

le psychologue et le projet individuel

Le présent dossier a été rendu possible par le travail d'une commission de psychologues provenant de différents établissements (*cf. présentation du groupe en dernière page*).

L'intérêt de ces psychologues pour un tel travail résulte d'interventions du CREAI Rhône-Alpes sur la mise en oeuvre des projets individuels dans les établissements où ils exercent.

Il y a rarement plusieurs psychologues dans un même établissement. Leurs possibilités d'échanges avec des collègues sont donc limitées. C'est sur cette base que la commission a débuté ses travaux.

Tous les participants ont contribué aux textes réunis dans cette publication.

Qu'ils en soient vivement remerciés.

sommaire

2 Introduction

Claude VOLKMAR

5 Le psychologue, l'admission et l'accueil de l'utilisateur

Anne-Marie CHAMPANAY

7 De la réunion clinique à la réunion de projet (1)

Muriel ROUSSELLE,

10 De la réunion clinique à la réunion de projet (2)

Claude VOLKMAR

12 Le psychologue et la place de l'utilisateur dans la démarche de projet

Muriel ROUSSELLE

19 La place des projets individuels dans une dynamique institutionnelle de qualité

Flora-Leïla BLAHAY

Introduction

Claude VOLKMAR

- *Quel est l'apport spécifique du psychologue à l'élaboration et la mise en œuvre des projets individuels en direction des usagers accueillis dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ?*
- *Quelle conception a-t-il de cette notion de projet, omniprésente aujourd'hui, et comment pense-t-il le lien lui-même entre l'usager – le sujet en clinique – et le projet/son projet ?*
- *Quelle place soutient-il dans l'équipe pluriprofessionnelle et par rapport à la hiérarchie ?*

Autant de questions, vécues au quotidien dans les équipes dont le psychologue est partie prenante, que ce dossier collectif – réalisé par des psychologues – tente d'éclairer.

Le «psy» est souvent perçu comme insaisissable : présent partout, il serait rarement là où on l'attend. Un des malentendus les plus fréquents porte précisément sur le rituel des «synthèses» où l'on attendrait qu'il parle, qu'il apporte son savoir, alors que souvent il se tait, écoutant, puis parfois commentant les propos de ses collègues professionnels. De quel côté est-il, quel est ce «sens» dont il se prévaut ?

Le groupe de psychologues, institutionnels autant que cliniciens, qui se sont mis au travail pour mettre en mots cette place et cette fonction si évanescences viennent de lieux différents : IME, CAT, Centre d'Education Motrice, MECS...

Les constats, cependant, ont convergé. Ce que ces constats retracent ici, ce ne sont pas des théories, ou si peu, mais plutôt les pratiques quotidiennes : l'admission et l'accueil de l'usager, l'évaluation de ses besoins et de ses attentes, l'élaboration du projet en y associant l'usager et sa famille, les réunions cliniques, de synthèse, de projet, de bilan.

A tous ces moments, les auteurs, praticiens avant tout, ont voulu décrire ce qu'ils font ou ce qu'ils ne font pas. Il s'en dégage avec netteté une représentation commune de ce qu'est, pour le psychologue, un projet dont importe le sens, un sujet qui souvent a besoin d'un traducteur, une équipe qui se doit de travailler la différence des places et des fonctions.

Au moment où la loi du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale en installant les droits de l'usager et une conception contractuelle du service qui lui est rendu, il était bon que des psychologues disent comment ils entendent ces nouvelles injonctions.

Au moment également où le management fait sien l'impératif de travailler par projets et par objectifs en prônant l'évaluation et la qualité comme nouveau mode de régulation et de contrôle, il était utile également que des psychologues y situent leur partition et tentent d'y inscrire – il ne fallait pas s'attendre à moins – leur contrepoint.

Il y a du projet partout

Il n'y a pas un domaine (l'éducation, l'école, l'insertion professionnelle, l'entreprise) où ne fleurissent pas les logiques de projet.

Dans le domaine de l'insertion professionnelle, l'article L 900.2 du Code du Travail définit le bilan de compétences comme devant permettre à des travailleurs « d'analyser leurs compé-

tences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation».

A l'école, la loi d'orientation de 1989 sur l'éducation précise que «l'élève élabore son projet d'orientation scolaire et professionnelle avec l'aide de l'établissement et de la communauté éducative (...)».

Dans le domaine de l'éducation spécialisée, la circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989 d'application des nouvelles Annexes XXIV indique que «le projet individuel doit être (...) l'occasion de reconstruire un projet personnel avec l'intéressé, et non pas être seulement la sanction d'un rejet à la fois scolaire et familial».

Même en milieu carcéral, la visée d'insertion telle que définie dans le cadre de la circulaire DFP/Ministère de la Justice de mai 1995, insiste sur l'individualisation des parcours au travers de l'élaboration d'un projet.

Nombreux sont les autres lieux (maisons de retraite et «projet de vie», etc.) où la référence obligée au «projet» constitue la trame du travail des professionnels chargés d'aider ces projets à se construire, les faire aboutir, les évaluer.

On peut définir le projet comme une construction mentale à partir de laquelle le sujet peut anticiper. L'anticipation consiste à se saisir d'une situation future, à s'adapter à elle par avance. La démarche de projet s'inscrit dans des environnements complexes, en réponse à une situation problématique. Le projet est destiné à gérer l'indétermination de cette situation. Il est le futur à faire, à aménager, il engage dans une direction. Le projet va émerger d'une analyse de la situation qui a pour objet de prélever des informations et d'identifier les opportunités et les contraintes existantes¹.

Le projet renvoie donc à des intentions, à la définition d'un but et à sa mise en relation avec des moyens. Il fait appel autant à des capacités de gestion de possibles, de planification, qu'à des compétences d'improvisation. Pour élaborer et réaliser un projet, il faut en avoir le désir, mais aussi les moyens et la possibilité de mettre ces moyens en œuvre. A ce titre, le projet est donc un compromis souhaité (conduite d'anticipation + motivation). Il se déroule toujours dans un cadre relationnel et institutionnel.

Dans la définition du projet, on peut insister sur les dimensions «conscient / inconscient». Si le terme de projet renvoie «à l'image d'une situation que l'on pense atteindre» (Dictionnaire Le Robert), Michel HUTEAU² souligne que la notion de projet désigne une «projection dans le futur», autrement dit un projet doit mobiliser des «intentions d'avenir». Dans ce sens, et parce que le projet est une intention finalisée se donnant les moyens de sa réalisation, il appartient toujours spécifiquement au registre conscient.

Dans ce sens également, ce n'est pas une notion psychanalytique. FREUD s'est plus intéressé, dans sa psychopathologie de la vie quotidienne, à ce qui dans le projet achoppe ou échappe à celui qui l'élabore consciemment. L'attention en psychanalyse est plutôt centrée sur les «ratés» des projets ou les projets ratés.

Cependant, un autre point théorique de la psychanalyse peut intéresser la logique de projet : la théorie du narcissisme³.

Une première évocation des projets concerne non pas les projets que le sujet se forge mais, en premier lieu, ceux auxquels il est confronté, à savoir les projets de ses parents à son égard. Il existe une tendance incontournable chez les parents, dit Freud, à revendiquer pour l'enfant une série de représentations, à lui dessiner un destin qui n'est rien d'autre que la survivance de leur propre narcissisme (narcissisme primaire, et perdu, de l'enfance).

L'intérêt de ce premier aspect du projet est de souligner les voies (psychiques) que l'enfant n'a pas choisies, sortes de voies forcées dans lesquelles il est contraint de s'engager.

Dès lors, l'enfant est tiraillé entre deux tendances contradictoires pour développer son moi (pour FREUD, le développement du moi «*consiste à s'éloigner du narcissisme primaire et engendre une aspiration intense à recouvrer ce narcissisme*»):

- d'une part, l'amour de soi dont l'enfant jouissait s'adresse désormais à un moi idéal, imaginativement parfait ;
- d'autre part, l'enfant ne pouvant renoncer tout à fait au narcissisme primaire cherche à le regagner sous forme de l'idéal du moi.

Ainsi, l'essence même du projet, de tout projet, est-il définie par FREUD en ces termes : ce qu'un sujet projette «*devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance : en ce temps-là, il était lui-même son propre idéal*».

On voit donc que le projet est tissé des attentes parentales et de toutes celles qui viendront s'y ajouter (les éducateurs, les professeurs, etc.). L'idéal du moi est donc une instance imposée de l'extérieur. Ce qui amènerait à distinguer entre choix et projet.

Une ambiguïté fondamentale de la notion de projet projet pour qui ? projet de qui ?

Si tout projet se caractérise par une intention (de *in-tendere* : «*tendre vers*»), il se rapporte non seulement au but et à l'action qu'il prévoit mais aussi au vouloir. C'est ce qui le distingue du plan.

Quant à son origine, le projet peut être *extérieur*, c'est-à-dire reçu d'autrui (individu ou institution) ou bien *intérieur*, c'est-à-dire émanant du sujet lui-même (projet personnel). Son objet peut être de *faire* ceci ou cela (projet d'action) ou bien d'*être* tel ou tel (projet de soi). Le projet de soi se réalise par l'action, mais le projet d'action (notamment lorsqu'il vient de l'extérieur) peut être tout à fait indépendant du projet de soi.

Le croisement de ces catégories donne quatre types de projet :

- projet extérieur d'action (par exemple, projet éducatif),
- projet extérieur de soi (par exemple, modèles d'identification proposés en éducation),
- projet intérieur ou personnel d'action,
- projet intérieur ou personnel de soi.

