



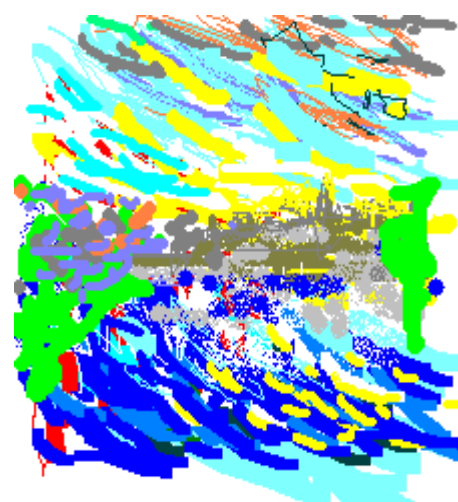
# Comment travaillons-nous en MAS/FAM, espace de vie des personnes ?

**Le 22 juin 2006**

**A l'Abbaye de St-Jacut de la Mer (22)**

**Journée régionale  
de formation des personnels  
des MAS et FAM**

**organisée par le CREA de Bretagne**



Comment faire de nos regards croisés une complémentarité au quotidien pour un accompagnement global de la personne?

*La reconnaissance de l'interdisciplinarité en MAS/FAM : de l'observation partagée à la mise en oeuvre du projet de vie de l'adulte handicapé.*

**Philippe CHAVAROCHE**

Formateur en travail social à la Fondation John Bost

**Impact des évolutions actuelles sur l'accompagnement des personnes lourdement handicapées**

**Chantal HUMBERT**

Psychosociologue - Directrice adjointe de l'ANDESI

Comment faire de nos regards croisés une complémentarité au quotidien pour un accompagnement global de la personne?

*La reconnaissance de l'interdisciplinarité en MAS/FAM : de l'observation partagée à la mise en oeuvre du projet de vie de l'adulte handicapé.*

Philippe CHAVAROCHE

Formateur en travail social à la Fondation John Bost

Une des caractéristiques majeures des personnes accueillies en MAS et FAM réside certainement dans le fait qu'elles ne se laissent pas enfermer dans une vision unique, que le terme "adulte handicapé" suffirait à résumer.

Qui est cette personne que nous devons accompagner en MAS ou en FAM?

Pour cela, il nous faudra explorer différents champs qui, chacun à leur manière, vont tenter d'éclairer cette réalité complexe qu'est le handicap mental grave.

Je commencerais avec vous cette exploration par le côté le plus sombre, le moins "politiquement correct", celui qui définit ce qui est humain, et, a contrario, celui qui est rejeté hors de cette définition. De Victor de l'Aveyron à Elephant Man, ce que l'on ne nommait pas encore l'arriération mentale ou le handicap, a toujours été un puissant stigmaté, pour reprendre le terme de Goffmann<sup>1</sup>, qui a rejeté celui qui en était porteur au rang de "sauvage", d'animal ou, plus sûrement de "monstre", celui que l'on montre, que l'on exhibe, ou bien que l'on cache, et qui déclenche frayeur et fascination.

Les résidents des MAS et FAM sont-ils des humains? Posé de manière aussi brutale et provocante, cette question paraît irrecevable. Pourtant, au détour des mots, des attitudes, on mesure combien la reconnaissance de ces personnes comme nos semblables vacille, comment sont fréquemment convoquées les comparaisons animales, et si le terme de "légume" pour les plus handicapés n'est plus prononcé, ne reste-il pas présent, à peine voilé, dans les représentations? Bien sûr ce sont toujours les "autres" qui sont porteurs de cet indicible, ceux qui ne sont pas professionnels, ceux qui ne les connaissent pas, ceux qui détournent leur regard quand ils les croisent dans la rue, ceux qui pétitionnent quand une MAS vient s'installer dans leur quartier.

On aurait peut-être tort de se dédouaner, nous les professionnels patentés, aussi facilement de ces questions et de se délivrer à bon compte un brevet d'acceptabilité sans faille de ces personnes lourdement handicapées mentales. Je renvoie ici au très important travail d'Olivier Rachid Grim<sup>2</sup>, psychomotricien avec des enfants polyhandicapés, qui décrit sans détour les méandres de nos rejets inconscients de ces personnes qui nous plongent dans cette "inquiétante étrangeté" décrite par Freud<sup>3</sup>, comme si leur contact pouvait réveiller des parts de nous mêmes, monstrueuses elles aussi, que nous ne voulons surtout pas entrevoir.

Racamier décrit également comment la rencontre avec ces personnes qui ne nous ressemblent pas, notamment au plan corporel, vient démutiser "l'idée du Moi", cette certitude silencieuse qui fait que lorsque nous sommes face à quelqu'un en qui nous pouvons nous reconnaître, nous partageons la même idée de l'humain. La question serait alors moins, face à ces personnes lourdement handicapées accueillies en MAS, "qui est-elle?", mais "qui je suis face à elle?". Insupportable mise en doute de notre identité et tentative désespérée de combler ce que Lin Grimaud<sup>4</sup> appelle "l'angoisse d'identification", "l'impossible correspondance identitaire, le sentiment d'être attaché à un être que l'on ne peut reconnaître, dans le fantasme, comme double de soi." ajoute-il.

Sans vouloir paraître à tout prix provoquant, je poursuivrai sur ce registre inconfortable à manier, par l'évocation d'une autre question certainement "tabou", celle de la souillure qui caractérise, pour des raisons neurologiques ou psychopathologiques parfaitement connues, ces personnes vivant en MAS. La souillure, comme le montre

<sup>1</sup>GOFFMAN E. (1975) Stigmates, Les usages sociaux des handicaps, Paris, Editions de Minuit.

<sup>2</sup>GRIM OR. (2000) Du monstre à l'enfant, Paris, Editions du CTNERHI.

<sup>3</sup>FREUD S. (1919-1985) L'inquiétante étrangeté et autres essais, Paris, Gallimard.

<sup>4</sup>GRIMAUD L. (2001) Comment traiter les tendances persécutives et dépressives dans l'équipe médico-sociale: quels dispositifs? Louvain.

l'anthropologue Mary Douglas<sup>1</sup>, est un très puissant organisateur social qui définit de manière très rigide les hiérarchies du propre au sale, du pur à l'impur. Il n'est que voir le système des castes en Inde pour comprendre comment fonctionne un système basé sur le cloisonnement, surtout par risque de contagion, entre le propre et le sale. Il n'est pas sûr que ce système, bien entendu plus diffus et implicite, ne fonctionne au même titre dans le travail sanitaire et social et n'assigne les résidents des MAS et FAM à cette place hiérarchiquement inférieure. Quelques recherches menées en leur temps sur ces questions<sup>2</sup> m'avaient convaincues que la souillure représentait un objet central dans l'accompagnement de ces personnes et qu'elle irradiait, si j'ose cette comparaison, l'ensemble des professionnels engagés à leur côté, jugés parfois comme des professionnels de "second ordre", ce qu'attestent les niveaux de qualification et de rémunération. Il y a ceux qui "y" touchent (lors des toilettes notamment) et ceux qui en sont protégés (par leur statut, leur fonction hiérarchique, leur savoir ou leur technicité).

Je ne saurais quitter ce domaine sans convoquer les travaux d'Henri Jacques Stiker<sup>3</sup>, historien du handicap, qui a montré combien cette particularité humaine a toujours fait problème et comment elle fut souvent résolue dans plusieurs époques par l'effacement de "l'exposition" à Sparte à l'extermination nazie. On ne saurait oublier que plusieurs dizaines de milliers de malades mentaux, et plus particulièrement les plus fragiles d'entre eux, sont morts de faim dans les hôpitaux en France durant la seconde guerre mondiale et qu'Alexis Carrel<sup>4</sup>, Prix Nobel de médecine, préconisait des "établissements euthanasiques pourvus de gaz appropriés pour s'en débarrasser humainement".

On le voit à l'évocation de ces quelques pistes de réflexion, le regard de l'anthropologue, de l'historien, du psychanalyste... nous sont utiles pour essayer de comprendre, de manière lucide, ce que ces personnes viennent réveiller en nous sur notre humanité et les frontières que nous tentons en permanence de tenir pour nous distinguer de ceux en qui nous ne nous reconnaissons pas, de ceux que nous craignons, qui semblent menacer notre "normalité" rassurante.

