'en 2005 [F. Darne, 2013]	
Figure 13 : Schéma représentant le concept de l'inclusion scolaire telle que pratiquée en Fra	nce
depuis 2005 [F. Darne, 2013]	
Figure 14 : Les circuits d'orientation entre établissements de l'éducation nationale et sect	eur
médico-social [F. Darne, 2013]	
Figure 15 : Évolution du nombre de places en ESMS entre 1984 et 2010 [DREES, 2013]	62
Figure 16 : Les effectifs d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire selon la déficience	
2006 et en 2011 [DEPP, 2012]	
Figure 17 : Catégories socioprofessionnelles de 142 parents des usagers de l'IME Yves Farge, ani	
scolaire 2010-2011 [F. Darne, 2013]	
Figure 18 : Graphique en radar présentant la part des indicateurs de précarité pour le départem	
du Rhône, la commune et la zone urbaine sensible de Vaulx-en-Velin [SIG politique de la ville]	
Figure 19 : Procédure mise en œuvre en cas de désaccord des parents avec la proposit	
d'orientation de l'équipe éducative [F. Darne, 2013]	.1011 88
Figure 20 : Mosaïque des éléments sociologiques contribuant à l'orientation en IME à Vaulx-en-Ve	
[F. Darne, 2013]	89
Figure 21 : Étapes du processus d'orientation : l'équipe éducative et le dossier MDPH [F. Dar	
2013]	91
Figure 22 : Étapes du processus d'orientation : l'instruction du dossier et la notification par la MI	
[F. Darne, 2013]	
Figure 23 : Processus d'orientation en IME [F. Darne, 2013]	
	. , .
Lada da Galeta	
Index des tableaux	
Tableau 1 - De la CIU de 1090 à la CIE de 2001, les principales changements [E. Darres 2012]	4.4
Tableau 1 : De la CIH de 1980 à la CIF de 2001, les principaux changements [F. Darne, 2013]	
Tableau 2 : Les quatre degrés de sévérité du retard mental selon l'APA et l'OMS [F. Darne, 2013]	
Tableau 3 : Résumé synthétique de la méthodologie choisie [F. Darne, 2013]	
Tableau 4 : Mode de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap en 2011-20	
[DEPP]	. 03

#### Références bibliographiques

- Agence Européenne pour le Développement de l'Éducation des Personnes ayant des Besoins Particuliers. 2003, Les besoins éducatifs particuliers en Europe, publication thématique, janvier 2003, 66 p.
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. 2003. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition. Traduction française par J.-D. Guelfi et coll., Paris: Masson.
- Benoit H. 2005, « Inégalités sociales et traitement ségrégatif de la difficulté scolaire, histoire ou actualité ? », in <u>Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales</u>, *Nouvelle Revue de l'AIS*, n° 31, Octobre 2005, Éditions du CNEFEI, p. 91-100.
- Berrios, G. E. 2003, « Retard mental et Psychiatrie : une histoire conceptuelle », *Revue Européenne du Handicap Mental*, n° 25, mars 2003, p. 4-21.
- Binet A. et Simon T. 1905, « Application des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez des enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école primaire », L'Année psychologique, 1-1, 245-33.
- Binet A. et Simon T. 1907, Les Enfants anormaux, guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement, Paris : Armand Colin.
- Binet A., Simon Th. 1904, « Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux », L'année psychologique., vol. 11, p. 191-244.
- Binet, A. 2004, Œuvres choisies, Paris: L'Harmattan
- Blanc, P. 2007, Rapport d'information au nom de la commission des Affaires sociales sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Annexe au procès-verbal de la séance du 3 juillet 2007, rapport n° 359, Sénat, Session extraordinaire de 2006-2007, 95 p.
- Bourdieu, P. 1982, *Ce que parler veut dire*, Paris : Fayard.
- Bourdieu, P. et Passeron, J-C. 1970, La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement, Paris : Les éditions de minuit.
- Bronfenbrenner, U. 1979, The ecology of human development: experiment by nature and design, Cambridge, Massachusetts & London: Harvard University Press.
- Canguilhem, G. 1966, Le normal et le pathologique, Paris: PUF, rééd. 1993
- Coll. 1984, À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous, Office des personnes handicapées du Québec.

- Cote, J. 1990, « Réflexions sur l'évolution historique de la notion de handicap », Revue Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 5 (1), 1990, pp. 35-39.
- Darne, F. 2009, « La longue marche de l'inclusion... Vingt ans d'accompagnement à la scolarisation à l'IME Yves Farge », in <u>Travailler en établissement spécialisé</u>, La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, INSHEA, Suresnes, n° 47, 3e trimestre 2009, p. 207-225.
- Diederich, N. et Saint-Pé, M.-C. 2005, L'autodétermination des personnes en situation de handicap, rapport de recherche-action 2002-2005, La permanence du Jard, 2005. Téléchargeable à l'adresse suivante: http://www.permanencedujard.org/pdf/handicap.pdf
- Dorison, C. 2006, « Des classes de perfectionnement aux classes d'intégration scolaire. L'évolution de la référence à la catégorie de débilité », Le français aujourd'hui, 1/2006, n° 152, p. 51-59.
- Duru-Bellat, M. et Fournier M. 2007, L'intelligence de l'enfant. L'empreinte du social, Auxerre : Sciences Humaines éditions.
- Ebersold, S. 2005, «L'inclusion : du modèle médical au modèle managérial ? », in <u>École : comment passer de l'intégration à l'inclusion ?</u>, Reliance n° 16, Éditions Erès.
- Espagnol, P. et Prouchandy, P. 2007, La scolarisation des enfants et adolescents handicapés, Études et Résultats, DREES, N° 564, mars
- Esquirol, J.-E.-D. 1838, Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal. Réimpression de l'édition de Paris, 1838, Marseille: Jeanne Laffitte éd., 1982, 2 vol. in-8", 714 et 866 p.
- Foucault, M. 1961, *Histoire de la folie*, Paris : Plon.
- Fougeyrollas, P. 1998, « Changements sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus de handicap », Revue *Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux*, 9(2-3), p. 7-13.
- Fougeyrollas, P. 2002, « L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : Enjeux socio-politiques et contributions québécoises », *Pistes*, Vol. 4, N°2, 26 p.
- Fougeyrollas, P. 2010, La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Saintmichel, G., Dion, S. A. 1999, « Conséquences sociales des déficiences et incapacités persistantes et significatives : approche conceptuelle et évaluation des situations

- de handicap ; *Handicap*, Revue de sciences humaines et sociales, n° 84, p. 61-78.
- Gardou, C. 1996, Parents d'enfant handicapé, Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Gateaux-Mennecier, J. 2001, La Débilité légère, une construction idéologique, Paris : CNRS.
- Goffman, E. 1968, *Asiles*, Paris: Les éditions de minuit.
- Goffman, E. 1977, Stigmates, Les usages sociaux des handicaps, Paris : Les éditions de minuit (1ère éd. 1963).
- Hamonet, C. 2012, Les personnes en situation de handicap, coll. « Que sais-je ? », Paris : P.U.F.
- Lahire, B. 1993, Culture écrite et inégalités scolaires. Sociologie de l'« échec scolaire » à l'école primaire, Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Lahire, B. 2010, « La transmission familiale de l'ordre inégal des choses », *Regards croisés sur l'économie*, n° 7, Paris : La Découverte, p. 203-210.
- Laparra, M. 2011, « Les ZEP, miroir grossissant des évolutions et contradictions du système éducatif français », *Revue française de pédagogie*, n° 177, oct.-déc. 2011. p. 47-60.
- Laparra, M. et Margolinas, C. 2012, « Oralité, littératie et production des inégalités scolaires », in <u>L'attention aux différences</u>, *Le Français aujourd'hui*, n° 177, 2012/2, p. 55-64.
- Lautrey, J. 2007, « Pour l'abandon du QI : les raisons du succès d'un concept dépassé », in Marie Duru-Bellat et Martine Fournier, *L'Intelligence de l'enfant. L'empreinte du social*, Auxerre : Sciences Humaines éditions.
- Le capitaine, J.-Y. 2007, « De l'intégration à la scolarisation : le choc des mots, le poids des faits », *Liaisons*, Bulletin du CNFEDS, Chambéry, N° 6-7, mai 2007, p. 49-56.
- Le capitaine, J.-Y. 2008, « Oser interroger l'école inclusive », in <u>L'école à l'épreuve du handicap</u>, Les Cahiers Pédagogiques n° 459, janvier 2008, Paris: CRAP, janvier 2008, p. 23.
- Luckasson, R., Bothwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et coll. 2003, Retard mental: définition, classification et systèmes de soutien (10° éd.) Eastman, Québec: Éditions Behaviora. (Traduction sous la dir. de Diane Morin de l'ouvrage original publié en 2002).
- Luhmann N. 1995, Social Systems, Stanford: Stanford University Press.
- Marmion, J.-F. 2008, « Le QI est-il cuit ? » In Les autres intelligences, Mensuel Sciences Humaines n° 190, février 2008.
- Metteau, A. et Bonjour, P. 2005, « L'admission en institution médico-sociale : des tensions inéluctables pour relier décision et consentement ? », Reliance n° 20, Éditions Erès,

- p. 55-62.
- Minaire, P., Flores, J.L. 1985, Épidémiologie du handicap: étude fonctionnelle d'une population, Bron: Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité.
- Misès, R. (sous la dir.) 2012, Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012, 5° édition, Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique, 128 p.
- Misès, R., Perron, R., et Salbreux, R. 1994, Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant. Paris: ESF, 298 p.
- Morisset, H. 2005, « Les publics des IMpro : de la période 1958-1975 à nos jours », in *Handicap, difficultés scolaires et inégalités sociales*, Nouvelle Revue de l'AIS, n° 31, Octobre 2005, Éditions du CNEFEI, p. 55-65.
- Morisset, H. 2010, La médecine et le travail social à la recherche des inadaptés et des débiles mentaux, Paris : Publibook, 381 p.
- Morniche, P., Boissonnat, V. 2003, « Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance" », Revue Française des Affaires sociales, 2003/1-2 (n° 1-2), p. 267-285.
- Morniche, P., Ravaud, J.-F. 2003, « Santé et handicaps, causes et conséquences d'inégalités sociales » in <u>Les inégalités</u>, *Comprendre*, n° 4, p. 87-106.
- Murphy, R. F. 1990 (1987), The Body Silent. A Journey into paralysis, traduction française, Paul Alexandre, Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé, Paris : Plon.
- Nagi, S.Z. 1965, «Some conceptual issues in disability and rehabilitation» in Sociology and Rehabilitation (Edited by Sussman M.B.), p. 100-113, Washington D.C.: American Sociological Association.
- O.M.S. 1988, Classification internationale des handicaps, Déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies, CTNERHI-INSERM, Vanves (version anglaise WHO 1980).
- O.M.S. 2001, CIF, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève: Organisation mondiale de la santé.
- O.M.S. 1993, CIM 10 / ICD 10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, Paris : Masson.
- Ordre des psychologues du Québec. 2007, Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental, Montréal: OPQ.
- Périer, P. 2005, École et familles populaires. Sociologie d'un différend, Rennes : Presses universitaires de Rennes.

- Perron, R. 1968, « Pour une nouvelle approche des problèmes posés par le retard mental », *Enfance*, tome 21, n° 3-4, p. 271-282.
- Poizat, D. 2006, « Repères sur l'inclusion : Monde, Europe, France », *Reliance*, N° 22, Décembre 2006, Éditions Erès.
- Poizat, D. 2009, « Faut-il envisager l'usage de l'indicateur international d'espérance de vie scolaire pour les enfants et adolescents en situation de handicap ? », in <u>Orientation et Mondialisation</u>, 32ème colloque international de l'association francophone d'éducation comparée, Dijon, juin 2009, p. 158-169.
- Ricoeur, P. 1990, Soi-même comme un autre, Paris: Seuil.
- Rosenthal, R. et Jacobson, L. 1971, *Pygmalion à l'école*, Paris : Casterman.
- Rossignol, C. 2010, «La notion de handicap: métaphore politique et point de ralliement des corporatismes », *Interactions*, vol. 2, 13 p.
- Salbreux, R. 2001, Déficiences intellectuelles de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : conceptions françaises, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, volume 12. numéro 2, déc. 2001, p.217-227
- Scheerenberger, R. 1983, A history of mental

- retardation, Baltimore: Paul H. Brooke.
- Schulteis, F. (sous la dir. de), Frauenfelder, A., Delay, C., Pigot, N. 2009, Les classes populaires aujourd'hui - Portraits de familles, cadres sociologiques, Paris: L'Harmattan, Coll "Questions sociologiques".
- Stiker, H-J. 1982, *Corps infirmes et sociétés*, Paris : Aubier Montaigne.
- Thin, D. 2009, Un travail parental sous tension: les pratiques des familles populaires à l'épreuve des logiques scolaires, *Informations sociales*, 2009/4, n° 154, Caisse nationale des Allocations familiales, p. 70-76.
- Trouilloud, D. et Sarrazin, P. 2003, Les connaissances actuelles sur l'effet Pygmalion: processus, poids et modulateurs, *Revue Française de Pédagogie*, n° 145, octobre-novembre-décembre 2003, p. 89-119.
- Vial, M. 1990, Les enfants anormaux à l'école -Aux origines de l'éducation spécialisée, 1882-1909, Paris : Armand Colin, 231 p.
- Wavelet, J.-M. 2008, « L'élève extraordinaire dans l'école ordinaire : difficultés des élèves ou difficultés de l'école ? », in <u>L'école à l'épreuve du handicap</u>, Les Cahiers Pédagogiques, n° 459, janvier 2008, Paris : CRAP.

