



2^{ème} Journée régionale de formation des personnels des MAS/FAM 11 Octobre 2007 au Palais des Arts, Vannes

Une expérience d'analyse de la pratique

Stéphanie DEHAYES et Médéric KERHOAS, FAM Ker Odet Kan-ar-Mor, Plomelin (29)

Nous allons vous parler de l'analyse des pratiques professionnelles, que nous expérimentons dans le Foyer d'Accueil Médicalisé Ker Odet, de l'association Kan Ar Mor. Ce dispositif a été mis en place dès l'ouverture du foyer, il y a deux ans et demi. La direction n'a pas trouvé dans l'équipe de réticence face à cette mise en place, tout d'abord car une partie des salariés l'avaient déjà expérimenté, et aussi parce que c'était là d'emblée comme un élément des fondations.

Essayons donc de définir l'analyse de pratique, du moins telle que nous la connaissons.

La participation de tous les salariés de l'établissement est fortement encouragée: aussi bien les équipes éducative et médicale, que les cadres, les services généraux et les services administratifs.

Directrice, responsable de service et psychologue participent au travail sur le même plan que tous les autres salariés. Ce ne sont donc pas des groupes, comme on en trouve ailleurs, où les éducateurs peuvent évoquer leurs difficultés à l'abri des jugements de la hiérarchie. Notons aussi qu'il ne s'agit pas d'un dispositif de régulation des conflits entre professionnels.

Et ce n'est pas non plus une supervision au sens d'un examen global du fonctionnement institutionnel.

Concrètement, ce sont des séances de travail qui sont animées tour à tour par deux professionnels, tous deux psychologues cliniciens et psychanalystes.

Les interventions de chaque psychanalyste ont lieu au sein de l'établissement à raison de deux fois 1 H 30 ou 2 H (selon l'intervenant) une fois par mois. En somme, l'institution propose 7 H d'analyse de pratique par mois, en quatre séances, et chaque salarié peut participer à une ou deux de ces séances.

Ces réunions se font en petits groupes (de 8 à 12 professionnels) tout d'abord pour favoriser un meilleur échange puis pour permettre, en parallèle, le fonctionnement de l'établissement.

Chaque séance est consacrée à la discussion d'une situation clinique ou à l'examen d'une problématique (par exemple le tuteur en institution).

Avant les réunions chaque équipe aura identifié le résidant dont elle voudra parler ou bien un thème à aborder. Ce choix se fait en fonction de différents critères : le mal être d'un résidant, le blocage ou les interrogations d'une équipe face à un comportement ou tout simplement un résidant trop discret, qui aurait tendance à se faire oublier.

Par exemple, Claude s'est entiché d'une encadrante et lui fait des demandes régulières en mariage. Il fallait relativiser et travailler le sens de cette demande. L'équipe avait besoin d'en parler en analyse de pratique pour dédramatiser la situation, mais aussi pour rassurer l'intervenante en question.

En ce qui concerne l'organisation:

Il est laissé à la charge de chaque salarié et sous-équipe de s'organiser pour pouvoir participer à telle ou telle séance d'analyse de pratique. Cette participation se fera en fonction des intérêts pour la situation abordée, mais aussi en fonction des horaires afin de garantir le bon fonctionnement de l'institution et une présence auprès des résidants.

Pendant la séance, les salariés prennent des notes s'ils le souhaitent. Et à l'issue de la séance l'un d'entre eux laisse ses notes dans un classeur prévu à cet effet, pour les rendre accessibles à ses collègues qui n'ont pas pu assister à la rencontre.

Par rapport aux difficultés rencontrées, la principale est d'obtenir la participation assidue de tous les salariés. Tout d'abord pour des raisons d'organisation, ponctuellement aussi quand la motivation n'est pas au rendez-vous.

En outre, il a été constaté que certaines réticences pouvaient venir du « style » de l'intervenant, certains salariés ressentant parfois des difficultés de compréhension.

Pour entamer et argumenter ce témoignage sur l'analyse de pratique, nous avons pensé à vous parler d'un cas concret, celui d'Albert qui a été plusieurs fois le sujet de nos analyses de pratique.

Albert est en foyer de vie, c'est un jeune homme d'une trentaine d'année. Il présente une déficience intellectuelle profonde d'origine génétique : trisomie 21. Ses parents sont décédés. Il n'a aucun acquis scolaire. Son langage oral est très peu développé et extrêmement difficile à comprendre. Il n'utilise que peu de mots.