Dans cette pluridisciplinarité que nous appelons de nos vœux, le philosophe, l'éthicien, nous en sont que plus nécessaires pour mettre au travail, d'une manière exigeante, notre relation avec ces personnes lourdement handicapées. Si je convoque ici l'éthique, ce n'est pas pour céder à une mode, très répandue dans le travail social. Si nous avons besoin d'une éthique dans ce travail, c'est moins pour inonder nos projets institutionnels de formules bien pensantes et sentencieuses que pour continuer à tenir, au jour le jour, face à Pierre qui se déshabille régulièrement et qui se livre à des activités exploratoires sur son orifice anal, face à Jeanine qui tourne inlassablement sur elle-même, ange étrange et étrangère, face à Jocelyne qui pose dix mille fois par jour la même question dont elle connaît la réponse, face à Jacques qui explose dans des colères destructrices pour lui, pour les équipes et pour le mobilier, face à Alain, emmuré dans un corps inerte qu'il n'habite pas...

"L'homme n'est pas une idée" disait Camus. gardons nous de ne pas enfermer les résidents des MAS et des FAM dans des idées, fussent-elles nobles et généreuses (la citoyenneté, l'autonomie...), dans des concepts, fussent-ils pertinents. Travailler auprès d'eux implique de les aborder dans leur dure réalité, cette réalité qui nous travaille au corps, qui nous vide de nos pensées, mais qui est l'indispensable socle sur lequel construire toute démarche d'accompagnement.

Nous le voyons, travailler auprès de ces personnes suppose de mettre un peu d'ordre dans nos représentations et peut-être tout d'abord dans notre vocabulaire car nous pensons avec des mots et ces mots sont souvent des faux semblants, voire des faux fuyants, qui habillent cette réalité dont nous cherchons à nous protéger. Qu'est-ce, par exemple, que le "bien être" que nous invoquons pour chaque résident dans son projet individuel? Sait-on ce qu'est "l'être" pour ainsi le décliner dans sa modalité positive ou s'agit-il simplement d'une incantation un peu magique, largement utilisée, là en pleine connaissance de cause par la publicité pour nous vendre tout et n'importe quoi? Pourquoi répugne-t-on à parler de souffrance psychique (et souvent physique) au lieu de "mal-être"? Et le "maintien des acquis", autre formule magique, n'est-il pas convoqué pour repousser au loin le spectre de la "régression", synonyme de chute irrémédiable, de défaillance culpabilisante des équipes. Maintenir des

---

<sup>1</sup>DOUGLAS M. (1967-1992) *Da la souillure, Etudes sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte.

<sup>2</sup>CHAVAROCHE P. (1997) *Aide Médico-Psychologique: da la souillure à la professionnalisation*, GERSE.

<sup>3</sup>STIKER HJ. (1997) *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod.

<sup>4</sup>CARREL A. (1935-1967) *L'homme, cet inconnu*, Paris, Le livre de poche.

acquis, surtout s'ils ont été acquis de manière précaire, n'est bien souvent qu'une illusion qui empêche de penser l'accompagnement vers une autre manière de vivre, celle où l'on ne marche plus aussi bien, où l'on ne fait plus sa toilette seul, celle où l'on ne mange plus seul, mais aussi celle où l'on peut continuer à rencontrer les autres, à découvrir le monde et à, peut-être, moins souffrir.

On pourrait ici examiner d'autres stéréotypes, d'autres formules "prêtes à penser" qui nous évitent certainement de nous coltiner avec cette réalité sur laquelle nous n'avons que peu de prises et que nous tentons peut-être désespérément d'amadouer avec les mots.

S'il faut "croiser nos regards", pour reprendre le titre de cette intervention, il faut aussi "croiser" nos mots et prendre garde à nos consensus verbaux qui ne sont bien souvent qu'illusion

Ces résidents nous attendent également au détour de nos catégorisations, qu'elles soient médicales ou administratives.

Ils sont le plus souvent "inclassables", voire "incasables" dans les nosographies tant les étiologies et les signes cliniques de leurs troubles sont intriqués.

Sur le plan administratif tout d'abord: ils sont "handicapés" puisque inscrits dans un arsenal législatif et financier qui leur donne ce statut. Ils ne sont surtout pas "malades", "malades mentaux" cette image évoquant trop le spectre infâmant de la folie. On voit ici se télescoper au dessus de leurs têtes de vieilles conceptions, datant notamment des pionniers de la psychiatrie que furent Pinel et Esquirol; celle d'un état aux origines connues, aux déficiences fixées, au comportement prévisible (le handicap), et celle d'un état mystérieux, au devenir incertain, aux manifestations chaotiques (la folie). Or, on sait maintenant que ces conceptions sont des artéfacts, des constructions administratives pour orienter des financements publics et, surtout, de puissants mécanismes de clivage, séparant en deux catégories, l'une bonne et l'autre mauvaise, une même réalité qui nous questionne profondément sur notre nature humaine.

Pour moi, ils sont aussi "malades", non au sens administratif du terme, mais au sens clinique car j'observe que très souvent, ils souffrent. Sans entrer dans des statistiques, on sait que de nombreux résidents en MAS ou FAM souffrent d'états autistiques ou psychotiques qui engendrent ces angoisses que Winnicott appelait "inimaginables". Ces souffrances sont maintenant le plus souvent escamotée par des approches uniquement comportementales, les symptômes plutôt perçus comme une gêne que comme des tentatives désespérées d'adaptation face à l'invivable. Que dire aussi des ces immenses vides affectifs laissés par de trop précoces ruptures, de ce que l'on nommait il y a peu "l'abandonisme" voire "hospitalisme" tel que Spitz l'a décrit.

Ils sont bien sûr aussi "handicapés", souvent durement limité dans leurs possibilités d'établir avec notre monde des relations, d'y interagir, et surtout, d'y trouver une place, "humain parmi les humains".

Au delà des catégories administratives, les résidents accueillis en MAS et FAM sont à la fois, au sens clinique, des "malades" et des "handicapés", chaque personne s'inscrivant bien sûr dans ces schémas de manière singulière et toujours nuancée.

Les accompagner relève donc tout autant du soin, du "thérapeutique", que de "l'éducatif". Les aider à moins souffrir et les aider à prendre leur place dans notre monde, voilà deux orientations qui, dans les institutions, ont parfois tendance à se cliver, à s'exclure, à s'ignorer voire à s'affronter.

On mesure combien la référence à des modèles uniques de prise en charge conduit à des impasses dont les résidents font le plus souvent les frais. C'est le cas lorsque s'impose un modèle dit "médical", et plus particulièrement "biomédical", fonctionnant de façon très hiérarchisé comme à l'hôpital. C'est aussi le cas lorsque s'impose un modèle dit "éducatif" où sont uniquement privilégiées les seules valeurs d'autonomie, de progrès... comme de vaines tentatives toujours mises en échec de "normalisation".

La pluridisciplinarité dans les MAS et FAM doit donc en permanence aider à articuler, dans un jeu complexe de différenciation et de complémentarité, des approches thérapeutiques et éducatives à la fois techniques et rigoureuses et suffisamment souples et ouvertes.

Ces approches vont également se mettre en oeuvre dans des espaces institutionnels qui, eux aussi, peuvent se hiérarchiser et se cliver. Je pense en tout premier lieu à la "vie quotidienne" qui souffre bien souvent de dévalorisation au principe que ce qu'on y fait se révèle bien ordinaire, d'une extrême banalité: dormir, se laver, manger, ne rien faire... Mais lorsque l'on sait les très grandes difficultés qu'ont beaucoup de résidents pour s'inscrire dans cette vie ordinaire, pour la vivre avec un minimum de sécurité, pour en comprendre un tout petit peu le sens, on mesure combien cette "vie quotidienne" est l'espace et le temps premier de l'accompagnement, la base de toute tentative de soutenir ces personnes gravement handicapés et malades. Je ne détaillerai pas ici tout ce qui se passe dans la quotidienneté, nous n'en aurions certainement pas le temps. Je fais souvent cet exercice d'inventaire avec des équipes, à l'aide d'un repérage préalable des aspects thérapeutique et éducatifs. Tous ces professionnels sont extrêmement surpris lorsque nous mettons en lumière ce qui leur échappe le plus souvent tellement ils sont pris dans le "faire" et, surtout, combien l'activité de penser sur ce "faire" se dérobe, attaquée par les mécanismes de démantèlement psychique autistiques et psychotiques.

Très souvent, ce sont les "activités" qui sont valorisées par les établissements comme si elles constituaient la partie "noble" de l'accompagnement des résidents en MAS et FAM, au regard de la banalité et de la trivialité de la vie quotidienne.

Mais l'activité dérive souvent vers de "l'activisme". Ce que j'identifie comme un mécanisme de défense institutionnel a certainement une fonction de protection destinée à éviter quelques "menaces" que les résidents induisent, bien malgré eux, auprès des professionnels. L'activisme aide, en "les faisant bouger" par exemple, à lutter contre les angoisses mortifères qui peuvent gagner les équipes. La "défense maniaque", s'agiter, multiplier les activités, les fêtes... constitue un bon moyen de défense contre la dépression qui peut entamer le dynamisme des professionnels qui sont confrontés en permanence à leur limites et, souvent, à un sentiment d'inutilité. Enfin, dans une époque où il faut montrer ce que l'on fait, les activités dans une institution ont ce caractère visible et tangible dans une prise en charge qui trouve difficilement des mots pour se dire.