	Annexes	

### **Sommaire**

1. Calcul de la prévalence de la déficience intellectuelle	1
2. Tableau de dépouillement des dossiers	3
3. Note sur le « goulot d'étranglement » post-troisième pour les élèves d'ULIS TFC du département du Rhône	5
4. Carte de l'aire de recrutement des usagers de l'IME Yves Farge.	7
5. Tableaux et graphiques des CSP des parents des usagers de l'IME Yves Farge	8
6. Rapport concernant Léo	.12
7. Entretiens avec les psychologues	.15
8. Entretien avec Mme L., enseignante-référente	.20
9. Vignette « Parcours de vie » de Mamadou	.24
10. Rapport concernant Amélie	.26
11. Vignette « Parcours de vie » d'Amélie	.30
12. Notes prises durant l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation à la MDPH du Rhône	a .34
13. Notes prises durant la CDAPH à la MDPH du Rhône	.38

#### 1. Calcul de la prévalence de la déficience intellectuelle

Y a-t-il corrélation des chiffres de la scolarisation des élèves TFC avec la prévalence de la déficience intellectuelle ?

Pour avoir une idée de la situation française, nous avons croisé les statistiques du ministère de l'éducation nationale et celles du ministère de la santé afin de calculer une prévalence de la déficience intellectuelle (désignée par l'éducation nationale sous l'intitulé « troubles intellectuels et cognitifs ») au sein de la population d'âge scolaire, c'est à dire majoritairement entre 6 et 16 ans. Les intervalles d'âge observés différent selon les opérateurs et nous constatons par ailleurs un glissement de l'effectif de l'école ordinaire vers les établissements médico-sociaux au fur et à mesure de l'avancée en âge des populations ciblées, c'est pourquoi il n'est possible d'obtenir qu'une approximation.

Les chiffres indiquent que l'école ordinaire scolarise 143 000 élèves désignés comme handicapés du « groupe 2 » (90 658 relevant des troubles intellectuels et cognitifs, 40 772 des troubles du psychisme et 11 651 des troubles associés) dans les premier et second degrés sur un total de 210 400 élèves désignés comme handicapés et au sein d'une population scolaire totale de 12 680 000 élèves (premier et second degrés public et privé confondus, CLIS, ULIS, SEGPA et apprentis compris). 1

Par ailleurs, les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnent 150 471 enfants et adolescents désignés comme handicapés, dont 43 000 le sont par un SESSAD (96% sont scolarisés en milieu ordinaire, soit 41 280). L'effectif des Instituts Médico-Educatifs (IME) relevant des seuls troubles intellectuels et cognitifs représente 70 000 enfants et adolescents.

Les enfants et adolescents désignés comme présentant une déficience intellectuelle sont donc estimés à environ 160 000 dans les IME et le système scolaire ordinaire réunis, ce qui sur un effectif total de 12 787 720 enfants et adolescents d'âge scolaire (correspondant au premier et second degrés), handicapés ou non, scolarisés dans les établissements scolaires publics ou privés ou accompagnés par un établissement médico-social donne une prévalence de 1,25 %, proche des taux généralement mentionnés dans la littérature, bien que ceux-ci restent fluctuant

<sup>1</sup> L'éducation nationale en chiffres

selon les critères retenus². Il est à noter que le pourcentage d'occurrences en-dessous de 70 de QI dans le WISC IV est de 2,2 %, soit 1,76 fois plus important. Serait-ce à dire qu'une part non négligeable de la population « déficiente mentale » échappe à l'école ou bien n'est pas dépistée et donc identifiées comme telle ? Cette question de la prévalence scolaire et de la prévalence globale dans la population questionne, de nouveau et au-delà de la précision des outils utilisés, sur le sens même de cette mesure.

<sup>2</sup> Cf. p. ex. Ordre des psychologues du Québec, Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental, Montréal, 2007 et Handicap en chiffres, CTNERHI, juin 2005.

## Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation » Annexes

### 2. Tableau de dépouillement des dossiers

Anonymat	DdN	Lieu naissance	Langue maternelle (réponse à la question : « tu parles quelle langue à la maison ? »	Âge d'arrivée France	Domicile	Nb frères et sœurs	AdN frères et sœurs	Autorité parentale	Profession père	DdN père	Profession mère	DdN mère	Situation parentale	Date entrée IME	Notification initiale (CDES ou MDPH)	Régime IME	Date sortie IME	Scolarité avant IME	Fréquentation scolaire
А.	15/10/92	Lyon 3	français	ø	Villeurbanne	0		conjointe	Agent poste	20/12/57	conseillère carrefour	21/12/63	mariés	27/08/08	IME Yves Farge	DP		Déscolarisé de septembre 2005 à 2007 ? CLIS G + école thérapeutique	déscolarisation
Badra	07/11/93	Algérie	Algérien	7	Vaulx-en-Velin	5	1985, 1987, 1991, 1997,2004	conjointe	ébéniste	13/11/59	sans	18/06/63	mariés	28/08/06	IME Yves Farge	DP	2013	CLIN : 2001-2002 puis CLIS L : 2002- 2006	bonne
Charlotte	31/01/94	Lyon 4	français	ø	Saint-Jean-des- Vignes	1	plus âgé	père	Ouvrier TP	04/02/72		DCD	veuf	01/08/07	IME ou UPI 1 faute de place en IME.	interne	2012	CLIS: 2002-2007	bonne
Sylvain	12/02/96	Saint-Priest	français	Ø	Saint-Laurent-de- Mure	?		conjointe	Électro-mécanicien	08/04/57	intérimaire (agent de production)	11/08/60	séparés ou divorcés	25/08/10	prioritaire (fin de notification ou pas de solution – établissement, l'année précédente) : IME et DEAT en attente	DP	2012	UPI collège B. jusqu'en décembre 2009 + SESSAD S.	déscolarisation
Gérôme	04/12/95	Villeurbanne	français	ø	Rillieux-la-Pape	5	1975, 1976, 1979, 1982, 1992	mère	DCD	03/11/56	sans	08/11/58	séparés ou divorcés + DCD	27/08/08	IME ou UPI 1 faute de place en IME + SESSAD			ITEP : Centre TH, 01	absentéisme
Salma	15/10/96	Algérie	Français / arabe	5	Bron	3	1992, 1994, 1999	conjointe	agent de nettoyage	15/09/67	sans	04/02/64	mariés	27/08/08	IME	DP puis interne		CLIS: 2004-2008	bonne
Nadia	14/01/93	Algérie	Algérien	11	Vaulx-en-Velin	4	1988, 2000, 2002, 2007	mère	? en Algérie		agent d'entretien, arrivée en 2000	27/02/67	séparés ou divorcés	30/08/07	IME	DP	31/08/09	Scolarisée en Algérie en 2003 (CM2) CLIN en CM1 et CM2 école W. 6ème, 5ème, Classe ordinaire du collège H.	fort absentéisme (courrier IA de novembre 2007)
Mamadou	06/05/92	Sénégal	Peul / français	6	Vaulx-en-Velin	3	1998, 1998, 2002	conjointe	repousseur sur métaux	25/07/63	sans	15/01/74	mariés	30/08/04	IME	DP	2010	CLIS école L.	bonne
Rimal	02/12/91	Villeurbanne	?	ø	Vaulx-en-Velin	1	2002	conjointe	couvreur	1953	sans	1962	mariés	2007	IME ou UPI 1 en LP faute de place en IME.	DP	2011	CM2 : école M. 6ème collège N. SEGPA collège N. de 2004 à 2006.	bonne
Frédéric	27/07/95	Saint-Priest	français	ø	Vénissieux	5	1990, 1992, 1993, 2000, 2003	conjointe	chauffeur PL	19/04/64	sans	24/05/65	séparés ou divorcés	27/08/08	IME + semi-internat	interne		CM2 ITEP B	absentéisme
Carmel	14/06/97	Vienne	français	ø	Décines	?		conjointe	plongeur restauration	11/03/70	sans	22/05/78	séparés ou divorcés	27/08/09	SEGPA + IME ou SESSAD	DP		CLIS Décines avec temps en CM1	bonne
Léo	1994	RDC	Lingala	15	Vaulx-en-Velin	?		père	Ouvrier TP				séparés ou divorcés	Ø	Ø	ø	Ø	peu scolarisé en RDC, en lingala 1 an d'alphabétisation à son arrivée en France en 2009 Puis 3ème SEGPA	?
Amélie	07/09/95	Congo	Lari / français	15	Villeurbanne	4		mère	chauffeur de taxi		agent d'entretien		séparés ou divorcés	Ø	IME	Ø	Ø	peu scolarisée au Congo, en lari Classe allophone quelques mois en 2011 puis ULIS en 4ème dans un autre collège puis en 3ème dans un autre encore	?
Jean	07/05/94	Villeurbanne	français	Ø	Vaulx-en-Velin	1		conjointe	ingénieur		infirmière		mariés	2008	IME	DP		CLIS puis IME	bonne
Omar	27/09/94	Tunisie	Tunisien	10	Vaulx-en-Velin	?		conjointe	maçon		sans		mariés	2010	IME ou UPI faute de place en IME.	DP		Pas scolarisé en Tunisie puis en UPI à l'arrivée en France. Refus de la mère d'aller en IME. Mise en place d'un emploi du temps partagé ULIS / IME	bonne
J.	04/07/91	Lyon 8	français	ø	Décines			conjointe Père					séparés ou divorcés	2011					

# Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation » Annexes

Anonymat	Scolarité pendant IME (LP = lycée professionnel)	Après IME	Difficultés relevées dans le dossier ou indiquées Suivis avant et après l'admission	Diagnostic (si la mention apparaît ou est connue)	Psychométrie	Remarques
А.	IME		Maternelle : troubles de l'attention et du comportement - Orthophonie 2 ans, ITTAC de 5 à 12 ans. Demande SEGPA collège C, impossible à mettre en place cause phobies. Ecole thérapeutique : défenses maniaques, inquiet, angoissé, niveau CM. Centre de jour + unité à neuro durant 1 an.	Dyshamonie psychotique, troubles de la personnalité, troubles du comportement social. Rupture du lien précoce suite à la naissance, hospitalisation. Décompensation en mars 2005.	WAIS 3 (déc 2010) : QIV : 78, QIP : 56, QIG : 66 Cube de Kohs (Juin 2008) : 70, AM : 13 ans, AR : 15 ans.	sors de l'échantillon (psychose)
Badra	ULIS collège J. Demande ULIS LP mais pas de place LP en CAP MHL CFG		Vocabulaire restreint, non francophone ?, reconnaissance de quelques mots, manque de logique, des progrès, de la motivation (bilan enseignant 15/09/2005).  Orthophonie : difficultés importantes langage oral ; troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace. Pas de sens à ce quelle lit.  IME : Lecteur débutant en 2010.	Déficience intellectuelle moyenne	WISC IV (janvier 2010): Indice de compréhension verbale ICV - 49, Indice de raisonnement perceptif IRP = 54, Indice de vitesse de traitement IVT = 73, Indice de mémoire de travail IMT = 53, QI Total QIT = 46. Vocabulaire : åge 7 ans. Déficience moyenne.	
Charlotte	SEGPA collège Q. Demande ULIS LP mais pas de places	CAP APR en MFR	CMP : 2003-2004, suivi éducatif famille d'accueil Bilan CLIS 23/10/2006 : difficultés à déchiffre, compréhension des consignes, lecture. Difficultés à l'oral, articulation. « aucune logique ». Se lrepère dans le temps. Intégrée en CM2, bonne intégration. Bonnes relations. Boude. Pb de mémorisation. Demande UPI.	Déficience intellectuelle légère	WISC III (janver 2006) : QIV : 54, QIP : 70, QIG : 58. CV : 59, OP : 71, VT : 97. WISC 4 (juin 2011) : CV : 80, RP : 60, QIT : 67.	Placement famille d'accueil
Sylvain	IME	?	Orthophonie (Novembre 2011): scores globalement situés entre un niveau CE1 et un niveau CE2. Voie phonologique relativement efficace, voie lexicale à développer.		WISC IV (mars 2011): refus de passation.	
Gérôme	tentative de scolarisation en ULIS à la rentrée 2011, arrêt au bout de 3 semaines à la demande de G.		difficultés d'apprentissage, CMP de Rillieux, lenteur Sinon rien de particulier		Non testé	
Salma	ULIS + IME		difficultés scolaires, petit fère en IME, CMP, CLIS. Évaluations CE1, rentrée 2007 : maîtrise de la langue : 39,6 %, mathématiques : 31,4 %. Pb comportement, cadre, crises	Déficience intellectuelle légère	WISC III (décembre 2007) : QIP : 60, QIV : 56, QIT : 51-62. Neuropsy (NEPSY) (juillet 2010) : norme ?	
Nadia	IME + 3ème SEGPA	LP	jes apprentissages oans le cadre d'une poursuite d'etuoes en rensegnement specialise (inve., 11EP). Aus de l'établissement à propos de l'aménagement du parcours scolaire : de par la difficulté de concentration, nous pouvons dire que cette élève présente de « légers troubles du comportement ». Un soin approprié dans un établissement de type ITEP pourrait l'aider à progresser dans ses apprentissages. Difficultés scolaires globales	Déficience intellectuelle légère	MISC III (novembre 2005): QIV: 60, QIP: 70, QIT: 60. Conclusion du COPSY: « je pense que Nadia est une élève sérieuse qui a sans doute un désir d'apprendre et de réussir. Elle a peut-être quelques difficultés intellectuelles, mais les résultats sont certainement minorés par le contexte d'arrivée récente en France. Une orientation vers une classe de SEGPA serait peut-étre à envisager si d'importantes difficultés scolaires persistent, mais il faudra qu'elle soit en mesure de continuer à s'investir dans les apprentissages en faisant le deuil de certaines ambitions. »	
Mamadou	IME + LP en CAP maçonnerie	Pôle insertion SESSAD pro	Pb de comportement, très peu scolarisé. Puis de gros progrès. Débute la lecture mais a des difficultés dans le langage. Des progrès dans tous les domaines. Amélioration de son efficience intellectuelle.	Déficience intellectuelle légère	77	
Rimal	Demande UPI LP en 2009	SESSAD + LP CAP mécanique générale	CMP	Trouble de la personnalité avec comportements incohérents et parfois mise er danger (17/01/2007).		pas de QIT quand une différence de plus de 10 ou 12 points entre QIV e QIP et 15 c'est sûr
Frédéric	ULIS collège E. LP en CAP maçonnerie		Placements + AEMO Difficultés d'apprentissage, lenteur. Absences. Pb sociaux		??	
Carmel	IME + SEGPA		CR ESS 29/01/2009: Niveau CE2. Il lui faut un environnement sécurisant. Elle pourrait suivre scolairement en SEGPA, mais cette structure est-elle rassurante pour elle à temps plein ?		??	Placement famille d'accueil
Léo	Ø		Cf. rapport complet en annexe		??	
Amélie	Ø		Cf. rapport complet en annexe + parcours de vie	Déficience intellectuelle légère	QIT: 54	
Jean	IME + ULIS collège IME + ULIS LP automobile carrosserie		Syndrome génétique rare. Vaste tableau clinique dont TFC.	Déficience intellectuelle légère	??	
Omar	IME + ULIS puis IME seul		Quasi multié, parle par onomatopées ou par bribes difficilement compréhensible Pas de repères dans le temps et dans l'espace Pas de maîtrise orale ou écrite de la langue Très peu d'autonomie dans les apprentissages Vient seul à l'IME parfois en vélo	Déficience intellectuelle moyenne	QIT en dessous de 50	
					SEGPA: 62 de QI au WISC III puis 18 mois plus tard 72 de QI au WAIS III	

