

les publications du C.T.N.E.R.H.I.  
centre technique national d'études  
et de recherches  
sur les handicaps et les inadaptations  
27, quai de la tournelle 75005 paris

**PROBLEMES POSES PAR LA RECONVERSION**

**DES ETABLISSEMENTS**

**DU SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

Rapport d'un groupe d'étude

preside par M.Camille HERMANGE

Directeur General de l'A.N.C.E.

Rapporteur Marie-Annick PRIGENT Chargée de recherches au C.T.N.E.R.H.I.



## S O M M A I R E

- Liste des participants au groupe d'étude	I
- Communications présentées au groupe d'étude	IV
- Répertoire des sigles utilisés	VI
- Avant-Propos	VIII
- Introduction	1
<u>PREMIERE PARTIE : LE BESOIN DE RECONVERSION</u>	11
<u>Chapitre I : LES CAUSES DU BESOIN DE RECONVERSION</u>	12
<u>A - Des facteurs extérieurs aux établissements</u>	13
A.1 - Des causes pouvant être considérées comme acquises	13
A.1 <sub>a</sub> - des facteurs historiques	14
A.1 <sub>b</sub> - des progrès médicaux	23
A.1 <sub>c</sub> - des causes socio-démographiques	28
A.2 - Des causes plus évolutives	32
A.2 <sub>a</sub> - diversification et multiplication des interventions	32
A.2 <sub>b</sub> - évolution des conceptions théoriques	37
<u>B - Des facteurs internes aux établissements</u>	41
<u>Chapitre II : ESSAI D'APPRECIATION DU BESOIN DE RECONVERSION</u>	51
<u>A - Approche quantitative</u>	52
<u>B - Approche qualitative</u>	80
<u>DEUXIEME PARTIE : LA RECONVERSION</u>	88
<u>Chapitre I : LES COMPOSANTES DE LA RECONVERSION</u>	89
<u>A - Perception des besoins</u>	90
<u>B - Les partenaires de la reconversion</u>	104
B.1 - Les partenaires extérieurs à l'établissement	104
B.2 - Les partenaires internes à l'établissement	110

<u>Chapitre II : LES MODALITES DE LA RECONVERSION</u>	127
A - <u>Quand reconvertir ?</u>	128
B - <u>Le processus de la reconversion</u>	134
B.1 - Les objectifs de la reconversion	134
B.2 - Les modalités de la reconversion	141

LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE D'ETUDE

---

Président : Camille HERMANGE  
Directeur de l'Association Nationale  
des Communautés Educatives

---

M. ALLOING	C.R.E.A.I. Midi-Pyrénées.
M. ANGLARET	C.R.E.A.I. Rhône-Alpes.
M. BERNARD	C.R.E.A.I. de Bretagne.
M. BLUTEAU	Comité d'Entente des Ecoles et Centres de Formation d'Educateur Spécialisé.
Mme le Docteur BOICHUT	Chef du Service du Contrôle médical des Centres Psychothérapeutiques et Médico- Pédagogiques de la C.R.A.M. d'Ile de France.
M. BOUET	Association Française des Magistrats de la Jeunesse et de la Famille.
M. BUSEYNE	Directeur de l'Association Nationale des Directeurs d'Etablissements et Services pour Inadaptés.
M. le Docteur CONSTANT	Fédération des Sociétés de Croix-Marine.
Mlle DELACOUX	Association "Le Moulin Vert".
M. DURANDAU	Association des Paralysés de FRANCE.
M. le Docteur FORNO	Syndicat National des Psychiatres Privés.
M. GARBER	Ecole Nationale de la Santé Publique.
M. HASSLER	Institut Régional de Formation des Travailleurs sociaux et de Recherches Sociales d'Aquitaine.
M. HIGEL	Directeur de l'IME de Château Milan MONTELMAR.
M. LEBRETON	C.R.E.A.I. du Centre.
M. LOIRAT	D.R.A.S.S. d'Aquitaine.
M. LOUPIAC	C.R.E.A.I. Rhône-Alpes.
M. MERIGOT	Union des Caisses Centrales de Mutualité Sociale Agricole.
M. PARISSET	Ministère de la Justice Service de l'Education Surveillée.
M. SCHLERET	C.R.E.A.I. de Lorraine.

M. SLIMANE	Association Nationale des Personnels et Etablissements de l'Enfance Inadaptée du Secteur Public.
M. le Docteur TRICOT	Syndicat des Psychiatres Français.
M. VALLADON	Institut Régional de Formation des Travailleurs Sociaux et de Recherches Sociales d'Aquitaine.

---

PARTICIPANTS EXCEPTIONNELS

---

M. CHAUVIERE	Sociologue.
M. CHAZAL	Conseiller Honoraire à la Cour de Cassation.
M. EHRARD	Association Nationale des Educateurs de Jeunes Inadaptés.
Mme FOULQUIE	Syndicat National des Associations et Institutions Sociales et Médico-Sociales.
M. GEVREY	Syndicat National des Instituteurs et Professeurs de Collège.
M. GONNET	Inspecteur d'Académie.
M. GRIMALDI	Etablissement du Sonnenhof - BISCHWILLER.
M. HONORE	Syndicat National des Cadres de la Santé Privée (C.G.C.).
Mme KEMPP	Etablissement du Sonnenhof - BISCHWILLER.
M. KERMOAL	Fédération Nationale de l'Action Sociale - F.O.
M. le Docteur KOHLER	C.R.E.A.I. Rhône-Alpes.
M. LECLERC	D.D.A.S.S. du Nord.
M. MAHE	C.R.E.A.I. du Centre.
M. MALLET	Inspecteur de l'Education Nationale.
M. OBERLE	C.R.E.A.I. d'Alsace.
M. le Docteur PRINZ	Etablissement du Sonnenhof - BISCHWILLER.
M. RIFFARD	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif.
Mme ROUSILLE	Inspection Générale des Affaires Sociales.
M. le Professeur SATGE	Médecin-Chef du Centre d'Hospitalisation réo-natale-Institut de Puériculture - PARIS.
Mme VAN LERBERGHE	Inspection Générale des Affaires Sociales.

---

PARTICIPANTS C.T.N.E.R.H.I.

M. Michel LEVY

-----  
Directeur.

Marie-Annick PRIGENT

Chargée de Recherches.

Nous remercions Madame MARRIERE, Secrétaire et le Service Reprographie du C.T.N.E.R.H.I. pour leur contribution aux travaux de ce groupe d'étude.

COMMUNICATIONS PRESENTEES AU GROUPE D'ETUDE

---

- Evolution des effectifs des Institutions.  
Premiers résultats de l'enquête A.N.D.E.S.I.
- Résultats d'une enquête portant sur les polyhandicapés de la Région Alsace.
- Enquête sur les besoins des établissements spécialisés dans la Région Centre.
- Présentation des réponses au questionnaire du C.T.N.E.R.H.I.
- Enquête de la Fédération des Sociétés de Croix-Marine.
- Réponse du C.R.E.A.I. Rhône-Alpes au questionnaire "Reconversion et Evolution".
- Reconversion et évolution des établissements dans la Région Midi Pyrénées.
- Enquête de la C.R.A.M. (1976) sur l'évolution des établissements dans la Région Parisienne.
- Compte-rendu de la journée d'étude de l'A.N.E.J.I. du 8/03/1979 sur la reconversion.
- Intervention du Professeur SATGE, Médecin-Chef du Centre d'Hospitalisation néo-natale - Institut de Puériculture-Paris.
- Les Etablissements de la M.S.A. pour l'Enfance Inadaptée.
- Enquête de l'A.N.C.E. sur le fonctionnement des établissements du secteur social et médico-social.
- Le problème de la reconversion des établissements dans le département de la Drôme. Point de vue de la D.D.A.S.S.
- Evolution des conceptions et des modalités d'intervention dans le domaine de la théorie et de la pratique psychiatrique et répercussions sur la reconversion des établissements de l'Enfance Inadaptée.
- Pourquoi et comment un gros établissement polyfonctionnel peut-il s'adapter à l'évolution des besoins ?
- Influence de la sectorisation sur le fonctionnement des établissements pour handicapés.
- Les aspects spécifiques des problèmes de la reconversion des établissements du secteur public de l'enfance inadaptée (personnel, planification).
- Le problème de la reconversion et de l'évolution des établissements pour handicapés moteurs.
- Le rôle du directeur dans la préparation et l'exécution des reconversions nécessaires.

- La reconversion des établissements de l'Education Surveillée.
- La polyfonctionnalité.
- Evolution des catégories prises en charge dans les structures de l'Education Nationale.  
Conséquences prévisibles sur le secteur médico-éducatif.  
Possibilité de reconversion de personnels médico-socio-éducatifs spécialisés dans des structures scolaires ou des services médico-éducatifs annexés à ces structures.
- L'évolution des équipements et services à disposition du juge des enfants dans les années à venir et les besoins de reconversion et/ou d'évolution qu'elle implique.
- La reconversion vue d'un Institut régional de formation de travailleurs sociaux.  
Ses conséquences sur la formation.
- Les centres de formation d'éducateurs spécialisés face aux problèmes de reconversion.
- Adaptation et formation des personnels dans une perspective de reconversion.
- Histoire d'un petit établissement du Var.
- Positions des syndicats face aux problèmes de reconversion :
  - . Confédération Générale des Cadres (C.G.C.).
  - . Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (F.E.H.A.P.).
  - . Fédération Nationale de l'Action Sociale Force Ouvrière (F.N.A.S./F.O.).
  - . Syndicat National des Associations et Institutions Sociales et Médico-Sociales (S.N.A.I.M.).
  - . Syndicat National des Instituteurs et Professeurs de Collège (S.N.I - P.E.G.C )

REPERTOIRE DES SIGLES UTILISES

---

A.E.M.O.	Action Educative en Milieu Ouvert.
A.N.C.E.	Association Nationale des Communautés Educatives.
A.N.D.E.S.I.	Association Nationale des Directeurs d'Etablissements et Services pour Inadaptés.
A.P.F.	Association des Paralysés de France.
A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance.
BO.SP.SS.	Bulletin Officiel du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.
C.A.	Conseil d'Administration.
C.A.T.	Centre d'Aide par le Travail.
C.D.E.S.	Commission Départementale de l'Education Spéciale.
C.O.T.O.R.E.P.	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
C.R.A.M.	Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
C.R.E.A.I.	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées.
C.R.I.S.M.S.	Commission Régionale des Institutions Sociales et Médico-Sociales.
C.T.N.E.R.H.I.	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
E.N.P.	Ecole Nationale de Perfectionnement.
F.A.G.E.R.H.	Fédération des Associations Gestionnaires d'Etablissements de Réadaptation des Handicapés.
G.A.P.P.	Groupe d'Aide Psycho-Pédagogique.
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales.
I.M.E.	Institut Médico Educatif.
I.M.P.	Institut Médico-Pédagogique.
I.M.Pro.	Institut Médico Professionnel.
I.N.S.E.E.	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques.

J.O	Journal Officiel.
M.A.S.	Maison d'Accueil Spécialisée.
M.E.C.S.	Maison d'Enfant à Caractère social.
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile.
S.E.S.	Section d'Education Spéciale. (annexée à un collège).
S.E.S.A.D.	Services de Soins et d'Education à Domicile.
S.R.A.S.S.	Service Régional de l'Action Sanitaire et Sociale



AVANT - PROPOS

---



Le groupe de travail chargé d'étudier "les problèmes posés par la reconversion des établissements du secteur social et médico-social" s'est réuni pendant dix huit mois, du début de l'année 1979 à juin 1980. Le rapport final a été présenté au Conseil d'Administration du C.T.N.E.R.H.I. lors de la séance du 5 janvier 1981. C'est donc avec une année de retard que paraît ce document et je dois des excuses aux membres du groupe d'une part, à l'Administration qui avait "commandé" cette étude d'autre part. Un concours fâcheux de circonstances n'a pas permis cette publication dans des délais plus raisonnables.

Le groupe fut très ouvert, sa composition mentionnée dans les pages ci-après est là pour en témoigner, peut-être pourrait-on nous reprocher de ne pas avoir fait suffisamment appel aux usagers ou tout au moins à leurs représentants. L'assiduité des membres a prouvé, au cours de ce travail communautaire, tout l'intérêt qu'ils portaient à une telle étude, et chaque participant s'est exprimé librement avec la franchise qui est de règle pour une analyse globale de situation.

Au-delà des membres permanents, nous avons fait appel à de nombreux participants occasionnels, le plus souvent hommes ou femmes de terrain ou encore spécialistes à des titres divers des problèmes traités.

Le document édité par le C.T.N.E.R.H.I. reprend fidèlement les idées émises au cours des séances mensuelles. Certes il a été difficile de s'engager plus avant lors de certaines discussions, les représentants du secteur social refusent parfois de s'impliquer lorsqu'il s'agit de faire des propositions concrètes, craignent trop souvent le changement par peur sans doute de se remettre en cause eux-mêmes ou de remettre en cause les actions menées. Et pourtant les structures doivent évoluer sinon elles sont à la merci d'un immobilisme, d'une sclérose parfois. Leur disparition est inévitable si elles ne s'adaptent pas aux besoins des jeunes, manifestés par eux ou par leurs familles.

On peut être surpris aussi par l'absence de réflexion plus approfondie sur ce que peut apporter à certains jeunes en difficulté un internat, véritable communauté éducative, ouverte sur l'extérieur avec participation des jeunes eux-mêmes. Certains pays l'ont compris et utilisent la vie communautaire comme moyen de socialisation.

On peut être surpris enfin par l'acceptation au moins tacite des membres du groupe apprenant que de nombreux placements sont effectués dans des établissements situés à l'étranger, en Belgique par exemple, d'enfants et d'adolescents suivis par les C.D.E.S. du Nord et du Nord-Est, alors que certains établissements sis dans ces mêmes régions de France rencontrent des difficultés de recrutement. Faudrait-il croire que ces établissements ne sont pas adaptés ou n'ont pas su s'adapter aux besoins de ces jeunes en difficultés ?

Malgré ces remarques d'ordre négatif, le groupe a fait un certain nombre de propositions adoptées par le Conseil d'Administration du C.T.N.E.R.H.I., propositions que nous souhaiterions voir reprises par les Administrations et grands services intéressés, notamment celles concernant l'information, la prévenance, la décision motivée d'avertissement.

Tous les moyens doivent être mis en oeuvre pour une plus grande efficacité des services rendus par les établissements et services accueillant des jeunes handicapés et inadaptés.

En ce début 1982, la politique gouvernementale a pris une option sérieuse en matière d'intégration des jeunes dans les structures scolaires normales ou adaptées de l'Education Nationale. Cette mesure prévisible, souhaitée par les familles a été envisagée dans notre étude. Néanmoins des études complémentaires sont à entreprendre pour préciser les meilleures conditions à mettre en oeuvre pour que l'intégration soit possible et porte tous les effets positifs souhaitables d'une part, mais aussi pour préciser le rôle susceptible d'être joué par les équipes pluridisciplinaires existantes dans la mise en oeuvre de cette politique d'autre part.

Je me dois, au nom du groupe tout entier, de remercier Marie-Annick PRIGENT, Chargée de Recherches au C.T.N.E.R.H.I., dont la compétence en matière d'inadaptation et de handicaps dépasse largement le C.T.N.E.R.H.I. Outre sa compétence, je me dois de souligner son engagement personnel dans le travail du groupe dont elle a assuré le secrétariat et réalisé le rapport intermédiaire, puis la synthèse des travaux.

Cette synthèse représente la photographie de la situation au cours de l'année 1981. Cette photographie est certes incomplète, nous en sommes tous conscients, mais elle doit être l'ébauche de la photographie qu'il faudrait nécessairement reprendre au début de chaque plan quinquennal, ceci afin d'établir un bilan des besoins face à la nécessaire évolution des structures. Nous gardons à l'esprit le souci d'efficacité des établissements dont l'un des objectifs principaux est de réduire autant qu'il est possible les différences pour une meilleure et toujours plus grande insertion scolaire, familiale et sociale, objectif prioritaire de toute l'action entreprise.

Il est acquis que le statut juridique de l'établissement, public ou privé à but non lucratif, n'a aucune incidence sur les problèmes abordés par les membres du groupe. Le cadre administratif peut toujours être adapté, quant aux conséquences d'une modification de structure ou même d'une fermeture pour les personnels, elles s'inscrivent dans un cheminement parallèle de mesures d'ordre économique, les garanties accordées par le Code du Travail étant au moins équivalentes à celles accordées par le Livre IX. L'important organisme gestionnaire possède des moyens d'information, d'investigation, mais aussi des moyens humains bien supérieurs à ceux des petites associations locales très désemparées lorsqu'une crise se présente. Les organismes spécialisés sont prêts alors à apporter leur assistance technique.

L'important problème de la dévolution des biens, très souvent acquis avec subventions importantes et emprunts remboursés sur les prix de journée, n'a pas été abordé. Sans doute les responsables politiques d'organismes gestionnaires étaient-ils trop peu nombreux ou ne se sont-ils jamais posé le problème ? Il appartiendra à l'Administration de se prononcer sur ce point.

La concertation annuelle souhaitée paraît devoir être source d'informations utiles. Quelle que soit la politique arrêtée par les instances gouvernementales, régionales ou départementales dans le cadre d'une politique de plus en plus décentralisée, les structures d'accueil dites "ségréгатives" auront un rôle à jouer, rôle sans doute différent de ce qu'il est maintenant. Mais surtout les équipes pluridisciplinaires devront prendre en charge les enfants restant dans leurs milieux naturels de vie : la famille, l'école, les organisations de loisirs et de vacances, la société elle-même.

L'intégration préconisée par la circulaire interministérielle du 29 janvier 1982 envisage une approche différente avec des moyens spécifiques. Une réflexion sur ces points sera menée par le groupe d'étude mis en place par le C.T.N.E.R.H.I. sur le thème "Les Rapports entre l'Éducation Spécialisée et l'Enseignement".

Je souhaite qu'il poursuive le travail entrepris et qu'il réussisse dans sa mission.

C. HERMANGE



## INTRODUCTION

---



### *Présentation du groupe d'étude*

Dans le cadre de sa mission d'étude, le Conseil d'Administration du C.T.N.E.R.H.I. avait décidé, au début de l'année 1978, à la suite d'une demande du C.R.E.A.I. de la région Rhône-Alpes, la création d'un groupe d'étude sur "les problèmes posés par la reconversion des établissements de l'enfance inadaptée". La demande initiale proposait de faire l'inventaire des problèmes juridiques, financiers et de conversion du personnel et des effectifs dans l'hypothèse d'une fermeture. Cette proposition ayant reçu l'accord du conseil d'administration, le groupe d'étude a pu débiter ses travaux au début de l'année 1979.

La plupart des organismes contactés pour participer à ce groupe ont répondu favorablement. Ce succès des réponses reçues aux sollicitations de participation démontrait, s'il en était besoin, l'actualité de la question et la préoccupation de tous les partenaires du secteur social et médico-social face au devenir des établissements.

Le groupe d'étude constitué était donc important en nombre et très varié de par la qualité de ses participants. Un certain nombre de centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées y ont participé, ainsi que des associations gestionnaires d'établissements, des représentants des personnels, des instituts de formation d'éducateurs et des administrations concernées (Justice, Education, Santé). Le groupe a travaillé au rythme d'une réunion mensuelle environ et a tenu une quinzaine de séances. Pour des questions précises, il a fait appel à des intervenants extérieurs. La liste des membres du groupe et celle des participants exceptionnels (cf. p. I ) donneront un reflet exact de sa composition. La liste des interventions donnera un état de la majeure partie des communications présentées au groupe d'étude sur lesquelles il a basé sa réflexion.(cf. p. IV ).

Il n'est pas habituel d'aborder les problèmes internes de fonctionnement d'un groupe d'étude. Il nous faut pourtant signaler que, du fait même de son importance, le groupe a connu des problèmes de fonctionnement et a dû constater un certain relâchement dans l'assiduité de quelques membres. Ceci peut s'expliquer par l'importance même du groupe. Un nombre élevé de participants multiplie les risques d'absentéisme fortuit. Cet absentéisme lui-même provoque bon nombre de redites, de retours sur certains points

déjà abordés ou empêche d'en aborder d'autres, Ceci a pu laisser les participants les plus assidus.

Cependant, nous ne pouvons nous empêcher d'établir une liaison entre cette réduction des effectifs et le relâchement certain constaté dans le groupe et le thème même des travaux.

Le problème abordé est difficile. Il préoccupe depuis quelques années déjà les administrations, il angoisse associations et établissements. Il se pose en termes différents selon les populations concernées et les intérêts en cause. Disposant d'un certain recul par rapport aux lois de 1975 qui avaient provoqué les plus vives inquiétudes et pouvant commencer à juger de leur application et de leurs conséquences, il semblait tout à fait justifié, en 1979-1980 d'aborder la question dans son entier pour tenter de définir une politique d'ensemble. Il a fallu constater cependant que lorsque le groupe a voulu aborder les problèmes de fond hors du constat mathématique et qualitatif du besoin de reconversion, son effectif s'est assez sensiblement réduit. Ces réactions que l'on a pu observer dans le microcosme d'un groupe de travail nous semblent assez similaires aux réactions de l'ensemble même du secteur social et médico-social face à ce type de problème pour justifier d'être soulignées. Si cette observation semble chargée d'une certaine critique, elle ne se veut que constatation, constatation qui nous a quand même paru assez lourde de signification.

#### *Démarche du groupe*

Le groupe a dû dès le départ définir son champ d'étude et surtout essayer d'en poser les limites. A l'origine le groupe ne devait se préoccuper que des problèmes concernant les établissements pour enfants. Il aurait pu se limiter à cet objet, le problème des établissements pour enfants étant déjà suffisamment vaste et complexe et surtout le plus crucial actuellement.

"L'Enfance Inadaptée" constitue bien un secteur spécifique. Il s'est institué pour traiter la situation d'enfants et d'adolescents qui ne pouvaient se développer dans le cadre normal des familles, de l'école, de la vie sociale et professionnelle en raison de comportements a-normaux, donc intolérables, en raison de déficiences physiques et intellectuelles ou en raison de la carence de leur milieu social. Des équipements, des personnels

se sont alors spécialisés pour répondre aux besoins de ces enfants et adolescents.

Cependant, on constate que progressivement les actions menées par ces personnels et ces institutions se sont étendues à des adultes handicapés et que dans le même temps, elles prenaient en compte non seulement la difficulté de l'enfant, mais celles de l'ensemble du groupe familial dont il est cause et/ou symptôme.

De plus, l'accent a été mis, par la sectorisation, sur une répartition géographique des équipements destinée à préserver au maximum le maintien dans le tissu familial et social.

Enfin, beaucoup d'équipements, y compris les structures lourdes des internats, se sont orientés vers le développement d'une articulation avec leur environnement social, scolaire, sportif, de loisir pour éviter les effets secondaires "surhandicapants" de la ségrégation.

On pouvait donc en conséquence s'interroger sur la pertinence d'une réflexion sur une reconversion ou un redéploiement du potentiel de l'Enfance Inadaptée en l'enfermant dans les limites d'un secteur spécifique.

Le groupe a donc estimé souhaitable d'élargir son objet à l'ensemble des établissements pour handicapés et inadaptés, enfants et adultes.

Il semblait en effet difficile de séparer les deux populations. Si les problèmes de reconversion ne se posent pas dans les mêmes termes dans les établissements pour enfants et dans les établissements pour adultes, on ne peut ignorer la permanence du problème due à l'évolution sociale générale. Un même glissement qualitatif de la clientèle est constaté dans les deux types d'établissements. En outre, en pratique, les reconversions actuelles se font toujours vers l'accueil d'une population adulte. Le groupe a donc voulu aborder le problème d'une façon globale, en évitant toutefois qu'un trop grand élargissement du champ de réflexion ne l'entraîne à s'éloigner des problèmes concrets posés par le sujet.

Il a fallu aussi préciser le type d'établissements sur lesquels allaient porter les travaux. Le groupe s'est limité à étudier les établissements entrant particulièrement dans le champ de compétence du C.T.N.E.R.H.I., c'est à dire ceux du secteur social et médico-social. Mais, bien évidemment, il n'a pu ignorer que ces établissements se situaient dans un con-

texte d'ensemble où se trouvent les établissements relevant de l'Education ou de la Justice, il y a des recoupements et des chevauchements entre ces secteurs et la réflexion du groupe a voulu couvrir l'ensemble des institutions sans ignorer la spécificité du champ d'action du C.T.N.E.R.H.I. Le groupe a d'ailleurs été conforté dans cette optique par l'imprécision de plus en plus accentuée à l'heure actuelle des activités des établissements.

Alors que les domaines d'activités sont en théorie clairement définis, on assiste à des glissements d'affectation très nets. Les établissements du secteur de psychiatrie infanto-juvénile font de plus en plus de travail social ; les juges des enfants étendent leurs activités dans les domaines sociaux et psychiatriques et les établissements éducatifs "psychiatisent" de plus en plus leurs activités. Finalement tout le monde tend à faire à peu près la même chose et quelles que soient les dénominations, les populations reçues sont souvent analogues. A tel point que l'existence même d'un secteur socio-médico-éducatif semble pouvoir être remise en question. A tout le moins, on a de plus en plus de mal actuellement à le situer. A-t-il encore sa place entre les prérogatives accrues de l'Education et la sectorisation psychiatrique ? Tout cela est bien sûr très schématisé et nous reviendrons de manière plus approfondie sur tous ces points au cours de ce rapport.

Mais avant d'aborder le corps même du sujet, le groupe s'est longtemps heurté à des problèmes de terminologie. Une partie non négligeable du groupe a été choquée par l'impression donnée dans les documents préparatoires du groupe de poser la nécessité de la reconversion comme un postulat. Or, d'après ces participants, celle-ci restait encore à démontrer. Le groupe se heurtait là à un malentendu de base sur le terme même de reconversion et sur ce qu'il recouvrait.

En effet, la reconversion peut être entendue dans un sens restrictif, supposant la suppression partielle ou totale, ou du moins un changement brutal d'activités ou d'affectation. Mais on peut aussi entendre la reconversion dans un sens plus large en y englobant toute évolution. Ainsi certains établissements, par une évolution continue de leurs méthodes de travail pour s'adapter à une clientèle différente du fait des besoins nouveaux, ont

procédé, sur un certain laps de temps, à leur propre reconversion. Le groupe a donc dû préciser ce qu'il entendait par reconversion. Même si l'on retenait la reconversion dans le sens le plus étroit, on ne pouvait laisser à l'écart les possibilités, les facilités ou les modalités de l'évolution qui est préventive à une reconversion brutale. C'est ce qui était d'ailleurs dans l'esprit de la demande originale du groupe d'étude, qui souhaitait voir étudiées les conditions administratives et financières permettant une évolution des établissements ou, éventuellement, leur fermeture en temps voulu, pour éviter de les retarder sans fin, faute de disposer de solutions qui les rendraient pratiquement et humainement acceptables. Il était reproché au C.T.N.E.R.H.I. en adoptant le terme assez restrictif de "reconversion" de ne pas refléter suffisamment la complexité de l'obligation faite aux établissements depuis plusieurs années d'évoluer. Ces participants auraient donc souhaité que l'on parlât d'adaptation ou d'évolution plutôt que de limiter trop étroitement le sujet en parlant de reconversion ce qui, selon eux, excluait les possibilités d'adaptation des établissements.

En somme, les menaces de fermetures d'établissements que l'on avait pu, ou cru, voir dans la mise en place des lois de 1975, dans le rapport 1976 de l'IGAS et dans d'autres textes faisant référence explicite à ces mesures étant, non pas dissipées mais atténuées, ces participants souhaitaient que l'on se place dans une perspective plus globale, plus large, mais assurément moins précise d'évolution générale des structures.

Alors, évolution, adaptation, mutation, conversion, ou reconversion ? Il ne s'agit pas là d'une simple querelle terminologique, mais bien plus d'une façon d'aborder le problème du devenir des établissements.

On a l'impression que le mot de reconversion est un terme qui fait peur car il implique une certaine brutalité, insinue une idée de fermeture, totale ou partielle, ou du moins est synonyme de changements brutaux d'affectation ou d'activités. A l'opposé, les termes d'évolution et d'adaptation semblent parés de tous les charmes, ils laissent à penser que tout se passera bien, sans mal ni douleur et qu'en prime, on aura la satisfaction de mieux répondre aux besoins.

Parler d'évolution ou d'adaptation semble procéder d'une appréciation assez extensive du problème. On part d'un constat qualitatif de l'évolution de

la clientèle et de ses besoins. On pose le problème en des termes très larges. Il s'agit alors d'étudier d'une façon générale les nécessités d'évolution des établissements et d'adaptation tant aux nouveaux besoins (qui restent d'ailleurs à déterminer, mais nous y reviendrons) qu'aux modifications qualitatives des demandes. On considère alors non plus seulement un problème d'ajustement de l'offre à la demande, apprécié à partir d'évolutions quantitatives constatées, mais on se préoccupe aussi de la qualité de ces demandes et de la meilleure réponse à leur apporter. On aborde l'ensemble des nécessités d'évolution des établissements, en y incluant les questions qui, pour notre part, concernent plus directement la reconversion, c'est-à-dire, changements d'affectation et fermeture totale ou partielle.

Il y a sans doute un certain danger à adopter une conception aussi large. On risque alors de ne pas appréhender la réalité des problèmes et d'écartier les questions fondamentales en les diluant ou en les traitant de façon trop abstraite.

Si l'on parle de reconversion, on part d'un constat plus quantitatif et on adopte une conception plus restrictive. Pour diverses raisons, on remarque que de nombreux établissements ont des capacités d'accueil excédentaires et l'on en déduit qu'il se pose et se posera des problèmes de reconversion. Dans cette optique, la reconversion nécessite soit la fermeture totale ou partielle de l'établissement, soit son changement d'affectation total ou partiel. Le problème est alors assez délimité et précis et n'englobe pas la totalité des questions posées par l'évolution des établissements.

Il faut sans doute dans ce domaine se garder de teinter les termes d'une quelconque connotation affective. Si l'on se réfère au "petit Robert" on trouve sous le terme de Reconversion deux définitions : "Conversion, transformation qui rétablit l'état primitif d'une organisation transformée". Il nous semble évident que cette définition littérale ne correspond pas à l'une ou l'autre des conceptions exprimées. On trouve ensuite :  
."par extension : adaptation aux conditions nouvelles de l'économie".  
Si la première définition ne peut en aucun cas convenir, il nous semble que l'accord puisse être fait sur cette deuxième acception. Ne s'agit-il pas pour les établissements du secteur de l'Enfance Inadaptée de s'adapter à

des conditions nouvelles, peut-être pas celles de l'économie mais au moins celles qui résultent de l'évolution sociale générale ? Il s'agirait donc de déterminer ces conditions nouvelles et de proposer les moyens de s'y adapter. Dans cette réflexion on ne peut évidemment pas dissocier le quantitatif du qualitatif. Il est certain que l'on constate des places vides dans les établissements et des allègements des listes d'attentes. Il est certain aussi que les besoins ont évolué, les clientèles aussi, et que les moyens actuels de prise en charge ne sont plus, en partie, adaptés.

Quels que soient les termes employés, le processus sera toujours synonyme de rupture et de changement qui ne sont pas sans répercussions. Il y aura toujours des problèmes techniques d'adaptation, que ce soit pour l'aménagement des locaux ou l'utilisation du matériel. Il y aura toujours des problèmes de personnel, frein sans doute le plus important actuellement. Mais il faut aussi garder à l'esprit qu'il n'existera pas toujours des solutions de remplacement et qu'inéluctablement des fermetures s'imposeront.

Le terme de reconversion a, nous semble-t-il, l'avantage de la clarté et de la précision dans le temps.

Quoiqu'il en soit, il suffit de savoir que nous entendrons ici par le terme de reconversion, toute opération de changement (quelle que soit son ampleur) rendue nécessaire en raison d'une modification du contexte socio-économique, voire idéologique d'une institution.

#### *Plan du rapport*

A partir des travaux du groupe, nous avons essayé de distinguer et de synthétiser les principaux problèmes posés par la reconversion (1). Avant d'analyser le phénomène en lui-même, le groupe a dû s'interroger sur la réalité même du besoin de reconversion et sur son ampleur.

Existe-t-il réellement un besoin de reconversion ? A l'heure actuelle on croit savoir qu'il y a besoin de reconversion. On sait que dans tel établissement les listes d'attente n'existent plus, que dans tel autre il y a

---

(1) Le titre même de ce rapport indique de lui-même que, si les problèmes ont été, dans leur plus grande partie, délimités et posés, il n'y a pas été forcément apporté de réponses. Ce groupe n'a pas eu la prétention de trancher toutes les questions et d'apporter des réponses toutes faites aux délicats problèmes soulevés. Il ne peut que souhaiter que ses travaux soient l'amorce d'une réflexion qui se devrait d'être d'une plus grande ampleur.

des places vides par rapport à la capacité agréée ou qu'ailleurs il y a novation dans les catégories de population accueillies. Mais on sait peu de choses sur la réalité des besoins au-delà de cas particuliers.

Il convient donc de s'interroger sur ce qu'est le besoin de reconversion. Quelles catégories d'établissements concerne-t-il et quelles catégories de personnes handicapées ou inadaptées ? Est-il également ressenti dans les régions ? Quelles en sont les causes : moindre nombre des handicapés recensés, meilleur accueil par les structures ordinaires, prise en charge spécialisée mais à domicile, etc...?

Le groupe d'étude n'a pu -ce n'était d'ailleurs pas son objet-arriver à des conclusions très précises sur la mesure du besoin de reconversion. Il a néanmoins tenté de faire un point général de la question sur la base de contributions locales, régionales ou nationales apportées par ses membres ou dont il a pu avoir connaissance.

Nous étudierons donc dans une première partie le besoin de reconversion en nous interrogeant en premier lieu sur les raisons qui peuvent expliquer la situation à laquelle bon nombre d'établissements se trouvent actuellement confrontés avant, dans un second lieu, de tenter de mesurer ce besoin tant sur un plan qualitatif que quantitatif.

Après ce constat, nous aborderons le processus lui-même de la reconversion en nous interrogeant sur ses déterminants. Quelles sont les principales considérations à prendre en compte lorsqu'il y a nécessité de reconversion? Il est aujourd'hui assez clair que les besoins des clients et ceux des personnels peuvent s'opposer et s'opposent quant au problème des reconversions. L'existence de zones et départements où les établissements médico-éducatifs procurent une part non négligeable de l'emploi, et où, en conséquence, il peut y avoir recherche et rétention du "client" par les responsables politico-sociaux, semble peu douteuse. On ne peut se borner à regretter cette situation ni à tenir pour obligatoirement négligeables les intérêts des personnels en cause, d'autant que la "mobilité" n'est pas toujours possible. Parfois les personnels sont peu qualifiés et ne trouveront pas forcément d'emploi spécialisé ailleurs, même s'ils acceptent de "bouger".

Il convient donc d'essayer de définir à partir de quel équilibre : besoins des personnels/besoins des "clients", les reconversions d'établissements

doivent être ménagées.

Y-a-t-il des critères objectifs que l'on pourrait considérer comme "seuil" de la suppression ou de la reconversion ? (nombre de places vides, existence d'autres équipements à capacité similaire ? Mais aussi possibilité, alternatives d'emploi au niveau local par exemple).