Je ne poursuivrai pas plus avant cet inventaire de toutes les facettes de cet accompagnement des résidents en MAS et FAM, je laisse certainement dans l'ombre bien d'autres aspects de cette réalité que nous tentons ensemble de mieux comprendre.

Peut-être faut-il seulement souligner le caractère éminemment complexe de cette réalité, voire souvent son caractère ambivalent.

Dans cette réalité, comment les professionnels vont-ils essayer de construire, de maintenir ce que l'on nomme habituellement l'identité professionnelle?

Je serai tenté de dire, d'une manière un peu abrupte, qu'il s'agit pour chacun de "sauver sa peau" son "Moi-peu-professionnel" pourrait-on dire en paraphrasant D Anzieu.

Il n'est pas simple de se reconnaître dans ce miroir déformant que renvoie la réalité complexe des résidents accueillis dans une MAS ou un FAM.

Qui suis-je en tant que professionnel? On mesure combien ces viatiques identitaires que sont les formations, les diplômes, les statuts... (qui sont bien sûr nécessaires) se révèlent fragiles face à ces personnes, pour peu que l'on veuille bien le reconnaître. Mais reconnaître sa fragilité n'est pas facile, c'est même souvent dangereux et l'on sait que cela prédispose souvent à être attaqué. Alors, on peut tenter de se caparaçonner derrière l'affirmation de son diplôme, de son ancienneté, de sa supériorité hiérarchique, de son "supposé savoir"... autant de prothèses identitaires parfois bien précaires.

Combien de conflits d'équipe ont-ils pour origine cette lutte sans merci pour la survie de son identité professionnelle?

L'autre ne serait-il pas meilleur que moi? Aurait-il, lui, des solutions pour calmer Sophie qu'il ne voudrait pas me donner? Pourquoi avec Alain lui n'a-t-il pas de problèmes alors que ne n'y arrive pas? Pourquoi est-ce moi qui reçois toujours les colères de Jeanne? Comment fait-il pour ne pas avoir peur de Denis quand il est aussi agressif? Pourquoi le psychiatre ne veut-il pas donner à Marie les médicaments qui la rendrait plus docile? Pourquoi les éducateurs laissent toujours faire ce qu'ils veulent aux résidents? Pourquoi l'infirmier ne nous écoute-elle pas lorsqu'on dit que Serge a mal? Pourquoi la psychologue, qui a fait des années d'études et qui doit bien savoir, ne nous répond-elle pas et nous dit toujours que c'est à nous de nous questionner?

La liste de ces récriminations pourrait ainsi être très longue, on voit bien qu'à chaque fois il s'agit de se situer par rapport à l'autre pour mesurer sa propre valeur identitaire. Et comme tout le monde fait la même chose, pas

étonnant que certaines institutions ressemblent parfois à des champs de bataille où chacun lutte pour sa survie identitaire.

"La perspective du pouvoir est ce qui reste quand il n'y a plus rien d'autre à penser" disait L Bonnafé.

Se reconnaître mutuellement fragile face à ces résidents, admettre ses limites, du directeur à l'AMP, du médecin à la femme de ménage... reconnaître que sa compétence est souvent mise en échec, que son savoir est généralement bien impuissant, que sa fonction reste précaire, que son expérience est périssable... cela pourrait peut-être apaiser ces luttes et remettre à leur place, sans qu'ils soient alors des armes, les divers savoirs, les compétences propres à chacun, les différentes fonctions sans lesquelles on ne peut organiser un travail d'accompagnement. "Lorsqu'une fonction prend le pas sur les autres, c'est alors un cancer institutionnel qui se développe" disait Tosquelles.

Outre la survie identitaire, c'est aussi la survie psychique qui est en question dans les MAS et FAM, et ce, notamment, parce que ces établissements accueillent de nombreuses personnes porteuses de troubles massifs de l'identité, autisme, psychoses infantiles ayant évolué à l'âge adulte. C'est ici moins la question des diagnostics annoncés, dont on sait qu'ils sont souvent à "géométrie variables", que les effets qu'on ces troubles sur les équipes qui les accompagnent.

Ce qu'il faut bien appeler "pathologie mentale" a pour effet "d'attaquer les liens" comme le décrit Bion.

Ce sont donc les capacités à penser des équipes qui sont contaminées. Il est alors très difficile par exemple d'établir des liens entre le passé et le présent pour organiser une continuité temporelle, de relier tel comportement à tel autre apparemment très différent, de sortir des alternances inéluctables du genre: *"des fois il est bien et des fois il est pas bien!"*...

"Croiser sa pensée" avec la pensée de l'autre au sein des équipes devient très difficile. On observe fréquemment des mécanismes de "gel" d'une pensée collective, chacun évoquant qui un comportement, qui un moment de la journée, qui encore un autre comportement, qui un souvenir... sans que des liens réussissent à rétablir une concordance, une cohérence, une unité au résident.

Ces effets, induits par ces pathologies du lien que sont les états autistiques et psychotiques, sont très souvent, hélas, renforcés par des fonctionnements institutionnels eux-mêmes rigidifiés dans ce que J Oury appelle la "pathoplastie": cloisonnement des équipes, fermeture sur ses certitudes, conflits de pouvoir, routine, entropie... ce que Sartre appelait le "pratico-inerte" ou la dégénérescence bureaucratique.

Il est vrai que dans les établissements, le "bricolage" n'a plus cours, qu'il faut montrer son efficacité et la "qualité" du service que l'on est sensé apporter à l'usager et toujours prévoir à l'avance ce que doit devenir le résident: plus autonome, moins agité, plus socialisé...

Or, il me semble que cette notion de "bricolage", chère à J Oury, doit être réhabilitée comme une valeur noble de notre travail auprès de ces personnes tellement complexes. Loin des "autoroutes" que l'on nous propose aujourd'hui pour penser l'accompagnement des personnes en grandes difficultés de vie telles que les théories organicistes, les méthodes comportementales, les contrats de séjour inspirés des relations commerciales, l'activisme débridé...

Je suis très souvent interpellé par des équipes travaillant en MAS qui ont le sentiment qu'elles ne sont plus écoutées, voire plus du tout questionnées sur leur travail du quotidien.

Il semble qu'alors, on se prive de ce qui fait pourtant la qualité essentielle de ces professionnels, c'est leur capacité à observer et à créer ce qui est au fond le plus important: la rencontre avec ces personnes souvent si étranges.

Lorsque j'étais responsable de service en MAS, il l'est souvent arrivé de me poser la question à propos des aides-soignants, des AMP, des éducateurs travaillant sur les unités de vie: "Mais comment font-ils pour y arriver?" Y arriver, c'est à dire à peu près lever tout les résidents, leur faire la toilette, les faire manger, les calmer quand ils sont trop agités, les connaître, les comprendre, savoir qu'un tel ne va pas bien et qu'il faut lui fichier la paix, qu'un autre a perdu le petit bout de bois qui le protège et qu'il faut bien vite remplacer...

J'avoue que bien souvent, de l'extérieur, je n'y comprenais rien mais, dans la grande majorité des cas, "ça marche!"

Si ça marche, c'est parce que, je crois, que ces professionnels tissent avec ces personnes des liens parfois ténus, invisibles du dehors bien souvent, et que ces liens reposent tout d'abord sur leur capacité à les observer et sur leur aptitude à les rencontrer.

Je dirais tout d'abord quelques mots sur l'observation qui est une aptitude professionnelle peut-être un peu en déclin, même dans les instituts de formation.  
Cela veut dire quoi, observer?

Il s'agit en premier lieu de savoir décrire, art que l'on enseignait autrefois à l'école. Décrire très finement un comportement, en étant attentif aux moindres détails, en cherchant les nuances qui caractérisent les diverses phases de ce comportement, en observant également le contexte environnant, l'ambiance... voilà me semble-t-il une source potentiellement riche de questionnements ouverts (au lieu des certitudes assénées du genre "il a toujours fait comme ça!" et des fois depuis plusieurs dizaine d'années), d'hypothèses nouvelles (au lieu des interprétations hâtives du style: "il fait ça parce qu'il veut qu'on s'occupe de lui", ce qui n'est peut-être pas faux mais pas forcément toujours vrai!)