# 3. Note sur le « goulot d'étranglement » post-troisième pour les élèves d'ULIS TFC du département du Rhône

#### Rappel des catégories d'ULIS

- ◆ TFC Troubles des Fonctions Cognitives
  - A projet spécifique : TSLP Troubles Spécifiques du Langage écrit et de la Parole
- TED Troubles Envahissants du Développement (dont l'autisme)
- TFA Troubles de la Fonction Auditive avec ou sans troubles associés
- TFV Troubles de la Fonction Visuelle avec ou sans troubles associés
- TFM Troubles des Fonctions Motrices (dont les troubles dyspraxiques)
- ◆ TMA : troubles multiples associés (pluri-handicap ou maladie invalidante) → pas dans le Rhône

#### Les EPLE du second degré public dans le Rhône (2010)

- 110 collèges publics
- 32 lycées professionnels (LP) publics
- 41 lycées d'enseignement général et technologique (LEGT) publics

#### Nombre d'ULIS actuellement collèges et lycées confondus (2013)

		Public	Privé	TOTAL
ULIS	ULIS TFC/TPC	47	11	58
TFC	ULIS TSLP	10	2	12
	ULIS TED	8	0	8
	ULIS TFA	4	0	4
	ULIS TFV	4	0	4
	ULIS TFM	2	0	2
	TOTAL	75	13	88

#### Détail pour les ULIS TFC (2013)

- 37 ULIS TFC dans les collèges publics
- ◆ 10 ULIS TFC dans les LP publics
- ♦ 0 ULIS TFC dans les LEGT

#### Calcul rapide

- Une ULIS  $\approx$  12 élèves
- 37 ULIS TFC collège  $\approx$  444 élèves dont on peut supposer qu'un quart sort chaque année (fin de  $3^{\rm e}$ ) soit 111.
- 10 ULIS LP  $\approx$  120 élèves dont on peut supposer qu'un quart sort chaque année soit 30.

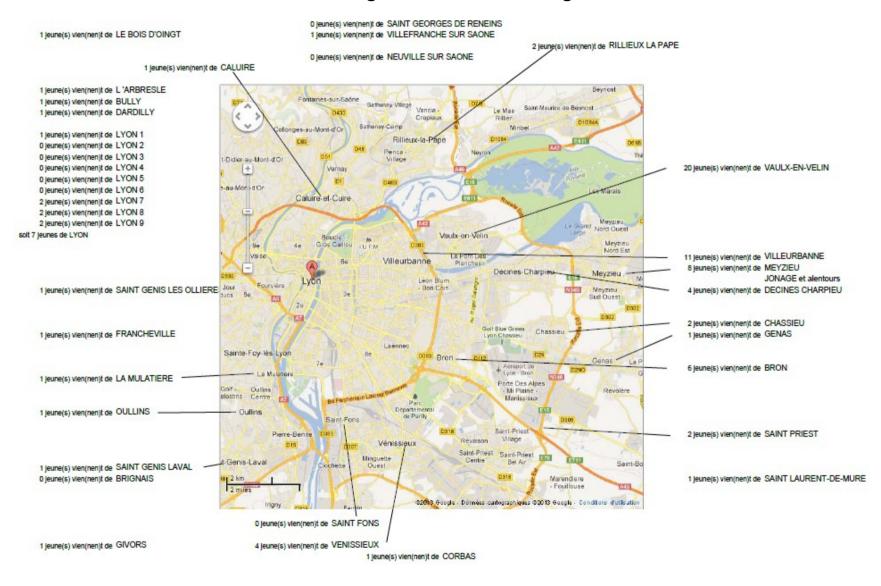
On observe donc un « **goulot d'étranglement** » pour les élèves sortant d'ULIS TFC de collège puisqu'il n'y a de la place que pour **27** % d'entre eux. La question est : « *mais où vont les autres ?* »

#### **Extrapolons**

- → Si tous les collèges publics du Rhône étaient dotés d'une ULIS TFC cela représenterait environ **1320 élèves.**
- → Si tous les lycées du Rhône (LP et LEGT) étaient dotés d'une ULIS TFC cela représenterait environ 876 élèves.

Soit **un déficit de 444 places** ce qui signifie que même dans la meilleure des configurations possibles (qui n'est pas réaliste pour tout un tas de paramètres dont le premier est que certains lycées sont déjà dotés d'une ULIS relevant d'une autre catégorie), seulement deux élèves sortant d'ULIS collège sur trois auraient une place en ULIS lycée (66 %).

#### 4. Carte de l'aire de recrutement des usagers de l'IME Yves Farge



# 5. Tableaux et graphiques des CSP des parents des usagers de l'IME Yves Farge

### PCS des parents des usagers de l'IME Yves Farge - Année scolaire 2010-2011

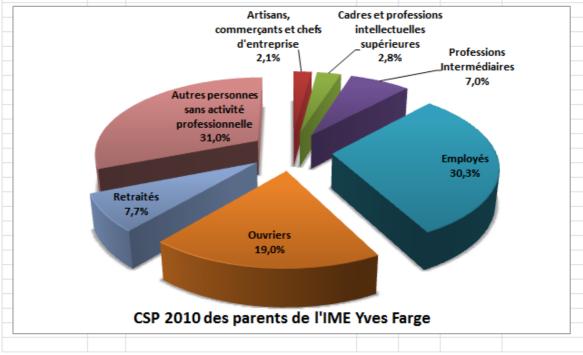
N° ▼	Profession PERE	Code PCS 200 🚽	Profession MERE	Code PCS 200
1	GRUTIER	6	VENDEUSE	5
2			SANS PROFESSION	8
3	MECANICIEN	6	SANS PROFESSION	8
4	INVALIDITE	8	SANS PROFESSION	8
5	AGENT DE LA POSTE	5	CONSEILLERE CARREFOUR	5
6	MACON	6	ASSISTANTE MATERNELLE	5
7	OPERATEUR	6	AGENT TECHNIQUE	5
8	OPERATEUR	6	AGENT TECHNIQUE	5
9	AGENT D ENTRETIEN	5	AGENT D ENTRETIEN	5
10	TECHNICO COMMERCIAL	4	SECRETAIRE JURIDIQUE	4
11	FONCTIONNAIRE MAIRIE	5	SANS PROFESSION	8
12	EBENISTE	2	SANS PROFESSION	8
13	SABLEUR	6	SANS PROFESSION	8
14			SANS PROFESSION	8
15	POLICIER MUNICIPAL	5	HOTESSE DE CAISSE	5
16	OUVRIER BTP	6		
17			SANS PROFESSION	8
18	SANS EMPLOI	8	SANS PROFESSION	8
19			AUXILIAIRE DE VIE	5
20			CONTROLEUR DU TRAVAIL (DDTE)	4
21	PROGR. REGLEUR SUR CN	6	SANS PROFESSION	8
22	AGENT TECHNIQUE	5	AGENT TECHNIQUE	5
23	CADRE SUPERIEUR DE SANTE	3	CADRE DE SANTE	4
24	ELECTO MECANICIEN	6	INTERIMAIRE	5
25	DCD	8	SANS PROFESSION	8
26	IMPRIMEUR	4	RETRAITE (INVALIDITE DES HCL)	7
27	FONCTIONNAIRE	5	TRAVAIL A DOMICILE	5
28			BIBLIOTHECAIRE	3
29	BOUCHER	2	ASH	5
30			SANS PROFESSION	8
31			SANS PROFESSION	8
32	REPARATEUR SAV		CONSEILLERE DE VENTE	5
33			CONSEILLERE DE CAISSE	5
34	MACON FINISSEUR	6	SANS PROFESSION	8
35	RETRAITE	7	SANS PROFESSION	8
36	TECHNICIEN POLYVALENT		ASSISTANTE MATERNELLE	5

#### PCS des parents des usagers de l'IME Yves Farge - Année scolaire 2010-2011

37	ı ı		SANS PROFESSION	8	
38	BOUCHER	2	COLLABORATRICE EN BOUCHERIE	5	
39	RETRAITE	7	RETRAITE	7	
40	RETRAITE	<del></del> -	RETRAITE	7	
41	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I		AGENT DE PRODUCTION	6	
42	AGENT EXPLOITATION TRANS	5	EMPLOYEE ADMINISTRATIVE	5	
43	AGENT EXPEDITATION THANS		CONTROLEUSE QUALITE	4	
44	AGENT DE PROPRETE	5	SANS PROFESSION	8	
45	AGENT DE PROPRETE		SANS PROFESSION	8	
46	TOLIER - CHAUDRONNIER	6	MONTEUSE - CABLEUSE	6	
47	PLONGEUR RESTAURATION	5	SANS PROFESSION	8	
48	PLONGEOR RESTAURATION		ASSISTANTE TRANSPORT	5	
	ODEDATE ID DECLEUD ON	_		5	
49	OPERATEUR REGLEUR CN	6	ASSISTANTE MATERNELLE		
50	AIDE SOIGNANT	5	ANIMATRICE ET AGENT D'ENTRETIG	4	
51	INTERIMAIRE	6	MERE AU FOYER	8	
52	OUVRIER	6	SANS PROFESSION	8	
53	SABLEUR	6	AIDE A DOMICILE	5	
54	CARROSSIER	6	SANS PROFESSION	8	
55					
56			SANS PROFESSION	8	
57	INTERIMAIRE BTP	6	SANS PROFESSION	8	
58			AGENT POLYVALENT HOTELERIE	5	
59	CHAUFFEUR LIVREUR	5	EMPLOYEE ADMINISTRATIVE	5	
60	INVALIDITE	8	SANS PROFESSION	8	
61	REGLEUR	6	AGENT DE SERVICE	5	
62	INVALIDITE	8			
63	SAPEUR POMPIER PRO	5	AGENT DE RESTAURATION	5	
64			SANS PROFESSION	8	
65	RETRAITE	7	RETRAITE	7	
66	CHEF DE PROJET	3	TECHNICIENNE EN BIOLOGIE	4	
67	OUVRIER	6	SANS PROFESSION	8	
68	REGLEUR	6	OUVRIER SPECIALISE	6	
69	INGENIEUR	3	INFIRMIERE	4	
70	SANSEMPLOI	8	AIDE MENAGERE	5	
71			VENDEUSE	5	
72	CHAUFFEUR PL	6	SANS PROFESSION	8	
73	RETRAITE	7	SANS PROFESSION	8	
74			SANS PROFESSION	8	
75	CONSEILLER SOCIAL	4	ASSISTANTE MATERNELLE	5	
76	MAGASINIER	6	SANS PROFESSION	8	
77	RETRAITE	7	SANS PROFESSION	8	
78	RETRAITE	7	SANS PROFESSION	8	
79	ELECTRICIEN	6	ANIMATRICE PETITE ENFANCE	5	
80	PLONGEUR	5	SANS PROFESSION	8	
81	OUVRIER	6	SANS PROFESSION	8	
82	AGENT LOGISTIQUE	5	ASSISTANTE DE VIE	5	
83	<u>l</u>		SANS PROFESSION	8	
84	ÎNVALIDITE	8	SANS PROFESSION	8	
04					
04	Nb cellules non vides	61	Nb cellules non vides	81	142

#### PCS des parents des usagers de l'IME Yves Farge - Année scolaire 2010-2011





Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation »

Annexes

N° ▽	Profession PERE	Code PCS 200 <sub>\rightarrow</sub>	Profession MERE	Code PCS 200			II	NSEE - PCS 2003 - Niveau 1 - Liste des catégories	sociopr	ofession	nelles
1	AGENT DE LA POSTE	5	conseillère carrefour	5			Code	Libellé CSP	Total	Père	Mère
2	ébéniste	2	sans	8			0	Sans réponse	6	3	3
3	Ouvrier TP	6					1	Agriculteurs exploitants	0	0	0
4	Électro-mécanicien	6	intérimaire (agent de production)	6			2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1	1	0
5			sans	8			3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	1	0
6	agent de nettoyage	5	sans	8			4	Professions Intermédiaires	1	0	1
7			agent d'entretien	5			5	Employés	8	5	3
8	repousseur sur métaux	6	sans	8			6	Ouvriers	7	6	1
9	couvreur	6	sans	8			7	Retraités	0	0	0
10	chauffeur PL	5	sans	8			8	Autres personnes sans activité professionnelle	8	0	8
11	plongeur restauration	5	sans	8				Totaux (pour contrôle)	26	13	13
12	Ouvrier TP	6									
13	chauffeur de taxi	5	agent d'entretien	5						Cadres	et professions
14	ingénieur	3	infirmière	4				Artisans, commer		_	ellectuelles
15	maçon	6	sans	8				Agriculteurs exploitants et chefs d'entrep	rise /	SU	périeures
16	-							0,0% 3,8%			3,8%
	Nb cellules non vides	13	Nb cellules non vides	13	26						Professions
	Nb cellules vides	3	Nb cellules vides	3	6						Intermédiaires
	Taux de réponse	81%	Taux de réponse	81%	32	Retraités_		Autres personnessans activité professionnelle 30,8%  Ouvriers 26,9%			3,8% Employés 30,8%
						0,0%		CSP des parents de l'éd	chant	illon	

#### 6. Rapport concernant Léo

#### Stage d'évaluation de Léo

#### **Contexte**

Dans le cadre du partenariat entre l'IME Yves Farge et le collège H., nous avons mis en place un « stage d'évaluation » en vue d'une demande de réorientation en IME.