La réalisation d'un projet d'action non choisi par celui qui l'assume met sa personnalité à l'épreuve, notamment avec la recherche et le constat de réussite (ou d'échec), et la restructure ainsi plus ou moins. Mais le projet de soi est toujours un projet de (re)structuration de soi par ses actes, même au degré zéro dans le cas où le sujet entend s'affirmer ou persévérer dans ce qu'il est.

Cette ambiguïté fondamentale du terme «*projet*» demande une explicitation constante et rigoureuse de ses conditions d'élaboration et de mise en œuvre.

1 BOUTINET (J.M.), «*Le concept de projet et ses niveaux d'appréhension. Du concept opératoire à l'indicateur culturel*», in *Education permanente*, n°86.

2 HUTEAU (M.), «*La psychologie du projet*» in *Projets d'avenir et d'adolescence*, ADAPT, Paris, 1993.

3 FREUD (S.), «*Pour introduire le narcissisme*», 1914, in *La Vie Sexuelle*, PUF, Paris, 1970.

Le psychologue, l'admission et l'accueil de l'utilisateur

Anne-Marie CHAMPANAY

Le psychologue est concerné dès le début de la prise en charge des usagers et en particulier lors du processus d'admission. Il a notamment comme objectif de comprendre comment la candidature intervient dans l'histoire et le parcours de la personne, au delà d'une évaluation des capacités actuelles du candidat. Il rend également un avis sur les capacités d'adaptation réciproques de l'utilisateur et de l'institution d'accueil. Ainsi, il s'agit d'évaluer les capacités par rapport aux motivations d'intégration du candidat, pour envisager s'il peut trouver sa place dans l'institution, et d'évaluer les capacités de l'institution à accompagner son projet individuel. Ce principe de réciprocité introduit la possibilité pour l'utilisateur de participer à parité avec les interlocuteurs institutionnels à l'élaboration du lien entre attentes et réponses proposées.

Lorsque le psychologue n'a pas sa place dans le processus d'admission, la demande de la personne comme point de départ du projet n'est pas toujours mise en avant et c'est la question de la capacité de la personne à s'adapter à l'institution qui risque d'être privilégiée au détriment de la question de son projet individuel.

Au temps de l'admission, le psychologue doit être attentif à l'articulation entre demande et besoins. Ce travail sur la question de la demande permet l'émergence d'un projet tant pour l'utilisateur que pour les professionnels. Ainsi, le psychologue a-t-il un rôle de « clarificateur » et de contenant de ce qui se joue. Sans être impliqué, notamment dans les enjeux liés à la parentalité, il tend à rendre supportable ce qui se dit. Face à la question du besoin implicite, il doit rendre socialement exprimable ce qui ne s'exprime pas et qui n'est donc pas, en l'état, utilisable.

Le psychologue a ainsi une fonction de « passeur » du possible à ce qui peut s'entendre.

Un exemple de candidature peut maintenant être développé. C'est celui d'une jeune fille de dix-huit ans et demi, actuellement en centre de rééducation fonctionnelle où elle est depuis sa sortie du coma (suite à un accident de circulation) et où elle souhaite rester. Dans cet accident, qui l'a laissée handicapée, sa mère est décédée et sa sœur, blessée ce jour-là, est décédée dans la semaine suivante.

D'emblée, elle dit ne pas vouloir venir dans cet établissement (centre d'éducation motrice) parce que les sanitaires sont vétustes. Par ailleurs, elle est majeure et elle a eu l'impression dans le groupe éducatif, avec des personnes un peu plus jeunes, d'être traitée comme une enfant.

Peu à peu, il apparaît que le souhait essentiel de cette jeune personne est d'aller vérifier chez son père si elle a encore sa place. Or, le père vit maintenant chez sa nouvelle compagne (que la jeune fille connaît). La famille a littéralement éclaté avec cet accident.

Un séjour en institution pourrait constituer un lieu transitoire entre le centre de rééducation fonctionnelle et une scolarisation ordinaire avec peut-être une vie en appartement avec l'aide d'une tierce personne. Cependant, la prise en charge dans l'institution s'arrêtant à vingt ans, la limitation de la durée du séjour éventuel s'impose. Ce qui, dans ce cas, est plutôt une condition favorable.

Si le psychiatre se positionne davantage du côté du soin, prenant en compte les dysfonctionnements, le psychologue travaille quant à lui du côté de la vie psychique en incluant l'idée d'une normalité de fonctionnement, en fondant une réelle «*clinique du quotidien*» ancrée au plan du déroulement dans le temps de travail des équipes et de la vie de l'utilisateur dans les institutions.

Le processus qui va de l'admission au projet individuel doit permettre au psychologue d'y être systématiquement associé. L'intervention «*à la demande*» n'est donc pas de mise.

Dans le travail avec les familles, le psychologue se positionne au delà d'une pensée en clivage entre la représentation d'une bonne institution et d'une mauvaise famille, car il lui est nécessaire de s'extraire des appropriations, des jugements sur la famille, pour favoriser l'étayage des fonctions parentales.

Le psychologue a un rôle déterminant dans les entretiens avec la famille et l'enfant. Le moment privilégié pour que le psychologue rencontre ensemble la famille et l'enfant semble se situer au terme d'un premier temps de la prise en charge (de trois jours à quelques semaines) au moment où l'enfant peut évoquer les effets de cette période.

Le psychologue a une place importante dans le travail avec la famille qu'il ne considère pas seulement comme une entité souffrante mais également comme un usager et un partenaire du soin. Il est bien positionné pour mettre en place des réunions de parents qui permettent que le lien entre les différents parents produise un étayage des parents entre eux. Ce type de travail, considérant les parents à la fois comme des usagers de l'institution et des partenaires du soin, rend leurs compétences parentales aux parents – l'étayage des fonctions parentales pouvant alors s'appuyer sur les liens entre les parents eux-mêmes.

Dans les réunions qui regroupent la famille et les professionnels, le psychologue est garant d'une compréhension mutuelle soutenant bien le projet de l'utilisateur. Il a un rôle de passeur des objectifs entre la famille et les professionnels.

Le psychologue a donc essentiellement pour mission de faire émerger le projet de la personne au plan clinique, projet individuel qui servira de base à l'élaboration du projet (de soin ou éducatif) avec les équipes institutionnelles.

De la réunion clinique à la réunion de projet (1)

Muriel ROUSSELLE

A l'heure de la RTT, la question de l'utilisation optimale du temps ne s'est jamais autant posée. Quel chef d'entreprise n'a pas, aujourd'hui, réfléchi à la meilleure manière de rentabiliser ce temps et de minimiser les moments moins productifs ? Le secteur médico-social est lui aussi concerné par cette préoccupation et ce sont souvent les réunions qui sont ainsi questionnées. Or, ces temps contribuent grandement à la qualité de la prise en charge. La convention collective de 1966 définit le temps minimum devant être consacré aux réunions ou préparations : 6 ou 10 % du temps de travail hebdomadaire (soit 2,1 ou 3,5 heures) selon qu'on travaille en secteur adulte ou en secteur enfant. Cela peut paraître beaucoup. Dans la réalité, il n'est pas facile d'y faire tenir tout ce qui doit être traité en réunion (préparation de sorties ou d'activités, régulation d'équipe, préparation des projets personnalisés, analyse de la pratique...). La tentation est grande alors de supprimer ces réunions où l'on échange autour d'un cas, sans réelle concrétisation, et d'instaurer des temps bien cadrés à l'issue desquels un vrai projet bien écrit peut être présenté. Ces temps-là sont-ils si efficaces et les autres si superflus ? Bien qu'ayant longtemps soutenu ce discours, je me rends compte aujourd'hui que cela n'est pas évident, des réunions trop cadrées peuvent parfois nous faire perdre la mesure du sujet auquel nous nous intéressons. Efficacité oui, au moins apparente, mais qualité ?

Pour illustrer cela, je rapporterais une situation récente à l'IME. Le travail d'élaboration des projets se fait en deux fois avec l'équipe dont il sera question dans cet exemple (ce n'est pas toujours le cas, certaines équipes manquant de temps au regard du nombre d'enfants accueillis dans leur section). Cette équipe-là dispose donc d'une réunion de «*synthèse*» et d'une réunion de «*projet*». Au moment de la synthèse, l'éducateur référent fait part à l'équipe pluridisciplinaire des différentes observations concernant l'enfant, ses progrès, ses échecs, ses capacités, ses manques... Ces différents éléments sont déjà partiellement ordonnés, classés et rédigés pour être plus transmissibles. Ce temps fait parfois l'objet de discussion afin de mettre en sens certaines observations ou afin que les différents professionnels s'accordent sur des éléments de compréhension. Au moment de la réunion de projet, des axes de travail ou objectifs sont proposés (généralement par le référent) et discutés en fonction des éléments de la synthèse et des avis de chacun.

C'est ainsi que nous avons procédé dans la vignette qui va suivre. Christian, un jeune accueilli dans ce groupe, a fait de très gros progrès ces derniers mois, au point que nous décidons de repenser son projet. Le temps de synthèse a lieu comme à l'habitude. L'éducatrice référente a bien préparé le travail, les éléments semblent clairs et tout le monde a l'air d'accord avec ce qui est dit. Nous nous attendons donc à ce que le projet soit facile à penser. Or, les objectifs qui sont proposés sont sujets à de nombreuses controverses dans le deuxième temps de réunion. Un objectif en particulier semble prématuré pour certains éducateurs. Nous prenons alors le temps de réfléchir aux raisons de ce désaccord et nous nous rendons compte que, finalement,

tous n'étaient pas complètement d'accord sur les éléments de synthèse. Ce n'était pas tant les observations qui prêtaient à désaccord, mais les hypothèses de compréhension qui pouvaient en découler : cet enfant avait-il besoin d'être cocooné et materné ou avait-il besoin d'être stimulé et motivé à réaliser les choses par lui-même ? On voit bien qu'il ne s'agit pas d'une simple divergence d'opinion mais de représentations radicalement opposées des besoins de l'enfant.