Albert est présent depuis l'ouverture de KO. Nous remarquons plusieurs choses à son sujet.

Depuis quelques temps Albert et JM semblent avoir une relation. Pendant la journée ils sont constamment main dans la main. L'un ne fait rien sans l'autre. On retrouve à plusieurs reprises JM dans la chambre d'Albert, l'un ou l'autre plus ou moins dévêtu. Albert semble se faire manipuler à distance. On a l'impression que pour faire quoi que ce soit il attend l'accord de JM. Pourtant ni l'un ni l'autre ne parle vraiment, tout se fait par le regard. Celui de JM est très insistant voire autoritaire.

Pendant quelque temps Albert acceptera cette relation puis un jour (avec des signes avant-coureurs) il explose, il devient violent, fou furieux.

Cela se traduit tout d'abord par l'agression de JM à plusieurs reprises puis de tous les membres de la maison, aussi bien les encadrants que les résidents. Lors de ces moments il est incontrôlable, sa violence est « diabolique », son visage change, ses yeux sont injectés de sang. L'équipe est déroutée. Nous ne reconnaissons plus Albert. Lui qui était si dynamique, si joyeux et surtout plein de douceur.

La nouvelle se propage dans le foyer, l'équipe appréhende le travail avec Albert.

L'analyse de pratique nous permet d'envisager plusieurs hypothèses.

Dans un premier temps, une première hypothèse: Albert subit beaucoup cette relation, nous devons être vigilants. Nous réfléchissons sur le déménagement possible de JM sur un autre secteur, pour protéger Albert. A sa demande Albert est enfermé le soir pour éviter les intrusions nocturnes de JM. Pour Albert cette relation se passe plus sur le plan du regard qui peut être unifiant que sur un mode sexuel.

Quand Albert parle de lui il dit AL-BERT. Il se parle aussi à lui-même. Il lui arrive même de se pousser dans une direction, puis de se barrer la route et de se pousser en arrière... Est-il schizophrène? Est-ce que cette relation ne l'aide pas à se réunifier? Quand il est dirigé par l'autre, il n'a plus alors besoin d'être l'autre de lui-même.

Notre regard change au fur et à mesure des analyses de pratiques notamment sur sa violence et nos peurs. N'en joue-t-il pas? Il faut que nous arrivions à le voir comme avant: « le petit BEBERT, le petit clown ». Il a senti notre peur, et la qualité de notre travail a dû changer.

A l'heure actuelle: JM a déménagé, Albert s'est apaisé. La porte de sa chambre n'est plus fermée, il n'en sent plus le besoin. Depuis cet épisode Albert a des hauts et des bas, mais la violence ne se manifeste plus. Il passe par des phases de blocage, de pseudo-potomanie.

Nous n'avons pas encore tous appris d'Albert, de son mal être, de ce qu'il veut nous dire, de ce que cette relation a pu déclencher chez lui pour qu'il y ait ce changement radical.

L'analyse nous a permis de mettre à distance la violence, mais aussi de relancer notre travail sur de nouveaux symptômes. Car la division schizophrénique d'Albert existe toujours et ses troubles continuent à évoluer. C'est une nouvelle phase de travail qui commence

Et maintenant je passe le relais à mon collègue Médéric, qui va détailler l'analyse de pratique et l'intérêt que nous y trouvons au FAM Ker Odet.

L'expérience en fait a débuté il y a bientôt 10 ans, dans un autre FAM de l'association, à l'initiative de l'actuelle directrice de notre foyer. Directrice à l'époque, elle a fait venir une psychanalyste dans son établissement, dans le but d'amener l'équipe à renouveler ses pratiques, à passer de pratiques centrées sur le collectif, le groupe, l'occupationnel, l'éducatif « pur et dur » – à des pratiques d'accompagnement plus personnalisées, prenant en considération les particularités, les souhaits, les limites et la maladie mentale de chaque résident. Elle a ensuite exporté systématiquement ce dispositif dans les établissements qu'elle a été amenée à diriger, dont le nôtre, convaincue que c'était un outil indispensable aussi bien pour sa propre gestion d'établissement que pour le travail de ses équipes. L'analyse de pratique lui a paru servir efficacement la philosophie qu'elle souhaite mettre en œuvre dans ses établissements et qu'elle formule ainsi: « Notre accompagnement s'ajuste à la singularité de chacun. Nous devons trouver nos points de repère, non pas dans ce que nous pensons être bon pour l'ensemble des résidents, mais avant tout dans les exigences de la vie de chacun. »

Dès le départ, donc, l'analyse de pratique était conçue à la fois comme un outil de management participatif, et comme un outil de travail proposé aux salariés, leur donnant l'opportunité d'améliorer leurs pratiques en les recentrant sur le « cas par cas », au service des résidants.