Léo, élève en 3ème SEGPA, a donc suivi un stage à l'IME Yves Farge du 8 au 26 novembre 2010, dans les ateliers « nature et environnement », « habitat », « électromécanique » et de « mise en situation de travail ».

### Rapport de stage et d'évaluation

#### Atelier habitat

#### TRAVAUX RÉALISÉS

- Petit muret en briques comprenant: niveau, alignement, équerrage et aplomb.
- Pose d'agglos (travaux réels).
- Réalisation d'un petit coffrage (petite dalle en béton).

#### **ATTITUDES**

Très bon travail durant son stage, en quelques séances Léo est parvenu à la partie coffrage. Il assimile très rapidement les consignes d'exécution du travail demandé. Il est tout à fait autonome. Le travail réalisé est de bonne qualité.

Les relations avec les autres élèves sont correctes, il peut aider un camarade.

Avec l'adulte, la communication n'est pas très développée mais il fait des demandes à bon escient, uniquement sur le travail. L'élocution est faible.

Il n'a pas montré de problème de comportement qui a été durant le stage très correct.

Léo n'a pas le profil des élèves de l'IME, il est d'un niveau nettement plus élevé.

*B.*, Éducateur technique

#### Atelier mise en situation de travail

#### TRAVAUX RÉALISÉS

- Léo a passé une journée en atelier, au montage de fermetures de portes.
- Il a conditionné des pièces par 50.
- Il a approvisionné les postes de travail.

#### **ATTITUDES**

Il comprend les consignes, les met en application et les mémorise.

En une journée il a bien assimilé les tâches a exécuter.

Il connaît les outils et leur utilisation.

Il compte bien et rapidement

Par contre, il semblerait qu'il est des difficulté de compréhension de la langue française.

Léo est très a l'aise en atelier.

*E.*, Éducatrice technique

#### Atelier nature et environnement

#### TRAVAUX RÉALISÉS

- · ramassage des feuilles
- construction d'un composteur
- préparation des sols

#### **ATTITUDES**

Léo possède des savoirs, des savoirs-être, des savoir-faire et une certaine maturité qui méritent d'être mis en valeur et portés vers le haut.

Ce jeune homme est non seulement motivé mais il sait ce qu'il veut et il est capable de se donner les moyens pour y arriver si on l'accompagne. En effet ses lacunes linguistiques posent, pour l'instant quelques soucis, mais il est curieux, dynamique et ne fait rien s'il n'a pas compris clairement la consigne et les attentes.

Il nous a montré qu'il possède des attitudes et des gestes de professionnel expérimenté.

S., Éducateur technique

#### Atelier électro-mécanique

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, Léo n'a pu suivre les enseignements de cet atelier qu'une demi-journée.

Dans les activités demandées (construction d'une éolienne), Léo semble avoir certaines connaissances de base en mécanique automobile, il a fait preuve de maturité face aux jeunes, en leurs expliquant comment faire.

*P.*, Éducateur technique

#### Compétences scolaires

Léo a passé une partie des évaluations des compétences en maîtrise de la langue et en mathématiques correspondant au palier 2 du socle.

Il en ressort que la maîtrise **de la langue française** est encore balbutiante, Léo ayant été scolarisé en langue lingala (le lingala est une langue bantoue parlée en République démocratique du Congo) jusqu'à 11 ans, il n'a été alphabétisé en langue française que durant un an en 2009-2010 lors de son arrivée en France. Le vocabulaire est limité, l'orthographe tout juste phonétique montrant une grande difficulté à entendre les sonorités des mots français pour les traduire ensuite en graphèmes. En revanche, la chronologie des temps semblent structurée.

En mathématiques, les difficultés proviennent en partie de la compréhension des consignes et des pratiques scolaires différentes. La numération est imparfaitement maîtrisée dans les grands nombres avec présence d'écritures phonétiques (6008 pour 608), la décomposition en unités, dizaines, centaines, etc. n'est pas connue mais les progrès sont immédiats après une explication et l'utilisation d'un tableau. Les quatre opérations sont connues, la technique maitrisée mais des erreurs subsistent par insuffisance de maîtrise des tables de multiplication.

**Pour conclure**, les compétences au regard des standards de l'école en France sont disparates, entre un début de CP en maîtrise de la langue et une fin de cycle 3 en mathématiques. Léo montre une grande capacité de concentration et de progression. Les progrès sont rapides dans un contexte adapté et bienveillant.

Fabien DARNE, coordonnateur pédagogique

#### Conclusion

Au regard de ce que Léo a montré durant ce stage, tant au niveau des savoirs-faire techniques et professionnels qu'au niveau de son comportement et de ses attitudes, et compte tenu de la population accueillie en IME, il n'a pour nous, aucune raison d'être orienté en institution médico-sociale.

Ses difficultés nous semblent bien plutôt relever des écarts culturels révélés par son arrivée très récente en France et de son analphabétisme en langue française.

Léo est autonome, sérieux et motivé ; il nous semble, avec un accompagnement adapté, pouvoir tout à fait s'inscrire dans une démarche de formation professionnelle.

Fabien DARNE, coordonnateur pédagogique

#### 7. Entretiens avec les psychologues

# Deux rencontres avec Mme F., psychologue cognitiviste à l'IME Yves Farge - 10 mai 2012 et septembre 2012 -

<u>Objectif</u>: obtenir une présentation des tests psychométriques, les différents types de test, ce qu'il mesurent, ce qu'il privilégient...

#### 1. Comment définiriez-vous le test du WISC ?

Le test du WISC est une photographie à un instant T de la capacité intellectuelle d'un jeune.

#### 2. Quelles sont les différences entre le WISC III et le WISC IV ?

Le WISC IV apporte une mesure du fonctionnement intellectuel global et introduit des indices sur des capacités cognitives plus fines.

Le WISC III (1995-2005 environ) comporte 2 grands ensembles : le verbal et le performance. Il n'est pas très détaillé. Dans le verbal il y a l'arithmétique ou des épreuves de mémoire à court terme. Donc pas assez ciblé. On pouvait déjà utiliser compréhension verbale, organisation du perceptif, vitesse de traitement mais les psy ne l'utilisaient pas trop, c'étaient seulement des indices optionnels en plus des classiques QIV, QIP, QIT. Et il n'y avait pas d'épreuves de raisonnement logique dans le performance.

Le WISC IV (depuis 2005) sépare la mesure de la performance en raisonnement perceptif et vitesse de traitement. Le verbal est séparé en verbal et mémoire de travail. Les indices sont devenus les QI de référence.

Maintenant il n'y a normalement plus de WISC III en service. Au niveau de l'étalonnage il n'est plus valide.

NB : Selon l'effet Flynn, qui veut que le QI moyen de la population augmente au cours des générations, un jeune aura un meilleur résultat en théorie qu'avec le III.

#### 3. Plus finement, que mesurent-ils ?

Ils mesurent selon un modèle et l'on n'est pas au bout des modèles de l'intelligence ! Par exemple « Matrices » est l'une des épreuves les plus représentatives du facteur G³ et n'était pas présente dans le WISC III.

Le WISC III est plus sur l'observation que sur le raisonnement.

Chaque épreuve est cotée de la même manière et il existe des épreuves optionnelles mais, attention, le QIT (QI total) n'est pas la somme des indices.

#### 4. Comment utilisez-vous le WISC ?

Je porte un regard clinique sur la passation : comportement du jeune, par rapport à la tâche, anxiété, stratégies mises en place, etc., cela apparaît au niveau de l'écrit qualitatif.

<sup>3</sup> Charles Edward Spearman publie en 1904 un article intitulé « General intelligence objectively and measured » dans lequel il fait état de corrélations positives entre des épreuves mesurant des aptitudes mentales différentes (Spearman, 1904). A partir d'analyses statistiques extrêmement poussées et rigoureuses (il est l'inventeur de l'analyse factorielle), il a considéré un ensemble varié de mesures psycho-physiques, de tests d'intelligence et de mesures scolaires et a constaté un facteur commun à toutes les épreuves, un facteur g (général), ainsi que des facteurs spécifiques à chaque épreuve. Le facteur g est interprété comme une capacité différentielle, innée, d'énergie mentale et de raisonnement logique. Sur la base de ce postulat Spearman propose un modèle bi-factoriel de l'intelligence, dans lequel le facteur g intervient dans toutes les activités mentales alors que les facteurs spécifiques n'interviennent que de manière plus limitée et ciblée.

5. Comment expliquez-vous l'évolution du résultat de J. qui passe de 62 de QI au WISC III en SEGPA à 72 de QI au WAIS III en IME 18 mois plus tard ?

Effectivement, l'écart est très important et l'on peut s'interroger sur ses progrès mais aussi sur ce qui a pu faire qu'il ne réussisse pas le premier test.

Concernant le WISC et le WAIS qui s'adresse aux personnes de plus de 17 ans, ils mesurent la même chose et ont subi les mêmes évolutions avec apparition de l'épreuve « Matrices » par exemple. La nouvelle version du WAIS commence beaucoup plus bas ce qui est bien pour nos publics, ça les met plus en confiance.

6. Qu'est-ce que le test Nepsy?

Le test Nepsy évalue les fonctions neuro-psychologiques. Il existe 5 grandes fonctions neuropsy (on ne peut faire passer que l'un ou plusieurs de ces blocs) :

- 1. attention et fonctions exécutives (planification, anticipation)
- 2. langage
- 3. fonctions sensori-motrices (pour évaluer les praxies : motricité fine, geste graphomoteur)
- 4. traitement visuo-spatial (rapport entre l'oeil et l'espace, du lien entre différents objets, ex : « tableau à double entrée »)
- 5. mémoire et apprentissage

Selon moi, sur la mémoire il n'y pas assez de tests.

7. Quels sont les autres tests qui pourraient aider à évaluer le fonctionnement cognitif de ces adolescents ?

Oui bien sûr, l'intérêt derrière c'est les indications, les préconisations, les adaptations.

#### Ceux que i'utilise :

- Cubes de Kohs (facteur g): utilisée seule ou dans les épreuves dans les épreuves du Wisc
- **Weschler non verbale** (4-20 ans) : code, matrice, mémoire de travail spatiale, arrangements d'images

Mais en ce qui concerne le public qu'on accueille à l'IME, les troubles, les pathologies, le contexte. l'environnement, les rendent difficilement testables.

# Entretien avec M. R. conseiller d'orientation psychologue au CIO de Lyon 9ème - Deux séances en juin 2013 -

#### Formation et métier

- 1. <u>Depuis combien de temps êtes-vous conseiller d'orientation psychologue</u>? 
  11 ans
- 2. Que faisiez-vous avant d'être COP? Étudiant en psychologie. Master 2 de psychologie clinique et pathologie à Paris V.
- 3. Quelle formation mène à l'obtention de ce diplôme?
  Licence de psychologie, concours.
  Formation de 2 ans au centre de formation national (4 en France). 1/3 de psychologie de l'orientation, 1/3 économie, travail, emploi, 1/3 connaissances du système éducatif et des procédures.
- 4. Y a-t-il une différence avec les psychologues scolaires?

  Ils sont passés par la case enseignant (3 ans en primaire) + licence de psychologie + un concours. Ils sont plus sollicités sur le plan clinique que nous parce qu'ils n'ont pas l'aspect orientation professionnelle.

  Vraiment sur des orientations individuelles, spécifiques. Façon de travailler différente, plusieurs écoles primaires. Ils peuvent avoir une série d'entretien clinique. Ils font du projectif, ils s'autorisent l'interprétatif.
- 5. <u>Combien d'élèves suivez-vous</u>? *Je suis sur 1800 élèves en moyenne.*
- 6. <u>La formation a-t-elle évolué ces</u> <u>dernières années</u>? Non. Beaucoup de rapports récents critiquent le côté trop « psy » et pas assez « monde du travail ».
- 7. En quoi consiste le métier de COP ? Participer à la construction du projet chez les élèves, via l'entretien et éventuellement test d'intérêt. C'est cet aspect sur lequel on

- passe le plus de temps. Un peu d'élaboration de séances collectives avec le prof principal. Un côté « conseiller technique » de l'établissement.
- 8. <u>Depuis quand existe-t-il</u>? *Création du statut de psychologue scolaire en 1985 et COP en 1991.*
- 9. Comment l'avez-vous vu évoluer ces dernières années ?
  Peut-être de plus en plus de demandes sur les publics à BEP. Mise en place des ULIS. Très sollicité sur les bilans 3ème ULIS, participation aux ESS. C'est une mission qui s'est rajoutée mais on était prêt à répondre à la demande.
- 10. Quelles sont les principales difficultés auxquelles vous êtes confronté? Empilement des missions. Pas de pilotage. Un peu isolé au niveau des établissements. En termes d'objectifs pas de priorités officielles. On traite les demandes au fil de l'eau. L'impression que les choses sont souvent traitées superficiellement et dans l'urgence. D'être sur 3 endroits c'est enrichissant. Parfois le sentiment qu'on n'arrive pas à « peser » sur les choses. C'est lié au nombre de demandes à traiter. On ne peut pas aller au fond des choses pour assurer le suivi d'un élèves sur une année. On est perçu comme peu présent sur l'établissement.
- 11. Qui sont vos interlocuteurs? chef d'établissement, professeurs principaux, AS, CPE, enseignants, une directrice et des collègues au CIO (une réunion de centre hebdomadaire), les élèves ou les familles peuvent me solliciter directement. Les RDV sont pris dans le bureau de la CPE, au CIO il y a un secrétariat.