"Suppression" ou "reconversion" parce qu'en effet il n'y a pas toujours opportunité de "reconvertir", il peut y avoir aussi opportunité de "supprimer" purement et simplement. Comment se présente le choix ? Peut-on énoncer des critères relativement généraux à cet égard (par rapport aux établissements à reconvertir, aux régions où ils sont implantés, à la qualification des personnels, etc..) ou la situation ne peut-elle être décrite qu'au cas par cas ?

Mais en supposant qu'il y ait une possibilité de reconversion, selon quelles modalités celle-ci peut-elle être prévue ? Actuellement, tout ou beaucoup semble se faire à partir des relations personnelles et au cas par cas. Peut-on concevoir alors effectivement des "plans régionaux de reconversion" du type de ceux prévus par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ? A qui appartient-il de préciser de tels plans ? Aux D.R.A.S.S., aux Commissions Régionales des Institutions Sociales et Médico-Sociales (C.R.I.S.M.S.), aux C.R.E.A.I., aux Commissions Départementales d'Education Spéciale (CDES) ? Quelle devrait être leur durée ?

La reconversion éventuelle des établissements risque-t-elle d'induire des besoins de formation spécialisée ? Cela dépend de la réponse à la question : "A quoi reconvertir" ? S'il s'agit d'enfants, par exemple, d'enfants handicapés, gravement atteints, le personnel en place pour des enfants plus légèrement atteints voudra-t-il et pourra-t-il s'en occuper, même avec une formation complémentaire ? Rien de moins certain.

Comment permettre, en cas de reconversion non réalisée pour des motifs extra-techniques, d'appeler l'attention des autorités responsables ? Ce rôle appartient-il à la CDES ou aux Commissions régionales ?

Quelle devrait être la procédure de reconversion à adopter de façon à ce que les gestionnaires soient mis clairement en face de leurs responsabilités et puissent également justifier, s'ils l'estiment opportun, le maintien

de leur établissement, compte tenu par exemple, de conceptions éducatives particulières qui peuvent y être mises en oeuvre ?

Nous aborderons toutes ces questions dans la deuxième partie de ce rapport en essayant d'étudier le processus de la reconversion après en avoir dégagé les déterminants.

PREMIERE PARTIE

---

LE BESOIN DE RECONVERSION



CHAPITRE I

---

LES CAUSES DU BESOIN DE RECONVERSION



Il est sans doute difficile d'établir un classement systématique des différentes raisons qui peuvent être à l'origine de la nécessité de reconversion sans éviter le piège d'énoncer bon nombre de lieux communs ou de vérités connues. Alors qu'aucune étude, quantifiée ou non, ne permet de vérifier la réalité des affirmations sur les facteurs dits générateurs des difficultés actuelles, une abondante littérature veut expliciter le malaise des institutions sociales et médico-sociales ainsi que celui des professionnels qui y travaillent.

Il n'est bien entendu pas possible dans le cadre d'un groupe d'étude, de prétendre faire un recensement exhaustif des causes susceptibles d'avoir provoqué un phénomène d'une aussi grande ampleur et encore bien moins de pouvoir espérer mesurer précisément leurs effets réels. Certaines causes semblent néanmoins avoir plus d'importance que d'autres. Certaines nous semblent aussi plus objectives que d'autres. Par exemple, la surcréation de structures dans les années 1960-1970 semble de l'ordre de l'objectivité alors que la remise en question systématique de tout établissement spécialisé semble plus de l'ordre du subjectif. Mais il n'est pas dans notre propos ici d'entrer dans ce type d'appréciation.

Il faut pourtant essayer de différencier ces différents facteurs que l'on avance comme étant à l'origine du besoin actuel de reconversion. Il nous semble possible de distinguer des facteurs extérieurs aux établissements et d'autres qui leur sont propres. On a en effet parfois tendance à faire porter une responsabilité un peu trop exclusive sur les établissements pris individuellement ou pris dans leur ensemble, c'est-à-dire alors sur tout le secteur social et médico-social comme s'il était entièrement autonome et autarcique, ce qui n'est pas le cas même s'il n'est évidemment pas neutre dans l'évolution qu'il a connu ces dernières années.

#### A - DES FACTEURS EXTERIEURS AUX ETABLISSEMENTS

##### A1 - Des causes pouvant être considérées comme acquises

Il nous semble qu'il est possible de distinguer deux types de facteurs en raison de leur situation dans le temps et de la possible mesure de leurs effets que l'on peut avoir aujourd'hui. Il y a en effet, nous semble-t-il, des causes acquises dont les effets se font sentir directement à l'heure

actuelle et dont on peut croire qu'ils seront durables. Il y a aussi des facteurs beaucoup moins saisissables, plus évolutifs, qui ne sont pas forcément momentanés, mais dont l'impact semble susceptible de se modifier à plus ou moins long terme, que ce soit dans le sens d'une aggravation ou d'une amélioration.

Nous avons bien conscience du caractère artificiel et arbitraire de cette distinction mais il ne faut y voir qu'une tentative de clarification sans perdre de vue que tous ces facteurs ont entre eux des inter-actions constantes et permanentes et, que bien souvent, l'un d'entre eux peut être générateur d'effets en chaîne.

#### A.1.a - des facteurs historiques

Si l'on veut expliquer une situation, la première démarche est sans doute de la replacer dans son contexte historique, la simple observation des faits, dans leur actualité, ne suffisant évidemment pas à les expliquer. Même s'il est encore jeune, le secteur social et médico-social a une histoire qu'il convient de ne pas oublier car d'elle provient sans doute l'explication de certaines des difficultés qu'il connaît aujourd'hui. Mais on ne peut pas isoler l'action en faveur des handicapés et inadaptés sous tutelle de l'administration de la Santé de celle qui est placée sous la tutelle des autres administrations, notamment Education et Justice. Enfin, toutes ces actions se sont déroulées dans le contexte plus large de l'évolution sociale générale.

On peut faire deux observations préalables et générales. Quel que soit le domaine d'intervention et les populations concernées, l'action privée a toujours initié l'intervention de la personne publique. Le législateur n'est intervenu qu'a posteriori pour rationaliser et organiser des initiatives qui se multipliaient, augmentant de ce fait les risques de divergences. On doit aussi remarquer que l'initiative privée a toujours été beaucoup plus développée dans le domaine de la Santé que dans ceux de l'Education et de la Justice qui, par nature, sont essentiellement publics. Ceci explique sans doute en partie l'intervention beaucoup plus tardive de l'administration de la Santé par rapport à celles de l'Education et de la Justice. Alors qu'on peut considérer que le public a en grande partie relayé le

privé dans ces deux derniers domaines ce n'est pas le cas dans le domaine de la Santé où la place de l'action privée reste encore prépondérante.

Devant la pénurie en équipements et services spécialisés et l'ampleur des besoins des personnes en difficultés, en l'absence d'une prise en charge de ces problèmes par les pouvoirs publics, le mouvement associatif privé s'est développé pour créer et gérer les établissements et services nécessaires. L'administration ne joue que rarement les pionniers, son rôle est bien plus de coordonner et de rationaliser, mais encore faut-il qu'elle le fasse à temps.

Au départ, les pouvoirs publics se contentent d'aider financièrement les associations privées quitte à les contrôler sur un plan budgétaire. Mais ce contrôle ne s'exerce qu'a posteriori, se résumant donc souvent à entériner des situations accomplies et ne pouvant évidemment pas juger de l'opportunité des créations. De plus ce contrôle n'étant que financier, il ne porte donc pas sur la qualité ou l'activité de l'établissement sur lequel il s'exerce. Pendant longtemps, en raison de l'ampleur des besoins, ce contrôle paraît suffisant sans que la nécessité d'organiser davantage les institutions privées soit ressentie par les pouvoirs publics. Plus tard, d'un simple contrôle financier de justification de bonne utilisation des deniers publics, on passe à un contrôle plus poussé administrativement. Mais il ne s'agit toujours pas de vérifier l'opportunité de l'action, ni sa capacité à répondre à des besoins existants. Les établissements sont soumis à déclaration préalable mais les Commissions Régionales d'Agrément n'ont pour seule mission que de vérifier la conformité des projets aux normes techniques d'équipement et de personnel en vigueur sans juger de leur opportunité. La Commission Nationale de Coordination créée en 1958, voit sa compétence limitée aux internats dont les prix de journée sont payés par les Caisses de sécurité sociale.

Ce n'est que la loi sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975 (1) qui instaure un contrôle d'opportunité. La création ou l'extension des établissements est subordonnée à l'existence de "besoins quantitatifs et qualitatifs de la population...compte tenu des équipements existants ou prévus". Ce contrôle d'opportunité, condition nécessaire mais non suffisante, comme nous le verrons, à une coordination des actions, a donc été instauré très tardivement dans ce secteur.

---

(1) désigné ci-après loi sociale.

Parallèlement, l'action du ministère de l'Education Nationale se développe. Elle se caractérise par une multiplication des classes et établissements spéciaux et une diversification des catégories d'enfants inadaptés ou handicapés accueillis. A l'école où, traditionnellement depuis le début du siècle, on prenait en charge des déficients intellectuels légers, on ouvre des classes destinées aux déficients sensoriels. On ouvre aussi des classes dans les établissements de soins et dans ceux à caractère social.

Plus tard, la nécessité affirmée d'une prévention précoce des inadaptations scolaires fera instituer un dispositif d'adaptation scolaire par la création des GAPP et des classes d'adaptation. Enfin, la réforme de l'enseignement et la prolongation de la scolarité obligatoire (1969) impose la création de structures d'accueil jusqu'à un âge plus avancé pour les déficients légers : ce sont les SES et cela permet aux ENP de se développer en diversifiant leur recrutement. L'intergroupe "enfance inadaptée" du Vème Plan (1965-1970) consacre à la même époque le développement de deux secteurs parallèles, visant en principe deux catégories de clientèle différentes ; l'une confiée au ministère de l'Education Nationale et l'autre au ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. L'intervention de la Loi d'Orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, en préconisant un maintien en milieu naturel de vie toutes les fois que cela est possible,

favorise l'orientation d'un plus grand nombre d'enfants handicapés et inadaptés vers les structures de l'Education. L'Education accueille donc du fait du développement de sa propre action et des modifications législatives, un plus grand nombre d'enfants dans ses structures spécialisées que par le passé. Il n'est pas évident cependant, nous y reviendrons, que cette ouverture des structures de l'Education soit la cause première des difficultés que connaissent actuellement les structures du secteur social et médico-social. Il nous semblait important de souligner ici que les actions des administrations de la Santé et de l'Education comme celle de la Justice, n'ont pas été successives mais parallèles (1). Il faut surtout souligner l'insuffisante concertation dans laquelle elles se sont développées.

---

(1) Voire que l'Education et la Justice sont même intervenues dans leur propre champ d'action antérieurement à la Santé. L'enseignement spécial des déficients sensoriels date en France de 1882, les écoles de perfectionnement pour enfants "arriérés" furent instituées par la loi du 15 avril 1909 même si après et jusqu'aux années 1960, l'action du ministère de l'Education Nationale a connu une certaine stagnation. Les premières lois de protection de l'enfance en danger datent de 1889 et 1898, les tribunaux pour enfants et adolescents et l'éducation surveillée sont organisés en 1912. L'assistance éducative s'organisera entre 1935 et 1945. Le secteur social et médico-social "enfance inadaptée", lui, n'émergera et ne se constituera qu'après la dernière guerre.

Bien sûr, il n'est pas besoin de rappeler que si ces actions des trois principales administrations concernées se sont développées en parallèle, voire même en concurrence, malgré les diverses structures de concertation mises en place, les établissements privés eux, ont pu, si l'on peut dire jouer sur plusieurs tableaux, recevant diverses habilitations et pouvant ainsi diversifier leurs clientèles, entrant dans la "polyvalence" avant l'heure ou...avant la mode. Cette possibilité n'était accordée qu'aux établissements privés, elle n'était pas bien sûr offerte aux établissements publics qui, souvent, recevaient une clientèle exclusivement déterminée par leur tutelle.

On a donc assisté jusqu'à ces dernières années, à une création excessive et désordonnée d'équipements. (1).

Ce développement de l'action s'est produit sous le jeu d'une concurrence organisée lorsqu'elle s'exerçait entre les différents ministères qui voulaient avoir chacun leur propre réseau d'équipement ou sauvage lorsqu'elle s'exerçait entre des associations privées de tendances différentes.

La loi sociale de 1975 a apporté un commencement de modification et d'amélioration du système pour le secteur social et médico-social en visant également certaines structures de l'Education et de la Justice. Jamais auparavant le domaine social n'avait fait l'objet d'une tentative aussi délibérée de structuration d'ensemble. Cette loi cherche à rationaliser le champ de l'action sociale tout en maintenant la liberté d'entreprise qui y régnait jusqu'alors. C'est pourquoi elle allie l'utilisation de moyens traditionnels d'action de la puissance publique par les procédures d'autorisation préalable et d'agrément à des moyens conventionnels, ce pouvoir d'autorisation s'inscrivant dans le cadre d'une concertation. De plus, la loi ouvre d'autres possibilités d'action conventionnelle (par les groupements et les conventions) pour provoquer une concertation moins autoritaire ; possibilités qui n'ont été d'ailleurs que peu employées.

La loi cherche donc à couvrir rationnellement le terrain par une procédure unique regroupant des procédures autrefois distinctes et indépendantes : l'autorisation préalable, l'autorisation d'ouverture et l'agrément CRAM.

---

(1) Le nombre de places global dans les établissements pour handicapés et inadaptés a augmenté en 15 ans de 76 % : 142.000 en 1960, 250.000 en 1975 (sources : Ministère de la Santé).

Cette procédure s'étend aux établissements du secteur public comme à ceux du secteur privé, et les établissements relevant d'autres administrations (Education et Justice) que celle de la Santé y sont soumis, puisque relevant de cette procédure d'après l'article 3 de ce texte :

- 1° Etablissements recevant habituellement des mineurs relevant des chapitres 1er et II du titre II du code de la famille et de l'aide sociale et `maisons d'enfants à caractère social ;
- 2° Etablissements médico-éducatifs qui reçoivent en internat, en externat ou en cure ambulatoire des jeunes handicapés ou inadaptés ;
- 3° Etablissements d'enseignement qui dispensent à titre principal une éducation spéciale aux jeunes handicapés ou inadaptés ;
- 4° Etablissements d'éducation surveillée ;
- 5° Etablissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés ;
- 6° Etablissements d'aide par le travail ;
- 7° Foyers de jeunes travailleurs."

La loi n'en a pas pour autant résolu tous les problèmes de coordination, même si elle a apporté un incontestable progrès. Les CRISMS ont pour rôle de juger de l'opportunité des créations ou extensions d'établissements par rapport aux besoins existants. Nous n'aborderons pas ici le délicat problème de l'évaluation des besoins nous réservant de le faire plus avant dans ce rapport. Les CRISMS ont pour rôle de juger de l'opportunité, mais l'autorité administrative n'est pas tenue de suivre leur avis et de plus, des contraintes, que l'on qualifie généralement d'obscures, viennent parfois entraver leur liberté d'action. Sans vouloir se lancer dans une polémique politique, il faut quand même souligner ce fait pour le regretter ; au moment où l'inquiétude est grande quant au devenir de nombreux établissements, voire de tout un secteur, on continue à créer des équipements qui ne se justifient pas et qui seront les premiers touchés par le phénomène que l'on étudie ici. Certaines enquêtes montrent en effet que ce ne sont pas les établissements les plus anciens qui

sont le plus menacés par les reconversions. On continue donc à créer, particulièrement dans le secteur médico-éducatif, et la personnalité des promoteurs et leurs motivations ne sont pas étrangères au phénomène. Bon nombre de projets émanant d'associations répondent à des motivations par trop particulières et ne s'accordent pas toujours avec une conception globale des besoins en équipements et en structures. De même certains promoteurs publics, mairies ou autres, qui manifestent des préoccupations sociales, à motivation plus ou moins politique, ne peuvent pas toujours s'intégrer dans un projet qui dépasse le niveau strictement local. (...IMP "électoraux" tant de fois cités).

Ces situations limitent bien souvent l'efficacité des structures de coordination mises en place par la loi sociale. Sans doute peut-on regretter parfois que ces commissions n'aient pas la possibilité d'agir en toute indépendance dans la mesure où elles sont soumises à des pressions de toute sorte, politiques, économiques, financières ou autres. Mais l'indépendance est-elle possible dans une structure collégiale ? En tout état de cause, il faut remarquer que le caractère multidisciplinaire des instances atténue certainement les pressions qui sont largement neutralisées du fait de la variété des intérêts en présence.

Mais la loi sociale ne peut être dissociée de la Loi d'Orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975(1) ni même de la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970. La conjonction de ces textes devrait permettre d'établir un contrôle global du recrutement des établissements. La loi sociale, toujours dans le but d'adapter au mieux l'offre et la demande, ne limite pas le contrôle d'opportunité à la seule création de l'établissement. En effet "tout changement essentiel de l'activité, l'installation, l'organisation...doit être obligatoirement signalé à l'autorité administrative". L'autorité publique peut donc non seulement suivre la création des établissements, mais aussi en contrôler l'évolution.

Ce dispositif est complété par les procédures d'orientation mises en place par la loi d'orientation. Ce contrôle de recrutement et, par voie de conséquence, de l'activité de l'établissement est un des points les plus délicats

---

(1) désignéci-après "Loi d'Orientation".

des nouvelles réglementations mises en place à partir de 1975. Il est en effet bien difficile de concilier l'action sociale perçue traditionnellement comme un service public, et le régime traditionnel de liberté de l'initiative privée qui constitue 9/10e de son champ. Jusqu'en 1975, la liberté était de règle, les usagers gardant le libre choix des établissements et services et réciproquement les établissements ou services gardant la liberté du choix de leur clientèle. Cela n'allait pas sans poser des problèmes sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir avec, entre autres, un glissement qualitatif des clientèles, les établissements ayant souvent tendance à choisir une clientèle plus gratifiante.

Le dispositif mis en place par la Loi d'Orientation est venu porter atteinte à cette liberté totale de la réalisation du contrat entre l'utilisateur et l'établissement. Les commissions (CDES - COTOREP) ont le pouvoir de décider, sous réserve du libre choix des intéressés et de leur famille, quelle est l'orientation la plus adaptée à chaque cas. Cette décision s'impose aussi bien aux collectivités et organismes de prise en charge qu'aux établissements "dans la limite de la spécialité au titre de laquelle ils ont été autorisés ou créés". Les établissements ont donc été soumis par ces textes à une contrainte nouvelle assez lourde puisqu'ils ont perdu en partie la maîtrise de leur recrutement (en partie seulement car d'une part, comme on vient de le dire, les clients envoyés doivent être "conformes" à la spécialité de l'établissement, et d'autre part, l'établissement dispose de voies de recours pour contester une décision d'orientation qu'il refuserait ou estimerait inadaptée).

Ce phénomène est souvent ressenti par les institutions comme une perte d'initiative dans la rencontre et le contact entre elles et les jeunes et leur famille. D'acteur l'institution devient agent d'exécution d'un contrat pris en son nom mais qu'elle n'a pas conclu. Elle a le sentiment de ne plus maîtriser son activité et son avenir, elle se sent dépendante pour son existence d'un recrutement dont la nature et le nombre lui sont imposés. Cela dramatise souvent le problème du recrutement avant même que les baisses ne soient effectives. Le souci d'existence risque alors de devenir prioritaire, supplantant celui de la mission à remplir.

On a tendance à faire de ce phénomène, et donc des instances mises en place depuis 1975, les grands responsables des baisses d'effectifs. Cette affirmation demande sans doute à être tempéré. Dans les enquêtes réalisées au sein du groupe d'étude, il ne semble pas que la mise en place des CDES ait joué un grand rôle. On constate en effet une similitude des résultats au niveau des établissements que les enfants y soient orientés ou non par les CDES. D'ailleurs, peu d'établissements imputent leur baisse de recrutement aux nouvelles commissions. Les causes du phénomène avancées par les établissements demeurent très variées, mais bon nombre constatent que, CDES ou non, la situation serait la même. D'ailleurs si les orientations étaient inadap- tées, le nombre de recours des établissements contre des décisions des commissions serait certainement plus élevé qu'il ne l'est actuellement.

D'ailleurs l'instauration d'une instance pluridisciplinaire d'orientation n'est pas forcément un mal, si elle aboutit dans l'intérêt des enfants à une meilleure répartition des clientèles et à un rééquilibrage entre les établissements en application des nouveaux principes, notamment du rapprochement des familles. Par contre il est plus contestable que ces prérogatives données aux CDES ne s'accompagnent pas de garanties suffisantes de l'établissement.

Bien que la CDES ait pour mission d'indiquer le type d'établissement recommandé et non d'orienter vers tel ou tel établissement, on peut en effet s'interroger sur la légitimité des choix opérés actuellement entre les établissements par les services d'orientation. En d'autres termes, peut-on, sans aucun recours possible, pénaliser un établissement, indirectement, par un processus insidieux dépourvu de toutes garanties pouvant aller jusqu'à le faire disparaître faute de clients ? Une instance peut-elle ainsi attenter au droit d'une personne morale sans lui laisser de droit de recours ou de défense, même si son action est justifiée au fond ? Il semble qu'ici des procédures restent à trouver, qui se déclencheraient automatiquement, à partir d'un certain seuil d'absence de recrutement d'un établissement par l'instance d'orientation. Il s'agit évidemment d'une question difficile. Les moyens de contrôle actuels ne sont peut-être pas suffisants, mais jusqu'où peut-on aller ? Sur quels critères objectifs peut-on juger de la validité ou de la qualité de l'éducation et des soins prodigués par un établissement au point de ne plus lui envoyer de clients ? Les établissements ne sont pas soumis à une obligation de résultats, mais sont-ils soumis, au même titre que les médecins, à une obligation de moyens ? Cela res- à

définir.

Nous reviendrons bien sûr sur toutes ces questions en abordant le processus de la reconversion. Nous aurons à chercher à définir à qui appartient ce contrôle, s'il doit avoir lieu, et à quel niveau il doit se situer.

Il reste que les instances d'orientation sont un élément déterminant en matière de reconversion et qu'il reste encore, cinq ans après leur mise en place, à mesurer exactement leur intervention et l'incidence de leurs décisions dans le recrutement des établissements. Ce n'est sans doute qu'une fois ces répercussions analysées de manière systématique que l'on pourra juger s'il est nécessaire d'améliorer les procédures existantes. Dans la mesure où elles lèseraient gravement les établissements, il conviendrait bien sûr d'apporter à ces derniers des garanties élémentaires et suffisantes.

En l'état actuel des travaux, on peut dire seulement qu'apparemment les procédures mises en place par les lois de 1975 n'ont pas eu les conséquences "catastrophiques" que l'on avait promises lors de leur parution et qu'il faut se garder de leur attribuer la responsabilité exclusive des difficultés actuelles au risque sinon, si l'on veut proposer des solutions ou des moyens d'évolution, de se fourvoyer et de n'entrevoir qu'une partie du problème.

#### A.1.b - des progrès médicaux

Les progrès médicaux ont permis une meilleure prévention ainsi qu'un dépistage et un traitement précoce. Ils ont ainsi une influence certaine sur la population des handicapés et inadaptés tant sur un plan qualitatif que quantitatif.

Les progrès des connaissances médicales ont permis l'éradication ou du moins une lutte rapide contre certains fléaux : diminution de la polyomyélite, de la tuberculose ou d'autres maladies de type neurologique. En outre, les risques infectieux ont été considérablement diminués par une amélioration des réglementations d'hygiène et de sécurité.

Les politiques de prévention et de dépistage précoce commencent à faire sentir leurs effets même s'ils sont difficilement mesurables. Elles permettent déjà de prévoir une réduction des handicaps congénitaux ou de naissance par une meilleure surveillance de la grossesse et l'accent mis sur le dépistage précoce devrait permettre, s'il n'en limite pas le nombre, d'atténuer la gravité des cas.

Le taux de la mortalité néo ou périnatale a baissé et l'on constate contrairement à ce que l'on aurait pu croire, que cette baisse s'accompagne d'une baisse parallèle de la morbidité. Ceci est important à noter car souvent on met sur le compte de la médecine néo-natale, les aggravations constatées actuellement des handicaps, allant jusqu'à affirmer que l'évolution des deux taux précités est inversement proportionnelle, ce qui est sans doute beaucoup trop excessif.

Le taux de mortalité a été réduit de 75 % au cours des vingt dernières années pour les enfants de poids de naissance inférieur à 2 500 g et l'on observe un parallélisme de cette baisse et de celle du taux de morbidité qui pourrait même être plus importante. Quatre types d'enfants sont reçus dans les services de néonatalogie qui sont, pour chacun d'eux, soumis à des risques différents:

- des enfants à terme et de poids normal mais dont l'accouchement a été difficile. C'est dans ces cas où l'on peut craindre les séquelles les plus graves. Cependant, dans une perspective à long terme, le nombre de ces enfants devrait diminuer. En effet, les exigences accrues de la réglementation sur l'équipement des maternités et de l'obstétrique en général devraient permettre d'en diminuer sensiblement le chiffre global ;
- des enfants ayant subi des retards de croissance intra-utérin installés pendant les derniers mois de la grossesse. Ces enfants sont alors presque entièrement formés. Ils possèdent toutes leurs potentialités. S'ils sont bien nourris et si tout accident est évité, le pronostic est très bon ;
- des enfants ayant subi une malnutrition tout au long de la grossesse. Ces cas sont beaucoup plus graves parce qu'atteints très tôt; leur déve-

loppement n'a pu s'effectuer normalement. Ils présentent donc des manques sans régénération possible en raison d'une intervention trop tardive.

- les prématurés vrais. Ce sont des enfants normaux, dont la venue au monde se produit, pour des raisons accidentelles, trop tôt. Ils présentent les caractéristiques de leur âge gestationnel. Il y a là seulement un problème d'équipement. Si l'enfant est bien repris, on possède 96 % de chances d'en faire un enfant normal (même dans le cas de naissance à 6 mois).

Dans une perspective à long terme, on peut donc affirmer qu'une baisse du taux de morbidité s'opère parallèlement à celle du taux de mortalité. Cependant il restera toujours certains cas dont le pronostic n'est pas satisfaisant : les grands malnutris, les accidents à l'accouchement pour les enfants à terme et quelques extrêmes prématurés.

Les progrès ne s'arrêteront sans doute pas en l'état actuel. D'une part, on peut encore attendre beaucoup des progrès techniques et médicaux dans le cadre de la périnatalité. D'autre part, il existe certainement un lien entre les progrès dans la périnatalité et le progrès médical en général, ce qui peut faire augurer des résultats favorables sur d'autres causes du handicap.

L'arsenal médical et administratif de surveillance des naissances n'est sans doute pas suffisamment développé, mais il s'agit surtout d'une question générale d'éducation sanitaire. Il est vraisemblable qu'un nombre de visites prénatales supérieur à quatre est nécessaire pour une bonne surveillance de la grossesse. Cependant, si elles ne sont pas obligatoires en France, elles sont possibles et conditionnent le versement des allocations prénatales. Mais l'information des femmes doit être plus complète et relève essentiellement de l'éducation. Par exemple, il est important de faire connaître aux femmes l'influence de l'âge de la mère. L'âge idéal semble se situer entre 21 et 29 ans. Le premier enfant présente plus de risques qui réapparaissent à la quatrième grossesse. La recrudescence des très jeunes mères que l'on observe actuellement est un facteur de risque certain, de même que l'augmentation du nombre des primipares âgées du fait du développement de la contraception. Par contre la contraception en elle-même ne semble pas influencer

beaucoup sur ces problèmes ; au contraire, en évitant des grossesses trop rapprochées, elle peut être un facteur de diminution de risques. On peut donc observer que l'on va apparemment vers une diminution sensible du nombre des enfants handicapés du fait de séquelles néo-natales. Cela ne veut pas dire malheureusement que le nombre global des handicapés en sera réduit d'autant. En effet, d'autres causes de handicap apparaissent concurremment ce qui a pour conséquence, sans doute, de limiter cette diminution globale.

Ces mêmes progrès médicaux peuvent être paradoxalement cause de certains handicaps. Ils permettent le maintien en vie d'enfants, dans des conditions quasi-désespérées, qui conserveront des séquelles importantes. C'est là tout le problème de la réanimation et de ses limites. Jusqu'où peut-on aller sans qu'elle ne devienne elle-même cause de handicap ? L'amélioration des techniques et une meilleure connaissance thérapeutique a aussi allongé l'espérance de vie d'un certain nombre de personnes handicapées (trisomiques 21, myopathes par exemple). La prolongation de l'espérance de vie a aussi des conséquences sur les non-handicapés qui, en vieillissant, peuvent être atteints d'un ou de plusieurs handicaps, ou sur les sujets atteints de maladies évolutives invalidantes autrefois sans rémission. Enfin, d'autres politiques menées dans un souci de prévention peuvent avoir des effets pervers non négligeables. Ainsi la politique de prévention des accidents de la route entraîne certes une réduction du nombre des tués, mais provoque parallèlement une augmentation du nombre de blessés graves qui garderont des séquelles à vie. Dans le même ordre d'idée, les statistiques des accidents du travail montrent que, si la fréquence des accidents a tendance à diminuer, leur gravité est en légère augmentation.

Il nous semble donc possible de dire que les progrès médicaux aboutissent très certainement à une baisse quantitative de la population des handicapés mais que celle-ci doit être tempérée car il est sans doute aussi certain qu'ils aboutissent à une évolution qualitative de cette population.

Celle-ci est due à l'évolution des causes de handicaps, déjà soulignée. Il y a un siècle, les handicapés par accidents étaient minoritaires alors que les handicapés congénitaux représentaient la plus grosse partie de la population. Aujourd'hui, comme on l'a déjà dit, il est possible de remarquer que les progrès de la médecine conjugués avec une politique efficace de

prévention et de dépistage peuvent atténuer la gravité de certaines lésions et limiter leurs évolutions par des soins et une rééducation appropriés et précoces. On peut même espérer que ces actions limiteront au maximum, à plus ou moins brève échéance, le nombre des handicapés de naissance. Par contre le nombre des handicaps acquis en cours de vie s'est accru considérablement du fait de la multiplication de causes subites ou latentes de handicaps et d'inadaptations autrefois inconnues (accidents de la route, conditions de vie etc...). Beaucoup de handicapés par accidents gardent des séquelles physiques très lourdes tout en conservant leur intégrité mentale. Parmi ces handicaps acquis en cours de vie, il ne faut pas négliger tous les individus atteints de maladie évolutive, provoquant à plus ou moins long terme des situations de handicaps graves, pour lesquelles la médecine ne peut encore apporter que des rémissions et non des améliorations.

Pour des raisons mal-définies, ou peut-être tout simplement parce que les progrès de la science médicale ont mis en lumière des éléments insoupçonnés, on trouve aussi de plus en plus de handicaps associés ou polyhandicapés, soit que ces personnes souffrent en même temps d'un handicap physique et d'un handicap mental, soit qu'une ou plusieurs lésions physiques aient des répercussions sur l'état mental ou sur la situation sociale, ou à l'inverse que le traitement destiné à combattre la maladie mentale ait des répercussions physiques importantes. Pour revenir à la néonatalogie, on peut observer une proportion relativement importante de troubles psychiatriques dans la population concernée, dont on ne peut encore déterminer avec exactitude les causes. Il est certain qu'une séparation très longue de la mère et de l'enfant peut causer des troubles très profonds. Il ne faut pas négliger non plus le choc de la prématurité sur les parents qui en restent traumatisés et qui vivent ensuite dans la crainte du handicap.

On peut sans doute conclure à la suite de ces quelques observations que la population des handicapés aurait une certaine tendance à baisser quantitativement en raison des progrès médicaux qui ont permis une réelle efficacité des politiques de prévention et de dépistage précoce. Il faut observer pourtant que ces mêmes progrès médicaux peuvent avoir des effets "pervers" qui, eux, entraînent une certaine aggravation qualitative des

clientèles ce qui n'est évidemment pas sans conséquences sur le fonctionnement des établissements.

#### *A.1.c - des causes socio-démographiques*

La baisse de la natalité est bien ancrée dans les esprits comme responsable des baisses d'effectifs constatées dans les établissements. On peut sans doute en effet classer légitimement la baisse démographique parmi les causes durables du besoin de reconversion. Il faut cependant moduler cette affirmation car il apparaît que les établissements les plus touchés par le besoin de reconversion (IMP, IMPro par exemple) ne sont pas forcément ceux qui accueillent les enfants dont l'âge correspond aux tranches connaissant une faible natalité. Or, peut donc penser que l'on ne ressent pas encore à plein dans les établissements les effets de la chute démographique et que c'est une composante qui risque de devenir déterminante dans les années à venir.

Pour le plus long terme, il est évidemment très difficile de faire des prévisions sur l'avenir démographique de notre pays. On ne peut pas certifier actuellement que la donnée démographique restera une cause durable du besoin de reconversion. Cela semble pourtant vraisemblable, mais on ne peut en tout cas savoir si cette donnée aggravera ou non les difficultés des établissements.

Il faut cependant signaler ici aussi les transferts de population. Pour pouvoir répondre au mieux aux besoins de la population, il faut bien admettre que les équipements doivent suivre les mouvements de celle-ci. Les transferts de population des dernières décennies ne sont pas sans conséquences sur le devenir des établissements. En premier lieu, ils conduisent à ne pas prôner une politique de reconversion à tout prix. Il faut en effet constater que les besoins nouveaux auxquels une reconversion est destinée à répondre ne seront pas forcément satisfaits par les structures et les personnes là où elles se trouvent actuellement (cas des gros établissements isolés en milieu rural par exemple). Cela implique que la possibilité de reconversion n'est pas un postulat et que tout ne peut pas forcément s'adapter. Il faut donc bien admettre que des fermetures pures et simples s'impo-

seront et qu'il nous faudra réfléchir aux procédures à adopter pour qu'elles puissent s'opérer non seulement à temps mais encore dans les meilleures conditions possibles pour tous les partenaires concernés et plus particulièrement les personnels en place.

En second lieu, et par voie de conséquence, il ne faut pas non plus dans une optique trop "reconversionniste" se refuser à toute création. Nous avons déjà souligné que l'on continuait à créer des structures qui ne se justifiaient pas toujours. Cela est vrai, mais il est aussi des créations justifiées, même en cas de suréquipement dans la mesure où les structures en place ne sont plus adaptées aux besoins et où ces créations répondent à des carences effectives. Il faut se garder de la maladie de la pierre qui ferait reconvertir pour reconvertir, à grands frais généralement, et sans une analyse précise de l'opportunité de cette reconversion par rapport aux besoins réels de la population ou aux principes de la politique sociale actuelle.

L'évolution sociologique générale a également modifié le cadre dans lequel s'exerce l'action des établissements du secteur social et médico-social et ceux-ci n'y ont peut-être pas assez prêté attention. Certains avancent que la tolérance vis-à-vis des handicapés ou inadaptés s'est accrue. Ceci expliquerait une certaine désaffection vis-à-vis des établissements spécialisés du fait d'une insertion et d'un maintien en milieu naturel de vie plus faciles et plus fréquents.