Cette dimension du travail au cas par cas est maintenant à l'ordre du jour dans le secteur médico-social, si l'on veut prendre au sérieux la notion de projet individuel ou projet personnalisé. Et le souci du cas par cas justifie selon nous l'intérêt d'une approche psychanalytique dans l'analyse de pratique. En effet, parmi les principes essentiels de la psychanalyse nous trouvons cette idée que pour travailler correctement avec chacun de ses patients, le psychanalyste doit s'efforcer d'oublier tout ce qu'il sait de ses autres « cas », voire même toute la théorie psychanalytique. Sans quoi ses préjugés, son « modèle », risquent de l'amener à comprendre son patient trop vite et de travers et, du coup, risquent de faire obstacle au traitement. C'est cet accent mis sur la singularité du cas qui nous intéresse particulièrement et qui fait que nous continuons à faire appel à des intervenants qui sachent nous mettre au travail avec cette ressource importante de la psychanalyse. Pour le coup, ce n'est pas tant le modèle ou la théorie psychanalytique qui nous intéresse, c'est plutôt *l'esprit du cas par cas* et ce qu'il implique de façon très pragmatique: *ce qui est bien pour l'un n'est pas nécessairement bien pour l'autre; et ce qui est vrai pour l'un n'est pas nécessairement vrai pour l'autre*. La grande majorité des travailleurs en MAS/FAM et du médico-social en général le savent d'ailleurs parfaitement, car c'est ce que leur expérience leur enseigne au quotidien – cette expérience du terrain qui résiste si souvent aux tentatives de mise en boîte, par la Théorie ou par l'industrie actuelle des protocoles. Même si nous finançons l'analyse de pratique avec les fonds associatifs de la formation continue, nous n'en attendons absolument pas une formation comme une autre, qui nous fournirait un savoir technique ou théorique (protocoles de soin, technique éducative, théorie de l'autisme, etc.). Nous la voyons plutôt comme un lieu, ou un temps, faisant partie intégrante du fonctionnement institutionnel. C'est vraiment, pour le coup, une formation continue.

Dans un FAM, les résidants nous manifestent leur singularité de multiples manières, souvent sous des modes psychotiques: parole incongrue, opposition, violence, rituel, stéréotypie, agir étrange, idée fixe, angoisse, etc. Cela suscite chez nous de l'étonnement, de l'agacement, de la confusion, voire de la douleur. Tous ces traits peuvent dénoter chez ces personnes leur inaptitude ou bien leur refus de se soumettre à un processus d'éducation « classique ». Eh bien, nous faisons le pari que tout cela n'est pas en soi un obstacle à notre travail. C'est plutôt ce qui constitue le sel de nos métiers et qui peut les rendre passionnants quand nous nous donnons les moyens d'utiliser cette singularité, dans un effort continu et partagé pour sans cesse construire et reconstruire nos pratiques. C'est un tel travail que Stéphanie évoquait à l'instant dans le cas d'Albert, un travail qui est toujours à recommencer. C'est dans cet effort que nous attendons que l'analyse de pratique nous donne un coup de main. Et nous considérons qu'elle nous le donne en effet.

Alors, comment préciser ce coup de main? Je vais tenter de le faire, en déclinant quelques effets intéressants que nous avons pu constater ces deux dernières années.

Tout d'abord un point sur la qualité des deux intervenants qui animent nos séances d'analyse de pratique. Tous deux sont familiers du travail avec le handicap mental et savent apprécier aussi bien les difficultés qu'y rencontrent les professionnels, que le courage, la finesse et l'inventivité qu'ils doivent mettre en oeuvre pour travailler au jour le jour avec des personnes lourdement handicapées et ravagées par la maladie mentale. Ils nous signifient ainsi leur confiance dans la qualité de notre travail et de notre investissement professionnel. Selon nous, c'est une condition essentielle à l'analyse de pratique, pour que nous puissions sans crainte mettre sur le tapis nos sentiments de faiblesse, d'impuissance, de doute ou de désarroi dans une situation professionnelle.