- 12. <u>Dans quels autres établissements avez-vous travaillé</u>? collèges, lycées, LP en, région parisienne jusqu'à l'année dernière.
- 13. Pourriez-vous estimer la part de chacune de vos tâches principales?
  70% d'entretiens élève la plupart du temps, sur les entretiens il y a 70 à 80% d'élèves seuls et 20 à 30% accompagnés de leurs parents. Réunions (point élèves, ESS, conseils de classe de 3ème...). Interventions collectives (3 fois en 3ème cette année et 1 fois en 4ème). Bilans (CR psychologiques avec ou sans tests, surtout avec).
- 14. <u>Posez-vous des diagnostics ? Si oui lesquels (exemples)</u> ? Orientation SEGPA par exemple on pose un diagnostic de déficience ou pas, le niveau d'intelligence par rapport à une norme.

#### Outils et méthodes

15. Quels sont les différents tests psychométriques que les COP sont amenés à utiliser?

Certains ont beaucoup de tests. On les découvre et apprend à les faire passer dans le cadre du plan académique de formation.

- 16. Quels sont les différents tests psychométriques que vous utilisez?
  Le plus courants le Wisc, non verbaux le NNAT (test collectif, premier balayage, ainsi le COP participe à la détection). Wisc abrégé: 10 épreuves obligatoires, 15 parfois, passation en 1h30.
- 17. Quels sont les autres types de test? Tests projectifs : bonhomme, maison, paysage, cours d'eau, etc. pour les dys. Adaxis : perception de ses difficultés. Échelle de dépression.
- 18. <u>Avez-vous construit vos propres outils</u> ? *Non*

19. Quelles sont les autres modalités d'expertise ? Entretien de l'enfant, de sa famille, les

autres professionnels qui le suivent.

- 20. Pour quelles orientations un bilan psychométrique et/ou psychologique est/sont demandés par la MDPH + CDO-EA?

  Orientation SEGPA avec QI.
- 21. Que représente pour vous le résultat chiffré d'un WISC III, d'un WISC IV?
  Pendant longtemps, le Wisc III a encore été utilisé. Comme il est important de le référencer à un échantillon contemporain.
  On pouvait plus le tirer côté clinique, il y avait beaucoup plus de manipulation. Le Wisc IV est du cognitif plus « pur ». Cube de Kohs dans le Wisc seraient plus « pratiques ».
- 22. Quand on parle de « bilan psychologique » de quoi s'agit-il ? Compte-rendu et/ou psychométrie
- 23. <u>Faites vous des restitutions aux</u> parents ?

Sur un Wisc, il y a un exemplaire du CR pour les parents. Problème de temps, la restitution se fait souvent lors des ESS. Mais il y a une demande d'autorisation aux parents pour faire passer un Wisc, c'est un formulaire standard, qui doit être signé.

# Processus d'orientation dans le champ du handicap mental

24. <u>Selon vous quels sont les paramètres déterminants dans l'orientation d'un élève vers la SEGPA</u>?

On me pointe des élèves qui sont déjà en grande difficultés. Pédagogique pèse énormément à ce moment là. La détection a lieu au niveau de la classe. Parfois cela porte davantage sur les comportements. S'il a un indice de compréhension verbale et

raisonnement perceptif dans la moyenne, c'est pas une indication de SEGPA. Ça peut bloquer. Adhésion de la famille. QI 70-85.

25. <u>Selon vous quels sont les paramètres déterminants dans l'orientation d'un élève vers un IME ?</u>

Discute des prises en charge possibles.

26. <u>Selon vous quels sont les paramètres déterminants dans l'orientation d'un élève vers une ULIS</u>?

Un 6ème qui ne suivait pas du tout, demande SEGPA ou ULIS, le test valide le choix, observations cliniques pendant la passation. ULIS et IME c'est le même public mais quelques paramètres semblent jouer : comportement, fragilité (l'IME est plus protecteur), des besoins autres que le pédagogique...

- 27. <u>Les orientations depuis le second degré vers le médico-social sont-elles rares ?</u>
  Plutôt IME ou ITEP ?
  Plutôt ITEP, l'adolescence révèle, au collège
- 28. <u>Pourquoi selon vous</u>? Les orientations se font plutôt au premier degré. Orientation depuis une ULIS vers un IME.

ça flambe.

29. <u>Votre réaction lors d'une ESS où les professionnels ne sont pas d'accord avec vous</u>?

Si les professionnels insistent je peux

discuter.

30. <u>Selon vous qu'est-ce qui fait que les parents acceptent ou refusent la demande MDPH?</u>

C'est pas seulement les termes en euxmêmes, « ils veulent me le sortir du système classique », mon enfant n'est pas normal, peur de la stigmatisation « actée », et puis aussi qu'est-ce qu'il va faire après ? Parole de l'expert. Nombre de personnes présentes à l'ESS qui se rangent à cet avis.

- 31. Qu'est-ce qui fait ensuite que dans le cas où les parents acceptent, l'orientation se fasse ou non?

  Le manque de places.
- 32. <u>Selon vous que faudrait-il améliorer</u>
  dans cette procédure pour qu'elle se fasse
  en tenant compte au maximum de l'avis des
  parents?

C'est vrai qu'on essaye d'influencer la décision dans l'intérêt de l'enfant.

#### Concepts et définitions

- 33. <u>Comment définiriez-vous l'intelligence</u>? Liée à l'adaptation, des situations d'apprentissage, une certaine souplesse, le rapport de dépendance à l'environnement
- 34. <u>Utilisez-vous l'expression « élèves à besoins éducatifs particuliers » ? Que recouvre-t-elle selon vous ?</u>

  Pas encore entrée dans les mœurs.

#### 8. Entretien avec Mme L., enseignante-référente

- Deux séances en février et juin 2011 -

- 1. Quel est votre secteur d'intervention? Vaulx-en-Velin nord (commune de Vaulx en Velin). Ma collègue suit le secteur sud.
- 2. Combien de dossiers suivez-vous? 182 pour moi et 246 pour ma collègue (mais ils y a ceux de l'IME, environ 85, qui demandent un suivi moindre)
- Quelle est la part des enfants présentant des troubles des fonctions cognitives TFC (hors autisme) ?
   135 sur 182 (dont certains avec des troubles associés). NDR: soit 75 %
  - 4. Quelle est la proportion de dossiers concernant une orientation en IME pour adolescents dans ceux que vous gérez ?

Quantité sur l'année en IMPro : 7, 8 dossiers sur 200, soit moins de 4 %

5. De quels niveaux de classe émanent ces demandes d'orientation?
Les demandes d'orientation se font beaucoup sur les années scolaires élémentaires.

Les orientations IME « pures », c'est-à-dire issue directement du milieu scolaire ordinaire sont rares, la plupart sortent de CLIS ou d'ULIS.

6. <u>Comment l'abordez-vous avec les</u> familles ?

Pour les plus réticentes, je leur propose d'abord une classe spécialisée, puis si besoin un établissement médico-social.

 Comment qualifieriez-vous la plupart des familles concernées (sur un plan social, de maîtrise de la langue, etc.) ?

Il y a très souvent des mesures sociales. Dans environ 2/3 des situations il y a du social ou du judiciaire. C'est en augmentation au collège. Les familles se laissent porter, assister. Il y a peu de familles autonomes qui sont en mesure de faire le dossier seule, de demander les pièces, qui me tiennent informée, qui m'informent quand elles ont reçu la notification, qui relancent.

J'estime à environ 15 à 20 familles sur 200 celles qui ont des niveaux d'étude plus important, et qui, si elles sont d'origine étrangère, sont depuis plus longtemps en France et donc pour lesquelles la barrière de la langue est moindre.

- 8. Qui est votre interlocuteur?
  A 95 % l'interlocuteur c'est la mère et très souvent en tant que parent isolé. Parfois, il y a les pères mais c'est en présence des mères. Un père seul c'est rare, c'est quand la mère ne parle pas français.
- 9. Actuellement, de ce que vous observez, de quelle origine sont les familles les plus en difficulté ?

  Mayotte, Madagascar
  - 10. Quelles sont les causes de ce handicap mental que vous connaissez ou imaginez ?

Sentiment d'un handicap social, ne serait pas dans le champ du handicap. Parfois des problèmes à la naissance, des naissances traumatiques, gémellité (fréquente).

J'ai observé qu'il y a plus d'enfants jeunes ; ceux nés en octobre, novembre, décembre sont plus fréquemment dans le champ du handicap TFC. Si je fais le décompte rapide des élèves nés dans le 4ème trimestre de l'année civile, j'obtiens les chiffres suivants :

- ULIS B.: 9 sur 12 soit 75%
- ULIS N.: 4 sur 6 (chiffres incomplets) soit 66%
- CLIS W.: 6 sur 12 soit 50%

Nous allons maintenant essayer de préciser

le déroulement de la procédure d'orientation.

11. Quelle est la procédure pour déclencher la demande d'orientation?

Sur l'élémentaire, il y a déjà eu des aménagements scolaires (moins de travail, des tâches aménagées, des niveaux différents, des adaptations, p. ex. des CM2 qui travaillent au CE2). Mais les difficultés scolaires persistent, même avec les aménagements ça ne va pas, soit ils se replient, soit ils pètent les plombs. Ils sont tous passés dans les RASED.

Troubles psy, CAMSP, CMP, les pro du soin se font du souci.

On réunit l'équipe éducative : enseignant(s) c'est conjoint avec maître du réseau, psychologue scolaire, famille.

- 12. Quel est l'élément déclencheur? Ce qui déclenche, c'est l'impression de ne pas pouvoir les faire avancer. Il y a généralement une année de retard (c'est le cas de tous dans le secondaire). L'année où il rentre dans le champ du handicap ils sont généralement « maintenus » dans le même niveau de classe.
- 13. <u>Généralement, la première demande émane de qui</u> ? Des enseignants.
- 14. <u>Jamais des parents</u>? Non
  - 15. <u>Comment sont associés les parents</u> avant ?

Plusieurs rencontres avec les parents avant généralement, puis il y a l'équipe éducative. L'ER-SH peut être invitée dans certains cas. Il y a un gros travail en amont pour travailler avec la famille, il n'y a pas de « mauvaise surprise » lors de l'équipe éducative. Il faut souligner ici le rôle primordial du RASED. C'est plutôt le psy du RASED qui fait ce travail avec la famille. Pour info, il y a 4 psychologues scolaires et 2 COP sur le secteur.

16. Comment se déroule l'équipe

## <u>éducative</u>, <u>quelle est la part du</u> psychologue ?

Il s'agit avant tout de faire un point sur la situation, par rapport aux attentes de compétences scolaires, dire le décalage. Le ou la psychologue scolaire n'est pas toujours présent-e au début. L'équipe propose aux parents de faire un bilan psychologique. Il peut y en avoir plusieurs de réunion de l'équipe éducative. Celle qui acte la demande d'orientation demande un bilan psychométrique.

17. Quand intervenez-vous?

Ma présence n'est pas obligatoire à ce stade-là de la procédure. En équipe éducative, il est souvent dit aux parents « si vous êtes d'accord on vous envoie vers l'ER-SH ».

D'un point de vue pratique, la constitution du dossier MDPH est portée par l'ER-SH. La fiche officielle de l'IA dit « vous avez 4 mois pour faire les démarches, soit vous constituez le dossier vous-mêmes, soit avec l'ER-SH, soit avec la MDPH », mais tous appellent l'ER-SH! La majorité veut qu'on le remplisse ensemble.

## 18. Que doit comporter le dossier MDPH à ce moment-là ?

Le dossier comporte une partie famille, une partie médicale (remplie par les médecins scolaires de Vaulx-en-Velin), des renseignements scolaires, un bilan psychologique, le compte-rendu de l'équipe éducative, généralement rédigé par le directeur ou éventuellement l'enseignant et centralisé par l'ER-SH.

- 19. Comment l'enfant est associé?
  L'élève? En élémentaire il est rarement
  associé. Il peut parfois assister à la
  conclusion. Mais un retour est fait à l'enfant,
  par la famille, l'enseignant, éventuellement
  le psy. Les équipes sur le secteur font un
  gros boulot d'accompagnement.
  - 20. <u>Selon vous quels sont les critères</u> <u>déterminants qui font que l'on</u> <u>demande une équipe éducative</u>?

C'est le retard que montre l'enfant par rapport aux autres. A partir de 2 ans de retard, au regard des compétences qui devraient être acquises en référence aux évaluations nationales, c'est là que ça devient inquiétant. C'est vraiment sur le scolaire que ça porte.

21. Pensez-vous que l'existence ou non de troubles de la conduite scolaire (problèmes de discipline, absentéisme, non participation, agitation, etc.) puisse jouer dans cette demande d'orientation?

Non, cela ne joue pas sur les TFC (troubles des fonctions cognitives).

22. <u>Pensez-vous que les compétences</u>
<u>langagières puissent influer sur cette</u>
demande ?

Oui c'est sûr mais les enseignants sont très vigilants au raisonnement également. Beaucoup d'enfants de Vaulx-en-Velin peuvent présenter des difficultés dans ce domaine et ne sont pas pour autant orientés dans le médico-social, mais ça majore l'ensemble.

23. Pensez-vous que les soins et rééducations déjà mis en place peuvent également influencer cette demande?

Ça peut jouer mais dans quelle mesure exactement? Beaucoup d'enfants sont suivis par le CMP par exemple.