La notion de seuil de tolérance n'est plus contestée maintenant. Elle n'est d'ailleurs pas propre aux handicapés et inadaptés mais commune à tous les groupes minoritaires ou différents. L'actualité nous montre souvent, par exemple, les problèmes posés par une trop grande concentration de travailleurs émigrés dans une région ou dans une ville. Il y a une certaine proportion à respecter au-delà de laquelle on multiplie les risques de provoquer des phénomènes de rejet. S'il est certain que le seuil de tolérance existe, il est tout autant certain qu'il est très variable selon les milieux socio-culturels, l'âge, le sexe, les types de handicaps ou d'inadaptations

ou d'autres déterminants. Cependant, on n'a jamais encore précisé de manière approfondie cette notion. Quel est le seuil de tolérance de la société vis-à-vis de la "différence" ? On sait qu'il existe mais on n'a pu encore le déterminer. Il est vraisemblable aussi qu'il est essentiellement variable en fonction du contexte économique et social général. Si d'un côté la tolérance augmente, pour différentes raisons, notamment des actions persistantes d'information et un changement fondamental de conception (de l'assistance à la solidarité), on doit constater aussi que, dans le même temps et dans certains domaines, l'intolérance est de plus en plus grande. Nous ne citerons que les problèmes d'insertion professionnelle des handicapés dans la situation économique actuelle. En période de grave chômage, la situation des travailleurs handicapés est de plus en plus précaire et ils sont les premiers à subir les conséquences de cette situation économique défavorable.

Dans la dernière décennie, on a assisté aussi dans le domaine qui nous intéresse à une revalorisation certaine de la famille. On constate un refus de plus en plus grand de séparation des enfants et de leur famille. On s'attache de plus en plus à ne pas distendre les liens familiaux. Les familles résistent de plus en plus nettement au placement de leurs jeunes enfants dans des établissements spécialisés.

Cette reprise en main par les familles de leurs droits les plus élémentaires a été concrétisée par la Loi d'Orientation de 1975 qui leur redonne la priorité dans le processus d'orientation de l'enfant. Il faudra donc de plus en plus compter avec les familles. Trop longtemps sans doute, les personnels forts de leur technicité et de leur "savoir" les ont tenus à l'écart du processus éducatif des enfants. Les familles sont maintenant revenues au premier plan et de ce fait risquent dans les années à venir d'infléchir le fonctionnement du système. On assistera sans doute à une redistribution de la population au sein même des établissements. Les enfants devant être placés dans un établissement le plus proche possible de leur milieu naturel de vie, on constatera et on constate déjà un rétrécissement de l'aire géographique de recrutement des établissements. Bon nombre d'établissements qui avaient un recrutement national se plaignent déjà, depuis la mise en place des nouvelles procédures contenues dans la Loi d'Orientation, d'un tel rétrécissement et ne recrutent plus que sur un plan régional, départemental, voire

local. De plus, beaucoup de familles restent très attachées à une insertion maximale en milieu ordinaire de vie. L'aspect "scolaire" de l'éducation demeure pour elles souvent primordial et ce critère est un élément important dans le choix de l'établissement qui leur revient maintenant de droit. Ceci amène donc aussi comme on a déjà eu l'occasion de le souligner à une multiplication des orientations vers les structures (même spécialisées) de l'Education. L'image de l'établissement reste très importante pour la famille, il semble qu'elle préfère souvent des établissements "Education" en raison du côté "normal" qui y est attaché, les établissements du secteur médico social recrutant des enfants considérés "malades" par les organismes de prise en charge. N'oublions pas non plus certains effets pervers de la loi. Les modalités d'attribution de l'Allocation d'Education Spéciale ont certainement pour conséquence de pousser bon nombre de parents à vouloir conserver l'enfant dans la famille pour bénéficier directement de ce nouvel avantage.

Faut-il classer enfin dans les causes sociologiques, l'air du temps qui veut que l'intégration soit un bien et la spécialisation un mal ? Que le maintien en milieu naturel soit la panacée et l'établissement spécialisé le ghetto ? S'il était légitime et nécessaire de restaurer les familles dans leur liberté et leurs droits, comme nous venons de le rappeler, ne souffle-t-il pas un vent d'intégration à tout prix, dont les motivations ne sont pas toutes tournées vers le bien-être et le meilleur épanouissement des enfants ? Le terme de "modes" n'est sans doute pas exagéré mais peut être dangereux car il implique des successions d'engouements caractérisées par un mouvement pendulaire qui incite souvent à attendre passivement le retour du pendule, ce qui serait évidemment une grave erreur. S'il est certain que les modalités de l'action sociale se sont énormément diversifiées ces dernières années et que cette diversification a des conséquences importantes sur les établissements traditionnels, il faut se garder de toute systématisation extrême dans ce domaine. On a constaté au niveau des principes pendant les dernières années une dialectique entre intégration et ségrégation. La Loi d'Orientation marque officiellement la volonté politique de l'intégration alors que longtemps la politique d'aide a favorisé les modes spécialisés d'intervention. On a porté aux nues l'action en milieu ouvert, on l'entend parfois dénigrer quelque peu. On a refuté systématiquement l'internat, il

semble qu'on soit en train de le réhabiliter. Il y a évidemment place pour différentes modalités d'action et un équilibre se forgera sans doute au fil des années.

## A2 - Des causes plus évolutives

### A.2. a - une diversification et une multiplication des interventions

C'est un fait acquis que, dans les dernières années, les modalités institutionnelles des différentes formes d'action sociale se sont beaucoup développées. Cette progression rapide a entraîné inévitablement des dysfonctionnements. Les modalités d'intervention se sont extrêmement diversifiées et l'action en elle-même aussi. On a traité l'enfant, puis l'enfant dans sa famille et aujourd'hui, les deux dans leur propre environnement.

La diversification des types d'accueil est souvent avancée comme une des principales causes du besoin de reconversion. Le développement des différentes formules d'externats ou de semi-internats, des services d'action à domicile ou de l'action médico-sociale de secteur, la plupart du temps associés à une certaine désaffection de l'internat ont assurément joué un rôle très important. Cependant, comme nous l'avons déjà noté, il faut se garder de toute réflexion systématique dans ce domaine, les choses doivent être sans doute tempérées et les conséquences de la diversification des interventions ne sont peut être pas aussi catégoriques que l'on a coutume de le dire.

Les principes de la sectorisation de psychiatrie infanto-juvénile datent de 1960, mais il a fallu attendre les années 1970 avant leur mise en place, mise en place qui s'est faite très inégalement selon les départements et qui est loin d'être partout réalisée aujourd'hui.

Or, ce laps de temps (de 1960 à 1974) a correspondu à la période la plus intense de création et d'implantation d'établissements pour l'enfance inadaptée. Lors de sa mise en place, le secteur s'est donc trouvé devant un fait accompli. Le Médecin-Chef, leader de ce secteur, n'a donc pu intervenir utilement. Alors qu'il aurait pu susciter l'équipement et coordonner son implantation, il est arrivé après coup. Les différents types de structures et d'intervention se sont donc trouvés en situation de concurrence et non de complémentarité.

Les lois de 1975 ont d'ailleurs ouvert, sans doute trop tardivement, des meilleures possibilités de collaboration entre le secteur et les établissements. Il existe maintenant au moins des lieux de rencontres qui devraient permettre à plus longue échéance une certaine collaboration.

En raison de l'inégale application de cette politique de sectorisation, on doit remarquer que les conséquences en sont essentiellement variables sur le domaine social et médico-social. Les différences apparaissent beaucoup plus en raison des gens en présence qu'en raison des textes et de l'organisation administrative. Ainsi telle équipe d'hygiène mentale se refusera à tout placement en établissement médico-éducatif alors qu'une autre collaborera mieux avec les équipements existants.

Or, dans les endroits où la sectorisation est mise en place celle-ci a indéniablement influencé l'évolution des établissements. Pour un grand nombre d'établissements, il semble que les actions de secteurs aient dans un premier temps provoqué une baisse du taux d'occupation ; les jeunes étant traités en milieu ouvert, il y avait moins de demandes de placement. Cependant, dans un second temps, il semble que cette baisse se soit arrêtée et que les établissements aient retrouvé une partie de leur clientèle.

Les interventions du secteur ont en effet favorisé un dépistage plus important qu'autrefois des handicaps et inadaptations, provoquant un retour vers les établissements des enfants les plus handicapés, soit qu'ils étaient auparavant cachés et restaient chez eux, soit que l'action en milieu ouvert ne leur permettait pas une progression satisfaisante. Sur un plan plus qualitatif, il est indéniable que la sectorisation a provoqué une remise en cause du travail institutionnel et a suscité des efforts d'adaptation des établissements pour pouvoir s'insérer dans ce dispositif.

Plus encore que la mise en place de la sectorisation, c'est postérieurement à la Loi de 1975 et à la mise en place des CDES, l'intervention accrue des structures de l'Education qui est la plus souvent mise sur la sellette pour expliquer les difficultés actuelles. Le souci d'insertion et de maintien

maximal en milieu normal conjugué à une plus forte pression des parents a provoqué une orientation plus fréquente vers les structures de l'Education. Mais cette intégration ne va pas sans poser de graves problèmes. L'appareil de prise en charge dans les structures de l'Education n'est pas forcément adapté à toutes les catégories d'enfants handicapés et inadaptés. Il l'est assurément pour certains (déficients sensoriels par exemple) mais il l'est beaucoup moins pour d'autres (troubles du comportement ou psychotiques entre autres).

L'intégration dans le milieu scolaire normal pose des problèmes. Il est sans doute de bon sens de les rappeler. Elle ne peut dans un premier temps être systématique et les essais entrepris ne pourront avoir qu'une portée limitée quant au nombre des enfants concernés. Tous les handicapés ne sont pas "intégrables" et le degré d'"intégrabilité" varie énormément avec l'âge. Chacun sait que toutes les classes ne se trouvent pas dans des conditions susceptibles d'accueillir des élèves requérant beaucoup de soins et d'attention faute souvent de disposer d'un personnel suffisamment formé et informé des aspects psychologiques particuliers posés par la prise en charge d'enfants handicapés. Enfin, l'intégration des élèves handicapés dans certaines classes, si elle se réalise, n'en fait pas pour autant disparaître la nécessité de soins, de rééducation ou de toute autre intervention de spécialiste. Les structures ordinaires ne peuvent pas toujours permettre une prise en charge suffisante des troubles ou déficiences, elles ne peuvent prendre en compte les difficultés relationnelles de jeunes handicapés maintenus dans leur milieu d'origine. Mais on est désarmé quant aux possibilités d'action pour assurer, dans ces cas, de manière satisfaisante cette prise en charge connexe et complémentaire pourtant indispensable. Il faudra ici certainement faire preuve d'imagination pour trouver des formules nouvelles en s'inspirant des expériences en cours (par exemple ENP où un secteur soins a pu être financé sur accord de la DDASS, par les Caisses d'assurance-maladie alors que le budget "éducation" est pris en charge par le ministère de l'Education, dispositions fondamentales contenues notamment dans les articles 4, 5 et 7 de la Loi d'Orientation)

Face à cette situation, on constate une grande inquiétude quant au devenir de cette population accueillie dans les structures de l'Education. Il s'y

trouve toute une frange de clientèle qui ne peut, à l'évidence en tirer profit. Il est certes difficile de trouver des critères d'adaptation à l'école. Ceux-ci évoluent constamment en fonction de la manière dont on pose le problème de l'inadaptation et de ce qu'on attend du système éducatif. De plus, les critères traditionnels ont été remis en cause (par exemple, possibilité ou non de tirer profit d'un enseignement scolaire), notamment par la prolongation de la scolarité obligatoire qui a maintenu jusqu'à un âge avancé dans les structures scolaires actuelles des enfants qui n'en tirent aucun bénéfice. Cette population d'enfants théoriquement éducatibles, dans la mesure où ils n'entrent pas dans les catégorisations traditionnelles des déficiences, pratiquement ne s'éduquent pas et viennent former la clientèle potentielle des établissements du secteur de l'enfance inadaptée ou des juges des enfants.

Mais une prise en charge inadaptée ne peut faire qu'aggraver les cas, faisant du retardé scolaire un délinquant en puissance ou ramenant vers l'IMPro, parfois après un passage en SES, des cas dont les espoirs d'amélioration sont considérablement amoindris. Cette frange de clientèle demande sans doute une prise en charge spécifique. Elle constitue alors un élément important dans l'optique de l'adaptation des établissements.

Cette situation est aggravée par les difficultés présentées par l'intégration scolaire à un niveau supérieur, second degré notamment.

On y note de fortes résistances qui se manifestent chez les personnels enseignants. En effet, selon une opinion assez largement répandue dans le groupe d'étude comme ailleurs, il est souvent difficile pour des professeurs certifiés ou agrégés de se trouver confrontés à des classes hétérogènes dans les collèges où les enfants, quand ils parlent, ne parlent souvent pas le même langage qu'eux. Ces enseignants réagissent en termes d'exclusion, de sélection et en viennent à considérer que les enfants ne sont pas à leur place. L'ajustement se fait beaucoup plus difficilement que dans l'enseignement élémentaire qui serait adapté depuis beaucoup plus longtemps. Quelle que soit l'opinion que l'on a sur cette "adaptation", un fait demeure certain : ce malaise des professeurs est une réalité avec laquelle il faut compter, et qui rend difficile, à l'heure actuelle, l'intégration de certains types de handicapés dans les structures de second degré.

Dans ces conditions, on peut craindre une exclusion des structures ordinaires lors du passage du primaire au secondaire. Beaucoup redoutent que ces enfants soient renvoyés alors vers des établissements protégés, d'autant que les difficultés économiques actuelles interdisent souvent l'insertion professionnelle dès l'âge de 16 ans.

A la filière traditionnelle IMP-IMPro se substituerait une nouvelle filière : IMP - SES - IMPro. Le passage dans les structures Education ne serait que momentané. Mais il augmentera de ce fait les sentiments d'échec au moment du retour en milieu protégé où la prise en charge en sera rendue beaucoup plus difficile.

Dans une perspective plus matérielle de reconversion, l'accueil dans les structures de l'Education ne serait donc pour certains que temporaire. Les établissements ont tendance à considérer cette ouverture à un plus grand nombre de handicapés comme une péripétie, puisqu'elle n'aurait que des conséquences à court terme sur le taux d'occupation des établissements. Cependant, elle implique quand même elle aussi une remise en cause des institutions qui, si ces craintes se confirment, seront amenées à prendre en charge des cas de plus en plus détériorés et qui donc devront y adapter leurs modalités éducatives.

Enfin, si cette tendance se révèle vraie, on peut y voir une confirmation du besoin d'établissements pour grands adolescents et pour adultes puisque l'intégration accrue des jeunes dans les établissements de l'éducation ne sera pas toujours postérieurement suivie d'une intégration équivalente en milieu normal.

Face à cette situation et à ce double développement : d'une part intervention de l'école et d'autre part développement de la sectorisation, il faut s'interroger sur la place qui revient ou qui reste, s'il en reste une, au secteur social et médico-social. On ne peut répondre à cette interrogation sans aborder les remises en cause fondamentales des concepts qui fondent les prises en charge actuelles.

## A.2.<sub>b</sub> - évolution des conceptions théoriques

Il existe un décalage très net entre la notion de handicap sur laquelle est basé tout le secteur des établissements médico-éducatifs et l'état actuel des conceptions en matière de psychiatrie infanto-juvénile.

Les reproches faits à la notion de handicap conduisent à se poser des questions sur sa légitimité même. Le handicap est récusé comme réalité clinique et il est souhaité de l'apprécier non plus en tant que tel, mais en tant que facteur social. La notion de handicap telle qu'elle est retenue dans la réglementation est sans doute trop fixiste. Elle empêche de considérer la situation d'une personne dans son ensemble, de replacer le sujet dans son histoire et dans son environnement et de prendre en compte l'évolutivité de sa situation. Cette conception trop rigide du handicap, qui reste pour partie purement anatomique, prévalait en raison de l'état des connaissances, au moment où ont été jetées les bases de nos réglementations actuelles. L'évolution sociale générale et l'évolution des connaissances (la Loi d'Orientation dont certains affirment qu'elle n'a pas pris suffisamment en compte cette transformation n'est sur ce point que l'aboutissement d'une évolution antérieure) ont fait que l'on récusait maintenant cette conception pour promouvoir une notion beaucoup plus souple, plus globale et plus évolutive où le handicap lui-même n'a plus guère de signification et où il se définit toujours par rapport à d'autres éléments. Mais l'ouverture de la notion, si elle est satisfaisante en soi, en accentue l'imprécision et la législation, qui ne peut se satisfaire du flou, n'a pas pu intégrer cette évolution.

Cette distorsion n'est pas sans conséquences sur les personnes handicapées elles-mêmes et sur leur environnement. Elle a aussi des répercussions sur le fonctionnement actuel des établissements et leur avenir.

La nomination du handicap peut avoir des effets néfastes : on souligne souvent son aspect aggravant et cristallisant sur le handicapé lui-même. En outre, la législation est telle que l'appréciation et l'évaluation du handicap conditionnent l'octroi des aides. Si le handicap n'est pas ou n'est

plus reconnu, les avantages sont supprimés. Ceci peut constituer un facteur de résistance à une évolution favorable de la situation de handicap car, pour beaucoup, l'aide financière est primordiale. Ainsi, certaines familles peuvent avoir tendance à maintenir indirectement le handicapé dans son état, en refusant toute participation et collaboration aux interventions thérapeutiques pour continuer à percevoir les aides, ou à réclamer des psychiatres la nomination du handicap pour pouvoir ouvrir les droits. De plus, la famille a souvent une mauvaise image de marque de l'intervention psychiatrique qu'elle associe souvent automatiquement à la maladie mentale et à la "folie".

Cette distorsion a surtout des répercussions sur le fonctionnement actuel des établissements et leur avenir. Lors de la création du secteur de l'enfance inadaptée, la présence psychiatrique dans les établissements était peu précisée et parfois inexistante. De plus, le secteur psychiatrique souffrait d'une mauvaise réputation (hôpitaux psychiatriques, structures ségrégatives, asiles) qui ne correspond plus toujours à une réalité maintenant avec le développement de l'action en milieu ouvert. Du fait de cette vacance thérapeutique dans les établissements, certains professionnels ont pu être conduits à s'attribuer et à remplir des fonctions qui n'étaient pas les leurs. La pénétration des psychiatres à l'intérieur des établissements implique donc une redéfinition des fonctions et des limites de chacun des professionnels et, par là même, un certain bouleversement des rôles. Si le nombre des psychiatres leur permet désormais de mieux remplir leur rôle que d'autres (psychologues, voire éducateurs), tenaient auparavant sous leur contrôle, il ne faut pas à l'inverse que leur surnombre les conduise à revendiquer une sorte d'omnicompétence. On doit procéder à un recadrage des fonctions à l'intérieur même des établissements. Ceci conduit à s'interroger sur la notion de multidisciplinarité, pleine d'ambiguïté, satisfaisante si les rôles et les responsabilités sont clairement définis et partagés mais qui, trop souvent, aboutit à ce que chacun fasse tout et n'importe quoi sans assumer ses propres responsabilités.

Cela conduit aussi à se poser la question de la légitimité de la notion de handicap et, par là même, de l'existence du secteur médico-éducatif qui est basé sur cette notion. L'évolution législative reconnaît une catégorie par-

ticulière d'enfants : les déficients intellectuels, qui se différencient des inadaptés scolaires relevant du secteur éducatif, et des malades relevant du secteur sanitaire.

Cette catégorie a été reconnue comme relevant d'une prise en charge particulière de la Sécurité Sociale dans les établissements spécialisés où l'éducation dispensée est complémentaire de la thérapie. Si l'on récuse la notion même de handicap, on peut se poser la question de la justification de l'existence de tout ce secteur d'établissements. L'évolution historique qui a abouti à rendre autonome cette notion de handicap et à individualiser le secteur médico-éducatif est peut-être dépassée. Si le handicapé mental n'est qu'un malade mental du fait de la prévalence des troubles psycho-pathologiques évolutifs, la psychiatisation de la prise en charge est inévitable et les structures chargées de cette prise en charge s'intégreront à terme dans la sectorisation psychiatrique. D'un autre côté, une prise en charge hors des structures scolaires même spécialisée s'impose-t-elle encore après les principes, définis dans la Loi d'Orientation de 1975, d'obligation éducative et de maintien prioritaire en structures normales d'éducation ? On aboutirait alors à ventiler ces catégories entre le secteur psychiatrique et le secteur purement éducatif, en rejetant la notion d'éducation spéciale dans laquelle les dimensions scolaire et médicale s'insèrent. Cependant, une remise en cause généralisée des établissements spécialisés risquerait de laisser sans structures de prise en charge toute une catégorie de population qui nécessite une prise en charge particulière, tout au moins tant que le secteur soins ne sera pas plus développé dans les établissements éducatifs.

Par contre, s'il demeure un état de débilité relativement fixé, avec des possibilités d'accompagnement thérapeutiques, le secteur en lui-même conserve sa justification, ayant une place à part, doté d'une mission d'éducation spéciale et non principalement de thérapie ou d'éducation, indépendamment de l'école et de la psychiatrie mais devant évidemment agir en relation avec elles.

Certains psychiatres estiment et constatent qu'il semble bien que lorsque l'équipement a été conçu en fonction d'une théorie évolutive de la personnalité, les associations ont diversifié davantage les formes de réponses

institutionnalisées qu'elles pouvaient proposer.

Ces équipements basés sur l'évolutivité de la souffrance psychique, semblent moins souffrir actuellement de l'évolutivité du marché de l'inadaptation. La souplesse et la diversité des formules proposées, la miniaturisation des équipes, le recours à des temps partiels d'hébergement, d'accueil, d'occupations et parfois de thérapeutiques, permettent de s'adapter aux fluctuations individuelles de la pathologie et collectives de la démographie.

Il leur semble en tout cas que lorsque les établissements ont été conçus sur le modèle statique du handicap, avec la notion de débilité fixée, ils ne disposent pas des mêmes possibilités adaptatives que les établissements conçus sur un modèle intégrant les conceptions psychodynamiques.

De toute façon, l'hésitation est encore grande et l'on retrouve de ce fait quelquefois, comme cela a été montré par une enquête de la région Centre, une surcharge de symptômes dans la description du handicap du fait sans doute du flou des notions et de l'hésitation nosographique.

Cette surcharge ne correspond-elle pas alors à une absence de diagnostic ?

L'orientation est dans ces cas faite moins en fonction de la prise en charge souhaitable que de la proximité de l'établissement et du nombre de places disponibles.

Cela a pour résultat d'aboutir à une sorte de polyvalence des établissements qui reçoivent une clientèle très différente et beaucoup plus variée que celle pour laquelle ils étaient initialement agréés.

Enfin, cette évolution peut également engendrer des conflits théoriques et idéologiques au sein des institutions elles-mêmes qui se trouvent alors confrontées inévitablement à un problème de reconversion pour une partie d'entre elles.

## B - DES FACTEURS INTERNES AUX ETABLISSEMENTS

On doit d'abord remarquer en préalable que de nombreux établissements ont été les principaux acteurs de l'évolution qui a conduit à la situation actuelle et ceci est à mettre à leur actif. Cela est sans doute nécessaire à rappeler dans un contexte où les établissements se sentent souvent contestés et remis en cause. Ils ont eux-mêmes, ou du moins la plupart d'entre eux, accompagné ou même suscité l'évolution par rapport à laquelle certains peuvent aujourd'hui se sentir en retrait.

Les lois et leur évolution ne sont que le reflet de la société et de son état d'esprit à un moment donné du temps. Les Lois de 1975 qui régissent actuellement le secteur social et médico-social n'ont pas été conçues et élaborées ex nihilo. Elles l'ont été parce que le cadre juridique antérieur n'était plus adapté à la réalité. Elles l'ont été parce qu'il était nécessaire de légaliser des pratiques devenues courantes, d'intégrer au plan juridique des principes généralement admis, d'adapter l'état du droit à la réalité des faits. Et ce sont évidemment les acteurs eux-mêmes de ce secteur qui ont été les premiers à susciter ces évolutions, à diversifier leurs pratiques, à adopter de nouveaux principes et de nouvelles modalités d'intervention, en un mot à modifier la réalité des faits, et la loi n'est venue qu'entériner leur action pour la légaliser et de ce fait la conforter .

Une plus grande ouverture des établissements vers l'extérieur ; une remise en question de l'internat ; le développement des structures plus légères, plus petites, plus proches du tissu social, le principe de rapprochement de la famille, le désir d'une prise en charge globale des problèmes...autant d'évolutions qui ont été prônées, voulues et réalisées par beaucoup d'établissements. La polyfonctionnalité (internat permanent, semi-internat, placement familial, soins à domicile) réalisée par certains établissements constitue ainsi une démarche adaptative assurant une continuité de la prise en charge modulée selon l'évolution des enfants et évitant une segmentation excessive des placements avec sa succession de ruptures néfastes. L'expérience menée notamment dans le département du Cher est significative et les résultats très encourageants. Mais il reste que cette évolution a fait apparaître cer-

tains établissements tels qu'ils étaient comme inadaptés aux besoins du fait de l'existence ou de l'exigence de réponses nouvelles. Les établissements ont donc à s'adapter à une évolution qu'ils ont eux-mêmes contribué à créer.

Il faut constater parallèlement, avec le recul, une sorte d'enfermement ou de repli du secteur social et médico-social sur lui-même. L'impériosité des besoins et des lacunes à combler a provoqué un développement extrêmement rapide qui a sans doute provoqué une spécialisation et une parcellisation trop poussée. Le secteur qui nous intéresse n'a pas su sans doute être assez ouvert vers l'extérieur pour mieux situer le cadre général dans lequel il exerçait son action ; il n'a donc que mal perçu les évolutions et les conditions qui sont la base de son action et en subit maintenant les conséquences. Restant sur les données de création du secteur (ampleur et polyvalence des besoins), on n'a pas été assez attentif au moment où cette situation se renversait et où les besoins se raréfiaient et se spécifiaient.

Enfin, et ceci intervient peut-être plus tardivement ou plus ponctuellement dans le problème de la reconversion, on constate souvent lorsqu'une menace se précise ou lorsque la nécessité d'évolution se fait jour un réflexe d'auto-défense de l'établissement dans son ensemble. Toutes ses composantes se retrouvent dans une convergence d'intérêts pour faire face à l'adversité extérieure alors que, par ailleurs, leurs intérêts propres sont divergents dans le processus qu'il faudra enclencher (personnels, directeurs, gestionnaires, clients, n'ont évidemment pas les mêmes préoccupations face à un problème de reconversion ; nous y reviendrons plus tard). L'incertitude de l'avenir, les difficultés envisagées, les implications directes sur les intéressés provoquent une cohésion superficielle d'opportunité qui ressemble fort à une sorte de politique de l'autruche qui ne fait que masquer le problème, retarder l'échéance et le processus en les rendant de ce fait plus brutaux et plus douloureux. Une reconversion trop retardée se résumera souvent en fermeture de tout ou partie de l'établissement. Il en résultera aussi une mise à l'écart de l'établissement de sa propre reconversion puisqu'à ce moment la décision ne pourra plus être qu'extérieure. Il est pourtant sûr que la participation de l'établissement dans son entier est indispensable pour que la reconversion s'opère dans les meilleures conditions.

Face à cette menace extérieure de diminution d'activité et donc de nécessaire changement, l'établissement va alors avoir recours à un certain nombre de palliatifs qui ne sont pas sans risques pour lui-même. Car on peut craindre que ce souci d'adaptation quelque peu sauvage ne se réduise à une façon détournée d'éviter le problème de la reconversion et n'aboutisse qu'à le déplacer sans le résoudre pour autant.

Lorsque le taux d'occupation d'un établissement baisse, la première réaction des responsables consiste souvent à élargir le recrutement par différents moyens. Ceci peut se faire de deux manières : soit en étendant les limites d'âge de l'accueil (en accueillant des enfants plus jeunes ou, plus fréquemment, en gardant des enfants et adolescents plus âgés ou en acceptant des enfants des deux sexes), soit en élargissant qualitativement la clientèle accueillie.

On remarque en effet dans un certain nombre d'établissements l'admission d'enfants de plus en plus jeunes. Cependant, cet accueil ne peut se faire que dans certaines conditions. Pour les enfants très jeunes, il exigera la création de sections de jardins d'enfants spécialisées. Or celles-ci exigent des locaux adaptés, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des établissements non conçus initialement pour cela. En outre, au niveau de l'équipe de l'institution, il serait nécessaire de recruter des personnels spécialisés (jardinières spécialisées par exemple) ou de reconvertir dans la mesure du possible le personnel en place. Et pourtant, dans la majeure partie des cas, l'équipe reste telle qu'elle est et ne comprend que des éducateurs spécialisés. On peut alors craindre que les soins prodigués à ces très jeunes enfants n'aient pas toute l'efficacité que l'on est en droit d'exiger.

Cette solution ne semble pourtant qu'un palliatif. En effet, pour toutes les raisons que nous avons exposées précédemment, on répugne de plus en plus à placer en établissement spécialisé un enfant tout petit préférant le garder le plus longtemps possible en milieu naturel de vie et l'intégrer tant que faire se peut à l'école maternelle ordinaire.

L'ouverture de l'établissement à des enfants plus jeunes ne peut donc être qu'une solution très momentanée ou très individuelle si elle répond vraiment

à des besoins précis mais alors il faut quand même que l'établissement évolue pour pouvoir répondre de façon satisfaisante à ces besoins,

On constate aussi, plus particulièrement dans les établissements pour déficients mentaux, un vieillissement de la population accueillie. En 1978, sur 1 322 établissements pour déficients mentaux mineurs, on observait 31,7 % d'adolescents âgés de plus de 16 ans (1).

L'enquête de l'ANDESI confirmée par celle de l'ANCE sur l'évolution des effectifs en institution fait apparaître que le taux d'occupation reste satisfaisant (dans le domaine de l'enfance inadaptée comme ailleurs), avec une petite évolution à la baisse. S'agissant des établissements pour mineurs déficients mentaux on constate sur l'ensemble de la France un taux d'occupation moyen de 94 % en 1977 contre 97 % en 1975 soit une diminution de 3 %. Mais le nombre d'admissions durant les deux dernières années a chuté beaucoup plus nettement : de 9 % dans les IMP et IMPro.

Or, une baisse des admissions plus importante que celle des taux d'occupation signifie souvent un accroissement de la durée de séjour et un moindre renouvellement de la population, donc un vieillissement de celle-ci.

D'autres enquêtes signalent des chiffres plus alarmants. Par exemple, on signale un IMPro dont l'effectif est composé à 50 % de jeunes de plus de 18 ans.

Dans le département de la Drôme, on constate en 3 ans (1977 - 1980), pour les établissements pour déficients intellectuels moyens, une hausse de 66 % du groupe des enfants de plus de 15 ans sur 8 établissements.

Une circulaire d'avril 1969 autorise certes le maintien des jeunes adultes en section professionnelle jusqu'à 25 ans, après avis du contrôle médical, mais ce maintien ne devrait être qu'exceptionnel et on devrait s'assurer qu'il permettra au jeune de progresser encore. Cependant il n'est pas évident qu'à l'âge adulte on puisse assurer que le maintien en IMPro soit une bonne

---

(1) Sources : Ministère de la Santé

chose alors que le passage en C.A.T. pourrait être quelquefois plus bénéfique, favorisant par un cadre nouveau un meilleur développement.

Le vieillissement de la population peut s'expliquer également par l'aggravation des troubles des sujets accueillis qui imposerait une durée de séjour plus longue. Cependant, rien ne permet de trouver une relation de cause à effet entre la gravité du handicap et la durée de séjour. Une enquête de l'IGAS sur un échantillon certes restreint d'établissements montre qu'il n'y a là aucun "postulat".

Certains établissements qui reçoivent des débilés légers et moyens les gardent jusqu'à l'âge limite de l'agrément et les envoient après dans d'autres établissements suivant la filière bien connue qui mène de l'IMP à l'IMPro, et de l'IMPro au CAT. D'autres établissements au contraire, recevant des déficients mentaux plus graves (débilés moyens et débilés profonds semi-éducables) parviennent, par des méthodes adaptées (qui supposent généralement un suivi après une sortie préparée longtemps à l'avance avec l'extérieur, notamment l'école ou un milieu de travail) à faire sortir dans le milieu normal une proportion non négligeable d'enfants, d'adolescents ou d'adultes handicapés.

Enfin, il ne faut pas négliger le contexte économique actuel. En période de chômage et de conditions économiques difficiles, il peut être impossible de faire retourner des jeunes en difficulté, dans un milieu normal de vie. Ceci peut également expliquer une certaine rétention de la population dans les établissements qui s'expliquent par les difficultés du placement dans le monde du travail. L'aggravation des handicaps rend d'ailleurs encore plus difficile la compétition dans la recherche d'un emploi et provoque une moins bonne tolérance des milieux professionnels.

Cependant, malgré ces observations, il faut remarquer que la plupart des établissements jouent trop souvent sur le vieillissement de la population pour résoudre leur problème. Cela pose à notre sens deux problèmes difficiles : d'abord celui de la coexistence dans une même structure d'adolescents et de jeunes adultes alors que les prises en charge éducatives ne peuvent

à l'évidence être les mêmes. Ensuite, un maintien des filières classiques : l'IMP ouvre une section d'IMPro, l'IMPro veut se transformer en CAT et le CAT va demander un agrément de MAS. La plupart des reconversions déjà réalisées vont dans ce sens. Pour ne prendre qu'un exemple : dans la région Midi Pyrénées, les transformations constatées entre 1975 et 1977 comprennent :

142 places d'IME/ IMP / IMPro en places de MAS.

50 places d'IME, en IMPro.

78 places d'IME et IMPro en places pour poly-handicapés.

85 places d'internat IMP en demi-internat.

70 places d'établissements cas sociaux et établissements pour troubles psychosomatiques en places pour troubles de la conduite et du comportement.

Bien sûr, cette adaptation permet à l'établissement de garder sa spécificité et de limiter les problèmes ; les besoins en places pour handicapés adultes étant à l'heure actuelle impérieux, c'est une solution qui a l'air de s'imposer comme évidente. Mais si l'accueil de populations plus âgées est certainement une des solutions à court et à moyen terme au problème de la reconversion, on peut craindre qu'en fait, elle ne l'éluide et ne fasse que le déplacer dans le temps.

Enfin, en dehors de l'accueil d'enfants plus jeunes ou de la "rétention" de population jusqu'à un âge plus avancé, on peut constater une tendance à prendre de plus en plus des enfants qui ne correspondent pas à la vocation de l'établissement. Il faut sans doute rappeler que l'agrément par référence à l'annexe 24 du décret du 9 mars 1956 ou l'arrêté du 7 juillet 1957 n'a plus de signification réelle. Nous avons déjà eu l'occasion de noter que, du fait de l'évolution des conceptions et des connaissances, ces réglementations apparaissaient dépassées et qu'il était donc assez légitime et normal que les établissements aient été amenés à ne plus les respecter. Cependant il semble quand même nécessaire de garder une certaine maîtrise du recrutement.

Il faut sans doute rappeler ici une observation que nous avons déjà formu-

lée. La liberté quasi-absolue de recrutement qui existait jusqu'à ces dernières années avait provoqué un glissement subtil mais continu par lequel les institutions ont eu tendance à éliminer progressivement le mauvais risque, à choisir les cas plus gratifiants et à déformer leur image de marque en s'éloignant de plus en plus, et sans doute trop, des agréments donnés par les pouvoirs publics ou la Sécurité Sociale.