Nous savons qu'ils ne sont pas là pour nous sacquer ou nous mettre sur le grill, encore moins que pour nous psychanalyser.

Chaque séance est en effet consacrée à l'examen d'une *situation clinique*, c'est-à-dire de notre *rencontre professionnelle* avec un résidant particulier. En partant d'une question, d'une inquiétude ou d'une difficulté concernant la pratique, tous les participants livrent ce qu'ils savent, pensent et ont pu observer d'un résidant. Nous mélangeons les récits de rencontres et d'échanges et les interrogations sur tel ou tel fait. Ce brassage d'informations et le croisement des regards des différents métiers et professionnels présents, nous amènent toujours des éléments d'observation et des questionnements inédits. En effet, chacun peut raconter, questionner et commenter: tant l'équipe éducative « référente » que les intervenants éducatifs ou soignants d'autres secteurs et les femmes de ménage, secrétaire, lingère, cuisinier, ouvrier d'entretien ou directrice. Avec chacun le résidant peut avoir des échanges privilégiés ou simplement décalés. Et dans ce brassage d'idées souvent informel, qui peut évoquer une sorte de *brainstorming*, le psychanalyste nous aide à repérer et à suivre certains fils, pour finalement identifier des axes de travail efficaces, ou bien des questions

précises dont nous pourrions chercher les réponses dans nos rencontres ultérieures avec le résidant, avec sa famille, ou tout bonnement auprès de nos collègues ou d'autres professionnels.

Voici par exemple une situation où cette méthode a clairement porté ses fruits:

Depuis un an, nous accueillons un jeune homme, Jacob, trois journées par semaine. Il présente une arriération mentale associée à une polydysmorphie congénitale; ce qui veut dire que son corps est multiples fois difforme, à cause d'une maladie génétique. A part ces trois journées au foyer, il passe tout son temps chez ses parents, avec une mère épuisée et un père souvent à la limite de la violence. D'emblée il s'est distingué comme quelqu'un nécessitant une prise en charge extrêmement lourde et éreintante pour le personnel du foyer. A la moindre demande, ne serait-ce que pour aller manger, il entre dans une opposition systématique: il se laisse choir sur le sol, cache son regard sous la visière de sa casquette et se contorsionne pour qu'on ne puisse pas le soulever – or il est assez lourd... Bref il faut toujours au moins deux professionnels et beaucoup de patience pour le faire sortir d'une pièce, pour l'amener à table (où de toute façon il refuse de boire ou de manger...) ou pour qu'il accepte de quitter l'établissement le soir avec ses parents. Il ne nous parle pas du tout, mais par ailleurs il manifeste sans trêve sa présence, de façon très dérangeante pour les autres résidents comme pour les professionnels: en émettant des cris, des étouffements et des rires tonitruants, en chahutant et bousculant les hommes, en collant et poursuivant les femmes pour tenter d'entremêler son corps au leur, en dérobant des objets dans les bureaux avant de s'enfuir en riant. En bref il se cache quand on le cherche et s'impose quand on souhaite se séparer de lui. Tout cela dans une sorte de provocation et de théâtralisation permanentes, où il paraît quasi incapable d'arrêter de jouer, et qui amène très vite chez les autres un sentiment de malaise et de rejet.

L'équipe, du coup, a aussitôt amené cette situation en analyse de pratique, pour dire son embarras, son impuissance et sa désorientation.

Or, en exposant ce tableau de notre incapacité à travailler avec Jacob, l'équipe a apporté des éléments d'observation qui ont permis à l'intervenant de nous faire remarquer quelque chose qui était décelable en filigrane partout dans le tableau. Embarqués malgré nous dans le jeu turbulent de Jacob, le nez dans le guidon, nous avons loupé ce qui était central et omniprésent chez lui: son rapport problématique avec notre regard. Nous remarquons qu'il s'apaise quand il porte une parure: tablier qu'il ceint ou torchon qu'il se met sur la tête. Il cherche en quelque sorte à neutraliser notre regard, en se cachant tant qu'il peut derrière le spectacle qu'il nous livre. Et cela lui demande, comme à nous, une énergie folle... C'est à partir de ce nouveau point de vue que nous avons pu nous mettre à chercher un fonctionnement plus économique pour tout le monde, en inventant des petites techniques pour de contrarier le moins possible la démarche singulière de Jacob. Du coup nous avons fait quelques trouvailles qui ont beaucoup intéressé Jacob, et qui ont largement apaisé nos rapports avec lui. Entre autres, nous avons mis en place avec lui une malle à déguisement, avec des tissus dont il peut se draper ou se faire des turbans. Quand il nous dérobe un objet ou un papier important, il nous le rend ensuite beaucoup plus facilement quand nous lui proposons un troc avec un gant en latex, encore une parure. Enfin, nous avons pu constater qu'il suffisait de ne pas faire spécialement attention à lui, de ne pas le regarder trop directement, pour qu'il vienne à table avec les autres et mange de sa propre initiative.

