

# Un accompagnement spécialisé au sein d'une société inclusive

## 1/ Historique d'une évolution sociétale

Pour comprendre la signification sociétale de l'inclusion, il faut la situer dans le long terme.

Les Grecs de l'Antiquité, peuple pourtant hautement civilisé, abandonnaient aux animaux sauvages le bébé qui naissait avec une malformation. Aujourd'hui, la société se fait un devoir de le soigner, de lui permettre de devenir, autant que faire se peut, en capacité d'accéder aux bénéfices de la condition humaine. Notre société est suffisamment riche pour dispenser une part significative de sa richesse au soutien de ses membres les plus vulnérables.

C'est votre mission, elle est noble, elle ne relève pas que de la sollicitude chère à Paul Ricoeur. Elle participe aussi de la cohésion sociale au travers de la solidarité nationale. Vous faites un beau métier et un métier particulièrement utile au fonctionnement social. Et l'inclusion n'est pas une sollicitation des acteurs concernés pour qu'ils veuillent bien contribuer aux besoins particuliers de certains jeunes, c'est un devoir sociétal qui incombe à tous. Un devoir qui implique de renverser les représentations.

### **Non aux asiles dépotoirs**

A l'issue de la guerre 39-45, un mouvement s'est développé pour libérer les enfants déficients intellectuels de l'enfermement auxquels ils étaient destinés dans les hôpitaux psychiatriques quand les parents ne pouvaient les garder chez eux. Le mot d'ordre était : « Non aux asiles dépotoirs ». Vous en êtes les descendants directs en tant qu'ADAPEI affiliée à l'UNAPEI. Même si cela se traduisait alors par un accueil en établissement spécialisé, c'était une première inclusion puisque les jeunes déficients intellectuels étaient accueillis de jour ou à la semaine, et non à vie en hôpital psychiatrique, dans des conditions qu'on a du mal à imaginer aujourd'hui.

Il s'agissait par ailleurs d'une première démedicalisation. Non pas que le déficient intellectuel ne requiert pas un accompagnement médical, éventuellement des interventions chirurgicales ou et des traitements médicamenteux. Mais il ne s'agissait plus de le considérer comme un malade ou un infirme, mais comme un jeune éduicable. Et avec la loi de juin 75, il devient un jeune handicapé.

On ne mesure plus aujourd'hui l'importance de ce changement. Il est contemporain de la première CIH, Classification Internationale du Handicap. Celle-ci définit le handicap non plus comme un état caractérisant la seule personne, mais caractérisant le rapport de cette personne à son environnement, notamment à la société. Autrement dit ce n'est plus la personne qui fait problème, en tout cas pas uniquement, c'est sa particularité au regard d'une norme sociale qui lui fait problème.

## La loi du 11 février 2005

L'évolution des représentations va se poursuivre avec la loi du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Son titre témoigne d'une intention sociétale forte, même si elle ne s'est pas concrétisée comme telle en matière d'accessibilité. C'est le texte fondateur de l'inclusion, même si le terme n'y est pas. La loi aborde le handicap sous les termes de compensation et d'accessibilité : compenser la limitation relative à la déficience et rendre accessible pour permettre la participation sociale, la participation aux bénéfices de la société.

Ce qu'Amartya Sen appelle la capabilité : « *la capacité propre à la personne, ajoutée éventuellement des dispositions compensatoires qui lui permettent d'accéder comme tout un chacun aux bénéfices de la condition humaine dans une société donnée.* »

La loi a été précédée d'un rapport confié à Vincent Assante, une personne handicapée motrice. Ce rapport fonde l'orientation de la loi. Je vous cite le passage qui formule le changement de paradigme au fondement de l'inclusion. Il distingue un modèle médical et un modèle social :

- **On considère les hommes tels que la nature les a faits en s'efforçant de la corriger pour leur mieux-être.** « *Dans le modèle médical, le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. Le traitement du handicap vise la guérison ou l'adaptation de l'individu ou le changement de son comportement. Les soins médicaux sont perçus comme étant la principale question et, au niveau politique, la principale réponse est de modifier ou de réformer les politiques de santé.* »
- **On considère les hommes tels qu'ils doivent jouir des droits et des biens sociaux.** « *Dans un modèle social, par contre, le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations, dont bon nombre sont créées par l'environnement social. Ainsi, la solution au problème exige-t-elle que les mesures soient prises en termes d'action sociale, et c'est de la responsabilité collective de la société dans son ensemble que d'apporter des changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale.* »

Vous mesurez le renversement de représentation et donc de perspective. D'un côté le problème de la personne, de l'autre un problème créé par la société. D'un côté le traitement de l'individu, son adaptation, son changement de comportement, de l'autre la compensation et l'accessibilité en faveur de la participation à la vie sociale.

La loi du 11 février 2005 va notamment impliquer la scolarisation des jeunes handicapés dans l'école de leur domiciliation. Processus inclusif, qu'on dénommait auparavant intégration scolaire, mais qui, malgré la succession des circulaires au sein de l'Education nationale, ne s'était jamais vraiment développé.

## La recommandation européenne sur la dés-institutionnalisation

Ce n'est donc pas la recommandation européenne sur la dés-institutionnalisation qui a lancé le processus d'inclusion, mais la loi du 11 février 2005.