Toutes les raisons déjà évoquées et sur lesquelles nous ne reviendrons pas font que les établissements accueillent certainement des cas plus lourds aujourd'hui.

Le contrôle médical de la caisse régionale d'assurance maladie de PARIS a procédé en 1976 à une enquête d'où il ressort que, sur 10 externats étudiés, la moitié recevait des psychotiques ou des enfants ayant des troubles relationnels très graves dans des proportions non négligeables (16 % dans deux établissements, 18 %, 50 % et 70 % dans les trois autres). Seul un de ces établissements avait demandé et d'ailleurs obtenu la modification de son agrément. Ce genre d'évolution ne va pas sans risque. La prise en charge d'enfants psychotiques nécessite une équipe importante. Or, dans les centres, les équipes sont souvent insuffisantes et le nombre de vacations médicales et paramédicales ne suffit pas pour donner des soins efficaces. Devant les besoins, certains centres renforcent leur équipe technique et multiplient le nombre des vacations de telle sorte que leur fonctionnement se rapproche progressivement de celui d'un hôpital de jour. En tout état de cause, la promiscuité d'enfants débiles et d'enfants psychotiques dans une proportion importante n'est pas toujours estimée médicalement souhaitable.

On finit donc par trouver une divergence assez nette entre le type d'établissement et la population reçue ("on trouve de tout, partout"). Il conviendrait donc d'arriver à préciser l'évolution de la clientèle. Apparemment, il y a unanimité pour reconnaître une aggravation des troubles cliniques. Mais, si l'on veut une étude rigoureuse, il faut délimiter plus strictement les troubles des enfants admis dans les établissements. Pour mieux percevoir cette évolution, il serait intéressant de comparer l'agrément officiel de l'établissement ou la catégorie pour laquelle il a été agréé

et le type de population prise en charge.

On peut d'ailleurs remarquer, en incidence, que ce phénomène se constate dans le secteur lui-même comme dans les secteurs limitrophes, alors que les domaines d'activités sont en théorie clairement définis, on assiste à des glissements d'affectation très nets. Comme nous l'avons déjà souligné (cf. p. 4).

On constate donc que les établissements ont à peu près tous recours aux mêmes palliatifs pour tenter de corriger une baisse de recrutement. L'exemple d'un établissement de la Région Parisienne nous semble parfaitement illustrer ces réflexions.

Exemple d'un externat de banlieue en situation préoccupante

- Agrément du 22 mars 1971 pour 45 enfants débiles moyens et profonds et atteints de troubles de la personnalité.
- Inspection du contrôle médical en décembre 1972 : 45 inscrits dont 22 psychotiques et prépsychotiques.
- Inspection du contrôle médical en octobre 1973 : 38 inscrits dont 50 % de psychotiques et prépsychotiques.
- Commission Régionale d'agrément octobre 1975 : modification de la capacité d'accueil : 36 au lieu de 45 ; modification de la limite d'âge inférieur d'admission : 3 ans au lieu de 4 ; modification de la catégorie d'enfants admis : débiles moyens et profonds psychotiques ou représentant des troubles de la personnalité.

On observe un glissement des populations par rapport aux agréments tant sur le plan de l'âge des clients reçus que sur celui des types de handicaps accueillis. On se heurte donc au problème d'établissements qui reçoivent des enfants souffrant de handicaps de plus en plus lourds et qui n'ont pas l'encadrement nécessaire pour répondre efficacement à leurs besoins, particulièrement sur le plan médical.

Ces types d'adaptation que nous venons d'évoquer ne doivent pas être rejetés a priori. Elles peuvent même constituer des solutions mais il faut alors :

- que l'évolution dans le recrutement de la clientèle s'accompagne d'une remise en cause des méthodes utilisées jusqu'alors et de l'adaptation des moyens (ce qui généralement signifiera une augmentation des moyens techniques notamment médicaux mais pas nécessairement).
- que cette évolution ne se fasse pas clandestinement. Si l'élargissement de la clientèle est recherché en même temps et dans la même direction par tous les établissements (et c'est bien ce qui se passe actuellement avec les "psychotiques" et les "polyhandicapés"), il y a un risque concret que le problème soit seulement déplacé.

On voit que ces conditions indispensables ruinent l'idée d'une adaptation qui serait indolore et pourrait dans tous les cas permettre d'éviter le problème de la reconversion.

Ces adaptations qui sont souvent seulement destinées à permettre à une institution de perdurer dans son être, paraissent bien différentes de l'adaptation que vivent les établissements qui n'ont généralement pas de problème de recrutement ou pour qui le recrutement ne constitue pas le souci principal mais qui cherchent en effet à répondre aux données nouvelles. Cette adaptation conduit ces établissements à une remise en cause permanente pour éviter l'institutionnalisation des handicaps et la tentation de privilégier l'aspect protecteur et sécurisant au détriment de la recherche de l'autonomie et de la réinsertion.

De plus, ces adaptations ont pour effet pervers de masquer les vrais besoins et d'empêcher la création des établissements qui seraient aptes à y répondre. Ainsi, par exemple, la diversification de la clientèle des IMP empêche la création d'hôpitaux de jour dont certains jeunes relèveraient.

Il résulte de toutes ces incertitudes un flou très marqué des propositions qui risque d'avoir des conséquences préjudiciables. On trouve généralement

un manque d'imagination et une pauvreté des propositions. Mais on constate un risque très net de calquer les réalisations actuelles pour les enfants sur la population des adultes. Le manque de réflexion entraîne souvent à considérer que les mêmes moyens peuvent être adaptés pour les enfants, les adolescents ou les adultes. On veut plaquer les stéréotypes des établissements de l'enfance inadaptée sur les structures recevant des adultes. On risque alors sans doute de commettre des erreurs inverses de celles de la psychiatrie dans le passé, qui considérait les enfants comme des adultes en miniature et leur appliquait les mêmes thérapeutiques. De plus, on risque également de donner à certaines idées reçues forcedé loi : par exemple, la désaffection de l'internat fait rejeter systématiquement ce type de structure pour la recréer presque aussitôt sous d'autres formes telles que les hôpitaux de jour qui se complètent d'appartements thérapeutiques ou les placement familiaux spécialisés joutés à un semi-internat.

Nous avons essayé de relever les principales raisons de la situation actuelle. Il n'était pas possible d'être exhaustif et on n'a sans doute pas pu montrer ou dégager les inter-relations constantes entre tous ces phénomènes qui peuvent expliquer le besoin actuel de reconversion. Le secteur social et médico-social n'a évidemment pas une grace particulière pour pouvoir se tenir à l'écart des déterminismes qui pèsent sur l'ensemble de la société française (démographie, sociologie). Il ne peut pas plus ignorer l'évolution des connaissances et des attitudes dont la caractéristique de notre époque est sans doute l'accélération. Il faut pourtant tenter d'identifier ces facteurs de mouvement pour mieux les maîtriser et par là même mieux imaginer les adaptations nécessaires. Le groupe d'études n'a guère pu dans ce domaine qu'entamer une réflexion restée encore trop générale. On ne peut donc que souhaiter qu'elle se poursuive. En l'état on peut cependant affirmer sans risquer de se tromper qu'il existe, pour les multiples raisons que nous avons évoquées, un besoin de reconversion. Face à lui, les établissements ont tenté de recourir à diverses adaptations pour y répondre, mais ces solutions ne peuvent en aucun cas être considérées comme exclusives ou pouvant être généralisées. Pour tenter néanmoins de définir une politique d'ensemble, il importait d'essayer dans la mesure de nos moyens qui, sur ce point, étaient assez faibles, d'apprécier ce besoin de reconversion tant qualitativement que quantitativement.

## CHAPITRE II

---

ESSAI D'APPRECIATION DU BESOIN DE RECONVERSION

Après avoir essayé de dégager les principales raisons qui peuvent expliquer le phénomène actuel, il convient de tenter d'en apprécier l'ampleur tant sur un plan quantitatif que sur un plan qualitatif. Une analyse purement quantitative ne pourrait donner qu'une vision très momentanée, statique et déjà dépassée d'une situation caractérisée par son évolutivité. Une approche qualitative permet de tempérer les défauts de la seule étude statistique. Cependant, ces tentatives d'évaluation ne sont pas faciles.

Nous nous sommes basés sur les travaux présentés au groupe d'étude dont bon nombre ont été réalisés à cette occasion (cf. la liste des communications p. ). Ces travaux se sont faits à plusieurs échelons : national, régional ou départemental. D'autres, réalisés par des associations, concernent une catégorie particulière de population. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions générales qui pourraient permettre de mieux cerner le besoin de reconversion.

On peut pourtant se livrer à une première constatation. Les enquêtes nationales apportent des renseignements très généraux et très globaux, souvent difficiles à utiliser concrètement et finalement représentatifs. Par contre, les études réalisées au niveau départemental ou régional sont plus précises, plus affinées et rendent beaucoup mieux compte de la réalité. Il semble donc que, sur ce problème, des études ponctuelles sur des zones données apportent des renseignements plus intéressants, plus précis et plus fiables. La dimension géographique apparaît alors comme une composante primordiale dans la recherche de solutions. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans la deuxième partie de ce rapport, mais on peut d'ores et déjà affirmer que des solutions ne pourront venir d'une appréciation trop globale ou trop abstraite et qu'elles ne pourront émaner que d'une concertation au niveau local.

#### A - APPROCHE QUANTITATIVE

L'approche quantitative du besoin de reconversion que l'on peut traduire par une inadéquation des équipements aux besoins n'est pas aisée. Il faut d'abord constater qu'aucune étude exhaustive à l'échelon national dont le but serait de vérifier l'adéquation ou l'inadéquation précitée n'a été

réalisée à notre connaissance à ce jour. Les travaux présentés au groupe comportent cependant des données intéressantes même si elles sont incomplètes car apportant souvent des éléments trop ponctuels. Il faut bien sûr rester vigilant dans l'appréciation et l'analyse de telles données chiffrées.

Elles ne peuvent refléter la distinction entre l'absentéisme et l'inoccupation permanente des places. De plus, lors de suppressions de places, celles-ci sont toujours étudiées en fonction des places agréées et non des places occupées. Or, la population d'un établissement n'est que rarement exactement conforme à celle de son agrément. Enfin, il faut se garder d'accorder une trop grande valeur aux listes d'attente. Elles sont le "réservoir" des doubles ou triples inscriptions. Les mêmes enfants se retrouvent sur un certain nombre de listes et toute évaluation quantitative à partir de celles-ci serait grandement faussée. Il n'est cependant pas inutile de reprendre quelques chiffres pour tenter d'évaluer l'ampleur actuelle du besoin de reconversion.

L'enquête de l'ANDESI sur l'évolution des effectifs des institutions représente une des premières tentatives pour vérifier quantitativement et éventuellement qualitativement le phénomène de sur-équipement, son ampleur et sa réalité par région et par secteur.

L'enquête cherchait à cerner le nombre et le pourcentage de places inoccupées et l'évolution de ce nombre de 3 ans (1975, 1976, 1977) ainsi que le nombre et l'évolution des admissions sur le même temps pour pouvoir analyser le flux de la clientèle.

Toutes catégories confondues 1 850 réponses ont été traitées sur 4 270 structures recensées en 1975 par une recherche du C.T.N.E.R.H.I. conduite par Thibault LAMBERT.

Ont été traités :

- 782 établissements pour mineurs déficients mentaux sur 1 394.
- 180 instituts de rééducation sur 276.
- 103 foyers de semi-liberté sur 175.

- mais seulement 253 maisons à caractère social sur 807.

Si l'on regarde le nombre de places, cette enquête porte sur environ 102 000 places sur un total de 270 000 soit 38 %.

Certaines régions ont beaucoup plus répondu que d'autres, mais l'échantillon peut être considéré comme exploitable et représentatif car, en fonction des régions, et quelle que soit la taille de l'échantillon, on constate une similitude de résultats.

L'échantillon du nombre de places est inégal selon les catégories indépendamment du résultat global. La recherche a porté :

- pour les IMP-IMPro, sur 45 % de places recensées,
- pour les foyers de semi-liberté, sur 68 % des places,
- pour les maisons d'enfants à caractère social sur 30 % des places.

Sur les trois années et sur les mêmes établissements, on constate, pour les mineurs et quelle que soit la catégorie, une relative constance du nombre de places offertes. Il y a des variations à l'intérieur d'un certain nombre d'établissements mais on aboutit à une capacité globale nationale stagnante comme si une régulation s'opérait d'elle-même. On peut cependant observer pour quelques catégories une baisse très faible en 1977, mais dans des proportions non significatives. En revanche, dans les établissements pour adultes handicapés, il y a 20 % de capacité en plus pour les CAT et ateliers protégés et 30 % en plus pour les foyers. Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'ouverture des nouveaux établissements.

Il s'agit là d'un résultat national et on peut observer des différences par région. Par exemple, en Languedoc-Roussillon les établissements pour mineurs ont sensiblement augmenté leur capacité en 1976, mais plus du tout en 1977. En revanche, d'autres ont baissé, mais plus de la moitié des régions sont restées stables.

En ce qui concerne le taux d'occupation, il s'avère relativement satisfaisant. Il n'y a pas, globalement, de phénomène massif mais une évolution se dessine.

Pour presque toutes les catégories de mineurs, le taux d'occupation est en baisse en 1976 par rapport à 1975 et de même en 1977 par rapport à 1976. Ainsi pour prendre quelques exemples :

- pour les mineurs déficients mentaux : 94 % d'occupation en 1977 pour plus de 97 % en 1975,
- pour les centres de rééducation : 91,3 % en 1977 pour plus de 94 % en 1975,
- pour les instituts d'éducation motrice : 86,3 % en 1977 pour 94 % en 1975,
- pour les instituts d'éducation sensorielle : 86 % en 1977 pour 87,5 % en 1975,
- pour les foyers de semi liberté : 89,45 % en 1977 pour 92 % en 1975,
- pour les maisons d'enfants à caractère social : 90,67 % en 1977 pour 93,5 % en 1975.

On observe ainsi certaines différences selon les catégories. En 1977, les taux d'occupation varient donc approximativement de 94 à 90 % environ.

Si la baisse du taux d'occupation paraît dans cette enquête encore limitée, il faut noter qu'elle se poursuit d'une année à l'autre et dans les mêmes proportions ce qui semble correspondre à l'amorce d'un processus.

Par contre, en ce qui concerne les adultes handicapés, la situation est inverse : le taux d'occupation croît régulièrement, mais il ne semble pas y avoir pour autant saturation. On constate un taux normal de places vacantes permettant de faire face à l'évolution croissante des effectifs.

L'étude des places vacantes est le corollaire de l'étude du taux d'occupation. On constate donc là aussi un phénomène pas encore très important mais en évolution. Dans cette enquête, la situation est très inégale d'un établissement à l'autre. Mais, quelle que soit la catégorie d'établissement, et ce, dans toutes les régions, un établissement sur deux a des places vacantes. Les autres "font le plein". Cela veut dire que la moitié des établissements connaissent déjà une situation préoccupante et 30 % d'entre eux ont déjà plus de 10 % de places vacantes, parfois plus pour certains d'entre eux. Cela est important à noter car cela n'apparaît pas si l'on s'en tient au niveau global qui toutefois fait apparaître dans certaines catégories plus de 10 % de places vacantes.

Concrètement, les places vacantes représentent déjà en 1977 dans le secteur IMP-IMPro, l'équivalent d'un établissement de taille moyenne qu'il faudrait fermer dans chaque département.

Le nombre des admissions ne signifie rien en lui-même mais il est intéressant de l'examiner dans son évolution et dans son rapport avec le nombre de présents et l'évolution de celui-ci. Le nombre d'admissions, d'une année sur l'autre est en baisse. Il indique le renouvellement de la population des établissements. Par exemple, entre 1977 et 1976, le nombre d'admissions baisse de :

- 9 % pour les IMP-IMPro,
- 8 % pour les centres de rééducation,
- 20 % pour les centres d'observation,
- 7 % pour les foyers de semi-liberté,

alors que le nombre d'admissions ne bouge pas pour les maisons d'enfants à caractère social, dont les résultats montrent qu'elles ont été concernées par la crise de façon plus ancienne. Leur évolution a donc précédé les années sur lesquelles portait cette étude. Les admissions augmentent en ce qui concerne les adultes, ce qui correspond à la hausse du taux d'occupation des établissements d'adultes.

Le nombre des admissions annonce aussi la tendance pour les années à venir. En effet, une baisse du nombre des admissions plus importante que celle du taux d'occupation, et c'est le cas, indique un accroissement de la durée de séjour et un moindre renouvellement de la population.

Cette donnée se surajoute donc au problème des places vacantes pour alerter sur l'évolution des effectifs. Aussi l'enquête a analysé pour quelques catégories d'établissements (IMP-IMPro, centres de rééducation et maisons d'enfants à caractère social) l'évolution du nombre des admissions, région par région. Là, on observe des différences très importantes.

La baisse, en deux ans, varie de zéro à plus de 20 %, pour les IMPro par exemple. Les régions qui avaient le plus à s'inquiéter apparemment sont l'Alsace, l'Aquitaine, la Basse-Normandie, la Bretagne, le Limousin, Midi-Pyrénées,

la Picardie. Par contre, pour la région Rhône-Alpes, on trouve une situation moyenne. On retrouve là l'importance de la composante géographique que nous avons déjà soulignée.

On peut analyser la durée moyenne de séjour en considérant le rapport du nombre de présents comparativement à celui des admissions. Il est remarquable que, dans la plupart des cas, ce rapport croît régulièrement depuis 1975. Il y aurait apparemment rétention de la population ce qui conforterait ce que nous avons avancé dans le premier chapitre sur les réactions des établissements face aux problèmes de recrutement. Mais comme nous l'avons également souligné, une analyse plus approfondie serait nécessaire pour voir dans quelle mesure l'évolution qualitative de la clientèle généralement avancée dans le sens d'une aggravation ne justifie pas des durées de séjour plus longues. On peut aussi penser que la situation économique actuelle restreint de beaucoup l'entrée des jeunes sur le marché du travail et impose un maintien plus long en établissement faute d'autres solutions.

Néanmoins on constate, d'ores et déjà, dans cette recherche que l'évolution des effectifs des établissements s'amorce de façon régulière et nette vers la diminution, phénomène à la fois général et diversifié. Les données statistiques brutes ne sont peut-être pas encore alarmantes mais elles indiquent des tendances certaines qui sont à prendre en compte. Il sera intéressant d'étudier la recherche intégrale de l'ANDESI lorsqu'elle sera terminée pour voir si les tendances dégagées sont infirmées ou confirmées par la suite de leurs travaux.

Un certain nombre d'autres travaux toujours au niveau national ont été présentés au groupe. Ils émanent d'associations gestionnaires d'établissements ou représentatives des personnes handicapées. Ces enquêtes portant sur un nombre beaucoup plus réduit d'établissements n'ont certainement pas l'ampleur de la recherche de l'ANDESI. Cependant, elles apportent des éléments intéressants dans la mesure où la situation géographique très variée des établissements concernés permet d'obtenir le reflet d'une situation moyenne. On observe d'ailleurs que tous ces travaux vont dans le sens d'une confirmation des premiers résultats des travaux de l'ANDESI.

L'ANCE a procédé à une enquête auprès de ses adhérents durant le premier semestre 1978. On peut tirer les conclusions suivantes sur 250 établissements environ.

Pour les établissements médico-éducatifs, on remarque les taux d'occupation suivants :

en 1978 :

75 %	ont	complets	ou	occupés	à	plus	de	95 %	
12 %	"	"	"	"	"	de	90	à	95 %
5 %	"	"	"	"	"	de	85	à	90 %
8 %	"	"	"	"	"	moins	de	85 %	

en 1975, on observait les résultats suivants :

90 %	étaient	complets	ou	occupés	à	plus	de	95 %	
3 %	"	"	"	"	"	de	90	à	95 %
4 %	"	"	"	"	"	de	80	à	90 %
3 %	"	"	"	"	"	moins	de	80 %	

On observe donc là aussi une baisse sensible. Il faut noter dans cette enquête que ce sont les mêmes établissements qui accusent les déficits en 1975 en 1978. On constate donc une certaine permanence des difficultés qu'il serait intéressant d'approfondir. On peut sans risquer de se tromper avancer que ces difficultés sont dues en partie à une mauvaise implantation. Pour notre part, nous aurions tendance à y voir aussi une confirmation que tout établissement ne peut se reconvertir car il ne peut pas forcément répondre à de nouveaux besoins et que donc il y aura des fermetures nécessaires dont il est urgent d'envisager les modalités pour qu'elles puissent se dérouler dans les conditions les moins mauvaises possibles.

Il ressort aussi que les établissements ont rencontré des difficultés lors de la rentrée de 1976 et de 1977, période intermédiaire entre l'ancienne et la nouvelle réglementation. Les C.D.E.S. n'étaient pas encore mises en place alors que les C.M.P.D. et les C.D.O.I., section des mineurs, ne fonctionnaient plus. Seul le contrôle médical des Caisses d'Assurance Maladie dé-

livrait encore les prises en charge, d'une manière générale dans certains départements, pour les cas les plus urgents dans d'autres.

La mise en place des C.D.E.S. s'est faite progressivement. Elles ont été "engorgées" très rapidement du fait du grand nombre des dossiers d'A.E.S. qu'elles devaient étudier. Progressivement, la situation s'est améliorée et, en général, les placements se font maintenant plus rapidement.

Les établissements de rééducation pour enfants présentant des troubles du caractère et du comportement ne paraissent pas, dans cette étude, rencontrer de grosses difficultés de recrutement pour le moment ce qui ne veut pas dire qu'ils en soient totalement exempts :

Les établissements pour handicapés moteurs, eux, paraissent subir les conséquences de la politique de prévention développée au cours de ces dernières années. Seuls les établissements avec structures scolaires secondaires ou structures d'accueil pour étudiants continuent à avoir un recrutement stable, ce qui montre le vieillissement de leur population et la réduction du recrutement chez les jeunes enfants.

On retrouve les mêmes tendances sur un échantillon plus restreint (32 établissements couvrant 27 départements) dans un sondage effectué par la Fédération des Sociétés de Croix-Marine ; on observe 314 places vacantes sur 2 105 places étudiées ; 14 établissements sur 32 envisagent une reconversion et un est en instance de fermeture. 17 établissements déclarent ne pas avoir de problèmes de recrutement.

Sur les 12 établissements de l'enfance inadaptée gérés par la Mutualité Sociale Agricole, on constate depuis trois ans, une baisse assez sensible du taux d'occupation :

- en 1976, sauf pour deux établissements, il était égal ou supérieur à 98 % et dépassait 100 % dans trois cas,

- en 1977, le taux moyen d'occupation passe à 95 %, un IME descendant à 68 % (86 % pour la section IMPro, mais 60 % pour l'IMP),
- en 1978, le taux baisse encore et cette fois dans un nombre important d'établissements (moyenne générale inférieure à 90 %).

Il faut souligner cependant que si la baisse de recrutement est sensible elle ne concerne pas la totalité des établissements, certains continuant à se situer à un taux d'occupation égal ou supérieur à 100 %.

Cet exemple fourni par la Mutualité Sociale Agricole est intéressant. Sa représentativité n'est peut-être pas satisfaisante quant au nombre, mais elle l'est assurément quant aux problèmes ressentis par toutes les associations gestionnaires au niveau national (comme on vient de le voir pour la Fédération des Sociétés de Croix-Marine). On peut en outre remarquer l'analogie des problèmes et des constatations en milieu rural et en milieu urbain.

Pour la catégorie des handicapés moteurs, l'A.P.F. et la F.A.G.E.R.H. ont réalisé une enquête portant sur 100 établissements ou services représentant 8 065 places et répartis sur 48 départements. Les établissements ont été classés en 8 groupes :

- 1) Etablissements de réadaptation fonctionnelle (agrément Annexe 22), centres orthopédiques, hélio-marins : 15 établissements soit 1 837 places.
- 2) Centres d'éducation motrice (Annexe 24 bis et / ou 24 ter) : 37 établissements, soit 2 684 places.
- 3) Services de placement familial et foyers scolaires et universitaires : 5 établissements ou services soit 185 places.
- 4) Services de soins et d'éducation spécialisés à domicile : 7 services, soit 286 places.
- 5) Centres de formation professionnelle (en 3 ans généralement, pour adolescents) : 6 établissements, soit 587 places.
- 6) Centres de rééducation professionnelle (11 à 15 mois habituellement, pour adultes) : 22 établissements dont 15 réponses exploitables, soit 1 550 places.

7) Ateliers protégés : 8 ateliers, soit 560 places.

8) Foyers pour grands invalides : 7 foyers, soit 376 places.

1) *Etablissements de réadaptation fonctionnelle et centre orthopédiques, hélio-marins*

Sur les 1 837 places l'effectif réel est de 1 703, (soit 93 % d'occupation). 10 établissements sur 15 ont des places disponibles.

On observe une très importante chute des effectifs d'enfants et d'adolescents (en 10 ans, plus de la moitié) dans les anciens sanatoriums déjà reconvertis alors spécialisés dans les traitements orthopédiques de longue durée.

Par contre, dans plusieurs centres, l'augmentation du nombre des cas traités (25 % en 5 ans) correspond à une diminution de la moyenne d'occupation ce qui correspond à un raccourcissement des séjours. Cette observation est contraire à celle qu'on peut faire lors des enquêtes plus générales sur différentes catégories de handicaps. Cependant, certains centres signalent un accroissement des actes médicaux pratiqués. On peut peut-être penser que pour les handicapés moteurs, l'évolution des techniques thérapeutiques permet une réduction de la durée de séjour dans les établissements.

2) *Les centres d'éducation motrice*

Sur 2 684 places l'effectif réel est de 2 582 (soit 96 % d'occupation). Il est intéressant de noter que sur 37 établissements, 20 ont subi une extension. Dans les créations ou extensions des dernières années, plusieurs centres, intégrés dans une structure d'école publique, ont dû demander des extensions pour accueillir des jeunes enfants afin de les intégrer dans les classes de l'école maternelle ordinaire.

3) *Les services de placement familial et foyers scolaires et universitaires*

Les 185 places agréées sont toutes effectivement occupées. Ces établissements

n'ont pas de problème de recrutement ce qui vient confirmer l'observation faite dans l'enquête de l'ANCE sur ce type d'établissements. Ces établissements sont d'ailleurs en mesure de recevoir des enfants plus jeunes intégrés en milieu scolaire ordinaire ou de jeunes travailleurs handicapés moteurs. On peut donc penser qu'ils auront un recrutement stable et n'auront pas à brève échéance de problème de reconversion.

#### *4) Services de soins et d'éducation spécialisés à domicile*

Sur 286 places agréées, on trouve un effectif réel de 292, soit 3 services sur 7 qui dépassent un peu leur effectif. Là encore, pas de problème de recrutement, mais il est à signaler que l'un de ces services n'a plus de listes d'attente.

#### *5) Centres de formation professionnelle*

Sur 587 places, on trouve 526 places occupées, (soit près de 90 % d'occupation).

Alors que ce type d'établissements était traditionnellement plein avec des listes d'attente importantes, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Tous annoncent des places vides en petit nombre sauf un qui a 47 places vacantes sur 90 ! Ces centres sont sans doute parmi les premiers à subir les conséquences des nouveaux principes mis en oeuvre à partir de 1975. Ces centres, chacun très spécialisé sur quelques formations spécifiques, avaient un recrutement national. Le recrutement national tendant à disparaître, ces établissements ont des problèmes de recrutement, mais il faut souligner aussi que, de ce fait, les jeunes handicapés moteurs ne trouvent qu'un choix très limité quant aux types de formation offertes.

#### *6) Centres de rééducation professionnelle*

Sur 1 550 places, 1 420 places sont occupées (soit 92 % d'occupation). On note dans ces centres un vieillissement des populations (par exemple : 13 jeunes de moins de 20 ans sur 42 en 1970 et un seul en 1979 ; 35 de moins de 20 ans sur 60 et 16 en 1979).

7) Ateliers protégés

Sur 560 places, on observe 545 places occupées.

Il faut noter que sur les 15 places libres, 12 de ces places se retrouvent dans un seul atelier, agréé pour 80 en 1973, qui n'a jamais été complet mais dont l'effectif progresse d'année en année. On peut donc estimer que les Ateliers Protégés n'ont pas de problèmes de recrutement ce qui confirme le "bon" remplissage des structures pour adultes.

8) Foyers pour grands invalides

Sur 376 places, on trouve un effectif total de 382. Des créations de ce type de structures sont en cours.



Sur un plan régional, on peut observer que les tendances observées au niveau national se confirment et que les problèmes de reconversion apparaissent sans doute beaucoup plus concrets.

Dans la région Midi-Pyrénées, une étude du CREAI permet de comparer les places offertes par les établissements de la région en internat et semi-internat pour les années 1975, 1976, 1979.

	1975	1977	1979
Etablissements pour déficients intellectuels.	6 919	7 269	6 747
Etablissements pour handicapés sensoriels et moteurs	1 801	1 787	1 787
Troubles de la conduite et du comportement	1 152	1 567	1 637
Cas sociaux	2 660	2 666	2 045
Total enfants et adolescents	12 532	13 289	12 316
Places adultes handicapés		1 970	2 809

Seuls restent stables sur ces quatre années les effectifs des établissements pour handicapés moteurs et sensoriels. Les catégories déficients intellectuels et enfants cas sociaux enregistrent des baisses sensibles. Seuls sont en légère augmentation les effectifs des enfants présentant des troubles de la conduite et du comportement. Comme partout, on observe une augmentation massive des places pour adultes handicapés. Si l'on détaille ces chiffres globaux, on peut observer que les seules créations sont des places pour adultes :

- 69 places de M.A.S.
- 242 places de C.A.T.
- 386 places de foyers
- 66 places de centres d'hébergement.

Si l'on étudie les transformations réalisées, on constate les mêmes tendances :

- 142 places d'IME en place IMPro
- 50 places d'IMP-IMPro en places pour polyhandicapés
- 85 places d'IMP internat en semi-internat
- 70 places d'établissements cas sociaux et d'établissements pour troubles psychosomatiques en places pour troubles de la conduite et du comportement.

On retrouve donc là les réactions traditionnelles des établissements ayant tendance à jouer soit sur le vieillissement de la population, soit sur son évolution qualitative dans le sens de l'aggravation.

Dans l'ensemble 152 places d'IME et d'IMP ont été supprimées sans remplacement, ce qui conduit sur 2 ans à la suppression totale de 422 places d'IME et IMP.

Les travaux du contrôle médical de la CRAM d'Ile de France sur les centres psycho-thérapeutiques et médico-pédagogiques sont intéressants, car ils sont déjà plus anciens. Trois enquêtes, ont en effet été réalisées successivement en 1971, 1974 et 1976. Elles font apparaître déjà les mêmes problèmes de recrutement et montrent donc que l'on est en présence d'un phé-

nomène déjà ancien, du moins pour la région parisienne.

L'enquête de 1971 portait sur les seuls externats médico-pédagogiques et professionnels pour débilés moyens et profonds semi-éducables dans la région parisienne. Elle portait sur 76 établissements. On doit observer que, dès 1971, dans 4 départements (Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne et Yvelines), la moitié des établissements étaient sans liste d'attente, et que onze établissements avaient des listes d'attentes inférieures à 10 enfants (ce qui ne correspond pas à grand chose quand on connaît les double-emplois fréquents sur ces listes).

Déjà en 1971, l'enquête concluait qu'il était urgent de faire un recensement sérieux du nombre des enfants intéressés par ce type de structures, et de n'autoriser l'implantation d'un nouveau centre qu'après une étude poussée des besoins et des possibilités de fonctionnement.

L'enquête de 1974 avait un champ d'investigation plus vaste puisqu'elle concernait tous les IMP-IMPro de la région parisienne. Elle portait sur 186 établissements. Cette enquête démontrait que le très gros effort d'équipement réalisé dans la dernière décennie avait été mené de façon peu rationnelle, de telle sorte qu'on aboutissait à des déséquilibres tant sur un plan géographique (suréquipement en zones urbaines et souséquipement en zones rurales) que sur un plan qualitatif (les structures pour arriérés profonds et surhandicapés faisaient gravement défaut).

L'enquête de 1976 avait pour objectif d'étudier les conséquences de ce manque de coordination en matière de création d'équipements. Elle portait sur le même type d'établissement que celle de 1971.

En 1971, on totalisait 76 établissements offrant 4 446 places. En 1974, on trouve 101 établissements offrant 6 831 places (on observait alors 615 places excédentaires sur toute la région). Or de 1974 à 1976, 9 nouveaux externats ont été ouverts totalisant 600 places. On aboutit alors à un chiffre de places excédentaires supérieur à 1 200 pour la seule région parisienne.

Il faut noter dans cette dernière enquête que la mauvaise adaptation des établissements ne se traduit pas par une affectation en fonction des besoins perçus dans la région. On constate toujours les mêmes manques pour certaines catégories de handicapés (arriérés profonds en région parisienne) alors qu'il y a pléthore de capacités d'accueil pour d'autres.

On continue donc à créer ou à vouloir créer des établissements médico-éducatifs malgré les difficultés constatées. En dehors des difficultés de la prévision des besoins sur laquelle nous reviendrons, la personnalité des promoteurs et leurs motivations ne sont pas étrangères au maintien du phénomène. Il a été signalé que certaines catégories comme, par exemple, les arriérés profonds, sont quelquefois "déportés" de par la volonté même des parents qui préfèrent des placements éloignés. C'est ainsi que certaines associations parisiennes ont pu créer des établissements en province pour leurs propres adhérents. Ce phénomène existe certainement mais il est sûr aussi qu'une conception plus évolutive de l'enfant, accompagnée d'une prise en charge adaptée de la famille pourrait faire changer les choses dans le sens d'un rapprochement de l'enfant avec sa famille.

Pour terminer cette tentative d'approche quantitative du besoin de reconversion il nous semble intéressant de présenter une enquête très complète réalisée au niveau départemental cette fois (département de la Drôme). La situation du département de la Drôme est à tous égards exceptionnelle dans la région Rhône-Alpes et même sans doute en France tant ce département a longtemps joué le rôle de "département d'accueil", mais il nous semble que ce travail montre comment une réelle appréciation de la situation au niveau local replacée dans son contexte régional peut aider à éclaircir cette situation et ainsi aider à la prévision de développement des structures.

Les établissements pour déficients intellectuels profonds. Au moment de cette enquête (1979), 9 établissements fonctionnaient représentant 689 places agréées.

Si l'on replace l'équipement de la Drôme dans celui de sa région (Rhône-Alpes), on trouve l'indice suivant pour cette catégorie :

Nombre de lits et places pour 10 000 habitants								
AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
8,13	6,58	18,92	10,43	8,75	6,04	9,64	8,19	8,63

Sources: D.R.A.S.S., C.R.E.A.I., I.N.S.E.E. : Etablissements de traitement pour enfants, adolescents, adultes handicapés et inadaptés 1979.

Comme on peut le constater, l'indice d'équipement du Département s'établit à plus du double de la moyenne régionale. Cet écart s'explique principalement par le fait que, pendant de longues années, la Drôme a été "Département d'accueil" pour les enfants d'autres départements ne possédant pas d'équipement nécessaire.

On constate dans la Drôme une baisse constante de l'occupation des établissements depuis plusieurs années comme en témoignent les chiffres suivants :

- 1975 : 113 980 journées réalisées
- 1976 : 109 853 journées réalisées
- 1977 : 98 822 journées réalisées
- 1978 : 94 244 journées réalisées (estimation).

Trois facteurs peuvent expliquer cette baisse :

- la baisse générale de la natalité. Nous retrouvons ici un phénomène semblable à celui rencontré dans les écoles primaires.
- une diminution du pourcentage d'enfants handicapés qui est due aux différentes politiques de P.M.I. mises en place depuis une dizaine d'années (surveillance de la grossesse, amélioration des techniques de l'accouchement, examens obligatoires des nouveaux-nés, etc...).

- à ces deux facteurs nationaux s'ajoute un facteur spécifiquement drômois : les départements voisins s'étant progressivement équipés, le rôle de département d'accueil que jouait la Drôme a pratiquement disparu depuis quelques années.

L'évolution a été particulièrement rapide : il y a quelques années tous les établissements possédaient des listes d'attente importantes, aujourd'hui aucun n'est totalement occupé, certains étant même à moitié vides par rapport à leur capacité initiale.

Par rapport à la pyramide des âges des enfants accueillis, on pouvait craindre dès 1978, une baisse probable des effectifs accueillis dans les IME qui devait s'accroître à partir de 1980. Cela s'est confirmé. Les classes d'âge importantes vont quitter les IME dans les années à venir : 20 "enfants" en IME ont déjà dépassé la limite d'âge et dans les années à venir, une moyenne de 30 enfants par an quitteront les établissements.

Il n'a malheureusement pas été possible de déterminer par le biais des fichiers PMI le nombre d'enfants de moins de 6 ans susceptibles d'entrer en IMP dans les années à venir. Il a donc fallu estimer ce nombre. Pour ce faire, le nombre moyen d'enfants relevant d'IMP par classes d'âge 1973-1979 a été pris, c'est à dire 9.

Sur cette base, on peut ainsi estimer l'évolution future de la population accueillie dans les IME.

	<u>Places vacantes par rapport à l'agrément</u>
1979 = 331 présents au 30/6/1979	65
1980 = 304	92
1981 = 290	116
1982 = 271	125
1983 = 244	152
1984 = 216	180
1985 = 189	207

soit une baisse de 40 % environ et ce alors que les effectifs de 1979 accusent déjà une baisse très sévère par rapport à ceux de 1975.

On ne peut que se féliciter d'une telle évolution, mais il n'en reste pas moins qu'elle pose des problèmes considérables aux établissements. Il est donc indispensable dans ce département que soit envisagée très vite une restructuration de l'équipement "déficients intellectuels profonds". Cette étude montre que la baisse de fréquentation des IME du Département était la conséquence de plusieurs facteurs tant nationaux que spécifiquement départementaux. Elle montre surtout que cette baisse va inéluctablement s'accroître dans les années à venir et, dans cette hypothèse, les IME ne pourraient plus compter en 1985 que 189 enfants contre 331 aujourd'hui. Il est inutile d'ajouter à ces chiffres le caractère d'urgence que représente une telle situation.

*Les établissements pour déficients intellectuels moyens*

L'équipement départemental représente, sur 8 établissements, 526 places. Si l'on compare les effectifs des trois dernières années, on peut observer les résultats suivants :

	Agrément	Effectif 77	Effectif 79	Effectif 80 (prévisions)
Etablissement 1	78	64	40	30
" 2	100	99	99	81
" 3	90	90	78	80
" 4	120	123	96	84
" 5	36	34	30	25
" 6	36	36	21	22
" 7	35	35	27	20
" 8	30	20	21	22
	—	—	—	—
Total	513	489	412	364

On constate en outre dans les modifications intervenues en trois ans :

- une diminution de plus de la moitié du groupe d'âge 5-10 ans
- une diminution de 23 % du groupe médian
- une hausse de 66 % du groupe des plus de 15 ans.

Cette évolution soulève un certain nombre de problèmes. Le "laminage" de la catégorie 6-10 ans peut s'expliquer par une volonté de privilégier une orientation en filière "normale" et à ne recourir au placement en IMP qu'en toute extrémité. Ce phénomène joue également pour la première partie du groupe médian. Par contre, le nombre élevé des enfants pour les classes d'âge 13,14 et 15 ans semble indiquer qu'à ce niveau les établissements enregistrent un nombre important de nouvelles entrées. Ce phénomène existait déjà en 1976 mais d'une manière moins nette.

La hausse importante du nombre des enfants de plus de 15 ans (66 %) peut s'interpréter de trois manières :

- soit comme des entrées nouvelles, à la suite de la fin de la scolarité normale en S.E.S.
- soit comme une réaction des établissements qui pour combattre la chute de leurs effectifs s'efforcent de garder les enfants le plus longtemps possible
- soit en raison des difficultés de l'entrée dans la vie active pour les adolescents compte tenu de la situation économique actuelle.

Il est toutefois à noter que bien qu'en hausse, le nombre des enfants de 18-20 ans reste faible.

Contrairement au secteur "débiles profonds", les établissements relevant de l'Education interviennent dans ce secteur "débiles moyens". La situation a donc été examinée dans ce secteur. L'équipement actuel "éducation" se compose de 70 classes de perfectionnement et de 13 S.E.S. auxquelles il faut ajouter deux S.E.S., situées en Ardèche, mais qui accueillent un nombre important d'enfants drômois.

Ici, on trouve un ratio d'équipements supérieur à la moyenne régionale :

Nombre de places pour 10 000 habitants								
AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
33,4	35,8	54,4	41,9	62,6	34,6	47,2	31,1	42,2

Il convient de noter que, alors que le nombre de classes de perfectionnement est resté stable depuis plusieurs années, la plupart des SES ont été ouvertes durant les cinq dernières années.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les classes de perfectionnement de l'Education Nationale connaissent, elles aussi, une crise, ce qui indique que les enfants du groupe 6-10 ans sont de plus en plus pris en charge par des filières normales, au détriment des IMP et des classes de perfectionnement.

Il est bien certain, que dans un certain nombre de cas, cette évolution a été bénéfique en évitant une orientation IMP pour des "enfants sans nul doute pénibles mais certainement pas débiles" (selon la formule d'un directeur d'établissement, chose qui se produisait sans nul doute dans un certain nombre de cas antérieurement). On peut toutefois se demander si pour d'autres enfants ce choix est fondé dans la mesure où il semble bien qu'il y ait un flux important d'entrées en IME vers 12-13 ans. Dès lors, est-il réellement utile de différer l'entrée de certains enfants en IME s'ils doivent de toute manière y entrer plus tard ?

Il serait cependant nécessaire pour trancher le problème d'une manière rigoureuse de posséder des pyramides d'âge sur plusieurs exercices et de faire au niveau de la C.D.E.S. une étude statistique des dossiers pour tenter d'évaluer le pourcentage d'enfants orientés comme "cas limite" vers une filière normale qui ont eu ensuite à intégrer un IME au cours de leur scolarité.

En ce qui concerne les S.E.S., on constate aussi un pourcentage très important d'orientation vers les lycées professionnels au niveau de la classe de 4e des S.E.S. Ici aussi, on constate la volonté de privilégier au maximum les filières éducatives "normales".

Contrairement à l'étude sur les débilés profonds où l'on était en présence d'une population clairement définie, et où le caractère fermé du système permettait de tirer des conclusions relativement précises, l'enquête n'est pas en mesure de donner ici des conclusions rigoureuses. D'une part, en effet il est impossible de chiffrer rigoureusement la population ou de déterminer si elle est actuellement en extension ou en régression. D'autre part, l'intervention d'au moins trois secteurs (Santé, Education, Education Spécialisée) complique encore le problème en rendant de nombreux scénarios possibles.

Le plus vraisemblable est que répondant à une pression compréhensible tant des parents que d'un certain nombre de pédagogues, on en restera à la tendance actuelle de maintien au maximum dans la filière normale. Dès lors s'ouvre une alternative :

- soit un certain nombre d'enfants après quelques années en cycle normal seront orientés en IME. Il y aura alors à restructurer le secteur IMP et comme nous l'avons vu plus haut, il faudra alors dans le même temps s'interroger très sérieusement sur le bien-fondé de l'option choisie.
- soit au contraire, ce nombre sera négligeable, ce qui justifiera la politique choisie... Mais ce sera alors tout le secteur IME qu'il faudra reconvertir.

En tout état de cause, les réalisateurs de l'enquête estiment souhaitable:

- qu'une discussion s'instaure entre les services de la D.D.A.S.S., l'Education Nationale et la C.D.E.S. sur les principes de la politique générale en matière de déficients intellectuels moyens et légers, sur ses conséquences en matière d'orientation des enfants, sur l'équipement

départemental et sur l'évaluation des résultats.

- que dans la mesure du possible, il y ait toujours un psychiatre présent lors des commissions d'orientation. Les Assistantes Sociales et autres travailleurs sociaux n'étant malgré leur bonne volonté sans doute pas toujours aptes à repérer chez un enfant des problèmes psychologiques justifiant une prise en charge de type IME.

*Les établissements pour enfants atteints de troubles de la personnalité et du comportement.*

Les trois établissements du département représentent 185 places. En les replaçant dans l'équipement de la région on trouve les pourcentages suivants :

AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
14,3	4,5	10	6,6	3,8	7,8	14,3	2,7	7,4

Ce type d'établissement connaît lui aussi à l'heure actuelle, une chute sensible du nombre des journées réalisées et ce depuis plusieurs années. Il est difficile d'interpréter cette baisse mais on peut à ce sujet avancer deux hypothèses :

- il est vraisemblable qu'ici comme dans le cas des déficients intellectuels moyens, la tendance soit à garder au maximum les enfants dans une filière normale ;
- le recrutement étant largement extra-départemental, il est possible que la baisse du nombre des enfants soit due à des créations ou des reconversions d'établissements dans d'autres départements qui ont privé les établissements de la Drôme d'une partie de leur recrutement ancien.

Compte tenu de ce qui précède, il est difficile de formuler des prévisions rigoureuses. Il est cependant certain que le caractère non drômois du recrutement actuel n'est pas sans danger. De ce fait, l'évolution de l'activité de ces établissements devra être surveillée de très près dans les années à venir. Si la baisse constatée ces dernières années devait se poursuivre, il faudra sans doute s'orienter vers une réduction de capacité.

*Les établissements pour enfants "cas sociaux".*

L'équipement drômois comporte 13 établissements représentant 775 places. Il se situe dans la région ainsi :

AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
9,6	14,5	18	6,5	7,8	14,7	19,8	6,7	11,5

Une fois de plus, on trouve un indice drômois parmi les plus élevés et en tout cas très supérieur à la moyenne régionale.

Envisagée globalement sur le plan départemental, l'activité est en légère baisse depuis quelques années. Mais on trouve des situations très diverses, certains établissements maintenant leur activité à peu de chose près au même niveau, d'autres connaissent une progression et d'autres, enfin, voient leur activité régresser.

Compte tenu du type de population accueillie, il est délicat de formuler des prévisions rigoureuses. On peut cependant affirmer que les besoins drômois sont couverts et que pour l'avenir il ne devrait pas se poser trop de problèmes pour ces établissements, sauf si l'on décidait de s'orienter vers un développement accru d'une prise en charge en milieu ouvert.

*Les établissements pour handicapés physiques*

. Etablissements pour handicapés sensoriels

Il faut souligner tout d'abord que ce type d'établissement n'a pas, en général, un recrutement départemental. En raison de la faiblesse de la clientèle potentielle et de la haute spécialisation nécessaire, tant pour le matériel que pour le personnel, le recrutement ne peut être que régional, voire national.

De ce fait, les indices départementaux cités ci-dessous n'ont qu'une valeur indicative.

Nombre de places pour 10 000 habitants								
AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
3,4	0	5,1	0	1,5	3	13,1	0	2,6

Les 5,1 places du département correspondent aux 150 places d'un seul établissement. Bien que difficiles à déterminer, compte tenu d'un recrutement national, les perspectives quant à l'évolution de l'activité de cet établissement ne semblent pas être pessimistes pour les années à venir, en dépit d'une baisse légère de l'activité qui vient d'amener une réduction de capacité.

. Etablissements pour handicapés moteurs

Les remarques faites pour les établissements destinés aux handicapés sensoriels s'appliquent aux établissements pour handicapés moteurs, en ce qui concerne les indices de places.

Nombre de places pour 10 000 habitants								
AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
4,6	0	1,4	2,6	0,9	4,3	2,7	1,4	2,7

Les 1,4 places de la Drôme correspondent aux 51 places d'un Centre de rééducation professionnelle. On constate, depuis quelques années, une baisse des effectifs qui, curieusement, va de pair avec un nombre important d'enfants placés hors du département. Là aussi, bien que la situation ne soit pas alarmante, il semble nécessaire que l'évolution de l'activité soit suivie avec attention.

Pour conclure, on peut observer que les années 1960 et 1970 ont été marquées dans la Drôme par un effort d'équipement très important et de très nombreux établissements tant publics que privés ont vu le jour durant cette période. Comme dans le même temps, en raison de la convergence de facteurs évoqués plus haut, les besoins ont décru depuis le début des années 1970, le département est passé très rapidement d'un sous-équipement à un sur-équipement qui devient problématique.

De ce sur-équipement dans le secteur de l'enfance inadaptée, il est possible de prendre la mesure de plusieurs manières :

- les indices d'équipements (nombre de places pour 10 000 habitants) des départements de la région Rhône-Alpes donnent déjà de bonnes indications (cf tableaux des pages précédentes).

Ce sur-équipement est encore plus évident si l'on prend en compte les indices pour des équipements voisins : les classes spécialisées de l'éducation nationale et les places dans les services de pédo-psychiatrie.

	AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HAUTE SAVOIE	REGION
Equipement Education Nationale	33,4	35,8	54,4	41,9	62,6	34,6	47,2	31,1	42,2
Equipement Hospitalier-Pédo-Psychiatrie	1,8	0	4,2	2,3	0,7	3,7	8,4	1	2,7

Il convient enfin de signaler que la Drôme compte deux M.E.C.S. pour enfants épileptiques et que toutes deux sont confrontées à de grosses difficultés d'occupation et envisagent une reconversion.

- Par l'évolution du nombre de journées réalisées.

Il n'y a pas un seul secteur où ce nombre n'ait baissé depuis 1975 ; cela est vrai, nous l'avons vu, pour les IME débilés profonds mais aussi pour tous les autres types d'établissements, même si cette évolution est légère (cas sociaux).

- Par la statistique C.D.E.S. des enfants drômois placés hors département.

Les données pour 1979 sont les suivantes :

Arriérés profonds	: Néant
Débilés profonds	: 5
Débilés moyens	: 7
Débilés légers	: 2
Troubles du comportement	: 2
Déficients auditifs	: 21
Déficients visuels	: 12
Handicapés moteurs	: 24
Total	: 73

Il est clair que hormis les trois derniers types de handicaps -pour lesquels, nous l'avons vu plus haut, il ne saurait être question d'avoir un établissement par département- la Drôme satisfait totalement ses besoins en matière d'enfance inadaptée. Il est à noter que le nombre d'enfants non drômois fréquentant les établissements du département est nettement plus élevé puisqu'il est supérieur à 300.

Dès lors, la situation des différents secteurs de l'enfance inadaptée peut se résumer de la manière suivante :

- débiles profonds : récession importante ; secteur à restructurer
- débiles moyens : récession importante ; secteur à repenser entièrement
- troubles du comportement : pas de problèmes prévisibles à ce jour, mais l'évolution de l'activité est à surveiller de très près.
- cas sociaux : idem
- handicapés physiques : idem.

Aucun de ces secteurs, même ceux pour lesquels il n'est pas nécessaire de procéder à des reconversions, n'offre de perspectives pour d'éventuelles reconversions, de ce fait ces dernières ne pourront s'effectuer qu'en dehors de l'enfance inadaptée.

En tout état de cause, il est clair que nous sommes en présence d'un problème majeur. Souvent les établissements et les associations sont conscients des difficultés et s'efforcent de les résoudre. Mais la politique de reconversion entamée depuis quelques années s'est tournée essentiellement vers les structures pour adultes et nous avons vu les limites de ces orientations.

Il n'y a sans doute rien à ajouter après le recensement de ces études présentées au groupe pour tenter d'apprécier l'aspect quantitatif du besoin de reconversion. On ne redirait qu'une fois de plus les phénomènes que l'on constate dans tous ces travaux. On ne peut sans doute qu'observer, au risque de tomber dans la lapalissade la plus usée, qu'il y a bien des baisses d'occupation et de recrutement qui démontrent le besoin de reconversion.

Il y a certes des baisses de recrutement qui ne paraissent être que momentanées. Par exemple, il a pu être constaté dans certaines régions, lors de la mise en place des intersecteurs de psychiatrie infantile-juvenile des chutes d'effectifs qui ont eu tendance par la suite à s'atténuer par un retour vers les établissements d'une partie de la population partie vers les secteurs. Mais les différentes enquêtes ont montré que la plupart des baisses constatées semblent plus durables voire définitives. De plus si les phénomènes constatés ne sont peut être pas encore alarmants, on constate qu'il s'agit d'un phénomène évolutif déjà ancien, que le processus n'est qu'amorcé et

qu'on ne peut donc attribuer toutes les difficultés des établissements à une situation conjoncturelle momentanée devant laquelle on pourrait se contenter d'attendre le rétablissement de conditions meilleures.

## B - APPROCHE QUALITATIVE

Il reste quand même, avant de proposer des voies de solutions, à essayer de préciser l'ampleur du phénomène sur un plan plus qualitatif bien que les travaux présentés l'aient déjà fait en montrant bien les catégories d'établissements les plus touchées actuellement.

L'analyse qualitative est certainement plus complexe du fait, notamment, des problèmes que nous avons déjà soulevés résultant de l'évolution des conceptions relatives au handicap. L'analyse des clientèles présentes et potentielles des établissements du secteur social et médico-social en est évidemment rendue plus délicate. L'inadéquation actuelle des catégories définies par le décret du 9 mars 1956 entraîne une non-correspondance de la population des établissements avec leurs agréments. Ceci est surtout vrai pour les établissements les plus anciens car, même si les textes n'ont pas changé, les commissions d'agrément ont, elles, beaucoup plus suivi l'évolution générale et on trouve donc, dans ce type d'établissement, une meilleure adéquation de la clientèle et de l'agrément. Une approche qualitative exclusivement par le type d'établissement subissant des difficultés reste néanmoins sujette à caution. Ne disposant pas d'autres renseignements fiables, il nous faut pourtant partir de ces éléments.

On constate dans tous ces travaux que certains types d'établissements semblent plus touchés que d'autres. Ainsi, par exemple, les établissements pour débilés légers et moyens ou les maisons d'enfants à caractère social bien que le phénomène soit là plus ancien. A titre d'exemple, dans un questionnaire envoyé par le C.T.N.E.R.H.I., les établissements concernés étaient ainsi précisés par ordre décroissant :

- les structures médico-éducatives
- les établissements pour handicapés mentaux en général
- les maisons d'enfants à caractère social

- les foyers de l'enfance.

Il y a donc une baisse sensible de la population des handicapés mentaux susceptible d'être accueillie dans les établissements. Cette baisse s'explique par les différents facteurs que nous avons déjà évoqués dans un premier chapitre : la sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile, le principe du rapprochement géographique des enfants et de leur famille en évitant les "déportations" et l'action intensifiée des structures de l'éducation. A ces facteurs découlant directement de l'action sociale en faveur des personnes handicapées s'associent des facteurs généraux : baisse de la natalité, progrès de la médecine néo-natale etc... En corollaire à cette baisse de la population on constate un vieillissement de la population accueillie dans ce type d'établissement.

L'accueil dans d'autres structures ainsi que tous les facteurs sus-mentionnés entraînent une aggravation constante des cas reçus par les établissements et ce pour toutes les catégories de handicaps. Dans toutes les enquêtes est signalé ce changement qualitatif de la clientèle dans le sens d'une aggravation.

Une enquête du C.R.E.A.I. de la région Centre sur laquelle nous reviendrons plus avant dans ce rapport, basée sur l'exploitation des dossiers des 6 C.D.E.S. de la région aboutit à des résultats intéressants sur la population des jeunes handicapés ou inadaptés dans cette région. Elle permet sur un plan quantitatif d'élaborer des ratios population handicapée/population globale ; sur un plan qualitatif, elle apporte une répartition assez précise des handicaps par grandes catégories habituellement reconnues. Ce recensement a été obtenu en prenant en considération la dénomination qui figurait dans le dossier de la C.D.E.S. Ont été ainsi retenues 4 grandes catégories :

- handicaps sensoriels (visuels et auditifs)
- handicaps moteurs et physiques
- déficients intellectuels
- troubles du comportement et de la conduite et troubles relationnels.

Sur le 7.489 dossiers retenus pour l'étude, 6.974 ont pu être exploités

quant à la précision du handicap. On obtient les résultats suivants :

- handicaps sensoriels.

5 sujets sont répertoriés comme porteur d'une atteinte sensorielle sans précision. On dénombre 219 handicapés visuels dont 68 sujets porteurs de handicaps associés (31,05 %).

On dénombre 474 handicapés auditifs dont 123 sujets porteurs de handicaps associés (26 %).

Soit un total de 698 handicapés sensoriels, soit 9,32 % du total des dossiers.

- handicaps moteurs et physiques.

On dénombre 811 handicaps moteurs dont 292 sujets porteurs de handicaps associés (36 %). On dénombre 323 handicaps physiques (maladies invalidantes) dont 90 porteurs de handicaps associés (28 %).

Au total 1.134 cas pour ces deux catégories, c'est à dire 15,14 % de l'ensemble des dossiers.

- déficients intellectuels (moyens et profonds).

3.423 sujets ont été dénombrés dont 1.539 présentaient des handicaps associés (45 %).

Cette catégorie a été différenciée en 3 sous-groupes selon la dénomination utilisée par les dossiers C.D.E.S. :

- . les débiles moyens : 1.399 sujets dont 666 avec handicaps associés (48 %).
  - . les déficients intellectuels indéterminés : leur degré de déficience oscillant entre le niveau de la débilité moyenne et celui de la débilité profonde : 845 sujets dont 369 avec troubles associés (44 %).
  - . les débiles profonds : 1.179 sujets dont 504 avec troubles associés (43 %).
- Soit au total 3.423 handicapés intellectuels, soit 45,71 % des dossiers étudiés.

- Troubles du comportement et de la conduite et troubles relationnels.

Ont été inclus ici aussi les sujets classés débiles légers et ceux présentant des troubles appelés instrumentaux, ces deux dernières catégories se

présentant fréquemment associées à des troubles relationnels.

- . Débiles légers : 405 sujets dont 244 (60 %) avec troubles associés.
- . Troubles instrumentaux : 584 dont 436 (75 %) avec troubles associés.
- . Troubles du comportement et de la conduite : 730 dont 359 (49 %) avec handicaps associés.

Pour l'ensemble 1.719 sujets, soit 23 % des dossiers examinés.

Sur les 6.974 dossiers exploités on relève : 3.828 sujets présentant un handicap unique et 3.146 présentant une association de handicaps de gravité variée. Ces chiffres montrent l'importance de la notion de polyhandicap dans la population étudiée et les conséquences qu'elle entraîne dans le fonctionnement des modes de prises en charge devant répondre aux besoins diversifiés des sujets. Mais la forte proportion des handicaps multiples parmi la population classée en déficience intellectuelle ou en troubles du comportement doit inciter à réfléchir plus particulièrement sur l'appréciation diagnostique de ces handicaps et les divers modes de traitement qu'on leur propose.

En règle générale, on constate de plus en plus de handicapés avec troubles associés et les établissements disent recevoir de plus en plus de psychotiques. Mais il convient d'être vigilant sur ces appréciations. Un jugement basé sur des catégorisations extrêmement floues et en permanente évolution ne peut pas être entièrement satisfaisant. Une région observait, peut-être en caricaturant quelque peu, que sur son territoire, depuis quelques années, les débiles profonds avaient complètement disparu alors qu'on assistait à une vague de fond du phénomène psychotique. Il est bien vrai que l'on peut avoir de quoi s'inquiéter lorsque bon nombre d'établissements pour justifier des hausses de prix de journée les explicitent par un accueil accru de psychotiques.

Nous restons persuadés que l'accueil et la prise en charge d'un psychotique ne sont pas la même chose que l'éducation spécialisée d'un déficient intellectuel et que les deux nécessitent des modalités de fonctionnement de l'établissement tout à fait différentes. Pour illustrer ce phénomène, que l'on pourrait appeler d'"appellation incontrôlée" des clientèles, on peut reciter l'enquête du contrôle médical de la C.R.A.M. de PARIS en 1976.

Sur 10 internats médico-pédagogiques étudiés, la moitié recevait des psychotiques ou des enfants ayant des troubles relationnels très graves et ce dans des proportions non négligeables (16 % dans deux établissements, 18 %, 50 % et 70 % dans trois autres). Or seul un de ces établissements avait demandé et obtenu la modification de son agrément et s'était donc adapté structurellement à cette nouvelle population.

Les mêmes observations peuvent être faites en ce qui concerne les troubles associés et les polyhandicapés. Un autre exemple l'illustrera aussi. Le C.R.E.A.I. d'Alsace a fait une enquête (dont nous reparlerons plus tard) pour tenter d'évaluer les besoins en équipement pour les polyhandicapés.

Lors de ces investigations, on a pu constater qu'on observait une répétition de troubles visuels atteignant tous les pensionnaires d'un établissement accueillant des handicapés mentaux. Ces troubles avaient en fait été constatés lors d'un contrôle systématique. A partir de là, on peut se demander si, dans les autres établissements pour handicapés mentaux où ces contrôles sont peut être moins systématisés, ce genre de troubles n'est pas ignoré. Et par extension, on peut sans doute penser que les polyhandicaps ne sont pas des phénomènes nouveaux, qu'ils ont toujours existé mais qu'on n'avait peut être pas les moyens ou les techniques pour les déceler. On peut aussi penser que quelquefois la prise en charge abandonne le symptôme pour s'attacher à ce qui le provoque et qu'alors c'est un autre type de "handicap" qui devient prévalent. Dès lors, est-ce la population qui a réellement changée ou est-ce la façon de la percevoir ?

Il nous semble indispensable qu'une réflexion approfondie sur l'évolution des clientèles mise en parallèle avec l'évolution des conceptions nosographiques soit menée. La clientèle a certainement évolué et certainement aussi dans le sens d'une aggravation, ne serait-ce que parce que les cas les plus légers peuvent fort heureusement s'insérer plus facilement dans un milieu ordinaire de vie. Mais il conviendrait de faire la part des choses entre les changements effectifs et réels et les simples changements de dénomination de clients qui restent en fait les mêmes.

Quoiqu'il en soit ce glissement qualitatif des clientèles, tant sur le plan de l'âge que sur celui des types de handicaps accueillis doit faire réfléchir. Car il ne suffit pas de regretter que les établissements dans leur structure actuelle ne répondent pas aux besoins de cette clientèle, il faut encore leur donner les moyens réglementaires et financiers d'un fonctionnement plus souple et d'une adaptation plus rapide à ces nouveaux besoins.

On tire aussi des renseignements intéressants en étudiant les modalités de fonctionnement et la situation des établissements qui semblent le plus touchés. Nous risquons ici une fois encore de répéter des observations déjà maintes fois formulées. Il est en effet reconnu partout que le gros établissement rural isolé a plus de difficultés que la petite structure implantée en zone urbaine, et que l'ancien sanatorium, déjà reconverti, a plus de difficultés à faire le plein que l'établissement créé plus récemment pour une clientèle prédéterminée et avec des objectifs précis.

Il faut pourtant tempérer certaines idées reçues. Il semblerait à l'heure actuelle que l'internat "retrouve des clients". Ceci peut s'expliquer par l'aggravation des cas, doublée le plus souvent d'un problème familial ou social. La structure d'internat vient alors suppléer les carences éducatives du milieu. Cependant, il ne s'agit plus sans doute des mêmes internats. Ils ont fait un large effort d'ouverture sur l'extérieur : réduction des durées de séjour ; liaison avec les familles ou, en cas de trop graves carences familiales, création de services de placements familiaux spécialisés ; transformation en internat de semaine ou de quinzaine ; ouverture d'appartements thérapeutiques ; intégration quand cela est possible dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Beaucoup d'internats se sont efforcés de diversifier leur intervention de manière à ce que l'enfant ne soit plus traité "in vitro" jusqu'à ce qu'il soit atteint par la limite d'âge. Il apparaît aujourd'hui que l'internat demeure un équipement indispensable offrant à ceux qui sont le plus en difficultés une action globale, pluridisciplinaire et multidimensionnelle continue. Il est conduit aujourd'hui à mener des prises en charge d'un haut niveau de technicité. Là aussi, il conviendrait de mettre en oeuvre des dispositions qui favoriseraient un

accroissement qualitatif des prises en charge et des équipes chargées de les conduire. On remarque, surtout en milieu rural, des difficultés particulières des semi-internats (à titre d'exemple : un IMPro fonctionnant à 63 % en semi-internat alors que les places d'internats sont occupées à 112 %). En cas d'implantation rurale, comme parfois en zone urbaine, la formule du semi-internat pose des problèmes spécifiques du fait de la dispersion géographique des enfants qui entraîne des circuits de ramassage très longs, très coûteux, et préjudiciables pour les enfants. Les parents hésitent, à juste titre, à imposer à leurs enfants ces fatigues supplémentaires. Ceci peut expliquer les baisses d'effectifs et le fait que, contrairement aux idées forces de l'heure, on voit de plus en plus de semi-internats ouvrir des sections d'internat ou de déplacement familial spécialisé.

En dehors de l'implantation géographique et des problèmes qu'elle peut soulever, on constate que les difficultés des établissements sont essentiellement dues à l'équipement local qui peut se placer en concurrence (celui du département aussi bien que celui des départements limitrophes). L'enquête dans la Drôme a bien montré que les institutions de ce département, traditionnellement département d'accueil pour les enfants des départements avoisinants, éprouvent aujourd'hui des difficultés du fait que ces derniers sont maintenant mieux équipés et que le principe du rapprochement des familles impose, à juste titre, le placement le plus proche possible du milieu naturel. Ce phénomène n'ira d'ailleurs qu'en s'accroissant au fur et à mesure du rééquilibrage des implantations d'équipements opéré par les nouvelles procédures mises en place par la loi sociale.

Enfin, il faut bien remarquer que les difficultés rencontrées par les établissements sont très liées à la nature même de la structure. Les établissements qui possèdent en eux-mêmes une certaine dynamique d'évolution ont apparemment moins de problèmes que d'autres. Cette dynamique dépend de nombreux facteurs qu'il est difficile de séparer : personnels, direction, associés, gestionnaires, nature et dimension de l'établissement. Bon nombre d'établissements ont su s'adapter à l'évolution des besoins et de leur appréciation et, par voie de conséquence, un certain nombre d'autres structures plus traditionnelles apparaissent inadaptées.

L'évaluation du besoin de reconversion n'est donc pas simple. Elle ne peut sans doute se faire que par une comparaison avec les besoins constatés. Il faut remarquer pourtant que chaque situation locale est particulière. Les enquêtes exposées ont montré que les constats étaient très différents d'un département à l'autre, ou d'une région à l'autre, même si leur regroupement permet de dégager de grandes tendances à l'échelon national. Nous reviendrons dans la deuxième partie de ce travail sur le problème de l'évaluation des besoins, mais, d'ores et déjà, il semble possible de dire qu'elle ne pourra se faire qu'à l'échelon le plus local possible, et qu'elle nécessite un suivi particulièrement sérieux dans la mesure où la situation est essentiellement fluctuante.



## CHAPITRE I

---

### LES COMPOSANTES DE LA RECONVERSION

Avant d'aborder le processus lui-même de la reconversion, il faut s'interroger sur l'objectif de cette opération et sur le rôle et les intérêts des différents partenaires intervenant dans sa réalisation.

#### A - LA PERCEPTION DES BESOINS

Une opération de reconversion peut avoir deux objectifs :

- soit, il s'agit de permettre à l'établissement de mieux répondre aux besoins constatés ou exprimés par les usagers ;
- soit, s'il s'avère que les besoins sont moindres ou ont disparu, de réduire la capacité de l'établissement ce qui conduit à procéder à une fermeture partielle et éventuellement totale de l'établissement.

Quoiqu'il en soit, une analyse des besoins auxquels il faut s'efforcer de répondre le mieux possible s'impose.

Nous adoptons plus volontiers le terme de perception des besoins que celui d'évaluation. Chacun reconnaît, dans le secteur qui nous préoccupe, la rapidité de l'évolution des besoins en eux-mêmes et de la manière dont on peut les apprécier, appréciation qui variera en fonction des intérêts propres de celui qui la formule (1).

Or, une évaluation viserait à un moment donné à faire le constat de la situation et à en tirer des conclusions. Cette tentative d'évaluation précise et exhaustive nous semble utopique car elle serait, au moment même de sa formulation, déjà dépassée du fait de l'évolution permanente de la situation. Une évaluation précise qui aboutirait à la certitude serait-elle d'ailleurs souhaitable dans le domaine qui nous préoccupe, qui, par définition, se veut à "l'écoute" de ses usagers et de leurs besoins ? Il ne faut donc pas se leurrer ou se retrancher derrière une évaluation mythique des besoins qui résoudrait à elle seule toutes les difficultés. On ne pourra guère sans doute faire mieux dans ce domaine que de dégager des indications générales

---

(1) Sur la notion même de besoin, qu'il n'est pas de notre propos d'aborder ici, on ne peut que conseiller de se reporter à l'étude de Thibault LAMBERT, rapport d'un groupe de réflexion présidé par le Docteur PREAULT : "Introduction à une problématique des besoins sociaux" - Les Publications du CTNERHI, Série "Etudes", n° 3, 3ème trimestre 1978.

permettant d'orienter une politique à moyen terme. Il faut pourtant tenter de les dégager et de les affiner autant que faire se peut.

Cette réflexion n'est pas facile et il est bien difficile de fournir des instruments susceptibles d'identifier et de mesurer les besoins. L'absence d'indices lits-population comme ceux qui existent dans le domaine sanitaire est incontestablement heureuse compte tenu du caractère très évolutif des besoins dans le domaine médico-social. Mais elle laisse les responsables singulièrement démunis dans leur rôle de conseil et de décision.

Auparavant, on n'avait guère d'autres ressources que les listes d'attentes pour procéder aux études de clientèle. Chacun sait qu'elles donnent une image très déformée de la réalité et des besoins éventuels du fait de l'existence de multiples doubles emplois, le même enfant étant souvent inscrit à plusieurs endroits différents.

On pouvait aussi se reporter aux études démographiques nationales ou régionales et en appliquer les conclusions au niveau local. Cependant, du fait des approximations inévitables de ce type d'études, en raison soit du champ d'investigation pour les études nationales, soit des particularités locales pour celles effectuées au niveau régional, les résultats ne sont guères probants. Nous en prendrons pour exemple une étude réalisée par le C.R.E.A.I. d'Alsace tendant à évaluer, dans cette région, les besoins en places pour jeunes polyhandicapés.

L'enquête (réalisée en 1978) s'est basé sur un chiffre théorique de polyhandicapés obtenu à partir des enquêtes épidémiologiques réalisées par les Docteurs SALBREUX et TOMCKIEWICZ en région parisienne, sur les classes d'âge concernées. Sur cette base, on pouvait évaluer à 2 650 le chiffre théorique de jeunes polyhandicapés dans la région d'Alsace. L'enquête du C.R.E.A.I. a exploité toutes les sources régionales d'information (service unifié de l'enfance, C.D.E.S., associations concernées et établissements ou services accueillant ce type de population). Elle aboutit à un recensement de 1 099 jeunes polyhandicapés dont 871 déjà placés en établissements et 228 restant dans leur famille.

Le chiffre auquel aboutit cette enquête est donc nettement inférieur au chiffre théorique de base qui avait été retenu. Mais il faut signaler que les troubles psychotiques avaient été délibérément écartés de l'enquête pour éviter les risques trop grands d'erreurs inhérents à un manque de définition précise de ces handicaps. Cette erreur systématique introduite volontairement aboutit sans doute à minorer le chiffre final, mais on peut néanmoins constater une surestimation scientifique des pourcentages retenus au départ. Les résultats de cette enquête contribuent donc à limiter le problème qui était posé. Il fallait pourtant poursuivre les investigations pour déterminer si les enfants qui étaient dans leur famille justifieraient dans un proche avenir d'un placement. Dans l'affirmative, la création de structures spécialisées pourrait alors se justifier. Un autre versant de l'enquête devait aussi chercher à apprécier l'adéquation des établissements spécialisés aux besoins des sujets polyhandicapés qu'ils accueilleraient.

Cette investigation a pu être réalisée sur 160 cas de jeunes restant dans leur famille. On a pu alors distinguer cinq types de situations différentes ;

1) Les sujets pour lesquels aucune demande de placement n'avait été formulée

Mais cette première catégorie qu'on pouvait considérer au départ comme celle dont les parents refusent de se séparer de leur enfant, devait encore être modulée :

- on y trouvait tout d'abord un nombre assez élevé d'enfants de moins de 5 ans pour lesquels le placement est de toute façon l'exception,
- quelques enfants étaient scolarisés normalement en dépit de leur état,
- d'autres étaient atteints en outre de maladie évolutive,
- parmi les autres enfin, si aucune demande de prise en charge n'avait été faite, cela ne signifiait pas nécessairement que les parents n'avaient jamais envisagé une telle mesure. Pour certains d'entre eux, les recherches de solution n'ayant pas

abouti, la famille s'était organisée de manière à pouvoir garder l'enfant à domicile, situation qui semblait avoir été finalement assumée. Pour d'autres, au contraire, il s'agissait bien d'un choix délibéré et formulé clairement par la famille.

2) Les sujets pour lesquels un placement était souhaité et en cours de réalisation .

Il s'agit là le plus souvent d'enfants relativement jeunes mais pour lesquels les familles ont du mal à faire face aux problèmes qu'ils leur posent.

3) Le troisième groupe se composait surtout de grands adolescents qui avaient déjà été placés.

Certains avaient intégré leur famille parce qu'ils avaient atteint la limite d'âge alors qu'aucune solution de continuité n'avait été trouvée ou encore que celle qui avait été proposée n'avait pas été acceptée par les parents. Pour deux ou trois plus jeunes, le placement en établissement avait été contesté par la famille qui avait donc retiré le mineur.

4) Les sujets pour lesquels aucune solution n'avait pu être proposée aux familles :

il s'agissait soit de handicapés lourds dont plusieurs épileptiques graves, soit de handicaps plus légers mais multiples.

5) Enfin, pour une vingtaine de cas, les renseignements étaient insuffisants

de sorte qu'il était difficile de se prononcer sur la situation.

Le tableau suivant reprend les données chiffrées de ces différentes situations.

1/ Désir des parents de garder l'enfant :	<u>92</u>
Enfants très jeunes :	34
Enfants scolarisés :	06

	Enfants atteints de maladie évolutive:	03
	Enfants pour lesquels une demande antérieure n'a pas abouti ou dont les parents n'ont jamais voulu se séparer	: 49
2/	Placements recherchés	: <u>10</u>
3/	Retour dans la famille après placements	: <u>11</u>
4/	Enfants pour lesquels aucune solution n'a été trouvée	: <u>26</u>
5/	Renseignements insuffisants	: <u>21</u>

Cette étude plus affinée montre bien que la réponse à donner est nuancée et qu'il était prématuré de déduire que tous les sujets recensés nécessiteraient un placement dans l'avenir même s'il existait un certain nombre de besoins non couverts.

Comme nous l'avons déjà noté à plusieurs reprises, cette enquête montre l'importance de la composante locale dans le problème de la reconversion. Il semble bien que toute étude qui se distancierait trop de la situation locale risquerait d'aboutir à des résultats dénués de signification et par là même inapplicables.

Les réformes apportées par les deux lois du 30 juin 1975 permettent de considérer sous un autre angle le problème de l'évaluation des besoins. Aux organismes traditionnels chargés de recenser les équipements:SRASS, DRASS,DDASS et CREAI sont venues s'ajouter les CRISS et les CDES qui peuvent collecter les informations nécessaires à l'évaluation.

Les SRASS et les CREAI ont d'ailleurs dans leurs attributions de tenir à jour un fichier des établissements et sans doute les CREAI, de par leur mission, devraient être des instruments privilégiés d'une étude à moyen et à long terme des besoins en équipement d'une région. Mais il faut remarquer qu'ils sont quelquefois gênés dans cette tâche par leur fonction

de gestionnaire d'établissements qui les pose dans une situation de juge et partie les empêchant souvent de la réaliser de façon satisfaisante. Outre ce fait, les administrations sont souvent réticentes à leur confier cette tâche qu'elles estiment relever de leur compétence exclusive. Dans les attributions des CDES figurait également la mission de réaliser un fichier complet des ressources départementales en équipement. En l'état actuel des choses, en raison de l'absence de moyens suffisants autant que de la crainte du "fichage", cette tâche n'a pas été menée à bien. Les éléments fournis par les CRISS sont aussi intéressants. Dans les régions où un fichier recensant leurs avis a été constitué à titre expérimental, on s'est rendu compte qu'il apportait des éléments d'information non négligeables. Mais les CRISS demeurent en définitive demandeurs d'information en amont. Les organismes susceptibles de rassembler les informations ne manquent donc pas. Reste le problème de les concentrer, de les analyser et d'en tirer des instructions utiles.

Le rapport 1976 de l'IGAS évoquait déjà longuement la reconversion. Des plans de réduction étaient proposés comportant les perspectives de changements d'affectation, de diminution de capacité, de fermeture, de reconversion du personnel afin de parvenir par étape à une réduction des équipements en surnombre par rapport aux besoins. Ces propositions étaient sans doute trop brutales.

Dans son rapport 1977-1978, l'IGAS avance des propositions visant à améliorer la planification des équipements et leur adaptation aux besoins. Il est proposé d'établir au niveau départemental, puis régional, des inventaires et des plans de priorité s'appuyant sur une vision globale et qualitative de l'équipement existant et émanant d'une évaluation commune des besoins. L'inventaire ne doit pas seulement être quantitatif mais aussi qualitatif. En effet, il ne suffit pas de connaître le nombre de places disponibles dans un type d'établissement, il faut encore savoir à quelle catégorie particulière de clientèle il s'adresse et, pour cela, les références à l'agrément ne suffisent plus à l'heure actuelle.

Cet inventaire doit être fait au niveau du département car la tendance à la sectorisation du recrutement fait apparaître celui-ci comme un cadre plus adéquat que la région sauf pour des établissements hautement spécialisés ayant une vocation géographique plus large. Il est proposé que cet inventaire soit établi par la DDASS en s'entourant de tous les intéressés. Les équipes techniques des CDES premières utilisatrices, devraient jouer un rôle important dans son élaboration et surtout dans son suivi car il est bien évident qu'il faudra tenir compte sans cesse des évolutions.

A partir de cet inventaire, des priorités seraient dégagées pour établir une hiérarchie entre les besoins. Pour cela, des renseignements sont disponibles. Il sont à recueillir auprès des différents partenaires sociaux (PMI, Santé scolaire, intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, associations gestionnaires et représentatives) qui connaissent bien les besoins auxquels il n'est pas répondu de façon satisfaisante. Ces inventaires et priorités dégagés au niveau départemental devraient être synthétisés par les DRASS et les CREAMI avec les organismes de sécurité sociale en y associant des représentants de l'Education Nationale et de la Justice pour établir et proposer à la CRISS un inventaire et un plan de priorité régional. Ces éléments devraient permettre d'orienter les créations et les reconversions vers les réalisations les plus souhaitables pour répondre aux besoins.

On retrouve le processus proposé par l'IGAS, avec un échelon supplémentaire dans la circulaire 79/1 DOMI du 3 juillet 1979 relative à la mise en place d'un fichier national des établissements sanitaires et sociaux (BOSP SS 79/37). Le constat n'a guère changé en 4 ans.

*"L'application de la loi du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, des lois du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales, ainsi qu'à l'orientation en faveur des handicapés, a montré la nécessité d'une connaissance approfondie des établissements sanitaires et sociaux existants, afin de permettre la programmation de ces équipements et une orientation judicieuse des bénéficiaires.*

Il est donc nécessaire de disposer d'informations précises et régulièrement mises à jour afin de provoquer une adaptation de l'offre de services à l'évolution géographique et qualitative des besoins. C'est pourquoi les différents organismes intéressés (administration centrale et services extérieurs, organismes de sécurité sociale, associations nationales travaillant dans le domaine sanitaire et social) tentent de constituer des fichiers, de mettre en place des procédures de saisie régulière des informations. En l'absence de coordination précise, ces divers fichiers n'apportent que des réponses partielles aux besoins ressentis.

Par ailleurs, les commissions de l'éducation spécialisée ainsi que les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel instaurées par la Loi d'Orientation ressentent fortement le besoin d'un répertoire national des établissements sociaux pour remplir correctement leur tâche d'orientation.

Pour toutes ces raisons, le ministère de la Santé a donc décidé la création d'un fichier national. Il ne s'agit pas d'un "fichier central" et exhaustif qui serait géré uniquement au niveau de l'administration centrale. Il s'agit... de constituer dans chaque région des fichiers de volume limité, comportant des informations sûres, mises à jour et utilisées par les organismes intéressés de la région et qui serviront à localiser, identifier et décrire avec certitude les établissements sanitaires et sociaux".

Le fichier qui sera constitué a un double objectif :

- . un objectif de gestion : afin de faciliter la gestion interne des différents organismes et de gérer les autorisations et les capacités dans le cadre sanitaire d'une part et de la loi sociale d'autre part.
  
- . un objectif statistique : afin de connaître avec précision l'équipement existant et futur autorisé, de rapprocher les résultats statistiques des différents organismes et de disposer d'une base exhaustive mise à jour régulièrement pour lancer des enquêtes particulières.

Si l'on ne peut rien trouver à redire sur le deuxième objectif présenté dans le texte, le premier nous semble peut-être plus discutable. En effet, il est nécessaire au niveau national de disposer d'un tel instrument qui permettra de suivre l'équipement et d'être utilisé dans la définition des grandes options de la politique sociale. Par contre, dans le domaine qui nous préoccupe, la compétence de gestion a été confiée par la loi sociale aux autorités régionales. Sans vouloir faire de procès d'intention, on peut craindre qu'un fichier national qui se préoccupe de cette même gestion n'aboutisse à créer un échelon supplémentaire de fait dans les procédures instituées par la loi.

La constitution du fichier est confiée à la DDASS qui assure les opérations de constitution : recensement des établissements, immatriculation etc... Un circuit de liaison est instauré sous l'autorité de la DRASS avec les autres services utilisateurs du fichier. La mise à jour régulière devra être effectuée par la DDASS et le DRASS lui transmettra pour ce faire, les informations qu'il recueillera, notamment par le biais des CRISS.

Il faut remarquer que le fichier regroupera aussi bien les établissements relevant du domaine sanitaire que ceux du domaine social. On a estimé indispensable en effet d'intégrer dans le même support de base tous les éléments pouvant concourir à satisfaire les besoins et qui sont indissociables pour parvenir à une planification cohérente. C'est ainsi que le fichier intégrera aussi les services dont la fonction est voisine de celle assurée par les établissements : AEMO ou SESAD etc...dont l'existence ne peut être ignorée dans un objectif de planification. C'est pourquoi aussi seront intégrés au fichier les établissements relevant d'autres administrations (Education Nationale, Justice, Travail) mais qui entrent dans le champ de la loi sociale ou de la Loi d'Orientation. On vise donc à harmoniser tous les moyens d'intervention dans un secteur donné.

On a donc suivi ici à peu près les recommandations de l'IGAS si ce n'est que l'on y a ajouté une dimension nationale, alors que l'IGAS préconisait cette action au niveau régional sur une base départementale. La mise en place du fichier vise certainement à aller au-delà des agréments et des catégorisations juridiques théoriques pour tenter de donner une photogra-

graphie concrète et réelle des équipements et de leurs activités. On se donne là les moyens de rassembler les informations et de les harmoniser pour parvenir à une vision globale et cohérente de l'équipement. Mais on est encore loin de l'élaboration des plans de priorité et de réduction proposés. Cependant, on peut penser que le fichier, une fois réalisé et s'il est tenu à jour de façon satisfaisante, ce qui semble la partie la plus délicate de l'opération, pourra donner des éléments d'informations sérieux et importants aux CRISS et aux CDES, aux autorités régionales et départementales et aux organismes gestionnaires qui recherchent une information dans ce domaine.

Mais si l'on semble maintenant bien équipé pour le constat et l'évaluation, il n'est pas sûr que l'instrument puisse convenir pour la prévision. Car il reste qu'on raisonne toujours en termes d'équipements existants et non d'équipements souhaitables ou souhaités. On sait que les catégorisations des équipements ne sont plus adaptées à une bonne partie de la clientèle reçue mais on continue néanmoins à raisonner dans ce cadre pour définir les besoins. Le cadre juridique actuel de fonctionnement n'a pu prendre en compte l'évolution qualitative de la clientèle. Si cet instrument paraît donc adapté pour procéder à un constat et à des prévisions de l'ordre du quantitatif, il n'est pas sûr qu'il le soit pour pouvoir intégrer des données qualitatives.

Si l'on peut facilement rejeter la demande de création d'un IMPro aux motifs qu'il y a déjà suréquipement de ce type de structures dans la région ou dans les départements limitrophes, il n'est pas sûr qu'on pourra se livrer à une analyse qualitative des clientèles potentielles. Or, peut-être que cet IMPro qui paraît superflu dans sa catégorie se justifie en fait car il se propose d'accueillir en internat par exemple une clientèle particulière pour laquelle il y a défaut de structure d'accueil. Pour porter un tel jugement qualitatif, il faut nécessairement avoir une connaissance beaucoup plus affinée du terrain que celle qui pourra sans doute être fournie par ce type d'instrument et cette connaissance émane de l'échelon le plus localisé possible.

Il semble que tant qu'on raisonnera sur l'existant et l'actuel, et non sur

le souhaitable et le nécessaire, on se heurtera aux mêmes problèmes. Pour illustrer ce propos, on peut prendre l'exemple de l'enquête sur les besoins en établissements spécialisés réalisée par le CREAM de la région Centre. Cette enquête avait pour objectif de recenser les sujets handicapés ou inadaptés des 2 sexes, compris dans les tranches d'âge de 0 à 25 ans et relevant du secteur enfance inadaptée (au 31 mars 1978).

L'enquête portait non seulement sur les jeunes domiciliés dans l'un ou l'autre des six départements de la région, mais aussi sur ceux qui, domiciliés hors de la région, étaient accueillis dans des établissements implantés dans la région. Elle a pour but de construire par référence aux populations globales des tranches d'âge concernées dans chaque département de la région des taux démographiques pour chacune des grandes catégories de handicaps ou d'inadaptations, et d'estimer le nombre de sujets handicapés ou inadaptés accueillis ou proposés aux établissements et services spécialisés.

Pour réaliser ce travail, une enquête systématique a été faite auprès des CDES des six départements sur l'ensemble des dossiers examinés en commission, que ce soit des dossiers d'orientation ou des dossiers d'attribution d'allocation. Un questionnaire a été élaboré pour permettre l'exploration informatique de ces données. Une enquête systématique a aussi été réalisée auprès de tous les établissements spécialisés tributaires de décisions des CDES.

L'exploration informatique devra permettre, outre l'élaboration de ratios population handicapés ou inadaptée/population globale et des tris à plat de diverses variables permettant le dénombrement des effectifs, des tris croisés de certaines variables et l'étude de leurs relations, soit à l'intérieur de leur propre champ d'apparition (par exemple handicap et taux d'invalidité dans les dossiers CDES), soit par comparaison avec des variables identiques ou connexes produites dans un autre champ (par exemple : handicap retenu par la CDES et handicap perçu par l'établissement). Il est certain qu'il sera particulièrement intéressant d'étudier ces données lorsqu'elles seront disponibles. Ce type de travaux devrait permettre la

réflexion sur les conceptions du handicap que nous avons déjà évoqué et faciliter la différenciation entre évolution réelle de la clientèle et évolution des appellations qu'on lui attribue.

Dans le questionnaire d'enquête pour les dossiers des CDES, les enquêteurs avaient introduit deux données différentes en cas de placement : d'une part l'orientation de placement telle qu'elle avait été formulée par la CDES et d'autre part, l'orientation souhaitable... Or lors de la mise en route de l'enquête, on a dû constater qu'aucun renseignement sur l'orientation souhaitable n'était consigné dans les dossiers. Ceci nous semble particulièrement remarquable. En effet, partant dans le but de rechercher et de définir les besoins en établissements spécialisés, on est, par la force des choses, réduit à raisonner sur les équipements existants.

Cette absence d'indications concernant l'orientation souhaitable est corroborée par une recherche en cours en Aquitaine. L'étude des informations reçues dans vingt institutions et accompagnant une proposition de placement émanant d'une CDES montre d'une part l'absence de "propositions d'action" ou de "projet de changement", d'autre part les bilans techniques sont extrêmement lacunaires et les expertises successives dont on peut trouver la trace dans le passé des enfants sont floues et parfois contradictoires. Le projet que la prise en charge doit permettre de réaliser est absent. Tout fonctionne comme si l'essentiel était de décider un placement. On peut ajouter qu'au moment de l'entrée et dans les six mois qui suivent, on ne trouve que rarement dans les dossiers techniques de l'institution la description d'un but à poursuivre et des moyens à utiliser à partir de l'appréhension de la problématique du sujet. Il semblerait que le cas singulier de tel ou tel enfant se dissolve et soit, du seul fait de son admission, dans la nécessité de s'adapter au projet institutionnel.

Il y a donc des données faussées à la base et l'on peut craindre que les résultats de l'enquête du Centre ne laisseront pas apparaître l'exacte réalité des besoins. Cette orientation souhaitable nous semble une variable primordiale pour pouvoir dégager des prévisions et des orientations fiables. Or, c'est une variable inexistante dans toutes les tentatives d'évaluation

car elle n'est jamais consignée nulle part. C'est donc une variable qu'il n'est pas facile d'appréhender. Pour rester dans le domaine de l'éducation spéciale, il semble qu'elle pourrait être recueillie auprès des équipes techniques qui, instruisant les dossiers, sembleraient les mieux à même d'indiquer la structure d'accueil qui serait la meilleure pour l'enfant même si elle est inexistante et si, de ce fait, il faut proposer une autre orientation. Il est certain que demander cet effort supplémentaire aux équipes techniques peut paraître utopique, et nous n'ignorons pas les difficultés auxquelles se heurterait une telle démarche ne serait-ce qu'en s'exposant à se voir opposer systématiquement le secret professionnel. Néanmoins, il nous semble que cette orientation souhaitable qui permettait une véritable prospective et une fiable prévision des besoins ne pourra être certainement obtenue que par ceux qui sont les plus proches des usagers et qui sont, de ce fait, le mieux à même de connaître leurs besoins. Nous craignons que tant qu'on n'intégrera pas dans l'évaluation des besoins cette variable prospective, on ne parvienne qu'à des résultats relatifs, quelle que soit la sophistication des instruments utilisés pour y parvenir.

Pour illustrer cette nécessaire prise en compte de l'avenir, dans toute recherche d'évaluation, on peut citer une étude réalisée par le groupement régional d'étude et de coordination pour handicapés physiques de la région Nord-Pas de Calais.

Dans un souci de déterminer les besoins concernant les jeunes handicapés moteurs (de 6 à 16 ans) de cette région, on a recherché quelles pouvaient être les perspectives d'avenir de ces jeunes et, par là même, on peut en déduire quels seront les besoins en structures pour les accueillir. On a pu déterminer les 1 806 dossiers étudiés en 7 catégories situées dans leur avenir :

	Garçons	Filles	Total
1) Ceux pour qui on peut prévoir une insertion en milieu de travail normal	298	234	532
2) Ceux qui auront une perspective de travail normal si leur évolution est favorable	84	74	158

	Garçons	Filles	Total
3) Ceux qui relèveront du travail protégé	41	27	68
4) Ceux pour lesquels il faut envisager le CAT	217	212	429
5) Ceux qui relèvent sûrement du CAT	35	35	70
6) Ceux pour lesquels il est nécessaire de prévoir une vie en foyer occupational	19	24	43
7) Ceux qui relèvent de structures pour très grands handicapés	279	277	506
	<u>973</u>	<u>833</u>	<u>1 806</u>

Cette démarche nous semble intéressante. Même si elle est très soumise à l'arbitraire et à l'aléatoire, car il est bien difficile d'établir un pronostic certain quant à l'avenir et à l'évolution de la plupart des jeunes handicapés, elle peut donner des informations intéressantes sur les structures qui seront nécessaires à moyen terme pour accueillir un certain nombre d'entre eux. On peut facilement imaginer que les résultats d'une enquête sur cette même population, mais étudiée dans sa situation actuelle, n'auraient sans doute pas été les mêmes. On aurait eu la physiologie des établissements qui les accueillent maintenant, les difficultés qu'on peut rencontrer, mais on n'aurait sans doute pas eu d'autres éléments permettant à ces mêmes établissements de prévoir l'évolution qualitative de leur clientèle ce qui peut leur permettre d'envisager leur propre évolution pour être mieux à même de répondre aux besoins.

Toujours dans une optique de meilleure évaluation, il conviendrait de renforcer la coordination entre les organismes existants. Les textes confient aux autorités administratives la charge d'apprécier cette évaluation en leur recommandant de rassembler et de coordonner toutes les sources d'informations. Il semble que dans ce dispositif les CDES et les CRISS devraient jouer un rôle primordial qui est d'ailleurs largement ignoré dans la circulaire précitée. On aurait pu imaginer que la confection de ce fichier soit réalisée sous l'autorité de l'Administration, par ces commissions qui, en théorie, sont les plus au fait de problèmes d'équipements,... en leur en

donnant les moyens naturellement ! C'est en effet à ces deux niveaux que se trouvent les renseignements les plus actuels : au niveau des CDES éventuellement des CCPE et des CCSD parce que ces commissions voient passer toutes les personnes susceptibles de bénéficier des structures sociales ou médico-sociales et au niveau des CRISS parce qu'elles sont au plus près du fonctionnement et de l'évolution des structures. Les relations entre ces deux commissions devraient être développées. Il serait en effet souhaitable qu'elles puissent s'apporter une information réciproque sur l'évolution du secteur. Les CDES devraient rassembler les informations et informer les CRISS de leurs besoins en structures d'accueil. Les CRISS pourraient apporter aux CDES la vision plus globale des ressources en équipement qui fait quelquefois défaut au niveau départemental. On pourrait envisager des rencontres régulières entre les deux organismes. Sans forcément institutionaliser ces échanges, il est certain qu'ils devraient être développés à l'instigation des autorités régionales.

Une opération de reconversion quelle que soit son ampleur et son objectif doit donc procéder d'une évaluation aussi précise et aussi prospective que possible des besoins. Il nous faut maintenant aborder les partenaires qui vont participer à cette opération en essayant de situer leurs rôles et leurs intérêts dans ce processus.

## B - LES PARTENAIRES DE LA RECONVERSION

On peut ici distinguer les éléments qui, tout en étant extérieurs à l'établissement, vont néanmoins influencer l'opération de reconversion de ceux qui, à l'intérieur de l'établissement, vont y être plus directement impliqués.

### B.1. - Les partenaires extérieurs à l'établissement

On ne peut évidemment pas passer sous silence la conjoncture économique actuelle qui entraînera assurément une modération des dépenses sociales dans les années à venir. Cette situation économique peut faire craindre un certain "enfermement" des besoins dans des a priori

financiers qui ne permettraient pas de se donner les moyens d'y répondre. Cependant, il n'est pas sûr que la modération des dépenses touche en priorité les dépenses d'action sociale qui bénéficient aux plus défavorisés et qui ont toujours été reconnues comme prioritaires et destinées à réduire les inégalités. On cherchera sans doute à faire des économies sur d'autres postes (par exemple : assurance maladie) et ce sont vraisemblablement les citoyens "ordinaires" qui supporteront les conséquences et les sacrifices nécessités par la situation économique.

Mais il est sûr, par contre, et cela dans tous les domaines, que la situation exigera une attention de plus en plus vigilante sur l'utilisation des fonds et sur l'efficacité de leur emploi. Il y aura certainement moins de créations injustifiées, moins de moyens attribués aux institutions existantes et quoiqu'il en soit, toute création et même toute reconversion sera envisagée avec beaucoup plus de précautions que dans les années 1960-1970. On peut en prendre pour exemple la procédure actuelle instituée pour la création des M.A.S. On sait que la transformation de structures existantes était préconisée pour la création de ces nouvelles structures. La vigilance accrue face à ces créations ou reconversions s'est traduite par un échelon supplémentaire imposé par l'Administration centrale aux procédures de décision instituées par la loi sociale dans le champ de laquelle entrent les M.A.S. Avant toute décision du Préfet de Région, et après avis de la CRISS, le dossier de création est soumis à un examen supplémentaire au niveau national. On peut d'ailleurs s'interroger sur la légalité de cette procédure, mais cela n'est pas de notre propos ici. Il faut noter que cette procédure sans doute conjoncturelle est désormais applicable pour toutes les décisions de création de lits ou de places dans le secteur social et médico-social. Nous ne prenons cet exemple que pour montrer que la vigilance, en raison des problèmes financiers de l'heure, ne fera sans doute que s'accroître et que les décisions d'autorisation de création ou de transformation seront soumises à de plus en plus d'exigences (un quart seulement des projets de Maisons d'Accueil Spécialisées ont pu être autorisés). Les considérations économiques sous-tendront donc toujours dans les années à venir les opérations de reconversion et il faut garder constamment à l'esprit les limites qu'elles leur imposeront. On ne peut que souhaiter qu'elles ne posent pas trop d'entraves à l'évolution de

ce secteur et que les nécessités économiques ne viendront pas trop souvent contrecarrer les efforts pour une meilleure réponse aux besoins.

Si nous avons déjà signalé que la reconversion ne saurait être une réponse aux difficultés internes à un établissement, il ne faut pas non plus qu'elle soit, comme cela est quelquefois le cas, une réponse aux difficultés économiques d'un secteur. La fermeture d'un établissement rural isolé peut mettre en péril la survie du village d'implantation quand cet établissement se trouve, comme c'est souvent le cas, le plus gros, voire le seul employeur du village. Sans vouloir nier les répercussions dramatiques que cela peut avoir, il nous semble qu'il ne faut pas confondre les deux terrains et qu'en aucun cas la survie d'un établissement, constaté comme inadapté et ne répondant plus aux besoins de manière satisfaisante, ne peut se justifier par la réponse éventuelle qu'il peut apporter aux difficultés économiques locales. Il ne saurait être totalement légitime de subordonner la politique à mener en matière sanitaire et sociale aux préoccupations d'autres politiques, notamment celle de l'emploi, qui doivent être traitées comme telles. On ne peut que s'élever contre ces maintiens purement économiques de structures qui, non seulement ne répondent plus aux besoins mais dont l'action peut en plus être préjudiciable pour les clients accueillis (faut-il citer le récent engouement pour les jeunes du sud-est asiatique qui n'ont pas grand chose à faire, pour la plupart, dans des structures de l'enfance inadaptée même s'ils ont des problèmes particuliers auxquels il faut s'efforcer de répondre... mais pas forcément en les accueillant systématiquement dans des maisons d'enfants à caractère social voire dans des IMPro).

Les autorités de tutelle ont évidemment un rôle fondamental à jouer dans la reconversion. Leur rôle se situe à notre avis sur deux plans. Il faut en effet distinguer le problème général de l'évolution des équipements et l'opération ponctuelle de reconversion touchant un établissement donné.

Les administrations ont pour mission, nous l'avons vu, de procéder à l'évaluation des besoins. Mais il convient aussi d'en faire bon usage. On doit souvent regretter une rétention des informations et une non-concertation

avec les partenaires intéressés qui aboutissent à faire trainer les choses et à n'intervenir que lorsque les événements prennent une tournure dramatique. Il est important et, nous semble-t-il, évident, qu'il ne faut pas attendre qu'un établissement soit "au bord du gouffre" pour se rencontrer et envisager des possibilités de solutions. Il importe donc qu'une concertation non exclusive soit mise en place afin de faire circuler les informations et les prévisions. Seule une information largement diffusée permettra une certaine régulation dans le processus et que les reconversions s'opèrent de façon réfléchie et non, comme cela est le cas la plupart du temps, de façon précipitée ce qui les fait apparaître comme injustifiées et arbitraires. L'Administration possède la maîtrise des informations et c'est donc à elle qu'il revient, pour notre part, de les faire circuler. Elle est dans cette affaire décideur mais elle devrait être aussi promoteur, conseiller et instigateur. Elle ne devrait pas se cantonner à sanctionner l'établissement en difficulté mais le pousser à temps à évoluer dans une direction qui pourra être satisfaisante. Au niveau local, on peut regretter que les administrations se cantonnent trop au cas particulier et ici au problème précis d'un établissement en difficulté et négligent le plan plus général de l'évolution de l'équipement dans son entier. Là encore, on peut regretter une politique au coup par coup plutôt qu'une politique d'ensemble.

Ce manque de circulation des informations a été maintes fois regretté. Reste à savoir selon quelles modalités cette concertation pourrait être organisée. Il n'est sans doute pas nécessaire de créer une structure supplémentaire qui ne ferait qu'alourdir les dispositifs en place sans apporter pour autant des garanties de résultat. Il semble que cette concertation devrait être établie surtout au niveau départemental. C'est cet échelon administratif qui regroupe le plus de structures dans le cadre desquelles de travail en commun pourrait s'établir. Mais c'est surtout à ce niveau qu'il semble que l'étude de la situation serait entourée du maximum de garanties du fait qu'elle serait là la plus proche de la réalité. C'est dans ce cadre là aussi qu'il serait sans doute le plus facile de donner la parole aux institutions et aux organismes gestionnaires, les premiers concernés par le problème et qui n'ont finalement au niveau local que peu de possibilités de s'exprimer et de se faire entendre.

La législation actuelle a pourtant prévu cette coordination dans l'article 2 de la loi sociale : *"la coordination des interventions des organismes définis à l'article 1 est assurée :*

- *par la constitution de groupements composés de tels organismes et créés à leur initiative ;*
  
- *par la constitution entre lesdits organismes ou les groupements d'organismes éventuellement constitués et l'Etat ou les collectivités publiques, de conventions dont les clauses précisent les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en oeuvre ainsi que, le cas échéant, les relations de l'organisme intéressé avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire."*

On est là en présence d'un instrument souple, dont le fonctionnement est laissé à la libre initiative des parties et qui pourrait sans doute bien assumer ce rôle de prévision dans l'évolution des structures. Cependant, cette possibilité offerte par la loi sociale n'a guère apparemment été utilisée. Il existe déjà un certain nombre de groupements de liaison du niveau local qui travaillent en commun. Mais ce type de concertation a, souvent des objectifs purement professionnels et ne se préoccupe pas essentiellement des problèmes d'évolution des structures dans une zone géographique donnée. De plus, étant professionnels, ils ne regroupent que rarement tous les partenaires intéressés à cette question.

Il semble pourtant que ces groupements constitués permettent une confrontation à la fois des techniques et des politiques et qu'ils permettent d'établir de meilleures relations entre les professionnels des établissements et les associations. Il reste important que ces groupements soient le plus largement ouverts à tous les établissements quelle que soit l'association dont ils dépendent et aux organismes gestionnaires eux-mêmes, qu'ils soient publics ou privés. Leur préoccupation doit évidemment rester celle d'assurer la plus grande efficacité des équipements et la meilleure qualité des prestations mises à la disposition du public. Dans cette optique, ils pourraient être d'utiles structures de prévention pour éviter

que les problèmes ne se posent de façon par trop conflictuelle. Ils pourraient prendre une fonction d'assistance technique en cas de reconversion dans le cas où celle-ci conduit l'établissement à se tourner vers des techniques qu'il ne maîtrise pas bien. On peut même imaginer que ces groupements puissent s'engager dans une assistance réciproque pour le reclassement des personnels en cas de reconversion. Mais sur ce point l'engagement et les obligations qui en résultent ne pourraient sans doute aller très loin, étant limités par l'application de la législation du travail.

Si ces groupements peuvent paraître bien adaptés il ne faut pas oublier qu'ils sont basés sur une convergence d'intérêts entre les participants. On peut donc craindre qu'ils ne deviennent inefficients lorsque les intérêts deviendront divergents ce qui risque, la plupart du temps, d'être le cas face à une reconversion. C'est pourquoi certains pensent que, dans cette concertation, il ne faut pas aller jusqu'à l'institutionnalisation. Ils estiment qu'il est plus facile et plus efficace de s'en tenir à la rencontre informelle et irrégulière, à l'instauration de pratiques et d'habitudes d'échange et de travail en commun sans aller au-delà.

Il semble que bien peu de conventions d'intérêt général prévues notamment par les circulaires des 27/01/1975 (premier Ministre) et 25/02/1975 (secrétariat d'état à l'Action Sociale) ont été conclues. On peut noter que la concession de service public prévue par la loi hospitalière du 31.12.70 a fait l'objet d'un décret alors que la convention d'intérêt général n'a fait l'objet que d'une circulaire d'ailleurs antérieure à la loi sociale et médico-sociale. Ces conventions d'intérêt général pourraient pourtant constituer un mode de collaboration entre l'Administration et les gestionnaires d'établissements en permettant de réfléchir ensemble sur les modalités de fonctionnement et de délimiter les interventions dans une perspective globale de l'équipement départemental. Il appartient aux D.D.A.S.S. sans doute de provoquer la discussion de telles conventions afin de développer les possibilités d'assistance technique, de conseil et d'informateur des pouvoirs publics auprès des établissements et organismes gestionnaires. Il semblerait opportun que de tels instruments soient plus largement utilisés pour développer la concertation incorporer les établissements dans le dispositif général de l'action sociale et médico-sociale sur un secteur. Dans le

domaine qui nous intéresse, les reconversions nécessaires en seraient facilitées. Il faudra bien sûr que ces conventions soient entendues au sens de contrat entre les différentes parties prenantes. Une convention imposée unilatéralement sans possibilité pour l'autre partie contractante de s'exprimer et sans lui offrir les garanties nécessaires serait sans objet et sans substance et même contraire aux instructions ministérielles. Sous cette condition, la convention nous semble l'instrument privilégié pour confronter les difficultés et projets propres à un établissement particulier et les préoccupations d'une politique générale au niveau d'un département et essayer de les concilier dans le but d'une meilleure adaptation aux besoins.

La concertation devrait donc être développée, voire même structurée. Cependant, là aussi, elle ne sera pas la solution miracle au problème : si elle peut permettre de saisir à temps les difficultés et de mieux les cerner, il faudra quand même qu'à un certain moment une décision soit prise. Il ne faut pas se polariser sur cette concertation certes nécessaire, mais insuffisante, et s'abstenir de réfléchir sur les procédures à améliorer pour permettre, au-delà de la concertation, d'organiser concrètement les reconversions... Mais nous y reviendrons.

## B.2. - Les partenaires internes à l'établissement

La reconversion est l'affaire d'un établissement mais de celui-ci dans son entier, c'est-à-dire personnels, gestionnaire, usagers et tutelle, et non pas des uns ou des autres exclusivement. Un certain nombre de partenaires sont donc concernés à l'intérieur de l'établissement dont il faut tenter de préciser les rôles et les intérêts dans l'opération de reconversion.

### *L'association gestionnaire*

Il faut sans doute rappeler en préalable que les associations ont joué et jouent encore un rôle déterminant et prépondérant dans la prise de conscience des besoins des handicapés et des inadaptés et dans la promotion et l'évolution de tout le secteur social et médico-social, même si la parti-

cupation des pouvoirs publics apparue plus tardivement n'a cessé de s'accroître. Il semble actuellement de bon ton dans certains milieux de notre secteur de procéder à une remise en question et à une constatation globale des associations gestionnaires. L'excès comme en toutes choses est nocif et il faut se garder de toute généralisation hâtive.

Il est vrai que certaines associations ont pu faire passer en priorité un objectif de gestion trop économique par rapport à l'objectif idéologique premier qui avait réuni les promoteurs et certains n'arrivent pas toujours à dissocier le rôle et les buts de l'établissement de son bon fonctionnement économique. Elles épuisent ainsi toute leur énergie dans des problèmes de gestion alors qu'elles devraient en consacrer une part à la réflexion et à l'innovation. Il est vrai encore que certaines associations ont vieilli et se trouvent en retard tant par rapport à l'évolution de leur secteur que vis à vis de la vie associative en général.

Le Conseil d'Administration de l'organisme gestionnaire d'un établissement, employeur et décideur, joue un rôle non négligeable dans une opération de reconversion. Mais il faut bien constater que le fonctionnement de quelques conseils laisse à désirer. Certains sont trop laxistes, restant par trop éloignés du fonctionnement de l'établissement, se bornant à être un seul relais procédural ou financier, et se désintéressant de toutes les questions pédagogiques. A l'inverse, d'autres Conseils d'Administration adoptent des positions rigides liées à une inquiétude ou à un refus d'aborder les problèmes concrets posés par une évolution. Les Conseils d'Administration doivent pourtant être associés à tout projet d'évolution d'un établissement et ils doivent être incités, essentiellement par le Directeur, à prendre leurs responsabilités dans ce domaine.

Pour qu'ils soient mieux à même de jouer leur rôle, il faudrait développer la formation et l'animation des animateurs d'associations, particulièrement des bénévoles qu'on retrouve en majorité dans ces conseils afin qu'ils puissent suivre l'évolution des problèmes et des structures (...certains d'entre eux, et ils ne sont pas des exceptions, ignorent encore les réformes apportées par les lois de 1975).

Mais l'association n'a pas forcément avec l'établissement des intérêts convergents. L'établissement se situe dans un contexte local bien déterminé, avec ses problèmes propres de fonctionnement et d'évolution. L'association a, elle, une politique qui dépasse souvent le niveau local et qui, de ce fait, peut être différente de celle de l'établissement. Ceci est particulièrement vrai pour les grosses associations gestionnaires dont il faudra sans doute remettre en cause le modèle centralisé.

Elles sont quelquefois tombées dans le travers qu'elles sont les premières à reprocher à l'Administration et qui les empêche de garder le contact avec le fonctionnement et l'évolution de leurs établissements ou du moins de les prendre en considération. Il faut donc essayer de dégager une voie qui favoriserait la convergence de ces intérêts qui peuvent apparaître opposés.

L'avenir des associations passe sans doute par le développement et l'amélioration du fonctionnement associatif démocratique. L'ensemble des acteurs : bénévoles, salariés ou usagers des associations doit être appelé largement à participer à la vie et à l'objet de l'association. Cela suppose évidemment une clarification et une harmonisation entre les projets associatifs et les projets des établissements. Mais cette concertation interne à l'établissement est autant souhaitable que celle que nous évoquions pour le plan plus général de l'équipement. On peut sans doute ici regretter qu'il ne soit pas fait un meilleur usage des conseils de maison dont c'est la mission essentielle. La participation à la vie de l'établissement ne concerne pas seulement le moment présent, mais aussi les perspectives d'avenir.

Plutôt que de remettre en cause globalement les associations au risque de remettre en cause le secteur lui-même dans son entier, et surtout sa liberté d'action et d'initiative, il semble donc nécessaire de réfléchir sur les moyens de faire évoluer les associations et d'améliorer le fonctionnement associatif. Il faudrait aussi que l'Etat qui, dans notre société, joue la carte de s'associer à l'initiative privée, leur donne les moyens de cette évolution et cherche à passer d'une aide symbolique dans la plupart des cas à une aide plus conséquente et donc plus efficace. C'est la définition

de l'élu social qui est en discussion depuis plusieurs années ainsi que le crédit d'heures pour participer au fonctionnement des institutions sociales.

### *Le Directeur*

Le Directeur, personnage charnière du fonctionnement de l'établissement, sera aussi celui de son évolution et jouera un rôle de pivot fondamental dans une opération de reconversion. Il importe donc que ses relations avec ses différents interlocuteurs (Conseil d'Administration, personnel, tutelles, etc...) soient définies le plus clairement possible même si les interférences sont nombreuses et les frontières parfois difficiles à tracer.

De façon générale, le Directeur, responsable de la structure, doit prévoir, informer, associer, proposer des solutions et planifier le déroulement des opérations. Surtout, il ne doit pas agir seul mais permettre par l'information constante, à chacun de ses partenaires, de jouer son rôle et d'assumer les situations. Le Directeur, ici comme ailleurs, aura à certains égards le rôle frustrant pour les autres, et peut-être aussi pour lui, de rappeler les réalités.

La prévision consistera à suivre au plus près l'évolution des données de l'établissement. De nombreux indicateurs, comme nous avons pu les déceler dans l'analyse du besoin de reconversion permettent de prévoir plusieurs années à l'avance la pyramide des âges, les baisses d'effectifs ou une mutation qualitative de la population. Indépendamment du nombre de présents -donnée de stock- il faut suivre constamment les données suivantes : nombre d'admissions nouvelles chaque année, origine des admissions, évolution de la nature des cas. Ainsi, dans tel cas, on verra qu'une bonne partie des nouveaux admis sont envoyés par d'autres établissements. Ceux-ci, connaissant les mêmes difficultés de recrutement, seront tentés de garder davantage des cas qu'ils orientaient auparavant. D'où "tarissement" d'une source à prévoir en amont ou en aval. Il faut aussi analyser les rapports avec les C.D.E.S., les juges d'enfants, la D.D.A.S.S., etc...de même que la situation des autres structures du département et leurs modifi-

cations évolutives. L'exploitation de ces données non limitatives permet parfois de prévoir un phénomène que l'on pourra en conséquence atténuer, corriger ou prendre en compte pour une restructuration pensée à temps.

On devra s'interroger sur les causes de cette évolution. S'agit-il de causes externes, renom de l'établissement, image de marque, rumeur, etc... ou s'agit-il d'autres causes : situation géographique peu judicieuse, insatisfaction des familles ou autres demandeurs, difficultés dans la vie institutionnelle ? Y-a-t-il eu des admissions refusées et pourquoi et quels moyens mettre en oeuvre pour ne plus les refuser ? Comment s'équiper pour répondre à des besoins non pris en charge jusqu'à présent ?

Il s'agira donc par cette réflexion permanente et au plus près des données de l'établissement d'établir un diagnostic constant et suivi de la situation, même si aucun problème immédiat ne se pose.

Il faudra aussi informer et associer tous les partenaires et il s'agit là d'un point très important. Le Directeur est à la fois dans l'action et un peu en situation de recul. C'est sa responsabilité de prendre du recul pour prévoir et informer les autres.

C'est le Conseil d'Administration qui reste responsable de l'établissement et des conséquences d'une évolution et c'est à lui qu'il appartient de prononcer et d'assumer une décision. Mais le Directeur se doit d'informer régulièrement le C.A. de la situation et de son évolution et de jouer auprès de lui un rôle de véritable conseiller technique. Il devra sensibiliser le C.A. à ce problème suffisamment tôt. En effet, dans un bon nombre de cas, l'association très structurée ou importante perd plus ou moins le contact avec les réalités du terrain. Il arrive aussi que, la lassitude et le vieillissement aidant, on ait tendance à fuir ou à ignorer un problème qui n'est certes pas facile. C'est alors le Directeur qui devra rappeler au C.A. ses devoirs et ses responsabilités.

Parallèlement à cette sensibilisation, le Directeur doit pouvoir proposer des options possibles et informer le C.A. des réactions et de la position du personnel face à ces propositions. Plusieurs procédures sont possibles

selon chaque situation et la teneur des relations et des rapports. Ou bien les solutions proposées seront d'abord discutées en C.A. et ensuite proposées au personnel ; ou bien selon les pratiques de l'établissement, c'est un projet déjà discuté par le personnel qui sera présenté au C.A. L'attitude du personnel - adhésion, refus, crainte, etc...- est un élément suffisamment déterminant pour la réalisation d'un projet pour qu'il soit bien exposé au C.A. et soit un élément nécessaire ou utile à la décision.

Le personnel est le plus et parfois le seul concerné par une restructuration. Il s'agit d'abord de dédramatiser le problème et de les présenter comme une donnée normale. Il faudra cependant éviter de le leurrer ou de minimiser les conséquences possibles d'une restructuration. Il est nécessaire de toute façon d'informer et de consulter les diverses instances représentant le personnel mises en place par la législation du travail (délégué du personnel, comité d'entreprise...). Il s'agit là d'une obligation réglementaire qu'il faut absolument remplir.

Mais l'important est d'associer aussi, et indépendamment de cette première obligation, l'ensemble des salariés. Là encore les modalités sont à établir en fonction des pratiques de chaque institution. Il est évident que si depuis toujours le personnel est tenu à l'écart de toute information ou décision, le fait brusquement de recenser son adhésion peut constituer une démarche suspecte et vouée à l'échec. D'ailleurs, à ce sujet, on pourra aussi prendre conscience du fonctionnement plus ou moins démocratique de l'institution, mais il nous semble peu indiqué d'inaugurer de nouvelles pratiques à l'occasion de problèmes difficiles ou graves. Au contraire, si cela est déjà pratique courante pour d'autres affaires, on pourra organiser des séances de travail avec tout le personnel pour recueillir avis et suggestions, développer toutes les données nécessaires à la prise de conscience de la situation. A chaque phase d'un projet, il faudra élaborer avec le personnel plusieurs scénarios possibles et les discuter. Ce pourra aussi être l'occasion de s'interroger ensemble sur les causes internes possibles des difficultés de recrutement et d'analyser ainsi le fonctionnement de l'institution et en tirer les conséquences pratiques.

Le Directeur tout comme les administrations chargées plus spécialement de

suivre la vie de l'établissement, devront également comprendre, admettre et aider à surmonter les inévitables phénomènes d'angoisse ou de résistance au changement. Un établissement aura d'autant plus de chances de surmonter les difficultés de transformation qu'auparavant les pratiques en matière de participation auront été éprouvées de façon habituelle et ne seront donc pas liées à un événement difficile.

Il serait intéressant aussi d'informer régulièrement les services dits de tutelle qui pourront peut-être s'inspirer de ces données pour la définition d'une politique départementale ou régionale en matière d'équipement. Il y aurait intérêt enfin à ce que les directeurs, d'une part, d'un même organisme et, d'autre part, d'un même département se rencontrent périodiquement pour s'informer mutuellement de leurs situations respectives somme toute inter-dépendantes. On peut regretter en effet qu'en des temps difficiles où la solidarité et la concertation seraient des plus souhaitables, l'emportent parfois des réflexes de débrouillardise solitaire ou des rivalités ou concurrences.

Au niveau de l'élaboration des solutions, le Directeur aura tout intérêt à s'inspirer de tous les apports possibles de chaque partenaire. Il sera souhaitable, après discussion avec les personnels, de présenter au Conseil d'Administration chaque solution possible, bien argumentée, avec en regard les avantages, les inconvénients et les conditions de réalisation. Il faut prévoir aussi dès ce stade, de consulter certains partenaires extérieurs, notamment les tutelles, donc de les sensibiliser dès le départ à des décisions sur lesquelles elles seront amenées à donner un avis.

Quand à la planification des opérations, il y aura lieu surtout de veiller particulièrement au personnel, en fonction de la solution retenue : réduction, transformation, fermeture, etc... Y-a-t-il lieu de pourvoir ou non les postes vacants ? Y-a-t-il lieu de recruter progressivement un personnel différent ? Y-a-t-il des actions de formation ou de reconversion à prévoir, etc...? Il faut rappeler à ce sujet l'obligation d'informer et de consulter les représentants du personnel ou le comité d'entreprise et ne pas minimiser les difficultés techniques inévitables de toute opération.

Ces indications risquent de rester bien théoriques si l'on ne mesure pas certaines difficultés, tenant surtout à la prise de conscience tardive des nécessités de reconversion. Ces difficultés sont de plusieurs ordres.

Tout d'abord on peut déplorer que le Directeur ou tout autre responsable ne dispose pas de données assez précises ou assez complètes au niveau local ou régional tant en ce qui concerne les besoins que l'équipement existant. En effet l'état actuel des équipements et de leur fonctionnement reste mal connu en dehors de quelques généralités.

Ensuite, le personnel, éducatif et soignant en particulier, réagit souvent sur un mode peu coopérant, conflictuel ou régressif ou utilise parfois telle phase difficile dans la vie d'une institution pour régler d'autres conflits plus anciens. Comme on l'a vu, une information régulière et honnête de ce personnel serait de nature à désamorcer bien des attitudes négatives. Il reste inévitable cependant que s'esquissent lors des restructurations certains phénomènes de résistance ou d'angoisse face à un avenir lourd parfois d'incertitudes. Il y a aussi un risque que les meilleurs agents de l'institution la quitte avant que les difficultés ne se matérialisent concrètement, la laissant alors dans une situation encore plus délicate.

Enfin, on l'a déjà dit, certains Conseils d'Administration, désemparés devant une situation nouvelle et difficile, ou éloignés du terrain, sont parfois plus hésitants qu'incitateurs.

Enfin, il faut mentionner les problèmes certains de formation des directeurs. La marque de formation ou l'insuffisance de celle dont ils ont pu bénéficier, ne leur permettent pas, la plupart du temps, de maîtriser l'ensemble des données que nous venons d'évoquer et de pouvoir ainsi jouer pleinement le rôle qui devrait être le leur. La maîtrise de ces données nécessite l'utilisation de techniques que certains directeurs dominent mal. En dehors des connaissances de gestion quotidienne, il conviendrait de leur permettre d'acquérir la maîtrise des démarches d'analyse institutionnelle, de création et d'utilisation d'un certain nombre d'instruments d'analyse de fonctionnement interne et d'indicateurs sur les conjonctures économiques et le déve-

loppement de la politique sociale. Un directeur d'établissement, sur ce plan, doit, en fait, maîtriser aussi bien que n'importe quel directeur de petite ou moyenne entreprise, les techniques complexes de la gestion, de la prévision, du contrôle et de l'animation. Ceci acquis, il ne fait pas de doute que les problèmes posés par la reconversion en seraient d'autant limités.

### *Les usagers*

Tout projet de reconversion est sous-tendu par le souci de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Nous avons vu que ce projet ne pourra donc être élaboré que sur une appréhension de la clientèle la plus exacte possible qui définira précisément les handicaps concernés et la spécificité des demandes. On s'efforcera sur cette base de rechercher la meilleure adéquation possible de l'institution aux besoins par une utilisation optimale de la structure aux besoins tant au niveau des locaux qu'à celui des personnels.

Cette adéquation pour certains ne pourra être garantie que par une affectation aussi proche que possible de la vocation initiale de l'établissement. Cela est sans doute plus facile et réduit de beaucoup les problèmes des personnels que nous allons aborder. Cependant, ce n'est pas, à notre avis, forcément la meilleure solution. Elle comporte le danger de perpétuer les fillières tant critiquées, de se résumer en une rétention de la clientèle qu'on cherchera à garder le plus longtemps possible comme nous l'avons vu ( de l'IMP à l'IMPro puis au C.A.T. etc...). Pour un établissement en difficulté ces pseudo-reconversions, dans la mesure où elles ne sont pas justifiées réellement, n'aboutissent qu'à déplacer le problème sans le résoudre en risquant de porter préjudice à la clientèle.

Il ne faut surtout pas laisser à l'écart les intéressés eux-mêmes que l'on a peut-être trop souvent tendance à oublier sauf quand il s'agit de les mettre en avant et de les utiliser comme justificatifs. Il conviendrait aussi de les entendre s'exprimer sur ces besoins nouveaux qui sont quand même et avant tout les leurs et non ceux du secteur.

On parle du changement de clientèle provoquant des besoins nouveaux, peut-être est-ce aussi en partie la même clientèle qui a de nouveaux besoins. Mais besoins nouveaux ou nouveaux besoins peu importe, il faut surtout mettre en évidence qu'il n'y sera pas forcément répondu par les structures telles qu'elles sont maintenant dans leur cadre qui date de quelques décennies et qu'un simple changement d'agrément n'y répondra pas non plus.

Ceci nous conduit à la difficulté de conciliation entre les besoins des clients et ceux de l'institution notamment ceux des personnels. Les besoins de la clientèle sont bien évidemment avancés comme prioritaires. Il ne saurait être admis que les besoins du personnel puissent justifier le maintien d'une structure. Faire ou maintenir des établissements pour le personnel entraînerait pour certains le risque de faire ou de maintenir les clients pour les établissements. Mais tout cela est teinté d'une grande ambiguïté. Assez unanimement, on pense que les besoins des personnels doivent être soumis à l'évolution des besoins de la clientèle. Mais d'un autre côté, on présente souvent comme premier impératif de la reconversion, le fait d'arriver à la conciliation de ces besoins prioritaires de la clientèle avec ceux du personnel. Ceci peut sembler un peu paradoxal. En effet, comment parvenir à mettre en avant et à respecter les uns sans porter nécessairement atteinte aux intérêts des autres ? Les conseils de maison, mis en place par la loi sociale, où se retrouvent tous les intéressés : représentants de l'organisme gestionnaire, des personnels, des usagers et le directeur devraient jouer un rôle important dans ce processus.

### *Les personnels*

En dehors des besoins de la clientèle qui devront émerger par l'évaluation prospective des besoins, l'autre déterminant principal de la reconversion est la situation des personnels. Ceci reste le frein le plus important à la reconversion et même parfois à toute évolution. On ne peut éluder les problèmes d'emploi et d'adaptation des personnels qu'entraînera automatiquement toute opération de reconversion. La problématique besoins-clients/besoins-personnels risque de se poser la plupart du temps en termes de conflit. Il convient de tenter d'en limiter les conséquences préjudiciables pour l'une ou l'autre des parties.

Il faudra répondre à des besoins nouveaux et à des clients nouveaux. Cela implique donc une nouvelle compétence qui ne s'acquerra pas forcément par le simple changement de dénomination et d'affectation. Si les éducateurs d'un IMPro qui se transforme en C.A.T. restent les mêmes, sans formation complémentaire, on court le risque d'utiliser pour les adultes les mêmes méthodes que pour les enfants et les adolescents alors que les deux types de structures n'ont pas les mêmes objectifs ni les mêmes raisons d'être.

Mais avant d'aborder les problèmes de la reconversion des personnels par des formations nouvelles ou complémentaires, on ne peut ignorer ceux de la formation initiale qui ne prend pas assez en compte des éléments susceptibles de favoriser l'adaptabilité et l'évolutivité des personnels.

En effet, le praticien qui travaille dans ce secteur a acquis une formation initiale dans le cadre d'une profession choisie davantage par goût que par contrainte. Tout un ensemble de motivations vont sous-tendre le choix de son métier et continuent de demeurer sous-jacentes à son exercice. Il a acquis une sorte de personnalité professionnelle au cours de son processus de formation qui a nécessité l'acquisition de techniques. Ceci a été sanctionné par un diplôme attestant la fiabilité de sa spécialisation. Toute remise en cause de la formation initiale sera pénible parce que ressentie comme un danger ménageant l'identité professionnelle.

La formation de base est nécessairement polyvalente en raison de la polymorphie des handicaps et inadaptations que les éducateurs rencontreront, de la diversité des modes d'intervention et de prise en charge et de la polyfonctionnalité croissante des établissements et services. Mais la polyvalence ne doit pas être synonyme de vide. Elle devrait préparer le travailleur social à répondre aux divers aléas de sa vie professionnelle et à élargir son champ d'activité et son mode d'approche des questions sociales.

On peut regretter que bon nombre de formations laissent l'intéressé dans le vague le plus total. Bien souvent, la formation présente de sérieuses lacunes dans la mesure où on a eu tendance à donner la priorité à une démarche centrée sur l'analyse du vécu personnel plus qu'à l'acquisition de

connaissances pourtant indispensables à la compréhension réelle et profonde des problèmes posés par des jeunes en difficulté. Il y aurait lieu sans doute de réhabiliter, dans la formation, la place des enseignements théoriques et de rétablir un minimum de rigueur dans l'acquisition des connaissances de base. Cette rigueur passe probablement par la mise en place d'un système de contrôle des connaissances plus sérieux qu'il ne l'est actuellement. Il serait souhaitable que la réglementation relative à la formation soit plus explicite sur ce point. Il ne s'agit pas bien évidemment de tomber dans une rigidité néfaste mais bien plus de former des éducateurs réellement "spécialisés" c'est-à-dire qui prennent en charge un certain type d'enfants nécessitant une spécificité d'interventions.

En dehors de ces aspects théoriques et techniques, il conviendrait surtout que la formation soit mieux à même de préparer le futur éducateur à la réalité de ce que sera sa pratique. Pour mieux préparer aux réalités qu'ils rencontreront, la formation des éducateurs devra s'inspirer davantage des "rudesses" sociales, économiques, affectives vécues par les jeunes en difficultés et qui produisent l'état de désadaptation dans lequel ils se trouvent aujourd'hui. Il ne suffit plus pour établir avec les jeunes une relation positive, condition et instrument d'une pédagogie constructive, de venir vers eux avec bonne volonté, gentillesse, et propositions aimables, il faut aussi affronter le désintérêt, le regret, l'agressivité, le mépris et souvent même la situation d'échec. Il serait souhaitable que les centres de formation s'interrogent sur l'adéquation de leur travail à ce type de réalités.

Pour permettre d'appréhender dans la formation initiale cette réalité de ce que sera la pratique, il conviendrait de revoir les relations entre les centres de formation et les institutions et d'atténuer le décalage souvent inévitable entre la "théorie" et la "pratique" du terrain. Les établissements doivent être soucieux des problèmes de formation, et collaborer avec les centres de formation dans la mesure où ils sont eux mêmes centres de formation pour 50 % du temps (stages). On ne peut reprocher à ces derniers de se dévitaliser et de se distancier trop d'elles si les institutions refusent toute action commune. Or, dans certains établissements, les stages sont considérés comme nocifs comme si les stagiaires allaient contaminer les pensionnaires. Pourtant ces stagiaires peuvent être une source

de vitalité et de dynamisme pour les lieux où ils travaillent. Il est fondamental que les gens du terrain prennent conscience de leurs responsabilités en matière de formation. De meilleures relations entre les centres de formation et les institutions seraient sans doute à même d'atténuer les distorsions que l'on souligne entre la formation et la réalité du terrain. Ce travail commun suppose une demande de la part des institutions et également la capacité des formateurs de s'adapter et de répondre à cette demande. Il serait souhaitable que les institutions puissent établir avec les centres de formation de façon plus prospective les axes de formation adaptés à leurs besoins et notamment que les projets pédagogiques soient élaborés en collaboration avec les responsables de stages pratiques et les directeurs d'établissement.

On devrait pour ce faire, développer les échanges. Il serait nécessaire que les formateurs retournent sur le terrain de façon régulière (par exemple après trois ou cinq années de fonction de formateurs). C'est sans doute le seul moyen de percevoir les évolutions. Les institutions devraient être plus présentes dans les centres de formation pour pouvoir s'y exprimer et transmettre aux futurs professionnels les réalités de leurs pratiques. Ces échanges ont déjà été envisagés mais les dysharmonies entre les différents statuts l'ont rarement permis. Seul un aménagement de statut permettant notamment de conserver l'ancienneté acquise lors d'un retour en établissement pourra favoriser ces échanges terrains-formateurs.

On devrait envisager une harmonisation et une réunification des différentes modalités d'accès à l'exercice professionnel dans l'éducation spécialisée (formations Santé, Justice, Education etc...) qui faciliterait sans doute une nécessaire mobilité des personnels. Sans doute apparaîtra alors aussi la nécessité d'une harmonisation des professions elles-mêmes.

La formation initiale ne peut cependant pas tout apporter, et le suivi de la prise de fonctions est nécessaire. La formation permanente semble actuellement trop individualisée et mal adaptée aux conditions réelles de travail. Il serait souhaitable que la législation permette de développer une formation collective des équipes. Ceci permettrait déjà d'améliorer le fonctionnement interne des établissements. Ceci permettrait aussi aux équipes une

réflexion permanente dans une perspective de recherche d'adaptation et d'évolution constante. Cette formation permanente se devrait de permettre l'adaptation à l'évolution des conceptions des interventions d'action sociale. Aux interventions traditionnelles basées sur des actions individuelles, très catégorielles et parcellisées dans des structures cloisonnées, ont tendance à se substituer des actions beaucoup plus larges se référant non plus seulement à l'individu mais à sa famille et à son environnement. Dans cette perspective, il n'est donc pas possible de considérer la formation permanente comme une action personnelle et individuelle sans aucun lien direct avec l'évolution du service ou de l'établissement. L'objectif de cette formation devrait donc permettre aux membres de l'équipe de faire face aux changements plus ou moins prévisibles qui interviendront presque inévitablement au cours de leur vie professionnelle.

Pour ce faire, il importe non seulement d'assurer une meilleure pratique professionnelle dans ces champs d'application susceptibles de se modifier mais encore d'entraîner des praticiens à mieux se situer ou à se situer différemment au plus proche des enjeux de l'action sociale. S'impose alors une meilleure prise en compte d'un champ social et de la globalité des problèmes qui s'y posent : la faculté d'appréhension est dans ce cas tout aussi importante que la capacité d'analyse, ce qui contribuera à éviter d'apporter des réponses trop parcellaires.

La formation au changement paraît nécessiter en premier lieu une remise en cause des idées reçues et des attitudes professionnelles apprises. Seule une telle prise de distance rendra possible une appréhension critique des situations nouvelles, inhabituelles, et l'analyse de leurs déterminants individuels ou collectifs. L'abandon des éléments trop figés de la formation initiale, loin de nuire à la pratique professionnelle, lui permet de se reconstruire non pas à partir d'un savoir "a prioriste" mais à partir des difficultés et des problèmes rencontrés sur le terrain.

Des personnes ou des groupes ne peuvent valablement s'engager dans un tel processus que si le service ou l'établissement n'y mettent pas d'obstacle par un manque d'ouverture, une insuffisance de disponibilité, des défenses trop importantes, une liberté de parole trop réduite. Par ailleurs, la mo-

tivation d'un tel investissement doit s'avérer suffisante, la nécessité d'envisager un changement d'orientation à plus ou moins long terme par exemple peut en constituer une. Cela revient à dire qu'un minimum d'équilibre et de bonne santé institutionnelle rend possible l'amorce d'un tel processus. Des conflits trop aigus ou une situation de crise empêchent toute réflexion sur la dynamique et le fonctionnement de l'établissement ou du service.

Il est évidemment plus facile de recourir à des formations à l'extérieur de la structure et qui demeureront sans lien direct avec l'évolution du service. L'évolution individuelle qui s'ensuivra ne modifiera pas la situation collective d'une équipe soucieuse de se reconvertir. Il faut pourtant nuancer cette conception des choses. La formation individuelle n'est pas tout à fait sans effets sur l'évolution d'un service si la personne qui en bénéficie occupe une situation lui conférant suffisamment d'autorité ou si elle détient un statut lui permettant d'influer sur les pratiques de ses collègues.

Dans une perspective de réorganisation d'un service ou d'un établissement on peut également relever l'écueil qui consiste à séparer un dispositif de formation permanente de la gestion administrative et financière.

On peut envisager un dispositif fondé sur l'alternance. Au sein même d'une association soucieuse de faire évoluer ses établissements, voire de les reconvertir, la formation permanente peut s'organiser par types d'activité avec les personnels de services différents. Mais ces regroupements homogènes ne doivent pas empêcher les groupes hétérogènes de "travailler" le fonctionnement collectif, les difficultés d'articulation, les conflits entre niveaux hiérarchiques et secteurs spécialisés différents.

La formation permanente au changement pourra déboucher sur une restructuration des tâches dans la mesure où elle permet de penser de nouveaux rôles et d'expérimenter de nouveaux types de fonctionnement.

Au sein de l'association, l'équipe soucieuse d'évolution, paraît pourtant représenter le lieu privilégié de la formation continue. Aux conditions

précédemment décrites, cette équipe permet à chacun et à tous de prendre des risques qu'on ne peut courir isolément.

Mais le contact régulier et institutionnalisé avec d'autres équipes en dehors de l'association présente aussi des avantages et des aspects formateurs. Il permet de trouver ailleurs des identifications professionnelles nouvelles au moment où l'on remet peut-être en cause celles qui sous-tendaient la pratique. Par ailleurs, l'identification à une autre équipe, à ses productions, à son approche des problèmes peut occasionner l'ébauche d'un nouveau fonctionnement institutionnel mieux armé pour affronter la mouvance d'un secteur aussi complexe que celui de l'action sociale.

Cette formation permanente collective au changement devrait favoriser l'adaptation aux besoins nouveaux. La reconversion ne devient plus alors le phénomène inéluctable auquel on se résout à contre coeur et sans préparation mais s'inscrit alors dans une évolution que les équipes sauront mieux maîtriser et parfois orienter. Bien sûr, ces améliorations des formations ne résoudront pas les problèmes de reconversion brutale en cas de chute rapide d'effectifs ou de changement soudain de la clientèle.

Cependant dans cette hypothèse, ces formations pourront constituer aussi une préparation susceptible de limiter les conséquences fâcheuses qui pourraient s'ensuivre. Elles permettront alors que la reconversion soit issue de la volonté de l'équipe de l'établissement plutôt que d'être impulsée de l'extérieur atténuant beaucoup, de ce fait, les résistances défensives qui peuvent bloquer toute évolution et provoquer des situations de crise.

L'adaptabilité des personnels passera sans doute aussi par une harmonisation des statuts qui s'avère de plus en plus indispensable. Certaines distorsions entre le "public" et le "privé" sont grandes, notamment en ce qui concerne la reprise de l'ancienneté et empêchent le passage de l'un à l'autre provoquant immobilisme et repli sur soi.

Il faudra bien un jour essayer de parvenir à un statut commun. Cette recherche devra partir d'une étude générale des conditions de travail qui pourra

aboutir à une définition globale du travailleur de ce secteur, et de ses fonctions, et à sa situation dans la fonction sociale générale, qui seraient à la base de l'élaboration de ce statut. On ne pourra se dispenser de cette réflexion préalable sur les fonctions. La confusion actuelle est difficilement supportable ; le champ des professions ne recouvre pas toujours celui des fonctions. Seule une clarification dans ce domaine permettrait d'éclaircir les problèmes de formation. Ce n'est sans doute que lorsqu'un statut unique aura permis de dépasser les antagonismes concurrentiels que l'on pourra aborder les problèmes dans leur globalité, chacun ayant tendance à l'heure actuelle, à se légitimer en excluant l'autre.

Il ne faut pas surtout négliger dans ces problèmes d'adaptation des personnels, les éléments propres à chacun qui feront que cette adaptation sera possible ou non. En effet, au-delà de la formation et du statut, entre en jeu la capacité personnelle de chacun à s'adapter à autre chose. Des éducateurs pour déficients intellectuels ne sont pas forcément aptes à s'occuper de psychotiques. Ils n'en ont peut-être pas non plus le désir. Une affectation d'office dans le secteur public n'est pas pour autant satisfaisante si elle ne correspond pas aux aptitudes professionnelles et aux aspirations de l'intéressé. Entre donc, ici, un élément personnel à chacun qu'on ne peut ignorer, qui est non seulement la possibilité mais aussi la volonté de s'intégrer dans un projet nouveau.

Les personnels ont pourtant déjà montré une plasticité et une capacité certaine d'adaptation (changement des catégories d'âge de la population reçue, mixité des établissements, diversification des modalités d'intervention). Il semble que le seul moyen de mobiliser les personnels à la nécessaire évolution soit de les impliquer plus directement dans le processus. Dans les faits, l'évolution a trop tendance à se faire par accord entre l'association gestionnaire et les autorités administratives alors que la participation de l'équipe en place est indispensable à la réussite du projet.

Il reste que dans le cas d'une reconversion plus radicale, les professionnels ne pourront pas forcément être tous réintégrés dans le projet nouveau. Leurs intérêts risquent donc de venir s'opposer avec ceux de la clientèle qu'on veut préserver sans qu'il soit possible de les concilier. Ce conflit, noeud du problème de la reconversion, devra bien alors finir par être tranché.

## CHAPITRE II

---

### LES MODALITES DE LA RECONVERSION

Il convient maintenant, après avoir essayé de cerner les principaux acteurs de la reconversion, de s'interroger sur l'opération de reconversion en elle-même et les différents moyens à mettre en oeuvre pour qu'elle se déroule dans les conditions les plus satisfaisantes possibles. Avant de réfléchir sur le processus en lui-même, il importe de s'interroger sur le moment où il doit être déclenché et sur les objectifs qu'il poursuivra. Autrement dit, quant faut-il reconvertir, vers quoi, si une transformation est possible, et enfin comment reconvertir ? Il est bien évident qu'on trouvera ici un certain nombre d'éléments déjà évoqués en filigrane dans les chapitres précédents de ce rapport.

#### A - QUAND RECONVERTIR ?

Le premier problème est en effet de déterminer le moment opportun pour préparer et aménager une opération de reconversion. Il s'agit de percevoir à temps les difficultés d'un établissement de manière à prévoir sa transformation s'il s'avère qu'il peut répondre, sous réserves d'aménagements, à des besoins nouveaux, éventuellement de préparer sa fermeture s'il ne se justifie plus. Est-il possible de définir des seuils ou des indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs qui seraient autant de signaux d'alarme sur le mauvais fonctionnement ou le mauvais avenir d'une structure ? Divers critères pourraient être proposés : la situation de l'établissement dans le contexte local (double-emploi), l'aire de recrutement, le taux d'occupation, le taux de renouvellement de la clientèle, le devenir des "clients" compte tenu de la finalité de l'établissement. La pondération de ces éléments dont la liste n'est pas limitative, donnerait sans doute une idée de la "santé" de l'établissement et de sa valeur technique. Il convient donc de chercher à mesurer l'adaptation de l'établissement aux besoins sans ingérence excessive dans son fonctionnement et notamment dans ses choix pédagogiques. Tout le problème du contrôle technique de l'établissement et de ses résultats se pose là. Actuellement, le contrôle s'appuie essentiellement sur la vérification de l'application de normes de fonctionnement et d'équipement, normes qui apparaissent aujourd'hui dépassées, comme nous l'avons déjà signalé. La loi sociale prévoyait d'ailleurs leur révision mais celle-ci ne suffirait sans doute pas à résoudre les problèmes. Le secteur de l'enfance inadaptée s'est greffé, à sa naissance, sur une

grande tradition d'oeuvres sociales et de charité dues surtout à des initiatives privées. Ce caractère de bienfaisance s'accompagnait d'une très grande liberté fondée sur l'implication morale, financière et sur l'engagement actif des participants qui se donnaient ainsi les moyens de leur oeuvre commune. Dans cette perspective, les bénéfices secondaires, et, en particulier, la satisfaction d'accomplir une action utile et méritoire, constituaient la rémunération essentielle des participants. Les critères de validité de l'action accomplie étaient essentiellement d'ordre interne. On pourrait évoquer à ce propos, une démarche narcissique avec tout ce qu'elle peut comporter de tonique.

De cette "idéologie de bienfaisance", nous savons que nous sommes passés maintenant à une "économie de marché". L'intervention financière croissante de l'Etat, des collectivités publiques et des Caisses d'assurance maladie, la professionnalisation et la technicisation des personnels, les préoccupations syndicales et de gestion qui donnent un certain caractère d'entreprise aux institutions de l'Enfance Inadaptée, autant d'éléments qui convergent pour imposer des critères technico-économiques pour apprécier les services rendus.

On peut donc se demander s'il ne serait pas indispensable, malgré l'extrême difficulté de cette démarche, d'oser aborder la recherche d'indicateurs de résultats permettant de mettre en rapport le coût de l'action avec ses effets ou, si l'on préfère, d'évaluer selon quelle économie les institutions aménagent une transaction entre les intérêts propres, la commande sociale et l'éventuelle demande de leurs usagers.

La position des acteurs du secteur social et médico-social reste ambiguë sur cette recherche. Certains sont catégoriquement opposés à l'instauration d'un tel contrôle. D'autres, plus conscients de la conjoncture actuelle, l'appellent mais sans précisément le définir et sans se prononcer sur l'instance qui en serait chargée, et pour bon nombre d'entre eux, bien souvent, contrôle semble être synonyme de caution, ce qui n'est évidemment pas la même chose. Pour envisager ce contrôle, il est bien sûr impossible de se référer aux seuls résultats. Comme en médecine, il n'y a pas et il ne saurait y avoir d'obligation de résultats dans le secteur de l'enfance inadaptée. Vouloir juger les seuls résultats d'un établissement serait s'exposer à l'arbitraire le plus complet et prendre le risque de formuler des jugements tout à fait subjectifs fondés sur une idéologie, une croyance ou quelque habitude sociale... Toutefois, il semble qu'il soit

quand même grand temps d'inciter les établissements à réfléchir sur le devenir de leur clientèle. Il faut regretter que, contrairement à la réglementation, beaucoup d'établissements ne possèdent pas de services de suite et que certains ne se préoccupent même pas de s'informer sur la situation et le devenir des jeunes qu'ils ont accueillis pendant plusieurs années.. C'est certes une tâche difficile, voire même dangereuse si elle était mal conduite : le fichage, bête noire du travailleur social n'est pas loin ! Mais il semble pourtant que cette réflexion s'avèrerait extrêmement utile. Elle permettrait déjà à l'établissement, au vu de ses résultats, une réflexion sur son propre fonctionnement et ses propres pratiques. Ce serait ainsi certainement un facteur d'évolution. Sur un plan général, elle apporterait aussi des possibilités de réflexion plus large sur l'adéquation des structures aux besoins qui seraient un élément non négligeable d'une définition d'une politique à plus long terme. Mais cette étude sur le devenir des "clients" ne saurait être évidemment exclusive, dans la mesure où elle doit être tempérée par un grand nombre d'autres variables qui interfèrent quand on réfléchit sur une action avec quelques années de recul. Pourtant, il semble que, bien menée, elle pourrait être un instrument de réflexion qui, s'il ne doit pas être considéré comme significatif, n'en serait pas moins d'une utilité certaine.

Par contre, il conviendrait de réfléchir et de mettre en oeuvre un certain nombre d'indicateurs de moyens. Pour en revenir à la médecine, il y existe une obligation de moyens qui est totalement inexistante dans le secteur de l'enfance inadaptée. Les normes d'agrément ne sauraient être considérées comme suffisantes pour garantir le bon fonctionnement d'un établissement. Il y a aussi la qualification des personnels, leur nombre et le temps passé auprès des enfants (les études sur ce point sont assez significatives !). Il y a encore le projet pédagogique. On a tout dit et rien dit sur lui, mais il est sûr que son contrôle au moment de la discussion du prix de journée est rendu impossible du fait de l'envahissement des questions purement financières. Et il y a sans doute beaucoup d'autres éléments à prendre en considération. Mais ce qui est certain, c'est que, dans les circonstances actuelles, on ne pourra éluder encore longtemps la question de la mise en oeuvre d'un véritable contrôle technique et pédagogique des établissements et de réels moyens de faire évoluer les choses. L'absence d'instrument adéquat de contrôle permettant de provoquer à temps une évolution de la structure en difficulté est pourtant fortement préjudiciable. Elle aboutit à

continuer à faire "vivoter", à grands frais, des institutions alors qu'il y a pourtant consensus sur leur carence, et lorsque la situation devient intolérable, à les fermer selon un processus rapide, brutal et souvent aux conséquences dramatiques. Elle peut aboutir aussi à faire disparaître des établissements par des moyens détournés sans qu'il leur soit accordé un minimum de garanties.

En effet, la perception de l'établissement par les structures d'orientation joue un rôle important dans le fonctionnement de celui-ci. Il ne s'agit pas de remettre en cause ici ces instances (C.D.E.S. - C.O.T.O.R.E.P.) qui, malgré certaines modifications souhaitables à apporter dans leur fonctionnement (1), ont de grands avantages, particulièrement celui de l'harmonisation des procédures, d'une meilleure répartition des clientèles et d'un rééquilibrage entre les établissements par suite de l'application des nouveaux principes de la loi d'orientation, et, en particulier, celui du rapprochement de la personne handicapée d'avec sa famille. (Ce qui fait l'affaire finalement de bon nombre d'établissements!).

Mais ce qui est plus contestable, c'est que les prérogatives accordées par la loi aux instances d'orientation, n'ont pas été accompagnées de garanties suffisantes pour les établissements. Dès lors, on peut s'interroger sur la légitimité des choix opérés actuellement entre les établissements par les services d'orientation. En d'autres termes, peut-on, sans aucun recours possible, asphyxier un établissement indirectement selon un processus insidieux, dépourvu de toute garantie, qui le laisse mourir de sa propre mort faute de clients ? Une instance, quelle qu'elle soit, peut-elle ainsi attenter au droit d'une personne morale sans lui laisser de droit de recours ou de défense, même si son action est justifiée au fond ? Il semble qu'ici des procédures restent à trouver, qui se déclencheraient automatiquement à partir d'un certain seuil critique d'un établissement par l'instance d'orientation. Il s'agit évidemment d'une question difficile. Les moyens de contrôle ne sont pas satisfaisants. Mais jusqu'où peut-on aller ?

Un contrôle technique compétent et objectif devrait pourtant permettre d'apporter aux établissements les garanties nécessaires. Mais reste à savoir, au delà de ce qu'il serait, à qui il appartiendrait ?

S'il appartient bien à la C.D.E.S. et à son équipe technique de connaître

---

(1) Sur ce point cf. notamment Dr E. ZUCMAN "Etude de la mise en place des CDES" et "Etude du fonctionnement des CDES" Les Publications du CTNERHI, Série Recherches, n° 1, 1er trimestre 1979 et n° 3, 3ème trimestre 1980.

la spécificité de l'établissement au-delà de son agrément pour mieux faire "coller" ses propositions d'orientation aux réalités de la structure d'accueil il ne lui appartient pas, par contre, à notre avis, de juger un établissement, par ailleurs officiellement agréé, et éventuellement de le vider en n'y prononçant plus d'admissions. Bien sûr, réglementairement, la CDES ne prononce pas d'admissions et sa décision n'est qu'indicative d'un type d'établissement, les parents demeurant, en principe, libres du choix du lieu de placement, mais chacun sait que, dans la pratique, il en va souvent autrement.

Ce contrôle revient, de droit, à la tutelle dans la mesure où il serait difficile de dissocier le contrôle administratif et financier du contrôle pédagogique. Mais il est évident que l'administratif ne pourra effectuer seul les investigations pédagogiques (1). L'inspecteur DDASS devra alors faire appel au médecin inspecteur départemental, au médecin psychiatrie chef de secteur, au médecin-conseil de la Sécurité Sociale, aux collègues de l'A.S.E., à l'inspection spécialisée de l'Education Nationale et éventuellement à l'équipe technique du C.R.E.A.I. Pour cette dernière il sera malaisé de l'utiliser seulement en cas de crise. Constituée de techniciens travaillant eux-mêmes en établissement, elle sera mal vécue par les équipes d'autres établissements en difficultés. Mais le contrôle ne devrait-il pas être, si ce n'est pas permanent, le plus fréquent possible et, en tout cas, non exclusivement réservé aux situations de crise ?

Alors, les visites de l'équipe technique du C.R.E.A.I. pourraient être dédramatisées et constituer de véritables aides techniques pour les établissements. Pourtant l'administration reste juge et partie dans ce domaine. Elle contrôle également des établissements et services publics équivalents à ceux du secteur privé. Présenterait-elle alors les garanties d'objectivité nécessaires ? Dans son rapport 1977-1978 sur les établissements du secteur sanitaire et social, l'I.G.A.S. proposait de s'acheminer vers un contrôle plus global et plus constructif qui ferait appel à des conseils techniques variés et s'opérerait par une généralisation des conventions. La notion

---

(1) Il faut se féliciter que dans certains départements des contrôles conjoints sont effectués par des inspecteurs appartenant aux diverses administrations et services intéressés qui agissent ensemble et échangent leurs informations. On doit noter que ce contrôle se doit d'être constructif même s'il s'agit de faire des observations sur le fonctionnement de tel ou tel secteur et même sur la "qualité" du service rendu.

traditionnelle de contrôle (conformité aux normes) devrait s'effacer au profit d'une forme plus proche du contrat et de la collaboration. Il conviendrait alors de compléter les normes minimales de fonctionnement et d'équipement par un dispositif contractuel qui permettrait de suivre l'évolution. Ceci permettrait d'avoir une vue plus globale de l'établissement dans son ensemble et de sa situation dans le dispositif des équipements. Il y aurait sans doute là un premier pas vers une véritable appréciation technique des établissements. Mais cette proposition pourrait comporter des risques certains d'arbitraire. Cette sorte d'auto-contrôle serait-il suffisant dans le domaine qui nous préoccupe ?

Le groupe n'est pas allé plus loin sur ce point. Il n'a pu, et cela n'était sans doute pas son rôle, approfondir sa réflexion sur ce contrôle technique des établissements et sur la bientôt nécessaire évaluation de leurs résultats. On ne peut que souhaiter que cette réflexion prenne corps et se poursuive quel que soit le lieu où elle s'effectuera, tant elle apparaît comme un élément déterminant d'une évolution satisfaisante de tout ce secteur en difficultés aujourd'hui.

Toutes ces imprécisions sur ce contrôle sous-jacent expliquent sans doute la tendance des établissements à ne pas vouloir aborder de front le problème de la reconversion, ce qui est bien sûr regrettable. Trop souvent ce refus d'envisager le problème provoquera un action trop tardive. Et la reconversion trop retardée se résumera souvent en fermeture de tout ou partie de l'établissement. Il en résultera ainsi une mise à l'écart de l'établissement de sa propre reconversion puisqu'à ce moment, la décision ne pourra être qu'extérieure.

La participation de l'établissement dans son entier, répétons-le, est pourtant indispensable pour que l'évolution ou la reconversion s'opère dans les meilleures conditions. Il faut que l'établissement maîtrise cette démarche et pour cela elle ne doit donc pas lui être imposée. Au contraire, il faudrait que le projet vienne de l'établissement, qu'il y soit élaboré et que tout le personnel soit engagé dans cette réflexion.

## B - LE PROCESSUS DE LA RECONVERSION

### B - 1 - Les objectifs de la reconversion

Il s'agira avant tout de définir l'objectif que l'on donne à l'opération de reconversion. Les analyses du besoin de reconversion, certes limitées, fournies dans ce rapport, auront déjà donné des idées tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. Il ne saurait donc être question de les reprendre ici. Il nous paraît pourtant important d'attirer l'attention sur quelques points qui nous semblent essentiels dans ce processus. Il faut d'abord, avant tout, combattre l'illusion qui consiste à penser qu'on pourra répéter demain ce qu'on a fait hier et ce qu'on fait aujourd'hui. A ce niveau, le problème de la reconversion se pose moins en terme de fermeture ou de transformation des établissements qu'en terme d'évolution et, en particulier, d'évolution des mentalités. Il semble certain que des équipes aptes à une réflexion permanente sur les changements prévisibles et dotées d'une grande ouverture sur l'extérieur, sont à même d'affronter les mutations car elles ont pris conscience des contraintes de l'environnement et peuvent mieux les maîtriser. Par contre, on ne peut que s'inquiéter de la réaction de bon nombre d'établissements qui, face à leurs difficultés, ne fonctionnent qu'en terme de perpétuation de leur action et donc de prolongement de leur identité propre au détriment des "clients" qui leur sont confiés.

Il faut pourtant remarquer que la réglementation actuelle ne favorise en rien cette adaptation permanente nécessaire. Le cadre actuel d'une opération de reconversion se trouve dans l'article 14 de la loi sociale pour les établissements qui entrent dans son champ.

*"Tout changement essentiel dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement soumis à l'autorisation prévue à l'article 9, doit être porté à la connaissance de l'autorité administrative.*

*Sans préjudice des sanctions prévues à l'article 15, un établissement ouvert sans autorisation peut être fermé par l'autorité administrative après avis, selon le cas, de la commission régionale ou de la commission nationale des institutions sociales et médico-sociales.*

*L'autorité administrative peut prononcer la fermeture, totale ou partielle, provisoire ou définitive, d'un établissement, dans les condi-*

tions prévues aux articles 96 et 210 du code de la famille et de l'aide sociale :

lorsque les normes définies par le décret prévu à l'article 4 ou les conditions visées à l'article 10 de la présente loi ne sont pas respectées ;

lorsque sont constatées, dans l'établissement et du fait de celui-ci, des infractions aux lois et règlements entraînant la responsabilité civile de l'établissement ou la responsabilité pénale de ses dirigeants ;

lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des usagers se trouvent menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement.

La fermeture définitive de l'établissement vaut retrait de l'autorisation prévue à l'article 9 de la présente loi.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et toutes personnes dont les frais de traitement ou d'hébergement incombent à des personnes morales de droit public peut être retirée lorsque le prix pratiqué est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement de l'établissement.

Lorsque les normes définies par le décret prévu à l'article 4 sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court de la mise en demeure qui leur est adressée."

La circulaire du 13 septembre 1976 donne des précisions sur l'application de ce texte.

"Le premier alinéa de l'article 14 de la loi prescrit que tout changement essentiel dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement doit être porté à la connaissance de l'autorité administrative, puisque c'est au vu de ces renseignements que le dossier a été instruit et l'autorisation accordée. La notification est adressée au préfet du département d'implantation (DDASS).

Le préfet doit vérifier si, du fait de ces changements, l'établissement doit se voir appliquer l'un des alinéas suivants de l'article 14.

Dans ce cas, il engage une des deux procédures de fermeture rappelées ci-après ;

Il peut au préalable inviter les gestionnaires à revenir sur une des modifications intervenues de façon à rendre à l'établissement la vocation pour laquelle il est agréé et à donner toutes les garanties requises pour son bon fonctionnement.

J'attire votre attention sur le fait que les modifications des catégories des bénéficiaires sont assimilées à des créations (art. 22 du décret). Elles ne peuvent donc être réalisées qu'après avis motivé de la commission compétente et, pour les établissements privés, après autorisation par l'autorité administrative.

Pour la fermeture des établissements, deux procédures différentes sont prévues par l'article 14 de la loi :

la première, réservée aux créations, aux extensions importantes et aux changements de catégories effectués sans autorisation, qui fait intervenir les instances compétentes pour prendre la décision d'autorisation ; la seconde, applicable aux établissements dont le fonctionnement appelle des critiques graves, et qui sera mise en oeuvre par le préfet du lieu d'implantation de l'établissement, lequel consultera le conseil départemental de protection de l'enfance s'il s'agit d'un établissement recevant des mineurs ou le conseil départemental d'hygiène s'il s'agit d'un autre établissement social.

Il est bien évident que s'il s'avère qu'un établissement ouvert sans autorisation fonctionne dans des conditions dangereuses pour la sécurité, la santé ou la moralité des personnes qu'il accueille, il y aura intérêt à appliquer la seconde procédure, plus rapide et notamment à user de la procédure d'urgence prévue par les articles 96 et 210 du code de la famille et de l'aide sociale."

Peu de solutions sont donc ouvertes légalement aux établissements qui veulent évoluer. La reconversion a pour but de répondre à une nouvelle catégorie de client ou à l'émergence de besoins nouveaux.

Mais dans sa réalisation juridique, elle consiste actuellement à rechercher un changement d'agrément pour que celui-ci corresponde à la modification de la population accueillie. Pratiquement, cela signifie que, malgré les lois de 1975, il faut se mouler dans un cadre de textes datant de plus de 20 ans (décret du 9 mars 1956 et annexes, arrêté du 7 juillet 1957), qui ne correspond évidemment plus aux nécessités actuelles et qui n'a pu suivre l'évolution des conceptions et des besoins à satisfaire. La situation se

trouve donc faussée à la base. Pour faire face à l'avenir il faut s'ancrer dans le passé. En quelque sorte il faut faire du neuf avec du vieux. Cela limite bien sûr les possibilités et les initiatives. Cela explique aussi toutes les reconversions sauvages que l'on constate actuellement : par exemple, les I.M.P. qui, recevant de plus en plus de psychotiques, deviennent, de fait, des hôpitaux de jour sans pour autant avoir le personnel qualifié ni l'agrément correspondant. Les établissements qui tentent une reconversion "officielle" se heurtent à bon nombre de difficultés et de blocages. Quant à la fermeture, ultime modalité possible de la reconversion, il semble que sa réalisation juridique actuelle soit par trop brutale. Il conviendrait sans doute d'envisager la possibilité de la préparer, d'en établir un calendrier et de l'aménager en prévoyant, dans la mesure du possible, le reclassement préalable des personnels, particulièrement lorsque cette fermeture aura des répercussions économiques locales importantes. Le contrôle technique que nous avons évoqué plus haut devrait permettre dans une concertation plus large et plus efficace, d'atténuer les conséquences néfastes que peut causer une telle procédure. Mais au delà de la préparation, il importe d'offrir aux établissements concernés certaines garanties fondamentales. La loi sociale de 1975 a prévu un régime juridique de création et d'extension. Il faudrait, qu'au nom au moins du parallélisme des formes, un régime de suppression soit créé qui donnerait une garantie d'examen obligatoire de la situation dans chaque cas. Cela n'empêcherait pas de maintenir des pouvoirs d'urgence au cas où, par exemple, le déroulement de la procédure mettrait la clientèle en danger, mais il est indispensable de respecter certaines garanties.

Permettre l'évolution des structures passera sans doute par un assouplissement du fonctionnement des établissements. Dans le cadre de l'intégration maximale souhaitée par la Loi d'Orientation, on devrait pouvoir envisager des fonctionnements partiels et différenciés des établissements. Des enfants pourraient ainsi être intégrés à l'école ordinaire tout en continuant de bénéficier d'une prise en charge soins ou d'un accompagnement éducatif, psychologique, médical ou social par l'équipe pluridisciplinaire d'un établissement ou service spécialisé. Cette formule a d'ailleurs été préconisée par le décret du 16 décembre 1970, modifiant et complétant les annexes 24 du décret n° 56-284 du 9 mars 1956, et la circulaire 31 AS du 7 septembre 1971 mais, en réalité, elle est souvent ignorée des établissements, des organismes gestionnaires et parfois même des tutelles. De multiples formules,

pour ce faire, sont possible et sont certainement très profitables à l'enfant qui bénéficie de soins requis par son état sans être coupé de son milieu naturel. Cela peut être aussi un mode de réponse aux parents qui préfèrent que leur enfant reste dans le milieu ordinaire. Mais, pour le moment ces pratiques ne peuvent être établies que sur la base de contacts personnels entre les établissements et les structures de l'éducation. Il y a là un nouveau mode de fonctionnement dont la promotion pourrait être un élément important de solution des problèmes de la reconversion, solution qui va dans le sens de l'intégration préconisée par les pouvoirs publics et souhaitée par les parents. Il serait particulièrement adapté à toute frange de population qui ne trouve actuellement sa place dans aucune structure : ces enfants "difficiles mais assurément pas débiles", "éducables mais qui ne s'éduquent pas", etc...

Un assouplissement des règles de fixation du prix de journée semble éminemment souhaitable. On peut donner ici l'exemple d'un établissement rural accueillant des déficients intellectuels moyens selon des formules diversifiées : internat, semi-internat, placement familial spécialisé, milieu ouvert. Entre ces sections, la répartition peut être fluctuante, à concurrence d'un certain taux. Un seul prix de journée pour les quatre sections rend possible le transfert des adolescents de l'une à l'autre, ce qui permet une prise en charge très personnalisée et donc adaptée aux besoins de chaque jeune aux différents stades de son évolution. Le placement familial est utilisé notamment lorsque le régime d'internat paraît contre-indiqué. Le placement en milieu ouvert sert surtout vers la fin de la période de prise en charge. Dans ce cas, l'intéressé est amené tous les matins dans une entreprise d'une ville ou d'un bourg voisin. Il retrouve à midi les autres garçons ou filles de la même localité sous la responsabilité d'un éducateur. Tous sont confiés l'après-midi à un instituteur. Ils sont hébergés soit dans les familles, soit dans une famille d'accueil, soit même dans l'internat du centre. Les enfants sont ainsi pris en charge par un éducateur à raison de 6 à 7 dans un même secteur géographique. Cet éducateur assure aussi les relations avec la famille ; il est la personne de référence tant pour l'adolescent que pour l'équipe éducative et pour les parents. Cette formule donne une dimension nouvelle intéressante au travail des éducateurs. Ce type d'organisation, qui n'est probablement pas exceptionnel, semble très efficace puisque l'établissement a toujours eu un effectif

complet depuis 1975 et que les sorties du centre s'effectuent en général dans des conditions très satisfaisantes en dépit de la conjoncture économique actuelle peu favorable à l'emploi.

Le système du prix de journée unique applicable aux diverses sections du même établissement semble une solution simple dans la voie de résultats plus satisfaisants. On peut regretter qu'actuellement, elle dépende exclusivement de la bonne volonté et de la compréhension des instances administratives locales. Sans doute serait-il utile que la réglementation en permette le développement et une plus large utilisation, même s'il faut être vigilant dans son application pour éviter l'instauration de "chaines" thérapeutiques qui peuvent vite devenir "enchaînement" et qui risquent de renforcer les filières qui ont tendance à s'institutionnaliser.

En outre l'application stricte des circulaires financières annuelles ne facilite pas la politique d'évolution des établissements puisque l'administration des Finances impose que le budget prévisionnel soit calqué sur le budget adopté l'année précédente ce qui va à l'encontre des possibilités d'évolution. Il en est de même lorsque la création de postes budgétaires passe par un redéploiement des moyens en personnel. Se trouvent alors défavorisés les établissements dont l'activité est maintenue ou en accroissement puisque trop souvent le taux directeur national leur est appliqué comme il est appliqué aux établissements qui connaissent une baisse importante d'activités.

L'amélioration et l'aménagement des procédures et des règles de fonctionnement permettraient sans doute au secteur de faire preuve d'imagination et d'innovation. On constate actuellement, on l'a déjà dit, dans toutes les propositions, une certaine pauvreté et surtout un risque certain, puisque les besoins de cette frange de population sont établis, de calquage des réalisations actuelles pour les enfants sur les adultes.

Le manque de réflexion entraîne à considérer que les mêmes moyens peuvent être adaptés pour les enfants, les adolescents ou les adultes. Or rien n'est moins évident. Il y a certes des besoins actuellement de structures pour adultes, mais leur prise en charge n'est pas forcément celle d'enfants "grandis". Alors que la démarche devrait être inverse, il faut à tout

prix combattre le risque de chercher l'adéquation des besoins à l'équipement existant.

Ne conviendrait-il pas mieux de partir du potentiel d'action sociale existant et de tenter de le réorienter pour mieux répondre aux besoins actuels ? Il faudra sans doute dépasser le cadre strict des établissements pour handicapés et inadaptés et réfléchir sur la place qu'ils ont à tenir dans le développement nécessaire d'une fonction d'animation sociale générale. En étudiant d'une part les besoins du secteur enfance inadaptée et d'autre part ceux du secteur social dans son ensemble, on pourrait rechercher les liaisons possibles entre ces deux secteurs. La reconversion des établissements pouvant se réaliser par une sorte de "mise à disposition" du secteur social en général. Cependant cette idée, en elle-même très séduisante, demanderait à être précisée notamment dans les modalités concrètes d'interventions qu'elle implique.

Il y a là certainement tout un champ d'évolution, particulièrement au regard de la politique intégrative menée actuellement. Lors d'une tentative d'intégration en milieu normal il est évident que celle-ci doit être accompagnée du soutien et de l'encadrement nécessaire au risque d'être vouée à l'échec. Si l'intégration a été clairement affirmée dans son principe, il reste que les modalités de son encadrement demeurent encore à développer. Une réflexion devrait être menée pour étudier dans quelle mesure cet encadrement pourrait offrir aux établissements du secteur spécialisé et à leurs personnels en difficultés une voie d'évolution. La capacité du secteur spécialisé à s'intégrer dans un champ social plus large devrait être étudiée. Mais elle suppose un changement fondamental tant des structures que des mentalités. Nous ne nous hasarderons pas à proposer ici quelques recettes ou quelques trucs pour la reconversion des établissements. Chaque situation est particulière et, rappelons-le, doit être étudiée dans son contexte économique, géographique et social. Nous reprendrons seulement en conclusion de ces quelques réflexions sur l'objectif de la reconversion, la définition d'un établissement fiable apportée par un membre du groupe. Elle a l'avantage à la fois de la clarté et de la généralité, elle pourra paraître utopique mais pourra aussi permettre la réflexion : "Les conditions de succès semblent être, notamment, une dimension relativement modeste, une ouverture

aussi large que possible sur l'extérieur, une grande souplesse dans le fonctionnement permettant des prises en charge personnalisées, la capacité de s'adapter aux évolutions de tous ordres, sans parler bien entendu de la compétence et du dévouement du personnel."

## B - 2 - Les modalités de la reconversion

Quant aux modalités pratiques de la reconversion on ne peut que reprendre ici en résumé tout ce qui a été dit ou était sous-jacent dans ce rapport en tentant de formuler quelques propositions concrètes.

Dans toute la mesure du possible la reconversion doit se traduire par la réaffectation à d'autres besoins. Celle-ci se fera donc en fonction des demandes exprimées par la clientèle locale, départementale ou régionale. Mais, avant d'opérer une reconversion, il faut donc procéder à une analyse objective des données : quelles sont les nouvelles demandes à satisfaire mais aussi quelles sont les raisons pour lesquelles l'établissement ne répond plus aux besoins qui ont motivé sa création ?

Pour ce faire, il faut permettre aux établissements et services d'être informés de l'évolution des besoins. On pouvait, à cet effet, envisager la publication au niveau départemental d'un rapport annuel sur l'état du secteur. Ce rapport serait élaboré par des instances déjà existantes dotées des moyens nécessaires : la CDES et la COTOREP, le conseil départemental de protection de l'enfance et le conseil départemental de santé mentale. Ce rapport devrait être communiqué à tous les établissements et services ainsi qu'aux organismes gestionnaires, aux services publics aux divers élus et même à toute personne intéressée.

Le rapport départemental pourrait être repris à l'échelon de la région dans une synthèse régionale à laquelle serait ajoutées les données générales sur les intentions et les évolutions envisagées à court et à moyen terme. Les commissions régionales de l'hospitalisation et de l'équipement sanitaire, et les CRISMS devraient, au premier chef, être associées à ce bilan de même que le conseil économique et social siégeant au niveau de la région.

Ces rapports permettraient une prise de conscience de la situation à un mo-

ment précis et inciteraient sans doute à une évolution en fonction des besoins dégagés. Ils permettraient aussi, par leur action de classification, d'ouvrir la discussion en préservant pour les uns et les autres des possibilités d'investigation plus poussée pour une analyse plus fine de la situation. Les établissements et services seraient les premiers bénéficiaires d'une telle concertation sous réserve que la réflexion soit continue et conduite à des conclusions précises.

On peut envisager également qu'un rapport périodique contradictoire, qualitatif et quantitatif, soit établi sur la situation de chaque établissement. Ce rapport serait établi par une équipe pluridisciplinaire capable d'aborder les divers aspects du fonctionnement d'un établissement. Cette équipe, qui pourrait être considérée comme une instance d'expertise, élaborerait avec l'équipe de l'établissement un rapport contradictoire qui serait transmis aux administrations intéressées. Sans vouloir éliminer les structures mises en place dans certaines régions, les équipes techniques des CREA pourraient dans certains cas, et à la demande des DRASS, assurer cette mission dans le cadre d'une prestation de service, à charge pour elles de s'adjoindre les techniciens compétents pour certains établissements hautement spécialisés.

Dans la mesure où des difficultés demeurerait sans que l'on envisage de pouvoir y remédier, il appartiendrait aux administrations de prévenir l'organisme gestionnaire de l'évolution inéluctable de la situation, étant bien entendu que les responsables de l'établissement seraient au préalable entendus.

Par une décision motivée d'avertissement, suite à cette concertation préalable et obligatoire, la reconversion ou la fermeture serait envisagée selon un échéancier qui pourrait aller de 1 à 3 ans. Il reste entendu qu'une procédure de recours serait également prévue pour garantir les droits de l'organisme gestionnaire. Sur ce point le groupe a insisté sur la nécessité de traiter de la même manière le secteur public et le secteur privé. L'administration devrait s'engager à ne donner aucune autre autorisation de reconversion ou de création dans la catégorie envisagée pour la reconversion préconisée sous réserve de l'accord (dans des délais préfixés) de l'organisme

gestionnaire pour réaliser l'opération.

Dans cette procédure deux niveaux différents d'instruction et de décision devraient être distingués.

- . celui de l'expression des besoins et de l'étude des problèmes au niveau départemental ;
- . et celui de la décision administrative qui se situerait au niveau régional sur rapport des autorités départementales.

En effet, il semble que la décision puisse être prise avec le maximum de garanties au niveau régional plutôt que départemental. Mais cette décision ne devrait être prise qu'après une évaluation des besoins et une étude des reconversions au niveau départemental qui semble le plus apte et le plus proche de la réalité, et aussi parce que c'est à ce niveau que les reconversions ont le plus de répercussions.

Ces processus impliqueraient diverses conséquences. En cas de reconversion effective, les moyens supplémentaires doivent être donnés aux DDASS pour une appréciation juste des besoins tant au niveau des personnels qu'en matière financière, c'est à dire hors du taux directeur fixé par les instructions ministérielles concernant l'augmentation du prix de journée et hors de l'éventualité d'un redéploiement des personnels ou d'une péréquation des crédits entre les divers établissements du département.

En cas de fermeture, les incidences financières seraient traduites soit dans le dernier budget de l'établissement soit dans un budget spécifique de clôture avec prise en charge par les organismes payeurs des diverses indemnités légales auxquelles aurait à faire face l'organisme à but non lucratif gestionnaire, selon des modalités arrêtées par accord entre les deux parties.

En ce qui concerne les personnels, la reconversion nécessite en tout état de cause, leur adaptation. Mais en cas de reconversion une priorité d'emploi sur place devrait être instaurée sous réserve de l'accomplissement des mesures d'adaptation et de formation complémentaires qui s'avèreraient né-

cessaires. Les bourses de reconversion accordées par le ministère du travail pourraient être plus nombreuses et réservées prioritairement à ces personnels. Il serait également souhaitable que les stages d'adaptation préalables aux nouvelles fonctions soient organisés pendant la période de transition qui s'écoulera entre la fermeture de l'établissement ancien et l'ouverture de la nouvelle structure, ou tout au moins, sans que le fonctionnement de l'établissement se trouve trop perturbé apportant une gêne au niveau des enfants ou des adolescents accueillis.

En cas de reconversion ou de fermeture sans qu'une adaptation personnelle soit possible, il faudrait ménager une priorité à un emploi équivalent dans le cadre de l'organisme employeur, conformément aux dispositions du code de la santé publique, livre IX pour les établissements publics, aux dispositions du code du travail et des conventions collectives pour les établissements privés, voire des règlements intérieurs des établissements.

On peut, de plus, préconiser la constitution de groupements tels que ceux prévus à l'article 2 de la loi sociale permettant d'arriver à des résultats identiques dans le cadre d'une coopération entre les divers employeurs au niveau d'un département, voire d'une région. Il importe enfin d'insister sur le respect des dispositions réglementaires concernant l'information sur les postes vacants auprès des services de l'A.N.P.E.

Il existe trois types d'organismes gestionnaires : les établissements publics, les grandes associations privées ayant leurs propres services d'information, de documentation et qui peuvent ainsi plus facilement faire face à des situations difficiles, mais il y a aussi les petites associations locales très désemparées lorsqu'une crise se présente. Nous pensons que les propositions faites devraient être en mesure de sécuriser tous les partenaires du secteur social.

Ces propositions paraîtront peut-être utopiques à certains, trop hardies ou trop modérées à d'autres. En tout état de cause, le groupe qui les a formulées, souhaiterait qu'elles puissent faire l'objet d'une étude plus approfondie susceptible de mesurer la possibilité de leur mise en pratique.

Au terme de ce rapport, il n'est pas possible de tirer des conclusions tranchées sur le problème de la reconversion des établissements du secteur social et médico-social. Nous avons bien conscience de ne pas avoir sans doute répondu à toutes les attentes que l'abord d'un tel sujet pouvait faire émerger.

Sur ce thème que nous qualifions, en introduction à ce travail de "tabou" il était peut-être difficile dans un premier temps d'aller plus avant. Nous souhaitons pourtant que ces travaux, qui ont eu le mérite d'ébaucher la réflexion sur un problème aussi délicat, se poursuivent dans une concertation la plus élargie possible associant tous les partenaires sociaux qui, rappelons le une fois encore, doivent être à la fois auteur et acteur de la reconversion et de l'évolution des établissements. Si ce rapport peut constituer une base de travail et ouvrir la voie à cette concertation il aura sans aucun doute atteint ses objectifs.

✱

✱

✱