Les objectifs de travail pensés au sujet d'un enfant ne peuvent que découler d'hypothèses concernant ses besoins. Si une équipe n'a pas d'hypothèses communes par rapport à un enfant, elle ne peut élaborer pour lui un projet cohérent. Au mieux, des objectifs seront écrits et des moyens de mise en oeuvre leur seront apposés. Puis chacun, sûr de son professionnalisme, fera ce qui lui semble bien, sans cohérence avec ce qui est fait par les autres intervenants. Au pire (mais est-ce vraiment pire ?), aucun projet ne sera écrit.

Il nous manque peut être un temps de travail en équipe pour élaborer cela. Il s'agirait d'un travail clinique, nécessairement en amont de la réunion de projet. Un temps de parole libre où chacun amènerait ce qui lui vient à l'esprit en terme de compréhension par rapport à l'enfant. Un temps qui serait suffisamment informel pour permettre l'expression des aspects émotionnels. Il s'agirait pour chacun d'amener de premières observations *a priori*, bases des premières hypothèses de compréhension. Ce temps fonctionnerait comme stabilisation des représentations concernant l'enfant. Après, chaque professionnel pourrait réaliser l'évaluation du jeune dans le champ qu'il représente. L'évaluation serait donc un approfondissement des hypothèses formulées, en fonction des spécificités de chacun. Nous pourrions, par exemple, mieux cerner les besoins de bilans spécifiques. En effet, par manque de temps d'abord et par souci de cohérence ensuite, nous ne pouvons pas faire subir tous les bilans possibles aux jeunes. C'est donc souvent intuitivement, et sans lien avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire, que les différents professionnels décident quel bilan réaliser et à quel moment. Il arrive que cela soit satisfaisant. Il arrive aussi souvent, au moment de penser les objectifs et alors que la phase d'évaluation est censée être terminée, que l'on se rende compte qu'il nous manque des éléments pour décider. Alors, nous inscrivons le besoin de complément d'évaluation bien sûr. Mais, c'est bien souvent l'année d'après, au moment de la réactualisation du projet, que l'on peut à nouveau discuter des observations ainsi réalisées...

De la même manière, ce temps de prime élaboration pourrait permettre de mieux définir les personnes dont la présence est nécessaire à la réunion de projet. A l'heure actuelle, nombre d'équipes dans le secteur s'accordent à penser qu'il faut que tous soient présents pour tous entendre le même discours. Or, le projet d'un enfant ne concerne pas tous les professionnels de la même manière. Et les professionnels concernés peuvent changer au fil du temps et de l'évolution du sujet. Entre la présence de tous et un choix arbitraire prédéfini, le recours aux premières hypothèses formulées permettrait de mieux cerner le besoin. Cela reposerait aussi le sujet au centre de l'échange, en marquant la différenciation des champs d'intervention et la nécessité d'un lien entre eux. Par la suite, le référent de projet aurait pour tâche de transmettre à chacun le travail réalisé lors de la réunion de projet. Pour que cela fonctionne, il est nécessaire que les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire se soient accordés en premier abord sur les représentations concernant l'enfant.

Dans ce cadre de travail, le rôle du psychologue est central. Le psychiatre se positionne du coté du soin essentiellement tandis que le chef de service doit garantir les moyens mis en place, les divers autres professionnels intervenant en fonction de leur champ de travail (éducation, scolarisation, orthophonie,...). Le psychologue, partiellement dégagé du soin, peut se poser

lui du côté de la globalité du sujet. S'il n'a pas de pouvoir décisionnel, son rôle est cependant du côté d'une préconisation technique concernant les besoins de l'enfant en articulant l'axe observations -> besoins. Il est dans ce que nous pourrions appeler une « clinique du quotidien », et pas seulement une clinique du handicap ou de la maladie. Il est donc vigilant à ce que la personne soit appréhendée dans son ensemble et non fragmentée en fonction des champs d'intervention des différentes personnes présentes.

Par ailleurs, il a compétence à mettre en lien ces différents champs. Il s'agit donc pour lui de favoriser l'expression de chacun en évitant les affrontements et les rivalités qui ne manquent pas de se jouer entre les représentants des diverses techniques et prises en charge de l'enfant. Une telle réunion fait en effet apparaître de « bons » et « mauvais » acteurs de la prise en charge selon les avancées du travail, ce que l'enfant fait vivre à chacun... Au delà de cette fonction de médiateur, le psychologue se fait liant. Dégagé des enjeux techniques, il peut aider à penser le sens du travail de chacun au sein de l'équipe et souligner l'articulation entre ces différentes interventions.

Pour conclure, parler de projet personnalisé concernant des individus déficients sur le plan intellectuel revient souvent à parler de projet pour la personne et non de projet de la personne. C'est un fait contre lequel il est difficile de lutter. Je voudrais ici mettre l'accent sur la fonction que le travail d'élaboration des projets peut avoir pour l'équipe. Lorsque les pathologies auxquelles nous sommes confrontées attaquent quotidiennement le travail de la pensée, les projets personnalisés viennent le soutenir. En promouvant ce qui bouge, en remettant du sens sur l'importance du maintien des acquis, le projet permet de revaloriser les pratiques et redonner du sens aux activités. Le bénéfice, tant pour l'équipe que pour les personnes accueillies, est donc indéniable. Pourtant, le risque est d'aller à l'encontre du sujet pour lequel nous travaillons. Il ne s'agit pas en effet de transformer le travail de projet personnalisé en une justification des pratiques. Les pratiques représentent des moyens d'atteindre un objectif. Les objectifs doivent naître des besoins repérés pour un enfant donné. Le projet est avant tout au service de la personne. Il ne doit pas être une aliénation de l'enfant aux désirs des adultes. Pour éviter cet écueil, le recours à un travail clinique tel que présenté ci-dessus est incontournable. A lui seul, celui-ci permet en effet de réveiller le travail de la pensée au sein des équipes tout en garantissant le respect du sujet.

De la réunion clinique à la réunion de projet (2)

Claude VOLKMAR

L'élaboration d'un projet individuel est un processus qui requiert la participation des différents professionnels d'une équipe ainsi que celle de l'intéressé et de sa famille.

Ce processus, auquel contribue le psychologue, va de l'évaluation des besoins de la personne accueillie ou accompagnée à l'élaboration concertée des objectifs de soins, d'éducation et d'accompagnement, de formation, de suivi social et d'insertion. Puis, ces objectifs se réalisant dans le temps, se pose la question de l'évaluation de leur atteinte et de leur réajustement progressif.

A chacun de ces moments, se tiennent habituellement des réunions, diversement intitulées, où s'élaborent des représentations partagées des besoins, où se décident les priorités parmi les objectifs, où s'évaluent et se définissent les réajustements nécessaires.

Un projet individuel est donc un plan d'action (qui suppose des régulations et un management spécifiques) mettant en synergie des actions de plusieurs professionnels, et ces actions doivent comporter un sens global allant au-delà d'une simple juxtaposition d'interventions.

En reprenant le schéma classique de la CIH¹ qui distingue les plans d'expérience relevant de la *déficience*, de l'*incapacité* et du *désavantage*, on pourrait produire une sorte de distribution des professionnels d'une équipe pluridisciplinaire sur ces différents plans :



Le projet individuel est la résultante d'une construction pondérée d'objectifs d'état et d'action sur l'ensemble des plans. Chacun connaît la difficulté d'établir des priorités : l'éducateur est-il entendu lorsqu'il dit au pédagogue que l'enfant n'est pas encore disponible au travail scolaire ? Le médecin est-il entendu des éducateurs lorsqu'il estime qu'une activité, stimulante au demeurant, n'est pas adaptée aux déficiences ? Le psychologue est-il plus concerné par l'un des plans ? ou par l'ensemble ?... Sauf à être identifié comme thérapeute, c'est-à-dire impliqué essentiellement dans la dimension du soin, le psychologue «*institutionnel*» est concerné par l'ensemble des plans dont le projet individuel est la résultante.

En termes d'évaluation de projet, on pourrait avancer que :

- le directeur (ou son représentant) est garant de l'efficacité du projet (c'est-à-dire de la relation entre les objectifs et les moyens – humains et matériels – mis à disposition du projet) ;
- chaque professionnel est garant de l'efficacité (c'est-à-dire de la relation entre les objectifs posés et leurs résultats effectifs) ;
- le psychologue est garant de la cohérence (c'est-à-dire de l'articulation entre les différents niveaux d'objectifs) de manière à préserver une approche globale et équilibrée, porteuse de sens. Le psychologue doit également être attentif à l'impact du projet, c'est-à-dire à tous les effets «*en plus*» produits par le projet : mieux travailler ensemble, développer une cohésion d'équipe, etc.

Pour des réunions plus efficaces

Dans les équipes, on constate malheureusement encore très souvent la difficulté à obtenir des réunions efficaces où les décisions sont effectives, appliquées et suivies. Cela résulte plus particulièrement du fait que les réunions d'élaboration des projets individuels demeurent sur le modèle des réunions de synthèse, qui présentent habituellement plusieurs inconvénients.