Mais tout est loin d'être réglé, nous butons toujours sur de nombreux obstacles dans nos relations avec Jacob, et nous continuons à devoir inventer au quotidien de nouveaux « trucs » pour le tranquilliser, pour que ça marche mieux. La différence est que, désorientés au départ, nous avons désormais trouvé au moins une orientation à notre travail.

En bref, l'accompagnement de Jacob est toujours « lourd », mais nous pouvons maintenant y travailler avec un peu de légèreté.

Avec l'analyse de pratique, nous prenons le temps de tout remettre sur le métier.

En quoi il s'agit déjà d'un pas de côté par rapport à notre travail au cours des réunions d'équipe hebdomadaire, aux ordres du jour surchargés, où s'installent toujours des ententes ou mésententes entre collègues, et des circuits décisionnels plus ou moins verrouillés.

C'est sans doute là l'effet le plus notable et constant de ces rencontres régulières, cet *effet de remise en chantier et de relance du travail*, apprécié par tous les participants car il nous permet de contrer certaines pentes nocives propres à toute institution, à la nôtre notamment: un discours professionnel qui tourne en rond, en vase clos, une torpeur routinière, ou une course effrénée et superficielle – travers qui font que nous risquons toujours de n'être plus mis au travail par les problématiques de nos résidents ou patients, et d'être tout simplement largués par leurs inventions et l'évolution de leurs symptômes.

L'analyse de pratique nous permet régulièrement de « raccrocher les wagons », et de nous réapproprier le travail entrepris par l'institution avec un résident.

Alors nous utilisons ces deux intervenants, psychanalystes de l'Extérieur, avec leurs regards décalés et leur écoute curieuse et questionnante, pour nous apporter un *effet régulier d'approfondissement, de relance et d'ouverture* ... comme une *respiration* dans le travail de l'institution.

Le contraste même entre les styles respectifs de ces deux personnes n'est pas non plus sans intérêt, car il nous arrive souvent d'évoquer la situation d'un résidant avec l'un, puis aussitôt avec l'autre, lorsque cette situation nous pose des difficultés importantes dans l'action et dans la compréhension. Nous remarquons alors que nous pouvons présenter une même situation sous des angles très différents, et la comprendre selon des axes très contrastés, qui nous permettent d'ouvrir nos perspectives d'action, de mettre l'accent sur les avantages et les limites des diverses façons d'accompagner chaque résidant. Cela tient à la fois aux deux intervenants qui n'ont pas la même manière d'accompagner nos réflexions, mais aussi à la composition du groupe qui n'est jamais la même.

Pour conclure, je vais résumer et simplifier.

Concernant un résidant précis, le travail d'analyse de pratique vise à chaque fois un objectif très simple, très pragmatique: il s'agit de repérer le plus précisément possible les embarras majeurs de ce résidant et les solutions qu'il s'est inventées pour y remédier. Ce sont ces embarras et ces solutions qui pourront nous servir de points d'appui pour orienter solidement notre accompagnement.

On pourrait aussi situer, selon deux versants, le projet et les enjeux professionnels concrets de l'analyse de pratique:

D'une part, saisir comment nous sommes partie prenante dans l'apparition, la fixation et l'apaisement des symptômes et de la violence, par un acte, une attitude, une réponse éducative, ou un positionnement de l'institution.

D'autre part, trouver de nouvelles manières de dire, de nouvelles pistes de travail, pour ajuster nos pratiques à l'altérité, à ce qui nous échappe toujours: le sexuel, l'incompréhension, la violence, la maladie, l'amour, la folie, la mort.

L'analyse de pratique nous apporte au coup par coup des éléments de réponse sur ces différents plans. Elle nous permet ainsi de ne pas mener certaines de nos prises en charge dans des impasses, ou nous fait découvrir des chemins pour les en sortir.