Mais observer, c'est aussi s'observer soi-même dans la relation avec les résidents, être attentif à ses propres émotions, ses mouvements affectifs, ses dégoûts et sa haine parfois. Ce que l'on nomme savamment le "contre transfert" trouve auprès de ces personnes sans langage une valeur irremplaçable, celle de recueillir dans la pensée des accompagnants des particules psychiques

Si ces professionnels peuvent ainsi être ces réceptacles d'une pensée qui ne peut se penser comme l'explique Bion, c'est parce qu'il sont très proches des résidents, une proximité toute corporelle (ne dit-on pas du travail en MAS qu'il s'agit d'un "corps à corps"). Cette confrontation sans fin à l'archaïque du préverbal est souvent très éprouvante mais elle offre une richesse incomparable d'observation pour peu qu'on lui prête attention et qu'on la valorise.

Or ces qualités d'observation sont, me semble-t-il, de plus en plus rarement exploitées dans les institutions, à la fois parce que l'on a réduit les temps de réunions, parce que l'on est de plus en plus préoccupé de l'efficacité de la synthèse (il faut en sortir avec un projet, une activité...). "On a plus le temps" et "on passe son temps à écrire" entend-on souvent dans les institutions.

Bien sûr que l'écrit est utile, mais sert-il à soutenir et à organiser une pensée ou seulement à se couvrir vis à vis d'une administration de plus en plus tatillonne?

Peut-être aussi a-t-on moins de grille de lecture psychopathologique, voire même phénoménologique, de ces observations. Peut-être aussi fait-on de moins en moins de clinique dans les institutions?

Si "ça marche", c'est également, parce ce qu'est possible la rencontre avec ces personnes. Possible mais jamais certaine, contrairement à ce qu'on voudrait nous faire croire, qu'il suffirait d'être un "bon" professionnel pour "savoir être" (autre mot très en vogue dans nos métiers!) auprès de ces résidents.

Il n'y a pas de programmation dans la rencontre, encore moins de prévisibilité. Dans la quotidienneté, elle est le plus souvent affaire de hasard, au détour d'un geste, d'un regard, d'une émotion partagée... on sait que l'autre est là, avec nous, que l'on est avec lui, ne serait-ce que le temps d'une seconde.

"Avez-vous déjà ressenti le poids de ces regards fous sur vous. Avez-vous ressenti cet émerveillement lorsqu'un seul de ces regards fous s'illumine dans une humanité retrouvée" questionne Louis-Marie Frøelig<sup>1</sup>, psychiatre dans une MAS cévenole.

Ces moments là sont irremplaçables, ils sont les vrais "opérateurs" du travail thérapeutique et éducatif que tentent les professionnels auprès des personnes accueillies en MAS et en FAM.

Si la rencontre est affaire de "hasard", dit Jean Oury, elle est aussi possible que parce qu'on laisse un place vide pour qu'elle ait lieu, "il faut du vide pour que ça marche, en opposition au "plein" compulsif des administrations" ajoute-il.

---

<sup>1</sup>FROELIG LM. (2006) La clinique au chevet de l'accompagnement des personnes dans le monde résolulement moderne, Journée d'étude sur la fonction d'AMP, Monbazillac, 31 Mars 2006.

On retrouve ici une idée également chère à Paul Fustier qui évoque "l'institution du plein"<sup>1</sup> comme bonne mère idéale en place de combler tous les manques, et ils sont massifs chez les résidents des MAS et FAM, et de proposer une prise en charge "parfaite", de "qualité".

Le risque que l'on entrevoit ici est de laminer les possibilités de penser dans ces établissements et je suis certain que c'est ce qu'il faut préserver et soutenir dans ces établissements comme seule possibilité de poursuivre dans une humanisation jamais acquise des personnes gravement handicapées et malades qui y sont accueillies.

On le mesure, il ne suffit pas de faire des réunions pour que "ça marche" du côté de la pluridisciplinarité, pour que les regards se croisent, pour les pensées se conjuguent et pour que s'élaborent collectivement les pratiques.

Durant de nombreuses années, ce fut la sacro-sainte "synthèse" qui fut le modèle de la réunion en institution. Cette forme de travail institutionnel présente, à notre avis, de nombreux effets pervers dont un des principaux nous paraît être l'illusion d'une connaissance totalisante du résident qu'induit cette pratique institutionnelle. Est-il possible, en une heure ou deux, de tout rassembler et comprendre d'une personne gravement handicapée et arrêter d'elle, avant une prochaine synthèse (qui se tiendra, dans le meilleur des cas, une année après) une image qui ne devrait plus bouger? La réalité vient souvent contredire cette utopie et, parfois peu de temps après la synthèse, des modifications importantes du comportement ou des évolutions du contexte de prise en charge nécessiteraient une instance de réunion pour en parler. Il est encore très fréquent dans de nombreuses institutions que cela ne puisse se faire dans de bonnes conditions car l'instance prévue pour cela reste une synthèse qui sera programmée, de façon rigide, dans un trop lointain futur. En attendant, les équipes se débrouillent tant bien que mal pour faire face à ces aléas sans réels soutiens institutionnels et sans possibilités organisées de penser ensemble au moment où ils en auraient besoin.

De plus, la synthèse est souvent gagnée par un formalisme, voire une théâtralité, qui empêche que de réels échanges d'observations et des réflexions cliniques se partagent dans un climat de convivialité professionnelle. Les éléments d'observations et de connaissance amenés dans cette instance le sont fréquemment de manière "démantelée" (Meltzer), posés les uns à côtés des autres sans que de véritables liens théorico-cliniques puissent s'élaborer collectivement. Les professionnels sortent souvent déçus de ces réunions où, disent-ils: "on n'apprend rien!", "on perd son temps!" ou "on redit toujours les mêmes choses!". Son aspect routinier lui fait perdre tout intérêt. Elle peut être mal menée, bâclée" observe ton dans le Lien Social<sup>2</sup>, à la suite d'une enquête menée sur cette question auprès de professionnels

La synthèse est maintenant remplacée, dans de nombreux établissements, par une réunion dite de "projet individuel" qui fonctionne selon le même principe du rassemblement de l'équipe pluridisciplinaire autour d'un usager.

L'utilisation de ce terme nous paraît significative d'un renversement du rapport au temps dans la prise en charge des personnes gravement handicapées. Il semble que l'on soit symboliquement passé, en reprenant les termes de D Houzel<sup>3</sup>, d'une "rétro-diction" de la synthèse (dire ce qui s'est passé avant) à une "prédiction" de la réunion de projet individuel (dire ce qui doit se passer après).

Dans le travail de synthèse, on a longtemps observé un rapport souvent privilégié au passé du résident dans le rappel systématique de l'anamnèse, dans l'évocation d'observations parfois anciennes, dans la redite d'interprétations qui furent pertinentes au moment où elles ont été émises. A Correale<sup>4</sup> identifie même, à propos des évocations du passé qui reviennent de manière répétitives dans le discours des équipes, de mécanismes "d'hypertrophie de la mémoire en tant que forme de pathologie institutionnelle"

J Hochmann<sup>5</sup> reconnaît que, certainement inspirées par un "psychanalysme sommaire", les équipes éducatives et soignantes ont aussi trop souvent privilégié le recherche de "l'explication" au détriment de la "compréhension". C'est ainsi que le recours au "traumatisme" ancien comme explication de la situation présente pervertit, selon lui, l'approche analytique.

---

<sup>1</sup>FUSTIER P. (1993) Les corridors du quotidien, Lyon, Presses Universitaires.

<sup>2</sup>Lien Social, N°110, 7 février 1991

<sup>3</sup>HOUZEL D. (1992), Enveloppe institutionnelle en temporalité in Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques, Lyon, Presses Universitaires.

<sup>4</sup>CORREALE A. (1996) L'hypertrophie de la mémoire en tant que forme de pathologie institutionnelle in souffrances et psychopathologie des liens institutionnels, Paris, Dunod.

<sup>5</sup>HOCHMAN J. (2004) Place de la psychanalyse dans la prise en charge des enfants autistes, aspects cliniques et éthiques. Actes du colloque: Les personnes autistes en quête de leur droit, Sésame autisme, 2 et 3 avril 2004, Paris



Cette relation à un temps révolu montre peut-être la persistance du mythe de "l'avant" (avant la maladie, avant l'annonce du handicap, avant la dégradation psychique et physique) qui fonctionnerait dans les équipes professionnelles et qui pourrait, si l'on pouvait y remonter, effacer magiquement le tragique de la situation présente.

Actuellement, dans un retournement symétrique du rapport au temps, c'est plutôt le futur, représenté par l'incontournable notion de "projet", qui est privilégié.

Il semble que le mythe soit inversé, c'est ce qui doit se passer "après" qui alimente l'imaginaire de l'accompagnement de ces personnes lourdement handicapées.

Mais, d'un côté comme de l'autre, la quête échoue le plus souvent, soit dans une histoire qui se répète inlassablement, soit dans des espoirs déçus.