RÉFÉRENT <i>Présentation de la situation de l'usager</i>	PSYCHOLOGUE COLLÈGUES Commentaires	RESPONSABLE RÉFÉRENT <i>«Que fait-on ?»</i>
9H00		9H45 10H00

Ce schéma de réunion de synthèse est peu productif parce qu'il tend à confondre deux temps de production intellectuelle qu'il est impossible de comprimer en une heure :

- il s'agit le plus souvent de tenter la construction d'une représentation partagée de la situation au moyen de commentaires en réaction à la présentation faite par le référent («*cela me fait penser à...*», «*avec moi, ce n'est pas pareil*», etc.). Le risque est d'assister à une dérive des commentaires vers ce que Dan SPERBER, dans *Le savoir des anthropologues*², décrit comme accumulation de «*représentations de représentations*», du fait de la saturation interprétative des commentaires ;
- cela explique le malaise fréquent de fin de réunion de synthèse où le responsable s'inquiète du peu d'engagements concrets obtenus en discussion. On peut plaindre aussi le référent qui risque à tout coup de n'être fidèle, dans son compte-rendu, à aucune des positions exprimées. Avec du flou, on ne peut que faire du flou, même s'il est artistique !

Dans ce schéma, le psychologue a une place malaisée. Pris dans le flux des commentaires, il ne peut que difficilement s'en distancier et tenir une vision globale. De fait, il convient sans doute de distinguer deux temps de réunions, qui n'ont pas les mêmes objets :

- un premier temps «*d'étude de cas*» qui est par définition une réunion clinique où se confrontent des représentations à propos de la situation d'un usager. Dans cette réunion, s'élaborent des hypothèses de compréhension, des points d'observation ou de bilan à approfondir. Dans ce premier temps s'esquissent également les prémisses d'objectifs de travail qu'il appartient à chaque professionnel de mieux formaliser pour préparer la réunion de projet. Ce premier temps est naturellement animé par le psychologue.
- un deuxième temps, appelé «*réunion de projet*» plutôt que «*réunion de synthèse*», qui doit permettre une véritable négociation concernant des objectifs posés sur les différents plans concernés par le projet individuel. C'est par l'exigence posée d'une préparation par chacun de ces objectifs, décrits ensuite en réunion, que l'on a quelque chance d'aboutir à une décision claire lors de la réunion.

1 Aujourd'hui dépassé par la complexité des niveaux d'interaction proposés par le nouveau modèle de la CIF. Il n'est évoqué ici que pour ses vertus «*pédagogiques*».

2 SPERBER (D.), *Le savoir des anthropologues*, Hermann, Paris, 1982.

Le psychologue et la place de l'utilisateur dans la démarche de projet

Muriel ROUSSELLE

Frank a vingt-et-un ans. Il est maintenu à l'IME au titre de l'amendement Creton en attendant une orientation en CAT. Lors de rencontres hebdomadaires, Frank me dit souvent : «ce serait bien la retraite» ou encore : «c'est bien le chômage». J'interroge alors ce projet de travail :

- auprès de Frank d'abord qui me répond, un peu gêné (il n'ose pas souvent affirmerson avis) : «je préférerais pas travailler... c'est trop dur... je me fais engueuler, je vais pas assez vite».*
- auprès de son éducatrice d'atelier ensuite qui me répond qu'elle est inquiète du projet, qu'il faudrait un CAT avec un petit rythme car Frank ne supporte pas la pression liée au rendement, qu'il a très peur de faire des erreurs. Elle pense qu'il ne pourra pas tenir dans un CAT classique. Son stage s'est bien passé, mais au prix de très gros efforts, et il en est revenu très fatigué.*
- le reste de l'institution est d'accord avec ce que l'éducatrice d'atelier énonce. On attend donc une place dans un «CAT petite vitesse». Mais voilà : ça n'existe pas.*

Alors pourquoi ce projet de travail ? Dans quelle logique s'inscrit-il ? «C'est la famille qui y tient» me répond-on, rajoutant qu'il n'y a pas moyen de leur en faire démordre. Je décide alors de rencontrer les parents, avec Frank, et de leur faire part de mes doutes quant à la pertinence de ce projet : «Mais pourquoi on ne nous l'a pas dit avant ?... Bien sûr qu'on voudrait bien qu'il travaille, ça nous rend fiers ce projet, on en parle même à tout le monde... Mais on ne veut pas le mettre en difficulté si ça ne lui convient pas le CAT... vous pensez à quoi comme endroit ? »

Après que Frank, ses parents et l'institution eurent pris le temps d'écouter ce que chacun avait à dire de ce projet d'orientation, les choses sont allées vite : dossier COTOREP, inscriptions sur listes d'attente, perspective de sortie.... Aujourd'hui, Frank est dans un centre d'accueil de jour où il continue de s'épanouir. Il y trouve des activités stimulantes et valorisantes sans pour autant subir cette pression liée au rendement qu'il savait ne pouvoir tenir.

Le cas de Frank montre une articulation tardive entre différentes logiques : logique de Frank, logique de sa famille, logique institutionnelle – peut-être même entre plusieurs logiques institutionnelles. Or, tout projet nécessite cette articulation pour ne pas être qu'une juxtaposition de projets – parfois contradictoires, et souvent incompris par les autres parties – juxtaposition qui induit un morcellement de la prise en charge et inévitablement des effets de rivalité. Cette rivalité est d'autant plus marquée que les projets en question concernent un individu dont deux parties se partagent l'accompagnement et parfois se le disputent : la famille et une institution.

Articuler, c'est mettre en lien. Cela implique plusieurs étapes qui s'entrecroisent tout au long de l'accueil de l'individu :

- une clarification institutionnelle sur sa propre logique,
- une écoute de l'individu sur son propre projet, une aide à l'élaborer quand c'est nécessaire,
- une même écoute en ce qui concerne la logique familiale,
- une mise en lien, un temps d'échange autour des écarts, des contradictions entre les différentes logiques.

L'association de l'utilisateur direct à son propre projet

A l'IME, les interlocuteurs principaux, responsables du projet de l'enfant ou de l'adolescent, sont bien entendu les parents. Il est cependant indispensable d'associer l'enfant ou l'adolescent à cette élaboration : c'est bien lui que cela concerne en premier lieu et ce projet est la base de tout le travail éducatif avec lui. L'associer à cette démarche lui confère un statut de sujet, acteur de son existence, et non pas objet perpétuel du désir de l'autre, passif et dans l'attente. Aider l'enfant ou l'adolescent à avoir un regard sur ses compétences, mais aussi ses difficultés, c'est lui permettre de s'ouvrir, puis d'assumer sa dimension de sujet manquant, incomplet, ce qui en final doit être l'objectif de tout travail éducatif.

Parfois il est difficile d'écouter ce que l'enfant aurait à dire de son projet d'accueil lorsqu'il présente une déficience intellectuelle. Quand il a des troubles importants de compréhension, d'expression verbale, d'élaboration du temps et des difficultés à se projeter, comment penser la forme de ce travail ? Il faut accepter qu'il y ait des situations où nous devons renoncer à associer l'utilisateur direct à l'élaboration du projet le concernant, au moins pour un temps. Il en est ainsi pour certains jeunes qui souffrent d'autisme ou de handicap intellectuel sévère. Pour les autres, il s'agit de les associer d'emblée et tout au long de la prise en charge. Toute l'étape de bilan doit avoir comme prérequis cette association de l'utilisateur. Pour cela, il est indispensable d'utiliser un langage commun, exempt de tout jargon. La notion d'autonomie, par exemple, ne représente pas grand chose pour un adolescent déficient intellectuel. Par contre, il peut parfois en comprendre les différentes déclinaisons pratiques (savoir préparer ses habits seul, aller seul jusqu'à l'atelier, savoir occuper son temps libre,...).

Annabelle était en désaccord avec son éducatrice qui lui disait qu'elle n'était pas autonome pour la toilette et différents actes de la vie quotidienne. Le conflit s'organisait à partir d'une incompréhension mutuelle : du point de vue d'Annabelle, elle savait se laver, son éducatrice était donc injuste et lui en voulait pour une raison obscure ; du point de vue de son éducatrice, Annabelle n'était pas autonome pour sa toilette et, à ne pas l'accepter, se montrait immature et inapte à juger de ses capacités.

C'est en reprenant point par point ce qu'entendait l'éducatrice par autonome (se laver seule bien entendu, mais également y penser seule, préparer seule le nécessaire,...) qu'elles ont pu s'entendre et définir ensemble un objectif à atteindre.

Annabelle est une adolescente qui ose exprimer son désaccord et qui sait le faire. Ce n'est pas le cas de tous, d'où l'importance d'être vigilant à entendre les signes que donne le jeune. Ceux-ci ne sont pas souvent verbaux mais plus comportementaux. Il faut les repérer dans les préférences, les motivations, les oppositions, les fuites de l'enfant avec un présumé : l'enfant est apte à penser et dire des choses concernant sa prise en charge, ses capacités et difficultés, ses progrès et ses échecs, ses envies,...