Que signifie donc alors ce slogan de dés-institutionnalisation ? Mais au fait, c'est quoi une institution ? Il n'y a pas de société sans institution. L'école, la justice, l'académie, l'ARS, le centre social, l'ASE, la CDAPH, l'hôpital, sont des institutions. Les institutions font société, avec leurs défauts et leurs qualités. Elles sont l'expression de la « solidarité organique »<sup>1</sup> qui structure une société, elles assurent une continuité d'existence collective au-delà de la succession des générations. La raison d'être d'une institution réside dans l'utilité sociale que lui attribue la collectivité nationale.

Comment alors appréhender le terme de dés-institutionnalisation ?

Le Conseil de l'Europe considère :

- que le placement des enfants en institution (il faut entendre ici « établissement spécialisé ») risque de ne pas respecter leur droit,
- qu'il faut changer les représentations sur les personnes handicapées en promouvant des pratiques inclusives,
- et donc qu'il faut « *remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité* ».

Ce qui est questionné par le Conseil c'est donc :

- d'une part le placement (supposant un caractère contraignant) et non pas l'accueil en établissement,
- d'autre part le risque ségrégatif de l'établissement spécialisé.

Le Conseil considère ensuite que la famille est le « *cadre naturel pour la croissance et le bien-être de l'enfant* » et donc qu'il revient aux parents de choisir « *la manière dont ils satisfont les besoins de l'enfant [...] sous réserve que leurs décisions soient prises en connaissance de cause dans l'intérêt supérieur de l'enfant et que ces décisions soient manifestement conformes à cet intérêt.* » En conséquence il incombe à l'Etat « *de financer et mettre à leur disposition tout une gamme de services d'excellente qualité parmi lesquels les familles d'enfants handicapés pourront choisir diverses aides à leurs besoins.* »

Qu'en est-il en France ?

1/ L'accueil d'un enfant avec un handicap dans un établissement spécialisé n'est pas un placement, il est demandé par les parents sur proposition de la CDAPH, pourquoi l'établissement ne serait-il pas un « *service d'excellente qualité* » ?

2/ Recommander à l'Etat de financer « *toute une gamme de services d'excellente qualité* », ce n'est pas dés-institutionnaliser au sens où l'institution est en France un espace socialisé. Au contraire, c'est considérer que l'accompagnement des enfants avec un handicap relève de la responsabilité des Pouvoirs publics, c'est précisément ce qu'on appelle « socialiser la protection d'une risque ».

Le Conseil de l'Europe déclare d'ailleurs vouloir se préoccuper de la vie des enfants avec un handicap « *au sein de la collectivité* ». La finalité est bien l'intégration dans la collectivité nationale au sens des dispositifs de droit commun, notamment de l'école de tous. Il ne s'agit donc pas de dés-institutionnalisation au sens français du terme mais de déségrégation. Peut-être avons-nous eu le tort dans le secteur social et médico-social d'appeler institution les établissements spécialisés en croyant leur donner une importance sociale qu'ils n'ont pas par eux-mêmes, mais par la mission qui leur est conférée.

Il y a donc deux façons de comprendre la recommandation européenne :

---

<sup>1</sup> *De la division du travail social*, Emile Durkheim, 1893.

- soit la recommandation de transférer l'accompagnement des jeunes avec un handicap du tiers-secteur vers l'offre libérale,
- soit la recommandation de privilégier un accompagnement en milieu ordinaire par un service spécialisé sur l'accueil en établissement spécialisé.

Nous ne sommes pas aujourd'hui en France dans la première perspective. Ne serait-ce que parce que la réalité n'est ni celle d'un marché libéral offrant une égale disponibilité territoriale de réponse, ni celle de parents souhaitant assurer eux-mêmes la coordination des différents spécialistes que requiert le handicap de leur enfant.

Ni le rapport Piveteau « Zéro sans solution », ni sa traduction légale dans le Plan d'accompagnement global de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ne vont dans ce sens. Ils énoncent au contraire une gestion fortement institutionnalisée de la question du handicap en affirmant qu'une société comme la nôtre ne peut pas se satisfaire de laisser des personnes avec un handicap sur une liste d'attente. La notion de gestionnaire de parcours peut certes ouvrir une perspective de coordination des interventions libérales et autres, mais les ARS privilégient bien plutôt aujourd'hui des PCPE (Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées) qui s'appuient sur les compétences associatives du tiers secteur.

## Une société inclusive

Et sans doute faut-il d'ailleurs dépasser le terme un peu réducteur d'inclusion, en ce qu'il ne serait que l'envers d'une exclusion initiale, peut-être faut-il parler bien plutôt d'une société inclusive. Ainsi Charles Gardou renverse la perspective de l'inclusion en employant le terme de société inclusive. Il ne s'agit plus d'inclure des êtres qui se seraient trouvés exclus du bien commun mais qu'il s'agit que la société soit inclusive par nature, qu'elle ne puisse pas exclure certains de ses membres.<sup>2</sup>

*« Pourquoi est-ce qu'à chaque fois que nous pouvons faire du commun, du rassemblement, on crée des mots qui sont des frontières contre lesquelles on vient butter ? Le mot inclure est une de ces frontières. C'est une manière de signifier la différence. Alors que ce que je veux signifier, c'est : ce qui fait ta singularité, c'est-à-dire ton âge, ton identité, ton orientation sexuelle, tes caractéristiques génétiques, tes appartenances culturelles, sociales, ta langue, tes convictions, tes opinions politiques ou toute autre opinion, tes potentialités, tes difficultés ou ton handicap, rien de tout cela ne peut te priver de jouir de l'ensemble des biens sociaux. Et j'ajoute : ils ne sont la prérogative et la propriété de personnes, c'est le patrimoine commun. »*

La question est donc : comment contribuer à une société inclusive ?