24. Qu'est-ce qui va faire que la demande va privilégier un établissement ou une ULIS ?

La CLIS ou l'ULIS c'est encore du milieu ordinaire, on va les privilégier pour voir s'il peut en tirer profit.

- 25. Qu'est-ce que les parents préfèrent? C'est sûr que le côté établissement est plus difficile, l'ULIS ou la CLIS donne l'impression qu'il est encore dans le milieu ordinaire, sans « leurre »...
  - 26. Et si les parents ne sont pas

#### d'accord?

Parents qui n'adhèrent pas : c'est le fameux papier « 4 mois », qui indique le délai audelà duquel l'IA est saisie et la MDPH doit entrer en négociation avec la famille. Généralement ces familles sont dans une grande douleur. On leur propose de nouveaux rendez-vous, on les laisse cheminer. Mais il existe quelques familles résistantes, qui refusent tout, 1 an, 2 ans, avec des défauts de soin. Cela peut aller jusqu'à l'IP (information préoccupante) au conseil général, après enquête sociale menée par les AS de la MDR (maison du Rhône, émanation du CG) de secteur. Parfois ça fait avancer les choses. Parfois, il y a des rapports au juge et des décisions judiciaires (AEA, AEMO) avec des décisions de placement. Mais, il y a peu de familles très résistantes : cette année sur 20 nouveaux dossiers, 2 familles seulement ne sont pas venues voir l'ER-SH.

27. Est-il déjà arrivé que la MDPH ne rende pas d'avis favorable ? Si oui, pourquoi ?

Non, Clis ou Ulis sur du TFC y en a pas. En IME, non plus, mais parfois on est surpris par le profil d'IME proposé (ex. déficience moyenne alors que l'enfant est plutôt déficience légère). Il peut y avoir un ajournement en attente de pièces complémentaires mais ce n'est pas un rejet.

28. Avez-vous eu le sentiment parfois que l'orientation en IME n'était pas justifiée

Non. L'enseignant les connaît bien et c'est qu'ils n'avancent plus en CLIS ou en ULIS.

29. Quels sont les éléments qui font qu'une orientation n'aboutit pas ?
S'il y a assez de places! Pour la déficience légère on arrive généralement à aboutir, si ça n'aboutit pas c'est qu'il y a une résistance familiale (CLIS, ULIS, IME).
Pour la déficience moyenne: bilan psychométrique avec un retard plus massif, c'est plus difficile. Les priorités seront plutôt des sortants de CLIS TDP et des enfants

trisomiques ou porteurs de maladies congénitales.

30. Et le rôle des parents?
Le rôle des parents? Il existe des revirements, des familles pas autonomes, qui se laissent porter, qui n'ont pas d'initiative, qu'il faut relancer. Elles ne contactent pas les établissements, ne font pas les démarches d'inscription. Il y a aussi pour certaines la peur de l'établissement. Des conduites d'évitement, le refus du handicap « hors-ordinaire ». Et puis il y a aussi des questions d'éloignement, de trajets.

31. <u>Selon vous, les parents sont-ils suffisamment informés de leurs droits</u>?

Pour ceux qui font confiance aux équipes la question ne se pose pas et puis il y a ceux qui ne sont pas dans la confiance et qui vont chercher l'information et leurs droits et qui font les recours. L'ER-SH informe la famille des procédures et de leur choix. Ils disent non à tel ou tel établissement, visite d'établissement mais ne font pas toujours l'admission. Il faut un « cheminement ». C'est aussi la question des « représentations » que renvoie l'établissement : état des locaux, enfants qu'on croise lors de la visite, accueil reçu.

32. <u>Avez-vous observé des familles</u> <u>d'enfants TFC</u> ?

Il existe des familles qui ont plusieurs

enfants concernés, il y a des fratries plus sur les troubles psychiques ou du comportement. Pour les TFC c'est rare sauf dans les cas de mariages consanguins et de maladies génétiques, maladies orphelines.

33. <u>Du coup qu'est-ce qui se passe dans les écoles où ces enfants sont maintenus</u>?

Pour ceux qui sont maintenus dans le milieu ordinaire on peut dire que le niveau de tolérance des écoles est maximal sur Vaulx-en-Velin : « Ok, on continue encore un an ». Il s'agit aussi de faire poids et d'accéder à la priorisation. Donc, parfois, on propose qu'ils soient maintenus à domicile (notamment pour la déficience moyenne) pour qu'ils puissent devenir prioritaires l'année d'après.

34. Comment est déterminé le critère de priorité par la MDPH?

La priorité, c'est pour les enfants déscolarisés (qui ont moins de trois demijournées d'accompagnement dans la semaine) ou en fin d'agrément d'âge pour leur structure (12 ou 13 ans en CLIS par exemple) ou qui ont eu deux notifications l'une après l'autre, et puis c'est les autres...

35. Pour une orientation non aboutie, fautil refaire une demande pour l'année d'après ?

Non, la notification est toujours valable. On accompagne la famille et l'élève pour aboutir.

# 9. Vignette « Parcours de vie » de Mamadou

# Parcours de vie Mamadou ou le triomphe de la motivation Parcours de vie

Né au Sénégal, arrivé en France en 1998 à l'âge de 6 ans, Mamadou n'était pas scolarisé dans son pays d'origine et sa langue maternelle n'est pas le français mais un dialecte peul. Entré à l'IME Yves Farge en 2004, il était scolarisé auparavant dans une CLIS de Vaulx-en-Velin. Il a suivi le parcours assez classique des usagers qui entrent à 12 ans dans l'établissement et bénéficient d'un accompagnement essentiellement pédagogique et éducatif au travers d'activités suivies en classe, en atelier ou dans des groupes éducatifs. Si ses progrès scolaires sont lents, en revanche, Mamadou montre rapidement de bonnes capacités et une grande motivation dans l'apprentissage de la maçonnerie.

Au printemps 2008, suite à différents échanges avec les inspecteurs ASH et le proviseur d'un lycée professionnel dans le cadre du projet de création d'une nouvelle UPI, apparaît l'opportunité de proposer la candidature de Mamadou. Ce dernier, accompagné de l'éducateur technique de l'atelier maçonnerie de l'IME et du coordonnateur pédagogique, rencontre en juin les enseignants du lycée et intègre à la rentrée 2008, à temps partagé, la classe de première année de CAP maçonnerie.

L'enjeu est de taille, il s'agit de réussir à accompagner Mamadou qui a encore de grosses lacunes en enseignement général pour qu'il puisse donner toute sa mesure en maçonnerie.

Les difficultés ne se font pas attendre et certains professionnels se sentent déstabilisés par l'arrivée de cet élève « extraordinaire ». Plusieurs régulations sont nécessaires et c'est grâce au travail de suivi et de partenariat avec la proviseure-adjointe et le proviseur que les choses se mettent en place peu à peu au bénéfice de l'élève. Les équipes de direction des deux établissements se rencontrent pour se connaître, échanger et formaliser le partenariat par une convention de coopération.

Mamadou s'accroche et devient rapidement le meilleur élève de l'atelier maçonnerie mais du côté des résultats scolaires le premier trimestre est difficile, il n'a la moyenne dans aucune matière. L'accompagnement par l'IME dans le cadre de l'Unité de Soutien à la Scolarisation (l'USS) se traduit dans l'aide apportée à la recherche de stage, le soutien scolaire (essentiellement sur la maîtrise de la langue et les mathématiques) et l'aide aux devoirs. Il reste très motivé et progresse si bien qu'en fin d'année scolaire, il a la moyenne dans quasiment toutes les matières et notamment les mathématiques et le français.

Durant l'année scolaire 2009-2010, l'USS poursuit l'accompagnement de cet adolescent au plus près de ses besoins en privilégiant la scolarisation au lycée. Mamadou continue de progresser et obtient sont CAP de maçon haut la main en juin 2010. Lors de l'ESS, il est décidé d'arrêter l'accompagnement de l'IME et de passer le relais à un SESSAD pour aider Mamadou dans son insertion sociale et professionnelle.

Malheureusement, un contexte économique difficile combiné à ses propres difficultés ne permettent pas à Mamadou de trouver rapidement un emploi.

Malgré son diplôme il doit s'inscrire à la mission locale de Vaulx-en-Velin et à pôle emploi. Il est également accompagné par un SESSAD professionnel. Mamadou ayant besoin et envie de travailler rapidement il est mis en relation avec une entreprise d'insertion spécialisée dans la rénovation de logement, la peinture, les petit travaux de maçonnerie.

Suite à cette expérience de 6 mois, il présente sa candidature à une société d'intérim spécialisée dans le bâtiment et enchaîne les missions en tant que maçon sur différents chantiers. Il obtient son permis de conduire.

Quand l'accompagnement par le SESSAD pro s'arrête, la société d'intérim poursuit son accompagnement vers l'emploi. Il bénéficie d'une formation pour se perfectionner dans un domaine de la maçonnerie et est accompagné vers l'emploi.

## 10. Rapport concernant Amélie

# Stage d'évaluation d'Amélie

Amélie, née le 7 septembre 1995

#### Rappel des objectifs du stage

A la demande de l'enseignante-coordinatrice de l'ULIS du collège et suite à une demande d'orientation en IME pour cette élève, un stage d'évaluation de 3 semaines a été proposé par l'IME Yves Farge en vu de donner un avis circonstancié sur les besoins et les capacités d'Amélie en rapport avec la population actuellement accueillie à l'IME. Il n'est pas question de nous substituer à l'équipe pédagogique du collège ou à l'équipe d'évaluation de la MDPH en validant ou infirmant une orientation demandée mais d'affiner l'évaluation des compétences d'Amélie dans le cadre strict de l'IME et de sa population afin d'aider au diagnostic.

**Amélie**, élève en 3ème ULIS, a donc suivi un stage à l'IME Yves Farge dans les ateliers nature et environnement, habitat, électromécanique et de mise en situation de travail ainsi que dans certains temps de classe.

#### Dates et emploi du temps

Stage d'évaluation du **lundi 16 janvier au vendredi 3 février 2012**, Repas compris et prise en charge par l'IME

- <u>Lundi 9h-16h30</u>: Atelier Habitat Atelier électromécanique
- Mardi 9h-16h30 : Atelier HAS Atelier Nature et Environnement
- Mercredi 9h-13h : classe
- <u>Jeudi 9h-16h</u>: Atelier de mise en situation de travail
- Vendredi 9h-13h30 : Atelier Nature et Environnement

#### Rapport de stage et d'évaluation

#### F., professeur des écoles spécialisé

Amélie a semblé apprécier le fait d'être en classe et s'est prêtée sans difficulté à cette évaluation. Côté maîtrise de la langue, les lettres de l'alphabet ne sont pas toutes (re-)connues à l'écrit dans les différentes graphies. A l'oral les phonèmes ne sont pas identifiés précisément et à l'écrit le lien entre graphème et phonème n'est pas construit le plus souvent (cf exercice de mise en relation de sons avec les lettres ou syllabes correspondantes d'un mot représenté en dessin). Dans ces conditions, la dictée de sons ou de petits mots courants est quasiment impossible. La compréhension de texte lu à l'oral est difficile tant pour restituer des informations précises tirées du texte que pour établir des relations de cause à effet. Le vocabulaire manque parfois de précision.

En mathématiques, la comptine numérique jusqu'à 100 est mal maîtrisée, la décomposition

centaines-dizaines-unités est à revoir, la lecture des nombres est difficile (ex : 42 = quatre deux, 68 = six huit). En opérations, seules les additions avec retenues semblent maîtrisées mais des capacités en calcul mental paraissent réelles (additions et soustractions de petits nombres). En géométrie, le repérage sur quadrillage parait acquis alors que les principales formes géométriques sont connues de noms mais pas forcément toutes reconnues sur feuille.

Amélie présente globalement des compétences a priori de début ou milieu de cycle 2 de l'école élémentaire (CP/CE1 ?) sous toutes réserves et avec prudence vu le court temps de travail avec cette jeune fille et son itinéraire personnel.

#### · M., professeure des écoles spécialisée

Amélie est une jeune fille assez discrète mais qui s'est rapidement adaptée. Elle a été appréciée de tous et a même commencé à nouer des relations privilégiées avec quelques adolescentes. Elle a bien communiqué avec les adultes mais en donnant des versions différentes de sa vie selon les personnes.

Elle a apprécié les activités proposées avec une nette préférence pour l'atelier HAS. Elle a également aimé la classe car « *c'est trop difficile au collège* ». Elle a montré un intérêt pour les activités proposées en classe et n'a pas hésité à demander de l'aide en cas de difficultés. Pour autant, elle a déclaré le dernier jour ne jamais vouloir revenir à l'IME à cause « *des autres enfants* ».

Sur le plan des apprentissages, le niveau est faible (CP). Son arrivée récente en France explique sans doute son manque de vocabulaire qui peut avoir des répercussions sur la compréhension verbale mais il est difficile de faire la part des choses entre les effets d'une scolarisation en pointillés au Congo et une possible déficience intellectuelle. En mathématiques, elle parvient à calculer de petites sommes en dessinant des bâtons. Les techniques opératoires ne sont pas en place. La lecture n'est pas maîtrisée, il est difficile à Amélie de lire des mots ou même des syllabes. Elle peut copier un texte en formant correctement les lettres.

#### A., Éducatrice technique spécialisée

Amélie a participé à l'atelier Hygiène Alimentation Service trois mardis matin.

**Évaluation** avec les critères de la « fiche d'évaluation suivie pré-formation et éducation technique »

#### Savoir être :

Pour tous les critères, Amélie a un niveau « acquis ».

#### Savoir faire et compétences :

Acquis ou en voie d'acquisition pour les critères : régularité, compréhension, précision, motivation, respect des règles de sécurité, attention et concentration

Pour les critères mémoire, dynamisme, ordre et méthode, rapidité : difficile d'évaluer sur une aussi courte période.

#### Tâches effectuées

Lors de la première séance, Amélie a participé à la réalisation d'un repas « espagnol » : tortilla, riz safrané au chorizo, et crème catalane. Ne connaissant pas ces plats, elle s'est montré curieuse, intéressée et tout de suite participative.