Dans cette étape, j'envisage le rôle du psychologue comme celui de « passeur ». Si la pratique de l'IME me semble aujourd'hui encore trop éloignée de la démarche d'association de l'utilisateur à son projet, il s'agit cependant pour moi de la porter à chaque fois que c'est possible : rappeler à l'éducateur que l'enfant ou l'adolescent, tout handicapé qu'il soit, peut prendre des décisions le concernant, aider l'enfant à se faire entendre de son éducateur, les aider à se rencontrer, ou parfois porter sa parole... Cette rencontre est parfois difficile. Pour qu'elle advienne vraiment, l'éducateur doit en effet accepter de renoncer à sa place de « supposé sachant », accepter aussi de s'ouvrir à la dimension d'être manquant et perdre une certaine illusion de toute puissance :

«se situer en supposé avoir ou savoir ce qui manque à l'usager relève [...] d'une escroquerie»¹, déclare à ce sujet Joseph ROUZEL en décrivant l'attitude de certains travailleurs sociaux.

Pour Noël, Michel allait avoir un beau cadeau dont il rêvait depuis longtemps : une voiture télécommandée. Cela dépassait un peu le budget alloué par l'institution, mais ses éducateurs s'étaient débrouillés. Peu avant la soirée, son éducatrice vint me demander conseil : le lendemain de la fête, ce sont les vacances et les adolescents du groupe ont l'habitude d'emmener chez eux leur cadeau pour le montrer à leurs parents et en profiter pendant cette semaine de coupure. Seulement voilà, on a l'impression que les frères de Michel ont tendance à s'approprier ses affaires et, quand il emmène quelque chose chez lui, ça ne revient jamais. Comment dire à Michel qu'il doit laisser son cadeau ici quand tous les autres emmèneront le leur ?

Je suggérais d'aborder la question avec Michel et de le laisser prendre lui-même la décision. Il en est capable si on lui explique correctement les tenants et les aboutissants. Mais pour cela, il fallait avant tout que ses éducateurs acceptent que Michel puisse emmener chez lui sa voiture et qu'ils n'en sachent plus rien, qu'ils acceptent qu'il en soit peut-être dépossédé, qu'ils acceptent que cela leur échappe. En dernier lieu, il fallait que ceux-ci acceptent d'avoir, peut-être, à reprendre dans l'après-coup la déception et les regrets de Michel, non pas comme une évidence annoncée, mais comme une expérience de vie. Il ne s'agissait pas tant de se substituer à Michel dans ses décisions que de l'aider à les prendre, les assumer et en tirer des leçons si nécessaire.

Le psychologue, de par sa place en marge de la prise en charge et de par sa fonction dans l'institution, est bien placé pour remplir ce rôle de médiateur entre le jeune et ses éducateurs. Même s'il connaît bien les jeunes, il n'est pas pris dans une pratique quotidienne maternante comme le sont les éducateurs, ce qui lui apporte une possibilité de recul importante dans ce travail. Par ailleurs, les liens établis tant avec les jeunes qu'avec les éducateurs lui permettent d'occuper cette place un peu intermédiaire entre eux. Enfin, il est habitué à repérer les indices non verbaux et comportementaux comme mécanismes de défense ou comme «discours», et peut être une aide précieuse à la compréhension de ces signes.

Le second point que j'aimerais aborder dans ces difficultés à prendre en compte pour pouvoir réellement associer l'usager direct à son projet concerne la problématique de s'autoriser, pour l'enfant ou l'adolescent, à s'éloigner ou à aller à l'encontre d'un projet familial. Cela nécessite en effet une prise d'indépendance importante par rapport à ses parents, alors même qu'il est encore très dépendant d'eux du fait accru de son handicap. L'usager peut alors avoir le sentiment de trahir ses parents et prend le risque de perdre leur amour. Ceci est une situation que l'on observe couramment chez les adolescents pendant une période qui n'est pas exempte de mouvements violents, d'oppositions fortes à la famille, de remises en question de l'ordre établi... L'adolescent «normal» a les moyens d'assumer ces mouvements et ces risques car il possède des expériences narcissiques suffisamment étayantes. Ce n'est rarement le cas de l'adolescent handicapé intellectuel qui, généralement, a été maintenu dans des liens de dépendance importants, soit du fait des incapacités qui résultent de son handicap, soit du fait de mouvements réactifs au handicap générant une surprotection familiale, mais aussi parfois institutionnelle. Ainsi n'a-t-il eu que très peu l'occasion d'émettre un avis sur des choses le concernant. Parfois, on ne lui a encore jamais demandé son avis sur une tenue à acheter ! Il a donc tout un chemin à accomplir pour apprendre à dire ce qu'il a à dire sur les projets le concernant. C'est encore un autre chemin que d'oser dire non à un projet pensé pour lui par ses parents.

Bernard est un adolescent très autonome. Il a un handicap intellectuel moyen, mais il est surtout gêné par une épilepsie récalcitrante aux traitements et une lenteur idéo-motrice. Après une longue scolarisation en milieu ordinaire où il a souffert d'exclusion et de moqueries, il a du rejoindre l'IME. D'emblée, un projet CAT est envisagé – projet correspondant aux vœux de sa maman (un avenir au travail lui semble très normalisant) et très investi par Bernard lui-même qui en parle beaucoup. Mais, au fil du temps, les difficultés de Bernard s'accroissent, et surtout sa lenteur idéo-motrice. L'intégration partielle qu'il fait en semaine au CAT devient de plus en plus difficile, malgré l'étayage important de l'équipe éducative. Progressivement, il va donner des signes de crainte par rapport au projet. Alors qu'on aborde nos doutes avec sa maman, elle se montre récalcitrante à une modification du projet. L'équipe attend alors de Bernard qu'il demande de modifier ce projet. Bernard, bien que conscient de ses difficultés grandissantes et malgré une peur importante, n'a pu faire cette démarche tout seul. C'était à la fois trop dur narcissiquement (renoncer à une image valorisante de soi) et trop dur vis-à-vis de ce qu'il supposait des attentes de sa maman. Il a fallu un long chemin à l'institution pour prendre enfin une décision que Bernard ne pouvait prendre et modifier le projet d'orientation.

Il nous est difficile d'accepter qu'un enfant ou un adolescent n'exprime pas ce qu'il a à dire alors qu'il en possède les moyens intellectuels qui font défaut à d'autres. Or, pris dans un conflit de loyauté, certains ne peuvent réellement pas énoncer leur avis et c'est leur faire violence que de leur demander. C'est aussi être à son écoute que de prendre parfois une décision pour un jeune sans son accord explicite. C'est alors l'institution qui porte le poids du « mauvais », ce qui permet de dégager le jeune de cette problématique familiale.

Le travail par la suite est un travail d'accompagnement important afin que la personne et ses parents comprennent et acceptent la décision. Si ces situations doivent rester exceptionnelles, elles existent cependant. C'est ce qui fait de nous des professionnels, c'est à dire des personnes aptes à penser un projet en lien avec les capacités de la personne, ses envies, mais sans projection personnelle et sans culpabilité.

Là aussi, le rôle du psychologue est celui d'un médiateur et d'un passeur, un facilitateur. Il se doit d'être attentif aux éléments qui empêchent le sujet de s'exprimer. Essayer de les supprimer n'est pas toujours possible. Il s'agit alors d'aider l'équipe à les repérer, puis l'étayer dans sa prise de décision, parfois la déculpabiliser voire la légitimer. Il a ensuite sa place dans le travail avec la famille, pour l'aider à entendre la décision, l'élaborer et la faire sienne.

L'association des parents (usagers indirects) au projet de leur enfant

Ce sont les parents² qui sont nos intermédiaires légaux dans ce travail autour des projets personnalisés. Ce sont eux en effet qui signent le contrat de séjour qui spécifie le projet de leur enfant. S'ils apparaissent là dans une place qui se voudrait celle d'un partenaire, l'institution a parfois bien des difficultés à les penser comme tels. Cela est parfois vécu de manière persécutrice : « alors maintenant les parents peuvent décider de tout ? », « et si on est pas d'accord, il va quand même falloir faire comme ils veulent ? »... On sent là une crainte de passer d'une toute puissance institutionnelle (l'institution est seul décideur) à une toute puissance parentale. Or, un travail de partenariat n'est pas tout à fait ça. Un travail de partenariat est plutôt un travail commun à deux parties, différentes mais ayant chacune une pierre à apporter à l'édifice et de la place qui est la sienne. Cela implique de reconnaître les parents aptes à penser autour des besoins de leur enfant. Cela implique également tout un cadre institutionnel pour travailler avec la famille car, il faut bien le dire, certains parents ont cette tendance à déborder.

Dans cette difficulté à penser la famille comme partenaire, il existe le risque d'un semblant d'association à l'élaboration du projet : il est en effet beaucoup plus simple de présenter à la famille un projet prépensé et de lui demander rapidement son accord. Pour se dégager de ce risque, il est important en premier lieu de clarifier les rôles de chacun dans l'élaboration du projet. Si les parents ont des choses à dire du côté de l'évaluation et des objectifs de travail qui en découlent, les moyens de mise en œuvre sont, eux, du seul côté de l'institution. Ils sont en effet l'expression de toute la pédagogie éducative, de l'expérience de travail des professionnels et des capacités de l'institution. Ainsi, cela relève-t-il des décisions institutionnelles. Or, toute une pratique ces dernières années, dans une tentative de répondre aux attentes des annexes XXIV, a voulu qu'on ne demande aux parents leur avis que sur ces points-là ! Les familles ont donc une bonne expérience d'échanges autour de demandes de l'activité piscine ou poney ou classe... Elles sont plus en difficulté lorsqu'il s'agit de parler d'objectifs de travail. Par ailleurs, définir un objectif de travail paraît moins concret que définir un moyen. Tout le monde sait après tout ce qu'est l'activité piscine (disons que chacun en a une représentation, et que les représentations parentales concernant cette activité ne sont pas les mêmes que les représentations éducatives). Mais, à part les éducateurs, qui se représente bien ce que signifie un objectif comme «aider le jeune à intégrer son schéma corporel» ?