La notion de dispositif comme une offre pluri modale paraît particulièrement adaptée au processus d'inclusion. Mais le dispositif n'a de sens que si les différentes prestations disponibles sont articulées de façon cohérente dans un projet personnalisé développé au fil du parcours du jeune, que si ce parcours est conçu comme son parcours de vie et non le parcours d'une prestation à l'autre. Car ce ne sont pas les prestations en elles-mêmes qui font le projet de développement du jeune, c'est la globalité de l'accompagnement, la cohérence et donc la conception de prestations articulées à partir des finalités à prioriser dans le développement du jeune.

---

<sup>2</sup> *Pour une société inclusive*, Intervention à l'occasion du XXème anniversaire du SESSAD Aurore –Acodège, 12-09-14. *La société inclusive, Parlons-en*, Editions Erès, 2015.

Par ailleurs, une approche inclusive du jeune suppose de ne pas de nouveau ségréguer en interne. La tendance naturelle de toute organisation de travail est de diviser le travail, de séparer les tâches en vue de la meilleure efficacité. Cette distinction des tâches se traduit par une distinction des rôles auprès des jeunes accompagnés, elle fonde la nécessaire pluridisciplinarité. Mais cette tendance à la division du travail devient négative lorsqu'elle porte sur la nature même de l'activité.

L'inclusion ne concerne pas que les professionnels qui soutiennent les jeunes scolarisés en milieu ordinaire, à temps plein ou à temps partiel, ni même les professionnels en classes externalisées. Elle concerne aussi ceux qui accompagnent les jeunes en établissement spécialisé, en l'occurrence vos IME. C'est pourquoi vous vous efforcez d'intégrer les jeunes dans des activités de loisirs en milieu ordinaire, c'est pourquoi vous réalisez en interne et en externe des activités sportives, culturelles, de loisirs, équivalentes à celles des jeunes valides.

Mais vous devez veiller en plus à ne pas cliver les problématiques à l'intérieur de l'établissement, autrement dit à ne pas structurer votre organisation de travail à partir des types de pathologies.

A cela trois raisons :

1/ Les qualifications nosographiques actuelles (déficience intellectuelle, troubles psychiques, troubles sévères du développement, troubles du comportement, troubles sévères des apprentissages, etc.) recouvrent mal la polymorphie des difficultés de développement et leur évolutivité. Au point d'ailleurs que certains mettent aujourd'hui en garde contre l'enfermement du jeune enfant dans l'autisme, devant les diagnostics et les orientations précoces vers des accompagnements spécifiquement dédiés. L'hétérogénéité des problématiques accueillies ne doit pas conduire à leur catégorisation car celle-ci enferme les jeunes dans des types de pathologie, à l'encontre de la prise en compte de la singularité de leur développement, du caractère personnel de leur difficulté de développement. La catégorisation des difficultés de développement est inadaptée à la polymorphie des troubles observés. La notion de dispositif permet de la dépasser et favorise la personnalisation de l'accompagnement car elle suppose de s'interroger non pas sur le type de trouble du jeune mais sur la singularité de sa situation et donc de son développement. Elle suppose une polyvalence appropriée à l'hétérogénéité des problématiques plutôt qu'une spécialisation des interventions à partir de la catégorisation des problématiques.

2/ Deuxième raison.

Un jeune a besoin d'appartenir à un groupe d'âge, à ce qu'on appelle une classe d'âge. Il a besoin de se comparer à d'autres jeunes qui lui ressemblent dans leur développement physiologique et de centres d'intérêt, de se comparer pour être à la fois pareil à tous et reconnu dans sa singularité. Il a besoin de se sentir grandir et pour cela il faut qu'il puisse passer de niveau d'âge en niveau d'âge et non rester indéfiniment dans un groupe mêlant petits et grands au motif de la spécificité de sa pathologie. Bien évidemment, au regard de la gravité de certains troubles, il faut prendre en compte les rythmes et les particularités comportementales relatives aux pathologies respectives. Mais cela implique de différencier les accompagnements au sein d'un même groupe d'appartenance et non de regrouper les jeunes par pathologies, car c'est la négation même de la singularité du jeune, c'est la réduction du jeune à sa pathologie.

3/ Cela introduit la troisième raison, qui relève directement de l'inclusion. L'inclusion implique que le jeune n'est pas une pathologie, qu'il est un jeune qui, certes, a une pathologie, mais qui, comme tous les jeunes, se caractérise par un processus de développement. L'inclusion est la traduction d'une approche sociale du handicap et non d'une approche médicale au sens sanitaire du terme, telle que je l'ai précédemment évoqué en citant Vincent Assante.