Lors de la deuxième séance, elle a participé à la réalisation d'une pâtisserie. Participation, curiosité.

Pour la troisième séance, Amélie a cuisiné un plat qu'elle avait choisi : des ailerons de poulets panés. Elle s'est montrée très consciencieuse et concentrée sur toute la durée de la préparation. Elle a mené à bien le nettoyage de son plan de travail et fait la vaisselle dans la continuité.

Amélie a montré beaucoup de plaisir à être en atelier. Elle est d'une présence très agréable de par sa bonne humeur, son esprit d'équipe, sa grande curiosité sur l'activité et son désir d'apprendre à cuisiner. Elle est à l'écoute des conseils de l'adulte et questionne beaucoup sur les ingrédients, la façon de faire, l'usage des ustensiles. Elle a également dit son envie de montrer, à travers le plat préparé, ce dont elle était capable à sa mère.

En ce qui concerne l'acquisition de savoir faire techniques et de compétences, elle aurait tout à fait sa place dans l'atelier. Cependant, étant donné ses capacités, elle risque de ne pas y trouver toute la stimulation et l'émulation nécessaire à sa progression.

#### • E., Éducatrice technique

#### Atelier de mise en situation de travail

Amélie est une jeune fille qui pendant le stage passé en atelier a eu un bon relationnel avec les jeunes du groupe et le professionnel. C'est une jeune fille qui observe beaucoup ce qui se passe autour d'elle. Elle comprend les consignes et peut les mettre en application. Sa gestuelle et sa dextérité manuelle sont bonnes.

Amélie a travaillé sur de la mise en sachet, par 10 et 50 pièces elle n'a pas fait d'erreur et était rapide, elle peut tenir une cadence. Ensuite elle a agrafé des sachets, bonne utilisation de l'agrafeuse toujours avec un rythme régulier.

Amélie ne refuse pas le travail, elle est volontaire.

Elle dit préférer la cuisine, mais malgré tout elle c'est bien investie dans l'atelier mise en situation de travail.

Par contre lorsqu'elle parle de son parcours, il semble que ce n'est pas clair pour elle.

### S., Éducateur technique spécialisé

#### **Atelier Nature et Environnement**

Amélie a montré qu'elle a acquis un certain nombres de compétences transversales telles que l'assiduité, la ponctualité, l'esprit d'équipe, le respect de l'autorité, la recherche et le traitement de l'information. Elle se repère avec facilité dans l'espaces et dans le temps. Elle a confiance en elle et se montre curieuse. Elle est volontaire et persévérante. Pour apprendre elle accepte et admet qu'il est normal de se tromper.

Ses sœurs qui, d'après elle travaillent, lui montrent le chemin à suivre et lui permettent

d'avoir un espoir en terme d'insertion socioprofessionnelle car elles sont arrivées du Congo en même temps qu'elle.

Elle a eu une attitude tout à fait correcte avec les élèves de l'IME, même si elle disait parfois que ce sont des « fous ».

#### **EVALUATION CLINIQUE**

#### · Y., Chef du Service thérapeutique

Une évaluation clinique d'Amélie a été réalisée en mars 2011 par Mme A. Conseillère d'Orientation Psychologue au collège X. L'échelle non verbale d'intelligence a été utilisée. Les conclusions du bilan indiquent : « une déficience cognitive très basse du fait des traumatismes de l'enfance et de la séparation familiale parentale et une orientation vers le secteur du handicap. »

L'évaluation clinique menée dans le cadre du dispositif d'évaluation de l'IME s'est déroulée sur le mois de janvier 2012. La partie performance du WISC IV et l'entretien clinique ont servi de support à l'évaluation.

Outre les conclusions précédentes que nous partageons, nous avons pu noter : un déficit lexical, une altération de la sphère verbale venant entraver les processus de compréhension et de sémiotisation, une faible estime de soi, une certaine inhibition. Le déracinement culturel nous semble être le facteur majeur limitant sa capacité d'adaptation sociale.

Nous n'avons pas noté de trouble de la personnalité.

#### Conclusion

Au vu des observations et évaluations menées par les professionnels de l'IME dans le cadre de ce stage, il apparaît qu'Amélie présentent des troubles des fonctions cognitives et un important retard dans les apprentissages, bien que ses potentialités semblent supérieures à celles de la plupart des jeunes accompagnés actuellement par l'IME Yves Farge.

Ses lacunes langagières et scolaires la pénalisent dans les apprentissages mais ses qualités relationnelles, sa motivation et sa capacité de travail devraient lui permettre d'évoluer dans une formation professionnelle adaptée.

Elle aurait, selon nous, besoin de cours d'alphabétisation et de stages de mise en situation de travail.

Fabien DARNE, Coordonnateur pédagogique

# 11. Vignette « Parcours de vie » d'Amélie

# Parcours de vie Amélie, une adolescente en quête de racines Parcours de vie

#### Histoire familiale

Amélie est née le 7 septembre 1995 à Brazzaville, capitale de 1,3 millions d'habitants de la République du Congo (4,3 M. h.), et est arrivée en France, à Villeurbanne, en décembre 2010. Elle a seize ans au moment de l'entretien, en février 2012.

Ses parents ont divorcé quand Amélie avait 5 ans. Suite à la séparation, sa mère est partie travailler en France pour faire le ménage dans des hôtels et lui a interdit de voir son père, chauffeur de taxi de son métier. Au Congo, sa mère vendait des fruits et légumes au marché.

Amélie a deux sœurs de 23 et 21 ans et un frère de 18 ans qui sont nés d'un premier mariage. Elle-même est née d'un second mariage et elle a aussi une sœur plus petite, de 9 ans, née en France d'un troisième père qui n'est pas à la maison. Les deux grandes sœurs sont en formation d'aide-soignante et d'aide à la personne, le frère fait du théâtre (?).

Durant tout le temps où elle est restée au Congo, Amélie était élevée par sa grand-mère maternelle, dite « La Beauté », et son grand père. Sa grand-mère travaillait le jardin et vendait ses légumes au marché. Son grand-père était menuisier. Il y avait aussi un oncle et les frères et sœurs à la maison.

Amélie est venue en France à la demande de sa mère, « une mère que je ne connaissais pas, qui était morte pour moi. », dit-elle. Elle poursuit : « difficile de partir, j'ai laissé mon père. Il ne le sait pas encore. Il me manque. Je ne l'ai pas vu depuis plusieurs années. »

#### L'école au Congo

A Brazzaville, Amélie n'allait pas beaucoup à l'école, préférant se promener avec sa sœur ou bien parce qu'assez souvent il y avait des professeurs absents qui n'étaient pas remplacés. Un rapport de la commission européenne sur le Congo indique que la principale raison de non scolarisation des enfants, aussi bien au cycle primaire qu'au secondaire et ce, quel que soit le statut de pauvreté des ménages, est le coût élevé d'accès à l'école.<sup>4</sup>

#### La guerre civile

Amélie a connu les années de guerre civile au Congo. La guerre civile du Congo-Brazzaville a duré de juin 1997 à décembre 1999, mais certains auteurs regroupent l'ensemble des conflits et troubles de 1993 à 2002 sous l'appellation de « guerre civile du Congo-Brazzaville ». Amélie raconte : « on voulait tuer mon père, des soldats. Parce que c'était la guerre. Il avait des bijoux qu'il ne voulait pas donner. J'ai assisté à la scène, avec ma mère et mes frères et sœurs. Il vivait encore avec nous. Dans une forêt, on fuyait des combats dans Brazzaville avec nos affaires. Il a donné les bijoux et ils nous ont laissé partir. J'ai eu très peur. J'ai peur des policiers maintenant, même en France. »

#### La langue maternelle

Amélie se dit catholique et le lari (kikongo-Laadi) est sa langue maternelle qu'elle appelle aussi « le patois ». Voici la phrase en langue larie qu'elle propose de dicter pour une retranscription phonétique : « Winani natsuneka lettre out'tatan ni », ce qui signifie : « je veux écrire une lettre à mon père ».

Le lari est une variété de kikongo parlée par les Laris, une ethnie kongo historiquement influente. Il est surtout parlé à Brazzaville et dans la région du Pool (sud). L'identité larie a beaucoup souffert ces dernières décennies de la guerre civile et de la résurgence des antagonismes ethniques. Aujourd'hui le groupe ethnique des Laris est toujours relativement majoritaire (1/5 à 1/4 de la population totale du pays), mais il est le moins représenté aux hautes fonctions civiles et militaires.

L'une des particularités de la langue larie est qu'il existe un ordre logique très précis dans une phrase en dehors duquel certain messages perdent toute signification, car les inversions ou les changements correspondent alors à des sens différents. La *marquise* de Molière aurait-elle toujours d'aussi *beaux veux* en lari ?

Amélie affirme qu'au collège on lui interdit de parler sa langue avec les 5 filles qui viennent du Congo. Elle dit les voir, du coup, en dehors de l'école.

Sur Internet, Amélie a énormément de difficultés, elle privilégie les sites en langue larie.

#### Les conditions de vie

<sup>4</sup> Rapport 2007 commission européenne, http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/jar06 cg fr.pdf

En ce qui concerne les conditions matérielles de sa vie en France, Amélie habite un appartement avec sa famille : « on est 6 avec 2 chambres. Ma mère a une chambre pour elle seule, mon frère dort dans le canapé. Moi je suis avec mes sœurs dans l'autre chambre où il y a deux lits à étage et un par terre. ». Amélie commente : « Au Congo on avait plus de place, on n'était que deux dans la même chambre. » et rajoute avec un sourire : « La petite sœur était un peu contente de nous voir arriver... »

#### La scolarisation en France

Amélie intègre d'abord une classe pour enfants allophones en classe de 4° dans un collège du secteur, elle avoue : « ça fait un peu bizarre, l'école c'est dur. Je ne comprenais rien. J'ai surtout des difficultés en français. ». Elle rajoute : « en Afrique, si tu veux pas tu vas pas à l'école. En France, l'école, c'est mieux ; ici les parents font tout pour leurs enfants. ». Amélie poursuit : « On a envoyé un courrier au collège J., parce que là-bas il y a une ULIS. C'était mieux. C'est Mme B., la professeure principale de français qui a fait ça. Puis la conseillère d'orientation psychologue. J'ai été à partir d'avril ou mai au collège J. mais c'était pareil là-bas. On a demandé à ce que j'aille dans un autre collège, A. J'ai changé au vacances d'été. Je suis entrée en 3ème. Ça se passe pareil. C'est très difficile de lire, d'écrire. Mais j'ai progressé. »

- « Ce que je cherche c'est bien lire. »
- « A la maison on parle le lari mais mes frères et sœurs ils savent lire le français. Ils travaillaient au Congo, c'est sans doute là qu'ils ont appris à lire le français. »

#### L'orientation

Amélie est lucide : « après le collège, c'est fini après la 3ème. Il faut chercher une place mais pas au lycée. »

Concernant l'IME, elle avoue : « ici c'est bien. Mais moi je veux pas. Je voudrais une classe spéciale pour apprendre à parler français. Je voudrais travailler en cuisine. Je ne veux pas retourner au collège. »

Amélie reconnaît qu'elle n'est ici que contrainte : « ma mère dit que c'est mieux de venir ici. Au collège c'est vrai que c'est trop difficile. Je veux plus aller à l'école. Dans mon quartier on me dit que c'est pour les handicapés. Je dis rien. Je pense pareil. Je ne suis pas comme eux. Du coup je ne veux pas y aller, mais je n'ai pas d'autre solution. »

• Qu'est-ce que tu attends de la France ? « C'est bien, c'est riche. »

# Fabien DARNE - Mémoire de Master 2 Recherche « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation » Annexes

- · C'est quoi ton rêve ? « Rester célibataire, en France. »
- Quel est ton projet ? « Cuisinière, avoir de l'argent. »
- Celui de ta mère ? « Elle veut que je réussisse bien à lire pour avoir un métier. »

# 12. Notes prises durant l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation à la MDPH du Rhône

### Participation à l'EPE MDPH - 12 juin 2012

#### **Participants**

- 1 directrice IME
- 1 directeur SESSAD
- 1 médecin scolaire
- 1 psychologue MDPH
- 1 AS MDPH
- 1 gestionnaire MDPH

#### Oue doit-on faire?

- On reconstitue le parcours en émettant des hypothèses.
- Lecture des dossiers (pédagogique, CR ESS, médical, psychologue, AS) lors de la séance
- Moins de 10' par dossier
- 24 dossiers en 3h30.
- · Souci géographique.
- Message envoyé par la notification, parfois préconisation
- Les personnes autour de la table ne connaissent pas toujours les ESSMS et les EPLE.
- Grille d'autonomie pour la PCH : chaque département a construit sa grille.
- 1. A. L. ( 19/01/1995): demande AVS: 6h pour voir comment il s'en saisit
- 2. <u>G. A. (♀ 23/08/1996)</u> : sortante de CLIS, ULIS collège demande ULIS LP + IME. demande déjà IME par le passé. Psychométrie déficience moyenne. Temps partagé : IME + ULIS LP + si pas de place SESSAD pro. AEEH : taux d'incapacité supérieur à 50%
- 3. O. H. (3 16/08/2001): placé depuis l'âge de 3 ans. 2007 en ITEP. 2008 ITEP J. + foyer T.. Ne sait ni lire, ni écrire, niveau CP. Pas de soin psychologique. IME ou ITEP. Evaluation psychométrique de 2008. Pas de nouvelles mesures psychométrique. Pas d'ESS. Ajournement. Bilan de PEC de l'ITEP.
- 4. W. H. (3 11/03/2005): demande ITEP ou SESSAD et AVS. Lecture de l'avis de la famille. AEMO après AEA. Déjà une AVS. L'école pousse pour un ITEP dans ses écrits mais la mère fait blocage, demande autre AVS. CR ESS dit encore AVS. Un peu déscolarisé par l'IEN. Décision: ITEP. Peut pousser le juge à prendre des mesures également. Pas de bilan psychométrique. ITEP temps partagé ou SESSAD et plus d'AVS. Avis de l'école: suit la maman.
- 5. <u>S. C. (& 01/08/1999)</u>: primo-arrivant de Roumanie arrivé en France à 5 ans parle très bien français mais pas ses parents. CM2 en 2010. Première demande, CLA-NSA (au collège). 2 années en 6ème. Fort absentéisme mais pas de pb de comportement. Suspicion de précarité: mais non. 8 enfants. **Contradiction dans le dossier**