Pour faire un réel travail d'association des parents à l'élaboration du projet de leur enfant, il est donc important, dans les échanges entre institution et parents, que l'institution présente clairement le cadre de travail, les points de négociation et les points qui ne le sont pas, et que l'institution utilise un langage simple, exempt de jargon et compréhensible par tous.

Ces prérequis posés, il nous faut maintenant aborder les points de butée à ce travail. En effet, face à une structure de parentalité de type névrotique, les échanges sont globalement simples. Il n'en est pas de même lorsqu'on est face à des structures de parentalité de type psychotique, où l'indifférenciation entre les membres de la famille domine. Certaines familles sont à ce point attaquées par le handicap de leur enfant que leur seule possibilité de survie est le maintien tel quel de leur fonctionnement. Dans ces situations, un projet pour l'enfant, peut alors être vécu comme risque important. De fait, un projet explicitement en direction d'un des membres de la famille introduit de la différenciation. Par ailleurs, un projet comporte toujours, peu ou prou, un objectif d'autonomie pour la personne, objectif inélaborable pour une telle famille.

Julie, seize ans, est une jeune autiste extrêmement renfermée et très très dépendante, ne faisant aucun acte de la vie quotidienne par elle-même. Depuis plusieurs années, ses éducateurs avaient la sensation qu'elle apprenait des petites choses une semaine (boire et manger seule) et qu'il fallait perpétuellement les lui réapprendre la semaine suivante, sa maman ne pouvant se résoudre à laisser Julie s'autonomiser un peu, toutes deux vivant dans un lien très fusionnel. L'institution décida alors de les séparer, espérant créer une séparation psychique à partir d'une séparation physique. Julie irait une fois par mois au foyer de week-end qui dépend de l'IME. Les parents ont accepté, avec quelques réticences. Quelque temps après, l'institution apprit que la table était mise pour Julie, même pendant ses week-end au foyer... Au bout de quelques mois, le papa de Julie utilisa un prétexte pour menacer l'institution de défaut de surveillance, qui prit alors peur et décida de suspendre l'accueil de Julie au foyer de week-end.

Nous sommes bien là face à une famille qui ne peut penser en terme d'autonomie, progrès ou différenciation pour sa fille. Tout projet allant dans ce sens ne peut que renforcer des mécanismes de défense familiaux déjà bien rigides et pousser la famille au passage à l'acte, comme

ultime moyen de défense contre un projet vécu comme une attaque de son fonctionnement. Aujourd'hui le projet de Julie est davantage tourné vers le bien être avec, autant que possible, le maintien des quelques acquis gagnés. Les relations avec la famille sont redevenues sereines. Plus frustrant pour l'équipe, ce type de projet peut sembler peu ambitieux et même mortifère lorsqu'il est pensé pour une adolescente. Pourtant, il répond bien aux besoins de cette jeune, en prenant en compte son environnement et en respectant le fonctionnement de sa famille.

Face à ces familles, le rôle du psychologue est important, étant le plus apte à repérer les types de fonctionnement familiaux. Or, c'est de ce repérage que dépend une partie de la réflexion institutionnelle autour du projet de l'enfant. Comme on vient de le voir, on n'élabore pas tout à fait le même type de projet selon que la famille fonctionne sur un mode différencié ou non.

Si le travail face à des familles fonctionnant sur un mode névrotique est plus simple, il n'est cependant pas sans difficultés. J'ai souvent été étonnée, demandant à des parents, à différents temps de la prise en charge, ce qu'ils attendaient de l'institution pour leur enfant, du vide de leur réponse : «ça, c'est vous qui pouvez savoir», «oh ! qu'il soit bien, c'est tout», «j'ai renoncé à ce qu'il travaille un jour, alors... qu'il en apprenne le plus possible»...

A quoi renvoie cette quasi sidération ?

Il y en a certainement d'autres, mais j'ai repéré trois hypothèses possibles :

- La première des réponses me renvoie à une difficulté, pour certains parents, à oser demander quelque chose à l'institution qui a enfin accepté leur enfant. La situation actuelle est telle que les places pour les personnes très dépendantes, ou avec de gros troubles du comportement, sont excessivement rares. Certaines familles ont attendu des années avant de voir leur enfant rentrer en structure spécialisée, avec parfois aucune aide du secteur pédopsychiatrique. Dans ces conditions, l'arrivée à l'IME est souvent vécue comme une fin en soi et il faut du temps avant que ne puisse s'élaborer autre chose. Par ailleurs, la crainte fantasmatique de voir l'enfant rejeté s'ils expriment une demande freine parfois les parents dans leurs échanges avec l'institution. Ils se posent en bon objet de l'institution. Nous sommes alors confrontés à des familles excessivement reconnaissantes, ce qui peut être très valorisant. Cependant, si nous n'y prenons garde, nous ne pouvons plus nous considérer face à des partenaires de travail dans l'élaboration du projet de l'enfant.
- Cette première réponse me fait penser à une difficulté, pour les parents, de se reconnaître compétents, face à des professionnels, en ce qui concerne leur enfant. Il s'agit également d'une crainte d'être disqualifiés par ces derniers : «vous vous faites des illusions madame, votre fils ne saura jamais lire». Qui n'a entendu, un jour, une famille se plaignant d'avoir été incomprise de la sorte ? Nous sommes alors dans une situation de rencontre biaisée où l'un, se supposant manquant, pose son interlocuteur à la place de *supposé savoir*. Il est capital que l'interlocuteur ne s'identifie pas à cette place qui lui est proposée là (comme c'est le cas dans cet exemple) sous peine d'escroquerie pour reprendre le terme de Joseph ROUZEL. Cela empêche, en effet, toute rencontre possible autour du projet de l'enfant. Il faut ensuite identifier les parents dans leurs compétences parentales, dans leur savoir. Il s'agit de les restaurer dans leur légitimité à penser, projeter, rêver autour de leur enfant. Alors, seulement, la rencontre peut avoir lieu : des parents face à des professionnels, chacun à sa place et reconnu dans ses compétences propres.
- Les deux autres réponses semblent plus renvoyer à une problématique de non inscription de la personne dans une histoire. La handicap fige les représentations autour de la personne dans un temps infini et sans butée. Les progrès, si lents parfois, ne permettent pas de marquer le temps et donc de penser le futur. Et comment penser un avenir à cet enfant si différent de

soi, dans lequel on ne peut projeter la réalisation de ses propres rêves ? Dans ces conditions, comment les parents peuvent-ils ne pas être sidérés par une question sur ce qu'ils projettent pour leur enfant ? Il est alors important d'aider la famille à repérer tout ce que l'enfant a déjà accompli. Cela le réinscrit dans une temporalité et permet de rétablir la capacité de rêver à son sujet. C'est là l'identification à la capacité du professionnel à penser un projet pour leur enfant qui permet de restaurer, au moins *a minima*, cette capacité pour les parents.

Il est important de repérer ces situations et de s'en dégager. Le risque est de se retrouver en face d'une famille qui fait semblant de penser autour de son enfant et qui dit oui à tout. C'est confortable et très valorisant d'avoir l'impression d'être de bons professionnels. Mais ce n'est pas un vrai travail d'association de l'usager au projet. Ce n'en est qu'une pâle imitation.

Tout comme dans la phase d'association de l'usager direct à l'élaboration de son projet, dans cette phase d'association de la famille, j'envisage le rôle du psychologue comme celui d'un facilitateur. En effet, il a compétence à repérer, élaborer et transmettre à l'équipe les signes qui freinent un réel travail de partenariat avec les parents. Il permet donc de gagner du temps et parfois même de limiter les conflits. Par la suite, il se doit d'accompagner les éducateurs dans la première élaboration du projet de l'enfant, en amont de la rencontre avec la famille. L'objectif est de construire une pensée autour de cet enfant qui soit entendable par ses parents et à partir de laquelle l'échange va pouvoir se nouer. En ce sens, il est garant de cette association des familles à l'élaboration du projet de l'enfant ou de l'adolescent accueilli dans l'institution.

Le temps est encore récent où il a fallu que l'institution réfléchisse aux projets personnalisés des personnes qu'elles accueillent et, encore plus récent, le temps où il a fallu commencer à associer ces personnes et leurs familles à cette élaboration. La pratique de terrain en est donc encore à se chercher, se réajuster au fil des rencontres. C'est de ce travail que sont issues les vignettes cliniques proposées dans ce texte. Dans cet objectif d'association des usagers à l'élaboration de leur projet, le rôle du psychologue est parfois difficile à cerner. Il est en effet dans une position intermédiaire entre usager et institution, dans une fonction de passeur, de médiateur. Son rôle est d'aider chaque partie à se rencontrer, à s'entendre et à se retrouver autour d'objectifs communs, par delà les différences. Si l'institution peut avoir l'illusion de pouvoir se passer de son aide, elle a cependant tout intérêt à l'utiliser, dans un gain de temps, d'énergie, de conflits, et pour une meilleure compréhension mutuelle.

1 ROUZEL (J.), «*Du bon usage des parents*», in *La lettre du GRAPE*, n°46, décembre 2001.

2 J'utilise dans ce texte le vocable de famille comme synonyme de celui de parents, par commodité de rédaction, même s'il est bien entendu que ces deux mots ne font pas référence strictement aux mêmes personnes. Nous n'avons pas, dans le cadre de l'IME, de fratrie ou de grand parents tuteurs d'un enfant ce qui fait que seuls des parents sont nos interlocuteurs en ce qui concerne le travail de projet personnalisé.

AUTRES ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

■ ANDRE-FUSTIER (F.), «*Quels dispositifs institutionnels pour les familles en grande difficulté psychique ?*», in *La lettre du GRAPE*, n°46, décembre 2001.

■ FALCONNET (C.), «*Parents, parentalité, groupe familial. A propos des établissements d'éducation spécialisée régis par l'annexe XXIV*» in *Parents/Famille/Institution*, Centre de recherche sur les inadaptations, Bron, 1997.

La place des projets individuels dans une dynamique institutionnelle de qualité

Flora-Leila BLAHAY

La démarche qualité, le psychologue et l'institution

La loi du 2 janvier 2002 et les remaniements qu'elle impose met à rude épreuve les pratiques institutionnelles et éducatives : elle a mis en pleine lumière un certain nombre de faiblesses au plan institutionnel, et parfois la résistance au changement des personnels.

Dans le passé, l'organisation de l'institution était souveraine par rapport aux aspirations de l'utilisateur, même si les familles et usagers étaient globalement satisfaits des prestations proposées. La loi a fait un peu «*effraction*» en s'introduisant comme un «*tiers*» dans des habitudes de fonctionnement que personne ne souhaitait véritablement changer.

La démarche qualité lancée au niveau des trois établissements du Centre Denis Cordonnier, en 1999, nous a demandé de faire un état des lieux sur le plan de nos pratiques en repartant du fonctionnement des différents services et des besoins potentiels recensés chez les usagers.

L'institution a «*revisitée*» l'essentiel de son fonctionnement, en se réinterrogeant sur la pertinence de ses actions, afin de se mettre en conformité avec la loi.

Un comité de pilotage a été créé afin de mener à bien cette mission. Les psychologues, qui ont une place de cadres fonctionnels dans l'institution, ont été engagés dans cette démarche. Ils n'interviennent pas directement dans le fonctionnement général de l'établissement et ils n'occupent pas non plus de fonctions hiérarchiques, mais ils engagent leur responsabilité dans leur domaine de compétence où ils sont sollicités comme «*experts*». Il n'est pas anormal qu'un psychologue occupant une position de cadre fonctionnel soit convoqué à cette place là : il est important qu'il puisse apporter son éclairage au niveau institutionnel dans des domaines qui le concerne. Dans le cadre du comité de pilotage, il peut également être chargé de missions spécifiques dans la conception opérationnelle du projet d'établissement. Il est bien entendu qu'il le fera en tant que professionnel responsable, dans le respect du code de déontologie des psychologues.

« La fonction première du psychologue institutionnel est de maintenir en éveil permanent la question du cadre, de son instauration et de son respect, de son maintien, voire de ses réaménagements ».¹

Le psychologue clinicien en institution doit affirmer l'originalité de sa démarche dans le cadre du travail institutionnel. La «*démarche qualité*» engage aujourd'hui toute l'institution dans une «*formalisation*» des pratiques de prises en charge en interne et en réseau, tant à l'échelon de l'établissement qu'à celui des projets individualisés.

A partir de ses compétences techniques et de ses connaissances en psychopathologie, il se doit de travailler «*dans et avec les équipes interprofessionnelles*» : équipes de direction, responsables d'encadrement, équipes médico-psychologiques et sociales, groupes d'éducateurs et autres partenaires concernés.

Au niveau des équipes éducatives, il effectue un travail d'investigation, d'analyse et de mise en lien à partir de problématiques que posent les usagers. Si un éducateur vient à demander un conseil pour un résident, le psychologue n'a pas à jouer au «*psychanalyste*» en lui renvoyant ses propres angoisses, position qui viendrait alimenter l'image du psychologue qui sait mais qui ne répond jamais aux questions du profane. Cette attitude, souvent adoptée dans le passé par des psychologues qui avaient du mal à trouver leur place en établissement, verrouille les possibilités d'élaboration autour du sujet et ne permet pas d'effectuer le travail demandé au plan institutionnel.

D'un point de vue déontologique, la démarche du psychologue se situe avant tout du côté de «*l'individu en situation*», privilégiant une approche clinique et évaluative des conduites de l'usager au sein de son environnement. C'est l'observation clinique du sujet qui suggère des hypothèses de travail. Le psychologue en institution soutient la personne handicapée dans un accompagnement au long cours et *ne travaille pas hors du temps*.

Le comité de pilotage, où sont représentés les trois établissements (CAT, foyer et accueil de jour) a réfléchi à la notion de «*démarche qualité*» et aux déclinaisons possibles ou souhaitables dans le cadre des projets d'établissements et des projets individualisés.

Il a fallu trier, dans la masse des procédures proposées, ce qui pouvait être réellement utile pour les usagers, les professionnels, les partenaires sociaux et institutionnels concernés.

Un processus dans lequel les psychologues, parmi d'autres intervenants, doivent situer leurs créneaux d'interventions.

La démarche qualité et l'accompagnement dans le cadre du CAT

Au CAT, le travail a une visée thérapeutique par une intégration au réel et une valorisation narcissique par ce qu'il permet aux individus de vivre.

Chaque usager a des besoins spécifiques, même si de grands axes peuvent se dégager au niveau de l'accompagnement. Pour tous, quel que soit le niveau de handicap, un processus de reconnaissance de soi, puis peu à peu d'identification, peut se mettre en place. Chaque usager a besoin d'être reconnu, guidé, valorisé, sécurisé par le cadre de travail et l'accompagnement proposés par le CAT.

La visée thérapeutique ici ne consiste pas simplement à faire progresser les capacités de la personne au travail, mais bien d'établir une relation qui lui permette une certaine sécurité intérieure.

Les psychologues, en comité de pilotage, ont travaillé dans le sens d'une meilleure lisibilité des actions menées sur le terrain. Ils ont également participé à la clarification des différents cadres de travail et à la codification des prestations fournies.

Il a été nécessaire de construire des outils simples pour décrypter en quoi consistait le travail demandé aux ouvriers en ateliers :

- comment se décompose le travail ?
- comment explique-t-on les gestes de travail ?
- par quel canal sont enregistrées les consignes de travail ?
- comment la personne s'approprie le travail ?

Dans les ateliers, la déclinaison de la démarche s'est traduite par une observation plus fine des gestes de travail et de leur enchaînement. Une plus grande rigueur au quotidien a permis la mise en place de grille de compétence pour chaque ouvrier et la réalisation de projets dans le sens d'une plus grande polyvalence.

Au plan individuel, il n'y a pas eu beaucoup de résistance au changement. Les ouvriers ont été plutôt stimulés et valorisés narcissiquement : ils ont fait des découvertes sur les nouvelles possibilités que leur offrait le travail. En ce qui concerne les projets professionnels, la plupart des ouvriers se sont exprimés dans le bon sens et ont formulé, avec beaucoup de pertinence, leurs demandes de formation ou de changement.

Sur le plan de la dynamique d'atelier, cela s'est traduit par une rationalisation plus formalisée de la chaîne de production et des écrits qui ont mis à contribution les moniteurs d'ateliers et ouvriers. Les projets ont induit davantage de polyvalence et de mouvement dans les ateliers.

A l'échelle du CAT, cette organisation tendrait vers une meilleure répartition du travail entre les ouvriers dans les ateliers et plus de souplesse au niveau des différents bâtiments, ce qui va dans le sens d'une meilleure gestion des ressources humaines.

Au fil du temps, il a été nécessaire d'affiner le suivi et le soutien proposé : le psychologue, en réunion de projet, évalue avec les personnes concernées la faisabilité des projets et réajuste, si nécessaire, les demandes à la réalité. Même si cela ne va pas de soi, les intervenants se doivent de travailler dans un dispositif réellement pluridisciplinaire et coordonné, tout en maintenant la spécificité des approches de chacun. Les partenaires réunis autour d'un projet ont encore du mal à rendre compte des finalités de l'accompagnement et à installer une véritable cohérence au niveau des actions à mettre en place. Dans ce contexte, le rôle du psychologue a été de rendre la démarche de projet vivante et accessible, tout en proposant un cadre de réflexion et des outils de travail cohérents pour y parvenir.

Il doit également veiller à ce que l'application de la démarche qualité dans les établissements et les projets qui en découlent, respectent les itinéraires de vie des personnes accompagnées sans leur faire violence.

La démarche qualité, application au foyer

L'ensemble des acteurs de terrain se sont trouvés fortement sollicités quand il s'est agi de définir des objectifs en matière de fonctionnement, d'organisation, de coordination et d'évaluation des prestations proposées aux résidents.

Parler de l'accompagnement des résidents du foyer, c'est clarifier l'organisation des services et les missions des acteurs sur le terrain, quel que soit le niveau de responsabilité. C'est parler également des pratiques au quotidien, le plus simplement possible, en essayant de dépasser le discours sur l'accompagnement.

Partir de sa pratique, et dire ce que l'on fait, permet à chacun de «retravailler» de sa place les valeurs éducatives qui fondent les pratiques en les confrontant aux autres partenaires institutionnels. Cela permet aussi de ne pas réfléchir uniquement à partir de son propre système de représentations et de s'inscrire véritablement dans un travail collectif, en référence au projet institutionnel.

Parler de l'accompagnement des résidents du foyer, c'est prendre en compte leur vie quotidienne, leur vie sociale et affective, et également le processus de vieillissement qui, pour être véritablement pris en compte, demande un certain nombre de réaménagements sur le plan institutionnel. En effet, plus la personne est démunie, plus elle est sensible à un environnement non adapté : un ajustement positif de son environnement en institution peut produire, avec le temps, une amélioration sur le plan des affects et des comportements.

Au foyer, la médiation n'est plus le travail mais les activités liées au quotidien dans un cadre où la perception de la temporalité n'est plus tout à fait la même.

L'écrit et les outils d'évaluation

Le psychologue au foyer a été sollicité pour mettre en place un outil d'évaluation en interne afin de codifier les différentes prestations proposées aux résidents et repérer les capacités des personnes handicapées au quotidien.

L'évaluation prend en compte la personne handicapée au niveau de ses capacités sociales, affectives, cognitives, environnementales et dans son rapport au corps et à la santé. En effet, il ne sert à rien de mettre en place des activités, ou un quelconque projet, si la personne n'a pas été évaluée correctement au niveau de ses possibilités. Construite sur des bases sérieuses, une évaluation permet de ne pas «*naviguer à vue*», c'est-à-dire de fonctionner uniquement à partir de ses émotions ou de ses intuitions.

Cet outil a été validé en comité de pilotage car il permettait d'harmoniser au plan institutionnel les pratiques d'évaluation sur le terrain et d'améliorer l'accompagnement au quotidien. Non sans avoir provoqué certaines résistances, l'outil est maintenant utilisé sur l'ensemble des groupes de vie.

Pendant longtemps, l'évaluation n'a pas été repérée comme un outil au service de l'utilisateur mais comme une tentative de «*contrôle*» du travail éducatif. La pédagogie par objectifs et l'évaluation des résidents étaient des pratiques peu utilisées. La plupart des équipes fonctionnaient dans «*l'ici et maintenant*» du discours et étaient en difficulté pour «*décoller*» du réel. Là encore, le «*savoir anticiper*» n'était pas de mise, cela ne faisait pas partie du fonctionnement habituel.

Seules des situations exceptionnelles (vieillesse accélérée, maladie, changement d'orientation pour pathologie aggravée) justifiaient un travail de partenariat et des prévisions à moyen terme. Ces projets de réorientation des résidents n'étaient d'ailleurs plus du domaine éducatif, mais davantage du ressort de la direction en concertation avec l'équipe médico-psychologique. Ces projets induisaient souvent une dimension de séparation très douloureuse à vivre, la personne handicapée faisait souvent l'objet d'un investissement massif de la part des éducateurs.

À partir de là, on conçoit mieux que la défaillance de l'objet investi soit insupportable et la douleur provoquée par le moindre changement.

Il est également important d'évoquer la question de la temporalité qui n'avait pas beaucoup de prise dans le fonctionnement de certains établissements.

La remise en cause qu'impose le «*concept de qualité*» est aussi un moyen de lutter contre un fonctionnement qui se défie du temps qui passe, où les personnels et les résidents vaquent à leurs occupations «*hors du temps social*», figés dans une répétition du même.

Cette «*ritualisation*» dans lequel la pathologie des personnes accueillies entraîne certaines équipes est souvent repérable dans les établissements les plus anciens.

L'écrit et la mémoire

Un certain nombre de résidents sont là depuis l'ouverture du foyer en 1976, il est regrettable de constater l'absence de trace de leur histoire personnelle, dans les dossiers éducatifs. Seuls les psychologues écrivaient pour alimenter leurs propres dossiers.

Force est de constater que l'institution n'a pas été suffisamment vigilante pour aider les résidents à conserver leur mémoire vivante. Lorsqu'ils nous parlent aujourd'hui d'événements marquants de leur vie, ou de personnes de leur entourage disparues, les jeunes éducateurs et les personnels nouveaux ne sont plus en mesure de les aider à se souvenir. Leurs familles âgées ou aujourd'hui disparues ne peuvent plus les aider à conserver en mémoire les événements familiaux.

L'institution n'a pas fait preuve de suffisamment de prévision en engrangeant un maximum d'éléments utiles pour qu'il n'y ait pas trop de ruptures dans l'histoire du sujet. La plupart des équipes ne pensaient pas que l'accompagnement irait aussi loin dans le temps.

Nous prenons maintenant conscience des manques issus de cette période presque exclusivement référée à une tradition orale : les chefs de services et les éducateurs partis à la retraite ont emporté avec eux de grands pans de l'histoire des personnes dans l'institution.

L'observation systématique était souvent faite par les comptes rendus psychologiques qui décrivaient le parcours de la personne en institution en lien avec les éléments marquants de l'histoire familiale. Ces écrits ont souvent servi de trame pour retracer l'histoire du sujet dans et en dehors de l'institution, mais ils ne mettaient pas toujours en évidence les capacités des personnes handicapées au quotidien dans leurs groupes de vie.

Conclusion et perspectives

Un parcours de vie est alimenté par des rencontres plus ou moins enrichissantes, mais aussi par des ruptures, des expériences de deuil, des renoncements. Avec le temps, il faut se rendre à l'évidence, nous sommes pour les personnes accueillies les substituts de leur mémoire quand celle-ci devient défaillante. Il faudrait concevoir des outils fiables et performants pour aider les résidents à sauvegarder leurs souvenirs et leur donner la possibilité de vivre autre chose que le moment présent. Laisser des traces permet à chacun de se décentrer, de mieux se situer dans son histoire, donc de se réaliser en tant qu'être humain.

La plupart des personnes handicapées ont un parcours institutionnel conséquent. Elles ont vu un personnel nombreux et diversifié et, avec « beaucoup de patience », ont servi de terrain d'expérience pour des éducateurs non formés ou en formation. On a souvent remis en route les mêmes processus d'apprentissage, refait les mêmes erreurs, alors qu'un écrit bien construit aurait clairement identifié les potentialités et les besoins des résidents. Cela aurait évité de se reposer sans cesse les mêmes questions sans se donner les moyens de les résoudre vraiment.

La démarche de projet a permis de prendre progressivement conscience de notre manque d'outils pour évaluer au plus juste les capacités et les difficultés des résidents, de dire combien il était important de laisser une trace dans les mémoires en écrivant sur leurs parcours de vie de manière plus professionnelle.

L'évaluation et la démarche de projet individualisé ont ouvert la voie à une réflexion plus élaborée et à une remise en cause des habitudes de fonctionnement. Les projets s'inscrivent dans un ensemble où les présupposés de base sont clairement identifiés et analysés. Plus de « pseudo-évidences » du genre : l'institution, du fait même de son existence, serait éducative et thérapeutique. Nous ne sommes plus dans une pédagogie d'intentions, mais bien dans un accompagnement qui doit viser autant que possible le développement de la personne.

Il a probablement été difficile pour le personnel éducatif de sortir de l'ombre et de mettre en pleine lumière ce que chacun faisait. Prendre la parole à partir d'un écrit, en débattre et se positionner clairement demande à l'éducateur de prendre ses responsabilités en argumentant, plus qu'il ne le fait habituellement, les actions mises en place sur le terrain.

Le rôle du psychologue au foyer est d'aider à faire des liens entre les actions mises en place à partir d'un autre regard porté sur le résident. Ce regard prend en compte l'expression d'une souffrance qui ne peut pas toujours se parler dans le groupe de vie, qui est à considérer dans un contexte relationnel : ce que la personne vit avec l'entourage, ce que la personne fait vivre à l'entourage et ce que l'entourage fait vivre à la personne handicapée.

Il favorise également la cohérence de l'ensemble du système projet qui ressemble encore trop, sur certains groupes, à un court métrage composé «de séquences-plans discontinues», sans forcément de liens de cause à effet.

Mettre en place des éléments objectifs pour mieux cibler les actions, dans le respect de la liberté de chaque personne, et qui puissent être utilisés par ceux qui nous succéderont dans l'accompagnement est une des préoccupations des psychologues et ils s'efforcent de la faire partager par l'ensemble des protagonistes réunis autour d'un projet individualisé.

Ce document, tenu à jour, devra être le garant d'un accompagnement de qualité, **en sachant que nous ne sommes, en tant que professionnels, que de passage dans la vie des résidents.**

- 1 NAVELET (C.), GUERIN CARNELLE (B.), *Psychologues au risque des institutions. Les enjeux d'un métier*, Edition Frison-Roche, collection Psychologie vivante, Paris, 1997, p.151.

COMMISSION **LE PSYCHOLOGUE ET LE PROJET INDIVIDUEL**

Flora-Leïla BLAHAY et Sophie COCHET, Ateliers Denis Cordonnier, Dardilly (Rhône)

Anne-Marie CHAMPANAY, Fondation Richard, Lyon

Pierre ESBELIN, Villeurbanne (Rhône)

Eliane FRERE, ISFP, Fontaine-Saint-Martin (Rhône)

Joëlle GERMAIN, SSESD Camille Veyron, Bourgoin-Jallieu (Isère)

Muriel ROUSSELLE, IME Le Grand Boutoux, Saint-Chef (Isère)

Claude VOLKMAR, CREAI Rhône-Alpes, Lyon

directeur de la publication **Claude VOLKMAR** • responsable de rédaction **Jacques GRECO**

CREAI RHONE-ALPES • 18 avenue félix faure • 69007 Lyon

téléphone **04 72 77 60 60** • télécopie **04 78 37 03 38** • e-mail **accueil@creai-ra.org** • site **www.creai-ra.org**

impression **Ateliers FMG graphique / ISSN 0766-2637**