Le processus inclusif c'est donc une posture professionnelle inclusive. L'inclusion ne concerne pas que la scolarisation en classe ordinaire ou en classe externalisée, ni même seulement des activités favorisant la participation sociale dans des dispositifs de droit communs, c'est une attitude professionnelle à adopter aussi en établissement, dans le rapport au statut ontologique du jeune. C'est le postulat que, quel que soit son handicap, il n'est pas « d'abord un jeune avant d'avoir un handicap », comme on le dit parfois, il est radicalement un jeune, un jeune en développement, qui requiert un environnement approprié à son statut ontologique et social de jeune d'une classe d'âge, éduqué pour grandir, enseigné pour accéder à la citoyenneté et à la participation sociale. Et donc comme tous les jeunes de son âge, au sein d'un établissement spécialisé qui s'inscrit dans une approche inclusive, il doit être considéré dans son appartenance à une classe d'âge dont le principe est de rassembler une diversité de jeunes dans un même processus de développement vers la vie d'adulte et non dans une catégorie nosographique au motif d'une homogénéité requise par la spécialisation de l'accompagnement. Car même le jeune le plus lourdement handicapé a conscience d'être un jeune, il est sensible aux signes sociaux de son statut et sensible aux signes relationnels d'un entourage qui le considère comme un jeune et non pour ses limitations. C'est ce dont nous avons commencé à prendre conscience en réalisant aujourd'hui qu'un adulte déficient intellectuel avait une vie affective et sexuelle comme n'importe quel adulte, en réalisant que la déficience intellectuelle ou le trouble mental n'annulait pas la conscience d'être un être social bénéficiant de droits et accédant aux biens communs d'une société donnée. C'est d'abord ça l'inclusion : être considéré dans sa légitimité à accéder aux biens communs. L'accès aux biens communs, l'accessibilité, c'est l'esprit de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## 2/ Clinique des besoins éducatifs particuliers

Précision liminaire.

Le terme de besoins éducatifs particuliers ne signifie pas que l'accompagnement de jeunes avec un handicap ne comporte pas une dimension soignante. Le terme renvoie à l'approche sociale et non médicale au sens sanitaire du handicap. La personne avec un handicap n'est pas un « objet de soin » mais un sujet d'existence. Et donc le jeune est considéré dans son développement, un développement qui comporte des besoins particuliers, des besoins éducatifs au sens de l'éducation qui aboutira à ce qu'il devienne un adulte, éducation qui comporte des apprentissages, des actes éducatifs mais tout autant des soins au sens médical ou psychologique.

Je voudrais maintenant proposer une assise à votre approche inclusive. Car l'inclusion n'est pas chose facile. Elle implique de se confronter à d'autres milieux institutionnels, d'autres pratiques professionnelles, des enjeux susceptibles d'être en contradiction avec votre propre activité professionnelle. Vous pouvez y perdre le sens de votre professionnalisme, vous pouvez diluer vos pratiques dans un ensemble confus à force d'être changeant, discontinu, localement à chaque fois différent. Ou vous pouvez à l'inverse vous caparaçonner dans une rigidité dogmatique ou une résistance corporative, vous appauvrir dans une critique stérile sur les insuffisances des autres acteurs, tant les parents que l'école, l'administration, les comportements d'exclusion, etc. Pour contribuer à l'inclusion, ne pas être l'auxiliaire de l'EN ou les exécutants de l'administration, les petites mains des parents ou leurs rivaux, il faut donc avoir de la force, se sentir légitime, s'appuyer sur des convictions et des compétences.

1/ Pour commencer il ne faut pas se vivre isolé dans son service ou son établissement.

Il faut appartenir à un ensemble plus vaste, à un dispositif plurimodal, à un pôle ressource, en l'occurrence votre Pôle Enfance. La question est donc : quel est le projet inclusif de votre pôle Enfance ? C'est ce que vous êtes en train de travailler aujourd'hui.

2/ Il vous faut aussi vous penser dans un ensemble plus large.

L'inclusion est un processus pensé au niveau national. Au-delà de votre Pôle Enfance et de votre ADAPEI, vous devez pouvoir vous appuyer sur une instance nationale, l'UNAPEI. Celle-ci est consciente de la fragilisation de ses fondements devant l'évolution de l'offre de service au travers du processus d'inclusion. Les ADAPEI se sont en effet constituées à partir du mot d'ordre « Non aux asiles dépotoirs », en créant des établissements dédiés aux déficients actuels, puis en se développant au travers de l'accueil des enfants en exclusion scolaire. Elles ont conçu leur développement en termes d'établissements recours contre l'enfermement asilaire ou protection d'une population en situation d'exclusion scolaire. On demande aujourd'hui à ces associations de déconstruire ces établissements pour les concevoir comme des dispositifs plurimodaux.

L'UNAPEI est consciente de la fragilisation de ses établissements par le processus d'inclusion. Il se trouve que j'ai rencontré récemment le Bureau de l'UNAPEI pour redéfinir la mission de son Centre de formation. Les administrateurs me disaient : « *Pour que les savoir-faire développés par le mouvement ne soient pas « emportés par la vague inclusive », les professionnels des ADAPEI ont besoin de se former afin de démontrer la valeur ajoutée du mouvement dans leurs contacts avec les acteurs du droit commun.* »

L'appartenance à un mouvement national est un des éléments constitutifs de votre identité médico-sociale. Pour ne pas la penser sur le mode régressif de la résistance mais sur le mode pro-actif de la créativité à partir des savoir-faire constitués au fil d'une histoire associative, il vous faut donc vous penser au sein d'un mouvement national.

3/ Enfin il vous faut disposer d'une identité interdisciplinaire forte.

Pour naviguer dans les courants changeants, contradictoires, parfois incohérents, de l'inclusion, pour ne pas vous laisser balloter par les vents contraires, il faut pouvoir vous adosser à une approche clinique solide, à un socle clinique qui n'a pas besoin de mots d'ordre idéaux ou de supposées innovations fondées sur la critique des pratiques antérieures. Vous avez besoin d'une clinique fondée sur de la scientificité. J'ose le terme de scientificité parce qu'il n'y a pas de professionnalisme sans technicité et pas de technicité dans scientificité. Ce qui fait la valeur d'un secteur professionnel comme le BTP, c'est sa technicité constructive, sa capacité à développer des techniques en référence à des connaissances scientifiques, du simple fil à plomb jusqu'aux logarithmes nécessaires à la résistance d'un barrage.

Bien sûr votre association gestionnaire se réfère à des valeurs, bien sûr votre professionnalisme repose sur une déontologie et s'efforce à l'éthique, mais ce n'est pas ce qui fait sa valeur en termes d'efficacité. Ce qui fait la valeur de votre travail ce sont les compétences que vous développez à partir de votre savoir-faire, un savoir-faire constitué à partir d'expériences concrètes et de connaissances théoriques, des connaissances théoriques en sciences humaines. Votre action professionnelle est fondée sur de la technicité et donc de la scientificité. Cette scientificité est celle des sciences humaines, pas celle des sciences physiques. Vous avez en effet affaire à des sujets et non à des objets. Vous êtes dans un rapport d'interactivité et non dans un rapport de causalité. Vous n'agissez pas sur un jeune, vous agissez avec un jeune. Vous ne développez pas un jeune, c'est le jeune qui se développe, vous ne faites que lui offrir l'environnement, le milieu, le plus favorable à son développement.

La démarche méthodologique relative au projet individualisé doit donc être rigoureuse et notamment distinguer les finalités du développement du jeune et les objectifs de votre action professionnelle.

## **SERAPHIN Besoins Prestations**

Je vous propose à cet égard de passer par la nomenclature SERAPHIN, car elle constitue une base méthodologique intéressante.

La nomenclature du projet SERAFIN est basée sur le couple besoins/prestations. Qu'est-ce qu'une nomenclature ? C'est une description des composantes d'un problème à traiter, ici ce sont les écarts à la norme qui composent tel ou tel problème handicapant et les prestations destinées à compenser ces manques. C'est un projet à double objectif : un objectif tarifaire et un objectif relatif à la personnalisation de l'accompagnement.

L'objectif tarifaire est celui de la convergence des coûts des établissements et services du secteur médico-social pour dépasser la disparité qu'on observe d'un établissement ou service à l'autre à handicap et prestations identiques. L'objectif relatif à la personnalisation de l'accompagnement est consécutif à l'observation de l'hétérogénéité des situations handicapantes. Il s'agit de dépasser les catégorisations homogénéisantes, d'identifier le besoin de chaque personne en détaillant les composantes de sa problématique. C'est la prise en compte de la diversité des situations au sein d'un même dispositif médico-social à partir d'une nomenclature Besoins/Prestations.

Mais qu'entend-on par besoin ? Est-ce que mon besoin, c'est la mobilité, la possibilité de me déplacer de façon autonome ? Ou est-ce que mon besoin c'est un fauteuil qui me permettra de me déplacer de façon autonome ? Autrement dit, est-ce que le besoin implique une prestation qui permettra de combler le manque au regard d'un besoin humain considéré comme essentiel, en l'occurrence le besoin de mobilité.

C'est la seconde approche du besoin qu'adopte le projet SERAFIN « *Le besoin est défini comme un écart pour réaliser telle ou telle activité ou pour participer à tel ou tel domaine de participation sociale.* » Le besoin se caractérise donc par le manque au regard de la norme commune à l'humain. La prestation vient combler « l'écart » à la norme. Cette définition permet de raisonner en « *besoin pour* », sous-entendu « *pour réaliser une activité ou pour participer.* »

Exemples :

- besoin de compenser la déficience auditive / prestation : mettre en place l'appareillage et la rééducation des restes auditifs ;
- besoin de compenser le manque d'autonomie dans les transports en commun / prestation : mettre en œuvre les actes éducatifs, rééducatifs, thérapeutiques éventuellement, destinés à combler le manque d'autonomie dans les transports en commun.

La prestation sert donc à compenser la déficience auditive ou le manque d'autonomie dans les transports en commun. Elle sert à répondre au « besoin pour ». Le besoin pour énoncé par Séraphin est un besoin motivé par un besoin humain.

Il faut donc veiller à ne pas rabattre le « besoin pour » et le besoin humain. Il ne faut pas confondre les deux niveaux conceptuels de la finalité et de l'objectif, du besoin humain et du besoin pour



auquel va correspondre la prestation : « *Les prestations de soins et d'accompagnement ont pour objectif la promotion de l'autonomie de la personne.* »

La phrase ne dit pas que l'objectif est l'autonomie de la personne. Elle dit que l'objectif est la promotion de l'autonomie de la personne. Ce mot de « promotion » fait interaction entre d'une part le besoin humain, la finalité, et d'autre part le « besoin pour » qui requiert la prestation, l'objectif.

L'autonomie ce n'est pas un objectif à atteindre, c'est une finalité à poursuivre, c'est qui motive la prestation correspondante au « besoin pour ». Le « besoin pour » n'a de sens que rattaché à une finalité de l'existence humaine, à un besoin humain : l'autonomie de déplacement, les relations avec des pairs, les relations avec ses parents, l'estime de soi, la projection dans un avenir personnel, l'insertion sociale, etc.

Les prestations servent à rendre accessible malgré le handicap la réalisation par la personne de son besoin humain. En répondant aux « besoins pour », les prestations sont dédiées à ce que la personne agisse son existence, à ce que le jeune se développe au mieux de ses capacités.

La modestie du projet SERAFIN doit être soulignée. Il ne prétend pas quantifier les finalités mais les « besoins pour », pour que les personnes puissent poursuivre les finalités de leur existence.

Cette différence entre l'objectif et la finalité est fondamentale. Ce qui motive votre action, vos prestations, ce sont des finalités humaines, et vous poursuivez avec le jeune des objectifs qui contribuent à ces finalités mais qui n'en sont que les instruments. L'objectif suppose qu'on atteint un résultat, la finalité est toujours à poursuivre, elle n'est jamais atteinte, elle ne se mesure pas. Elle est ce qui motive la poursuite d'un objectif. La finalité c'est la vie, ça ne s'arrête pas, ce n'est pas un résultat à atteindre, c'est la raison de vivre. Le développement de l'enfant puis de l'adolescent, ce n'est pas un objectif, c'est la finalité même de l'éducation. Lorsqu'un enfant est adulte, il n'a pas atteint l'objectif d'être adulte, il est devenu adulte. J'insiste sur le « il est devenu ». Aucun d'entre nous n'a grandi avec l'objectif d'être adulte. Nous avons tous grandi dans la finalité de devenir adulte, motivés pour devenir adulte. Devenir ce n'est pas atteindre un résultat, c'est être dans le fil de la vie. Comme devenir vieux d'ailleurs.

Il faut que nous veillions à ne pas rabattre nos formulations sur le mode de l'objectif. J'espère que vous sont étranges des formulations comme : avoir atteint le résultat d'être adulte, avoir atteint le résultat de participer à la vie sociale (et ensuite on fait quoi ?), avoir atteint le résultat de l'estime de soi (suffisante, en baisse, en hausse ?)... J'espère que cela vous semble absurde.

C'est l'erreur d'une méthodologie d'objectifs étroitement causaliste, qui se focalise sur le résultat immédiat, qui en fait le motif de l'action, qui oublie de se référer à une finalité. La méthodologie par objectif a en effet souvent été réduite au rapport de cause à effet du monde des objets. Ce qu'elle n'était pas du tout à l'origine dans le domaine de la pédagogie. La méthodologie par objectifs distinguait la finalité – par exemple, acquérir une maîtrise de la langue française – et l'objectif – par exemple, apprendre le genre et le nombre en suivant une progression pédagogique appropriée. Il s'agissait donc d'acquérir une compréhension du genre et du nombre **pour** maîtriser la langue, sachant que la maîtrise de la langue est une finalité à poursuivre toute son existence. Lorsque l'objectif devient la raison d'être de l'action concernant non plus un objet mais un sujet, cette action devient instrumentalisante parce qu'elle prétend transformer un sujet comme on transforme un objet. En croyant donner l'impression qu'on est efficace, en se laissant subjugué par la physique et la production normée d'objets, on a écrasé les notions d'objectif et de finalité en vue d'un seul résultat mesurable. Appliquée comme telle au monde des sujets, une méthodologie d'objectif qui oublie qu'elle n'est qu'une technique, qu'un instrument dédié à une finalité, cette méthodologie perd sa pertinence opératoire parce qu'elle ignore que l'existence de la personne est une finalité en soi et que nous ne sommes pas dans le domaine des sciences physiques mais dans le domaine des sciences humaines.

C'est pourquoi, sans du tout ignorer la nécessité de formuler des objectifs à poursuivre avec le jeune, il me semble intéressant de penser son accompagnement en termes de développement.

### **Finalités de développement, objectifs partagés avec le jeune**

Le développement, une notion que nous avons beaucoup oubliée malgré d'illustres références dans le domaine : Piaget, Wallon, Freud, Winnicott.

Cette notion de développement permet d'échapper à la perspective trop étroite du manque et de la compensation, non que ces notions ne soient pas pertinentes. Il faut effectivement identifier les difficultés rencontrées par le jeune dans son développement et cela se manifeste sous la forme de manques ou de troubles, d'écarts à la norme. Il faut identifier également les prestations nécessaires à ce que le jeune compense au mieux ces manques. Ca s'est le dispositif dans sa pluridisciplinarité, c'est le plateau repas dans ses composantes. Mais le plateau repas ne fait pas le repas. En nous arrêtant au plateau-repas, nous oublions que c'est lui qui se nourrit et que nous pouvons toujours définir ce dont il a besoin pour grandir, mais que lui va faire avec sa dynamique propre, va assimiler ce que nous lui proposons à partir de ce qu'il est.

C'est important de définir les manques, les déficiences, mais ce qui est déterminant, c'est de comprendre ce que le jeune peut faire avec sa particularité de développement. Autrement dit quelle stratégie suppléante, lui, peut-il développer ? - pas nous mais lui - peut-il développer à partir des prestations que nous lui proposons, des opportunités que nous ouvrons dans son existence, de l'environnement, soignant, éducatif, pédagogique, que nous lui proposons ?

La scientificité de votre démarche clinique repose donc sur la nécessité de distinguer :

- ce que vous faites, les objectifs que vous poursuivez avec le jeune et non sur le jeune,
- ce **pourquoi** vous le faites, les finalités de son développement qui motivent ces objectifs.

Encore une fois, il nous faut nous déprendre d'une méthodologie d'objectif causaliste dénuée de fondement dans le domaine des sciences humaines, une méthodologie qui oublie à quoi servent les objectifs, qui écrase objectifs et finalités dans une même dimension. Causaliste, la pensée priorise l'obsession du résultat sur la réflexion relative au motif de l'action. Elle est aberrante pour des sujets. Par définition un sujet est une entité en soi, une entité cause de soi. Un sujet ne peut être objet d'une action, il ne peut qu'en être le sujet. Et donc vous devez toujours penser votre action sur le mode d'une interaction dans laquelle vous agissez et le jeune agit et non d'une causalité dans laquelle vous agissez sur le jeune. Vous devez renverser l'ordre de pensée. Penser à ce qui motive votre action, penser à la finalité de développement qui motive votre exercice de psychomotricité, votre atelier éducatif, votre posture relationnelle, la signalisation au sein des locaux, les pratiques éducatives communes, etc. Ca ne veut pas dire que vous ne devez pas avoir d'objectifs, mais la méthodologie d'objectif ne consiste pas à être obsédé par le résultat, elle consiste à s'interroger sur le sens, l'utilité, de l'objectif qu'on s'est donné avec le jeune, à observer si l'action qu'on est en train de mener avec le jeune prend sens pour lui. Et si elle ne prend pas sens, c'est que l'objectif poursuivi n'est pas approprié à ce jeune-là au regard de la finalité de développement. La scientificité d'une démarche clinique ne doit pas être obsédée par l'anticipation du résultat, mais par la pertinence de l'action menée au regard des priorités du développement à soutenir chez ce jeune-là.

Pour concrétiser mon propos.

<b>Rapport d'interactivité entre un jeune et des professionnels</b>	
Jeune	Professionnel
Finalité de développement	Objectif d'action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie dans les actes de la vie sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander des renseignements</li> <li>• Se déplacer en transport en commun</li> <li>• Se repérer dans les horaires</li> <li>• Etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilité dans un espace complexe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se déplacer seul dans l'établissement</li> <li>• Se situer dans l'espace</li> <li>• Comprendre les icônes</li> <li>• Etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurité interne dans les situations de changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir ce qui va arriver ensuite</li> <li>• Tenir un emploi du temps</li> <li>• Entendre des consignes simples et constantes</li> <li>• Etc.</li> </ul>
<b>Co-action relative à un objectif motivé par une finalité de développement</b>	

Dernier aspect de la question, peut-être le plus important. Dans mon tableau les verbes sont à l'infinitif. J'ai formulé les concepts de finalité et d'objectif à l'infinitif. Autrement dit, je ne vous ai pas dit comme les utiliser dans le concret des situations. Un concept qui ne se concrétise pas, c'est un concept qui se dénature. Il faut passer du concept à l'infinitif au concept à l'indicatif. Sinon on réifie le processus, on le chosifie, on ne l'agit pas dans une interaction. Il faut lui donner des sujets. Il faut faire des phrases.

Jeune Finalité (motif de) Parce que	Professionnel Objectif (action avec) Pour que
<b>Parce que</b> nous observons que Nicolas n'est pas suffisamment autonome dans les actes de la vie sociale,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moi, éducateur, je vais lui proposer des situations <b>pour qu'il</b> apprenne à demander des renseignements,</li> <li>• Moi psychomotricienne, je vais faire avec lui de la latéralisation <b>pour qu'il</b> se repère mieux dans le temps.</li> </ul>
<b>Parce que</b> nous observons que François montre une grande insécurité interne dans les situations de changement,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moi, éducateur, je vais lui examiner avec lui l'activité suivante <b>pour qu'il</b> puisse s'y préparer.</li> <li>• Moi, orthophoniste, je vais développer des exercices Présent/Passé/Futur <b>pour qu'il</b> améliore son anticipation.</li> </ul>

## Méthodologie clinique

La deuxième condition de la scientificité de votre professionnalisme, c'est le passage par une méthodologie. Une méthodologie c'est un chemin qui facilite la compréhension des phénomènes, c'est le postulat qu'en passant par des étapes déterminées on cernera de façon plus approfondie et, on l'espère, plus juste, la complexité de la conduite et donc de la personnalité d'une personne, en l'occurrence du jeune.

Une méthodologie simple mais fondamentale consiste à passer par les étapes :

- 1/ observations,
- 2/ regroupement des dominantes,
- 3/ champs du développement à prioriser (finalités),
- 4/ besoins éducatifs particuliers (objectifs).

1/ Tout projet de travail doit reposer sur l'observation des conduites du jeune dans les différentes situations d'accompagnement. C'est une évidence banale, encore faut-il organiser ces observations parce qu'elles viennent de différentes disciplines professionnelles, il faut entrecroiser ces observations sur le mode de l'interdisciplinarité pour proposer au jeune un accompagnement cohérent et non un empilement d'interventions.

2/ De cette diversité d'observations, il faut donc en dégager les dominantes pour élaborer des hypothèses sur la problématique de développement du jeune, sur ce qui fait difficulté et ressource dans la spécificité de son développement, sur les aspects de ce développement qu'il faut prioriser.

3/ En découleront les actions que peuvent développer les différentes disciplines professionnelles pour contribuer au développement au travers d'objectifs convenus avec le jeune, autrement dit les besoins éducatifs particuliers de ce jeune.

<b>Finalités du développement à prioriser (difficultés et ressources)</b>	<b>Besoins éducatifs particulier</b>	<b>Actions et conduites professionnelles comportant des objectifs</b>
<b>Besoins humains</b>	<b>Besoins pour</b>	<b>Prestations</b>
Sécurité interne dans les situations de changement	Besoin de renforcer sa sécurité interne, d'améliorer sa capacité à anticiper les changements et à élaborer les conduites adéquates	Educateurs et enseignants : nous allons au début de chaque demi-journée t'expliquer tes activités pour que tu t'y prépares. Psychomotricienne : nous allons faire des exercices pour que tu te repères mieux dans la journée
Mobilité dans un environnement complexe	Besoin de développer ses repères spatiaux et de les articuler avec ses repères temporels	Psychomotricienne : nous allons faire des exercices pour que tu te repères mieux dans l'espace et le temps. Educateurs : à l'atelier « Autonomie dans les actes de la vie sociale », nous allons travailler avec toi la lecture des panneaux et les façons de s'adresser aux chauffeurs de bus.

Au travers des objectifs que vous lui proposez d'atteindre, le jeune vit les finalités de son développement : sa sécurité interne, sa vie sociale, sa relation avec ses pairs, sa difficulté à accepter la séparation de ses parents, la considération de sa valeur malgré son handicap, etc. Ce ne sont pas des objectifs à atteindre, pas des résultats à obtenir, mais des aspects du développement à vivre. Les objectifs que vous poursuivez avec lui ne sont que les leviers favorables à ces aspects de son développement que vous considérez devoir être priorités parce que c'est ce qui fait difficulté chez lui, ce qui est en souffrance.

Cela suppose d'entamer votre réflexion clinique autour des finalités à prioriser dans le développement de ce jeune-là, de centrer votre réunion de synthèse sur la recherche des finalités du développement du jeune qui sont en difficulté, pas sur les « besoins pour » de la nomenclature SERAFIN mais sur les besoins humains qu'énoncent les sciences humaines, les besoins humains de ce jeune-là, à partir du message qu'il vous délivre par ses conduites sur la singularité de son développement. Ne commencez pas par penser fauteuil, appareil auditif, orthophonie, accompagnement éducatif dans les transports en commun, commencez par penser mobilité, communication, vie sociale, mais pas en général, spécifiquement pour ce jeune à partir des observations que vous faites de ses conduites. Au travers des observations interdisciplinaires que vous faites sur le jeune, il vous délivre un message sur ce qui est en difficulté chez lui. C'est cela qui fonde vos hypothèses cliniques, pas les besoins éducatifs particuliers et les prestations correspondantes. Vous les déterminerez dans un second temps comme les actions que mèneront les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Ce n'est pas nous qui développons le jeune, c'est lui qui se développe. Cela suppose de concevoir les objectifs comme des leviers favorables à son développement, pour qu'il en tire des stratégies suppléantes au regard de la singularité de sa difficulté de développement.

Les objectifs à poursuivre peuvent être conçus comme des manques à compenser, des comportements à modifier, ils peuvent reposer sur la notion de besoin conçu comme écart à la norme. Cet écart à la norme fait problème au jeune dans son existence, il a donc besoin de le réduire, ce qui implique des actes professionnels, des prestations. C'est donc bien des objectifs à poursuivre, mais ce n'est pas une finalité, ce n'est pas ce qui motive les objectifs formulés. Les objectifs, les résultats atteints avec le jeune, doivent être conçus au regard de finalités développementales.

Le besoin de se déplacer dans les transports en commun du fait d'une déficience mentale ou d'une dyspraxie, suppose effectivement que le jeune expérimente des déplacements avec un professionnel, apprenne à utiliser un GPS, etc. C'est un objectif que nous pouvons poursuivre avec lui, mais le besoin développemental, existentiel, ce n'est pas d'effectuer des déplacements, de se repérer avec le GPS, c'est d'avoir une relative autonomie de déplacement et de participer à une vie sociale, et ça c'est une finalité que le jeune va poursuivre tout au long de son existence.

Il faut que nous sachions penser à deux mains, penser l'objectivité du « besoin pour » de Séraphin et de la prestation qui en découle, mais, avant, penser la subjectivité de la personne et donc des finalités qui font son existence.

Les prestations, la technicité du dispositif, la compensation, c'est un levier mais celui qui manie le levier c'est le jeune, celui qui supplée au handicap c'est lui. Vous êtes un bras de force qui permet au jeune de décupler ses capacités. Le bras de force, c'est ce qui donne de la force au bras. Sans le bras de force, le bras ne peut pas y arriver, mais c'est le bras qui y arrive. Le bras de force est un moyen, vous êtes un moyen du développement du jeune. C'est lui qui se développe, pas vous qui le développez, comme le sous-entendent trop souvent les objectifs tels que : permettre, restaurer, transformer, favoriser, etc. Certes le jeune ne décide pas du levier, de la technicité, mais par contre, il décide de la façon de l'utiliser, c'est lui qui l'utilise.