Il semble que nous soyons confrontés, face à ces résidents, à une difficulté de vivre le présent tant celui-ci nous confronte à la dureté du "réel" du handicap et de la maladie dans ses expressions les plus graves et les plus impressionnantes.

Se dégager de cette immédiateté difficilement symbolisable devient alors une nécessité psychique vitale et l'on peut comprendre le besoin d'un recours imaginaire dans lequel une identification sera possible, soit avec un "avant" qui donnerait des clés pour affronter le présent, soit avec un futur qui laisserait augurer une échappatoire rédemptrice.

Le temps de la clinique nous paraît se situer au point d'équilibre d'une triangulation dont les trois pointes seraient d'une part le présent, "l'ici et maintenant", d'autre part le passé, la réminiscence, et enfin le futur, le projet.

Comme pour toute structure, vouloir favoriser l'une ou l'autre de ses composantes au détriment des autres détruit l'équilibre, toujours instable, de l'ensemble. C'est particulièrement le cas si l'on privilégie uniquement la dimension du passé ou au contraire, comme c'est plutôt le cas actuellement, le seul futur du projet. Cela risque d'écraser "l'ici et maintenant", ce qui se passe dans l'instant, qui est le plus souvent de l'ordre de l'imprévu. Faute d'une attention suffisante au présent, on peut laisser s'évanouir ce matériel clinique inédit sans le retenir.

Que fait-on entre? Où et comment parle ton de ce qui arrive "par hasard"? Une trop grande rigidité dans l'organisation des espaces de réunion où l'on échange en équipe à propos des résidents risque d'écraser "la structure d'inattendu, de hasard" constate J Oury. "Cette notion de "hasard", il y a une espèce de technocratie positiviste qui essaie de la détruire. "Il faut tout prévoir" fulmine-t-ill!

Quel que soit le nom qu'on lui donne, ce qui reste avant tout pour nous une "réunion clinique" devrait se tenir à fréquence régulière afin que l'équipe puisse penser l'accompagnement de chaque résident dans un temps qui ne soit pas trop étiré, un temps qui permette d'articuler ce qui se passe dans le moment avec un passé pas trop éloigné et un avenir assez proche et que ce glissement permanent tente de fabriquer un instable continuum de sens là où des instances de travail trop espacées s'illusionnent de produire du sens "une fois pour toutes".

M Balat<sup>1</sup> fait référence, en s'appuyant sur les travaux du philosophe Peirce, à la très ancienne notion de "musement" qui décrit la continuelle activité de notre pensée qui fonctionne par devers nous. Nous nous rendons compte de ce "musement" lorsque nous nous arrêtons sur une pensée et que nous essayons d'en remonter le fil, de retrouver un point de départ qui, souvent, se dérobe toujours plus avant.

On peut considérer que la vie des résidents en MAS et FAM est une sorte de "musement", "cette tablature permanente qui ronronne tout le temps" dit J Oury, qu'ils ne s'arrêtent pas de vivre entre deux synthèses ou deux réunions de projet individuel.

Mais on ne peut saisir cette continuité qu'en l'arrêtant de temps à autre, c'est ce que Peirce appelle la fonction "scribe". Il nous semble que c'est cette fonction que remplissent les réunions cliniques où, à fréquence rapprochée, on parle de tel ou tel résident: "comment va-t-il?", "que se passe-t-il?" "qu'a-t-il fait?", "où se tient-il?"... C'est cette même fonction qui permet aux équipes d'arrêter un défilement qu'elles ne contrôlent plus et de le

---

<sup>1</sup>BALAT M. (2000) Autisme et éveil de coma, Théétète/Le Champs Social,

déposer : "on n'en peut plus avec untel!", "on n'y comprend rien!", "ça ne peut plus durer!"...

La fonction "scribe", nous dit M Balat, est "d'inscrire les choses. Parce que l'on ne peut pas museler infiniment; on sait le désastre d'un musèlement continu qui ne s'inscrit jamais"

Le troisième terme indissociable de ce processus et ce que Peirce appelle "l'interprétant", ce qui va essayer de donner sens, pour un temps et jamais de manière définitive, à ce qui "se passe" et que l'on vient d'arrêter en en parlant en équipe.

Sur un plan plus technique, il est certain qu'il est difficile de consacrer un temps égal, dans des réunions assez rapprochées, à tous les résidents d'une même unité par exemple. Il faut peut-être considérer que tous n'ont pas le même rythme de "musement" et que pour certains, l'invivable continuité de leur vie dans laquelle il se débattent nécessite de s'arrêter très souvent pour "faire le point" (au sens quasi marin du terme) tant ce que l'on a inscrit un jour est menacé d'effacement très rapidement alors que pour d'autres, la tenue du sens est plus permanente et demande des temps de réunion plus espacés.

Si l'on parle tant d'individualisation aujourd'hui, il peut paraître normal que tous les résidents n'aient pas le même rythme dans les instances où l'équipe élabore leur accompagnement.

Pour certains résidents en très grandes difficultés de vie, on mesure la difficulté d'inscrire les "contrats de séjour" dans cette exigence de travail clinique à rythme répété qui oriente, parfois au jour le jour, leur prise en charge. Faudra-t-il, comme la loi l'exige, inscrire de manière tatillonne des "avenants" à ces contrats à chaque fois que des modifications seront nécessaires?

Nous ne prétendons pas apporter les solutions qui restent à construire et à expérimenter sur le terrain même de la prise en charge par les acteurs de ces dispositions légales.

Il nous semble toutefois qu'une des contractualisations possible avec les familles ou les tuteurs repose moins sur un arsenal de prestations que sur la capacité d'une équipe professionnelle à se mobiliser autour de la difficulté de vie d'un résident, de sa vulnérabilité, et de l'aider à moins souffrir et à prendre une place d'humain parmi les humains.

La seule "prestation de service" que l'on doit aux résidents reste selon nous le travail de pensée d'une équipe et l'on sait combien ce travail est difficile, menacé par les effets des pathologies psychotiques présentes en nombre dans les MAS et FAM et, hélas, trop souvent peu soutenu et valorisé.

Le dispositif chargé de contenir et d'organiser ce travail de pensée peut être divers, chaque établissement inventant ce qui lui convient le mieux sous les appellations qu'il préfère à condition que ces appareillages institutionnels ne se figent pas dans des fonctionnements rigides et ne prétendent pas détenir une fois pour toutes la vérité d'un sujet.

"Et tant pis pour ceux qui rêvent de voir les résultats de l'action éducative planifiée à la façon de n'importe quelle autre production marchande. Tant que nous saurons respecter l'invariant humain dans la différence, alors nous serons toujours en train de courir après l'outil adapté" estime P Gaberan <sup>1</sup>

L'institution MAS ou FAM est un organisme complexe, fragile, menacé. S'il n'y a pas d'institution "parfaite", il y a souvent des institutions malades, où les rôles et les fonctions sont flous, où les décisions ne sont jamais tenues et jamais évaluées, où les conflits de pouvoir envahissent les relations professionnelles, où les équipes sont livrées à elles-mêmes sans soutien...

"Comment ne pas percevoir qu'il y a là précisément contamination de nos structures, de nos organisations, de nos fonctionnements par les mécanismes mêmes qui oeuvrent dans les fonctionnements psychopathologiques des patients" interroge Philippe Gabbai<sup>2</sup>.

"Travailler ensemble" exige peut-être alors de conduire une réflexion sur ce qu'est une institution. C'est le travail qu'ont fait ceux qui ont animé, et animent encore, ce que l'on appelle la "psychothérapie institutionnelle". Il semble toutefois que cette réflexion critique sur le fait institutionnel soit un peu désinvestie au profit d'approches plus managériales qui ont plutôt tendance à planifier ce que doit être une institution, comment elle doit

<sup>1</sup>GABERAN P. (1991) Clef à molette, Lien Social, N°110, 7 février 1991.

<sup>2</sup>GABBAÏ P. (2003) Sauvegarder la qualité de notre service auprès des personnes handicapées et malades mentales, Journées européennes, 12 et 13 juin 2003, Strasbourg.

fonctionner et comment doivent se comporter les acteurs de cette institution.

Or, et on le sait très bien, cela ne marche jamais comme on le décrète et le mérite d'un travail d'analyse de l'institution tient au fait que l'on ne cherche pas à y gommer les dysfonctionnements (comment le pourrait-on?) mais que l'on cherche à les comprendre pour tenter d'en déjouer les innombrables pièges qui nous sont tendus par l'extrême complexité humaine à laquelle nous tentons d'apporter quelques réponses apaisantes et humanisantes.

La notion de pluridisciplinarité, ou d'interdisciplinarité, est indissociable de celle d'institution. "Devant les problèmes sous tendus par ces questions, il sera insuffisant de mettre seulement en oeuvre des compétences individuelles" observe Lin Grimaud<sup>1</sup>.