- pédagogique: progresse et ne progresse pas. Très débrouillard et fait beaucoup d'efforts. Délégué de classe. Bilan 21 mars 2011. N'a pas passé le test verbal. IP 76 IT 58. Demande: IME par dossier de la famille via l'AS scolaire. Demande ULIS TFC côté pédagogique et COP. Décision: ULIS TFC partagée avec un IME ou un SESSAD.
- 6. <u>C. T. (& 30/12/1999)</u>: ajourné précédemment par manque de pièces. Collège M. AVS depuis 2 ans. Entre en 5ème. Demandes: SESSAD, AVS, AEEH. Handicap = dysgraphie éventuellement dyspraxie, troubles attentionnels? WISC IV 2010. S'investit, bonne volonté, mais s'évade régulièrement, a besoin d'être recentré. Lenteur, fatigabilité, difficultés relationnelles. Outil informatique, ergothérapie, orthophonie. **Décision:** pas de SESSAD. Demande de CM renseigné par un pédopsychiatre. Suppositions sur la situation: toutes ces prises en charges peuvent faire écran à d'autres problématiques. On laisse 12h d'AVS. Taux < 50%.
- 7. <u>F. C. (& 16/12/1996)</u>: En ULIS collège, demande ULIS LP. Niveau 3ème. Sortant de CLIS. **Décision : ULIS LP. Pas de bilan psy actualisé.**
- 8. A. G. (3 05/02/2002): IME G. avec internat séquentiel. Enfant trisomique avec troubles autistiques, adopté. Pas de langage mais autonome avec aide? Demande IME P. (ouvert 365 par an) ou P. pour le répit. Difficultés massives au domicile, violence, grosse crise hospitalisation. Plus de suivi SESSAD depuis juin 2010 suite à son entrée en IME. Urgence socio-familiale. Suivi CMP. Psychotique. Famille thérapeutique le WE, Dr F. Décision: IME P. avec partenaires V., P., C., etc.
- 9. S. M. (3 28/06/2004): première demande. Placé depuis 2009 famille d'accueil. Suivi CMP. Violences à l'école. MDR a délégation de l'autorité parentale. Parents absents. Demande: ITEP à défaut milieu ordinaire + AVS (pour le médecin, mais l'inverse pour l'équipe pédagogique). Pas de bilan psychométrique mais avis du pédopsychiatre. Décision: ITEP avec internat à défaut SESSAD + AVS (12h), si pas de places en ITEP.
- 10. M. A. (♀ 05/01/1996): après CLIS TDP. Actuellement en 3ème SEGPA + notifiée mais sans SESSAD. Demande ULIS LP avec demande LP H. ou J. Bilan COP actualisé, WISC IV: résultats hétérogènes QIT non pertinent (ICV 57, IRP 79, IMT 58, IVT 78, QIT: NS.). Trop de troubles cognitifs pour la SEGPA. **Décision: ULIS pro avec un SESSAD.** Taux: 50%.
- 11. <u>J. G. (& 13/09/2004)</u>: en second CP syndrome multidys (centre de référence, bilan HFME). Médecin demande CLIS TSLP + AVS. Suivi CMPP. Lecture : déchiffrage. Pas niveau attendu en CP. Famille demande CE1 + AVS plus longtemps. L'équipe pédagogique s'interroge sur les limites de l'AVS. Demande AVS 18h + CE1. La demande de CLIS TSLP n'apparaît que dans le dossier médical, demande de l'ancienne école. Proposition : SESSAD La famille ne demande que l'AVS. Puis discussion, problématique psycho-affective. Rajouter qu'il relève éventuellement d'une orientation scolaire. SESSAD + 12h AVS et préconisation de poursuite des soins. Demande d'AEEH.
- 12. S. S. (3 19/02/2000): Première demande. La demande arrive car l'équipe n'a pas tranché entre ULIS et SEGPA. Enfant du voyage, arrivé du Kosovo. Sans papier. Centre d'accueil. Suivi AEMO. Médecin scolaire ne sait pas exactement ce qu'il faut

- faire. Arrivée en France : août 2009, pas scolarisé dans le pays d'origine. C'est son deuxième CM2. Demande : SEGPA avec SESSAD, avec apprentissage en vue. Situation très précaire. Difficile à l'écrit. Test non verbal, Colombia : 91. Pas dans la déficience. Mais a-t-il le niveau scolaire ? Trouble du langage autre que le français ? Demande SEGPA + ?? demande contradictoire entre document CDO et renseignements scolaires qui parlent d'ULIS ou d'ITEP. **Décision : ITEP (5) (avec internat pour l'aspect social) + dans l'attente SEGPA + SESSAD.**
- 13. <u>L. F. (♀ 05/07/2005)</u>: demande CLIS + SESSAD + AEEH. Elle est maintenue en grande section, stratégie en attente de CLIS. Demande CLIS TFC. Retard global. En progrès au niveau relationnel. Décision : CLIS TFC + SESSAD.
- 14. M. B. (♀ 22/02/1995): déscolarisée. Très dépendante. Vient d'arriver de Tunisie. Première demande. Demande AEEH, PCH, IME. HFME: évaluation de dépendance (mesure d'indépendance fonctionnelle, MIF). Si très dépendante, polyhandicap → secteur spécialisé donc vu dans une autre commission. Là elle est déficiente elle ne parle pas. Déficience profonde? Certificat médical qui atteste. Décision: IME (5). A domicile: donc prioritaire. Taux à 80 % touche l'allocation au vu de la MIF. Remarque: lenteur de la demande 1 an.
- 15. <u>G. S. ( 25/07/1993)</u>: passé
- 16. A. T. (3 21/08/1999): demande IME. Vient de la MDPH de la Loire. Une sœur en ESAT, une sœur en ULIS. Enfants placés. AEMO par le passé. En internat complet depuis septembre 2010 à l'IME. Il a été en CLIS + SESSAD. Demande IME. Très bas au niveau psychométrique: déficience moyenne. N'a pas progressé au niveau de la compréhension verbale.
- 17. B. H. ( 09/12/2003) : demande : AVS + AEEH. Passé.
- 18. M. B. (3 21/08/1998): demande ITEP déjà traité en décembre 2011. Demande d'élargir pour sortir de C. et aller vers des ITEP pour adolescents « classiques ». C'est la mère qui saisit de nouveau la MDPH. Projet soutenu par l'ITEP, demande ITEP E ou C. Pas de certificat médical donc dossier rejeté? C'est une demande de l'ITEP suite à un redéploiement qui ne permet plus l'accompagnement. Beaucoup de questionnements autour de cette demande peu claire. Vu l'âge l'EPE aurait pu d'emblée lui notifier les ITEP ado. Décision : 8 ITEP.
- 19. L. C.: pas traité
- 20. <u>K. D. (& 13/03/2008)</u>: demande AVS. Déjà connu pour 9h d'AVS. CR ESS de mars 2012. Déscolarisé depuis noël. Rescolarisé 2h. Trop de troubles du comportement. Suivi au CMP. Conclusion: pas du tout prêt pour le groupe, pas autonome, besoin de soin. Questionnement autour de la capacité de l'école... Nouvelle ESS le 4 mai, en attente de ce CR.
- 21. <u>L. L. (♀ 09/12/2005)</u>: demande CLIS. 2ème grande section. Orthophoniste, neuropédiatre. Soin CMP. Langage de 4 ans. Décision : CLIS TFC et poursuite des soins + AEEH 50%.
- 22. <u>Y. A.</u> (<u>3 03/03/2000</u>): demande ULIS. En mai 2012 première notification: SEGPA. Refus catégorique de la maman qui veut ULIS. La COP dit ULIS. La mère dit qu'il ne trouve pas sa place au collège, qu'il souffre. Il est en 6ème ordinaire. **WISC IV mars**

2011 = 84. Pas dans le sens des parents si l'intérêt de l'enfant est en jeu. TOC, difficulté relationnelle. ULIS TPC? La psychologue de la MDPH voudrait faire le lien. Médication, orthophonie, thérapie familiale. Décision: SEGPA pas ULIS car pas déficient. La mère ne voudra pas qu'il aille en SEGPA. Changement de la décision: ULIS TPC + SESSAD pour 3 ans.

## 13. Notes prises durant la CDAPH à la MDPH du Rhône

#### Notes prises durant la CDA plénière MDPH - Mercredi 30 mai 2012

- Une vingtaine de personnes
- Président de la CDA, M. V.
- Un gestionnaire à chaque fois
- Liste de dossiers (environ 800 par semaine, 1/3 enfants, 2/3 adultes)

#### Les situations

- 1. AA (fille, 7 ans): demande AVS et AEEH, plusieurs rejets. Conciliateur. Bilan neuropsychologique. Avis du médecin. Pas de retard intellectuel, troubles praxiques et attentionnels. Proposition PPS + AVSi (12h). Maintien rejet AEEH. Validé.
- 2. CC (garçon, 12 ans): recours gracieux sur une orientation en IME ou en ULIS. (actuellement IME M.). Propositions de 4 IME et pas ULIS. Recours de la famille pour demander une ULIS. Les parents disent leur inquiétude que l'IME ne soit pas adapté. L'IME lui, pense qu'il a besoin d'un cadre rassurant. L'EPE maintient sa proposition. Le pédopsychiatre confirme. Faible potentiel cognitif, relationnel fragile. Président: « et s'il n'y a pas de place? » Réponse du gestionnaire: « Il est en limite d'âge ». Commentaire: « Dommage que la famille ne s'en soit pas emparé ». Trouver une place dans la continuité. Notification jusqu'en 2015 à Mathys Jeune. Validation: IME, régime indéterminé.
- 3. AP (garçon, 16 ans): retour de la famille. Ecole élémentaire puis ULIS TED. 3 ans avec soin à l'ITTAC puis Elie Vignal, ordinaire. EPE a suivi. Recours tribunal du contentieux des incapacités (TCI): Elie Vignal. ESS difficile. Conclusion: orientation structure plus adaptée. Famille a demandé une éducation structurée, un établissement mais avec niveau scolaire normal? N'existe pas. Du coup proposition d'ULIS TED en LP + SESSAD. Père refuse au dernier moment, maintien 1 an à Elie Vignal + deuxième AVS. EPE: PEC globale type IME EVALA + maintien ULIS LP + SESSAD. Capacités intellectuelles préservées. Cet enfant a un potentiel. EVALA: pas adapté, ne traitera pas les aspects scolaires (avis Sesame autisme). On comprend que les parents aient une forte exigence scolaire. Les parents pensent que s'il avait une éducation structurée il pourrait aller jusqu'au bac pro. Validation: ULIS LP TED + Sessad ou IME Evala.
- 4. LR (garçons 6 ans et demi) : recours gracieux 3 IME et en attente de classe CLIS maternelle TFC. La famille demande CLIS élémentaire. ESS décembre 2011. Niveau de langage moins de 50 mots, n'est pas dans le groupe, ne dessine pas, numération très faible. Plus de progression. EPE pense qu'il n'a pas sa place en CLIS élémentaire. Bilan complet HFME en attente. Question du manque de places, pour les parents ils pensent que la notification donne une place. Décisions « virtuelles » ? Décision : Refus CLIS élémentaire accord IME.
- 5. NC (3 ans): recours gracieux. Demande d'AVS. AEEH et son complément. Proposition AEEH.

# Université Lumière Lyon 2 - Institut des Sciences et Pratiques d'Éducation et de Formation Mémoire de Master 2 Recherche

# « Sciences et pratiques de l'éducation et de la formation »

Année universitaire 2012-2013

Nom de naissance et prénom : **DARNE Fabien** N° étudiant(e) : 9328684

Titre:

#### Processus d'orientation en institut médico-éducatif

Sous-titre:

Le cas des adolescents d'un IME de l'Est lyonnais

#### Problématique:

Par quels processus institutionnels des adolescents sont-ils désignés comme déficients intellectuels légers et orientés en IME? Quelles places y prennent les déterminants sociaux, les éléments psychopédagogiques et les parents?

#### Résumé:

C'est à travers l'observation des situations particulières d'adolescents orientés dans un IME de l'Est lyonnais que s'est faite jour la question du processus de leur orientation.

Quatre hypothèses sont alors formulées :

- le point de départ du processus d'orientation en IME émane de l'enseignant et s'appuie préférentiellement sur des critères comportementaux et de maîtrise de la langue française notamment écrite;
- la procédure qui se met en place est du seul ressort des professionnels de l'éducation nationale, elle laisse peu la place à la parole de l'enfant et ses parents ;
- les critères retenus par les instances décisionnelles majorent les résultats aux tests psychométriques et l'avis médical;
- l'avis des parents n'est pas toujours recueilli en toute connaissance de cause d'autant plus que leur capacité à influer sur la décision repose sur des compétences proches de la culture scolaire.

Compte tenu des hypothèses de recherche posées, le champ d'étude touche aussi bien à des éléments d'analyse institutionnelle (procédures et fonctionnement des établissements scolaires et de la MDPH), à des données statistiques, à l'analyse de travaux sociologiques ou psychologiques, qu'à l'étude du parcours de vie des élèves de l'échantillon.

#### Mots-clés:

handicap, déficience intellectuelle, école, orientation, inégalités sociales, institut médicoéducatif, maison départementale des personnes handicapées, psychométrie.

Directeur de mémoire : **Denis POIZAT** Date de soutenance : 18 septembre 2013

Note attribuée: