

regard et en décontextualisant ce qui n'est jusqu'à maintenant référé qu'à une expérience personnelle. Voilà tout simplement mon projet de recherche.

Au passage, il faut ajouter que l'actualité donne, s'il en fallait, des raisons supplémentaires de travailler sur ce thème. Les évolutions législatives récentes en ce qui concerne l'éducation et la scolarisation des enfants et des jeunes « à besoins éducatifs spécifiques » - selon l'expression en vigueur à l'heure actuelle – ont et vont bousculer dans les années qui viennent les institutions, les acteurs et les pratiques. Il n'y a pas ici seulement des effets de mots dus à l'influence des nouvelles définitions des classifications internationales. En effet, le dernier texte majeur, la loi de février 2005²⁰, dispose que « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans un établissement le plus proche possible de son domicile, qui constitue son établissement de référence. Les parents sont étroitement associés à la décision d'orientation. En cas de désaccord avec la commission, les procédures de médiation et de recours sont utilisées.* »

La répartition des responsabilités en matière d'éducation de ces enfants et jeunes va s'en trouver probablement fortement modifiée. Les dispositifs relevant du Ministère de l'Éducation Nationale, telles les Classes d'Intégration Scolaires (CLIS) en primaire et les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) en secondaire vont certainement faire l'objet d'une forte demande de la part des familles. Le positionnement et le rôle des Instituts Médico-Educatif va vraisemblablement se modifier. Leur expérience s'avérera précieuse pour la mise en œuvre des nouvelles dispositions.

2 Au sein d'un Institut Médico-Educatif, un IMPro

2.1 Définition des établissements

La description précédente était avant tout celle d'un parcours personnel et du questionnement qui a mûri tout au long. L'étape à laquelle j'en suis et sur laquelle mon étude va se centrer concerne les jeunes en situation de handicap accueillis en IMPro. Il importe donc de caractériser avec le maximum de précision qui sont ces enfants.

²⁰ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (11 février 2005)

On commencera prudemment par les définitions d'inspiration législatives des institutions d'accueil. Elles ont le mérite d'être relativement simples, trop sans doute pour prendre en compte la complexité humaine, mais elles donnent un cadre.

En tant qu'instituteur, je me tourne d'abord le ministère de l'Education Nationale. Voici ce qu'indique son site Internet au chapitre de la scolarisation des élèves à besoins spécifiques :

« Les établissements médico-éducatifs :

Les enfants et les adolescents, âgés de 3 à 20 ans, sont pris en charge selon le type de leur handicap dans des établissements médico-éducatifs sous le mode de l'internat (internat de semaine ou complet), du semi-internat, de l'externat et du placement familial. Ces établissements ou services assurent des soins et une éducation spéciale ou professionnelle.

L'organisation de ces établissements et services publics et privés est fixée par les nouvelles annexes (annexes XXIV) du décret 56-284 du 9 mars 1956 modifié par les décrets du 22 avril 1988 et 27 octobre 1989 (JO du 24 avril 1988 et 31 octobre 1989) ainsi que par le décret 2000-762 du 1er août 2000 pour les établissements et services accueillant des enfants handicapés de moins de 6 ans.

http://www.legifrance.gouv.fr/html/frame_lois_reglt.htm

Il existe différents types d'établissement :

Les instituts médico-éducatifs (IME)

Ils regroupent les anciens instituts médico-pédagogiques (IMP) et les anciens instituts médico-professionnels (IMPro). Ils accueillent les enfants et adolescents atteints de déficiences mentales.»²¹

Dans cette brève description, il est question des « anciens Instituts médico-professionnels (IMPro). En effet, cette appellation a officiellement disparu comme entité autonome dans le texte du « Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les

²¹ <http://www.education.gouv.fr/thema/special/scolarisation.htm> (consultée le 10 mars 2006)

conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés » selon son intitulé exact.

Ces annexes au décret visent ainsi que l'indique l'article 1 : *« ... les établissements (instituts médico-pédagogiques ; instituts médico-professionnels) et services prenant en charge les enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle. Cette première catégorie d'établissements et de services accueille également ces enfants adolescents lorsque leur déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de communication de toutes origines, et des maladies chroniques compatibles avec une vie collective. »*

Plus loin, à l'article 5, l'annexe au décret précise que dorénavant, les établissements peuvent comporter les sections suivantes :

« – Une section d'éducation et d'enseignement spécialisés assurant les apprentissages scolaires, le développement de la personnalité et la socialisation des enfants. La pratique éducative s'appuie sur les méthodes actives.

– Une section d'initiation et de première formation professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels ou pour les adolescents présentant des troubles du comportement. Les objectifs, les contenus, les certifications sont communs à tous les élèves. »

Ce premier recueil d'informations laisse à penser que les établissements ou les sections de type « IMPRO » ont disparu ainsi que les Instituts Médico Pédagogiques, tous fondus dans des Instituts Médico Educatifs au sein desquels on peut trouver des « sections d'initiation et de première formation professionnelle ».

L'usage est pourtant tout à fait différent, l'appellation IMPRO continue à prévaloir sur la nouvelle formulation dans la très grande majorité des documents²² et des conversations.

Cela s'explique par le fait que les établissements eux-mêmes n'ont pas changé avec le nouveau texte dont la modification essentielle porte sur l'âge de recrutement des jeunes accueillis. Les IMPros accueillent les jeunes de 14 à 20 ans tandis que dans une « section d'initiation et de première formation professionnelle » peuvent être accueillis les jeunes à partir de 12 ans.

Pour résumer et clarifier les choses, il faut se fier aux agréments attribués aux établissements. Ceux qui nous intéressent ont un agrément en tant qu'IME. En leur sein, on trouve une section officiellement dénommée « section d'initiation et de première formation professionnelle » que l'usage conserve souvent sous la dénomination IMPro. Par commodité et pour me faire comprendre non seulement des lecteurs de cette enquête mais aussi de tous ceux que j'interrogerai pour la conduire, il me paraît plus pratique et plus clair de maintenir l'expression IMPro²³.

²² recherche sur Google le 11 mars 2006 :

La requête : « Institut médico éducatif » donne 284 000 réponses.

En précisant « sections d'initiation et de première formation professionnelle », on obtient 722 réponses.

Si on raffine avec « Rhône », on a alors 237 réponses, en raffinant avec « Ain », on en a 166 et avec « Loire » 232.

Si au lieu de « section d'initiation et de première formation professionnelle », on demande « IMPro », on obtient 24 500 réponses. En raffinant avec « Rhône », elles se réduisent à 479, avec « Ain » à 187 et avec « Loire » 329.

²³ Parmi les derniers documents d'étude officiels maintenant l'actualité de l'expression, on peut citer : BROUARD Cécile (sous la direction) « Le handicap en chiffres » février 2004 publié à la demande du Secrétariat d'état aux personnes handicapées par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), le Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

“Les établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels : également appelés Instituts médico-éducatifs (IME), ils accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience. On distingue les SEES (sections d'éducation et d'enseignement spécialisés) parfois aussi appelées Instituts médico-pédagogiques (IMP) pour les plus jeunes, axées sur les savoirs de base, des SIPFPro (sections d'initiation et de première formation professionnelle) connues aussi sous le nom d'Instituts médico-professionnels (IMPRO) qui peuvent être proposées aux jeunes à partir de 14 ans.” P.31

2.1.1 Le public accueilli dans les différents types d'IMPro

Pour aller plus loin et apporter des précisions sur la population accueillie dans les IMPro, il faut entrer dans les termes des agréments attribués aux établissements.

Une nouvelle fois, on découvre sous des termes semblables ou voisins une grande variété de situations et de réalités liées à l'histoire des établissements eux-mêmes, à l'histoire de leurs associations gestionnaires, à leur place dans le paysage départemental voire régional et à la pression de la demande sociale via les Commissions Départementales d'Education Spéciale²⁴. *« D'un département à l'autre, d'un bassin de population à l'autre, d'une Commission Départementale d'Education Spécialisée (CDES) à l'autre, divers facteurs induisent des profils de public accueilli : effets de concurrence entre établissements ou de monopole, orientations des associations gestionnaires, existences de dispositifs plus ou moins intégratifs au sein de l'Education Nationale, orientations cliniques des services ambulatoires tels que Centres d'action médico-social (CAMSP), Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD). A agréments équivalents et quotient intellectuel du même ordre, on orientera un jeune vers un établissement supposé mieux convenir à sa problématique parce que plus ouvert à sa dimension psycho affective, ou vers un autre parce que la réussite observée en matière d'insertion professionnelle ou d'intégration scolaire semblera plus conforme aux potentialités cognitives pressenties chez le jeune. C'est un faisceau de paramètres, relevant à la fois de contraintes conjoncturelles et locales et du diagnostic clinique dépendant d'options théoriques, qui déterminera l'inscription du jeune sur un registre de prise en charge plus psycho-éducatif ou pédagogique. »²⁵*

Deux profils types d'IMPro se dessinent accueillant des jeunes assez sensiblement différents.

²⁴ Les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) : créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975, ont pour rôles de reconnaître le handicap, de définir le taux d'incapacité, d'attribuer l'Allocation d'Education Spéciale (AES), d'orienter vers les structures médico-éducatives les enfants et jeunes handicapés de moins de 20 ans (et de notifier le type d'accueil le plus approprié), de rendre divers avis et de traiter les recours. BROUARD Cécile op.cit. p.27

²⁵ DUBREUIL, B., *Processus d'inégalité sociale et déficience intellectuelle (art.)* in La Nouvelle Revue de l' AIS n°31, 3^{ème} trimestre 2005, p 85-86

Ainsi, des établissements disposent d'un double agrément IME-ITEP²⁶, ce dernier agrément permettant l'accueil de "jeunes dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou quasi-normales, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs spécialisés."²⁷ Selon les choix de l'équipe institutionnelle, les deux populations de jeunes sont confondues ou maintenues séparées dans les activités éducatives et pédagogiques. Quoi qu'il en soit, ces établissements accueillent prioritairement parmi les jeunes porteurs d'une déficience intellectuelle ceux dont elle est la plus légère afin d'obtenir une certaine homogénéité de population.

En outre, on peut distinguer les établissements en fonction des associations gestionnaires selon l'histoire de leur fondation. Quitte à simplifier provisoirement, on peut noter que les uns ont été créés par des associations de militants pédagogiques issus du monde de l'enseignement et de l'éducation,²⁸ les autres ont été créés par des associations de familles d'enfants en situation de handicap²⁹.

Les premières gèrent des établissements qui ont d'emblée placé l'instruction au cœur de leur projet. L'emploi du temps des jeunes y est largement structuré par la scolarisation à laquelle s'ajoute l'initiation et la première formation professionnelle. L'encadrement éducatif et les interventions thérapeutiques viennent en complément de ce cœur de projet.

Les secondes gèrent des établissements qui ont placé le soin et la prise en charge éducative au cœur de leur projet. La scolarisation des jeunes y est dosée individuellement et vient en complément dans la mesure du possible selon un accord négocié entre les familles et les différents professionnels de l'établissement, généralement dans le cadre des réunions dites « de synthèse³⁰ ».

²⁶ Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique suite au décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 appelé auparavant et encore fréquemment Institut de Rééducation (IR)

²⁷ BROUARD Cécile op.cit. p.31

²⁸ Pour ce premier type, voir par exemple l'histoire de l'Oeuvre des Villages d'Enfants (OVE) sur le site http://www.ove.asso.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=110 (consulté le 27 mars 2006) voir en particulier l'hommage à l'un de ses fondateurs Marius Boulogne)

²⁹ Pour ce second type, voir par exemple l'histoire de Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) sur le site www.unapei.org/que_unapei/histoires_valeurs.mhtml

³⁰ Réunion, annuelle au moins, de tous les intervenants permettant de faire le point et d'ajuster la prestation mise en œuvre pour le jeune dans l'établissement.

Dans les établissements du premier type, la visée va jusqu'à la certification³¹, dans les autres, il s'agit d'associer aux soins et aux activités éducatives des apprentissages scolaires très variés en fonction des aptitudes, motivations, compétences déjà acquises de l'élève.

Même s'il n'y a pas de coupure parfaitement nette et explicite entre les deux types d'établissements, ces caractéristiques sont fortement liées aux agréments qu'ils ont reçu et aux habitudes locales d'orientation de la CDES. Chaque établissement est réputé pour les prestations qu'il offre et la population qu'il accueille ; les propositions d'orientation d'un nouvel individu s'effectuent en fonction de ces données sur fond de manque de places permanent³².

De ce fait, les profils de jeunes accueillis sont assez notablement différents d'une part au regard de la déficience telle qu'elle est évaluée, d'autre part au regard de l'origine sociale de ces jeunes. Il y a une sorte de spécialisation à l'échelle régionale des établissements dont il est difficile de trouver la trace dans les documents officiellement disponibles mais que les responsables des instances administratives et d'orientation connaissent bien. C'est donc directement auprès d'eux qu'il faut aller chercher l'information.

Avant d'aller plus loin et de préciser de quelle population nous voulons parler, à tout le moins en quels termes elle est définie officiellement, il faut faire un point sur la question controversée de l'origine sociale des jeunes accueillis en IME-IMPro dans la mesure où des études y font apparaître une prévalence forte des catégories sociales défavorisées. Cette question touche à ce que nous appelons jusqu'alors et provisoirement « la déficience mentale » tel que le concept s'est construit historiquement et idéologiquement. Jacqueline Gateaux-Mennecier a particulièrement éclairé la question en montrant d'une part le substrat idéologique sous-jacent à la notion de « débilité légère » (à rapprocher là encore provisoirement de « déficience

³¹ Présentation au Certificat de Formation Générale (CFG), débouché sur un parcours d'apprentissage...

³² « La cause prépondérante des orientations problématiques est l'absence de places ou d'équipement, à 78% (70% l'année dernière). 860 enfants de la région Rhône-Alpes n'ont pu bénéficier d'une prise en charge adéquate faute de places. Presque la moitié des places manquantes concernent le département du Rhône. (...) De manière globale, la région manque d'équipements essentiellement pour les enfants déficients intellectuels légers, moyens et profonds, polyhandicapés et déficients moteurs. (extrait de « Enfance handicapée : une approche des besoins au regard des demandes d'orientation. Synthèse régionale de l'enquête CDES 1997/1998 » in Lettre de la DRASS n°99-05-L septembre 1999.

mentale légère » figurant si souvent dans les textes) et d'autre part l'inscription des établissements de type IME dans une triangulation historiquement évolutive « éducatif spécial – médico-éducatif – médico-social » avec « *un arrière-plan souvent occulté, le judiciaire* »³³.

De ce fait, après une étude minutieuse de la répartition des différents déficits comme « déficience principale » retenus pour chaque catégorie d'établissement l'auteur peut montrer qu'en ce qui concerne les établissements accueillant des déficients intellectuels « *la répartition des déficiences sur les différents niveaux est la suivante : 12,4% pour le retard profond, 34,2% pour le retard moyen, 35,4% pour le retard léger. Les autres déficiences mentionnées sont, pour 4,3%, le polyhandicap et, pour 4,4%, des déficiences du comportement et des « troubles du caractère et du comportement » 6,3%. Autrement dit, près de la moitié des troubles dans ces établissements, sont catégorisés comme déficiences intellectuelles légères et troubles du comportement.* »³⁴

Plus loin, rapprochant les IME des ITEP³⁵, elle conclut : « *En somme, la moitié des enfants accueillis dans les deux types d'établissements qui reçoivent la population la plus nombreuse, parmi les établissements médico-pédagogiques, présentent des difficultés qui ne semblent pas assimilables à un handicap avéré.* »³⁶

Cette conclusion donne à penser que le décret du 9 mars 1956 qui entérine la création des Instituts Médico-Pédagogiques (et Professionnels) a été notablement dévoyé de son intention première d'offrir des structures éducatives adéquates pour les enfants en situation de handicap mental profond ainsi que le réclamaient les parents regroupés en associations. Un certain nombre d'IME gérés par ces associations de parents continuent à accueillir des enfants présentant majoritairement des déficiences dites « moyennes et profondes » tandis que des établissements issus d'une autre mouvance associative d'inspiration « militants du monde scolaire » répondraient plus à la demande de prise en charge de la déficience légère et des troubles du comportement. On retrouverait sous cette forme une résurgence de l'opposition historique des positions respectives de Bourneville et de Binet. Celui-là cherchant à faire sortir de la confusion asilaire les

³³ GATEAUX-MENNECIER, J., in LANGOUET, G., (sous la dir.), *L'enfance handicapée en France*, Hachette Livres, Paris 1999, p 180

³⁴ *ibid.* p 182

³⁵ Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique aujourd'hui mais encore appelés Institut de Rééducation (IR) dans le texte cité.

³⁶ *Ibid.* p183

enfants souffrant de troubles psycho-génétiques importants, souvent considérés comme incurables à la fin XIXème-début XXème s. pour les éduquer dans des asiles-écoles à eux seuls réservés, celui-ci décrivant dans un vocabulaire psychométrique et une interprétation médicale, des enfants qualifiés d'arriérés pour mieux les écarter du monde scolaire ordinaire dans une visée de prophylaxie sociale.

La dichotomie n'est sans doute plus aujourd'hui aussi nette. Une multiplicité de structures et dispositifs³⁷ permet de répartir enfants et jeunes inadaptés aux exigences ordinaires du système scolaire. Ce que souligne la réflexion du psychiatre François Chapiro : « *L'ensemble de nos dispositifs médicaux et médico-sociaux est construit selon le principe d'adéquation : une personne à un moment donné, correspond à un établissement ou à un service. (...) C'est une logique de filière. Avant même de commencer à aider une personne, nous devons nous demander dans quel dispositif se situera l'aide : sanitaire, médico-social, social, sans parler de la protection judiciaire de la jeunesse, des enseignements spécialisés de l'Education nationale, et d'autres encore. Une fois engagée sur une piste, une personne ne passe pas facilement dans une autre. Ces dispositifs ont chacun leur histoire, leurs méthodes de travail, leurs personnels spécialisés, leurs débats et leurs conflits.* »³⁸

Nous l'avons mentionné plus haut, de nombreux auteurs relèvent le fait que les établissements accueillent une proportion importante d'enfants issus des catégories socio-professionnelles défavorisées, plus importante en tous cas que leur représentativité dans la population générale de leur bassin de recrutement. Cette apparente corrélation entre déficience intellectuelle et position sociale défavorisée doit évidemment être interrogée et elle l'est en général par ces mêmes auteurs.

Ainsi, Jacqueline Gâteaux-Mennecier, dans un texte fortement argumenté, formule un point de vue tranché, un jugement quasi militant en quelque sorte : « *Nous défendons l'idée selon laquelle les processus de pathologisation des phénomènes sociaux appréhendés comme en rupture avec la norme, qu'elle soit économique, sociale, culturelle ou encore comportementale, sont parfaitement opératoire aujourd'hui. Ils*

³⁷ ibid. tableau p 78

³⁸ CHAPIREAU, F., in LANGOUET, G., (sous la dir.), *L'enfance handicapée en France*, Hachette Livres , Paris 1999, p 146

constituent en effet une euphémisation d'un regard pénalisant ou d'une approche judiciairisée (le droit énonce la norme collective) dans la mesure où ils esquivent un éventuel contre discours ou résistance de la part du milieu social d'appartenance. En effet, le discours médico-psychologique sur l'âme des enfants et sur les déficiences de la pensée imprime une soumission résignée devant ce qui paraît relever du fatalisme génétique ou des hasard de la pathologie. Aujourd'hui, la notion de handicap suggère une semblable prudence épistémologique au regard des évidences immédiates.»³⁹

Poursuivant, elle établit une ligne de partage : « Parmi les déficiences intellectuelles, deux configurations doivent être distinguées: s'agissant des déficiences intellectuelles graves où la fréquence des altérations organiques ou psycho-génétiques est élevée, les études épidémiologiques s'accordent sur une distribution équitablement répartie sur les différentes catégories socioprofessionnelles (voir Misès, R., Perron, R., Salbreux, R., Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant, ESF, Paris, 1994). Or, cette observation est en contradiction avec les cas de déficience intellectuelle dite légère dans lesquels ni anomalie organique, ni trouble psycho-génétique massif ne sont objectivés, mais qui sont pourtant interprétés dans une terminologie médicale ou médico-psychologique et couramment référés à des déterminants d'ordre social : une origine sociale très modeste. »⁴⁰

Le phénomène décrit ci-dessus et l'analyse qui en est faite sont renforcés par les travaux réalisés à partir de l'enquête HID⁴¹ sur les enfants accueillis en institutions à partir des enquêtes à domicile et en institutions. Après avoir noté que « *pour les adultes de moins de 60 ans, la majorité des personnes institutionnalisées présentent des déficiences intellectuelles ou mentales* »⁴² les auteurs mettent en évidence la

³⁹ GATEAUX, Jacqueline, *Discours médico-psychologique et distanciation sociale (art.)* in La Nouvelle revue de l'AIS n°31, 3ème trimestre 2005 p 40

⁴⁰ *ibid.* p 45-46

⁴¹ Enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance de l'INSEE : L'Enquête HID recouvre un ensemble d'enquêtes de trois types:

- l'enquête auprès des personnes handicapées en institution conduite avec un premier passage en 1998 (HID 1998) et un second en 2000 (HID 2000);

- l'enquête auprès des ménages, qui a été précédée d'une phase de filtrage réalisée en 1999 (questionnaire "Vie quotidienne et Santé" - VQS), et suivie d'un premier passage en 1999 (HID 1999) et d'un second en 2001 (HID 2001)

- l'enquête auprès de la population handicapée en milieu carcéral, réalisée 2001 (HID-Prisons 2001). Voir <http://rfr-handicap.inserm.fr/voirhid.html> (consulté en mars 2006)

⁴² Mormiche, P., Boissonnat, V. *Handicap et inégalités sociales : les premiers apports de l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » (art.)* in La Nouvelle Revue de l'AIS n°31 3^{ème} trimestre 2005, p 26

proportion d'enfants en institution selon leur milieu social. Ils observent que « *La faible propension à faire héberger leurs enfants en institution est particulièrement prononcée pour les parents cadres ou exerçant une profession libérale ou intermédiaire. L'institutionnalisation est à l'inverse plus fréquente pour les enfants des milieux populaires, indépendamment du fait qu'ils sont, de surcroît, plus souvent atteints de déficiences.* »⁴³ Et plus loin, même avec prudence, ils concluent : « *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.* »⁴⁴

Pour affiner la répartition des établissements selon les deux profils que nous avons esquissés, il faudrait pouvoir vérifier à l'échelle de chaque établissement s'il relève de la corrélation supposée et globalement vérifiée entre une orientation majoritaire d'enfants atteints d'une déficience légère et issus de milieux socialement défavorisés ou s'il est plutôt marqué par un recrutement d'enfants atteints d'une déficience moyenne ou profonde issus de milieux sociaux répartis en proportion de ce qu'est la situation générale du bassin de recrutement de l'établissement. Malheureusement, une telle vérification statistique n'est pas disponible à notre connaissance dans la région d'étude. Seuls les témoignages des acteurs de terrains sur la base de leur connaissances empiriques permettent de se risquer à établir une typologie et à sélectionner les établissements à partir desquels se développera cette étude.

C'est pourquoi, nous nous intéresserons aux jeunes fréquentant des IMPro faisant l'objet d'un consensus régional des acteurs pour les tenir comme établissements prenant en charge les jeunes affectés des déficiences les plus lourdes, celles relevant d'un handicap reconnu, sans priorité à la scolarisation et à la formation à visée certificative. A savoir, selon ce que nous avons présenté ci-dessus : les établissements gérés par des associations de parents et familles. Ceci afin de nous centrer sur des situations où la négociation entre partenaires : professionnels de diverses disciplines, familles et jeunes est requis pour déterminer les apprentissages qui seront proposés à

⁴³ *ibid.* p 27

⁴⁴ *ibid.* p 27-28

ces derniers en dehors de tout programme ou référentiel de compétences préalablement établi en extériorité à la situation.

2.1.2 Caractériser les élèves

La plupart des textes que nous avons évoqués pour décrire les établissements à partir desquels s'effectuera notre recherche se contentent d'une expression somme toute assez brutale pour définir la population d'enfants accueillis ; ils sont le plus souvent dits : « enfants déficients intellectuels ». De ce fait, ces enfants et ces jeunes sont qualifiés par l'altération fonctionnelle qui les affecte. Sans sombrer dans l'obsession actuelle du « politiquement correct », nous avons préféré parler au moins provisoirement d'enfants ou de jeunes « atteints de déficience intellectuelle », tant il est vrai que leur personne est loin de se réduire à cette difficulté à laquelle ils ont à faire face. Différents, « extra – ordinaires », chacun est riche d'une vraie personnalité irréductible à une qualification déficitaire ; le vécu, ensemble, au quotidien suffit à le faire puissamment ressentir.

Mais il faut examiner plus en détail les nomenclatures à soubassement scientifique et leur utilisation pour ne pas nous en tenir à des prises de position idéologiques ou affectives.

L'histoire des différentes désignations ayant toutes pour objet d'établir des classifications est déjà riche en vocabulaire et en controverses depuis au moins deux siècles. On découvre dans cette histoire complexe, traversée de rebondissements et de significations plus ou moins explicites, le grand souci de toute société de s'organiser en assignant une place à chacun de ses membres de telle façon que soient dessinées au gré des peurs et des intérêts dominants les configurations variables des inclusions / exclusions, sur fond de prétention rationalisante.

Monique Vial résume ainsi les minutieux travaux qu'elle a mené sur le sujet : *« A la fin du XIXème siècle, dans les écrits éducatifs, médicaux et scientifiques, y compris ceux de Bourneville, on utilise la catégorie des « anormaux », qui devient ensuite la catégorie officiellement employée par le ministère de l'Instruction publique. Or, il s'agit d'une catégorie englobante, rassemblant sous un même vocable des personnes très hétérogènes et les différenciant du commun des mortels. Sourds, aveugles, infirmes, épileptiques, arriérés... sont réunis en un seul et unique concept. Ainsi, ils sont identifiés, amalgamés les uns aux autres, et exclus du lot commun de ceux que l'on appelle « les normaux ». Il n'y aurait pas amalgame s'il ne s'agissait pas de discriminer,*

de stigmatiser comme négativement différent. Mais le terme d'anormal ne sert pas seulement à qualifier, il n'indique pas seulement une caractéristique personnelle (comme par exemple d'avoir les yeux bleus ou une carie dentaire), il définit la personne elle-même, il la définit socialement : c'est une sorte d'identité sociale qu'il lui confère, et par laquelle il la sépare du reste des hommes.

Ultérieurement, d'autres catégories, qui feront l'objet d'interminables controverses, remplaceront la catégorie « anormalité » : déficience, enfance déficiente, inadaptation, enfance inadaptée, handicap, enfants handicapés. (...) ces catégories conservent les mêmes traits que celle de l'anormalité : elles amalgament et elles séparent. Elles amalgament parce qu'elles séparent. (...) C'est parce que les mots séparent et excluent qu'ils sont contestables. »⁴⁵ L'auteur se demande ensuite si nous en sommes sortis aujourd'hui et laisse deviner son inclination à répondre négativement à partir de quelques exemples, y compris celui de l'usage du terme handicap.

Toute catégorisation trouve sa justification dans l'organisation sociale qu'elle contribue à structurer. De ce fait, elle est aussi labile que cette organisation elle-même, elle repose sur les mêmes paradigmes. A ce titre, il est bien difficile voire prétentieux de vouloir adopter une position surplombante, exempte de déterminations, pour juger de la façon dont s'opèrent les classifications à un moment donné dans une société donnée. Seule une mise en perspective diachronique de type historique, ou synchronique de type culturelle, peut contribuer à éclairer les enjeux de la situation hic et nunc. Ainsi, sur le terrain, chaque acteur propose ses propres termes, issus de son environnement culturel, de sa culture professionnelle. Cette dernière fait référence à l'histoire de la discipline qui structure l'essentiel du discours de présentation de ses savoirs. En outre, il se produit des infiltrations, des emprunts et appropriations d'une discipline à l'autre selon que l'emprunteuse se sent plus ou moins bien outillée de concepts propres. La pédagogie – et l'ensemble du discours éducatif dans lequel elle s'inscrit – semble particulièrement poreuse aux influences des discours des sciences humaines comme la psychologie en ses diverses branches, lesquelles sont poreuses aux discours des sciences plus « dures » et porteuses d'un discours neuf comme actuellement les neurosciences au sein du discours médical. Si les spécialistes de ces différentes

⁴⁵ VIAL, Monique, *Penser et agir l'intégration* in GARDOU, Charles, *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Erès, Toulouse, 1999. p 131

disciplines s'y retrouvent et même produisent des élaborations conceptuelles propres à délimiter leur champ disciplinaire⁴⁶, l'usage vernaculaire qui en est fait par les acteurs de terrain au sein et à l'entour des établissements est bien plus floue et sujet aux influences voire aux effets de mode. La description qu'on vient de faire de ce risque n'autorise pas cependant à dénier la fécondité des approches pluridisciplinaires particulièrement adaptées aux sciences de l'homme tant il est vrai que la prétention totalisante d'un seul point de vue est devenu insupportable dans le présent contexte de post-modernité.

Du point de vue du pédagogue, l'expression somme toute assez poétique d'«élèves à la pensée troublée» que l'on doit à Marie-Agnès Simon pourrait satisfaire le simple souci de dire que les jeunes auprès desquels travaille l'enseignant d'IMPro manifestent un écart avec le fonctionnement cognitif des autres jeunes fréquentant le monde scolaire ordinaire. Quant à savoir si cet écart justifie une mise à l'écart, il est dans l'immédiat hors de propos d'en juger. En rester à l'expression qu'on vient de citer offre l'avantage de souligner que quoi qu'il en soit, l'enseignant a bien affaire à des élèves, que sa mission est bien d'enseigner et de s'y tenir⁴⁷.

Cependant, il est socialement indispensable de disposer d'un vocabulaire commun qui permette d'affecter équitablement les ressources disponibles pour la politique de compensation du handicap. C'est une des raisons pour lesquelles des classifications sont proposées aux Etats par les instances internationales du domaine de la santé comme l'Organisation Mondiale de la Santé. Leur vocabulaire tend à s'imposer pour normaliser la désignation des difficultés auxquelles font face les personnes même si dans la pratique quotidienne des établissements, de leurs institutions de tutelle et des professionnels, différentes sources de vocabulaire coexistent occasionnant en plus d'un mélange des strates historiques, un mélange selon les origines disciplinaires.

On peut considérer que trois pôles organisent le champ sémantique selon la force et la pertinence de leur influence respective dans une situation donnée. En ce qui concerne les IME et leur population, il s'agit particulièrement du vocabulaire du champ médical

⁴⁶ voir KUHN, Thomas, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion 1962.

⁴⁷ SIMON, Marie-Agnès, *Enseigner aux élèves à la pensée troublée*, ERES, Toulouse, 1999.

Illustration, l'auteur citant S.Tomkiewicz, p 25 : « Le dernier avantage de la pédagogie par rapport aux enfants qui nous intéressent, c'est de les sortir au moins effectivement et théoriquement du ghetto où les enferme le système de soins. Lorsque nous éduquons, lorsque nous instruisons un enfant handicapé, nous nous appuyons sur son statut d'enfant que nous accentuons. » (citation extraite de : TOMKIEWICZ, S., *Apprendre à l'adolescence*, Les Cahiers de Beaumont, n° 40-41, 1998)

psychiatrique d'une part, du champ psycho-social d'autre part et du champ pédagogique et éducatif enfin. Ce dernier n'étant pas puissamment armé conceptuellement cède souvent le pas à l'un des deux autres en leur faisant des emprunts marquant une forme d'allégeance. Ce phénomène apparaît aussi bien dans les échanges au sein des équipes de travail pluridisciplinaires en établissement que par exemple dans les intitulés des séquences de formation des enseignants spécialisés dans les IUFM⁴⁸.

Le pôle médical psychiatrique décrit les situations des enfants et adolescents essentiellement à partir de la Classification Internationale des Maladies actuellement en vigueur (CIM-10) de laquelle découle la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA R-2000). On trouve dans cette dernière des descriptions de catégories cliniques dont voici les têtes de chapitre :

1. Autisme et Troubles psychotiques
2. Troubles névrotiques
3. Pathologies limites
4. Troubles réactionnels
5. Déficiences mentales (arriérations, déficits mentales, démences)
6. Troubles du développement et des fonctions instrumentales
7. Troubles des conduites et des comportements
8. Affections psychosomatiques
9. Variations de la normale (angoisses, rituels, peurs, moments dépressifs , conduites d'opposition, conduites d'isolement, difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes, retards ou régressions transitoires, aspects originaux de la personnalité, autres)

Dans une telle classification, on cherche à nommer les troubles, à déterminer à quelle maladie ils se rapportent selon les symptômes qui se manifestent. Il est dans cette perspective assez simple d'indiquer que dans les IME, se trouvent des enfants et adolescents présentant à des degrés divers un ou plusieurs de ces troubles. D'un point de vue statistique, des classements sont établis pour faire apparaître quelles sont les

⁴⁸ Institut Universitaires de Formation des Maîtres

pathologies les plus fréquemment rencontrées, ce qui permet aux services de l'Etat de produire ce type de tableau⁴⁹ par exemple :

Tableau I B 2-Répartition par pathologie et origine de déficiences des jeunes handicapés accueillis en établissement d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels

Pathologies et origines de déficiences	Effectif	Pourcentage
Autisme et syndromes apparentés	3 525	5,2%
Psychose infantile	9 835	14,4%
Autre psychose (survenue à partir de l'adolescence)	540	0,8%
Trisomie et autres aberrations chromosomiques	8 037	11,8%
Accidents périnataux	4 695	6,9%
Traumatisme crânien et lésion cérébrale acquise (en dehors de la période périnatale)	1 300	1,9%
Pathologie génétique connue autre qu'aberration chromosomique	3 464	5,1%
Autre ou inconnue	34 698	51,0%
Non réponse	1 974	2,9%
Total	68 068	100,0%

On ne peut manquer de relever que 51% des enfants ne se voient classer dans aucune catégorie significative.

Pour en savoir plus, il faut se tourner vers une autre classification, celle proposée par le rhumatologue anglais Philippe Wood sur commande de l'OMS dans les années 70 et qui fut traduite en français en 1988 pour être officiellement utilisée à partir de 1989 par les CDES et COTOREP⁵⁰ dans la construction de leur nouveau guide barème. On y trouve une toute autre approche : on ne s'intéresse plus aux causes des maladies, cherchant à les classer et à déterminer leur « curabilité » pour savoir s'il s'agit ou non de handicap mais à leurs conséquences. « *Ainsi, le premier plan est celui du processus morbide, de*

⁴⁹ VANOVERMEIR, Solveig, BERTRAND, Dominique, Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES SÉRIE STATISTIQUES DOCUMENT DE TRAVAIL n° 71 – novembre 2004. p 20

⁵⁰ commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

la maladie, du trauma, du diagnostic : « quelque chose d'anormal se produit à l'intérieur de l'individu. » Le deuxième est celui des organes et fonctions auquel correspond la notion de déficience. Le troisième est celui de l'altération des gestes et actes élémentaires de la vie ordinaire auquel répond l'incapacité. Le quatrième est celui de la limitation du libre exercice des rôles sociaux auquel est associé le désavantage social. Si le premier plan concerne le diagnostic, le processus pathologique, les trois autres plans concernent les conséquences de maladies. Ces trois derniers plans forment l'architecture de la Classification Internationale des Handicap : déficiences, incapacités, désavantages ; un manuel de conséquence des maladies. »⁵¹

- 🍏 Déficience : dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique, ou anatomique.
- 🍏 Incapacité : dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à une réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales par un être humain.
- 🍏 Handicap ou désavantage social : dans le domaine de la santé, le désavantage social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).⁵²

Au plan des déficiences, la population des IME peut alors être présentée de la manière suivante dans les statistiques de la DRESS :

⁵¹ BERAUD-CAQUELIN, H., et DERIVRY-PLARD, M., in LANGOUET, G., (sous la dir.), *L'enfance handicapée en France*, Hachette Livres , Paris 1999, p 44

⁵² CHAPIREAU, François, in LANGOUET, G., (sous la dir.), *L'enfance handicapée en France*, Hachette Livres , Paris 1999, p 140

**Tableau I B 3-Répartition par déficience principale des jeunes handicapés
accueillis en établissement d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels**

Déficience principale	Effectif		
	Masculin	Féminin	Total
Retard mental profond et sévère : comprend les personnes susceptibles au plus d'un apprentissage systématique des gestes simples (définition OMS)	4 860	3 296	8 156
Retard mental moyen : comprend les personnes pouvant acquérir des notions simples de communication, des habitudes d'hygiène et de sécurité élémentaires et d'une habileté manuelle simple mais qui semblent ne pouvoir acquérir aucune notion d'arithmétique ou de lecture (définition OMS)	12 859	9 002	21 861
Retard mental léger : comprend les personnes pouvant acquérir des aptitudes pratiques et la lecture ainsi que des notions d'arithmétique grâce à une éducation spécialisée (définition OMS)	14 732	9 526	24 258
Autres déficiences de l'intelligence : cette catégorie comprend par exemple les détériorations intellectuelles rencontrées au cours des démences de l'adulte	116	38	154
Déficiences intermittentes, "critiques", de la conscience (y compris crise d'épilepsie)	222	143	365
Troubles de la conduite et du comportement non inclus dans une pathologie psychiatrique avérée	1 902	639	2 541
Déficiences du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves : comprend les personnes ayant des troubles graves de la personnalité et des capacités relationnelles à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolés	2 765	1 413	4 178
Autres déficiences du psychisme : troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité, à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolés	1 105	724	1 829
Déficience du langage (oral et écrit) et de la parole à l'exclusion de la surdi-mutité	275	121	396
Déficience totale ou profonde du développement de l'ouïe et perte auditive bilatérale profonde (supérieure à 90 Db) à l'exclusion de la surdi-mutité	6	4	10
Déficience auditive bilatérale sévère (comprise entre 71 Db et 90 Db inclus)	7	7	14
Autre déficience de l'acuité auditive moyenne ou légère (égale ou inférieure à 70 Db)	11	4	15
Surdi-mutité : perte auditive bilatérale associée à l'absence de communication orale	8	10	18
Surdi-cécité	0	1	1
Déficience de la fonction vestibulaire et de l'équilibration	0	0	0
Déficience visuelle bilatérale totale ou profonde des deux yeux : cette catégorie regroupe les cécités à l'exclusion de la surdi-cécité	11	7	18
Autres déficiences de la fonction et de l'appareil visuel : cette catégorie comprend entre autre les déficiences de l'acuité visuelle autres que la cécité, et les autres troubles de la vision (champ visuel, couleurs, poursuite oculaire...), à l'exclusion des déficiences visuelles bien compensées par des verres correcteurs	8	3	11
Déficiences motrices par absence complète ou incomplète d'une partie ou de la totalité d'un membre ou de plusieurs membres (par exemple amputation)	7	8	15
Absence ou déficit de la mobilité volontaire des quatre membres (par exemple quadriplégie)	24	19	43
Absence ou déficit important de la mobilité des deux membres inférieurs (par exemple paraplégie)	42	26	68
Déficit de la mobilité des membres supérieur et inférieur homolatéraux (par exemple hémiplégie)	51	32	83
Déficit de la motricité des membres supérieurs	1	1	2
Déficiences motrices de la tête et du tronc	1	2	3
Autres déficiences complexes de la motricité (par exemple mouvements anormaux)	31	29	60
Plurihandicap : plusieurs déficiences de même gravité, ceci empêchant de déterminer une déficience principale, à l'exception de la surdi-mutité, de la surdi-cécité et du polyhandicap	321	227	548
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles, respiratoires... non prises en compte dans les autres rubriques	45	38	83
Polyhandicap associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante	1 161	1 049	2 210
Autres déficiences : déficiences non désignées par ailleurs	254	171	425
Non réponse	468	235	703
Total	41 293	26 775	68 068

C'est à partir de la classification de la CIH que fut reprise la CFTMEA aux accents trop exclusivement médicaux pour élaborer la Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent⁵³.

Tous ces modèles de classifications sont en perpétuelle évolution. Les analyses très pointues des spécialistes débusquent dans chacune d'elles des ressorts implicites qui font la part belle à telle ou telle approche spécifique derrière laquelle se dessine en filigrane les lignes de forces des politiques publiques en matière de santé, solidarité... Ainsi par exemple, à trop insister sur le « désavantage » et le « handicap », on risque d'affaiblir l'engagement dans les politiques de santé publique pour renforcer le secteur médico-éducatif réputé moins onéreux. A l'inverse, le choix d'une approche excessivement médicalisée aurait des conséquences fâcheuses sur l'effort d'éducation et sur l'effort consenti par la société pour faire une juste place à tous et mettre en place les compensations nécessaires à cette fin. Pour François Chapiro, « *Le handicap en France est un domaine avant d'être une notion.* » Il existe selon lui « *deux grands types et deux seulement de classification du handicap. L'une classe des personnes. Il s'agit d'une logique de clientèle, clientèle des services, clientèle des établissements, ou tout aussi bien la clientèle des méthodes thérapeutiques ou des méthodes pédagogiques ; l'autre type de classification classe des expériences de santé, et prend alors en compte la complexité du phénomène de la santé (...). Chacune a ses avantages, ses inconvénients (...) il est vain d'opposer ces deux méthodes dans un choix manichéen.* »⁵⁴

Aujourd'hui le débat s'est porté sur la révision de la CIH à laquelle se substitue dorénavant la CIF adoptée par les Nations Unies en 2001 reposant sur l'analyse des fonctionnalités. Ce faisant, on ne se focalise plus sur la personne handicapée mais on fait porter l'attention sur le processus handicapant, le contexte social dans lequel se manifeste une situation de handicap. C'est là un choix aux dimensions politiques tout à fait évidentes. Des reproches importants sont faits, dénonçant un abandon de la classification CIH plutôt qu'une révision ou une amélioration. Des analystes la trouvent

⁵³ 2. R. Mises, N. Quemada (1994), « Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent : incapacités, désavantages et retentissement sur la qualité de vie familiale », *L'Information psychiatrique*, 70, 5, 453-462. 3. Ce groupe présidé par R. Mises et N. Quemada était composé de Ch. Aussilloux, C. Burzstejn, J.-C. Chanseau, F. Chapiro, A. Deveau, B. Durand, P. Eche, Ph. Jeammet, J.L. Lang, S. Lebovici, Ph. Mazet, C. Parayre, A. Plantade, C. Portelli.

⁵⁴ F. Chapiro (1992), « *Les concepts de la Classification internationale des handicaps* », *Handicaps et inadaptations. Les Cahiers du CTNERHI*, n° 57, p. 57-61, et p. 61-64 pour les débats.

floue, peu utilisable... On lui accorde pourtant certaines qualités parmi lesquelles celle-ci, de dimension philosophique : en décrivant les fonctionnalités de l'ensemble des êtres humains sous une forme neutre qui permet d'englober tout le monde, elle pourrait permettre un décloisonnement, une dé-ségrégation des personnes handicapées avec un risque corrélatif : celui de ne plus distinguer nettement qui a besoin d'aide.

Cette évocation des débats autour des classifications ne peut être approfondie ici. La réalité du terrain dans les IME n'est que peu pénétrée par les débats sémantiques universitaires et internationaux. Ce qui prévaut, c'est l'évolution lente sur fond d'habitude comme on l'a déjà vu dans la description et la terminologie concernant les établissements.

L'expression la plus fréquemment employée, nous l'avons indiqué, est celle de « déficience intellectuelle » inspirée de la CIH qui est l'outil de référence des CDES et COTOREP. Reposant sur un diagnostic posé à un instant donné, elle présente l'inconvénient d'avoir une connotation fixiste. Déficience évoque manque, perte, altération substantielle... pour définir un handicap qu'on oppose traditionnellement à la maladie pour en indiquer la pérennité. On fait aussi appel à l'expression « retard mental » qui paraît plus souple dans la mesure où un retard semble théoriquement toujours « rattrapable ». Cela rapproche de la psychométrie et des tests de QI qui opèrent un rapprochement statistique entre l'efficacité intellectuelle d'un sujet et l'efficacité moyenne d'une population d'âge identique. On sait aujourd'hui à quel point cet indicateur n'en est qu'un parmi d'autres et combien il est susceptible de variations dans l'histoire d'un individu et sujet à caution dans ses applications multiculturelles. Néanmoins, « l'homme de la rue » y voit un stigmate, une marque indélébile et non évolutive.

Quelque prudence qu'on y mette, ces déterminations de l'individu pesant sur lui comme une fatalité heurtent de plein fouet le postulat d'éducabilité qui anime le pédagogue dès le premier regard qu'il pose sur l'enfant qui lui est confié. De ce point de vue, il faut au pédagogue une indéclinable naïveté pour agir. Si elle lui faisait défaut spontanément, il devrait déontologiquement se la construire, il lui faudrait vouloir délibérément s'aveugler lui-même. C'est la pratique qui ensuite le rappellera à la réalité et lui imposera de s'adapter à la situation présente de son ou de ses élèves. Si le pédagogue

prend connaissance et ajoute foi à un diagnostic à prétention prédictive lui indiquant que tel élève, étant donné sa déficience intellectuelle, son retard mental dûment mesuré ne pourra en aucune manière effectuer tels et tels apprentissages, il renonce à ce qui constitue l'éthique même de son métier et cela avant même d'agir.

La philosophe Alain, s'adressant aux enseignants en général attire avec humanité leur attention sur cette exigence déontologique a minima : « *Il reste ceux que l'on instruit guère, soit parce qu'ils ne veulent pas apprendre, soit parce qu'ils ne peuvent. Ici se trouve le problème véritable. J'ai connu un temps où le jeune garçon qui raisonnait mal une fois ou deux sur les triangles était aussitôt abandonné. Conduite raisonnable, si le pouvoir ne cherche que des recrues pour la partie gouvernante ; conduite ridicule, si le pouvoir veut réellement des citoyens éclairés. Qu'un garçon ne fasse voir aucune aptitude pour les mathématiques, cela avertit qu'il faut les lui enseigner obstinément et ingénieusement. S'il ne comprend pas ce qui est le plus simple, que comprendra-t-il jamais ? Evidemment, le plus facile est de s'en tenir à ce jugement sommaire, que l'on entend encore trop : « Ce garçon n'est pas intelligent. » Mais ce n'est point permis. Tout au contraire, c'est la faute capitale à l'égard de l'homme, et c'est l'injustice essentielle, de le renvoyer ainsi parmi les bêtes, sans avoir employé tout l'esprit que l'on a, et toute la chaleur d'amitié dont on est capable, à rendre la vie à ces parties gelées. Si l'art d'instruire ne prend pour fin que d'éclairer les génies, il faut en rire, car les génies bondissent au premier appel, et percent la broussaille. Mais ceux qui s'accrochent partout et se trompent sur tout, ceux qui sont sujets à perdre courage et à désespérer de leur esprit, c'est ceux-là qu'il faut aider.* »⁵⁵

Contrairement à toute classification qui chercherait à les enfermer, à les assigner, ce qui frappe chez ces « élèves à la pensée troublée », « qui s'accrochent partout », dans l'expérience de leur enseigner, c'est l'extrême diversité des manifestations de leur intelligence, son extrême variabilité selon les périodes de leur vie, les centres d'intérêts qui sont les leurs... tout ceci étant démultiplié comme chez tout être humain par les interactions et relations avec autrui, les émotions... Ainsi, à l'inverse de ce que pourrait donner à penser une vision superficielle arrêtée à des données quantitatives, ce qui caractérise la situation d'enseignement auprès de ces élèves, c'est son extraordinaire

⁵⁵ ALAIN, *Propos sur l'éducation*, coll. Quadrige éd. PUF 1986 p 52

richesse. Il n'est pas besoin pour entreprendre de les instruire de tout connaître d'eux – pas plus que des autres élèves d'ailleurs – aux différents plans d'analyse des sciences qui se penchent à leur chevet, ainsi que le souligne Alain : « *Vous dites qu'il faut connaître l'enfant pour l'instruire ; mais ce n'est point vrai ; je dirais plutôt qu'il faut l'instruire pour le connaître ; car sa vraie nature c'est sa nature développée par l'étude des langues, des auteurs et des sciences. C'est en formant le chanteur que je saurai s'il est musicien.* »⁵⁶

2.1.3 Postulat d'éducabilité, notion d'attente : mots-clés de l'action pédagogiques en IMPro

2.1.3.1 Postulat éthique pour aujourd'hui ...

L'expression de « postulat d'éducabilité » employée ci-dessus nécessite à présent quelques développements. Elle s'articule à la notion d'attente et constitue le fondement d'une action éducative écartant le renoncement. Il ne s'agit pas de la manifestation d'une illumination niant les difficultés et les obstacles mais de la conviction qu'ils peuvent être dépassés et que le pédagogue ne peut les attribuer systématiquement pour se justifier à des causes externes sur lesquelles il n'y a pas prise.

On entre d'emblée avec cette expression dans le domaine de l'éthique. Postulat comme condition sine qua non, comme fondement ultime et primordial sur lequel s'enracine l'action de l'éducateur, du pédagogue. Postulat singulièrement logique et croyant qui ne s'éprouve que par son absurde contraire : celui qui ne croit pas en l'éducabilité de l'être ou des êtres qu'il veut éduquer n'a plus qu'à changer de métier. A la différence d'une action visant au dressage, au conditionnement, à la perfectibilité, à la réadaptation, l'action éducative du pédagogue revêt ipso facto une dimension éthique sans laquelle elle ne serait déjà plus elle-même.

En faisant sien ce postulat, l'éducateur se trouve assigné à une responsabilité éthique où il joue son engagement. Il gage, il parie, il porte en lui l'espérance liée à une promesse : celle d'un dévoilement possible des potentialités de celui qu'il éduque. Il sait et veut que ce dévoilement ne s'effectue que dans le désir et la liberté conquis par son pupille.

⁵⁶ ibid p 45