Il ajoute que ce qu'on appelle "plateau technique de l'établissement représente certes une ressource mais n'indique pas comment elle pourrait être potentialisée". Cette potentialisation réside pour moi dans la manière dont va s'élaborer le lien professionnel entre les différents acteurs. Il existe plusieurs type de liens au sein des équipes:

- le lien qui "ligote" les uns aux autres, quand on dit qu'on "fait bloc", qu'on est pareil, qu'on pense pareil, qu'on s'entend bien.... Illusion du même certes protectrice mais précaire, menacée de morcellement dès qu'un membre veut se distinguer, exprimer une pensée personnelle.
- le lien de surface, a minima, "chacun chez soi!", "je ne m'occupe pas du travail de mon collègue" (sous entendu: "qu'il fasse pareil!"), pas de conflits puisqu'on s'ignore, mais une extrême pauvreté de réflexion. Ce fonctionnement rappelle le "démantèlement", fonctionnement autistique décrit par Meltzer, où il s'agit de découper une réalité trop complexe et angoissante en petites parcelles, de la vider de sa substance pour éviter de s'y confronter.
- le lien clivé, les "bons" d'un côté, les "mauvais" de l'autre, (bien sûr c'est toujours l'autre le "mauvais"), clivage qui crée des frontières dans les équipes, frontières d'où l'on projette sur l'autre les "mauvais objets" que l'on ne peut garder en soi parce qu'ils sont trop dangereux pour notre narcissisme professionnel: notre fatigue, nos doutes, nos peurs, nos impuissances et autres avatars de cette relation avec les personnes lourdement handicapées quand même très éprouvante pour nos équilibres, fussent-ils solides.
- le lien pervers, d'emprise, qui ne laisse à l'autre aucune place singulière, affirmation de la toute puissance d'un pouvoir hiérarchique, d'un savoir qui ne souffre pas de mise en doute, d'un groupe d'anciens sur les nouveaux, d'un corps professionnel sur un autre... maîtrise de l'autre pour colmater l'angoisse de mort toujours plus ou moins présente dans ce type de travail.

Je ne détaillerai pas ici d'autres formes de liens pathologiques dans les équipes, il en existe certainement bien d'autres.

L'interdisciplinarité ne se décrète pas, elle se construit au jour le jour. A côté d'une clinique centrée sur les usagers et sur les relations que les équipes établissement avec eux, une "clinique institutionnelle", comme l'appelait F Tosquelles, est indispensable. L'équipe doit faire l'objet de toutes les attentions et c'est bien à l'encadrement que cette tâche incombe. Je ne sais si ces questions sont aujourd'hui abordées dans les écoles de cadres, je crois savoir que dans une école prestigieuse pas très éloignée d'ici, on ne parle guère, du moins dans les termes que je viens d'évoquer, de "clinique institutionnelle".

A la question qui nous réunit aujourd'hui: "Comment faire de nos regards croisés une complémentarité au quotidien pour un accompagnement global de la personne?", il me semble qu'il n'y a pas de réponse toute faite, encore moins de recettes.

Il faudrait même, à mon avis, être vigilant vis à vis de tous ceux qui entendent appliquer au travail social dans son ensemble les mêmes "référentiels", les mêmes normes. Je ne sais si ces orientations sont pertinentes pour d'autres populations d'usagers des services médico-sociaux, ce que je sais, c'est que pour les MAS et FAM, les réalités humaines très particulières que nous y rencontrons ne se laissent pas aussi facilement que ça enfermer derrière ces grilles méthodologiques et qu'il faut accepter d'y travailler sur dans les marges, ces zones parfois un peu éloignées, peu éclairées, parfois inquiétantes, mais où des personnes tentent de vivre, souvent avec de très grandes difficultés, et dans des modalités qui nous semblent parfois bien étranges, leur vie d'humain parmi d'autres humains.

---

<sup>1</sup>Op cité.

# Impact des évolutions actuelles sur l'accompagnement des personnes lourdement handicapées

Chantal HUMBERT  
Psychosociologue - Directrice adjointe de l'ANDESI

## De quelles évolutions parle-t-on ?

---

Les évolutions que l'on constate actuellement ne sont pas seulement liées à la loi 2002-2 : cette loi est venue concrétiser, généraliser des modifications déjà en cours depuis ces vingt dernières années (en particulier depuis les premières lois de décentralisation de 1986, la réforme des annexes XXIV en 1989...).

Ces évolutions en outre ne touchent pas seulement le secteur social et médico-social mais de façon beaucoup plus large notre société. Elles sont nombreuses, de natures différentes et souvent en liens étroits :

- **L'alourdissement des problématiques des usagers** : lié au vieillissement, à la situation économique et aux effets dévastateurs du chômage...
- Le souci de **prendre en compte l'individu** et de ne plus seulement se préoccuper de masses, de populations. Les projets, l'accompagnement... doivent désormais être personnalisés.
- **La notion « d'usager »** et la revendication de ses **droits** : en particulier celui de participer à la vie de l'institution, à l'élaboration de son propre projet...
- **Le projet et la culture de projet** : projets d'établissement, projets individualisés, projets associatifs... Avoir un projet est devenu un maître-mot au point où ne pas avoir de projet est devenu signe de malaise, de crise, d'exclusion.
- **La place des familles** : pendant longtemps mises à l'écart des institutions, elles ont été souvent considérées comme responsables de la situation de leurs enfants ou en tout état de cause, ne pouvant pas contribuer à l'amélioration de leur état. Elles n'étaient pas non plus prises en compte dans leurs propres difficultés, dans leurs souffrances. Désormais, on peut penser que la nécessité de les associer est acquise et ne représente plus seulement une obligation.
- **La décentralisation** en cours depuis 1986 : aucun établissement ne peut plus ignorer qu'il se situe dans un schéma départemental, qu'il participe d'une politique territoriale, qu'il doit communiquer, rendre visible son action, son projet, ses résultats...
- **L'évaluation et la qualité** : sous ses deux modalités différentes, l'évaluation interne puis externe est désormais une obligation. Mais au-delà de l'obligation, elle constitue la base nécessaire pour vérifier les effets de l'action menée et ainsi lui garder son sens et permettre les ajustements et les évolutions nécessaires.
- **L'ouverture des institutions**. Il s'agit de sortir d'une logique institutionnelle refermée sur elle-même pour aller vers une logique de service. Proposer une diversification des réponses d'accompagnement. S'inscrire dans un territoire, regrouper, mutualiser, coordonner les moyens et les ressources. Ouverture des institutions d'autant plus importante qu'elle est une des conditions, sinon suffisante du moins nécessaire pour prévenir les violences et la maltraitance.
- **La judiciarisation de la société** et le lourd impact pour les directions des établissements sociaux et médico-sociaux
- ...

Comment ces évolutions se répercutent-elles dans l'accompagnement au quotidien quand il s'agit de personnes lourdement handicapées ?

Quelques remarques préalables :

- on ne part pas de zéro. Ce que vient imposer la loi de rénovation sociale et médico-sociale était largement présent dans les pratiques de nombreux établissements.
- quelles que soient les caractéristiques des usagers pris en charge (cas sociaux, adultes en situation d'exclusion, enfants déficients...) la question des modalités concrètes de nouvelles formes de prise en charge se pose dans tous les établissements !

C'est dire que nous sommes face à des questions éminemment complexes et qu'aucune réponse préconstruite, aucune solution toute faite n'est à disposition. Les réponses sont à inventer, à construire dans chaque établissement en tenant compte des spécificités des usagers et du projet global.

Je me propose dans un premier temps, de m'arrêter plus particulièrement sur 3 dimensions dont les effets sur les pratiques professionnelles me semblent particulièrement importants :

- l'individualisation et la tendance à l'identifier à l'action individuelle,
- la participation plus souvent évoquée comme principe que dans ses modalités concrètes,
- l'évaluation et sa complexité concernant un travail clinique.

Dans un second temps, je présenterai les principaux impacts de ces évolutions, tels que je suis amenée à les constater dans le travail que je conduis auprès des équipes ; ainsi que quelques pistes pour garder la possibilité de penser les pratiques professionnelles.

### L'individualisation : entre individuel et collectif

Nous sommes sortis d'une époque où le collectif prime sur l'individu, où l'individu doit se plier à des règles uniformes et indifférenciées. Ses besoins spécifiques, ses intérêts particuliers, son rythme, ses progressions, ses difficultés particulières sont désormais pris en compte. La prise en charge ne peut pas être fondée sur le « tout collectif » comme elle a pu parfois l'être il y a quelques décennies : elle doit être individualisée et se traduire dans un **projet individualisé**. Ce projet individualisé n'est pas simple intention verbale, il est formalisé, il donne lieu à des évaluations, des ajustements... Une méthodologie spécifique a généralement été élaborée au sein des établissements pour rendre cette pratique rigoureuse.

On utilise bien souvent de façon indifférenciée les termes de « projet individuel » et de « projet individualisé ». L'existence d'un projet individualisé suppose l'existence d'un collectif à partir duquel on pourra individualiser, contrairement à un projet individuel qui peut se mener seul. Un projet d'établissement n'est pas la somme de projets individuels : c'est ce qui définit les bases communes, le socle à partir duquel les projets des individus pourront s'individualiser. Ce qui revient à dire qu'il convient de se demander ce qui est commun à tous et ne peut pas s'individualiser : c'est le sens du règlement de fonctionnement qui définit les règles applicables par et pour tous, qui ne pourront pas faire l'objet d'applications particulières et spécifiques aux individus.

Mais je constate qu'on a tendance à faire coïncider « projet individuel » et « accompagnement individuel » : ce qui se traduit par une diminution importante (voire dans certains établissements par la quasi disparition) d'activités collectives. Or les activités de groupe sont fondamentales dans l'éducation et plus profondément pour la structuration même de l'individu : le groupe est le lieu de rencontre avec l'autre, le lieu d'apprentissage de la collaboration, de la solidarité, de la participation, de l'identification, de l'expérience du conflit, de la rivalité, de la négociation, de la fête...

Individualiser la prise en charge ne peut pas être synonyme de réaliser individuellement des prises en charge individuelles.

Individualiser la prise en charge, c'est une opération complexe qui doit faire l'objet d'une réflexion poussée au sein du projet d'établissement : la question n'est pas seulement celle de la construction de grilles, de dossiers... qui vont permettre aux professionnels de formaliser des objectifs spécifiques, de repérer les difficultés et les potentialités, les progrès et les régressions de l'usager.

La question est aussi de définir jusqu'à quel point et sur quels aspects on va décider d'individualiser.

Ainsi, comment, dans un foyer d'adultes handicapés répondre à ceux qui souhaitent vivre en couple, à celles qui sont enceintes si les questions relatives à l'expression de la sexualité dans l'établissement n'ont jamais été réfléchies et qu'aucun principe directeur n'a été établi ? Sans projet collectif qui puisse servir de référence, de guide, le risque est grand pour les professionnels de répondre au coup par coup, d'être dans l'arbitraire en résonance avec sa propre subjectivité, de rester dans la recherche de « la satisfaction de l'utilisateur ».

Apparent paradoxe qui consiste à dire que pour individualiser il faut d'abord que soient définies les orientations collectives qui feront loi pour tous !

## La participation des usagers<sup>1</sup> : entre système de valeur et obligation légale

La reconnaissance et le respect des droits des usagers sont les principes fondamentaux qui doivent se traduire concrètement dans tout projet d'établissement et dans sa mise en œuvre. Le **contrat de séjour**, établi pour chacun des usagers en est un des aspects de même que l'existence d'une charte des droits et des libertés, d'un livret d'accueil.

La participation des usagers, en particulier au sein du Conseil de Vie Sociale mais plus largement à l'ensemble de son projet individualisé est une obligation sur laquelle l'accompagnement des personnes au sein des établissements doit reposer : et ce, quel que soit l'âge, le handicap ou l'inadaptation, la situation sociale, familiale, la durée et les modalités de prise en charge, le type d'établissement ou de service...

La participation est généralement évoquée comme un principe, comme une conception dont le bien-fondé semble évident et non contestable. Pourtant, les difficultés voire l'impossibilité de la mettre en œuvre sont rapidement mises en avant. Elle suscite tout à la fois espoirs de changements, craintes de débordement et scepticisme profond. Elle est rarement évoquée dans ses modalités concrètes mais plutôt comme une philosophie, une attitude venant faciliter l'expression des usagers.

C'est que réfléchir aux modalités de participation des usagers amène les équipes à soulever d'innombrables questions qui dépassent largement la seule mise en place du Conseil de la Vie Sociale.

Qu'est-ce que « participer » pour des résidents dont le niveau de compréhension est faible, dont les moyens de communication sont particulièrement pauvres ?

Jusqu'où aller dans la responsabilisation des résidents ? Jusqu'où la personne handicapée peut-elle faire seule ? Jusqu'où faut-il tenir compte de ses envies, de ses besoins, sans la mettre en danger ou lui donner des illusions ?

Où commence la participation ? A quoi s'agit-il de « participer » ? Qui peut participer à quoi ?... Autant de questions qu'il convient de considérer comme de véritables objets de travail au sein des établissements, des équipes, devant donner lieu à débat, à réflexion, à expérimentation, à évaluation pour déboucher sur des pratiques novatrices.

La participation ne se décrète pas, elle fait nécessairement l'objet d'un long apprentissage. Elle concerne des niveaux différents :

- la participation de la personne à son quotidien (vêtements, sorties, repas) et en lien avec son projet personnalisé (participation aux réunions de synthèse, entretiens et suivi régulier avec le référent...),
- la participation de la personne au fonctionnement de son unité de vie (repas, aménagement des locaux, règles de vie...), à des projets collectifs plus larges (fêtes, vacances...), au fonctionnement institutionnel (instances institutionnelles –CVS – Assemblées générales...- projet d'établissement, participation financière...
- la participation de la personne à des projets ouverts sur l'environnement et pas seulement au sein de l'établissement.

---

<sup>1</sup> Cf. l'étude réalisée par ANDESI et UNAPEI - « La participation des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux » - Document téléchargeable sur le site de l'Andesi : [www.andesi.asso.fr](http://www.andesi.asso.fr)

## L'évaluation : entre objet et sujet

Elle est désormais incontournable ; elle permet une plus grande visibilité des actions menées, les bases d'une évolution et d'un réajustement du projet, la condition d'une communication externe auprès des partenaires, des financeurs... Elle vise à donner plus de visibilité, en interne comme en externe, au projet global de prise en charge.

Elle nécessite que soient formalisées et explicitées les pratiques et les méthodes de travail. Elle contribue à ne pas perdre le sens du travail effectué au quotidien.

Mais l'évaluation dans le travail social est complexe : elle ne peut être strictement quantitative. Elle est prise encore souvent dans un débat qui tend à opposer objectivité et subjectivité, procédures, technicité et spécificités du travail fondé sur la relation qui rendrait impossible toute évaluation. C'est qu'on revendique plus aisément l'existence du sujet que la manifestation de la subjectivité !

Les différents courants qui ont traversé et traversent encore l'histoire du secteur social se sont beaucoup opposés sur la question de la place à accorder respectivement à la dimension relationnelle et à la dimension technique. Pour certains l'implication personnelle et l'expérience vécue étaient essentielles, voire suffisantes pour garantir la pertinence de l'intervention. À l'inverse, pour d'autres, les affects étaient considérés comme parasites et toute prise en compte de la subjectivité, bannie au profit de référentiels, de critères objectifs...

D'une façon générale, y compris dans notre secteur professionnel, *être subjectif* n'est pas une qualité et ne constitue pas une position dont on se revendique ; c'est plutôt une sorte d'excuse, l'aveu de la présence d'un parasite qui viendrait gêner le bon fonctionnement de la pensée, brouiller l'exercice de la raison. La subjectivité serait alors essentiellement source de déformations contre lesquelles il conviendrait de lutter en mettant en place des techniques, des procédures, des méthodes scientifiques. Être objectif deviendrait au contraire la garantie de professionnalisme, donnerait le sentiment de tenir un discours de vérité, un « discours indiscutable ».

Or, la mise en œuvre de la subjectivité est non seulement inéluctable mais elle est en outre indispensable à condition d'être traitée et exploitée. Car, c'est de l'effet que produit l'autre sur moi qu'il est question et de la tentative de limiter, de refouler, de dénier cet effet.

Le *service à rendre* vise à réduire la souffrance de l'utilisateur, à l'aider dans un travail de reconstruction d'une histoire et de liens disloqués, à lui proposer et lui fournir des moyens pour dépasser des traumatismes, à remettre du temps et du sens dans sa vie... C'est dire qu'il s'agit de fournir une activité de nature *clinique*. J'utilise ici le terme *clinique* dans son sens étymologique, désignant le fait *d'être au chevet, auprès de... sur le terrain* auprès d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs. Et ce service ne peut être rendu sans un *sujet professionnel* ; sujet professionnel qui puisse s'engager dans ce travail clinique sans courir le risque de s'y perdre totalement.

Il s'agit au contraire d'observer et d'être à l'écoute des effets produits par les utilisateurs sur les professionnels. Reprenant l'approche de l'ethno-psychanalyste, Georges Devereux, nous dirons qu'il s'agit « d'exploiter la subjectivité inhérente à toute observation en la considérant comme la voie royale vers une objectivité authentique plutôt que fictive. (...) L'analyse du contre-transfert est *scientifiquement* plus productive en données sur la nature humaine (...). Les sciences du comportement deviendront simples quand elles commenceront à traiter les réactions personnelles du savant à son matériau et à son œuvre comme les données les plus fondamentales de toute science du comportement » (Devereux, 1980).

S'engager dans une démarche d'évaluation rigoureuse sans renier ni mettre de côté la dimension clinique du travail d'accompagnement est un enjeu essentiel actuellement.

## L'impact sur les pratiques et les organisations de travail

### De nouvelles places

Centration sur l'utilisateur, respect des droits des utilisateurs, participation des utilisateurs : un changement de place qui bouscule toutes les places ! « Si l'utilisateur est au centre, où sommes-nous ? » questionnait une AMP dans une formation sur le Projet individualisé.

Transformer les pratiques amène nécessairement à redéfinir les places et les fonctions de chacun. Dans l'étude sur « la participation des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux » réalisée par l'ANDESI et l'UNAPEI<sup>1</sup>, c'est un point qui apparaissait très fortement.

Les professionnels exprimaient :

- comment l'individualisation et la participation pouvaient amener les usagers à *s'affirmer et à orienter le projet individuel*<sup>2</sup>,
- comment les familles et les professionnels étaient amenés à *plus de collaboration et moins de rivalité*
- comment les professionnels *découvraient de nouvelles ressources et potentialités des usagers*.
- comment dès lors, leur rôle s'en trouvait modifié vers *une pratique de collaboration, voire parfois de médiateur*.

Si ces changements étaient appréciés, salués comme des éléments contribuant à redynamiser les pratiques, ils n'étaient pas pour autant sans soulever un certain nombre de craintes :

- la crainte d'une remise en cause profonde des pratiques et des savoir-faire : « *les usagers ne risquent-ils pas de soulever des questions, des problèmes auxquels les professionnels n'auraient pas pensé ou ne sauraient pas répondre ?* » ; « *si l'usager fait seul et n'a pas besoin du professionnel, ne doit-on pas craindre un sentiment d'inutilité ?* »
- la crainte que l'expression et la satisfaction des usagers et de leurs familles ne deviennent les seuls critères, que « *les insatisfactions exprimées par les usagers auprès des cadres ne se retournent contre les professionnels* »
- la crainte des risques encourus face à une plus grande liberté laissée aux usagers.

### Un cadre contenant

Souhaits du changements comme craintes du changement ne sont jamais à prendre à la légère : ils soulèvent des questions qu'il convient de ne pas rapporter aux seuls caractères frileux et résistants de certains professionnels. On a souvent tendance en effet, à renvoyer vers les individus, les causes de certains dysfonctionnements, les résistances au changement... Mais tout ne peut pas reposer sur les seules compétences professionnelles ni sur les seules qualités personnelles des professionnels.

Le cadre dans lequel les professionnels interviennent est déterminant : c'est-à-dire l'établissement dans son type d'organisation, de fonctionnement, dans son projet global, son histoire, sa culture.

L'organisation vise à garantir et à permettre la réalisation de la mission pour laquelle elle est habilitée à exercer cette activité clinique, à en assurer la qualité.

Il s'agit donc d'organiser et de définir la nature du lien entre les sujets présents dans l'institution : sujets pris en charge du fait de leur souffrance, de leurs difficultés... qui vont rencontrer des sujets professionnels.

Il va donc falloir que soient définis clairement les objectifs poursuivis, les places et les fonctions de chacun, que soient délimités les pouvoirs de décision, mis en place des systèmes de communication et des systèmes d'évaluation.

Il s'agit d'élaborer des procédures de travail qui constituent des repères sécurisants pour chacun et empêchent de s'abandonner au seul *royaume de la subjectivité*. Mais ces procédures sont nécessairement spécifiques à chaque établissement, créées par les cadres et non pas imposées par l'extérieur et le *royaume de l'iso*.

Cette organisation va constituer un cadre, un contenant des symptômes, des affects, des mécanismes inconscients individuels et collectifs en bouillonnement constant dans l'institution.

Ce cadre n'est pas donné a priori : c'est un construit qui relève en particulier bien sûr de la fonction des cadres de direction. Il va tenir compte des caractéristiques des usagers pris en charge. Il ne peut pas être le même dans un internat d'adolescents cas sociaux qui ont maille à partir avec la loi et dans une MAS qui reçoit des adultes handicapés qui ont maille à partir avec la dépendance, avec la difficulté de se projeter dans le temps.

Ce cadre va devoir tout à la fois permettre aux usagers d'y vivre avec leurs difficultés, leurs symptômes et empêcher que ces symptômes ne contaminent, ne menacent et ne mettent en danger l'institution toute entière.

---

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> En italique : les expressions des professionnels sollicités pour cette étude.



Un cadre qui permette de contenir sans contention.

Un cadre qui permette aux professionnels d'exercer leur travail clinique, c'est-à-dire de s'engager, de s'impliquer tout en étant protégés des risques encourus dans ce travail d'implication. Un cadre qui constitue une garantie pour chacun des acteurs et permette que la confiance existe entre eux.

### **Penser les pratiques professionnelles**

Au terme d'un travail d'accompagnement des équipes d'un établissement en vue d'actualiser le projet d'établissement, j'ai été surprise d'entendre les professionnels faire le constat que grâce à ce travail, ils parlaient « *désormais de leurs pratiques et non plus uniquement des usagers* ». Je mis un instant avant de comprendre comment il était possible de parler des usagers sans parler des pratiques qu'on avait avec eux, de la relation dans laquelle on était avec eux...

Parler de sa pratique c'est s'inclure dans la réflexion, dans le questionnement, dans l'évaluation...

Parler de sa pratique, c'est confronter les pratiques, s'exposer à la critique, à l'envie, au changement...

Parler de sa pratique, c'est ne pas en rester aux actes ; c'est s'efforcer d'échapper au répétitif, à la répétition, à la perte du sens.

Parler de sa pratique, c'est articuler pensée et action.

Ce qui suppose l'existence d'instances, d'espaces-temps dans l'établissement pour parler, confronter, analyser, ajuster, évaluer, réfléchir... les pratiques professionnelles.

Des dispositifs concrets sont fréquemment mis en place à cet effet dans un certain nombre d'établissements :

- *groupes de supervision* ou *groupes d'analyse de la pratique*, conduits par un psychanalyste, centrés sur les situations dans lesquelles les professionnels sont impliqués avec un ou plusieurs usagers, sans évaluation, ni jugement de valeur,
- *groupes de régulation et d'analyse collective* qui permettent de repérer, de déjouer les mécanismes de répétition toujours à l'œuvre dans les groupes et les institutions et d'inventer de nouveaux modes de réponses face aux angoisses inéluctables que les usagers mobilisent chez les professionnels,
- *groupes de travail, de réflexion, de projets*, animés par un cadre ou par un professionnel mandaté comme chef de projet, centrés sur des thématiques à réfléchir, théoriser, formaliser, des innovations à mettre en œuvre, des situations, des projets à expérimenter. Travail qui permet de définir et renforcer les orientations communes à mettre en œuvre dans la pratique quotidienne : en matière d'intimité, d'hygiène, de violence, de sexualité, de participation, d'individualisation... ?

Les dispositifs extérieurs sont aussi indispensables :

- *confrontations, échanges d'expériences, d'innovations*, (telles qu'elles se font aujourd'hui dans ce colloque) qui obligent à prendre de la distance, qui permettent d'extraire l'action de la banalisation implacable du quotidien, de la communiquer et de la valoriser.
- *formations* bien sûr, pour renforcer les compétences individuelles et collectives.

### **La direction et le sens**

La fonction de direction est évidemment fondamentale : elle ne peut être réduite à la dimension purement gestionnaire (certaines évolutions pourraient faire craindre des dérives de ce type). C'est une fonction qui est au service d'une mission, d'un service auprès des usagers.

C'est la direction qui a l'initiative et la responsabilité de l'élaboration du cadre, de sa garantie, de son évaluation et de son évolution.

On parle beaucoup, dans notre secteur comme d'ailleurs dans celui de l'entreprise actuellement, du *sens* et de la nécessité de donner du sens : c'est donc qu'il existe un risque de le perdre !

En effet le quotidien et un certain activisme nous amènent rapidement à oublier pourquoi on fait ce qu'on fait. L'action réfléchie est alors réduite à des actes qui prennent le pas sur la pensée.

C'est la direction, le *chef*, la *tête* qui permet que le collectif engagé dans l'action ne la perde pas. La direction, c'est ce qui donne le sens.